

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00351 vom 18. Januar 2017

ZH Sozialversicherungsgericht, 2017-01-18, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2016.00351

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00351 du 18 janvier 2017

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00351 del 18 gennaio 2017

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. 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 des Allgemeinen Teils des Sozialversicherungsrechts (ATSG) vorzugehen (BG E 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. 1.2

Mit Art. 87 Abs. 3 in Verbindung mit Abs. 2 IVV soll verhindert werden, dass sich die Verwaltung nach vorangegangener rechtskräftiger Leistungsverweigerung immer wieder mit gleich lautenden und nicht näher begründeten, das heisst keine Veränderung des Sachverhalts darlegenden Gesuchen befassen muss (BGE 109 V 108 E. 2a, 264 E.

3). Hingegen kann diese Eintretensvorschrift nicht dahingehend ausgelegt werden, dass die glaubhaft zu machende Änderung gerade jenes Anspruchselement betreffen muss, welches die Verwaltung der früheren rechtskräftigen Leistungsabweisung zugrunde legte. Viel mehr muss es genügen, wenn die versicherte Person zumindest die Änderung eines Sachverhalts aus dem gesamten für die Rentenberechtigung erheblichen Tatsachenspektrum glaubwürdig dartut. Trifft dies zu, ist die Verwaltung verpflichtet, auf das neue Leistungsbegehren einzutreten und es in tatsächlicher (wie selbstverständlich auch in rechtlicher) Hinsicht allseitig zu prüfen (BGE 117 V 198 E. 3a und E. 4b; vgl. auch BGE 130 V 64 E. 5.2, 72 E. 2.2 mit Hinweisen).

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

Wahr scheinlichkeit (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). 1. 4

Die versicherte Person muss die massgebliche Tatsachenänderung mit der Neu anmeldung glaubhaft machen. Der Untersuchungsgrundsatz, wonach der Versicherungsträger von Amtes wegen für die richtige und vollständige Abklärung des rechtserheblichen Sachverhalts zu sorgen hat (BGE 125 V 195 E. 2, 122 V 158 E. 1a, je mit Hinweisen), spielt insoweit nicht. Wird in der Neu anmeldung kein Eintretenstatbestand glaubhaft gemacht, sondern bloss auf ergänzende Beweismittel, insbesondere Arztberichte, hingewiesen, die noch beigebracht würden oder von der Verwaltung beizuziehen seien, ist der versicherten Person eine angemessene Frist zur Einreichung der Beweismittel anzusetzen. Diese Massnahme setzt voraus, dass die ergänzenden Beweismittel geeignet sind, den entsprechenden Beweis zu erbringen. Sie ist mit der Androhung zu verbinden, dass ansonsten gegebenenfalls auf Nichteintreten zu erkennen sei (BGE 130 V 68 E. 5.2.5).

E. 1.5

Richtet sich die Beschwerde gegen einen Nichteintretensentscheid, hat das Gericht ausschliesslich zu prüfen und darüber zu entscheiden, ob die Verwaltung zu Recht nicht auf das Leistungsbegehren eingetreten ist. Der richterliche Entscheid in der Sache hat in dieser besonderen verfahrensmässigen Situation allein den formellen Gesichtspunkt des vorinstanzlichen Nichteintretens zum Gegenstand. Mit den materiellen Anträgen hat sich das Gericht dagegen nicht zu befassen (BGE 121 V 159 E. 2b, 116 V 266 E. 2a, SVR 1997 UV Nr. 66 S. 225 E. 1a). 2.

E. 2

Dagegen erhob X. ____

am 17. März 2016 Beschwerde und beantragte, es sei auf ihr Leistungsbegehren einzutreten. In prozessualer Hinsicht ersuchte die Beschwerdeführerin um Durchführung eines zweiten Schriftenwechsels sowie um

Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung (Urk. 1 S. 1). Mit Beschwerdeantwort vom 28. April 2016 schloss die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde (Urk.

E. 2.1

In der angefochtenen Verfügung erwog die Beschwerdegegnerin im Wesentlichen, die Beschwerdeführerin habe seit der Abweisung ihres Leistungsbegehrens am 10. Juli 2013 keine wesentliche Veränderung in ihren tatsächlichen Verhältnissen glaubhaft gemacht. Vielmehr liege aufgrund der neu eingereichten medizinischen Unterlagen lediglich eine andere Beurteilung des selben Sachverhalts vor, weshalb auf das neue Leistungsbegehren nicht einzutreten sei (Urk. 2).

E. 2.2

Die Beschwerdeführerin wandte dagegen im Wesentlichen ein, in den eingereichten Arztberichten seien

diverse neue Beschwerden aufgeführt. So beispielsweise eine seit September 2014 bestehende ausgeprägte nekrotisierende Pankreatitis sowie die durchgeführte Zystendrainage (Urk. 1 S. 6).

