

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2018.00410 vom 22. November 2019**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2019-11-22, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2018.00410](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2018.00410)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2018.00410 du 22 novembre 2019

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2018.00410 del 22 novembre 2019

## **Erwägungen**

### **E. 1.1**

Anspruch auf eine Rente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) Versicherte, die: a.

ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wiederher stellen, erhalten oder verbessern können; b. während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig ( Art. 6 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG) gewesen sind; und c.

nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid ( Art.

### **E. 1.2**

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.

### **E. 1.3**

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.

### **E. 1.4**

Zur Frage des Bedeutungsgehalts des Art. 87 Abs. 2 und 3 IVV hat das Bundesgericht in BGE 130 V 64 E. 5.2.5 festgehalten, dass die versicherte Person mit dem Revisionsgesuch oder der Neuanschuldung die massgeblichen Tatsachenänderungen glaubhaft machen muss, ihr mithin ausnahmsweise eine Beweisführungslast zukommt. Tritt die Verwaltung auf das erneute Leistungsbegehren ein, hat sie demgegenüber gestützt auf den Untersuchungsgrundsatz von Amtes wegen für die richtige und vollständige Abklärung des rechtserheblichen Sachverhaltes zu sorgen (Art. 43 ATSG, Art. 57 IVG in Verbindung mit Art. 69 ff. IVV; SVR 2006 IV Nr. 10 S. 39 E. 4.1 [I 457/04]; vgl. auch BGE 117 V 198

E. 3a).

### **E. 1.5**

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, 262 E. 3).

### **E. 1.6**

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. 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 ; vgl. auch BGE 130 V 64 E. 5.2, 130 V 71 E. 2.2 ).

### **E. 1.7**

Die zeitliche Vergleichsbasis für die Frage, ob eine rentenrelevante Veränderung des Sachverhalts glaubhaft ist, bildet der Zeitpunkt der letzten umfassenden materiellen Prüfung. Der Vergleichszeitraum erstreckt sich grundsätzlich bis zur Prüfung und Beurteilung des Gesuchs durch die Verwaltung, das heisst bis zum Erlass der Verfügung betreffend die Neuanmeldung. Für die beschwerdeweise Überprüfung einer Nicht-eintretensverfügung ist somit der Sachverhalt, wie er sich der Verwaltung bot, respektive die Aktenlage bei Erlass dieser Verfügung massgeblich ( Urteil des Bundesgerichts 8C\_244/2016 vom 21. Juni 2016 E. 2.1 ).

2.

### **E. 2**

Die Versicherte erhob am

3. Mai 2018 Beschwerde gegen die Verfügung vom 13. April 2018 (Urk. 2 = Urk. 7/181 ) und beantragte, diese sei aufzuheben und es sei ihr ab April 2017 eine ganze IV-Rente zuzusprechen, eventuell sei ein Gerichtsgutachten anzuordnen oder die Beschwerdegegnerin zu verpflichten, weitere gesundheitliche Abklärungen durchzuführen (Urk. 1 S. 2).

Die IV-Stelle beantragte mit Beschwerdeantwort vom 31. Mai 2018 (Urk.

### **E. 2.1**

Die Beschwerdegegnerin ging in der angefochtenen Verfügung vom 13. April 2018 (Urk. 2) davon aus, dass sich in den eingereichten Arztberichten keine wesentlichen Veränderungen der beruflichen oder medizinischen Situation hätten feststellen lassen (S. 1 unten). Die Diagnose einer schweren Depression durch das Zentrum A.\_\_\_\_ könne anhand

der geschilderten Befunde nicht nachvollzogen werden. Bereits vor dem zuletzt durchgeführten Gutachten sei diese Diagnose vom selben Behandler mitgeteilt und durch das Gutachten widerlegt worden (S. 2 oben). Auch aus den weiteren eingereichten Berichten ergäben sich keine neuen medizinischen Sachverhalte (S. 2 Mitte).

