

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2018.00541 vom 18. Februar 2014**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2014-02-18, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2018.00541](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2018.00541)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2018.00541 du 18 février 2014

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2018.00541 del 18 febbraio 2014

## **Erwägungen**

### **E. 1.1**

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetz es über den Teil des Sozialversicherungsrechts [ ATSG ] ) . Sie kann Folge von Geburtsgebrechen, Krank heit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 des Bundesgesetz es

über die Invaliden versi cherung [ IVG ] ) . Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beein trächtigung der körperli chen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgegliche nen Arbeits markt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beur teilung des Vorliegens einer Erwerbs unfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beein trächti gung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsun fähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG).

### **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**

Mit Art. 87 Abs. 3 in Verbindung mit Abs. 2 IVV soll verhindert werden, dass sich die Verwaltung nach vorange gangener rechtskräftiger Leistungsver weige rung immer wieder mit gleich lauten den und nicht näher begründeten, das heisst keine Veränderung des Sach verhalts darlegenden Gesuchen befassen muss (BGE 109 V 108 E. 2a, 264 E.

3). Hingegen kann diese Eintretensvorschrift nicht dahin gehend ausgelegt werden, dass die glaubhaft zu machende Änderung gerade jenes Anspruchs element betreffen muss, welches die Verwaltung der früheren rechtskräftigen Leistungsabweisung zugrunde legte. Vielmehr muss es genügen, wenn die ver sicherte Person zumin dest die Änderung eines Sachverhalts aus dem gesamten für die Rentenberechti gung erheblichen Tatsachenspektrum glaub würdig dartut. Trifft dies zu, ist die Verwaltung verpflichtet, auf das neue Leistungsbegehren einzutreten und es in tatsächlicher (wie selbstverständlich auch in rechtlicher) Hinsicht allseitig zu prüfen (BGE 117 V 198 E. 3a und E. 4b; vgl. auch BGE 130 V 64 E. 5.2, 72 E. 2.2 mit Hinweisen).

### **E. 1.4**

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 E. 5.2, 130 V 71 E. 2.2 mit Hinweisen). Erheblich ist eine Sachverhaltsänderung, wenn angenommen werden kann, der Anspruch auf eine (höhere) Invalidenrente sei begründet, falls sich die geltend gemachten Umstände als richtig erweisen sollten (Urteil des Bundesgerichts 8C\_844/2012 vom 5. Juni 2013 E. 2.3 mit Hinweisen auf 8C\_1009/2010 vom 7. April 2011 E. 2.2 und 9C\_838/2011 vom 28. Februar 2012 E. 3.3.2).

Die Beschwerdegegnerin begründete das am 15. Mai 2018 (Urk. 2) verfügte Nicht eintreten damit, dass eine wesentliche Veränderung der beruflichen oder medizinischen Situation nicht festgestellt werden können. Ferner brachte sie vor, mit dem Einwand der Beschwerdeführerin seien keine neuen Beweise eingereicht, sondern auf medizinische Unterlagen verwiesen worden, welche bereits vorgelegt hätten. Diese seien vom regionalen ärztlichen Dienst (RAD) geprüft worden. Bei der Einwandbegründung handle es sich um eine andere medizinische Beurteilung durch die Beschwerdeführerin. 2.2

Die Beschwerdeführerin stellte sich demgegenüber auf den Standpunkt

(Urk. 1), entgegen der Ansicht des RAD sei es ihr gelungen, mit den vorhandenen Akten glaubhaft zu machen, dass eine rentenrelevante Verschlechterung eingetreten sei.

Aus orthopädischer Sicht seien zwischenzeitlich massive degenerative Veränderungen im Halswirbelsäulen (HWS)- und Lendenwirbelsäulen (LWS)-Bereich sowie eine hochgradige degenerative Spinalkanalstenose hinzugekommen (S. 6 Ziff. 2.4). Betreffend das Knie sei es zwischenzeitlich zu einer deutlichen Arthrose an den Kniegelenken mit Ergussbildung gekommen. Es lägen nun aktivierte degenerative Veränderungen in Knie und Füßen vor. Neuerdings bestehe auch in einer angepassten Tätigkeit eine erhebliche Leistungseinschränkung. Daneben bestünden zusätzliche zeitliche Einschränkungen in der Leistungsfähigkeit durch den erhöhten Therapiebedarf (S. 6 f. Ziff. 2.5).

