

SO_GERICHTE VSBES.2018.241 vom 27. Juli 2018

SO Obergericht, 2018-07-27, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2018.241

FR: SO_GERICHTE VSBES.2018.241 du 27 juillet 2018

IT: SO_GERICHTE VSBES.2018.241 del 27 luglio 2018

Erwägungen

E. 3

3.1 Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die Ärzte und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die Versicherten arbeitsunfähig sind. Im Weiteren sind ärztliche Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen den Versicherten noch zugemutet werden können (BGE 132 V 99 f. E. 4, 125 V 261 E. 4). 3.2 Das Administrativverfahren vor der IV-Stelle wie auch der kantonale Sozialversicherungsprozess sind vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht (Art. 43 Abs. 1, Art. 61 lit. c ATSG). Danach haben IV-Stelle und Sozialversicherungsgericht den rechtserheblichen Sachverhalt von Amtes wegen festzustellen. Diese Untersuchungspflicht dauert so lange, bis über die für die Beurteilung des streitigen Anspruchs erforderlichen Tatsachen hinreichende Klarheit besteht. Der Untersuchungsgrundsatz weist enge Bezüge zum – auf Verwaltungs- und Gerichtsstufe ebenfalls in gleicher Weise geltenden – Prinzip der freien Beweiswürdigung (Art. 61 lit. c in fine ATSG) auf (einschliesslich die antizipierte Beweiswürdigung): Führt die pflichtgemässe, umfassende und sachbezogene Beweiswürdigung den Versicherungsträger oder das Gericht zur Überzeugung, der Sachverhalt sei hinreichend abgeklärt, darf von weiteren Untersuchungen (Beweismassnahmen) abgesehen werden. Ergibt die Beweiswürdigung jedoch, dass erhebliche Zweifel an Vollständigkeit und/oder Richtigkeit der bisher getroffenen Tatsachenfeststellungen bestehen, ist weiter zu ermitteln, soweit von zusätzlichen Abklärungsmassnahmen noch neue wesentliche Erkenntnisse zu erwarten sind (Urteil des Bundesgerichts vom 9. April 2008, 8C_308/2007, E. 2.2.1 mit vielen Hinweisen).

E. 4

4.1 Wurde eine Rente wegen eines fehlenden oder zu geringen Invaliditätsgrades bereits einmal verweigert, so wird eine neue Anmeldung nur geprüft, wenn die versicherte Person glaubhaft macht, dass sich der Grad der Invalidität in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert hat (Art. 87 Abs. 3 und 4 IVV). Dies gilt in analoger Weise auch für Revisionsgesuche im Sinne von Art. 17 Abs. 1 ATSG (BGE 130 V 351 E. 3.5.3) sowie dann, wenn die versicherte Person nach vorausgegangener rechtskräftiger Ablehnung erneut eine Eingliederungsmassnahme beantragt (BGE 113 V 27; ZAK 1991 S. 262 E. 1a). Mit dieser Bestimmung soll verhindert werden, dass sich die Verwaltung nach vorausgegangener rechtskräftiger Rentenverweigerung immer wieder mit gleichlautenden und nicht näher begründeten, d.h. keine Veränderung des Sachverhalts darlegenden Rentengesuchen befassen muss (BGE 130 V 68 E. 5.2.3, 125 V 412 E. 2b, 117 V 200 E.