## **E. 2.2**

Die Beschwerdeführerin stellte sich demgegenüber auf den Standpunkt (Urk. 1), ihre Beschwerden hätten nochmals zugenommen (S. 4 Ziff. 4). Anlässlich einer Magnetresonanztomographie (MRI) im Dezember 2016 seien mikroangiopathisch bedingte Marklagerläsionen frontal links festgestellt worden, welche ihre Dauer kopfschmerzen erklärten und die Diagnose einer vorliegenden Demenz ermöglichen (S. 4 f. Ziff. 5+6). Der neue Bericht des Zentrums A.\_\_\_\_ datiere vom 3. Mai 2018 und könne daher im Z.\_\_\_\_-Gutachten vom 2. September 2014 noch gar nicht gewürdigt worden sein (S. 6 Ziff. 9). Sodann erstaune es sehr, dass die schwere depressive Episode für die Beschwerdegegnerin nicht nachvollziehbar sei, sei ihr doch im Krankheitsverlauf durch diverse Spitäler bereits eine schwere depressive Erkrankung diagnostiziert worden. Einzig im genannten Gutachten sei festgehalten worden, dass die rezidivierende depressive Störung gegenwärtig nur leichtgradig sei. Möglicherweise habe sich die Depression bei der kurzen Untersuchung gebessert oder ihr Ausmass sei schlicht besser dargestellt worden, als es tatsächlich gewesen sei (S. 6 Ziff. 11). So sei auch während der Hospitalisation in der Rehaklinik B.\_\_\_\_ eine schwere depressive Episode mit einer Arbeitsunfähigkeit von 100 % diagnostiziert worden (S. 8 Ziff. 13). Auch ihre Hausärztin schätze sie als 100 % arbeitsunfähig ein (S. 8 Ziff. 14).

## **E. 2.3**

Strittig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin auf die Neuanmeldung vom 30. Oktober 2017 zu Recht nicht eingetreten ist. Prozessthe ma ist demnach die Frage, ob die Beschwerdeführer in im Sinne von Art. 87 Abs. 2 und 3 IVV glaub haft gemacht hat, dass sich die gesundheitlichen Verhältnisse seit der rentenab weisenden Verfügung vom 29. April 2015 (Urk. 7/158) bis zum Erlass de r ange fochtenen Verfügung vom 13 . April 2018 in erheblicher Weise verändert haben. 3.

Das hiesige Gericht schützte die re ntenabweisende Verfügung vom 29 . April 2015 mit Urteil vom 2. Mai 2017 (Urk. 7/167 ). Dabei stützte es sich auf das Z.\_\_\_\_ -Gut achten vom 2. September 2014 (Urk. 7/135). Die Gutachter waren zum Schluss gekommen, dass die Beschwerdeführerin durch die degenerativen Verän derungen am Achsenskelett und an den peripheren Gelenken beeinträchtigt sei und deswegen keine körperlich mittelschwere n bis schwere n Arbeiten mehr aus üben könne, wobei sich noch weitere Einschränkungen aus rheumatologischer Sicht ergäben. Angepasste Tätigkeiten könnten der Beschwerdeführerin aufgrund der ausgeprägten langjährigen Schmerzsymptomatik noch zu 75 % zugemutet werden. Aus psychiatrischer Sicht bestehe bei aktuell leichtgradiger rezidivierend depressiver Störung ein um 20 % vermindertes Rendement, welches nicht additiv zu berücksichtigen sei (vgl. Urk. 7/167 E. 4.3.3) .

Ausgehend von diesem Vergleichszustand per 29. April 2015 ist nachstehend auf die wesentlichen seither ergangenen medizinischen Berichte und Stellungnahmen einzugehen.

4.

4.1

Die Ärzte des Instituts C.\_\_\_\_

beurteilten gemäss Bericht vom 15. Mai 2015 (Urk. 7/178/5) zum gleichentags durchgeführten MRI des linken Kniegelenkes die Befunde dahingehend, dass eine schwere deformierende medial betonte Gonarthrose und Femoropatellararthrose vorliege. 4.2

Am 8. Dezember 2016 (Urk. 7/168/14 = Urk. 7/78/6 ) fanden die Ärzte des genannten Instituts

im MRI des Neurokraniums relativ ausgeprägte pontine, subkortikale und periventrikuläre Marklagerläsionen, am ehesten mikroangiopathischer Genese. 4.3

