

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2019.00086 vom 6. August 2019**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2019-08-06, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2019.00086](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2019.00086)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2019.00086 du 6 août 2019

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2019.00086 del 6 agosto 2019

## **Erwägungen**

### **E. 1**

- 85 ). Nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren (Vorbescheid vom 18. Juni 2013, Urk. 11/23; Einwand vom 27. August 2013, Urk. 11/28) wies die IV-Stelle, ausgehend von einem Invaliditätsgrad von 0 %, das Leistungsbegehren mit Verfügung vom 4. Oktober 2013 ab (Urk. 11/31).

#### **E. 1.1**

Wurde eine Rente

wegen eines zu geringen Invaliditätsgrades

verweigert, so wird nach Art. 87 Abs.

#### **E. 1.2**

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. Insofern steht ihr ein gewisser Beurteilungsspielraum zu, den das Gericht grundsätzlich zu respektieren hat

(BGE 109 V 108 E. 2b mit Hinweisen; vgl. auch BGE 130 V 64 E. 5.2, 71 E. 2.2 mit Hinweisen).

1.

#### **E. 1.3**

Am 18. Juni 2018 (Eingangsdatum) meldete sich die Versicherte unter Hinweis auf eine erhebliche Verschlechterung des gesundheitlichen Zustandes (schwere depressive Episoden), unter Beilage der Berichte des Sanatoriums I.\_\_\_\_ vom 6. November 2017 und vom 2. Mai 2018, erneut bei der IV-Stelle zum Leistungsbegehren an (Urk. 11/67 und Urk. 11/66/1-12). Mit Vorbescheid vom 23. Juli 2018 stellte die IV-Stelle der Versicherten in Aussicht, dass auf ihr Leistungsbegehren nicht eingetreten werde.

Am 30. September 2018 reichte die Versicherte einen zuhanden ihres Rechtsvertreters verfassten Bericht des Medizinischen Zentrums A.\_\_\_\_ vom 15. September 2018 ein (Urk. 11/74 und Urk. 11/75). Die IV-Stelle kündigte ihr daraufhin mit erneutem, demjenigen vom 23. Juli 2018 ersetzendem Vorbescheid vom 1. Oktober 2018 wiederum ein Nichteintreten auf ihr Leistungsbegehren an (Urk. 11/75). Mit Eingabe vom 19. Oktober

2018 teilte die Versicherte der IV-Stelle mit, dass sie zurzeit seit fünf Wochen in stationärer Behandlung in der Frauenklinik am B.\_\_\_\_ stehe, und ersuchte sie darum, den Vorbescheid zurückzuziehen resp. mindestens den ärztlichen Bericht der Frauenklinik am B.\_\_\_\_ anzufordern und dann zu entscheiden ( Urk. 11/76). Die IV-Stelle nahm diese Eingabe als Einwand gegen den Vorbescheid vom 11. Oktober 2018 entgegen und wies die Versicherte mit Schreiben vom 30. Oktober 2018 darauf hin, dass es ihr obliege, die entsprechenden Beweismittel einzureichen, um eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes zu begründen. Sie gewähre ihr hierfür eine Frist bis zum 29. November 2018. Bis dahin erwarte sie einen detaillierten Bericht betreffend die stationäre Behandlung in der Frauenklinik am B.\_\_\_\_. Bei Erhalt des Berichts werde sie prüfen, ob sie auf ihr Gesuch vom 18. Juni 2018 eintrete ( Urk. 11/77). Die Versicherte reichte am 26. November 2018 den Kurzaustrittsbericht der Frauenklinik am B.\_\_\_\_ vom 6. November 2018 ein (Urk. 11/78 und Urk. 11/79). Mit Verfügung vom 18. Dezember trat die IV-Stelle auf das Leistungsbegehren der Versicherten nicht ein ( Urk. 11/81 = Urk. 2). Am 31. Dezember 2018 ( Urk. 11/83) liess die Versicherte der IV-Stelle den an ihren Rechtsvertreter gerichteten Bericht der Frauenklinik am B.\_\_\_\_ vom 24. Dezember 2018 zugehen ( Urk. 11/82 = Urk. 3/4). Die IV-Stelle teilte der Versicherten daraufhin am 15. Januar 2019 mit, dass sie an ihrem Entscheid festhalte ( Urk. 11/84).