4b). Die glaubhaft zu machende Änderung muss nicht gerade jenes Anspruchselement betreffen, welches die Verwaltung der früheren rechtskräftigen Leistungsabweisung zugrunde legte. Vielmehr hat es zu genügen, wenn die versicherte Person zumindest die Änderung eines Sachverhalts aus dem gesamten für die Rentenberechtigung erheblichen Tatsachenspektrum glaubwürdig dartut. Trifft dies zu, ist die Verwaltung verpflichtet, auf das neue Leistungsbegehren einzutreten und es allseitig zu prüfen (BGE 117 V 200 E. 4b). Diese Regeln zur Behandlung von Neuansmeldungen beziehen sich nur auf gleichlautende Leistungsgesuche (SVR 1999 IV Nr. 21). 4.2 Nach Eingang einer Neuansmeldung 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 der Richter grundsätzlich zu respektieren hat. Die Behandlung der Eintretensfrage durch die Verwaltung ist deshalb vom Gericht nur zu überprüfen, wenn das Eintreten streitig ist (BGE 109 V 114 E. 2b). Die versicherte Person muss mit der Neuansmeldung (oder dem Revisionsgesuch) die massgebliche Tatsachenänderung glaubhaft machen. Der Untersuchungsgrundsatz, wonach das Gericht von Amtes wegen für die richtige und vollständige Abklärung des rechtserheblichen Sachverhalts zu sorgen hat, spielt insoweit nicht. Wird in der Neuansmeldung (oder dem Revisionsgesuch) kein Eintretenstatbestand geltend gemacht, sondern bloss auf ergänzende Beweismittel, insbesondere Arztberichte, hingewiesen, die noch beigebracht würden oder von der Verwaltung beizuziehen seien, ist der versicherten Person eine angemessene Frist zur Einreichung der Beweismittel anzusetzen. Diese Massnahme setzt voraus, dass die ergänzenden Beweisvorkehren geeignet sind, den entsprechenden Beweis zu erbringen. Sie ist mit der Androhung zu verbinden, dass ansonsten gegebenenfalls auf Nichteintreten zu erkennen sei. Ergeht eine Nichteintretensverfügung im Rahmen eines Verwaltungsverfahrens, das diesen Erfordernissen betreffend Fristansetzung und Androhung der Säumnisfolgen genügt, legen die Gerichte ihrer beschwerdeweisen Überprüfung den Sachverhalt zu Grunde, wie er sich der Verwaltung bot (BGE 130 V 69 E. 5.2.5).

E. 5

Hinweise für Persönlichkeitsveränderungen - akzentuierte Persönlichkeitszüge - rez. intermittierende Bewegungs- und Empfindungsstörungen - interaktionell: zurückhaltend-vorsichtig, reizbar, mit zunehmender Verbitterungs- und Rückzugstendenz

E. 6

Distal-symmetrische, sensomotorische Polyneuropathie (axonal-betont), einhergehend mit subjektiver Gangunsicherheit Nebendiagnosen:

E. 7

Neuroendokriner Tumor Papilla vateri - 06/08 Resektion

E. 8

St. n. Fingerkuppenverletzung Dig II Hand rechts

E. 9

St.n. nicht-diszolierter Weber C Fraktur 10/2014 Zur Beurteilung wurde ausgeführt, der Beschwerdeführer sei zugewiesen worden bei rezidivierendem Einknicken der rechten unteren Extremität. Dabei sei er auch mehrmals gestürzt und habe den Kopf angeschlagen. Er habe berichtet, seit einigen Tagen psychisch stark belastet zu sein, da er den Bericht über eine mögliche Pfändung seines Hauses bekommen habe. Bei Eintritt habe sich der Beschwerdeführer in gutem Allgemeinzustand präsentiert, im Status habe sich eine beidseitige muskuläre Atrophie der unteren Extremitäten mit reduzierter Muskelkraft gezeigt. Der restliche neurologische Status sei bis auf die beidseitig vorbestehende Neuropathie distal unauffällig. In einer Computertomographie des Schädels habe eine Blutung oder Ischämie ausgeschlossen werden können. Konventionell-radiologisch hätten ossäre Läsionen als Ursache für das Einknicken ebenfalls ausgeschlossen werden können. Man interpretiere die zunehmende Schwäche der Beine am ehesten im Rahmen der psychosozialen Belastungssituation.

6.2.2.2 Im Bericht der Klinik L.____ [...] vom 2. Juni 2016 (IV-Nr. 274.2 S. 21) wurde festgehalten, die Zuweisung sei durch den Hausarzt erfolgt bei persistierenden Schmerzen im OSG rechts und Schulter rechts nach Sturz vor 4 Wochen. Die klinische Beurteilung sei schwierig gewesen, da der Beschwerdeführer unter Methadon keine Druckdolenz angegeben habe. Radiologisch habe sowohl im OSG als auch in der Schulter rechts eine Fraktur ausgeschlossen werden können. Der Beschwerdeführer habe keine weitere Therapie oder Abklärung gewünscht und in gutem Allgemeinzustand nach Hause entlassen werden können.