Vom 18. Mai bis zum 14. Juni 2017 war die Beschwerdeführerin in der Rehaklinik

B.\_\_\_\_ hospitalisiert. Deren Ärzte nannten im vorläufigen Austrittsbericht vom 13. Juni 2017 (Urk. 3/6 = Urk. 7/168/18-19) folgende, hier verkürzt wiedergegebene Diagnosen (S. 1): - lumboradikuläres sensibles Ausfallsyndrom im 5. Lendenwirbel und im Kreuzbein links (L5/S1) - hypertensive Herzkrankheit - Diabetes mellitus Typ II - Adipositas per magna - trikompartimentäre leichte Gonarthrose links - Omarthrose rechts und AC-Gelenksarthrose links - Status nach Morton-Neurom-Exzision Fuss interdigital zwischen der zweiten und dritten Zehe links - Status nach Cholezystektomie im Jahr 2015 - deutliche Hepatomegalie und Steatosis hepatis - Status nach Hysterektomie (HE) und Adnexresektion rechts - schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome

Die Patientin sei bei oben genannten Diagnosen vom Hausarzt zur muskuloskelettalen Rehabilitation zugewiesen worden, da in der ambulanten Physiotherapie und mittels verschiedener Schmerzmedikation und Infiltrationen keine dauerhafte Schmerzbesserung mehr erreicht werden können. Sie habe sich bei der klinischen Untersuchung sehr schmerzgeplagt gezeigt, wodurch eine objektive Beurteilung nicht möglich gewesen sei. Sie sei stationsmobil auf

einen Unterarm gehstock und in den Aktivitäten des täglichen Lebens (ADL) auf punktuelle Unterstützung angewiesen gewesen. Die Arbeitsunfähigkeit betrage 100 % seit 2003 (S. 2 oben). Im Verlauf sei es zu einer Verbesserung der körperlichen Leistungsfähigkeit gekommen, mit einer Steigerung des Bewegungsumfangs der Kniegelenke und einer Erhöhung der Gehstrecke. Bei Austritt habe sie an zwei Unterarmgehstöcken zirka 200 Meter gehen können. Leider sei die Belastbarkeit noch eingeschränkt, insbesondere beim Treppensteigen (S. 2 Mitte). Sie habe in gebessertem Allgemeinzustand in Bezug auf Ausdauer und Kraft in die gewohnten häuslichen Lebensverhältnisse entlassen werden können (S. 2 unten). 4.4

Dr. D.\_\_\_\_, Fachärztin für Gynäkologie und Geburtshilfe, nannte im Bericht vom 20. September 2017 (Urk. 3/10 = Urk. 7/168/28-29 = Urk. 7/178 /7-9 ) folgende, hier verkürzt wiedergegebene Hauptdiagnosen (S. 1): - (...) anamnestisch störender unwillkürlicher Urinverlust in grossen Mengen und meist ohne vorgängigen imperativen Harndrang bei - (...) normosensitiver hypokapazitiver Blasenfunktion mit provozierter Detrusorhyperaktivität (Bewegung des Messkatheters) OAB

wet bei bekanntem OAB

wet-Syndrom - klinisch nicht objektiver Belastungsinkontinenz ohne tonometrische Belastungsinkontinenz bei für das Alter normotoner Urethra - unauffälliger Zystoskopie - insuffizientem Beckenbodenmuskelfunktions-Testing - unauffälliger Genitaltrophik (...) -

urodynamischer Abklärung im Februar 2014 mit Diagnose einer normosensitiven, normokapazitiven Blasenfunktion mit spontaner Detrusorhyperaktivität und Abgang von Blaseninhalt (OAB

wet), (...) - im Jahr 2005 abdominale Hysterektomie und Adnexektomie rechts (...) - im Februar 2017 umbilicaler Narbenhernien- Repair (...) - im Januar 2015 laparoskopische Cholezystektomie

Nach der urodynamischen Untersuchung könne die Diagnose einer normosensitiven, hypokapazitiven Blasenfunktion (OAB

wet) gestellt werden (S. 3 oben). Es gebe nun einen letzten medikamentösen Versuch, bei dessen Scheitern die Abklärung mittels Blasenbiopsien und die Injektionsbehandlung der Harnblase mit Botulinumtoxin als nächste therapeutische Massnahmen zu besprechen seien (S. 3 Mitte). 4.5

Die Ärzte des Zentrums A.\_\_\_\_ nannten im Verlaufsbericht vom 17. Oktober 2017 zur interdisziplinären Schmerzbehandlung (Urk. 7/168/1 12) unter dem Titel «Vorbestehende Diagnosen bis 26.10.15» insgesamt 11 Diagnosen und unter dem Titel «Neue Diagnosen ab 26.10.15» insgesamt 25 Diagnosen (S. 1 f.).