Ausserdem sei im Rahmen des stationären Aufenthaltes in der

A.____

neu eine schwere Depression ohne psychotisches Syndrom (ICD-10: F32.2) diagnostiziert worden. Die Beschwerdegegnerin habe die eingereichten Arztberichte

nur oberflächlich gewürdigt. Insbesondere habe sie es unterlassen,

mittels „vertieften Fragestellungen“ an die behandelnden Ärzte abzuklären, inwiefern die gestellten Diagnosen

sie (die Beschwerdeführerin) beeinträchtigten (Urk. 1 S. 7 f.).

E. 2.3

In ihrer Beschwerdeantwort führte die Beschwerdegegnerin ergänzend aus, die gemäss den neu eingereichten Arztberichten hinzuge tretene Pankreatitis sei mangels dauerhaften Einflusses auf die Arbeitsfähigkeit nicht anspruchserheblich. Schliesslich seien den Berichten der behandelnden Psychiaterin keinerlei Angaben zum Vorliegen einer schweren Depression zu entnehmen und liege der stationäre Aufenthalt in der A.____ ausserhalb des im vorliegenden Verfahren relevanten Beurteilungszeitraums (Urk. 6 S. 2).

E. 2.4

Replicando

wiederholte die Beschwerdeführerin unter Hinweis auf die beliebig eingereichten Arztberichte (Urk. 15/3-9) ihren Standpunkt, wonach sich ihr Gesundheitszustand seit der letzten Beurteilung eindeutig verändert resp. verschlechtert habe (Urk. 14 S. 3).

Insbesondere sei sie bereits vor Erlass der angefochtenen Verfügung zur stationären Behandlung in die A.____

eingetreten und habe sie bereits bei Klinikintritt an einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig schweren Episode ohne psychotische Symptome, gelitten (Urk. 14 S. 4). Schliesslich legte die Beschwerdeführerin mit Nachtrag

vom 25. August

2016 den Bericht der A.____ vom 22. August

2016 auf (Urk. 17,

Urk. 18). 3.

Strittig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin auf die Neuanmeldung vom 7. Oktober 2015 zu Recht nicht eingetreten ist.

Zeitliche Vergleichsbasis für die Glaubhaftmachung einer anspruchserheblichen Änderung nach Art. 87 Abs. 3 IVV ist stets die letzte anspruchändernde Verfügung (BGE 133 V 108

E . 4.1 und E. 5.2-3 S.

109 ff.), mithin der negative Leistungsentscheid vom 10. Juli 2013 (vgl. Sachverhalt Ziffer 1.2; E. 1.1). 4 .

Das hiesige Gericht stützte sich in seinem Urteil vom 12. März

2015 (Urk. 7/147) auf die Beurteilung im MEDAS-Gutachten vom 19. Dezember 2011 (Urk. 7/114):

Darin stellten die beurteilenden Fachärzte folgende Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit (Urk. 7/114/23): - Generalisiertes Fibromyalgiesyndrom - Muskuläre Dysbalance - Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradig (ICD-10 F33.21) - Anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4)

Als Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit hielten die Gutachter folgende Diagnosen fest (Urk. 7/114/23): - Wirbelsäulenfehlhaltung, - Fehlform (Abflachung der Brustwirbelsäule [BWS] und Lendenwirbelsäule [LWS]; linkskonvexe BWS-, rechtskonvexe LWS-Skoliose) - Spreizfüsse beidseits - Adipositas - Status nach Schleudertrauma ohne neurologische Ausfälle 2003 - Status nach iatrogener Läsion des Nervus

fernalis rechts, aktuell ohne residuelle Lähmung - Asthma bronchiale - Arterielle Hypertonie seit 2007 - Hysterektomie bei Uterusmyomatosis im Juli 2007 - Quadrizepsparese in Folge von femoralis Druckneuropathie rechts - Varikosis - Karpaltunnelsyndrom beidseits 2004 - 2 x Nasenseptumkorrektur im Jahre 2000

Der psychiatrische Gutachter hielt fest, die Beschwerdeführerin sei negativ orientiert, affektiv labil,

psychomotorisch etwas verlangsamt und zeige depressive Stigmata in ihrer Mimik. Das ganze Gespräch habe sich um ihre Schmerzen gedreht, was mit einer somatoformen Schmerzstörung vereinbar sei (Urk. 7/114/50). Es bestehe eine ausgeprägte Neigung zur Regression und zum sozialen Rückzug, verbunden mit Einsamkeitsgefühlen. Histrionische Züge seien vorhanden. Die kognitiven Fähigkeiten, Konzentration, Aufmerksamkeit, das Gedächtnis sowie Verstehen seien etwas verlangsamt, ansonsten ohne Besonderheiten. Der Autounfall im Jahre 2003 und insbesondere der Gebärmuttereingriff hätten die psycho-physische Integrität der Beschwerdeführerin unterminiert. Diese Tatsachen hätten eine depressive Störung mit Ängstlichkeit und eine somatoforme Schmerzstörung begünstigt. Relevant seien die wichtigen somatoformen Schmerzsymptome, der soziale Rückzug und die Abwesenheit von der Arbeitswelt. Aus psychiatrischer Sicht sei die Beschwerdeführerin seit 1. Oktober 2011 zu 50 % in jeglicher Tätigkeit eingeschränkt (Urk. 7/114/52).