6.2.2.3 Im Abschlussbericht der tagesklinischen Betreuung Psychosomatik des I.____, [...], vom 31. August 2016 (IV-Nr. 274.2 S. 12) wurden die im Austrittsbericht des K.____ vom 20. Oktober 2015 (vgl. E. II. 6.2.2.1) gestellten Diagnosen weitestgehend übernommen, wobei zu den akzentuierten Persönlichkeitszügen die Differentialdiagnose «F60.9 Persönlichkeitsstörung, nicht näher bezeichnet» gestellt wurde.

6.2.2.4 Im Bericht der M.____ vom 3. Dezember 2016 (IV-Nr. 274 S. 9) wurden folgende Diagnosen gestellt: 1. Status nach laparoskopisch assistierter Narbenherniennetzplastik am 22. Juli 2016 2. Status nach transduodenaler Ampullectomie mit Sphinkterplastik des Ductus choledochus und Erweiterungsplastik der Pankreasgangmündung, Cholezystektomie 06/2008 3. Chronisches Schmerzsyndrom (F45.41) 4. Rezidivierende depressive Störung (gemäss Bericht N.____ 20. Oktober 2016) Beim Beschwerdeführer bestehe bezüglich abdominaler Narbenherniennetzplastik ein unauffälliger Verlauf, das Abdomen sei bland, rezidivfrei, aber noch etwas druckdolent im Bereich der kaudalen Netzfixationen. Diesbezüglich unauffälliger Verlauf.

6.2.2.5 Im Bericht des Notfallzentrums des I.____ vom 13. Februar 2017 (IV-Nr. 274.2 S. 5) wurde ausgeführt, die notfallmässige Selbstzuweisung des Beschwerdeführers sei erfolgt, nachdem er aufgrund eines «Nichtvorhandenseins des linken Beines» seit 14 Tagen nun mehrfach gestürzt sei. Er habe berichtet, er habe nicht eine Kraftminderung des linken Beines, sondern es bestehe das Gefühl eines Nichtvorhandenseins des linken Beines, sodass wenn er beim Gehen dieses belasten wolle, es wegbreche und er umfalle. Bei Eintritt habe sich ein leicht hypertoner, normokarder und afebriler Patient in gutem Allgemeinzustand präsentiert. Klinisch habe sich eine symmetrisch bilaterale Kraftminderung auf M2 beider unterer Extremitäten bei allerdings gut ausgebildeter Muskulatur und Abwesenheit von Abschürfungen oder Prellmarken als Korrelat zu anamnestisch berichteten Sturzereignissen gezeigt. Laboranalytisch habe sich ein minimal erhöhtes CRP (8 mg/l) bei leichter Leukozytose (13.2 G/l) gezeigt, welche jedoch nicht als Korrelat zu den beschriebenen Beschwerden interpretiert würden.

6.2.2.6 Im Bericht betreffend die Gastroskopie vom 24. Mai 2017 (IV-Nr. 274.2 S. 2) wurde festgehalten, es bestünden ein unauffälliger Situs bei

