

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00345 vom 7. November 2018

ZH Sozialversicherungsgericht, 2018-11-07, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2017.00345

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00345 du 7 novembre 2018

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00345 del 7 novembre 2018

Erwägungen

E. 1.1

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

E. 1.2

Nach Eingang einer Neuanmeldung

ist die Verwaltung zunächst zur Prüfung verpflichtet, ob die Vorbringen der versicherten Person überhaupt glaubhaft sind; verneint sie dies, 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 dementsprechend 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. Daher hat das Gericht die Behandlung der Eintretensfrage durch die Verwaltung nur zu überprüfen, wenn das Eintreten streitig ist, das heisst wenn die Verwaltung gestützt auf Art. 87 Abs.

E. 1.3

Als Vergleichsbasis für die Beurteilung der Frage, ob bis zum Abschluss des aktuellen Verwaltungsverfahrens eine anspruchserhebliche Änderung des Invaliditätsgrades eingetreten ist, dient die letzte rechtskräftige Verfügung, welche auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Durchführung eines Einkommensvergleichs (bei Anhaltspunkten für eine Änderung in den erwerblichen Auswirkungen des Gesundheitszustands) beruht (BGE 133 V 108; vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_297/2016 vom 7. April 2017 E. 2.2, nicht publiziert in: BGE

143 V 77, aber in SVR 2017 IV Nr. 51 S. 152). 1.

E. 2

Gegen diese Verfügung erhob die Versicherte mit Eingabe vom 22. März 2017 Beschwerde und beantragte, die angefochtene Verfügung sei aufzuheben und es sei die Beschwerdegegnerin anzuweisen, auf ihr Leistungsbegehren einzutreten (Urk. 1). Mit Beschwerdeantwort vom 10. Mai 2017 beantragte die Beschwerdegegnerin Abweisung der Beschwerde (Urk. 5), was der Beschwerdeführerin mit Verfügung vom 11. Mai 2017 angezeigt wurde (Urk. 7).

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin erwog im angefochtenen Entscheid, die tatsächlichen Verhältnisse hätten sich seit der letzten Verfügung nicht wesentlich verändert. Es liege lediglich eine andere Beurteilung desselben Sachverhaltes vor, weshalb auf die Neuanmeldung nicht eingetreten werde (Urk. 2).

E. 2.2

Die Beschwerdeführerin brachte dagegen vor, seit der letzten materiellen Leistungsprüfung habe sich der Gesundheitszustand erheblich und anhaltend verschlechtert, was sich aus dem Bericht von Dr. C.____, FMH Allgemeine Innere Medizin, vom 10. Januar 2017 ergebe (Urk. 1). 3.

E. 3

IVV

Nichteintreten beschlossen hat und die versicherte Person deswegen Beschwerde führt; hingegen unterbleibt eine richterliche Beurteilung der Eintretensfrage, wenn die Verwaltung auf die Neuanmeldung eingetreten ist (BGE

109 V 108 E. 2b).

E. 3.1

Als Vergleichszeitpunkt massgebend ist die Verfügung vom 29. August 2014 mit welcher ein Leistungsanspruch materiell geprüft und verweigert wurde. Im Rahmen der ersten Neuanmeldung vom 1. August 2015 erfolgte keine materielle Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweismwürdigung und Invaliditätsbemessung. Vorliegend gilt es deshalb zu prüfen, ob die Beschwerdeführerin glaubhaft gemacht hat, dass sich der Grad ihrer Invalidität seit dem Erlass der Verfügung vom 29. August 2014 (Urk. 6/31) in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert hat (vgl. E. 1. 3).

E. 3.2.1

) und den die Neuanmeldung stützenden ärztlichen Berichten von Mai 2016 (E.

3.3.1) und Januar 2017 (E. 3.3.2)

gute zwei bis knapp drei Jahre, was weder für noch gegen allzu hohe Anforderungen an das Glaubhaftmachen spricht (vgl.

Urteil des Bundesgerichtes 9C_286/2009 vom 28. Mai 2009 E. 3.2.3).

