

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2018.00170 vom 7. Juni 2019

ZH Sozialversicherungsgericht, 2019-06-07, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2018.00170

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2018.00170 du 7 juin 2019

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2018.00170 del 7 giugno 2019

Erwägungen

E. 1.1

Nach Eingang einer Neuanschuldung 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 ff. E. 5.2, 72 E. 2.2 mit Hinweisen).

E. 1.2

Richtet sich die Beschwerde gegen eine Nichteintretensentscheidung, hat das Gericht, ungeachtet der Vorbringen der beschwerdeführenden Partei, zu prüfen und darüber zu entscheiden, ob die Verwaltung zu Recht nicht auf das Leistungsbegehren eingetreten ist. Der richterliche Entscheid in der Sache (Sachentscheid) hat in dieser besonderen verfahrensmässigen Situation den formellen Gesichtspunkt des Nichteintretens durch die untere Instanz zum Gegenstand. Dagegen hat sich das Gericht mit materiellen Anträgen nicht zu befassen (BGE 121 V 157 E. 2b, 116 V 265 E. 2a, SVR 1997, UV Nr. 66 S. 225 E. 1a).

E. 1.3

Im November 2012 ersuchte die Versicherte erneut um die Zusprechung einer Rente (Urk. 7/104). Die hernach eingereichten und von der IV-Stelle eingeholten ärztlichen Unterlagen behandelnder Ärzte (vgl. Urk. 108 ff.) veranlassten die IV-Stelle dazu, ein weiteres polydisziplinäres Gutachten in Auftrag zu geben. Dieses erstatteten die Ärzte A. ___ am

E. 1.4

Am 2. Juni 2016 (bei der IV-Stelle am 4. September 2016 eingegangen) meldete sich die Versicherte wiederum zum Leistungsbezug an (Urk. 7/142). Die IV-Stelle prüfte die eingereichten Unterlagen (Urk. 7/141/1-23) und erliess am 1. Oktober 2016 den Vorbescheid, mit dem sie der Versicherten in Aussicht stellte, auf das Leistungsgesuch nicht einzutreten (Urk. 7/147). Dagegen erhob die Versicherte am 9. November 2016, ergänzt am 18. Dezember 2016, Einwände (Urk. 7/154, Urk. 7/159) und reichte erneut Arztberichte ein (Urk. 7/156/1-35). Mit Verfügung vom 9. Januar 2017 trat die IV-Stelle auf das Leistungsgesuch nicht ein (Urk.

E. 2

Gegen die Verfügung vom 9. Januar 2018 erhob die Versicherte am 9. Februar 2018 Beschwerde mit dem Rechtsbegehren, es sei der angefochtene Entscheid aufzuheben und mit der Anweisung an die IV-Stelle zurückzuweisen, dass diese auf die Neuanmeldung eintrete und den Leistungsanspruch materiell prüfe (Urk. 1). Die IV-Stelle beantragte in der Beschwerdeantwort vom 7. März 2018 die Abweisung der Beschwerde (Urk. 6). Am 13. März 2018 stellt das Gericht der Versicherten die Vernehmlassung zu und gewährt ihr die unentgeltliche Rechtspflege in Form der unentgeltlichen Prozessführung und der Bestellung einer unentgeltlichen Rechtsvertretung (Urk. 8).

Auf die Ausführungen der Parteien und die Akten wird, soweit erforderlich, in den nachfolgenden Erwägungen eingegangen. Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 2.1

In der angefochtenen Verfügung führte die IV-Stelle zu ihrem Nichteintreten s.entscheid

zusammengefasst aus, eine materielle Prüfung des erneut gestellten Gesuchs setze voraus, dass sich die medizinische oder die erwerbliche Situation erheblich geändert habe. Aus den eingereichten medizinischen Unterlagen, von denen etliche bereits aktenkundig gewesen seien, ergäben sich die bereits bekannten Diagnosen, deren Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit mehrfach sachlich beurteilt worden seien. Namentlich begründeten weder die Handgelenksbeschwerden noch die Depression eine dauerhafte Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit (Urk. 2 S. 1 f.). In der Beschwerdeantwort verwies die Beschwerdegegnerin auf diese Darlegungen (Urk. 6).

E. 2.2

Die Beschwerdeführerin macht geltend, seit dem Erlass der Verfügung vom 12. Mai 2014 habe sich der gesundheitliche Zustand verschlechtert. Aufgrund eines Zufallsbefunds habe im Oktober 2016 ein Aneurysma embolisiert werden müssen. Zusätzlich würden an zwei bis drei Tagen pro Woche Migräneanfälle und Kopfschmerzattacken auftreten. In den letzten Jahren sei diese Problematik progressiv geworden. Sodann befinde sie sich weiterhin alle zwei bis drei Wochen in Behandlung bei ihrem langjährigen Psychiater Dr. med. B.____, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie. Das depressive Zustandsbild stehe in einer negativen Wechselwirkung mit dem Schmerzleiden.

