

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.01324 vom 15. Februar 2017**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2017-02-15, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2016.01324](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2016.01324)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.01324 du 15 février 2017

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.01324 del 15 febbraio 2017

## **Erwägungen**

### **E. 1.1**

Nach vorangegangener Verweigerung einer Rente der Invalidenversicherung wird eine neue Anmeldung zum Leistungsbezug nur geprüft, wenn glaubhaft gemacht worden ist, dass sich der Grad der Invalidität des Versicherten in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert hat (Art. 87 Abs. 2 und 3 der Verordnung über die Invalidenversicherung, IVV). Dies gilt auch für Neuansmeldungen nach einer rückwirkend befristet zugesprochenen Rente (BGE 133 V 263) oder nach einer revisionsweisen Aufhebung einer zuvor ausgerichteten unbefristeten Rente (vgl. etwa Urteile des Sozialversicherungsgerichts des Kantons Zürich IV.2004.00234 vom 21. Juni 2005 E. 2 und IV.2006.00491 vom 18. Dezember 2007 E. 1.4). Damit soll verhindert werden, dass sich die Verwaltung nach vorangegangener rechtskräftiger Leistungsverweigerung immer wie der mit gleich lautenden und nicht näher begründeten, das heisst keine Veränderung des Sachverhalts darlegenden Gesuchen befassen muss (BGE 109 V 114 E. 2a, 109 V 264 E. 3). Die Verwaltung entscheidet somit zunächst nur, ob die Vorbringen der versicherten Person überhaupt glaubhaft sind; verneint sie dies, so kann sie das Gesuch ohne weitere Abklärungen durch Nichteintreten erledigen. Dabei wird sie unter anderem zu berücksichtigen haben, ob die frühere Verfügung nur kurze oder schon längere Zeit zurückliegt, und dementsprechend an die Glaubhaftmachung höhere oder weniger hohe Anforderungen stellen (ZAK 1966 S. 279, vgl. auch BGE 130 V 67 ff. E. 5.2, 130 V 72 E. 2.2 mit Hinweisen). Da der Verwaltung insofern ein gewisser Beurteilungsspielraum zu steht, der grundsätzlich zu respektieren ist, überprüft das Gericht die Eintretensfrage nur dann, wenn das Eintreten streitig ist, das heisst wenn die Verwaltung gestützt auf Art. 87 Abs. 3 IVV Nichteintreten beschlossen hat und die versicherte Person deswegen Beschwerde führt; hingegen unterbleibt eine richterliche Beurteilung der Eintretensfrage, wenn die Verwaltung auf die Neuansmeldung eingetreten ist (BGE 109 V 114 E. 2b).

### **E. 1.2**

Gesetz und Verordnung enthalten keine Vorschriften über die materiellrechtliche Revision von Eingliederungsleistungen wegen einer seit ihrer Zusprechung eingetretenen Veränderung der Verhältnisse. Ebenso wenig ist geregelt, unter welchen Voraussetzungen im Falle einer vorangegangenen Verweigerung von Eingliederungsleistungen ein neues Gesuch entgegenzunehmen und zu prüfen ist. In BGE 105 V 173 hat das Bundesgericht entschieden, dass Eingliederungsleistungen gleich wie Renten und Hilflosenentschädigungen zu behandeln sind und dass demzufolge Art. 17 ATSG sowie die dazugehörigen Ordnungsbestimmungen in analoger Weise auch auf die Revision von Eingliederungsleistungen angewendet werden müssen. Art. 87 Abs.

### **E. 1.3**

Die versicherte Person muss die massgebliche Tatsachenänderung mit der Neu anmeldung glaubhaft machen. Der Untersuchungsgrundsatz, wonach der Versi che rungsträger 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 Be weis mittel, insbesondere Arztberichte, hingewiesen, die noch beigebracht wür den oder von der Verwaltung beizuziehen seien, ist der versicherten Person eine ange messene Frist zur Einreichung der Beweismittel anzusetzen. Diese Mass nahme setzt voraus, dass die ergänzenden Beweisvor kehren geeignet sind, den entspre chenden Beweis zu erbringen. Sie ist mit der Androhung zu verbind en, dass ansonsten gegebenenfalls auf Nichtein treten zu erkennen sei (BGE 130 V 68 E. 5.2.5).