Anlässlich der rheumatologischen Expertise habe die übergewichtige Beschwerdeführerin insgesamt verlangsamt gewirkt. Die HWS sei passiv zu 1/5 in der Flexion eingeschränkt. Die übrigen Bewegungen seien endständig schmerzhaft. Im Stehen führe die Beschwerdeführerin praktisch keine Flexion durch, was die BWS und LWS-Flexion erheblich eingeschränkt erscheinen lasse. Die passive Extension der BWS sei zu 1/3 eingeschränkt. Die Beschwerdeführerin habe in allen Bewegungsrichtungen endständige Schmerzen in der LWS angegeben. Die Gelenke der oberen Extremitäten seien unauffällig. Die Kniegelenke würden beidseits in einer Valgus-Fehlstellung stehen. Bei der passiven Beweglichkeit zeige sich ein femoropatelläres Reiben beidseits. Die

Sprunggelenke würden rechts eine starke Schmerzhaftigkeit mit Druck schmerz an der Ansatzstelle der Achillessehne rechts ohne Reiben und am Ansatz der Plantarfaszie rechts im Kalkaneus zeigen. 13 von 18 Fibromyalgiepunkten seien positiv. Die muskuläre Dekonditionierung könne sicher mittels eines regelmässigen Muskeltrainings zunehmend korrigiert werden. Aus rheumatologischer Sicht sei die Beschwerdeführerin in einer – näher umschriebenen - gesundheitsangepassten Tätigkeit während eines normalen Arbeitstages von 8-9 Stunden seit dem 14. Dezember 2009 zu 100 % arbeitsfähig. In ihrer angestammten Tätigkeit als Raumpflegerin sei sie während eines normalen Arbeitstages von 8-9 Stunden am Tag arbeitsfähig, je doch mit einer 20%igen Leistungseinbusse zufolge des chronischen Fibromyalgie-bedingten Schmerzsyndroms (Urk. 7/114/26, Urk. 7/114/43ff.).

Neurologisch bestehe eine allseits schmerzhaftige Nackenbeweglichkeit ohne Einschränkungen. Bei der Hirnnervenuntersuchung sei eine leichte Sensibilitätsverminderung im Gesicht rechtsseitig aufgefallen. Im Bereich der oberen Extremitäten seien die Befunde bis auf eine leichte Berührungs- und Schmerzempfindlichkeitsminderung am rechten Arm unauffällig. Auch im Bereich des Rumpfes habe die Beschwerdeführerin eine abgeschwächte Berührungsempfindlichkeit rechtsseitig angegeben. An den unteren Extremitäten sei keine Muskelatrophie feststellbar. Der Muskeltonus sei normal. Die grobe Kraft in allen Muskelgruppen sei erhalten. Am rechten Bein gebe es ein leichtes Nachgeben bei der Hüftbeugung, was indes nicht regelmässig reproduzierbar sei. Der Positionsversuch werde gehalten und der Knie- Hackenversuch sei beidseits sicher. Auch im Bereich der unteren Extremitäten sei die Schmerz- und Berührungsempfindlichkeit rechts leicht eingeschränkt. Die elektromyographische Untersuchung des rechten Muskulus rectus

femoris sei normal, ohne Zeichen einer neurogenen Lähmung (Urk. 7/114/27). Die in folge des Autounfalls im Jahre 2003 beklagten Nackenschmerzen seien nie mit objektiven neurologischen Ausfällen verbunden gewesen und auch jetzt liessen sich keine neurologischen Ausfälle an den oberen Extremitäten finden. Es handle sich um ein Zervikalsyndrom ohne neurologische Befunde. Sodann sei trotz des am Anfang schweren Befundes die Entwicklung der Parese am rechten Bein nach der Hysterektomie erfreulich verlaufen. Zurzeit liessen sich hier keine sicheren residuellen Befunde finden. Insbesondere sei auch der Patellarreflex gut auslösbar, was ein sicheres Zeichen für eine gute Erholung des Nervs darstelle. Die Beschwerdeführerin habe vor allem diffuse Schmerzen am rechten Bein beschrieben, die zum Teil auch durch Druck lokal auslösbar, aber nicht mit einer neurologischen Störung erklärbar seien. Insgesamt könne man also sagen, dass zurzeit keine neurologischen Ausfälle objektivierbar seien und die von der Beschwerdeführerin beschriebene Symptomatik nicht mit einer neurologischen organischen Pathologie zu erklären sei (Urk. 7/114/33). Infolge einer schweren Lähmung (Urk. 8/114/34) respektive iatrogenen Schädigung (Urk. 7/114/27) des Nervus