Der behandelnde Psychiater gehe davon aus, dass sich ihr psychischer Zustand verschlechtert habe.

Zudem sei es unzulässig, wenn durch den RAD, ohne Würdigung durch einen Vertreter mit psychiatrischer Fachausbildung, angenommen werde, der Leistungsfähigkeit von 0 % könne angesichts der Diagnose nicht ohne Weiteres gefolgt werden (S. 7 f. Ziff.

2.6). Daneben

sei der zu gewährende leidensbedingte Abzug für die Festlegung, ob eine rentenrelevante Veränderung vorliege, mit zu berücksichtigen (S. 8 Ziff.

2.7). 2.3

Strittig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin zu Recht nicht auf die Neuanmeldung vom 14. Dezember 2017 (Urk. 7/86) eingetreten ist und in diesem Zusammenhang insbesondere, ob die Beschwerdeführerin eine rentenrelevante

Veränderung der tatsächlichen Verhältnisse seit der Verfügung vom 18. Februar 2014 (Urk. 7/74) glaubhaft gemacht hat. 3. 3.1

Das hiesige Gericht stützte sich in seinem Urteil vom 15. Juni 2015 (Urk. 7/79) über den bezüglich der Verfügung der Beschwerdegegnerin vom 18. Februar 2014 (Urk. 7/74) zu beurteilenden Leistungsanspruch in erster Linie auf das polydisziplinäre

A.\_\_\_\_ - Gutachten (internistisch, psychiatrisch, orthopädisch, neurologisch) vom 16. Mai 2013

(Urk. 7/56/1-29).

Die fachärztlichen A.\_\_\_\_ - Gutachter stellten die folgenden Diagnosen (S. 21 f.): Diagnosen (mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit): 1.

chronisches lumbovertebrales und lumbospondylogenes Schmerzsyndrom - ohne aktuell sichere Hinweise für ein manifestes sensomotorisches radikuläres Ausfallsyndrom oder eine klassische Claudicatio spinalis - intermittierendes radikuläres Reizsyndrom der Nervenwurzeln L4 bis S1 möglich mit/bei: - Status nach lumboradikulärem Schmerzsyndrom L4/L5 (S1) links (02/2011) - ausgedehnter osteodiscoligamentärer Spinalkanalstenose auf Höhe Lendenwirbelkörper (LWK 5)/Sakralwirbelkörper (SWK) 1 und weniger ausgeprägt LWK 4/LWK 5, geringgradigen neuroforaminalen Einengungen der Nervenwurzeln L4 beidseits und L5 links sowie deutlichen Facettengelenkveränderungen der unteren Lendenwirbelsäulen-Segmente, Bandscheibenvorwölbung L4-S1, Wurzelkontakt L4 bds. und L5 links (MRI der Lendenwirbelsäule, LWS, 02/2011) - deutliche Facettengelenksarthrose untere LWS (Röntgen 06.02.2013) - geringe degenerative Anterolisthese LWK 4 gegenüber LWK 5 um 3 mm (Meyerding Gr. I; Röntgen 06.02.2013) 2.

chronisches zervikobrachiales und zervikospondylogenes Schmerzsyndrom beidseits, rechtsbetont mit/bei - ohne aktuell sichere Hinweise für ein manifestes sensomotorisches radikuläres Ausfallsyndrom oder eine Myelopathie - mittelgrosser medianer Diskushernie HWK 4/HWK 5 und mittelgrosser rezessal bis in traforaminal linksgelegener Diskushernie HWK 5/HWK 6 - geringgradige Spondylarthrose der Halswirbelsäule, HWS (MRI 29.10.2012) 3.

chronische Knieschmerzen links nach Kontusion 12/2010 - progrediente geringgradige laterale und mediale Gonarthrose. Stationäre geringgradige Femoropatellararthrose linksseitig. Progrediente leichte Degeneration des Aussenmeniskus (MRI 07.12.2010 und 13.11.2011) - kein parameniszeales Ganglion links (MRI 07.12.2010) - geringe bis mässige Femoropatellararthrose und beginnende laterale Gonarthrose rechts. Leichte Degeneration des Aussenmeniskus rechtsseitig (MRI 13.11.2011) - Zustand nach medialer Kollateralbandläsion beidseits, narbige Verdickung im MRI (07.12.2010 und 13.11.2011) 4.