## **E. 2**

Gegen die Verfügung vom 18. Dezember 2018 erhob die Versicherte am 30. Januar 2019 Beschwerde und beantragte, es sei die angefochtene Verfügung aufzuheben und die IV-Stelle zu verpflichten, auf das Leistungsgesuch einzutreten, den Fall rechtsgenügend abzuklären und über die Rente einen neuen Entscheid zu treffen. In prozessualer Hinsicht ersuchte

die Versicherte um

Bewilligung der unentgeltlichen Prozessführung (Urk. 1 S. 1). Mit Beschwerdeantwort vom 7. März 2019 schloss die IV-Stelle auf Abweisung der Beschwerde (Urk. 10, unter Beilage ihrer Akten Urk. 11/1-85), was der Beschwerdeführerin mit Verfügung vom 12. März 2019 angezeigt wurde (Urk. 12). Mit Eingabe vom 1. Mai 2019 (Urk. 13) reichte die Beschwerdeführerin einen fachpsychologischen Kurzbericht von Dr.

C.\_\_\_\_, Eidgenössisch anerkannte Psychotherapeutin und Fachpsychologin für Psychotherapie FSP, datiert vom 15. März 2019, ein (Urk. 14). Diese Eingabe wurde der Beschwerdegegnerin

am 6. Mai 2019 zur Kenntnisnahme zugestellt (Urk. 15).

### **E. 2.1**

Im angefochtenen Entscheid wurde im Wesentlichen erwogen, es habe seit Oktober 2013 keine wesentliche Änderung der beruflichen oder medizinischen Situation festgestellt werden können. Folglich könne auf das neue Gesuch nicht eingetreten werden (Urk. 2).

### **E. 2.2**

Die Beschwerdeführerin stellte sich dagegen auf den Standpunkt, ihre Beschwerden hätten letztes Jahr massiv an Intensität zugenommen, weshalb sie auch mehrere Male stationär behandelt werden müssen. Trotz intensiven Behandlungen habe keine Verbesserung ihres gesundheitlichen Zustands erreicht werden können (Urk. 1). 3.

### **E. 3**

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). 1.

#### **E. 3.1**

Vorliegend gilt es zu prüfen, ob von der Beschwerdeführerin glaubhaft gemacht wurde, dass sich der Grad ihrer Invalidität seit dem Erlass der Verfügung vom 4. Oktober 2013 (Urk. 11/31) in einer anspruchsrelevanten Weise geändert hat (vgl. E. 1.1). Der Verfügung der IV-Stelle vom 7. Januar 2016 (Urk. 11/52) beziehungsweise dem Urteil des hiesigen Gerichts vom 27. Dezember 2016 (Urk. 11/63) sowie dem Urteil des Bundesgerichts vom 21. März 2017 (Urk. 11/65) ging

keine materielle Prüfung des Rentenanspruchs voraus, weshalb diese Entscheide nicht als Vergleichsbasis taugen (vgl. E. 1.5).

#### **E. 3.2**

Die Verfügung vom 4. Oktober 2013 (Urk. 11 / 31)

basierte in medizinischer Hinsicht auf zwei zu Händen des Krankentaggeldversicherers erstellten Gutachten (psychiatrisches Gutachten von Dr. med. D.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, zertifizierter Gutachter SIM, vom 29. März 2013 [Urk. 11 /12/2-15] sowie rheumatologisches Gutachten von Dr. med. E.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Allgemeine Innere Medizin und Rheumatologie, vom 8. Februar 2013 [Urk. 11/12/18-21]; vgl. Stellungnahme von med. pract. F.\_\_\_\_, Fachärztin FMH für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, vom Regionalen Ärztlichen Dienst [RAD] vom 17. Juni 2013 im Feststellungsblatt für den Beschluss vom 18. Juni 2013 [Urk. 11/22]).