Unter dem Titel «Verbesserungen/Verschlechterungen der Beschwerden ab 26.10.15 aus wirbelsäulenchirurgischer Sicht »

wurde ausgeführt, die Patientin leide seit Jahren an einem chronisch rezidivierenden cervikal und lumbal betonten PVS mit Ausstrahlung in die untere linke Extremität. Im Weiteren bestünden auch schwere internistische Probleme mit arterieller Hypertonie, Verdacht auf koronare Herzkrankheit, Diabetes mellitus, Dyslipidämie, Vitamin-C Mangel und Refluxbeschwerden. Ferner leide die Patientin seit Jahren an einer schweren depressiven Episode sowie an anhaltender somatoformer Schmerzstörung. Der weitere Verlauf sei durch eine deutliche progrediente klinische Verschlechterung des PVS gekennzeichnet, die Patientin sei nur noch mit einem Stock gehfähig, ein weiteres Hindernis sei die Adipositas per magna, die man mit konservativen Massnahmen noch nicht im Griff habe. Ferner stelle man eine deutliche Grössenabnahme von 160 auf 154 cm fest, es bestehe hier der Verdacht auf eine Osteoporose. Im Weiteren bestehe auch Verdacht auf Spinalkanalstenose bei Verkürzung der freien Gehstrecke sowie progredienter Blasenfunktionsstörung. Um die Verschlechterung weiter zu dokumentieren, sei noch eine Untersuchung mit bildgebenden Verfahren durchgeführt worden, wobei eine S-förmige thorakale Skoliose mit Spondylose, eine verstärkte lumbo-sakrale Lordose mit Osteochondrose und degenerativer Retrolisthesis L5/S1 sowie eine breite Bandscheibenprotrusion L5/S1 zur Darstellung gekommen sei (S. 2 f.). Seit zirka zwei Jahren habe die Patientin verstärkte Angst in der Dunkelheit, sie sehe dann Hunde, Katzen, Schlangen et cetera. Sie sei stets auf die Hilfe der Lebenspartnerin des Ex-Mannes angewiesen (Haushalt, Duschen, Schuhe anziehen et cetera). Bettruhe sei zirka um 22.30 Uhr, sie habe Einschlafstörungen. Aus Angst stehe sie mit Hilfe der Partnerin des Ex-Mannes wieder auf. Der Schlaf betrage insgesamt zirka 2.5 Stunden (S. 3 Mitte). Ihre Nichte berichte, dass die Patientin meistens zuhause sei und kaum nach draussen gehe. Im Gegensatz zu früher sei sie fast immer niedergeschlagen und traurig. Sie habe sich sozial sehr zurückgezogen. 10 Tage pro Jahr gehe sie in die Ferien (S. 4 oben). Die Behandlung finde seit dem Jahr 2012 einmal pro Monat im Zentrum A.\_\_\_\_ und E.\_\_\_\_ statt (S. 5 oben).

Aus wirbelsäulenchirurgischer, anästhesiologischer, neurologischer und psychiatrischer Sicht sei die Patientin zu 100 % arbeitsunfähig. Aus rein orthopädischer Sicht sei vielleicht eine gut angepasste Arbeit, jedoch höchstens halb tags, versuchenswert. Die Arbeitsunfähigkeit im Beruf als Küchenhilfe/Reinigung betrage 100 %. In einer angepassten Tätigkeit sei sie aus rein psychiatrischer Sicht zu 100 % arbeitsunfähig. Aufgrund der zahlreichen körperlichen Beschwerden müsse aber unbedingt eine Beurteilung von somatischen Fachärzten herangezogen werden (S. 11 oben). Die Arbeitsunfähigkeit von 100 % bestehe seit 2003 bei multiplen somatischen Beschwerden und schwerer depressiver Störung seit 1995 (S. 12 oben).