Coxarthrose beidseits mit subchondraler

Mehrsklerosierung

acetabulär - Osteophytäre Ausziehungen (Röntgen 06.02.2013) 5.

leichte depressive Episode (ICD-10 F32.0) - DD: inkomplette Remission einer depressiven Episode (ICD-10 F32.4)

w eitere Diagnosen (ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit) :

1. Spreizfuss bds . 2. Diabetes mellitus Typ 2, ED 2008 3. Arterielle Hypertonie 4. Adipositas 5. Urgeinkontinenz (ED 01/2011 ) unkl. Aetiologie anamnestisch

In ihrer Gesamtbeurteilung führten die Gutachter aus, in der orthopädischen Untersuchung bestehe

das Knieproblem als chronisch-degenerative Knie ge lenks erkrankung beidseits, linksbetont. Die Untersuchbarkeit sei aufgrund der Schonhaltung eingeschränkt, trotzdem sei die Belastbarkeit vor allem des linken Beins sicher deutlich eingeschränkt, wobei sich diese Einschränkung mit den Befunden seitens der LWS und der HWS sicher erheblich überlappe (S. 24).

Die Gutachter hielten fest, aus Sicht des Bewegungsapparates sei aufgrund des chronischen lumbovertebralen und lumbospondylogenen Schmerzsyndroms mit entsprechenden bildgebenden Befunden von einer verminderten Leistungsfähig keit auszugehen (S. 25). Daneben stünden das zervikobrachiale und zervikospon dylogene Schmerzsyndrom beidseits, rechtsbetont , und die chronischen Knie schmerzen linksbetont bei geringgradiger lateraler und medialer Gonarthrose eher im Hintergrund. Von Seiten der Knie wäre eine vorwiegend sitzende Tätig keit ideal, diesbezüglich seien jedoch wegen der LWS-Beschwerden wiederum Grenzen gesetzt. Die aus Sicht der LWS/HWS erwünschte häufiger gehende Tätig keit sei wegen der Knieproblematik limitiert, so dass insgesamt eine mög lichst wechselbelastende Tätig keit nötig sei (S.

26).

In Bezug auf die psychiatrische Problematik hielten die Gutachter fest, i m Gegen satz zu früheren Berichten könne aktuell nicht mehr von einer mittel gradigen depressiven Erkrankung mit somatischem Syn drom (ICD-10 F32.11) ausgegangen werden. Die objektiven Befunde seien von Klagsamkeit dominiert, die restlichen geschilderten Defizite seien im Bereich des subjektiven Erlebens angesiedelt. Es sei daher festzustellen, dass die Beschwerdeführerin in der Zeit seit ihrer letzten psychiatrischen Beurteilung unter kombinierter Psycho pharmako - und Psycho th erapie zu einer Verbesserung des psychischen Zustands bildes habe gelangen können, wobei das aktuelle Bild einer inkompletten Remission der depressiven Episode entspreche. Eine sichere Abgrenzung von einer leichten depressiven Episod e sei derzeit nicht möglich (S. 26). Aus rein psychiatrischer Sicht sei die Beschwerdeführerin aufgrund von herabgesetzter emotionaler Belastbarkeit in der Arbeitsfähigkeit um 20 % reduziert (S. 27 f.).

In der bisherigen Tätig keit als Reinigungsmitarbeiterin wie für jede andere mit tel schwere oder schwere körperliche Tätig keit besteht nach dem Dafürhalten der Gutachter eine volle Arbeitsunfähigkeit. Die Einschränkung ergebe sich aus dem chronischen lumbovertebralen und zervikobrachialen Schmerzsyndrom mit bild morphologisch ausgedehnter Spinalkanalstenose in der Höhe LWK 5/SWK 1 sowie mittelgrosser medianer Diskushernie in der Höhe HWK 4/HWK 5 sowie der nach intraforaminal sequestrierten Diskushernie in der Höhe HWK

