

SO_GERICHTE VSBES.2022.56 vom 14. Oktober 2022

SO Obergericht, 2022-10-14, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2022.56_d20221014

FR: SO_GERICHTE VSBES.2022.56 du 14 octobre 2022

IT: SO_GERICHTE VSBES.2022.56 del 14 ottobre 2022

Regeste

Invalidenrente

Erwägungen

E. 1

1.1 Die Sachurteilsvoraussetzungen (Einhaltung der Frist und Form, örtliche und sachliche Zuständigkeit des angerufenen Gerichts) sind erfüllt. Auf die Beschwerde ist einzutreten.

1.2 Bei der Beurteilung des Falles ist grundsätzlich auf den Sachverhalt abzustellen, der bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung am 22. Februar 2022 eingetreten ist (BGE 121 V 362 E. 1b S. 366).

1.3 Am 1. Januar 2022 trat das revidierte Bundesgesetz über die Invalidenversicherung (IVG, SR 831.20) in Kraft. Vorbehältlich besonderer übergangsrechtlicher Regelungen sind in zeitlicher Hinsicht grundsätzlich diejenigen materiellen Rechtssätze massgeblich, die bei der Erfüllung des rechtlich zu ordnenden oder zu Rechtsfolgen führenden Tatbestands Geltung haben (statt vieler: BGE 144 V 210 E. 4.3.1 S. 213 mit Hinweisen). Dementsprechend ist der Anspruch für die Zeit bis Ende 2021 nach denjenigen materiellrechtlichen Normen zu beurteilen, welche damals in Kraft standen.

E. 2

2.1 Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG, SR 830.1]). Sie kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein. Die Invalidität gilt als eingetreten, sobald sie die für die Begründung des Anspruchs auf die jeweilige Leistung erforderliche Art und Schwere erreicht hat (Art. 4 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung [IVG, SR 831.20]).

2.2 Gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG haben jene Versicherten Anspruch auf eine Rente, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a), und die zusätzlich während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind (lit. b und c). Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG besteht der Anspruch auf eine ganze Rente, wenn die versicherte Person mindestens 70 %, derjenige auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens 60 % invalid ist. Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % ein solcher auf eine Viertelsrente.

2.3 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 140 V 193 E. 3.2 S. 196, 132 V 93 E. 4 S. 99 f., 125 V 261 E. 4).

E. 3

3.1 Wurde eine Rente wegen eines zu geringen Invaliditätsgrades verweigert, so wird eine neue Anmeldung nur geprüft, wenn glaubhaft gemacht wird, dass sich der Invaliditätsgrad seither erheblich verändert hat (Art. 87 Abs. 3 in Verbindung mit Abs. 2 Verordnung über die Invalidenversicherung [IVV, SR 831.201]). Dies gilt auch für berufliche Eingliederungsmassnahmen (BGE 113 V 22 E. 3b S. 27). Ob eine im Sinne dieser Bestimmungen erhebliche Tatsachenänderung eingetreten ist, beurteilt sich durch Vergleich der Verhältnisse im Zeitpunkt der Neuanmeldung mit denjenigen bei Erlass der letzten, auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Ermittlung des Invaliditätsgrades beruhenden Verfügung (BGE 130 V 71 E. 3.2.3; vgl. auch BGE 133 V 108).

3.2 Die Eintretensvoraussetzungen nach Art. 87 Abs. 2 IVV sollen verhindern, dass sich die Verwaltung nach vorangegangener rechtskräftiger Anspruchsprüfung immer wieder mit gleichlautenden und nicht näher begründeten Rentengesuchen befassen muss (BGE 133 V 108 E. 5.3.1 S. 112). Die Rechtskraft der früheren Verfügung steht einer neuen Prüfung so lange entgegen, wie der seinerzeit beurteilte Sachverhalt sich in der Zwischenzeit nicht verändert hat. Die Verwaltung verfügt bei der Beurteilung der Eintretensvoraussetzungen über einen gewissen Spielraum. Bei der Prüfung der Frage, ob die Vorbringen der versicherten Person glaubhaft sind, berücksichtigt die Verwaltung u.a., ob seit der rechtskräftigen Erledigung des letzten Leistungsgesuchs lediglich kurze oder schon längere Zeit vergangen ist; je nachdem sind an die Glaubhaftmachung einer Änderung des rechtserheblichen Sachverhalts höhere oder weniger hohe Anforderungen zu stellen (SVR 2003 IV Nr. 25 S. 76, I 238/02 E. 2.2; Urteil des Eidg. Versicherungsgerichts I 724/99 vom 5. Oktober 2001 E. 1c/aa, nicht publ. in: BGE 127 V 294, aber in: SVR 2002 IV Nr. 10 S. 25; Urteil des Bundesgerichts 9C_688/2007 vom 22. Januar 2008 E. 2.2).