### **E. 1.4**

Richtet sich die Beschwerde gegen einen Nichteintretensentscheid, hat das Ge richt ausschliesslich zu prüfen und darüber zu entscheiden, ob die Verwal tung zu Recht nicht auf das Leistungsbegehren eingetreten ist. Der richterli che Ent scheid in der Sache hat in dieser besonderen verfahrensmässigen Situ ation al lein den for mellen Gesichtspunkt des vorinstanzlichen Nichteintretens zum Ge genstand. 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. 1.5**

Am 25. Januar 2016 (Eingangsdatum) meldete sich die Versicherte unter Bei lage diverser Arztberichte bei der IV-Stelle wieder zum Leistungsbezug an (Urk. 6/103). Nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren (Vorbescheid vom 8. März 2016 [Urk. 6/114]; Einwand vom 11. April 2016 [Urk. 6/115] bezie hungsweise 13. Mai 2016 [Urk. 6/118]) trat die IV-Stelle mit Verfügung vom 26. Oktober 2016 auf das neue Leistungsbegehren nicht ein (Urk. 2 [= Urk. 6/122]).

## **E. 2**

Dagegen erhob die Versicherte mit Eingabe vom 25. November 2016 Beschwerde und beantragte, die angefochtene Verfügung sei aufzuheben und die Beschwerdegegnerin sei zu verpflichten, auf das Leistungsbegehren ein zutreten zwecks Abklärung eines Anspruchs auf Eingliederungsmassnahmen und gegebenenfalls eine Invalidenrente (Urk. 1 S. 2). Mit Beschwerdeantwort vom 16. Januar 2017 schloss die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde (Urk. 5), was der Beschwerdeführerin mit Verfügung vom 18. Januar 2017 angezeigt wurde (Urk. 7). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

### **E. 2.1**

Mit Nichteintretensverfügung vom 26. Oktober 2016 stellte die Beschwerdegeg nerin fest, die Beschwerdeführerin habe nicht glaubha ft dar gelegt, dass sich die tat sächlichen Verhältnisse seit der letzten Verfügung vom 18. November 2015 wesentlich verändert hätten. Es liege lediglich eine andere Beurteilung desselben Sachverhalts vor . Auch ein Verdacht auf eine posttraumatische Belastungsstörung gelte nicht als IV-relevant ( Urk. 2).

### **E. 2.2**

Dagegen wandte die Beschwerdeführerin mit Eingabe vom 25. November 2016 ein, als Vergleichszeitpunkt sei nicht die Verfügung vom 18. November 2015 (Abbruch der

Wiedereingliederungsmassnahmen), sondern diejenige vom 28. April 2015 (Einstellung der Invalidenrente) massgeblich. Die Beschwerdeführerin berichte aber über eine Schmerzverstärkung seit Juli 2015. Im MRT der Lendenwirbelsäule vom 11. Februar 2016 seien eine kleine Diskushernie auf der Höhe L4/5 mit möglicher Irritation L5 sowie eine leichte dorsale Diskusprotrusion auf Höhe L5/S1 mit feinem Riss des Anulus fibrosus dargestellt worden. Bereits damit sei eine Verschlechterung ausgewiesen. Dass eine solche degenerative Veränderung möglicherweise nicht ungewöhnlich für das Alter der Beschwerdeführerin sei, dürfe für die Bewertung der Einschränkung der Arbeitsfähigkeit keine Rolle spielen. Auch die Diagnose einer Migräne sei geeignet, eine Leistungseinschränkung herbeizuführen. Ferner habe sich die Beschwerdeführerin vom 22. November bis 24. Dezember 2015 in intensiver, interdisziplinärer Behandlung im A.\_\_\_\_ befunden. Dennoch bestehe eine mittelschwere Depression. Eine Überwindbarkeit sei somit trotz stationärer Therapie nicht möglich. Weiter bestehe ein Verdacht auf eine posttraumatische Belastungsstörung, diesbezüglich sei ein strukturiertes Beweisverfahren durchzuführen. Unberücksichtigt geblieben seien ausserdem die neuerlich aufgetretenen Darmprobleme und die Amputation zweier Zehen (Urk. 1).