E. 3.2.2

Die für den Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD) tätige E.____, FMH orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, hielt mit Stellungnahme vom 15. April 2014 (Urk. 6/30/3-4) fest, mit teilschwere und schwere körperliche Tätigkeiten, insbesondere solche mit vermehrten Anforderungen an die Greiffunktion und an die Kraft der Hände, insbesondere bei repetitiven Belastungen sowie mit Kälte-/Nässe-Exposition, sollten vermieden werden. Aus versicherungsmedizinischer Sicht seien der Beschwerdeführerin körperlich leichte (angepasste) Tätigkeiten mit Wechselbelastung ohne erhöhte Anforderungen an die Kraft und Haltefunktion der Hände, daher auch ohne Besteigen von Leitern und Gerüsten, ohne Heben und Tragen von Lasten und ohne Arbeiten mit ungünstigen Hebelwirkungen am Handgelenk (Stielwerkzeuge, Arbeiten mit ausgestreckten Armen), ohne repetitive Beanspruchung der Hände und ohne erhöhte

Anforderungen an das feinmotorische Geschick der Hände , weiterhin zumutbar. Die Beschwerdeführerin sei in bisheriger Tätigkeit vom 10. April 2013 bis 1. September 2013 zu 100 % , vom 2. September 2013 bis 30. September 2013 zu 70 % und ab dem 1. Oktober 2013 zu 50 % arbeitsunfähig zu erachten. In angepasster Tätigkeit gemäss Belastungsprofil sei eine Tätigkeit ab 1. Oktober 2013 zu 100 % zumutbar (Urk. 6/30/3).

E. 3.3.1

Die Ärzte der Universitätsklinik D.____ , Abteilung Rheumatologie, wo die Beschwerdeführerin vom 25. April bis 14. Mai 2016 hospitalisiert war, hielten mit Bericht von 14. Mai 2016 folgende Diagnosen fest (Urk. 5/48/1-2): - multilokuläre Arthralgien Hände, Arme, Iliosakralgelenk (ISG) beidseits - Differentialdiagnose: Spondyloarthritis (SAPHO , ankylosierende Spondylitis), seronegative rheumatoide Arthritis, Poncet-Syndrom - HLA-B27 positiv; Rheumafaktor, anti-CCP, ANA negativ - peripherer und axialer Befall - anamnestisch: Schmerzen Handgelenke beidseits, Ellbogen beidseits, rechts mehr als links, Schulter rechts, ISG-beidseits, links mehr als rechts, Hüfte und Knie beidseits, MTP beidseits - klinisch: Verdacht auf Tenosynovitis

Flexorensehne

Dig . IV links, Hyposensibilität vor allem Dig . IV und V, Handgelenk-Beweglichkeit symmetrisch - Bildgebung: Ultraschall Hände beidseits 15. April 2015: Arthritis radio-ulnocarpal , Erguss um Extensorensehnen , ECU-Sehne rechts, Arthritis MCP I links, MRI Hände beidseits 29. Juni 2015: Rhizarthrose rechts mit progredientem intraossärem Ganglion Basis Os Metacarpale I, Tenosynovitis der Flexorensehnen im Carpaltunnel sowie Extensorensehnen im 2. und 4. Strecksehnenfach, ECU-Sehne rechts, regrediente postoperative Veränderungen bei Status nach Trapezektomie links, postoperative Veränderungen im Carpaltunnel, Tenosynovitis der Flexorensehnen IV auf Höhe MCP links, keine Erosionen, Röntgen Hände dorsopalmar beidseits 15. Juli 2015: keine Chondrokalzinose , keine entzündlichen Veränderungen, progrediente Irregularität der distalen Gelenkfläche des Scaphoids links, Röntgen Füße dorsopalmar beidseits 15. Juli 2015: keine entzündlichen Veränderungen, Röntgen Beckenübersicht anterior

posterior 15. Juli 2015: Coxa

profunda beidseits, keine entzündlichen Veränderungen ISG beidseits

- Labor: 21. April 2015: ANA, Anti-Doppelstrang-AK, anti-CCP negativ, 22. Dezember 2015: CRP, BSR normal, 30. September 2015: Quanti ferontest positiv, 15. Juli 2015: CRP und BSR normal, Rheumafaktor, anti-CCP, ANA, ANCA negativ, Proteinelektrophorese und Immun fixation negativ, Status nach durchgemachtem Parvovirus B19-Infekt, Hepatitis B, C und HIV negativ , Ferritin 284 µg/l, Vitamin B12 und Folsäure im Normbereich, PCR