4.6

Dr. F.\_\_\_\_, Fachärztin für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie, Regionaler Ärztlicher Dienst (RAD), führte in ihrer Stellungnahme vom 17. November 2017 (Urk. 7/173 S. 2) aus, der Bericht des Zentrums A.\_\_\_\_ (vorstehend E. 4.5) enthalte keine wesentlichen neuen Sachverhalte. Die als «neu

ab 26. Oktober 2015» bezeichneten Diagnosen Nr. 1

#### **E. 6**

) die Abweisung der Beschwerde. Dies wurde der Beschwerdeführerin am 25. Juni 2018 zur Kenntnis gebracht (Urk.

#### **E. 8**

ATSG) sind.

Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % besteht Anspruch auf eine Viertelsrente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % auf eine halbe Rente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 60 % auf eine Dreiviertelsrente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 70 % auf eine ganze Rente ( Art. 28 Abs. 2 IVG).

#### **E. 12**

beständen bereits seit Jahren und seien im Gutachten vom 2. September 2014 berücksichtigt worden. Die Diagnosen Nr. 13-25 seien nicht geeignet, eine dauerhafte Verschlechterung des Gesundheitszustands zu begründen. Das MRI

des Neurokraniums vom 8. Dezember 2016 (vorstehend E. 4.2) weise keinen pathologischen Befund aus und gebe somit keinen Hinweis auf eine Befundänderung. Die Gonarthrose gemäss Röntgen vom 15. Mai 2016 habe bereits im Zeitpunkt des Gutachtens bestanden und sei berücksichtigt worden. Auch die Blasenbeschwerden mit unwillkürlichem Urinabgang beständen bereits seit Februar 2014. Der Bericht der Rehaklinik B.\_\_\_\_ weise darauf hin, dass bei der klinischen Untersuchung keine objektive Beurteilung möglich gewesen sei. Der dokumentierte klinische Befund entspreche im Wesentlichen dem im Rahmen des Gutachtens erhobenen Befund. Bei der Beschwerdeführerin lägen degenerative Veränderungen des Bewegungsapparates vor, die naturgemäss mit der Zeit zunähmen. In Zusammenschau aller Befunde könne von einem im Wesentlichen gleichbleibenden Gesundheitszustand ausgegangen werden. 4.7

Die Ärzte des Zentrums A.\_\_\_\_ führten in ihrer Stellungnahme vom 23. Februar 2018 im Rahmen des Vorbescheidverfahrens (Urk. 7/178/1-4) aus, es habe durchaus eine Verschlechterung des Zustandes stattgefunden, sei doch im Jahr 2014 von einer leichten Depression ausgegangen worden und liege im Jahr 2018 eine schwere Depression vor (S. 1

unten). Die Patientin sei seit 2003 infolge Beschwerden in den Bereichen Lendenwirbelsäule, Fuss links und Knie links zu 100 % arbeitsunfähig. Im Verlauf hätten sich weitere komplexe somatische Beschwerden entwickelt. Seit 1995 leide sie unter einer depressiven Störung schwerer Ausprägung. Bisherige Behandlungen hätten zu keiner längerfristigen Verbesserung der körperlichen und psychischen Beschwerden geführt. Sie weise deutliche Funktionseinschränkungen (Gehstock, langsames Laufen) auf, weshalb ihr körperlich schwere Tätigkeiten nicht zuzumuten seien. Auch in einer angepassten leichten Tätigkeit sei sie aufgrund der bestehenden depressiven Symptome eingeschränkt. Sie könne sich nicht längere Zeit konzentrieren, sei vergesslich, ermüde schnell, weise eine reduzierte Stresstoleranz und Konfliktfähigkeit auf. Aus diesen Gründen werde sie aus psychiatrischer Sicht zu 100 % als arbeitsunfähig beurteilt (S. 2 oben).