### **E. 3**

IVV auszudehnen und diese Bestimmung ebenfalls in analoger Weise auf Eingliederungsleistungen anzuwenden. Auf Grund der dortigen Verweisung auf Art. 87 Abs. 2 IVV

ist daher, wenn eine Eingliederungsleistung verweigert wurde, eine neue Anmeldung nur zu prüfen, wenn die versicherte Person glaubhaft macht (vgl. BGE 130 V 64 E. 5.2, 72 E. 2.2 mit Hinweisen), dass sich die tatsächlichen Verhältnisse in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert haben (BGE 125 V 410 E. 2b, 109 V 119 E. 3a; AHJ 2000 S. 233 E. 1b).

#### **E. 3.1.1**

Wie die Beschwerdeführerin zu Recht geltend macht, dient als Referenzzeitpunkt für die Beurteilung, ob eine Veränderung glaubhaft gemacht wurde, die Verfügung der Beschwerdegegnerin vom 28. April 2015 (Urk. 6/77). Diese beruhte auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Durchführung eines Einkommensvergleichs (BGE 133 V 108 E. 5.4).

#### **E. 3.1.2**

In medizinischer Hinsicht stützte sich die IV-Stelle bei der Aufhebung der Rente auf das polydisziplinäre Gutachten des Z.\_\_\_\_ vom 22. August 2013 (Urk. 6/64), welches auf internistischen, orthopädischen, dermatologischen und psychiatrischen Untersuchungen beruhte (Urk. 6/64/3). Interdisziplinär wurden die folgenden Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit aufgeführt (Urk. 6/64/30): - hereditäre palmoplantare Keratose vom Typ Vörner-Unna-Thost - panvertebrales, cervical-betontes myofasziales Schmerzsyndrom im Sinne einer Fibromyalgie - anhaltende somatoforme Schmerzstörung mit deutlicher affektiver Beeinträchtigung Sodann wurden im Gutachten die folgenden Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit genannt (Urk. 6/64/31): - Peritendinose linke Schulter ohne Funktionsstörung - Status nach HWS-Traumatisierung 12/01, aktuell keine Residuen - Adipositas - Verdacht auf arterielle Hypertonie - Status nach Proctocolitis 2009 - Status nach Helicobacter pylori-positiver Gastritis anamnestisch -

Status nach Eisenmangelanämie anamnestisch In der interdisziplinären Zusammenfassung wurde festgehalten, subjektiv stünden einerseits Schmerzen des muskuloskelettären Apparates im Vordergrund, verbunden mit erhöhter Müdigkeit und depressiven Symptomen, andererseits Behinderungen aufgrund der angeborenen Hyperkeratose. Klinisch zeigen sich chronische Veränderungen im Bereich der Hände und Füße im Sinne von ausgeprägten Hyperkeratosen und tiefen Rhagaden. Diese Hautveränderungen stellen eine deutliche Beeinträchtigung der Beschwerdeführerin beim Gehen und auch bei intensiven manuellen Tätigkeiten dar. Im aktuellen Zustand sei natürlich die Funktion der Akren eingeschränkt, jedoch seien diese Veränderungen stärker plantar als palmar ausgeprägt und die lokale Therapie erscheine nicht konsequent durchgeführt zu werden, so dass bei adäquater Therapie auch die Arbeitsfähigkeit gesteigert werden könnte. Neben der dermatologischen Affektion leide die Beschwerdeführerin an einem Ganzkörperschmerzsyndrom des muskuloskelettären Apparates, aus orthopädischer Sicht im Sinne einer Fibromyalgie, aus psychiatrischer Sicht einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung entsprechend. Damit verbunden sei eine affektive Beeinträchtigung der Beschwerdeführerin, welche aber nicht im Sinne eines eigenständigen affektiven Leidens diagnostiziert werden könne, sondern im Rahmen des somatoformen Geschehens gesehen werde; mithin handle es sich heute nicht um eine mittelschwere bis schwere depressive Beeinträchtigung, sondern um eine leichte bis maximal mittelschwere. Immerhin bestünden depressive Episoden nach Aktenlage seit langem, auch ausgeprägter. Aufgrund des psychischen Leidens, respektive der Fibromyalgie sei die Beschwerdeführerin (aus psychiatrischer Sicht) in ihrer Arbeitsfähigkeit ebenfalls erheblich eingeschränkt. Bezüglich der Konsistenzprüfung bestünden Unklarheiten, was die aktuelle antidepressive Medikation betreffe (aktuell Überdosierung).