Chlamydia

trachomatis und Gono kokken negativ, Lues-Screening negativ - Medikation: Status nach peroralem Steroidstoss 8/15: kein Therapieansprechen, Basismedikation mit Methotrexat vom 25. November 2015 bis 26. Januar 2016; abgesetzt wegen Nebenwirkungen. - persistierendes cervikospondylogenes Schmerzsyndrom beidseits, EM 2013 - Triggerpunkte in der Scapulamuskulatur beidseits, rechtsbetont - Bildgebung: MRI HWS 8. Juli 2015: breitbasige

Bandscheiben protrusion

HWK 5/6 sowie Uncovertebralarthrosen beidseits mit konsekutiver Einengung der Neuroforamina beidseits und Kompression der Nervenwurzeln C7 intraforaminal beidseits - rezidivierendes lumbospondylogenes Schmerzsyndrom beidseits - Bildgebung: MRI SIG und STIR

thorakolumbalen Übergang 23. Oktober 2015: fokales Knochenmarksödem im Os Ilium links angrenzend an das linke inferiore ISG, keine postentzündlichen Veränderungen, multisegmentale degenerative Veränderungen LWK 2 bis LWK 5 - Labor: 20. Oktober 2015: HLA B27 positiv - Verdacht auf Kompressionsneuropathie Sulcus

ulnaris links postoperativ (neurologische und elektrophysiologische Untersuchung vom 28. April 2015)

- Status nach Karpaltunnelspaltung links 12. März 2015 - MRI-Ellbogen links vom 27. Mai 2016: unauffälliger Nervus

ulnaris, kein akzessorischer Muskel - Status nach Resektion des Trapezium mit Interposition der Sehnen des Abductor pollicis

longus am 10. April 2013 bei Rhizarthrose links - Verdacht auf Reizung des Nervus

ulnaris rechts, Schmerzexazerbation seit Anfang Juni 2015 - Verdacht auf Kompressionsneuropathie Sulcus

ulnaris links postoperativ (neurologische und elektrophysiologische Untersuchung vom 28. April 2015) - Harnwegsinfekt - Urinkult vom 18. April 2016: Wachstum von Pantoea

- Nopil forte vom 21. bis 26. April 2016 - Augmentin 1g zweimal täglich vom 27. April 2016 bis 3. Mai 2016 - Monuril - Gabe einmalig - Verdacht auf Vulvovaginale

Candidiasis

- Gynoperavyl vom 25. bis 28. April 2016

Dem Bericht kann sodann entnommen werden, bei in der Sonographie nachgewiesenen Arthritiden und im linken ISG ersichtlichen möglichen entzündlichen Veränderungen seien die ASAS-Kriterien formal für eine axiale als auch periphere Spondylarthropathie erfüllt. In der klinischen Untersuchung seien zudem eine Hyperostose der Clavicula und des SC-Gelenkes, sonomorphologisch jedoch keine Hinweise auf eine entzündliche Erkrankung (zum Beispiel SAPHO-Syndrom),

aufgefallen. Aufgrund der bestehenden Hypästhesien an den Händen beidseits sei eine neurophysiologische Untersuchung veranlasst worden, in welcher keine Pathologien objektivierbar gewesen seien, insbesondere keine Hinweise für ein Karpaltunnelsyndrom oder eine Kompression des Sulcus