Status nach Ampullectomie, eine unauffällige Nebenpapille, eine unkomplizierte axiale Hiatushernie sowie eine hämorrhagische Antrumgastritis, DD biliär. 6.2.2.7 Im Bericht betreffend MRI des Schädels vom 8. Dezember 2017 (IV-Nr. 274 S. 1) wurde zur Beurteilung ausgeführt: «Über das Altersmass hinausgehende generalisierte cerebrale Atrophie bei vaskulärer Encephalopathie mit Leukencephalopathie im Marklager der Grosshirnhemisphären, chronisch ischämischen Infarkten in den Basalganglien beidseits sowie im Hirnstamm. Im Vergleich zur MR-Voruntersuchung vom 22. Februar 2017 keine neu aufgetretene Ischämie, keine Blutung oder Raumforderung.» 6.2.2.8 In seinem Arzteugnis vom 9. Juni 2017 (IV-Nr. 274.1) hielt der Hausarzt des Beschwerdeführers, Dr. med. F.____, Facharzt Innere Medizin FMH, fest, hiermit bestätige er, dass sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers in den letzten Jahren massiv verschlechtert habe. 6.2.2.9 Im psychiatrisch-psychotherapeutischen Fachbericht von Dr. med. C.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, vom 5. Juli 2017 (IV-Nr. 278 S. 3 ff.) wurde ausgeführt, die Hinweise auf eine Pathologie der Persönlichkeit des Beschwerdeführers könnten mit Bezug zur ICD-10 als Ausdruck einer Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F68.8/ F69) mit somatoformen, histrionischen, narzisstischen und schizoiden Anteilen eingeordnet werden. Die Persönlichkeitsstörung sei im Fall des Beschwerdeführers als Charakterstörung bzw. Störung zwischenmenschlicher Beziehung gemäss Kapitel F6 rein formal «ohne hinreichende Information» zu kodieren, sie könne jedoch aus psychiatrisch-psychotherapeutischer Sicht «inhaltlich genügend» begründet werden. Sie sei zu einem unbekanntem Zeitpunkt in Form eines aktuell neurasthenischen Syndroms dekompenziert. Mit Persönlichkeitsstörung gemäss ICD-10 seien eine Reihe von klinisch wichtigen, länger anhaltenden Zustandsbildern und Verhaltensmustern gemeint. Sie seien Ausdruck des charakteristischen, individuellen Lebensstils, des Verhältnisses zur eigenen Person und zu anderen Menschen (Charakterstörung bzw. Störung zwischenmenschlicher Beziehung). Meist entstünden diese Zustandsbilder und Verhaltensmuster als Folge konstitutioneller Faktoren und sozialer Erfahrungen schon früh im Verlauf der individuellen Entwicklung (hierzu seien die vorliegenden Informationen im Fall des Beschwerdeführers nicht hinreichend). Die spezifischen Persönlichkeitsstörungen (ICD-10 F60.xx) und die kombinierten und anderen Persönlichkeitsstörungen (ICD-10 F61) seien tief verwurzelte, anhaltende Verhaltensmuster, die sich in starren Reaktionen auf unterschiedliche persönliche und soziale Lebenslagen zeigten (vgl. hier die aktuellen Hinweise des Beschwerdeführers und die Angaben in den Akten inkl. 2 Begutachtungen durch O.____ 1999 und 2004). Häufig gingen sie mit einem unterschiedlichen Ausmass persönlichen Leidens und gestörter sozialer Funktionsfähigkeit einher (vgl. hier die interaktionellen Defizite und Verhaltensauffälligkeiten, die missglückte berufliche Reintegration sowie die soziale Isolation). Die Persönlichkeitsstörung stelle grundsätzlich eine Indikation für eine regelmässige strukturierte fachärztliche psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung dar. Der Beschwerdeführer könne so auch bei einer (psychotherapeutischen) Rezidivprophylaxe bzgl. unspezifischer (bspw. depressiver) Syndrome unterstützt werden. Eine Motivation dazu verneine der Beschwerdeführer, nachdem bei ihm ein somatisches Krankheitserleben vorherrsche. Seine interaktionellen Defizite würden vollständig alloplastisch zugeordnet. Der Einsatz einer entsprechenden Therapie sei ausserdem rein therapeutisch-ethisch im Zusammenhang eines bio-psycho-sozialen Krankheitsmodells motiviert. Medizinisch-theoretisch sei die Prognose einer Persönlichkeitsstörung (oft trotz langjähriger psychiatrisch-psychotherapeutischer Therapie) meist chronisch stabil (vgl. u.