Es sei chronifiziert, unterliege aber Schwankungen, was sich daran zeige, dass anlässlich der letzten gutachterlichen Beurteilung im Jahr 2014 keine depressiven Symptome und auch kein Schmerzerleben festgestellt worden seien. Inzwischen aber habe sich das Zustandsbild wieder verschlechtert. Die Depressivität sei derzeit schwer. Die Beschwerdegegnerin habe ihren Entscheid auf falsche Tatsachen gestützt, wenn sie davon ausgehe, es finde keine psychiatrische Behandlung mehr statt. Eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes in rentenrelevantem Ausmass sei durch die eingereichten medizinischen Berichte glaubhaft gemacht worden (Urk. 1 S. 8 ff. Rz. 23 ff.).

Sodann macht die Beschwerdeführerin geltend, anlässlich der vergangenen Anmeldungen sei der Invaliditätsgrad jeweils unter Anwendung der gemischten Methode ermittelt worden, wobei dieser stets als zu tief für einen Rentenanspruch ausgefallen sei. Inzwischen hätten sich die gesetzlichen Bestimmungen zur Berechnung des Invaliditätsgrades bei der gemischten Methode geändert und der Versicherungsträger habe den Anspruch neu zu prüfen, wenn die Berechnung nach den neuen Grundsätzen voraussichtlich zu einem

Rentenanspruch führe. Da sich zudem der gesundheitliche Zustand verschlechtert habe, sei die Beschwerdeführerin zu verpflichten, auf die Neuanschuldung einzutreten und den Anspruch materiell zu prüfen (Urk. 2 S. 10 Rz 26 ff.).

E. 3.1

Die Gutachter des A.____, die die Beschwerdeführerin internistisch, neurologisch, orthopädisch und psychiatrisch untersuchten, nannten im Gutachten vom 29. Januar 2014 als Diagnose n

ein chronisches lumbospondylogenes Schmerzsyndrom mit Chondrosen und Spondylarthrosen, jedoch ohne Hinweise auf eine radikuläre Reiz- oder Ausfallsymptomatik und ein zervikobrachiales rechts betontes Schmerzsyndrom mit altersentsprechenden leichten degenerativen Veränderungen der Halswirbelsäule (HWS). Bei beiden Leiden wiesen sie auf eine Fehlhaltung, Dekonditionierung und muskuläre Dysbalance

hin. Als weitere Diagnosen erwähnten

die Gutachter eine

diskrete rechtskonvexe Skoliose der Brustwirbelsäule, ein metabolisches Syndrom, Nierensteine, eine substituierte Unterfunktion der Schilddrüse, chronische Verdauungsbeschwerden, einen Status nach Operation eines Karpaltunnelsyndroms rechts im Jahr 2006, eine Hypothermie der rechten Hand bei regelrechter Perfusion und eine subjektiv beklagte Hypästhesie der rechten Körperseite ohne organisches Korrelat. Sodann hielten die Gutachter fest, die Beschwerdeführerin sei Analphabetin (Urk. 7/129/70).

E. 3.2

Zu den gestellten Diagnosen führten die Gutachter aus, aus internistischer Sicht sei die Beschwerdeführerin trotz des Übergewichts im Sinne einer Adipositas Grad I nach WHO (BMI von 34,7 kg/m²) und den damit verbundenen Folgeerscheinungen weiterhin in der Lage, die bisherige oder jede andere Tätigkeit auszuüben. Es bestehe mithin eine uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit. Aus neurologischer Sicht verhalte es sich gleich. Es hätten keine objektiven Befunde erhoben werden können. Das gelte insbesondere für die geklagte Fühlstörung im Bereich der rechten Körperhälfte und für die Hypothermie der rechten Hand (Urk. 7/129/76 f., Urk. 7/129/78).

Die chirurgisch-orthopädische Untersuchung habe trotz der altersbedingten degenerativen Veränderungen am Skelett weder für den Bereich der Wirbelsäule noch für den Schulterbereich relevante funktionelle Beeinträchtigungen ergeben. Auch die Motorik der Hände sei erhalten gewesen. Die von der Beschwerdeführerin geklagten Beschwerden seien inkonsistent gewesen und hätten im Rahmen der einzelnen klinischen Testungen nicht objektiviert werden können. Für eine körperlich belastende Arbeit sei die Arbeitsfähigkeit limitiert. Hingegen bestehe für leichte bis mittelschwere Tätigkeiten unter Beachtung der Schonkriterien für Wirbelsäulenleiden keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Dazu zähle auch die zuletzt ausgeübte leichte bis mittelschwere Tätigkeit als Reinigungskraft (Urk. 7/129/77).

Aus psychiatrischer Sicht hielten die Gutachter fest, die für die Diagnose einer somatoformen Schmerzstörung erforderlichen Befunde hätten nicht erhoben werden können. Weder hätten die Schmerzangaben dafür gesprochen noch habe die

Beschwerdeführerin auf die Schmerzen eingeeignet gewirkt. Sodann hätten keine Anhaltspunkte für dissoziative Störungen festgestellt werden können und weder Gespräch noch Testung hätten hinreichenden Symptome für das Vorliegen eines depressiven Leidens gezeigt .