##### **E. 3.3.1**

Dr. E.\_\_\_\_ hielt in seinem rheumatologischen Gutachten vom 8. Februar 2013 (Urk. 11 /12/18-21) folgende Diagnosen fest (Urk. 11 /12/19): - chronifizierte Schmerzkrankheit (seit mindestens Februar 2012) - chronische Pleuraverdeckung rechts (Erstdiagnose 2000) - Thorakotomie und Pleurabiopsie im Juni 2000 - Resektion des Nervus

toracicus

longus und Nervii

intercostales im November 2012 - lumbospondylogenes Schmerzsyndrom - mehrsegmentale Spondylarthrosen insbesondere L3-L5 - Adipositas - arterielle Hypertonie - Pneumologie rechter Unterlappen im März 2012 - Penicilin - Allergie

Der Experte hielt sodann fest, aufgrund des lang anhaltenden Schmerzsyndroms, der ausgeprägten Schmerzhaftigkeit (VAS 10/10; extreme Schmerzen), des fehlenden Schmerz-Tagesganges, der fehlenden Beeinflussbarkeit sowie des White-spread - pain -Indexes liege eine chronifizierte Schmerzkrankheit vor. Die Schmerzverarbeitung sei ungenügend, ein aktives, zukunftsgerichtetes Schmerz halten liege nicht vor, es bestünden keine Coping-Mechanismen, die Beschwerdeführerin ziehe sich zurück und lasse die Haushaltsarbeiten durch den Ehemann durchführen. In der klinischen Untersuchung falle einzig eine strukturelle Störung im Bereich der mittleren BWS auf, möglicherweise auf Grund von Degenerationen, möglicherweise auf Grund einer Osteoporose. Dr.

E.\_\_\_\_

führte ferner aus, therapeutisch scheine ihm eine genauere Abklärung und allen falls stationäre Therapie an einem Schmerzzentrum, beispielsweise der rheumatologischen Klinik des Universitätsspitals S.\_\_\_\_ oder aber der rheumatologischen Klinik G.\_\_\_\_, sinnvoll. Für leichte bis mittelschwere Tätigkeit gehe er aus rheumatologischer Sicht von einer 100%igen Arbeitsfähigkeit aus. Im Rahmen der Schmerzkrankheit und der psychischen Beschwerden dürfte diese jedoch reduziert sein (Maximum 50 % ; Urk. 11 /12/20).

#### **E. 3.3.2**

Dem genannten psychiatrischen Gutachten von Dr. D.\_\_\_\_ vom 29. März 2013 (Urk. 11/12 /2-15) kann folgende Diagnose ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit entnommen werden: somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4). Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannte er keine (Urk. 11 /12/11).

Dr. D.\_\_\_\_ hielt sodann fest, eine Arbeitsunfähigkeit sei aus rein psychiatrischer Sicht nicht gerechtfertigt. Es bestehe keine psychiatrische Störung von Krankheitwert, insbesondere keine ausgeprägte Depression. Es liege eine somatoforme Schmerzverarbeitungsstörung vor, in deren Rahmen die Stimmung der Beschwerdeführerin beeinträchtigt sei und sie sich mit einem absolut passiven Coping als arbeitsunfähig erachte; dies auch im Haushalt, der vollständig vom Ehemann übernommen worden sei. Aus rein psychiatrischer Sicht spreche nichts gegen eine volle Wiederaufnahme der Arbeit (Urk. 11 /12/14).

#### **E. 3.4**

.1

Im Rahmen der Neuanmeldung vom 18. Juni 2018 wurden im Wesentlichen folgende ärztliche Berichte eingereicht (vgl. Urk. 11/68 , Urk. 11/80 ):

#### **E. 3.4.2**

Dr. med. H.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, verfasste am 6. November 2017 einen definitiven Austrittsbericht nach der ersten

stationär -psychiatrischen Behandlung der Beschwerdeführerin vom 25. September bis am 26. Oktober 2017 im Sanatorium I.\_\_\_\_ (Urk. 11/66/7-12). Darin stellte er folgende Hauptdiagnose (Urk. 11/66/7): - Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome (ICD-10 F33.2) Daneben führte

Dr. H.\_\_\_\_ folgende Nebendiagnosen «gemäss Zuweisungsschreiben» an (Urk. 11/66/7): - Cervikozephalales Syndrom mit/bei - C4/5 flachbogige, mediolateral linksseitig betonte