3.3 Das gegenüber dem im Sozialversicherungsrecht sonst üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (BGE 126 V 353 E. 5b S. 360) herabgesetzte Beweismass des «Glaubhaftmachens» im Sinne von Art. 87 Abs. 2 IVV unterliegt weniger strengen Anforderungen als im Zivilprozessrecht (Urteil des Bundesgerichts 9C_68/2007 vom 19. Oktober 2007 E. 4.4.1 mit Hinweisen). Es genügt, dass für das Vorhandensein des geltend gemachten rechtserheblichen Sachumstands 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 (Urteil des Bundesgerichts 8C_481/2020 vom 15. Dezember 2020 E. 2.4 mit weiteren Hinweisen). Erheblich ist eine Sachverhaltsänderung, wenn angenommen werden kann, der Anspruch auf eine Invalidenrente (oder deren Erhöhung) sei begründet, falls sich die geltend gemachten Umstände als richtig erweisen sollten (Urteil des Bundesgerichts 8C_325/2016 vom 31. August 2016 E. 2.1 mit Hinweisen).

3.4 In erster Linie ist es Sache der versicherten Person, substanzielle Anhaltspunkte für eine allfällige neue Prüfung des Leistungsanspruchs darzulegen. Wenn die der Neuanmeldung beigelegten ärztlichen Berichte so wenig substantiiert sind, dass sich eine neue Prüfung nur aufgrund weiterer Erkenntnisse allenfalls rechtfertigen würde, ist die IV-Stelle zur Nachforderung weiterer Angaben dann verpflichtet, wenn den ■ für sich allein genommen nicht Glaubhaftigkeit begründenden ■ Arztberichten konkrete Hinweise entnommen werden können, wonach möglicherweise eine mit weiteren Erhebungen erstellbare rechtserhebliche Änderung vorliegt (zum Ganzen: SZS 2009 S. 397, 9C_286/2009 E. 2.2.3, Urteil des Bundesgerichts 8C_244/2016 vom 21. Juni 2016 E. 2.3).

E. 4

4.1 Die versicherte Person muss mit der Neuanmeldung (oder dem Revisionsgesuch) die massgebliche Tatsachenänderung glaubhaft machen. Im Verfahren der Neuanmeldung kommt der Untersuchungsgrundsatz (Art. 43 Abs. 1 bzw. Art. 61 lit. c ATSG) erst zum Tragen, nachdem die versicherte Person eine massgebliche Änderung ihres Gesundheitszustands seit der letzten rechtskräftigen Leistungsverweigerung glaubhaft gemacht hat (Urteil des Bundesgerichts 8C_455/2020 vom 20. Oktober 2020 E. 3.2).

4.2 Wird in der Neuanmeldung (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. Ergibt 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

5.1 Die Beschwerdegegnerin legt in der angefochtenen Verfügung dar, der Beschwerdeführer habe im Rahmen der am 16. November 2021 eingereichten Neuanmeldung keine Veränderung der Verhältnisse glaubhaft gemacht. Er habe es auch unterlassen, innerhalb der 30-tägigen Einwandfrist eine Veränderung der beruflichen oder medizinischen Situation glaubhaft darzulegen. Die am 21. Januar 2022 eingereichten Unterlagen hätten keine Anhaltspunkte zu liefern vermocht, dass sich die gesundheitlichen Verhältnisse des Beschwerdeführers seit dem letzten Entscheid vom 6. Mai 2016 in anspruchsrelevanter Weise verändert hätten (A.S. 1 ff.).

5.2 Der Beschwerde (A.S. 6 ff.) lässt sich entnehmen, mit der Einreichung der ärztlichen Berichte der Praxis L.____ sowie der Stellungnahme von Dr. med. M.____ habe klar und glaubhaft gemacht werden können, dass eine Verschlechterung der gesundheitlichen Situation seit der rentenaufhebenden Verfügung eingetreten sei. Dies gelte umso mehr, als dass an das Erfordernis der Glaubhaftmachung keine hohen Anforderungen gestellt würden, nicht zuletzt auch unter Berücksichtigung, dass seit der rentenaufhebenden Verfügung und der Wiederanmeldung fast sieben Jahre vergangen seien. Im Übrigen sei noch darauf hinzuweisen, dass RAD-Ärztin Dr. med. J.____ als Fachärztin für Arbeitsmedizin ohnehin nicht über die erforderliche Qualifikation zur Beurteilung der Eintretensfrage in

psychiatrischer Hinsicht verfüge. Die Beschwerdegegnerin habe somit auf das erneute Leistungsbegehren einzutreten und den Leistungsanspruch des Beschwerdeführers genauer abzuklären.

5.3 Streitig und zu prüfen ist demnach, ob die Beschwerdegegnerin auf die Neuanschuldung des Beschwerdeführers zu Recht nicht eingetreten ist. Ob eine in diesem Sinn erhebliche Veränderung glaubhaft gemacht wurde, beurteilt sich durch einen Vergleich der vom Beschwerdeführer neu eingereichten Unterlagen mit dem Sachverhalt bei Erlass der rentenaufhebenden Verfügung vom 6. Mai 2016 (IV-Nr. 164).