5/HWK 6. Zu dem müsse im Bereich der Halswirbelsäule eine deutlich verminderte Belastbarkeit angenommen werden, da potenziell die Gefahr einer weiteren Sequestrierung mit der möglichen Konsequenz einer Myelopathie oder einer Radikulopathie mit nachfolgenden sensomotorischen Ausfällen vorhanden sei. Aus somatischer Sicht bestehe

für körperlich leichte, wechselbelastende Tätigkeiten ohne die Notwendigkeit von Überkopfarbeiten, sonstigen Zwangshaltungen und ohne Exposition zu Kälte/Nässe, ohne Vibrationsexposition, ohne rein stehende, sitzende, kauende oder kniende Tätigkeiten eine volle Arbeitsfähigkeit (S. 27). Eine Wechselbelastung sei notwendig, längere Gehstrecken, speziell Leitern und häufiges Treppensteigen seien ungünstig wegen der Knieproblematik. Positionswechsel sollten zirka alle 30 Minuten erfolgen können, kürzere Entlastungspausen sollten auch dazwischen möglich sein. Die dadurch resultierende Leistungseinschränkung müsse durch die IV (Berufsprofile) berücksichtigt werden, die Gutachter schätzten diese auf zirka 10-20 %. Aufgrund der psychiatrischen Befunde könne eine solche Tätigkeit nur in einem 80 % Pensum erfolgen. Die Arbeitsunfähigkeit betrage 20 % (S. 28). 3.2

Das hiesige Gericht erwog hierzu im Urteil vom 15. Juni 2015 (Urk. 7/79), dass dem polydisziplinären Gutachten vom 16. Mai 2013 volle Beweiskraft zukommt und darauf abgestellt werden kann

(E. 4. 1-5). Weiter hielt es fest, dass die Beschwerdeführerin laut Gutachtern aufgrund ihrer emotionalen Belastbarkeit in einer angepassten Tätigkeit nur zu 80 % arbeitsfähig ist und liess offen, ob das festgestellte psychiatrische Leiden nach der bundesgerichtlichen Rechtsprechung geeignet ist, einen invalidisierenden Gesundheitsschaden zu begründen (E. 4.6). Im Einkommensvergleich stellte das Gericht für das Jahr 2012 – gestützt auf den Gesamtarbeitsvertrag für die Reinigungsbranche in der Deutschschweiz – auf ein Valideneinkommen von Fr. 42'000.-- und – gestützt auf die Tabelle TA1 des Bundesamtes für Statistik über die Schweizerisches Lohnstrukturerhebung (LSE; Anforderungsniveau 4) – bei einem zumutbaren 80 %-Pensum wegen der psychischen Einschränkung auf ein Invalideneinkommen von Fr. 43'120.-- ab, sodass selbst unter Berücksichtigung des höchst zulässigen Leidensabzuges von 25 % und ausgehend von einer 80%igen Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit kein rentenbegründender Invaliditätsgrad von 40 % resultierte (E. 5.1 5).

Das Bundesgericht schützte die Würdigung des hiesigen Gerichts mit Urteil vom 24. September

2015 (Urk. 7/83). Dazu erwog es, es brauche mit dem vorinstanzlichen Gericht nicht abschliessend beurteilt zu werden, ob das auf der Basis einer 80%igen Arbeitsfähigkeit und von lohnstatistischen Angaben ermittelte Invalideneinkommen von Fr. 43'120.-- zusätzlich, infolge der gutachtlich erwähnten, auf das eingeschränkte Belastungsprofil zurückzuführenden Leistungsreduktion von 10 bis 20 % zu kürzen sei. Selbst unter Berücksichtigung einer entsprechenden 20%igen Verminderung und eines leidensbedingten Abzuges in maximal zulässiger Höhe von 25 % ergäbe sich mit 38 % kein rentenbegründender Invaliditätsgrad (E. 3.2.2). 4. 4.1

Im Zug des Verfahrens bezüglich der Neuanmeldung vom 14. Dezember 2017 (Urk. 7/86) legte die Beschwerdeführerin in folgende medizinische Unterlagen auf: 4.2

Dr. med. C. \_\_\_\_, Facharzt für Radiologie FMH, von der D. \_\_\_\_, führte in seinem Bericht vom 21. April 2015 (Urk. 7/92/6) gestützt auf ein Thorax-CT vom 20. April 2015 aus,

gegenüber der letztjährigen Untersuchung sei ein kleines peripheres Intakt im medialen Segment des Mittellappens sowie eine stationäre Grösse eines gelappten Knotens zentral im posterobasalen