Zum psychopathologischen Befund wurde festgehalten: äusserlich gepflegt, altersentsprechend, bewusstseinsklar und allseits orientiert; in der emotionalen Kontaktaufnahme zurückhaltend, gehemmt, sachlich, aktiv im Spontanverhalten, Stimmung deutlich depressiv-resigniert, deutliche Störung des Vitalgefühls, affektiv unkontrolliert; motorisch unruhig, immer wieder aufstehend; Gestik und Mimik gespannt, im Gesprächsverlauf verbal mitteilungsaktiv, schildert ihr Symptomerleben und -verhalten in Zusammenhang mit den zunehmenden Schmerzen sowie der Kinderlosigkeit. Kognitiv in Aufmerksamkeit, Konzentration, Merkfähigkeit und Gedächtnis verlangsamt beziehungsweise deutlich eingeschränkt, deutliche Vergesslichkeit, keine Auffassungsstörungen, Denken formal beweglich. Keine Denkverlangsamung, Denkeinengung, Gedankendrängen oder Denkhemmung, inhaltlich problemzentriert. Erhaltene Krankheitseinsicht, keine circadiane Schwankung der Symptomatik, die Schmerzen seien 24 Stunden vorhanden. Keine Anhaltspunkte für psychotische Erlebnisweisen, keine formalen Denkstörungen, keine Zwänge, keine Gedankenausbreitung, Gedankeneingeben, Gedankenentzug, keine Gefühllosigkeit. Anamnestisch deutlichere Suizidge danken/-wünsche, keine Suizidversuche, keine konkreten Ausführungspläne, aktuell keine akute Suizidalität. Keine Selbstbeschädigungen (S. 2 f.).

4.8

Die RAD -Ärztin Dr. F.\_\_\_\_ (vorstehend E. 4.6) führte in ihrer Stellungnahme vom 10. März 2018 (Urk. 7/180 S. 2 f.) aus, die mitgeteilte Diagnose einer schweren depressiven Episode (vorstehend E. 4.7) könne anhand der geschilderten Befunde nicht nachvollzogen werden. Im Übrigen sei diese Diagnose bereits vor dem letzten Gutachten vom Behandler mitgeteilt und durch das Gutachten widerlegt worden. 5. 5.1

Zu prüfen ist, ob die Beschwerdeführerin bis zum Erlass der Verfügung vom 13. April 2018 glaubhaft machte, dass sich ihr Invaliditätsgrad in erheblicher Weise geändert habe. 5.2

Die Beschwerdeführerin stellte sich auf den Standpunkt, gemäss Bericht des Zentrums A.\_\_\_\_ habe sich die leichte Depression in eine schwere gewandelt. Eine solche sei auch von der Rehaklinik

B.\_\_\_\_ diagnostiziert worden (Urk. 7/179 S. 2

oben). Mit der mehrfach bestätigten Diagnose der schweren Depression könne die Verschlechterung bewiesen werden (Urk. 7/179 S. 2 Mitte).

In die B.\_\_\_\_ war die Beschwerdeführerin vom Hausarzt zur muskuloskeletalen Rehabilitation zugewiesen worden. Die im Bericht erwähnten Diagnosen waren entsprechend vom Hausarzt genannt worden (vorstehend E. 4.3), wurden also wohl von dort übernommen beziehungsweise abgeschrieben. Die – zudem fachfremde – Diagnose einer schweren depressiven Episode wurde entgegen der Beschwerdeführerin aller Wahrscheinlichkeit nach nicht von den Ärzten der B.\_\_\_\_ gestellt, welche zu dieser Diagnose denn auch keinerlei weitere Ausführungen machten.

Betreffend den Bericht des Zentrums A.\_\_\_\_ vom 17. Oktober 2017 (vorstehend E. 4.5) gilt es festzuhalten, dass dieser unübersichtlich gehalten ist und an diversen Ungereimtheiten sowie Widersprüchen leidet. Zunächst stimmt es nicht, dass die auf Seite 2 aufgelisteten Diagnosen «neu ab 26. Oktober 2015» sind, enthält die Aufzählung doch diverse Diagnosen aus den Vorjahren. Weiter

scheinen die Titel auf S. 2 und 3 zufällig gesetzt worden zu sein, folgen ihnen doch keineswegs nur Ausführungen zum genannten Fachgebiet. So wurden etwa unter dem Titel «(aus) wirbelsäulenchirurgischer Sicht» auch ausführliche Erläuterungen aus internistischer, psychiatrischer und urologischer Sicht platziert. Nicht nachvollziehbar ist zudem die Aussage, die Beschwerdeführerin sei in angepasster Tätigkeit aus psychiatrischer Sicht zu 100 % arbeitsunfähig, es müsse aber unbedingt eine Beurteilung von somatischen Fachärzten herangezogen werden. Denn schliesslich trägt der Bericht den Titel «interdisziplinäre Schmerzbehandlung Verlaufsbericht» und enthält Beurteilungen und Unterschriften von je einer

Fachperson in den Bereichen Chirurgie, orthopädische Chirurgie, Anästhesiologie, Neurologie, Innere Medizin und Kardiologie sowie Psychiatrie und Psychotherapie.