Femoralis habe eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit vom 24. Juli 2007 bis möglicherweise Anfang 2009 bestanden. Seit März 2010 sei die Beschwerdeführerin indes aus neurologischer Sicht sicher zu 100 % arbeitsfähig (Urk. 7/114/28, Urk. 7/114/33, Urk. 7/114/34).

Der pneumologische Status habe eine Sauerstoffsättigung von 97 % ergeben. Der Thorax sei unauffällig in der Auskultation und Perkussion. Die komplette Lungenfunktion zeige weder Restriktion noch Obstruktion; es könne keine Diffusionsstörung nachgewiesen

werden. Eine latente bronchiale Überreaktivität sei wahrscheinlich. Das fraktionierte exhalierete Stickstoffmonoxid (FeNO) in den Atemwegen sei bei 34 „parts per billion“ (PPB) leicht erhöht. Aus pneumologischer Sicht sei die Beschwerdeführerin in ihrer letzten Tätigkeit zu 100% arbeitsfähig. Im Übrigen bestehe lediglich für Arbeiten mit Rauch-, Gas- und Staubexposition sowie mit Exposition gegenüber Reizsubstanzen ein Vorbehalt (Urk. 7/114/27, Urk. 7/114/55f.).

Aus polydisziplinärer Sicht sei die Beschwerdeführerin in ihrem angestammten Beruf medizinisch-theoretisch zu 50% arbeitsfähig (Urk. 7/114/28). Vom 27. Juli 2007 bis etwa Januar 2009 sei sie indes zu 100% arbeitsunfähig gewesen. In der Folge sei die Arbeitsfähigkeit progressiv angestiegen, bis im September 2009 eine 60%ige Arbeitsfähigkeit erreicht worden sei. Eine Verschlimmerung der psychiatrischen Pathologie habe eine anhaltende 50%ige Arbeitsunfähigkeit ab Januar 2010 (demgegenüber gemäss psychiatrischem Teilgutachten: ab 1. Oktober 2011, Urk. 8/114/52) bewirkt. In einer gesundheitsadaptierten Tätigkeit sei die Beschwerdeführerin insgesamt zu 50% einsetzbar, wobei die Arbeitsfähigkeit in einer – näher umschriebenen – je weils leidensangepassten Verweistätigkeit aus rein pneumologischer, neurologischer respektive rheumatologischer Sicht 100% betrage (Urk. 7/114/29f.). Die Beschwerdeführerin verfüge über genügend Ressourcen, um eine 50%ige Arbeitsfähigkeit möglich zu machen. Kognitiv seien ihre Fähigkeiten weitgehend erhalten. Während des Gesprächs sei es möglich gewesen, eine Beziehung zu ihr aufzubauen, was die sozialen Fähigkeiten der Beschwerdeführerin untermauere. In diesem Bereich seien indes einige Defizite vorhanden, je doch nicht so schwerwiegend, dass sie zu einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit führen würden. Die Beschwerdeführerin sei in der Lage, sich selbständig mit den öffentlichen Verkehrsmitteln zu bewegen. Obwohl die Grundstimmung reduziert sei, sei es noch nicht zu vollständigem Antriebsverlust und Passivität gekommen. Trotz der vorhandenen psychosomatischen Beschwerden sei noch ein deutlicher Bewegungsradius möglich. Die psychosomatische Pathologie sei führend, gepaart mit einer Depression, die zu einer regressiven Neigung führe (vgl. ergänzende Stellungnahme vom 10. Mai 2012, Urk. 7/120). 6.

E. 6

). Mit Verfügung vom 1

E. 6.1

Da die Beschwerdeführerin in ihrer Neuanmeldung vom 7. Oktober 2015 (Urk. 7/151) keine Unterlagen zur Glaubhaftmachung einer Verschlechterung des Gesundheitszustandes eingereicht hatte, wurde sie von der IV-Stelle mit Einschreibebrief vom 9. Oktober 2015 aufgefordert, aktuelle Beweismittel nachzureichen, welche sich zu einer allfälligen Veränderung ihres Gesundheitszustandes seit Erlass der letzten Verfügung zu äussern hätten; gleichzeitig wies die IV-Stelle darauf hin, dass auf das Gesuch ansonsten nicht eingetreten würde (Urk. 7/154; vgl. E. 1.4).