Ferner sei festgestellt worden, dass die Beschwerdeführerin nicht alle der als verordnet angegebenen Psychopharmaka in der therapeutisch wirksamen Dosis einnehme. Insgesamt liege aus psychiatrischer Sicht keine begründbare Einschränkung der Arbeitsfähigkeit vor (Urk. 7/129/78 f.).

E. 3.3

Zusammenfassend kamen die Gutachter zum Schluss, es bestehe allein aufgrund des Rückenleidens bei nachgewiesenen degenerativen Veränderungen im Bereich der Lendenwirbelsäule eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in Bezug auf körperlich belastende Tätigkeiten. Leichte bis mittelschwere Tätigkeiten könnten aber auch weiterhin vollschichtig ausgeübt werden (Urk. 7/129/79). Die Beschwerdeführerin folgte dieser Beurteilung, nachdem der Arzt des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD) , Dr. med. C.____ , Facharzt für Innere Medizin und Rheumatologie, auf das A.____ -Gutachten Bezug genommen und dieses als überzeugend beurteilt hatte (Urk. 7/130/4).

In der Verfügung vom 12. Mai 2014 hielt die Beschwerdeführerin fest, gemäss dem A.____ -Gutachten vom 29. Januar 2014 lägen keine gesundheitlichen Einschränkungen vor, die der Ausübung einer beruflichen Tätigkeit entgegenstünden. Allein körperlich schwere Arbeiten seien nicht mehr zumutbar. Die bisherige Tätigkeit oder andere angepasste seien ohne Einschränkung zumutbar. Es bestehe somit kein relevanter Gesundheitsschaden, der Anspruch auf Leistungen der Invalidenversicherung gäbe (Urk. 7/140/1).

E. 4.1

Die Beschwerdeführerin macht geltend, sie leide neu

unter einer schwergradig ausgeprägten Depression , und reichte den Bericht von Dr. B.____ vom 9. Februar 2018 ein (Urk. 3/3). Dieser

hielt fest, die Beschwerdeführerin leide an einer rezidivierenden depressiven Störung mit gegenwärtig schwerer Episode. Sodann erwähnte er, die Beschwerdeführerin suche ihn zu therapeutischen Gesprächen auf und er habe ihr die folgenden Medikamente verschrieben: Saroten , Truxal und Temesta . Auf welchen neuen Befunden die Diagnose beruht, in welcher Frequenz die Gespräche stattfinden und wie konsequent die Medikamente eingenommen werden ,

führte Dr. B.____ nicht aus und auch zur Prognose äusserte er sich nicht. Dies wäre umso wichtiger gewesen, weil die Behandlung bei ihm

bereits

im Zeitpunkt der Begutachtung durch die Ärzte des A.____

seit Jahren etabliert war und im Rhythmus von 1 bis 2 Sitzungen pro Monat stattfand . Auch eine medikamentöse Behandlung mit Saroten und Truxal bestand damals bereits (vgl. Urk. 7/129/62). Auch die Behandlungsfrequenz ist den Angaben der Beschwerdeführerin zufolge nicht enger geworden (alle drei Wochen; Urk. 1 S. 9 Rz 24). Der Umstand allein, dass Dr. B.____

unter Verweis auf die bereits bekannte Behandlung nunmehr eine rezidivierende depressive Störung mit gegenwärtig schwerer Episode erwähnte, dies aber anhand der weiteren Angaben dazu objektiv nicht nachvollzogen werden kann, macht eine wesentliche Verschlechterung noch nicht glaubhaft.

Mittelschwere bis schwere depressive Episoden diagnostizierte auch die behandelnde Rheumatologin Dr. med. D.____, Fachärztin FMH für Rheumatologie und Innere Medizin, im Bericht an den Hausarzt vom 3. Juli 2017 (Urk. 7/141/21-23; vgl. auch Urk. 7/156/1-3). Weitere Angaben dazu machte indessen auch sie nicht. Hinzu kommt, dass sie keine Psychiaterin ist. Somit ergeben sich auch aus ihren Darlegungen keine rechtsgenügenden Hinweise auf eine funktionell bedeutsame psychische Erkrankung.

E. 4.2

Aktenkundig ist der nach der Beurteilung im Jahr 2014 erhobene Zufallsbefund eines Aneurysmas im Bereich der rechten Halsschlagader der Beschwerdeführerin. Dieses Leiden wurde im Oktober 2016 mittels einer endovaskulären

Exploration und Embolisation in Narkose behandelt. Mittels postoperativer MRI-Untersuchung konnte die vollständige Ausschaltung des Aneurysmas nachgewiesen werden. Der postoperative Verlauf war komplikationslos und die Beschwerdeführerin wurde in gutem Allgemeinzustand nach Hause entlassen (Urk. 7/141/1 f.). Weitere in diesem Zusammenhang nötige ärztliche Interventionen sind weder aktenkundig, noch werden solche von der Beschwerdeführerin geltend gemacht. Es ist somit nicht ersichtlich, inwiefern sich das im Jahr 2016 entdeckte und damals erfolgreich und abschliessend behandelte Leiden weiterhin und in massgeblicher Weise nachteilig auf das funktionelle Leistungsvermögen der Beschwerdeführerin auswirkt. Solches ist jedenfalls nicht glaubhaft dargelegt worden.