Hernierung mit Duralsack- Querschnitteineigung auf 9 mm. C5/6 Osteochondrose , anteriore Spondylose und Modic II Veränderung mit mediolateral rechtsseitig getonter Diskushernie und Duralsack-Querschnitteineigung auf 8 mm. C6/7 mediolateral rechtsseitig betonte Hernierung mit Duralsack-Querschnitteineigung auf 10 mm (25. Februar 2015 MRI HWS, MRI 25. Februar 2015) - Chronisches thorakospondylogenes Syndrom rechts mit/bei - Thorakotomie rechts mit Pleurabiopsie 2000 - Status nach Resektion des Nervus

thoracicus

longus und der Nervi interkostales am 1. November 2012 ( J.\_\_\_\_

### **E. 3.4.3**

Vom 13. April bis am 23. April 2018 befand sich die Beschwerdeführerin zum zweiten Mal im Sanatorium I.\_\_\_\_ in stationär-psychiatrischer Behandlung. Im betreffenden Austrittsbericht vom 2. Mai 2018 (Urk. 11/66/1-6) wurde folgende Hauptdiagnose genannt (Urk. 11/66/1): - Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10 F33.1) Zudem wurden folgende Nebendiagnosen festgehalten (Urk. 11/66/1): - Diabetes mellitus, Typ 2: Ohne Komplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet (E11.90) - Benigne essentielle Hypertonie: Mit Angabe einer hypertensiven Krise (I10.01) - Reine Hypercholesterinämie (E78.0) - Status nach Hysterektomie (Z90.7) Die Zuweisung sei aufgrund einer Verschlechterung der depressiven Symptomatik und ausgeprägter Schmerzsymptomatik initial zur stationären Behandlung und Beginn einer Lithium-Therapie erfolgt. Aufgrund der Erfahrung vom letzten Aufenthalt und der Bedenken bezüglich Lithium bei der Patientin sei ein Timeout von 10 Tagen zur Entlastung des häuslichen Umfeldes vereinbart worden (Urk. 11/66/1). Die Patientin leide sehr unter den chronischen Rückenschmerzen und Bein schmerzen und im Rahmen dieser Schmerzsymptomatik habe sich die Depression verstärkt. Sie habe bei Eintritt und im Verlauf geäußert, dass sie passive Todes wünsche habe, aber sich nichts antun würde und auch keine Pläne habe. Nach einer Krisenintervention von 10 Tagen sei sie aus der Klinik ausgetreten. Bei guter Motivation seitens der Patientin werde die Anmeldung in einer psychosomatischen Schmerzlinik empfohlen (Urk. 11/66/1-2).

### **E. 3.4.4**

Am 15. September 2018 erstatteten Dr. med. N.\_\_\_\_ , Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, und Dr. phil. klin . psych. O.\_\_\_\_ vom A.\_\_\_\_ einen Bericht zuhanden des Rechtsvertreters der Beschwerdeführerin ( Urk. 11/73). Sie hielten darin fest, dass die Beschwerdeführerin 2017 und 2018 für ca. 8 Wochen im Sanatorium I.\_\_\_\_ gewesen sei. Dort sei eine mittelgradige bis schwere Depression diagnostiziert worden.

Nach Entlassung aus dem Sanatorium I.\_\_\_\_ bestehe heute zweifelsfrei eine schwere Depression, welche eine stationäre Behandlung in der Klinik B.\_\_\_\_ erfordere. Der Eintritt sei geplant am 17. September 2018 mit der Bitte, eine Lithiumeinstellung bei der therapieresistenten Depression vorzunehmen. Die Patientin sei heute völlig lust- und interesselos .

« Abulie, sich vom Bett zum Stuhl und zurück bewegend, voll ständig kraftlos, Mithilfe bei Duschen etc. » Daher sei die Behauptung eines gleich bleibenden Zustandes spätestens seit März 2018 nicht den Tatsachen entsprechend und bei Inspektion des aktuellen Zustandes völlig ohne Basis. Diese Patientin sitze nur noch da, weine den ganzen Tag, könne nicht

einmal mehr die Familie sehen, ziehe sich vollständig zurück, Schritte pro Tag ca. 400, daher Inaktivität und vollständige Hilflosigkeit (Urk. 11/ 66/73).