E. 6.2

Innert angesetzter Frist legte die Beschwerdeführerin

diverse Operationsberichte

(Urk. 7/155/1-4), den Austrittsbericht des B.____ vom 18. September 2014 betreffend Hospitalisation vom 6. bis 19. September 2014 zufolge Pankreatitis mit Pankreasnekrosen

(Urk. 8/155/5-6), den

Austrittsbericht der C.____ vom 14. Oktober 2014 betreffend Hospitalisation vom 2. bis 15. Oktober 2014 zufolge persistierender Oberbauschmerzen (Urk. 7/155/7), den Bericht des B.____

betreffend Gastroskopie und obere Endosonographie mit FNP vom 30. Oktober 2014 (Urk. 7/155/9-10), den Bericht des B.____

betreffend Gastroskopie mit Doudenalsondeneinlage vom 17. November 2014 (Urk. 7/155/11-12), den Austrittsbericht der C.____ vom 14. Januar 2015 betreffend Hospitalisation vom 2. bis 29. Dezember

2014 zur internmedizinischen Rehabilitation, Supervision der künstlichen Ernährung über die Jejunalsonde, Kostaufbau, Instruktion einer Creon-Substitution sowie Physiotherapie zur Rekonditionierung

(Urk. 7/155/14-16), den Austrittsbericht

des B.____ vom 17. Februar 2015 betreffend Hospitalisation vom 12. bis 19. Februar 2015 in Folge nekrotisierender Pankreatitis (Urk. 7/155/18-19, vgl. auch Bericht betreffend Notfall-ERF mit Stententfernung vom 15. Februar 2015, Urk. 7/155/17), den Konsultationsbericht des B.____ vom 19. Mai 2015 (Urk. 7/155/20) sowie den

Bericht der behandelnden Physiotherapeutin vom 6. Juli 2015 (Urk. 7/155/21) vor.

Schliesslich gab die Beschwerdeführerin das Schreiben der behandelnden Dr. med. D.____, Fachärztin FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 31. Juli 2015 zu den Akten, worin diese festhielt, die Beschwerdeführerin sei zufolge der somatischen Problematik müde und energielos. Beim Gehen bestehe das Gefühl nach rechts gezogen zu werden. Diese Problematik habe einen schlechten Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit. Die somatischen Ärzte hätten die Höhe der Arbeitsfähigkeit zu beurteilen (Urk. 7/155/23). 6. 3

Im Beschwerdeverfahren legte die Beschwerdeführerin nebst anderen

Arztberichten (vgl. 10, Urk. 15/3-8, Urk. 18) insbesondere den Austrittsbericht der A.____ vom 3. August 2016 (Urk. 15/9) auf. Darin

hielten die beurteilenden Ärzte folgende Diagnosen fest (Urk. 15/9 S. 1): - Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome (ICD-10 F33.2) - Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41) - Zustand nach nekrotisierender

biliärer akuter Pankreatitis bei Cholelithen (09/2014, ICD-10 K85.10) - Zustand nach zystogastraler Drainage (10/2014 und 02/2015) - Zustand nach laparoskopischer

Cholezystektomie (02/2015) - Aktuell im MRCP (12/15) KM-Aussparung im distalen Pankreasgang sowie im distalen DHC; leicht regrediente Pankreaszyste (3x3 cm) im Corpus - Feinnadelpunktion einer Pankreaszyste (02/2016) - Vorwiegend allergisches Asthma bronchiale mit progredienter Anstrengungsdyspnoe (NYHA II, ICD-10 J45.0) - Harnwegsinfektion, asymptomatische Bakteriurie (04/2016, ICD-10 N39.0) - Druck-Neuropathie des Nervus

femorali s rechts mit sensomotorischem Defizit Oberschenkel mit Sturzgefahr nach Hysterektomie (2007) - Zustand nach Distorsionstrauma der HWS (05/2003) - Allergien: Paracetamol, NSAR, Novalgin , ASS

Die Beschwerdeführerin sei

vom 11. Februar bis 21. April 2016 stationär und hernach vom 26. April bis 9. Juni 2016 tagesklinisch in der A._____ behandelt worden. Der Klinikeintritt sei freiwillig erfolgt aufgrund einer Exazerbation im Rahmen der bekannten rezidivierenden depressiven Störung vor dem Hintergrund der psychosozial belastenden, drohenden Ausschaffung sowie anhaltenden Arbeitslosigkeit und des komplexen somatischen Verlaufes (anhaltende Schmerzen nach einem verkehrsunfallbedingten Distorsionstrauma 2003; iatrogene Schädigung des Nervus