a.: K. Schmeck, 5. Schlüter-Müller: Verlauf und Prognose der schweren Persönlichkeitsstörungen, Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie, 2012; 163[5]: 166-70). 6.2.2.10 Mit Stellungnahme vom 13. Februar 2018 hielt Dr. med. B.____, Fachärztin für Neurologie FMH, RAD (IV-Nr. 275), fest, aus den neu eingereichten medizinischen Unterlagen gehe nicht hervor, dass sich der Gesundheitszustand des Versicherten gegenüber dem Zeitpunkt der letzten rechtskräftigen Verfügung wesentlich verändert hätte. In den Berichten des I.____ würden die bekannten Diagnosen aufgezählt, ohne dass aber eine wesentliche Verschlechterung beschrieben werde. Im Sommer 2016 sei der Versicherte wegen symptomatischen Bauchwandhernien operiert worden, der Verlauf sei komplikationslos und regelrecht gewesen. Eine Notfallkonsultation sei Anfang 2017 wegen einer wahrscheinlich dissoziativen Bewegungsstörung des linken Beines erfolgt. Eine organische Ursache für das «Gefühl des Nichtvorhandenseins» des linken Beines habe nicht eruiert werden können. In diesem Zusammenhang sei eine MRI-Untersuchung des Kopfes gemacht worden. Dieser Befundbericht liege nicht vor. Anlässlich einer MRI-Verlaufsuntersuchung Ende 2017 werde aber festgehalten, dass im Befund gegenüber der Voruntersuchung im Januar 2017 keine Progredienz der bekannten vaskulären Enzephalopathie erkennbar sei. Insgesamt ergäben sich keine Hinweise, dass sich der Gesundheitszustand des Versicherten seit 2016 relevant verändert habe. 6.2.2.11 In der Stellungnahme von PD Dr. med. E.____, Leiter Psychosomatische Medizin, I.____, [...], vom 22. März 2018 (IV-Nr. 278) wurde ausgeführt, bereits 2005 sei eine testpsychologische Untersuchung bei einem anerkannten psychiatrischen Fachgutachter, Dr. med. C.____, angeordnet worden, welche neben der Depressivität den Aspekt der Persönlichkeitsstörung («zwanghafte, narzistisch und schizoid-misstrauische Persönlichkeitszüge») in den Fokus gestellt habe. Aufgrund einer endlosen Kette interpersoneller Konflikte (sei es im Privatbereich, im Spitalmilieu wie auch im Bereich öffentlicher Ämter) habe man denselben Verdacht gehabt. Anamnestisch bestätige sich entsprechend eine bereits seit Kindheit bestehende tiefgreifende Problematik, angefangen mit schwerer Ausgrenzung im eigenen Familienbereich, Zwangsversorgung in einem Institut mit Gewalterfahrung und Gewaltanwendung, dies bei einer intelligenten Grundpersönlichkeit. Eine erneute Standortbestimmung bei demselben versicherungsgutachterlichen Psychiater, Dr. med. C.____, habe 2017 diesbezüglich noch ein deutlich verschärftes Profil gezeigt (siehe Psychiatrisch-Psychotherapeutischer Fachbericht 2017, S. 5 und 6). 6.2.2.12 In seiner Stellungnahme vom 12. Juli 2018 hielt Dr. med. D.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, RAD (IV-Nr. 284), fest, dass bei dem Versicherten eine Persönlichkeitspathologie vorliege, sei bereits früher (zuletzt H.____, 2010) vermutet, eine dadurch begründete relevante Arbeitsunfähigkeit aber nicht konstatiert worden. Allerdings könne auch der Bericht von Dr. med. C.____ (2017) nicht die Diagnose einer spezifischen Persönlichkeitsstörung (F 60.xx/F 61) stellen, sondern kodiere die Auffälligkeiten der Persönlichkeit des Versicherten (eher ungewöhnlich) unter F 68.8./F 69. Grundsätzlich sei das Vorliegen einer Persönlichkeitspathologie bei dem Versicherten bereits seit vielen Jahren bekannt, und sollte auch schon in der Zeit der Erwerbstätigkeit des Versicherten vorgelegen haben. Eine Persönlichkeitspathologie schliesse eine relevante Arbeitsfähigkeit auch keineswegs aus. Entscheidend für das hinreichende Funktionsniveau bei Persönlichkeitspathologien sei das strukturelle Organisationsniveau der Persönlichkeit. Dieses erscheine in diesem Falle nachvollziehbar gut und weitgehend erhalten. Auch vom Vorliegen eines allgemeinen sozialen Rückzugs könne nicht ausgegangen werden, sofern er vermutet werde, erscheine er als selektiv und gewollt – worauf die langjährige