Unter lappensegment links von ca. 10 mm feststellbar. Im Übrigen fände sich keine neu aufgetretene Pathologie. 4. 3

Dr. med. E.\_\_\_\_, leitender Arzt Hybride Bildgebung, F.\_\_\_\_, berichtete am

30. Juni

2016 (Urk. 7 / 92 / 5 = Urk. 7/93/14 ) gestützt auf eine Skelettszintigraphie vom 29. Juni 2016, es fänden sich keine Hinweise auf Synovitiden. Feststellbar seien aktivierte degenerative Veränderungen in beiden Kniegelenken, in den Füßen, in der unteren HWS und im Facettengelenk L3/4 links sowie eine Insertionstendinopathie der Glutealmuskulatur am Trochanter major rechts. 4.4

Dr. med. G.\_\_\_\_ und Dr. med. H.\_\_\_\_ vom F.\_\_\_\_, wo die Beschwerdeführerin auf hausärztliche Zuweisung vom 3. bis 12. Oktober 2016 hospitalisiert war, nannten in ihrem Austrittsbericht vom 14. Oktober 2016 (Urk. 7/92/1-4 = Urk. 7/93/8-11) in Bestätigung ihres Kurzaustrittsberichtes vom 12. Oktober 2016 (Urk. 7/93/12 13) folgende Diagnosen (S. 1): - Trikompartimentelle medial und retropatellär betonte Gonarthrose beidseits: - aktuell Schmerzexazerbation - mit Periarthropathia

genus beidseits - Fibromyalgiformes Syndrom - chronische Schmerzen beider Knie ( Periarthropathie ), des Rückens und der rechten Schulter seit 2010 - mit chronischer Schmerzverarbeitungsstörung - 29. September 2016 Tc-99m DPD Skelettszintigraphie mit Früh- und Spätaufnahmen: Keine Hinweise für Synovitiden, dafür aktivierte degenerative Veränderungen in beiden Kniegelenken, in den Füßen, in der unteren HWS (wahrscheinlich Osteochondrosen ) und im Facettengelenk L3/4 links sowie eine Insertionstendinopathie der Glutealmuskulatur am Trochanter major rechts - Anamnestisch : Unverträglichkeit von Kortison - Arterielle Hypertonie - Diabetes mellitus Typ 2

Sie führten aus, es habe eine ausgeprägte Druckempfindlichkeit der Muskulatur und der Muskel-/Sehnenansätze bestanden. Die Schmerzen seien primär im Rahmen der bekannten Gonarthrose zu interpretieren. Zusätzlich bestehe eine unspezifische Schmerzchronifizierung mit fibromyalgiformer Prädominanz. Es liege von rheumatologischer Seite her keine Arbeitsunfähigkeit vor (S. 2) . 4. 5

Dr. med. I.\_\_\_\_, Facharzt für Innere Medizin und Rheumatologie FMH, welcher die Beschwerdeführerin auf hausärztliche Zuweisung am 26. Juni 2017 untersuchte, nannte in seinem gleichentags verfassten Bericht

(Urk. 7/92/11-12 = Urk. 7/93/6-7) unter anderem folgende Diagnosen (S. 1): - Fibromyalgiesyndrom - anamnestisch chronische Schmerzverarbeitungsstörung - Chronisches Panvertebralsyndrom - degenerative Veränderungen der HWS (Skelettszintigraphie vom 29. September 2016) und der LWS (MR LWS März 2014 ) - Polyarthrose - Skelettszintigraphie September 2016: degenerative Veränderungen Füße beidseits, untere HWS und Facettengelenke L3/4 links - Gonarthrose beidseits, Ultraschall Juni 2017: leichter intraartikulärer Erguss beidseits

Dr. I.\_\_\_\_ berichtete, die HWS und LWS seien frei beweglich in alle Richtungen mit

Angabe von Bewegungsschmerzen in alle Richtungen. Unauffällig sei die periphere Sensomotorik der oberen und

unteren Extremitäten. Die

Muskeltrophik

der oberen und unteren Extremitäten sei erhalten. Schulterabduktion und

Elevation seien beidseits frei mit Angabe von Endphasenschmerzen. 4.6

Dr. med. J.\_\_\_\_, Facharzt für Radiologie FMH, von der D.\_\_\_\_ führte gestützt auf ein am 11. Juli 2017 erstelltes MRI der HWS und LWS in seinem Bericht vom 12. Juli 2017 (Urk. 7/92/7-8 = Urk. 7/93/4-5) aus, es sei eine mässige Segmentdegeneration C5/C6 und C6/C7 ohne Diskushernien oder

Neurokompression sowie geringgradige Segmentdegenerationen C3/C4 und in der oberen

BWS feststellbar. Es fänden sich keine Aktivierung der gering bis höchstens mässigen Spondylarthrosen sowie keine Spinalkanalstenose und keine Neurokompression.