Auch die Ausprägung des dermatologischen Leidens in der heutigen Schwere sei mit adäquater Behandlung ebenfalls nicht ohne weiteres erklärbar. Denkbar sei, dass die Beschwerdeführerin diese Behandlung vernachlässige, sei es aufgrund des affektiven Leidens oder aus anderen Gründen. Auch wenn das dermatologische Leiden rezidiviere, so sei doch eine Besserung und deutliche Stabilisierung unter adäquater Therapie zu erwarten (Urk. 6/64/31 f.). Die Gutachter gelangten zum Schluss, in ihrer bisherigen Tätigkeit als Mitarbeiterin in der Gastronomie sei die Beschwerdeführerin heute nicht mehr arbeitsfähig. Dies einerseits aufgrund des dermatologischen Leidens, welches langes Gehen als ungünstig erscheinen lasse, ebenso seien Tätigkeiten im feuchten Milieu nicht zumutbar. Darüber hinaus bestünden sicherlich erhebliche Schwierigkeiten bei der Wiedereingliederung aus kosmetischen Gründen, welche in der angestammten Tätigkeit als relevant angesehen würden. Auch aufgrund des chronifizierten Schmerzleidens sei die Beschwerdeführerin in der angestammten Tätigkeit eingeschränkt. In einer dem dermatologischen Leiden adaptierten Tätigkeit bestehe heute eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit lediglich aufgrund der Fibromyalgie/der somatoformen Schmerzstörung (Urk. 6/64/32). Aktuell sei – ohne Berücksichtigung versicherungspsychiatrisch relevanter Aspekte – von einer 70%igen Arbeitsunfähigkeit auszugehen (Urk. 6/64/34). Aus dermatologischer Sicht sei zu erwarten, dass sich die Arbeitsfähigkeit durch Anwendung intensiver lokaler Therapien verbessere. Aus psychiatrischer Sicht könne gesagt werden, dass die Beschwerdeführerin in ihrem Leiden weitestgehend chronifiziert sei. Es bestehe eine deutliche Fixierung mit wesentlich somatischem Krankheitsverständnis. Lediglich möglicherweise sei davon auszugehen, dass durch eine Intensivierung der psychotherapeutischen/psychopharmakologischen Maßnahmen eine Verbesserung

der Arbeitsfähigkeit in adaptierte r Tätigkeit erreicht werden könne. Allerdings seien die therapeutischen Möglichkeiten nicht ausgeschöpft. Unklar sei, wie weit die ambulante von der Beschwerdeführerin selbst durchgeführte Behandlung adäquat sei, anamnestisch bestünden depressive Einbrüche mit Vernachlässigung der Selbstpflege (womit auch eine Vernachlässigung der andauernd notwendigen keratolytischen Behandlung einhergehen dürfte), so dass eine kontrollierte intensive stationäre dermatologische wie auch psychiatrische Behandlung doch empfohlen werde. Erst wenn auch unter einer solchen stationären Behandlung sich das Krankheitsbild als therapierefraktär erweise, müsse wohl resigniert werden (Urk. 6/64/32 f.).