funktionierende Partnerschaft, aber auch die gelegentlichen Restaurationsarbeiten für Kunden Hinweise gäben. Ergänzend zur Einschätzung des somatischen Sachverhaltes durch den RAD (13. Februar 2018) könne daher auch aus psychiatrischer Sicht des RAD anhand der vorgelegten Berichte das Vorliegen neuer medizinischer Sachverhalte mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit bei dem Versicherten oder einer Verschlechterung des Gesundheitszustandes nicht als überwiegend wahrscheinlich plausibel ausgewiesen gelten. Bisher bereits bekannte medizinische Sachverhalte würden nur etwas anders ausgedrückt (Persönlichkeitspathologie), oder, erstaunlicherweise trotz ihrer potenziellen Auswirkungen, gar nicht erwähnt (Substanzmissbrauchs resp. -abhängigkeits-Problematik und deren Auswirkungen). 6.3 Stellt man den Ausführungen der J.____-Gutachter im Gutachten vom 25. Oktober 2013 die vorgenannten, vom Beschwerdeführer im Neuanmeldungsverfahren eingereichten Arztberichte gegenüber, wird deutlich, dass keine erhebliche Veränderung glaubhaft gemacht wurde, welche sich auf den Rentenanspruch auswirken könnte. Aus somatischer Sicht kann eine relevante gesundheitliche Verschlechterung gestützt auf die schlüssigen Ausführungen der RAD-Ärztin, Dr. med. B.____, vom

E. 13

Februar 2018 ohne Weiteres verneint werden. Die aufgrund der vom Beschwerdeführer geschilderten Stürze erfolgten Hospitalisationen ergaben keine Pathologien (vgl. Austrittsbericht des K.____ vom 20. Oktober 2015, Bericht der Klinik L.____ [...] vom 2. Juni 2016). Eine Notfallkonsultation Anfang 2017 wegen einer wahrscheinlich dissoziativen Bewegungsstörung des linken Beines ergab ebenfalls keine organische Ursache für das «Gefühl des Nichtvorhandenseins» des linken Beines (vgl. Bericht des Notfallzentrums des I.____ vom 13. Februar 2017). Nach der im Sommer 2016 wegen symptomatischen Bauchwandhernien durchgeführten Operation war der Verlauf komplikationslos und regelrecht (vgl. Bericht der M.____ vom 3. Dezember 2016). Eine diesbezügliche dauerhafte Verschlechterung des Gesundheitszustandes ergibt sich nicht. Schliesslich ergeben sich auch aus dem Bericht betreffend die Gastroskopie vom 24. Mai 2017 sowie dem Bericht betreffend MRI des Schädels vom 8. Dezember 2017 keine Hinweise für eine relevante gesundheitliche Verschlechterung aus somatischer Sicht. Sodann ist eine gesundheitliche Verschlechterung aus psychiatrischer Sicht ebenfalls nicht glaubhaft gemacht worden. Hierzu kann vorweg auf die schlüssige Stellungnahme vom 12. Juli 2018 von Dr. med. G.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, RAD, verwiesen werden. Dieser nimmt zwar auf das Beweismass der überwiegenden Wahrscheinlichkeit Bezug, aus seiner Stellungnahme geht aber mit hinreichender Deutlichkeit hervor, dass er auch das vorliegend entscheidende Glaubhaftmachen einer Veränderung verneint. Zwar stellt Dr. med. C.____ in seinem psychiatrisch-psychotherapeutischen Fachbericht vom 5. Juli 2017 erstmals die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung. Eine damit einhergehende relevante gesundheitliche Verschlechterung mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit, welche sich seit der letzten Rentenverfügung vom 29. April 2014 manifestiert hätte, lässt sich jedoch weder dem Bericht von Dr. med. C.____ noch der Stellungnahme von PD Dr. med. E.____, Leiter Psychosomatische Medizin, I.____, [...], vom 22. März 2018, entnehmen. Die Dres. med. C.____ und E.____ umschreiben in ihren Berichten im Wesentlichen die Persönlichkeitsauffälligkeiten des Beschwerdeführers, wie diese auch schon aus den Vorakten bekannt sind. So weist Dr. med. D.____ korrekt darauf hin, dass das Vorliegen einer Persönlichkeitsproblematik bei dem Versicherten bereits seit vielen Jahren aktenkundig ist. Eine solche wurde unter anderem im J.____-Gutachten vom 25. Oktober