femoralis nach Hysterektomie 2007; nekrotisierende Pankreatitis 2014 mit Folgeeingriffen aufgrund zystischer Komplikationen 2015 und 2016). Neben den bei Eintritt dominanten Schmerzen der Halswirbelsäule und dem ätiologisch unklaren Schwindel habe die Patientin die teilweise von Gewissheit getragene Angst vor einem nahenden, schmerzhaften Tod und konsekutiv suizidale Gedanken entwickelt. Gleichzeitig habe sie sich beim Eintrittsgespräch glaubhaft von akuter Suizidalität distanziert. Anlass für die beschriebenen Angstzustände

sei die erneute Punktion der pankreatischen Zyste im Februar 2016 sowie der Sturz einen Monat zuvor gewesen. Wenn der Bauchschmerzen, habe sie vor allem nachts Angstattacken. Die Diagnose der schweren depressiven Episode sei durch die anhaltende Niedergeschlagenheit, Anhedonie und Antriebslosigkeit sowie durch die subjektiv bestehenden schweren Störungen der Konzentration, Hoffnungslosigkeit, Schuldgefühle und Schlafstörungen gekennzeichnet (Urk. 15/9 S. 2 und S. 4).

Die Beschwerdeführerin sei psychotherapeutisch bei der Auseinandersetzung mit ihrer Biographie und aktuellen Lebenssituation unterstützt worden. Dabei hätten Kränkungerlebnisse in ihrer Ehe, die als Kränkung erlebte Ablehnung seitens der IV sowie die als schwere Demütigung empfundene Drohung, sie notfalls per Polizei auszuschaffen, im Vordergrund gestanden. Unter der Augmentationstherapie mit Lithium (Austrittspiegel 0.8 mmol/l) sei eine Teilremission vor allem der affektiven Symptomatik eingetreten. Die Beschwerdeführerin habe bei remittierender Antriebsstörung Freude, insbesondere an handwerklichen und kreativen Tätigkeiten, entwickelt und in den Therapien - ungeachtet subjektiv beschriebener Mühen - eine deutliche Verbesserung der Konzentration gezeigt. Zur Minderung der Unsicherheit im Umgang mit körperlichen Beschwerden und der vor dem Krankheitsverlauf nachvollziehbaren Ängste vor schweren, somatischen Komplikationen sei ein abgestufter Notfallplan etabliert worden. Die in Techniken zur Entspannung vor Eintritt bereits geschulte Beschwerdeführerin habe von der Durchführung der Übungen profitieren und die positive Veränderung auch wahrnehmen können. Beim freudvoll erlebten Umgang mit Farben und kreativen Handwerksarbeiten sei denn auch hinsichtlich der fehlenden Tagesstruktur anzuknüpfen. Betreffend die zunehmende Dyspnoe mit expiratorischem Brummen und Giemen über allen Lungenabschnitten ohne Rasselgeräusche mit Verdacht auf ein allergisch durch Pollenflug exazerbiertes Asthma bronchiale sei die fixe Medikation kurzzeitig erhöht worden, wobei im Verlauf eine saisonal angepasste Reduktion vorzunehmen sei.

Schliesslich sei die Beschwerdeführerin bei fehlendem Anhalt für und glaubhafter Distanzierung von Selbst- und Fremdgefährdung in die zwischenzeitlich installierte, häusliche Betreuung durch die psychosoziale Spitex entlassen worden (Urk. 15/9 S. 4 f.).

E. 7

. Mai 2016 wurde ein zweiter Schriftenwechsel angeordnet (Urk.

E. 7.1

Die im Neuanmeldungsverfahren fristgerecht aufgelegten medizinischen Unterlagen enthalten keine Hinweise auf eine wesentliche Veränderung der tatsächlichen Verhältnisse seit der Leistungsverweigerung im Jahre 2013.

E. 7.2

In somatischer Hinsicht

ist zunächst festzuhalten, dass mit den eingereichten Operationsberichten keine längerdauernde Arbeitsunfähigkeit ausgewiesen ist. Insbesondere ist

eine postoperativ bedingte Rekonvaleszenz mangels Dauerhaftigkeit der Einschränkung nicht geeignet, ein invalidisierendes Leiden zu begründen. Dasselbe gilt für die in den Jahren 2014 und 2015 erfolgten ein- bis zweiwöchigen stationären Rehabilitationaufenthalte in der C.____ resp. im B.____. Zwar ist aufgrund der eingereichten Unterlagen ausgewiesen, dass die Beschwerdeführerin seit September 2014 zufolge einer nekrotischen Pankreatitis in wiederholter Behandlung steht. Gleichzeitig sind diesbezüglich im Verlauf immer wieder „sehr erfreuliche und sehr schöne Resultate“

ausgewiesen (vgl. etwa Bericht des B.____

vom 17. Dezember 2014 betreffend Kontroll-CT vom 15. Dezember 2014, Urk. 8/155/13; Austrittsbericht der C.____ vom 14. Januar 2015, Urk. 7/155/15); zuletzt mit Konsiliarbericht des B.____ vom 19. Mai

2015, worin die beurteilende Ärztin betreffend die Pankreasinsuffizienz, welche mittels Creon substituiert werde, einen ausgezeichneten Verlauf dokumentierte und weitere Therapien als nicht indiziert

beurteilte (Urk. 7/155/20).