### **E. 3.1.3**

Die Beschwerdegegnerin erachtete die Schmerzproblematik in der Folge als überwindbar, weshalb sie von einer 100%igen Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit ausging (Urk. 6/69/2 f.).

### **E. 3.2.1**

Im ambulanten Bericht des B.\_\_\_\_, Interdisziplinärer Notfall, vom 24. September 2015 wurde die Verdachtsdiagnose transitorische ischämische zerebrale Attacke gestellt (Urk. 6/102/3-4). Es wurde eine MRI-Untersuchung des Neurokraniums und der zuführenden Gefässe veranlasst.

### **E. 3.2.2**

Das MRT des Neurokraniums vom 24. September 2015 am Röntgeninstitut C.\_\_\_\_ (Urk. 6/102/5) ergab eine regelrechte Darstellung des Zerebrums.

### **E. 3.2.3**

Dr. med. D.\_\_\_\_, Fachärztin FMH für Neurologie, stellte in ihrem Bericht vom 7. Januar 2016 (Urk. 6/102/6-10) die Diagnose: Status nach akuten Kopfschmerzen, gefolgt von Wortfindungs- sowie agnostischen Störungen und Verschwommensehen, Differentialdiagnose Migräne mit Aura/Basilaris-migräne/TIA am 20. September 2015. Sie hielt sodann fest, eine transient-ischämische Attacke halte sie aufgrund der beschriebenen Symptomatik, des unauffälligen cerebro-vaskulären Dopplerbefundes sowie des unauffälligen Schädel-MRI-Befundes als eher weniger wahrscheinlich.

### **E. 3.2.4**

Im Austrittsbericht des A.\_\_\_\_ vom 11. Januar 2016 (Urk. 6/102/11-15), wo die Beschwerdeführerin vom 22. November bis 24. Dezember 2015 stationär behandelt wurde, wurden die folgenden Diagnosen aufgeführt (Urk. 6/102/11): - chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41 )

- Schmerzen im Bereich der gesamten Wirbelsäule, der Ellbogen und Handgelenke, Sprunggelenke beidseits sowie des Knies rechts, Tenderpoints 18/18 positiv - degenerative Veränderung der Lendenwirbelsäule, kein Hinweis auf Spondylitis anterior, kein Hinweis auf ISG-Arthritis beidseits (MRI LWS und ISG 04.10.2011) - Depression zur Zeit mittelschwer - Verdacht auf Posttraumatische Belastungsstörung - Flashbacks, Arousal - Anamnestisch: TIA (transitorische ischämische Attacke) am 20.09.2015 - Palmoplantare Keratose Typ Vörner - Schleim im Stuhl

12/15

( A.\_\_\_\_ ) - anamnestisch Darmentzündung in der

Koloskopie 2013, antibiotisch behandelt - Calpro tectin normwertig (<10 mg/kg) - Koloskopie empfohlen Die behandelnden Ärzte führten im Wesentlichen aus, auf ein warmes Handbad mit Rahm und Lavendelöl gefolgt auf das Einreiben der vorbeistehenden topischen Therapie habe

die Beschwerdeführerin eindrücklich gut angesprochen und es habe ihr grosse Erleichterung gebracht bei der ausgeprägten palmoplantaren Keratose (Urk. 6/102/13). Bei der Beschwerdeführerin habe sich im Rahmen der psychosozialen Belastungen in der Vergangenheit und Gegenwart ein chronisches Schmerzsyndrom entwickelt. Es gebe Anzeichen für ein Posttraumatisches Belastungssyndrom. Es ergäben sich deutliche Hinweise für Schuld- und Schamgefühle, nicht ausreichende Selbstsorge, Traumata in der Vergangenheit, aber auch gute Introspektions- und Reflexionsfähigkeiten, sowie Motivation, an diesen Faktoren etwas zu verändern. Sie habe sich engagiert gezeigt und gut mitgearbeitet, habe das Gelernte gut umsetzen können und damit die Rehabilitationsziele erreicht. Ein Tagesplan für zu Hause sei mit ihr besprochen worden. Die Beschwerdeführerin habe sich während der Hospitalisation psychophysisch stärken, psychophysische Zusammenhänge erkennen und hilfreiche neue Verhaltens- und Denkweisen erarbeiten und üben können. Sie habe sehr viele Zusammenhänge erkannt und gute Fortschritte gemacht (Urk. 6/102/14).