Hinsichtlich der LWS sei

eine stationäre hochgradige degenerative Spinalkanalstenose L4/L5 bei hypertrophen deformierenden Spondylarthrosen und leichter Pseudolisthese von L4, eine stationäre hochgradige disko-ligamentäre

Rezessalstenose L5/S1 links sowie eine stationäre mässige bis höhergradige degenerative Spinalkanalstenose L5/S1, etwas

weniger ausgeprägt als bei L3/L4, feststellbar. Es finde sich keine

Aktivierung der teils fortgeschrittenen Spondylarthrosen. Eine stationäre mittelgrosse

rezessal links gelegene Diskushernie L5/S1 sei gegeben (S. 2). 4.7

Nach Erhalt des Berichts von Dr. J.\_\_\_\_

vom 12. Juli 2017 (E. 4.6), hielt Dr. I.\_\_\_\_

am 17. Juli 2017 (Urk. 7/92/13-14) fest, es fänden sich im Bereich der HWS degenerative Veränderungen ohne Neurokompression. Im Bereich von L4/5 finde sich eine absolute Spinalkanalstenose und im Bereich der Cauda

equina kein sichtbarer Liquor mehr. Die Physiotherapie solle weitergeführt werden. Aus sprachlichen Gründen einerseits, und andererseits auf Grund des Fibromyalgiesyndromes, sei es enorm schwierig auszumachen, ob eine Claudicatio spinalis klinisch vorliege. Falls sich die Symptome unter dem systemischen Steroidstoss nicht relevant verbessern würden, sei eine neurochirurgische Vorstellung zu empfehlen. 4.

## **E. 5**

(Urk. 7/83) eine gegen den Entscheid des hiesigen Gerichts erhobene Beschwerde ab.

## **E. 7**

(Urk. 7/86) meldete sich die Versicherte unter Hinweis auf Rücken- und Knieprobleme sowie eine Arthrose erneut bei der Invalidenversicherung zum Leistungsbezug an. Nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren (Urk. 7/95-96, Urk. 7/99) trat die IV-Stelle mit Verfügung vom 15. Mai 201

## **E. 8**

Dr. med. K.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, nannte in seinem Bericht vom 19. Januar 2018 (Urk. 7/91) als Diagnose eine rezidi vierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode mit somatischem Syndrom (ICD-10 F33.11). Er führte dazu aus, im ersten Gespräch am 21. März 2017 habe die Beschwerdeführerin einen ratlosen, abwesenden und niederge schlagenen Eindruck gemacht. Zu dem hielt er den Psychostatus vom 21. März 2017 fest.

Ferner berichtete er, die Beschwerdeführerin leide seit Jahren unter depressiven Symptomen, welche in der Stärke in jüngster Zeit zugenommen hätten und aktuell einen chronischen Charakter zeigten. Trotz der antidepressiven und anxiolytischen Medikation sei es bis anhin zu keiner Besserungstendenz gekommen. Eine weitere medikamentöse Optimierung sei nötig. Die Beschwerdeführerin sei aktuell auf dem ersten Arbeitsmarkt zu 100% arbeitsunfähig. Ob sich dies auf längere Sicht ändere, bleibe offen. 4.

## **E. 9**

) keine rentenrelevante Veränderung der tatsächlichen Verhältnisse glaubhaft zu machen.

Es ist daher nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin auf die Neuanmeldung nicht eingetreten ist. Die Beschwerde ist in der Folge abzuweisen. 6.

Da es um die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig und sind die Gerichtskosten gemäss Art. 69 Abs. 1 bis IVG ermessensweise auf Fr. 500.-- festzusetzen. Ausgangsgemäss sind die Gerichtskosten der Beschwerdeführer in aufzuerlegen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 500.-- 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 Der Gerichtsschreiber GräubMüller

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