E. 4.3

Zu prüfen ist sodann, ob im Zusammenhang mit der von der Beschwerdeführerin erwähnten Kopfschmerzproblematik eine leistungsrelevante gesundheitliche Verschlechterung glaubhaft gemacht worden ist. Über Kopfschmerzen im Sinne einer Migräne, etwa zweimal pro Monat auftretend, berichtete die Beschwerdeführerin bereits im Rahmen der Begutachtung durch die Ärzte des A.____

im Jahr 2014 (Urk. 7/129/36, Urk. 7/129/57). Die Experten stellten indessen weder eine Diagnose noch gingen sie von einer erwerblichen Beeinträchtigung aufgrund der Kopfschmerzproblematik aus. Als erheblich limitierend stuften sie allein das Rückenleiden in Bezug auf körperlich belastende Tätigkeiten ein (Urk. 7/129/79).

Die Kopfschmerzproblematik war

2017 Gegenstand einer stationären Behandlung in der E.____. Dem Bericht der Klinik vom 28. Juni 2017 (stationärer Aufenthalt vom 5. bis 24. Juni 2017) ist die Diagnose einer Migräne mit und ohne Aura zu entnehmen. Sodann hielten die Ärzte fest, die Beschwerdeführerin habe bei Eintritt angegeben, alle zwei bis drei Tage komme es zu einem Anfall. Die Behandlung habe in der Folge zu einer Besserung der Problematik geführt. Zu Beginn der Behandlung habe die Beschwerdeführerin über keine Coping-Strategien verfügt. Es sei der Beschwerdeführerin aber gelungen, den passiven Schmerzverarbeitungsstil durch die Aktivitäten im Rahmen der Behandlung zu verändern. Damit habe sie die Intensität der Schmerzen günstig beeinflussen können. Die Schmerzen

hätten abgenommen und es sei nur noch einmal pro Woche zu einem Anfall gekommen . Sie sei motiviert gewesen, auch nach dem Austritt aus der Klinik die erlernten Strategien anzuwenden (Urk. 7/156/33 f.).

Die Ausführungen der Ärzte der E.____ zeigen, dass innert weniger Wochen eine Reduktion sowohl der Anfallshäufigkeit als auch der Schmerzbelastung erreicht werden konnte. Ob die von den Klinikärzten empfohlene Weiterbehandlung und die Anwendung der erlernten Coping-Strategien in Eigenregie seit her angemessen umgesetzt wurden, erschliesst sich nicht aus den Akten. Dr. D.____ berichtete am 3. Juli 2017 und damit kurz nach dem Abschluss der stationären Behandlung , über täglich auftretende und immobilisierende Kopfschmerzen (Urk. 7/156/2). Auf diese von der Beschwerdeführerin kurz nach der Entlassung aus der erfolgreich verlaufenen stationären Schmerzbehandlung geschilderte drastische Verschlechterung des Zustandes ging die Ärztin nicht weiter ein. Es erschliesst sich aus ihren Darlegungen, auf die

sich die Beschwerdeführerin zur Glaubhaftmachung der Verschlechterung der Kopfschmerzproblematik stützt (vgl. Urk. 2 S. 9 Rz 24), insbesondere nicht, in welchem Ausmass sie die Angaben der Beschwerdeführerin einer kritischen Würdigung unterzog . Dies wäre bei der gegebenen Sachlage zwingend nötig gewesen. Die Schilderung der Beschwerdeführerin, es träten täglich immobilisierende Kopfschmerzen auf, widerspricht jedenfalls deutlich dem Ergebnis der Behandlung in der E.____ . Den Darlegungen der Ärzte der E.____ kommt ein erhöhtes Gewicht zu . Dr. D.____ ist als Rheumatologin und Internistin nicht auf die Behandlung und Beurteilung von Kopfschmerzleiden spezialisiert . Die erfolgreiche Behandlung in der E.____

und die günstige Prognose der Klinikärzte lassen es trotz der gestellten Diagnose einer Migräne nicht als nahe liegend erscheinen, es bestehe nunmehr eine die erwerbliche Leistungsfähigkeit erheblich und dauernd beeinträchtigende Kopfschmerzproblematik. Auch durch die im Bericht von Dr. D.____ offensichtlich unhinterfragt wiedergegebenen Schilderungen der Beschwerdeführerin wird eine wesentliche Verschlechterung nicht glaubhaft gemacht. Da der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin in bereits mehrfach umfassend abgeklärt worden und die hier zu beurteilende Neu anmeldung schon zwei Jahre nach der letzten Verneinung eines Rentenanspruchs erfolgt ist (Sachverhalt Ziffer 1.3 und 1.4) , sind an die Glaubhaftmachung einer Verschlechterung erhöhte Anforderungen zu stellen.