### **E. 3.2.5**

Im Bericht des Röntgeninstituts C.\_\_\_\_ vom 11. Februar 2016 (Urk. 6/107) wurde festgehalten, es bestehe eine Chondrosis intervertebralis L4/5 mit einer kleinen, rechts paramedian bis knapp rezessal reichenden Diskushernie und möglicher Irritation von L5 rechts. Sodann bestehe eine nach kaudal zunehmende mässiggradige Spondylarthrose und ein konsekutiv eingeengtes rechtes Neuroforamen auf Höhe L5/S1. Eine Spinalkanalstenose liege nicht vor.

### **E. 4.1**

Die im Neuanmeldungsverfahren aufgelegten medizinischen Unterlagen enthalten keine Hinweise auf eine Veränderung der tatsächlichen Verhältnisse seit der Rentenaufhebung im Jahr 2015 (Urk. 6/77).

### **E. 4.2**

Es steht nach wie vor eine Schmerzverarbeitungsstörung (E. 3.2.4) im Vordergrund. Der Austrittsbericht des A.\_\_\_\_ vom 11. Januar 2016 bestätigt sogar die Vermutung der Gutachter des Z.\_\_\_\_ aus dem Jahr 2013, wonach die therapeutischen Möglichkeiten noch nicht ausgeschöpft gewesen seien (E. 3.1.2), denn der einmonatige Rehabilitationsaufenthalt im A.\_\_\_\_ führte zu einer psychophysischen Stärkung der Beschwerdeführerin. Sie habe sich engagiert gezeigt und gut mitgearbeitet, habe das Gelernte gut umsetzen können und damit die Rehabilitationsziele erreicht. Sie habe sehr viele Zusammenhänge erkannt und gute Fortschritte gemacht (E. 3.2.4). Auch bezüglich des dermatologischen Leidens konnte eine „erfreuliche Wirkung“ erzielt werden (Urk. 6/102/15), was die Einschätzung der Gutachter des Z.\_\_\_\_ aus dem Jahr 2013 wiederum bekräftigte; sie hatten von einer adäquaten Therapie eine Besserung und deutliche Stabilisierung erwartet (E. 3.1.2). Der Hinweis der Beschwerdeführerin auf die im Austrittsbericht des A.\_\_\_\_ vom 11. Januar 2016 gestellte Diagnose einer mittelschweren Depression sowie auf die darin geäußerte Verdachtsdiagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung ist sodann nicht zielführend.

Es liegt lediglich eine andere Beurteilung desselben Sachverhalts vor, denn die Gutachter des Z.\_\_\_\_ betrachteten die bereits damals bestehende affektive Beeinträchtigung nicht als eigenständiges Leiden, sondern verbanden sie mit dem somatoformen Geschehen. Das affektive Leiden stuften sie als leicht bis maximal mittelschwer ein (E. 3.1.2), womit diesbezüglich keine Veränderung glaubhaft gemacht ist. Die Verdachtsdiagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung reicht sodann nicht aus, um eine Veränderung des Gesundheitszustandes glaubhaft zu machen. Zum einen müsste die Verdachtsdiagnose zuerst bestätigt werden, was jedoch nicht Gegenstand von Abklärungen der Beschwerdeführerin sein kann, da der Untersuchungsgrundsatz nicht gilt (E. 1.3). Zum anderen ist ohnehin davon auszugehen, dass auch der Verdachtsdiagnose kein veränderter Befund zugrunde liegt, da die Biographie der Beschwerdeführerin bereits den Gutachtern des Z.\_\_\_\_, insbesondere dem begutachtenden Psychiater (vgl. Urk. 6/64/23), bekannt war. Im Bericht des A.\_\_\_\_ vom 11. Januar 2016 wurde lediglich auf die bereits bekannten Lebensumstände hingewiesen (Urk. 6/102/13).