ulnaris der linken Seite. Auf Grund von MR-tomographisch beschriebenen intraforaminalen C7-Nervenwurzelkompressionen sei zudem ein EMG der genannten Muskulatur erfolgt. Hier zeigen sich keine Hinweise auf Pathologien. In Anbetracht der aktuell vorliegenden Befunde könne von einem Status nach Karpaltunnelsyndrom beidseits mit zudem radikulärer C7-Beteiligung gesprochen werden. Die Beschwerdeführende sei in einem multimodalen Behandlungsprogramm integriert und erhalte Einzelphysiotherapie, MTT (medizinische Trainingstherapie). Begleitend seien passiv-

detonisierende Massnahmen (Thermotherapie und Massage) erfolgt, sowie eine ergotherapeutische Betreuung mit dem Ziel der Verbesserung der alltäglichen Funktionsfähigkeit und Koordinationstraining. Eine analgetische Therapie sei mit einem NSAR, Metamizol und Paracetamol etabliert worden. Nach interdisziplinärer Besprechung habe man bei persistierendem erhöhtem Leidensdruck und möglicherweise axialer Beteiligung die Indikation für eine Basistherapie mit einem TNF-Alpha-Hemmer (Certolizumab / Cimzia) als gegeben gesehen. Bei positivem Quantiferontest

habe man eine tuberkulostatische Therapie mit Isoniazid und Vitamin B6 für insgesamt 9 Monate begonnen. Die Beschwerdeführerin habe motiviert am Therapieprogramm teilgenommen und habe von den vermittelten Copingstrategien profitieren können. Unter etablierter Therapie habe nur eine leichte Schmerzregredienz erzielt werden können, mit zunehmendem Belastungsaufbau. Die Beschwerdeführerin

habe sich zufrieden

über den stationären Aufenthalt geäußert und habe am 13. Mai 2016 in die häusliche Umgebung entlassen werden können (Urk. 6/48/5).

E. 3.3.2

Dem Bericht vom 10. Januar 2017 von Dr. C.____, Universitätsklinik D.____, zu Händen der pro

infirmis (Urk. 6/69 = Urk. 3) kann entnommen werden, seit Juni 2015 seien zusätzlich zu den Handgelenkschmerzen links nach CTS-Operation am 5. März 2015 Ellbogen- und Schulterschmerzen rechts dazu gekommen, seit August 2015 auch Hand- und Unterarm-Arthralgien beidseits mit regelmässigem nächtlichen Erwachen. Seit Oktober 2015 beklage die Beschwerdeführerin lumbale Schmerzen mit Ausstrahlung gluteal links sowie neu aufgetretene OSG-Beschwerden links. Ab Januar 2016 gebe sie auch Knieschmerzen beidseits an. Aufgrund der deutlichen Verschlechterung des Gesundheitszustandes mit Entwicklung von multilokulären Arthralgien sei vom 25. April bis 14. Mai 2016 eine stationäre multimodale Behandlung in der Akut-Rheumatologie im Hause durchgeführt worden. Vom November 2015 bis 26. Januar 2016 sei eine Basistherapie mit Methotrexat erfolgt, diese habe aufgrund von Nebenwirkungen abgesetzt werden müssen. Nachfolgend sei eine TNF-Alpha-Basistherapie mit Certolizumab (Cimzia 200mg sc., alle 14 Tage) vom 17. Juni bis 5. Dezember 2016 erfolgt. Diese sei wegen mangelnden Ansprechens wieder sistiert worden. Im Ganzkörper-MRI vom Juni 2016 hätten sich entzündliche Veränderungen im SC Gelenk beidseits sowie möglicherweise manubrio-sternal sowie Signalalterationen in den ISG beidseits gezeigt. Im MRI der Hände beidseits vom Juni 2015 hätten sich entzündliche Veränderungen mit Tenosynovitis der Flexorensehnen im Carpal tunnel sowie Extensorensehnen im 2. und 4. Strecksehnenfach, ECU Sehne rechts sowie Flexorensehnen IV auf Höhe MCP links nachweisen lassen. Die multilokulären Arthralgien seien am ehesten im Rahmen einer entzündlich-rheumatologischen Systemerkrankung im Sinne einer peripheren und axialen Spondyloarthritis, Differentialdiagnose: seronegative rheumatoide Arthritis, SAPHO-Syndrom zu interpretieren. Eine Basistherapie mit Methotrexat habe aufgrund von Nebenwirkungen abgesetzt werden müssen. Eine sechs monatige