Eine mit der Pankreasinsuffizienz im Zusammenhang stehende,

langandauernde Arbeitsunfähigkeit ist damit nicht glaubhaft gemacht und kann gar ausgeschlossen werden.

E. 7.3

In psychiatrischer Hinsicht ergeben sich aus dem Schreiben von Dr. D.____ vom 31. Juli 2015 (Urk. 7/155/23) ebenfalls keine Hinweise für eine wesentliche Veränderung des

psychischen Gesundheitszustandes. Bei insgesamt drei in den Jahren 2014 und 2015 stattgehabten psychotherapeutischen Gesprächen wegen „schwerer somatischer Problematik“ ist eine Verschlechterung nicht glaubhaft, zumal die Psychiaterin hinsichtlich einer Arbeitsunfähigkeit explizit auf die somatischen Ärzte verweist. Die

nachträglich und

ausserhalb der angesetzten Frist (vgl. Urk. 7/154) ergangene

–

von der IV-Stelle kulan terweise dennoch gewürdigte (vgl. 7/156, Urk. 7/158/3) –

Arbeitsfähigkeitsbeurteilung

von Dr. D.____

datierend vom 27. November 2015 (Urk. 7/157)

weist hinsichtlich der erhobenen (psychischen) Befunde nichts Neues aus. Ferner bezieht Dr. D.____ somatische und damit für sie fachfremde Leiden in ihre Einschätzung mit ein.

E. 7.4

Da der Untersuchungsgrundsatz im Neuanmeldungsverfahren nicht spielt (vgl. oben E. 1.5), ist es nach dem Gesagten nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin mangels glaubhaft gemachter Veränderung der tatsächlichen Verhältnisse auf die Neuanmeldung nicht eintrat. Dass die Beschwerdeführer in die erforderlichen Beweismittel innert Frist aufgelegt hätte und die Eintretensvoraussetzungen daher zu Unrecht verneint würden, wurde denn auch weder im Einwand - noch im Beschwerdeverfahren geltend gemacht. Es versteht sich von selbst, dass die versäumte Handlung im Beschwerdeverfahren nicht nachgeholt werden kann; andernfalls wäre eine Fristansetzung zur Beibringung von Beweismitteln überflüssig. Die erst im Laufe des zweiten Schriftenwechsels aufgelegten Arztberichte (Urk. 10, Urk. 15/3 -9, Urk. 18) erweisen sich zur Glaubhaftmachung einer Veränderung des Gesundheitszustandes im massgebenden Zeitpunkt

daher

als untauglich. Kommt hinzu, dass sich die Berichte des B.____ vom 10. März 2016, 13., 23. und 24. Juni 2016 sowie die Terminbestätigung für ein ERCP mit Stentwechsel vom 7. Juli 2016 (Urk. 15/4-8) auf Sachverhalte beziehen, die sich erst nach Erlass der angefochtenen Verfügung realisierten. Nach ständiger Rechtsprechung beurteilt das Sozialversicherungsgericht die Gesetzmässigkeit des angefochtenen Entscheids demgegenüber in der Regel nach dem Sachverhalt, der zur Zeit des Abschlusses des Verwaltungsverfahrens gegeben war. Tatsachen, die jenen Sachverhalt seither verändert haben, sollen im Normalfall Gegenstand einer neuen Verwaltungsverfügung sein (BGE 131 V 242 E. 2.1, 121 V 362 E. 1b).

Im Übrigen enthalten die besagten Berichte negative Befunde nach weitergehenden Abklärungen der Pankreaszyste bzw. der bereits anlässlich der Begutachtung geklagten diffusen Symptomatik.