#### **E. 4.3**

Die Diagnose einer Migräne wurde im Zusammenhang mit einem einmaligen Ereignis vom 20. September 2015 gestellt (vgl. E. 3.2.1-3.2.3). Inwiefern dadurch eine Veränderung des Gesundheitszustandes glaubhaft gemacht worden sein soll, erhellt sich nicht. Auch der Hinweis auf die anlässlich der stationären Behandlung im A.\_\_\_\_ festgestellten Darmprobleme vermag dafür nicht zu genügen. Der Befund (schleimiger rektaler Ausfluss ohne weitere Beschwerden; Urk. 6/102/14) erfordert zwar weitere Abklärungen, belegt aber (noch) keinen krankhaften Zustand. Da der Untersuchungsgrundsatz nicht gilt (E. 1.3), sind von der Beschwerdeführerin auch diesbezüglich keine weiteren Abklärungen zu veranlassen.

#### **E. 4.4**

Soweit die Beschwerdeführerin auf den Radiologiebericht des Röntgeninstituts C.\_\_\_\_ vom 11. Februar 2016 (E. 3.2.6) und damit einen neuen Befund an der Wirbelsäule hinweist, ist ihr entgegenzuhalten, dass sich radiologisch erhobene Veränderungen im (degenerativen) Wirbelsäulenbefund allein

nicht notwendigerweise im Ausmass der funktionellen Einschränkung niederschlagen; vielmehr sind derartige Befunde jeweils anhand der Klinik zu überprüfen (Urteil 9C\_68/2014 des Bundesgerichts vom 02. Juni 2014 E. 3.3 mit Hinweis auf das Urteil 8C\_282/2012 vom 11. Mai 2012 E. 5). Ein Bericht, in welchem eine Einschränkung klinisch belegt würde und mit welchem über dies eine relevante Verschlechterung des Gesundheitszustandes glaubhaft dargetan werden könnte, wurde indessen nicht eingereicht.

#### **E. 4.5**

Schliesslich wurde der Beschwerdeführerin auch kein Bericht über die Amputation zweier Zehen eingereicht. Je nachdem, welche Zehen amputiert wurden (höchstwahrscheinlich die Zehen III beidseits, deren Fehlstellung gut achterlich belegt ist [Urk. 6/64/15]), und je nach Heilungsverlauf erscheint allerdings fraglich, ob damit überhaupt eine relevante Verschlechterung des Gesundheitszustandes glaubhaft gemacht werden könnte.

#### **E. 4.6**

Nach dem Gesagten wurde keine erhebliche Veränderung des Gesundheitszustandes glaubhaft gemacht. Damit sind auch keine weiteren Abklärungen vorzunehmen, und

insbesondere ist kein strukturiertes Beweisverfahren durchzuführen.

#### **E. 5**

Es ist somit nicht zu beanstanden, wenn die Beschwerdegegnerin mangels glaubhaft gemachter Veränderung der tatsächlichen Verhältnisse auf die Neuanschuldung nicht eingetreten ist. Die Beschwerde ist daher abzuweisen.

#### **E. 6**

.

Die Kosten des Verfahrens sind auf Fr. 700.-- festzulegen und ausgangsge mäss von der Beschwerdeführerin zu tragen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG). Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 700.-- werden der Beschwerdeführerin auferlegt. Rechnung und Einzahlungsschein werden der Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - CAP Rechtsschutz-Versicherungsgesellschaft AG - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - Bundesamt für Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft) 4.

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

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

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift des Beschwerdeführers oder seines Vertreters zu enthalten; der angefochtene Entscheid sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind beizulegen, soweit die Partei sie in Händen hat (Art. 42 BGG). Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich  
Der Vorsitzende  
Die Gerichtsschreiberin  
Hurst  
Muraro

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