TNF-Alpha-Hemmertherapie mit Cimzia unter Isoniazid/Vitamin B6 bei latenter Tuberkulose sei wegen mangelnden Ansprechens gestoppt worden. Insgesamt sei es seit Anfang 2015 zu einer deutlichen Verschlechterung des Allgemeinzustandes der

Beschwerdeführerin gekommen. In der rheumatologischen Poliklinik sei eine 50%ige Arbeitsfähigkeit bei 60%igem Arbeitspensum als Mensamitarbeiterin vom 1. August 2015 bis 31.

August 2016 ausgestellt worden. Bei weiterer Verschlechterung des Gesundheitszustandes sowie noch nicht definitivem Ansprechen der Basistherapie mit TNF-Alpha-Hemmern sei ab dem 1. September 2016 eine 80%ige Arbeitsunfähigkeit für eine leichte wechselbelastende Tätigkeit, ohne repetitive Zwangshaltungen, ohne Überkopfbewegungen sowie ohne Heben von Lasten über 5kg ausgestellt worden (Urk. 6/69/1-2).

E. 4

Das Gericht kann die Angelegenheit zu neuer Entscheidung an die Vorinstanz zurückweisen, besonders wenn mit dem angefochtenen Entscheid nicht auf die Sache eingetreten oder der Sachverhalt ungenügend festgestellt wurde (§ 26 Abs. 1 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht, GSVGer). Gemäss ständiger Rechtsprechung ist in der Regel von der Rückweisung

– da diese das Verfahren verlängert und verteuert – abzusehen, wenn die Rechtsmittelinstanz den Prozess ohne wesentliche Weiterungen erledigen kann. In erster Linie kommt eine Rückweisung in Frage, wenn der Versicherungsträger auf ein Begehren überhaupt nicht eingetreten ist oder es ohne materielle Prüfung abgelehnt hat, wenn schwierige Ermessensentscheidungen zu treffen sind, oder wenn der entscheidungsrelevante Sachverhalt ungenügend abgeklärt ist (vgl. Urteil des Bundesgerichts U 209/02 vom 10. September 2003 E. 5.2). 2.

E. 4.1.1

Strittig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin aufgrund der ihr im Verfügungszeitpunkt vorliegenden Beurteilungen zu Recht angenommen hat, eine Veränderung des Gesundheitszustandes seit dem 29. August 2014 sei nicht glaubhaft gemacht worden, oder ob sie auf das Gesuch hätte eintreten müssen.

E. 4.1.2

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 ff. E. 5.2, 130 V 71 E. 2.2 mit Hinweisen). Erheblich ist eine Sachverhaltsänderung, wenn angenommen werden kann, der Anspruch auf eine 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).

E. 4.1.3

Die Verwaltung verfügt bei der Beurteilung der Eintretensvoraussetzung nach Art. 87 Abs. 2 und 3 IVV über einen gewissen Spielraum. So wird sie namentlich berücksichtigen, ob die frühere Verfügung nur kurze oder schon längere Zeit zurückliegt, und an die Glaubhaftmachung dementsprechend mehr oder weniger hohe Anforderungen

stellen (Urteil des Bundesgerichtes 8C_531/2013 vom 10. Juni 2014 E. 4.1.2).

E. 4.1.4

Vorliegend liegen zwischen den – der Verfügung vom 29. August 2014 zugrunde liegenden – Berichten von Dr. C.____ vom

März 2014 (vgl. E.