E. 5.1

Die Beschwerdeführerin hat ferner auf die am 1. Dezember 2017 beschlossenen, seit dem 1. Januar 2018 in Kraft stehenden neuen Absätze 2-4 von Art. 27 bis IVV hingewiesen. Mit diesen ist für Teilerwerbstätige, die sich zusätzlich im Aufgabenbereich Haushalt betätigen, in Nachachtung

des EGMR -Urteils Di Trizio gegen die Schweiz vom 2. Februar 2016 (7186/09) ein neues Berechnungsmodell entwickelt worden. Nach der dazu ergangenen Übergangsbestimmung (ÜB) Abs. 2 gilt Folgendes: Wurde eine Rente vor dem Inkrafttreten der Änderung vom 1. Dezember 2017 wegen eines zu geringen Invaliditätsgrads einer teilerwerbstätigen versicherten Person, die sich zusätzlich im Aufgabenbereich nach Artikel 7 Absatz 2 IVG betätigte, verweigert, so wird eine neue Anmeldung geprüft, wenn die Berechnung des Invaliditätsgrads nach Artikel 27 bis Absätze 2-4 IVV voraussichtlich zu einem Rentenanspruch führt.

Das IV-Rundschreiben Nr. 372 vom 9. Januar 2018 umschreibt die Handhabung von erstmaligen Anmeldungen bzw. Neuanmeldungen von teilerwerbstätigen Personen wie folgt:

« a) Für alle erstmaligen Rentenmeldungen ab dem 1. Juli 2017 wird nur das neue Berechnungsmodell angewendet (Entstehung des Rentenanspruchs frühestens ab 1. Januar 2018 gestützt auf Art. 29 Abs. 1 IVG).

b) Für alle erstmaligen Rentenmeldungen, welche vor dem 1. Juli 2017 erfolgt sind, wird der Rentenanspruch abgestuft bis zum 31. Dezember 2017 nach dem alten Berechnungsmodell und per 1. Januar 2018 nach dem neuen Berechnungsmodell festgelegt.

c) Bei Neuanmeldungen nach vorgängiger Rentenablehnung oder – aufhebung ist es notwendig glaubhaft zu machen, dass durch das neue Berechnungsmodell voraussichtlich neu ein Rentenanspruch resultieren wird. Ist diese Voraussetzung erfüllt, so ist auf die entsprechende Neuanmeldung einzutreten und der entsprechende Anspruch abzuklären. Bei einem Nichteintreten (weiterhin kein rentenbe gründender IV-Grad trotz neuem Berechnungsmodell) ist es der

versicherten Person unbenommen, eine andere erhebliche Änderung im Sachverhalt glaubhaft zu machen (Art. 87 Abs. 3 IVV).

Eine Neuanmeldung aufgrund des neuen Berechnungsmodells kann grundsätzlich erst ab dem 1. Januar 2018 berücksichtigt werden, so dass nur das neue Berechnungsmodell in Betracht kommt. Erfolgte hingegen eine Neuanmeldung aus einem anderen Grund (Art. 87 Abs. 3 IVV), so ist analog der Regelung bei den erstmaligen Anmeldungen danach zu unterscheiden, ob die Anmeldung vor dem 1. Juli 2017 erfolgte oder erst danach (vgl. oben lit. b).

Für den Zeitpunkt der Entstehung des Anspruchs gilt Art. 29 Abs. 1 IVG (d.h. frühestens 6 Monate nach Anmeldung, vgl. auch Absatz 2 der Übergangsbestimmung zur Verordnungsänderung vom

1. Dezember 2017). »

E. 5.2

In einer ersten publizierten Fassung der geplanten Änderung von Art. 27 bis IVV und dem dazugehörigen erläuternden Bericht des Bundesrates respektive des Bundesamtes für Sozialversicherungen (BSV), welcher als «Vorabdruck» bezeichnet ist (Urk.

E. 5.3

Die allgemein gemäss

Art. 87 Abs. 3 in Verbindung mit Abs. 2 IVV geltende Voraussetzung, gemäss welcher die versicherte Person selber glaubhaft darlegen müsste, dass sich der Grad ihrer Invalidität als Folge der Anwendung von Artikel 27 bis Absätze 2–4 IVV in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert hat, wird somit gemäss dem Wortlaut von Abs. 2 der ÜB zur Änderung vom 1. Dezember 2017 in Bezug auf die Eintretensvoraussetzungen gemäss Absatz 2 der Übergangsbestimmungen nicht von der ansprechenden Person verlangt. Dies ergibt sich schon aus der Formulierung, « würde eine Rente [...] wegen eines zu geringen Invaliditätsgrades [...] verweigert, so wird eine neue Anmeldung nur geprüft, wenn die

Voraussetzungen nach Absatz 2 erfüllt sind» .