### **E. 3.4.5**

In der Zeit zwischen dem 17. September und dem 31. Oktober 2018 war die Beschwerdeführerin in der Frauenklinik am B.\_\_\_\_ hospitalisiert.

Im betreffende n Kurzaustrittsbericht vom 6. November 2018 (Urk. 11/78) stellten die medizinischen Fachpersonen folgende psychiatrische n

Diagnosen (Urk. 11/78/1): - Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome (ICD-10 F33.2) - Somatisierungsstörung ( ICD-10 F45.0) Zudem wurden folgende andere Diagnosen gestellt (Urk. 11/78/1): - Diabetes mellitus, Typ 2: Ohne Komplikationen. Als entgleist bezeichnet (E11.91) - Reine Hypercholesterinämie (E78.0) - Benigne essentielle Hypertonie: Ohne Angabe einer hypertensiven Krise (I10.00) - Zervikozepales Syndrom (M53.0) - Spondylose, nicht näher bezeichnet: Thorakalbereich (M47.94) - Rheumatismus, nicht näher bezeichnet: Mehrere Lokalisationen (M79.00) Die Patientin sei in gegenseitigem Einvernehmen und nach regulärem Therapie abschluss in die bestehenden Wohnverhältnisse ausgetreten. Sie habe versucht, sich bestmöglich auf die Therapie einzulassen , und habe ihre Aktivität etwas steigern können. Aufgrund der sprachlichen Barrieren habe nur begrenzt vertieft therapeutisch gearbeitet werden können. Die Patientin habe sich im Austrittsge spräch jedoch zuversichtlich gezeigt, ihre im hiesigen Setting erreichten Ziele weiter zu verfolgen und zu festigen. Zum Austrittszeitpunkt sei die Patientin klar von Selbst- und Fremdgefährdung distanziert gewesen. Es werde die Weiterfüh rung einer psychiatrisch-psychotherapeutischen und medikamentösen Behand lung empfohlen. Ein Termin bei Frau Dr. phi l. C.\_\_\_\_ sei in Aussicht (Urk. 11/78/2) . 4.

### **E. 4**

Gemäss höchstrichterlicher Rechtsprechung ist von Amtes wegen zu prüfen, ob seit der ersten Rentenverfügung zwischenzeitlich eine erneute materielle Prüfung des Rentenanspruchs stattgefunden hat. War dies nicht der Fall, so ist auf die Entwicklung der Verhältnisse seit der ersten Ablehnungsverfügung abzustellen; wie im Revisionsverfahren bleiben allfällige, vorangehende Nichteintretensverfü gungen aufgrund des fehlenden Abklärungs- und bloss summarischen Begrün dungsaufwandes der Verwaltung unbeachtlich. 2.

### **E. 4.1**

Rechtsprechungsgemäss hat das kantonale Gericht seiner beschwerdeweisen Überprüfung einer Nichteintretensverfügung im Rahmen des invalidenversiche rungsrechtlichen Neuanmeldungsverfahrens grundsätzlich den Sachverhalt zu Grunde zu legen, wie er sich der Verwaltung darbot (Urteil des Bundesgerichts 8C\_389/2018 vom 8. Januar 2019 E. 4.2). Ein erst in einem späteren Verfahrens stadium eingereichter Arztbericht ist daher selbst dann nicht in die Überprüfung miteinzubeziehen, wenn er Rückschlüsse auf den Gesundheitszustand hinsichtlich des neuanmeldungsrechtlich relevanten Zeitraums zuliesse. Von diesem Grund satz wäre lediglich dann abzuweichen, wenn die IV-Stelle das Neuanmeldungs verfahren in formeller Hinsicht nicht bundesrechtskonform durchgeführt hätte (vgl. BGE 130 V 64 E. 5; Urteil des Bundesgerichts 8C\_868/2017 vom 6. Juni 2018 E. 4.2 mit weiterem Hinweis). Wie es sich damit im vorlie genden Fall ver hält, kann offen

bleiben. Wie die nachfolgenden Ausführungen zeigen, ist die Beschwerde auch dann gutzuheissen, wenn die von der Beschwerdeführerin erst nach der angefochtenen Verfügung eingereichten Berichte der Frauenklinik am B.\_\_\_\_ vom 24. Dezember 2018 (Urk. 11/82 ) und von Dr. C.\_\_\_\_ vom 19. März 2019 (Urk. 14) nicht berücksichtigt werden.