E. 4.2

Ein Vergleich mit der der Verfügung vom 29. August 2014 zugrunde liegenden Sachlage ergibt, dass zusätzlich zu den bisherigen Beschwerden –

den Handgelenkschmerzen links, dem beidseitigen CTS-Syndrom, den (persistierenden) rezidivierenden cervikobrachialen Schmerzen links und den akuten Unterschenkel schmerzen beidseits – neu Ellbogen- und Schulterschmerzen und seit Juni 2015 zusätzlich Hand- und Unterarm-Arthralgien beidseits, seit Oktober lumbale Schmerzen und OSG-Beschwerden sowie ab Januar 2016 Knieschmerzen aufgetreten sind. Aufgrund der neu hinzu gekommenen multilokulären Arthralgien wurde eine stationäre multimodale Behandlung in der Akut-Rheumatologie und zwei verschiedene Basistherapien durchgeführt (vgl. auch E.

3.3.1).

Das Ganzkörper-MRI vom Juni 2016 zeigte zudem entzündliche Veränderungen im SC-Gelenk und

Signalalterationen in den ISG. Das Hände-MRI zeigte entzündliche Veränderungen in den Händen beidseits. Dr. C.____ konnte die multilokulären Arthralgien am ehesten im Rahmen einer entzündlich-rheumatologischen Systemerkrankung im Sinne einer Spondyloarthritis

erklären (E.3.3.2).

Eine hinzugetretene Diagnose stellt zwar nicht per se einen Revisionsgrund dar, da damit das quantitative Element der erheblichen Gesundheitsverschlechterung nicht zwingend ausgewiesen ist. Aufgrund dieser zusätzlichen Diagnose (Spondyloarthritis), den entzündlichen Veränderungen

und den multilokulär auftretenden Schmerzen kann aber nicht von vornherein verneint werden, dass sich der somatische Zustand der Beschwerdeführerin erheblich verschlechtert hat.

Dr. C.____

hielt denn auch eine deutliche Verschlechterung des Allgemein Zustands fest und attestierte eine lediglich 50-60%ige Arbeitsfähigkeit mit Tendenz zur Verschlechterung bis zur 80%igen Arbeitsunfähigkeit (E. 3.3.2).

E. 4.3

Nach dem Gesagten bestehen zumindest gewisse Anhaltspunkte für eine mögliche versicherungsmedizinisch relevante Verschlechterung, was zur Glaubhaftmachung ausreicht (vgl. E. 1.4 und E. 4.1.2). Die Beschwerdeführerin ist somit auf die Neuanschuldung zu Unrecht nicht eingetreten, weshalb die Beschwerde gutzuheissen und die Sache zur materiellen Beurteilung an sie zurückzuweisen ist.

E. 5.1

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.

E. 5.2

Der Beschwerdeführerin ist keine Prozessentschädigung zuzusprechen, da ihr Arbeitsaufwand und ihre Umtriebe im vorliegenden Verfahren nicht den Rahmen dessen überschritten, was der Einzelne zumutbarerweise nebenbei zur Besorgung seiner persönlichen Angelegenheiten auf sich zu nehmen hat. Das Gericht erkennt: 1.

In Gutheissung der Beschwerde wird die Verfügung vom 1. März 2017 aufgehoben und die Sache an die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, zurückge wiesen, damit sie auf die Neuanmeldung vom 8. September 2016 eintrete und nach Vornahme der erforderlichen Abklärungen über den Leistungsanspruch der Beschwer deführerin verfüge. 2.

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

Rechnung und Einzahlungsschein werden der Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt. 3.

Eine Prozessentschädigung wird nicht zugesprochen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - X.____ - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - Bundesamt für Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft) 5 .

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 Bundesge setzes 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, zuzu stellen.

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweis mit tel und die Unterschrift des Beschwerdeführers oder seines Vertreters zu enthalten; der angefochtene Entscheid sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind beizu legen, soweit die Partei sie in Händen hat (Art. 42 BGG). Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich Der VorsitzendeDer Gerichtsschreiber HurstHausammann

E. 6

00.-- festzusetzen und der unterliegenden Beschwerde gegnerin aufzuerlegen.

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