Es muss demnach lediglich « glaubhaft

sein », nicht von der ansprechenden versicherten Person « glaubhaft

gemacht werden », dass sich der Grad der Invalidität der versicherten Person in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert hat. Wird dagegen ein Gesuch um Neuanmeldung gemäss Art. 87 Abs. 3 IVV eingereicht , bei dem eine «Di- Trizio -Konstellation» keine Rolle spielt , so ist darin, also im Gesuch selber, von der versicherten Person glaubhaft zu machen , dass sich der Grad ihrer Invalidität in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert hat. Allein schon die Formulierung der ÜB zur Änderung vom 1. Dezember 2017 bestätigt demnach die in CHSS 1/2018 S. 45 erläuterte Interpretation des Bundesamtes für Sozialversicherungen. Danach wird eine neue Anmeldung schon dann geprüft, wenn die Berechnung des Invaliditätsgrads nach Artikel 27 bis Absätze 2-4 IVV voraussichtlich zu einem Rentenanspruch führt. Und zu dieser «Berechnung des Invaliditätsgrads nach Artikel 27 bis Absätze 2-4 IVV » ist nicht die versicherte Person verpflichtet, sondern sie obliegt der IV-Stelle. Diese Vorgehensweise entspricht nicht nur dem Wortlaut des revidierten Art. 27 bis

Abs. 2-4 IVV und den in CHSS 1/2018 S. 45 publizierten Erläuterungen des BSV. Sie ist auch Ausdruck einer Erleichterung zugunsten der betroffenen Versicherten als Ausgleich dafür, dass die IV-Stelle nicht von Amtes wegen Revisionen durchführen muss oder gar, wenn eine Erstanmeldung ganz abschlägig entschieden worden war, von Amtes wegen zu prüfen hätte, ob nunmehr nach der Ergänzung von Art. 27 bis IVV mit den Absätzen 2 bis 4 ein Rentenanspruch entstände.

In jenen Fällen, in denen der Invaliditätsgrad seit Erlass der früheren rechtskräftigen Verfügung bezogen auf die medizinischen Verhältnisse keine Änderung erfahren hat und ohne die eingetretene Rechtsänderung das neue Rentengesuch ohne weiteres abzuweisen wäre (BGE 130 V 253 E. 3.6 mit Hinweisen) , ist von Amtes wegen zu prüfen , ob die Neuanmeldung wegen der erfolgten Rechtsänderung trotzdem anhand zu nehmen ist. 6. 6.1

Im vorliegenden Fall

setzte sich der zu Rechtsfolgen führende Dauersachverhalt noch fort , als am 1. Januar 2018 und somit kurz vor Erlass der angefochtenen Verfügung vom 9. Januar 2018 die Ergänzung von Art. 27 bis

IVV mit den neuen Absätzen 2-4 in Kraft trat . Da der Vergleich zwischen der im Zeitpunkt der früheren ablehnenden Verfügung vom 12. Mai 20

E. 9

).

Wurde nach Anwendung der bisherigen gemischten Methode ein rentenaus schliessender Invaliditätsgrad festgestellt und der Rentenanspruch verneint , sind demnach zwar als Folge der Einführung des neuen Berechnungsmodells ab 1. Januar 2018 keine Neuüberprüfungen von Amtes wegen durchzuführen . Die betroffenen Versicherten

müssen sich vielmehr selber neu anmelden . Die IV-Stelle ist aber schon dann verpflichtet, auf eine neue Anmeldung einzutreten, wenn die Berechnung des Invaliditätsgrads nach der neuen Regelung voraus sichtlich zu einem Rentenanspruch führt. Ob diese Voraussetzung

erfüllt ist, soll die IV-Stelle prüfen, indem sie die der ursprünglichen Verfügung zugrunde liegenden Variablen (Status Erwerb/Aufgabenbereich, Valideneinkommen, Invalideneinkommen, Einschränkung im Aufgabenbereich) in die neue Berechnungsformel einsetzt (dazu auch: Ralph Leuenberger und Gisella Mauro, Bundesamt für Sozialversicherungen, Änderungen bei der gemischten Methode in: CHSS 1/2018 S. 45). Eine solche summarische, schematische Prüfung ist also nach einer Neuanmeldung wegen einer «Di-Trizio-Konstellation» notwendig.