#### **E. 4.2.1**

Aufgrund der von der Beschwerdeführerin im Rahmen der Neuanschuldung vom 18. Juni 2018 neu aufgelegten Arztberichte (vgl. E. 3.4.2-5) sowie ihrer Vorbringen in der Beschwerde (Urk. 1) steht einzig eine Verschlechterung ihres psychischen Gesundheitszustands zur Diskussion.

#### **E. 4.2.2**

Dr. D.\_\_\_\_ stellte in seinem – der rentenabweisenden Verfügung vom 4. Oktober 2013 zugrundeliegenden – psychiatrischen Gutachten vom 29. März 2013 abschliesslich die Diagnose einer somatoformen Schmerzstörung (ICD-10 F45.4), wobei er dieser keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin in angepasster Tätigkeit beimass. Das Vorliegen einer ausgeprägten resp. krankheitswertigen Depression wurde von ihm ausdrücklich verneint (vgl. E. 3.3.2).

Demgegenüber wird in den von der Beschwerdeführerin anlässlich der Neuanschuldung vom 18. Juni 2018 eingereichten Berichten des Sanatoriums I.\_\_\_\_ vom 6. November 2017 und 2. Mai 2018, des A.\_\_\_\_ vom 15. September 2018 sowie der Frauenklinik am B.\_\_\_\_ vom 6. November 2018 – nebst einer ausgeprägten Schmerzsymptomatik resp. einer Somatisierungsstörung (ICD-10 F45.0) – eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere depressive Episode, (ICD-10 F33.2 resp. F33.1) beziehungsweise eine schwere Depression diagnostiziert (vgl. E. 3.4.2-5).

#### **E. 4.2.3**

Soweit RAD-Ärztin F.\_\_\_\_ in ihrer Stellungnahme vom 21. Juli 2018 zu den Berichten des Sanatoriums I.\_\_\_\_ vom 7. November 2017 und 2. Mai 2018 (vgl. E. 3.4.2 und E. 3.4.3) festhielt, es würden darin weiterhin die bereits bekannten Diagnosen genannt (Urk. 11/68/2), kann ihr nicht gefolgt werden. Zwar war die Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung, aktuell mittelgradige Episode, (ICD-10 F33.1) tatsächlich schon vor der Neuanschuldung vom 18. Juni 2018 aktenkundig. Die Berichte des A.\_\_\_\_ vom 27. Februar resp. 17. November 2015, in welchen diese Diagnose erstmals gestellt wurde (vgl. Urk. 11/38 und Urk. 11/39), wurden aber erst mit der Neuanschuldung vom 24. April 2015 eingereicht (vgl. Sachverhalt Ziffer 1.2). Massgebliche Vergleichsbasis bildet jedoch der medizinische Sachverhalt, wie er sich im Zeitpunkt der Verfügung vom 4. Oktober 2013 präsentierte (vgl. E. 3.1) und nicht – wie offenbar (auch) die Beschwerdegegnerin zunächst angenommen hat (vgl. die [im zweiten Vorbescheid vom 11. Oktober 2018 korrigierte] Angabe der Beschwerdegegnerin im [ersten] Vorbescheid vom 23. Juli 2018, wonach das Leistungsbegehren am 7. Januar 2016 abgewiesen worden sei [Urk. 11/70 und Urk. 11/75]) – die (Nichteintretens-)Verfügung vom 7. Januar 2016 (Urk. 11/53).