E. 7.5

In psychiatrischer Hinsicht bleibt der Vollständigkeit halber darauf hinzuweisen, dass sich die Beschwerdeführerin erst

nach Erlass des Vorbescheids (4. Januar 2015, Urk. 7/159) in der

A.____

hospitalisieren liess

(ab 11. Februar 2016). Selbst unter Berücksichtigung des Austrittsberichts vom 3. August 2016 würde sich

am Beurteilungsergebnis nichts ändern: Die darin zur Begründung der medizinischen Einschätzung angeführte Symptomatik und Befundlage war im Wesentlichen bereits im Zeitpunkt der MEDAS-Begutachtung im September 2011 vorbestehend. So erhellt bereits aus der damaligen Anamnese und Untersuchung, dass die Beschwerdeführerin an Affekt labilität, Antriebslosigkeit, sozialem Rückzug, Traurigkeit, Schlafstörungen sowie Trostlosigkeit in Anbetracht ihrer somatischen Beschwerden litt (Urk. 7/114/49 f.). Psychiatrische Beurteilungen erfolgen von der Natur der Sache her nicht ermessensfrei, weshalb verschiedene medizinisch-psychiatrische Interpretationen möglich, zulässig und zu respektieren sind, sofern der Experte lege artis vorgegangen ist (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 5. März 2009 in Sachen A., 8C_694/2008, E. 5.1). Gleichzeitig haben sich die beurteilenden Fachärzte der A._____

nicht mit den Vorakten, geschweige denn mit den begründeten abweichenden Einschätzungen des psychiatrischen Gutachters auseinandergesetzt und eine Veränderung dargelegt.

Insofern lässt sich die unterschiedliche Qualifikation der depressiven Episode (mittelschwer oder schwer) und die daraus abgeleitete Arbeitsfähigkeit (vgl. ergänzende Stellungnahme vom 22. August 2016, Urk. 18) zwanglos aus der Verschiebung von Behandlungsauftrag einerseits und Begutachtungsauftrag andererseits (Urteil des Bundesgerichts 9C_842/2009 vom 17. November 2009 E. 2.2 mit Hinweisen) erklären

und legt noch keine Verschlechterung des psychischen Gesundheitszustandes dar. Kommt hinzu, dass betreffend die von den Ärzten der A._____ als schwer taxierte depressive Symptomatik bei guter medikamentöser Ansprechbarkeit noch im Verlauf der Hospitalisation eine Teilremission erreicht werden konnte, womit jedenfalls – ungeachtet der Diagnose – von einer invalidisierenden Leidensresistenz nicht die Rede sein kann. Damit korrelieren die hielten die Ärzte der A._____ auch aus drücklich fest, bei Fortführung der Behandlung sei von einer Vollremission der depressiven Symptomatik auszugehen (Urk. 18). Im Übrigen vermag weder eine höhere Einschätzung der Arbeitsunfähigkeit (vgl. Urk. 8/157, Urk. 18) noch eine allfällige Chronifizierung der beklagten (somatischen) Leiden per se eine relevante Gesundheitsveränderung darzustellen

(Urteil des Bundesgerichts 9C_955/2012 vom 13. Februar

2013 E. 3.3.4, Urteil des Bundesgerichts 9C_288/2008 vom 16. Mai

2008 E. 5).

Von vornherein unbeachtlich ist schliesslich, wenn die Verschlechterung des Gesundheitszustandes mit der anhaltenden Arbeitslosigkeit, der als Kränkung erlebten Ablehnung von IV-Leistungen sowie mit der als schwere Demütigung empfundene n, drohenden Ausschaffung begründet wird, handelt es sich doch dabei um versicherungsrrechtlich unbeachtliche psychosoziale Umstände.

E. 7.6

Bei der geschilderten Sach- und Rechtslage erweist sich die Beschwerde als unbegründet, weshalb sie abzuweisen ist.

E. 8

.2

Die Kosten des Verfahrens sind auf Fr. 6 00.-- festzusetzen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG) und ausgangsgemäss der Beschwerdeführer in aufzuerlegen, jedoch zu folge Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung einstweilen auf die Gerichtskasse zu nehmen. Das Gericht beschliesst: In Bewilligung des Gesuchs vom 17. März 2016 wird der Beschwerdeführerin die unentgeltliche Prozessführung gewährt, und erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 600 .-- werden der Beschwerdeführerin auferlegt , zu folge Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung jedoch einstweilen auf die Gerichtskasse genommen. Die Beschwerdeführerin wird auf die Nachzahlungs pflicht gemäss § 16 Abs. 4 GSVGer hingewiesen. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Stadt Zürich Soziale Dienste - 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 1 5. Juli bis und mit 1 5. August sowie vom 1 8. 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 VorsitzendeDie Gerichtsschreiberin HurstHediger

E. 8.1

Die Beschwerdeführer in bezieht Sozialhilfe (Urk. 3). Da auch die übrigen Voraussetzungen gemäss § 16 Abs. 1 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht (GSVGer) zur Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung gegeben sind, ist ihrem Gesuch vom 17 . März 2016 zu entsprechen und i hr die unentgeltliche Prozessführung zu gewähren. Die Beschwerdeführer in ist auf § 16 Abs. 4 GSVGer hinzuweisen, wonach sie zur Nachzahlung der ihr erlassenen Gerichtskosten verpflichtet ist, sobald sie dazu in der Lage ist.

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