E. 14

gegebenen Situation auf der einen und den im Zeitpunkt der neuen Verfügung vom 9. Januar 2018 gegebenen Verhältnissen auf der anderen Seite erfolgt, ist die bis zu m

9. Januar 2018 eingetretene Entwicklung der Rechtslage von Amtes wegen

zu berücksichtigen (BGE 130 V 253 E. 3.9 mit Hinweisen). Daran ändert nach dem Gesagten nichts, dass die Beschwerdeführerin erst in der Beschwerdeschrift an das Sozialversicherungsgericht auf die Ergänzung von Art. 27 bis IVV mit den Absätzen 2-4 hingewiesen und deren Anwendung gefordert hat. 6.2

Was die anzuwendende Bemessungsmethode betrifft, ist der Rentenanspruch der Versicherten bis zum 31. Dezember 2017 nach dem alten Berechnungsmodell und ab dem

1. Januar 2018 nach dem neuen Berechnungsmodell festzulegen.

Die Qualifikation „Teilerwerbstätige“ war im Zeitpunkt des Erlasses der Verfügung vom 17. Oktober 2008 gegeben und infolgedessen damals die gemischte Methode anzuwenden (Urk. 7/100). Über eine Änderung der Berechnungsmethode in der daraufhin ergangenen Verfügung vom 14. Mai 2014 (Urk. 7/140) ergibt sich aus der Verfügung selber, dem vorangegangenen Vorbescheid vom 27. Februar 2014 (Urk. 7/132) und dem Feststellungsblatt vom gleichen Datum nichts. Dasselbe gilt betreffend die

hier strittige Verfügung vom 9. Januar 2018, deren Sachverhalt mit dem Sachverhalt

zur Zeit der Verfügung vom 14. Mai 2014 zu vergleichen ist. Dieser lag das von der Beschwerdegegnerin eingeholte polydisziplinäre Gutachten des A.____ vom 29. Januar 2014 zugrunde. Darin finden sich zwar in der Anamnese Hinweise, dass die Kinder der Beschwerdeführerin damals auf eigenen Füßen standen und auch die jüngste Tochter bereits ihre Ausbildung - eine Lehre bei der Post - abgeschlossen hatte (Urk. 7/129/33 f.). In der Verfügung selber

und in den diese betreffenden Akten finden sich jedoch ebenfalls keine Ausführungen zur anwendbaren Bemessungsmethode, namentlich dazu, ob die gemischte Methode weiterhin zur Anwendung kommen sollte oder nicht. Entsprechende Feststellungen wurden entweder von der IV-Stelle nicht getätigt oder fanden in der Verfügung und den Akten keinen Niederschlag.

Die Methode der Invaliditätsbemessung (Art. 28a IVG) ist indessen sowohl bei der erstmaligen Prüfung als auch bei der revisionsweisen Überprüfung des Rentenanspruchs und bei der Prüfung einer Neuanschuldung zu bestimmen, zumal auch

eine wesentliche Änderung hinsichtlich des für die Methodenwahl massgeblichen (hypothetischen) Sachverhalts der versicherten Person den Weg für eine Neuanmeldung eröffnen kann

(dazu ausführlich: BGE 144 V 28 E. 2.2-3. 1) . 6.3

Aus der Verfügung vom 12. Mai 2014 und dem Feststellungsblatt vom 27. Februar 2014 (Urk. 7/130) ergeben sich, wie dargelegt wurde, keine Rückschlüsse auf die damals gewählte Bemessungsmethode. Das Gutachten des A. ___ vom 29. Januar 2014 beruhte auf der allgemein-formulierten Anfrage des RAD vom 6. Juni 2013, ob sich bei der Versicherten eine wesentliche Verschlechterung des Gesundheitszustandes ergeben habe, welche zu einer anderen Beurteilung der Arbeitsfähigkeit führe (Urk. 7/130 S. 3). Welche Bemessungsmethode und welche konkrete Bemessungsweise die IV-Stelle für ihren Entscheid gewählt hat, ergibt sich aus den Akten nicht (Urk. 7/130/4). In der Verfügung vom 17. Oktober 2008, welche vor dem für den Vergleich mit der Verfügung vom 9. Januar 2018 massgeblichen Entscheid vom 12. Mai 2014 ergangen war, ist hingegen der Anspruch auf eine Rente nach Anwendung der gemischten Methode verneint worden. Dabei ging die IV-Stelle für den Zeitpunkt vom 17. Oktober 2008 von einer Aufteilung von 45 % für den Haushalt und von 55 % für den Erwerbsbereich aus (Urk. 7/100). Das Feststellungsblatt vom 1. Oktober 2017 (Urk. 7/146), welches im Hinblick auf die im vorliegenden Verfahren zu beurteilende Verfügung vom 9. Januar 2018 (Urk. 2) entstanden ist, enthielt unter dem Stichwort „Qualifikation“ ebenfalls den Vermerk „Teil-ET“, was darauf hindeutet, dass auch beim Erlass dieser Verfügung die gemischte Methode Anwendung fand (Urk. 7/146/1). In der Begründung der Verfügung vom 9. Januar 2018 und im Vorbescheid vom 1. Oktober 2017 (Urk. 7/147) finden sich allerdings wiederum keine Ausführungen zur angewandten Bemessungsmethode und Berechnungsweise. Damit fehlen auch jegliche Angaben zu den in der ursprünglichen und der angefochtenen Verfügung zu Grunde liegenden, für den Entscheid wesentlichen Variablen wie Status Erwerb/Aufgabenbereich, Valideneinkommen, Invalideneinkommen und

allfällige Einschränkungen im Aufgabenbereich. Diese Daten sind aber erforderlich, um abklären zu können, ob auf die Neuanmeldung vom 2. Juni 2016 (Urk. 7/142) einzutreten gewesen wäre, wie es die Versicherte in ihrer Beschwerde beantragt hat, oder nicht. 6.4