Im Weiteren wurde in den genannten Berichten des Sanatoriums I.\_\_\_\_ die Diagnose einer aktuell schweren resp. mittelgradigen depressiven Episode zwar nicht resp. nicht nachvollziehbar mit objektiven Befunden begründet, ebenso wenig im Bericht der Frauenklinik am B.\_\_\_\_ vom 6. November 2018 (vgl. E. 3.4.5). Die Ausführungen im

Bericht des A.\_\_\_\_ vom 15. September 2018 (vgl. E. 3.4.4) erwecken sodann den Eindruck, dass die berichtenden Fachpersonen Dr. N.\_\_\_\_ und Psychologe O.\_\_\_\_ massgeblich auf die von der Beschwerdeführerin geklagten Beschwerden abgestellt haben, ohne diese kritisch zu hinterfragen; ihre Ausführungen sind daher mit Vorbehalt zu würdigen. Es ist aber jedenfalls nicht ohne weiteres anzunehmen, dass (auch) die Fachärzte des Sanatoriums I.\_\_\_\_ und der Frauenklinik am B.\_\_\_\_ die Diagnose einer schweren depressiven Episode ohne Vorliegen entsprechender Symptome und sich darauf stützende Befunde gestellt haben. Bei Zweifeln hätte die Beschwerdeführerin diesbezüglich zumindest bei diesen Kliniken ausführlichere Berichte einholen müssen, zumal mit einer schweren depressiven Symptomatik regelmässig eine erhebliche Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit einhergeht (vgl. Urteile des Bundesgerichts (vgl. Urteile des Bundesgerichts 9C\_732/2018 vom 4. März 2019 E. 7 und 9C\_367/2016 vom 10. August 2016 E. 4)). Hinzu kommt, dass die Beschwerdeführerin gemäss Aktenlage bis zur Begutachtung bei Dr. D.\_\_\_\_ im März 2013 noch nie einen Psychiater aufgesucht hatte (Urk. 11/12/8). Die Tatsache, dass sie sich im letzten Jahr vor der angefochtenen Verfügung dreimal einer stationären Behandlung (auch zur Behandlung einer depressiven Symptomatik [Urk. 11/66/8]) unterzog, weist daher auf eine Erhöhung des psychischen Leidensdruckes und damit ebenfalls auf eine Verschlechterung ihres psychischen Zustandsbildes seit der Begutachtung durch Dr. D.\_\_\_\_ hin. Demnach liegen zumindest gewisse konkrete Anhaltspunkte dafür vor, dass sich der psychische Gesundheitszustand und damit einhergehend die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin seit der Verfügung vom 4. Oktober 2013 erheblich verschlechtert haben könnten.

#### **E. 4.2.4**

Entgegen der Auffassung der Beschwerdeführerin kann daher aufgrund der besagten neu aufgelegten Berichte eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes nicht als nicht glaubhaft gemacht im Sinne von Art. 87 Abs. 2 IVV bezeichnet werden (vgl. E. 1.3). Dies gilt umso mehr, als die (aktuelle) Neuanmeldung der Beschwerdeführerin vom 18. Juni 2018 gut viereinhalb Jahre nach der (erst- und) letztmaligen materiellen Prüfung ihres Rentenanspruchs im Oktober 2013 erfolgte, weshalb an die Glaubhaftmachung nicht allzu hohe Anforderungen zu stellen sind (vgl. E. 1.2).

#### **E. 4.2.5**

Die Beschwerdegegnerin ist demnach zu Unrecht auf die Neuanmeldung vom 18. Juni 2018 nicht eingetreten.

#### **E. 4.3**

Die angefochtene Verfügung ist deshalb in Gutheissung der Beschwerde aufzuheben und die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen, damit sie auf die Neuanmeldung vom 18. Juni 2018 eintrete und nach Vornahme der erforderlichen Abklärungen über den Rentenanspruch der Beschwerdeführerin verfüge.

#### **E. 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. 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 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  
HurstKübler

### **E. 5.1**

Da es im vorliegenden Verfahren um die Bewilligung oder Verweigerung von IV-Leistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG) und auf Fr. 6 00.-- anzusetzen. Ausgangsgemäss sind sie der Beschwerdegegnerin aufzuerlegen.

Das Gesuch der Beschwerdeführerin um Bewilligung der unentgeltlichen Prozessführung (Urk. 1) erweist sich damit als gegenstandslos.

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