2013 (IV-Nr. 222) thematisiert: Auffallend sei eine akzentuierte Persönlichkeit mit narzisstischen, impulsiven und teilweise ängstlich-misstrauischen Anteilen. Das Ausmass einer Persönlichkeitsstörung werde allerdings nicht erreicht. Aus psychiatrischer Sicht seien folgende Diagnosen zu stellen: Akzentuierte Persönlichkeitszüge (ICD-10: Z73.1); psychische Faktoren und Verhaltensauffälligkeiten bei andernorts klassifizierten Krankheiten (ICD-10: F54); schädlicher Gebrauch von Alkohol (ICD-10: F10.1). Aus diesen Diagnosen ergebe sich keine Relevanz für die Arbeitsfähigkeit. Es bestehe demnach von Seiten des psychiatrischen Fachgebietes keinerlei Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in der angestammten und in einer Verweistätigkeit. Bereits im Abschlussbericht der tagesklinischen Betreuung Psychosomatik des I.____, [...], vom 31. August 2016 wurde die Differentialdiagnose F60.9 «Persönlichkeitsstörung, nicht näher bezeichnet» gestellt. Diese Diagnose wurde in diesem Bericht jedoch nicht näher begründet. Wie Dr. med. G.____ zudem zurecht anfügt, vermöge auch Dr. med. C.____ nicht die Diagnose einer spezifischen Persönlichkeitsstörung zu stellen, sondern verweise eher ungewöhnlich auf die Diagnosen F 68.8./F 69 («Sonstige näher bezeichnete Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen» / «Nicht näher bezeichnete Persönlichkeits- und Verhaltensstörung»). Diesbezüglich ist darauf hinzuweisen, dass neu gestellte Diagnosen per se nicht genügen, um eine erhebliche Veränderung des Gesundheitszustandes glaubhaft zu machen, da damit über das quantitative Element einer relevanten, die Arbeitsfähigkeit schmälernenden Veränderung des Gesundheitszustandes nicht zwingend etwas ausgesagt wird (vgl. dazu BGE 141 V 9 E. 5.2 S. 12). Alleine durch die nun durch Dr. med. C.____ erstmals gestellte Diagnose einer Persönlichkeitsstörung lässt sich eine Veränderung des Gesundheitszustandes demnach nicht begründen. Es kommt, wie Dr. med. C.____ selbst festhält, hinzu, dass die mit einer derartigen Störung verbundenen Verhaltensmuster meist schon relativ früh im Verlauf der individuellen Entwicklung entstehen. Dass eine solche Störung beim 1961 geborenen Beschwerdeführer in den letzten Jahren neu aufgetreten wäre, ist auch vor diesem Hintergrund wenig wahrscheinlich. Mit Blick auf die frühere gutachterliche Beurteilung, welche die schon damals festgestellten Auffälligkeiten als bloss akzentuierte Persönlichkeitszüge interpretierte, muss von einer abweichenden Beurteilung des im Wesentlichen unverändert gebliebenen Zustands ausgegangen werden. Eine solche ist revisions- und neuanmeldungsrechtlich irrelevant. Daran ändern auch die mit Stellungnahme des Beschwerdeführers vom 22. Mai 2019 gemachten Ausführungen nichts. Er begründet darin sinngemäss eine zunehmende gesundheitliche Verschlechterung mit Verweis auf die Mindereinnahmen bzw. sein fehlendes Einkommen. Für fehlendes Einkommen sind jedoch vielerlei Gründe denkbar, weshalb alleine daraus noch nicht auf eine gesundheitliche Verschlechterung geschlossen werden kann. Eine gesundheitliche Verschlechterung mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit liesse sich nur durch medizinische Akten belegen, was aber nach dem vorgehend Gesagten nicht erstellt ist. Gesamthaft betrachtet ist somit die vom Beschwerdeführer geltend gemachte gesundheitliche Verschlechterung nicht glaubhaft gemacht worden, womit die Beschwerdegegnerin zu Recht nicht auf das Leistungsbegehren eingetreten ist. Demnach ist die Beschwerde abzuweisen. 7. Bei diesem Verfahrensausgang besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung. Aufgrund von Art. 69 Abs. 1 bis IVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von CHF 200.00 - 1'000.00 festgelegt. Im vorliegenden Fall hat der Beschwerdeführer die Verfahrenskosten von CHF

600.00 zu bezahlen, die mit dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe zu verrechnen sind.

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