Damit ergibt sich Folgendes: Die Neuanmeldung datiert vom 2. Juni 2016 (Urk. 7/142). Für den Zeitraum bis zum 31. Dezember 2017 kamen

die neuen Absätze 2-4 von Art. 27 bis IVV noch nicht zur Anwendung. Ferner ergeben sich aus den eingereichten Akten keine Anhaltspunkte für eine relevante gesundheitliche Verschlechterung. Diesbezüglich ist die Beschwerdegegnerin zu Recht auf die Neuanmeldung nicht eingetreten und die Beschwerde abzuweisen.

Für den Zeitraum ab dem 1. Januar 2018 hat die Beschwerdegegnerin gestützt auf die ÜB zur Änderung vom 1. Dezember 2017 noch zu prüfen, ob die Berechnung des Invaliditätsgrads nach Artikel 27 bis Absätze 2-4 IVV voraussichtlich zu einem Rentenanspruch führt. In diesem Punkt ist die Beschwerde teilweise gut zuheissen. 7.7.1

Gemäss Art. 69 Abs. 1 bis IVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von Leistungen der Invalidenversicherung vor dem kantonalen Versicherungsgericht in Abweichung von Art. 61 lit. a ATSG kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festgesetzt. Vorliegend erweist sich eine Kostenpauschale von Fr. 700.-- als angemessen. Ausgangsgemäss sind die Kosten den

Parteien je zur Hälfte aufzuerlegen, der auf die Beschwerdeführerin entfallende Anteil ist jedoch zufolge gewährter unentgeltlicher Prozessführung einstweilen auf die Gerichtskasse zu nehmen. 7.2

Die unentgeltliche Rechtsvertreterin der Beschwerdeführerin, Rechtsanwältin Aurelia Jenny, hat trotz entsprechender Aufforderung (Urk. 8) keine Honorarnote eingereicht. Massgebend für die Festsetzung der Entschädigung sind insbesondere die Bedeutung der Streitsache und die Schwierigkeit des Prozesses (§ 34 Abs. 3 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht; GSVGer).

Unter Berücksichtigung dieser Gesichtspunkte erweist sich eine Entschädigung von Fr. 1'900.-- als angemessen (Auslagenersatz und Mehrwertsteuer inbegriffen). Davon hat die IV-Stelle die Hälfte, das heisst Fr. 950.--

als Prozessentschädigung zu übernehmen. Im Umfang des Restbetrags von Fr. 950.-- ist Rechtsanwältin

Aurelia Jenny

aus

der

Gerichtskasse zu entschädigen.

Die Beschwerdeführerin ist auf § 16 Abs. 4 GSVGer hin zuweisen, wonach sie zur Nachzahlung der Kosten für die unentgeltliche Rechtspflege verpflichtet werden kann, sofern sie dazu in

der Lage ist. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde gegen die Verfügung der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, vom 9. Januar 2018 wird insoweit teilweise gutgeheissen, als die Verfügung vom 9. Januar 2018 aufgehoben und die Sache zur Prüfung der Eintretensvoraussetzungen bezüglich der Neuanmeldung und zum Neuentscheid darüber betreffend die Zeit ab 1. Januar 2018 zurückgewiesen wird. Im Übrigen wird die Beschwerde abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 700.-- werden der Beschwerdeführerin und der Beschwerdegegnerin je zur Hälfte auferlegt. Der

Anteil der

Beschwerdeführerin von Fr. 350.-- wird zufolge Gewährung der

unentgeltlichen Prozessführung einstweilen auf die Gerichtskasse genommen. Die Beschwerdeführerin wird auf die Nachzahlungspflicht gemäss § 16 Abs. 4 GSVGer hin gewiesen.

Rechnung und Einzahlungsschein werden der kostenpflichtigen Beschwerdegegnerin nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt. 3.

Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, der unentgeltlichen Rechtsvertreterin der Beschwerdeführerin, Rechtsanwältin Aurelia Jenny, eine Prozessentschädigung von Fr. 950.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) zu bezahlen. Im Umfang von Fr. 950.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) wird Rechtsanwältin Aurelia Jenny zusätzlich aus der Gerichtskasse entschädigt. Die Beschwerdeführerin wird auf die Nachzahlungspflicht gemäss §

E. 16

Abs. 4 GSVGer hingewiesen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwältin Aurelia Jenny -
Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - Bundesamt für
Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse 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. Juli bis und mit 1
5. August sowie vom 1. 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 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 Die Vorsitzende Der Gerichtsschreiber Grünig Wilhelm

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