Entnehmen lässt sich dem Bericht, dass die Beschwerdeführerin 10 Tage pro Jahr in die Ferien gehe und die psychiatrische Behandlung im Monatstakt durch die Berichtersteller vorgenommen werde. Dieser grobmaschige Sitzungsrhythmus lässt nicht auf den erhöhten Leidensdruck schliessen, welchen die diagnostizierte schwere Depression erwarten liesse, und auch die jährlich stattfindenden Ferien sprechen gegen eine solche. Zudem ist bei Berichten von behandelnden Ärzten der Erfahrungstatsache Rechnung zu tragen, dass diese mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung im Zweifelsfall eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 125 V 351 E. 3a/cc S. 353 mit weiteren Hinweisen), tendenziell also deren Gesundheitszustand eher schlechter und ihre Arbeitsfähigkeit eher tiefer einschätzen als dies objektiv gerechtfertigt wäre.

Glaubhafter wird die behauptete Veränderung auch nicht durch die Stellungnahme des Zentrums

A.\_\_\_\_ vom Februar 2018 (vorstehend E. 4.7). Die dortige Aussage, wonach die Beschwerdeführerin seit 1995 unter einer depressiven Störung schwerer Ausprägung leide, widerspricht zunächst dem Gutachten von 2014, welches nur einen leichten Grad der rezidivierenden depressiven Störung festgestellt hatte (vorstehend E. 3).

Gleiches gilt für die Einschätzung

einer Arbeitsunfähigkeit von 100 % seit dem Jahre 2003. Diese Ausführungen sprechen nicht für eine Veränderung, sondern für eine andere Beurteilung eines seit April 2015 aus

psychiatrischer Sicht unveränderten Gesundheitszustand e s.

Weiter lässt sich die se Diagnose - wie auch die Beschwerdegegnerin darlegt (vor stehend E. 2.1) - anhand der geschilderten Befunde nicht nachvollziehen. Auf Seite 2 Mitte wurde korrekt festgehalten, dass für eine schwere depressive Episode nach ICD-10 F32.2 alle 3 Eingangsmerkmale plus zusätzliche Merkmale mit einer Gesamtzahl von mindestens 8 gegeben sein müssten. Zu präzisieren ist, dass von den 5 Zusatzmerkmalen einige besonders ausgeprägt sein sollten und es sehr unwahrscheinlich ist, dass ein Patient während einer schweren depressiven Episode in der Lage ist, soziale, häusliche und berufliche Aktivitäten fortzuführen ( Dilling / Mombour /Schmidt, Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V (F), Klinisch-diagnostische Leitlinien, 10., überarbeitete Auflage, Bern 2015, S. 174). Festgehalten wurde, das Zusatzmerkmal «Verlust Selbstvertrauen» sei gegeben, zudem ein Gefühl der Wertlosigkeit. Selbstvorwürfe seien in Form von Schuldgefühlen wegen der Scheidung und weil sie auf andere ange wiesen sei vorhanden. Gedanken an den Tod seien teilweise vorhanden, im Jahr 2005 habe es einen Suizidversuch gegeben. Es bestünden Konzentrationsprobleme und Vergesslichkeit, andere müssten sie an Termine erinnern, die Lebenspartnerin des Ex-Mannes mache alles für sie. Schliesslich habe sie Ein- und Durchschlafstörungen. Keines der Zusatzmerkmale wird also als besonders ausgeprägt beschrieben und es wird auch nicht erklärt, inwiefern etwa die vorhandenen Schuldgefühle krankheitswertig sein sollten. Betreffend den angeführten Suizidversuch von 2005 war bereits im Gutachten festgehalten worden, es könne mangels Durchführung nicht wirklich von einem Suizidversuch gesprochen werden, gegebenenfalls von Suizidideen (Urk. 7/135 S. 57 Mitte). Bei «teilweisen Gedanken an den Tod» ist ohnehin nicht nachvollziehbar, inwiefern diese eine schwere depressive Episode begründen sollten. Gemäss dem psychopathologischen Befund gebe es sodann keine konkreten Ausführungspläne und aktuell keine akute Suizidalität.

Auch im Gesamteindruck lässt der psychopathologische Befund im Verbund mit den übrigen Feststellungen nicht auf eine schwere depressive Episode schliessen.

Die Berichte des Zentrums A.\_\_\_\_ vermögen somit eine massgebende Verschlechterung des Gesundheitszustandes in psychiatrischer Hinsicht nicht glaubhaft zu machen. 5.3

Was die im Mai 2015 im MRI bestätigte Gonarthrose des linken Kniegelenkes (vorstehend E. 4. 1 ) anbelangt, so bestand diese bereits zum Zeitpunkt des Gutachtens und wurde dort berücksichtigt, worauf die RAD-Ärztin Dr. F.\_\_\_\_

zu Recht hinwies (vorstehend E. 4.6). Die Beschwerdeführerin erblickte darin eine graduelle Verschlechterung, da ss die Gonarthrose als «schwer» bezeichnet wurde (Urk. 7/179 S. 2 Mitte). Sie legte jedoch nicht weiter dar, inwiefern dies die Arbeitsfähigkeit weiter einschränken sollte , nachdem bereits im Gutachten ausgeführt worden war, das massive Übergewicht wirke sich ungünstig auf die Gonarthrose aus und ein entsprechendes Belastungsprofil aufgezeigt worden war (Urk. 7/135 S. 35 f. Ziff. 4.2.5) . 5.4

Die im MRI des Neurokraniums gefundenen Marklagerläsionen erklären nach Ansicht der Beschwerdeführerin ihre Dauerkopfschmerzen (Urk. 7/179 S. 2 f.).

Ein solcher Zusammenhang oder der behauptete Verdacht auf Demenz wird von den untersuchenden Ärzten jedoch nicht

erwähnt , geschweige denn bestätigt

(vorstehend E. 4.2). Zudem waren tägliche chronische Kopfschmerzen auch schon anlässlich der Begutachtung im Jahr 2014 beklagt worden (Urk. 135 S. 61 unten), womit sich der Gesundheitszustand diesbezüglich ohnehin nicht verändert hat. 5.5

Unklar bleibt, aus welchem ärztlichen Bericht die Beschwerdeführerin die Diagnose der Reflexinkontinenz folgert und sie zeigte auch nicht auf, inwiefern sich diese auf ihre Arbeitsfähigkeit auswirke (Urk. 7/179 S. 3 Mitte).

Im Bericht der Gynäkologin vom Dezember 2017 (vorstehend E. 4.4) wurde wie schon im Februar 2014 lediglich die Diagnose einer normosensitiven hypokapazitiven Blasenfunktion (OAB

wet) gestellt, wobei die entsprechenden Behandlungsmöglichkeiten diskutiert wurden. Inwiefern hierin eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes dokumentiert sein sollte, erhellt nicht. 5.6

Zuletzt ist auch aus der Tatsache, dass die Beschwerdeführerin einen Stock benutzt (vgl. vorstehend E. 4.5 sowie Urk. 1 S. 4 Ziff. 4), nicht auf eine Verschlechterung zu schliessen, denn dies war auch schon anlässlich der Erstellung des Gutachtens der Fall (vgl. Urk. 7/135 S. 32 oben).

#### 5.7

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass kaum Anhaltspunkte für das Vorhandensein der geltend gemachten erheblichen Verschlechterung des Gesundheitszustandes der Beschwerdeführerin zwischen dem Erlass der Verfügung vom 29. April 2015 (Urk. 7/158) und dem Erlass der angefochtenen Verfügung vom 13. April 2018 (Urk. 2) gegeben sind. Sie vermochte somit nicht glaubhaft zu machen, dass sich der Grad der Invalidität in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert hat, weshalb die Beschwerdegegnerin zu Recht nicht auf die Neuanmeldung eingetreten ist.

Die angefochtene Verfügung vom 13. April 2018 (Urk. 2) erweist sich demzufolge als rechtens, was zur Abweisung der Beschwerde führt. 6.

Da es um die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG). Vorliegend sind die Kosten auf Fr. 700.-- anzusetzen und der unterliegenden Beschwerdeführerin aufzuerlegen. 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: - Rechtsanwältin Stéphanie Baur - 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, zuzu stellen.

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

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