E. 6

6.1 Im Rahmen des Ende 2013 eingeleiteten Revisionsverfahren holte die Beschwerdegegnerin bei der I.____ ein polydisziplinäres Gutachten ein (Gutachten vom 16. Oktober 2014, IV-Nrn. 134.1 ■ 134.5). Aufgrund Unstimmigkeiten im psychiatrischen Teilgutachten der I.____ (vgl. RAD-Stellungnahme vom 6. Januar 2015, IV-Nr. 140) wurde eine erneute psychiatrische Begutachtung bei Dr. med. K.____, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, in Auftrag gegeben (Gutachten vom 17. April 2015, IV-Nr. 144). Die Beschwerdegegnerin stütze sich in ihrer Verfügung vom 6. Mai 2016, mit der die Invalidenrente des Beschwerdeführers aufgehoben wurde, in somatischer Hinsicht auf das rheumatologische Teilgutachten der I.____ vom 16. Oktober 2014 und in psychiatrischer Hinsicht auf das psychiatrische Gutachten von Dr. med. K.____ vom 17. April 2015.

6.1.1 Dem psychiatrischen Gutachten von Dr. med. K.____ vom 17. April 2015 liessen sich folgende Diagnosen entnehmen (IV-Nr. 144):

In der aktuellen Untersuchung und in den Akten stehe ein Schmerzsyndrom im Vordergrund der Beschwerden. Der Versicherte erlebe sich dadurch insuffizient und im Selbstwertgefühl reduziert. Aufgrund der vom Versicherten seit 2006 subjektiv erlebten körperlichen Schmerzen, die zur Arbeitsunfähigkeit geführt haben sollen, und der nicht ausreichenden Erklärbarkeit durch ein somatisches Korrelat, sollte aus psychiatrisch-psychotherapeutischer Sicht gemäss ICD-10 F45.4 eine anhaltende Schmerzstörung diskutiert werden. Nach eingehender Auseinandersetzung mit den ICD-10-Kriterien gelangte Dr. med. K.____ zum Schluss, die diagnostischen Kriterien einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung (ICD-10 F45.40) seien nur teilweise erfüllt (IV-Nr. 144, S. 19 ff.). Die Kriterien der Diagnose einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren gemäss ICD-10 F45.41 seien im Fall des Versicherten ab Beginn seiner tatsächlichen Arbeitsunfähigkeit unklar, im weiteren Verlauf möglicherweise erfüllt. Nachdem im Fall des Versicherten beide Subtypen der Kategorie ICD-10 F45.4 nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit differenziert werden könnten, werde auf eine Klassifizierung über ICD-10 F45.4 hinaus verzichtet. Die Ausprägung der Störung sei beim Versicherten im Vergleich zu ähnlichen Störungsbildern als objektiv leicht einzustufen. Eine relevante Arbeitsunfähigkeit, die zudem einer somatisch begründbaren Minderung der Arbeitsfähigkeit hinzugerechnet werden könnte, sei aus rein psychiatrisch-psychotherapeutischer Sicht zu keinem Zeitpunkt begründbar. Der Versicherte und die Vorakten postulierten auch depressive Symptome. Es bestehe aktuell aber hier eine deutliche Diskrepanz zwischen der subjektiven Wahrnehmung und den objektivierbaren depressiven Befunden: Die vorliegenden Berichte dokumentierten nach Mai 2009 unspezifische dysphorisch-niedergeschlagene Syndrome als Folge des chronischen Schmerzsyndroms und psychosozialer Belastungen. Die ICD-10 Kriterien

einer depressiven Episode seien aber nicht (mehr) mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nachvollziehbar erfüllt. Der Schweregrad erreiche nicht (mehr) das notwendige Ausmass. Beim Versicherten bestünden objektiv keine der genannten Symptome in ausreichender Schwere bzw. in ausreichender Länge und mit überwiegender Wahrscheinlichkeit, um eine lang dauernde depressive Episode gemäss ICD-10 F32/F33 zumindest leichten Grades diagnostizieren zu können (IV-Nr. 144, S. 21 f.). Im Fall des Versicherten sei somit die Diagnose einer Dysthymia (ICD-10 F34.1) zu stellen. Eine relevante Arbeitsunfähigkeit, die zudem einer somatisch begründbaren Minderung der Arbeitsfähigkeit hinzugerechnet werden könnte, sei aus rein psychiatrisch-psychotherapeutischer Sicht somit ebenfalls zu keinem Zeitpunkt begründbar (IV-Nr. 144, S. 23).

Im Vergleich zu den Einschätzungen in den Akten (insbesondere gemäss Gutachten vom 19. Mai 2009 von Dr. med. H.____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie [IV-Nr. 71]), sei von einer wesentlichen objektiven Verbesserung des Gesundheitszustands im Fall des Versicherten auszugehen (hier: Remission der depressiven Episode gemäss ICD-10 F3). Die dort genannten objektiven psychopathologischen Defizite seien im März 2015 nicht mehr erkennbar gewesen. Eine entsprechende Veränderung habe sich bereits mit überwiegender Wahrscheinlichkeit im Verlauf des Jahres 2009 abgezeichnet (vgl. den Austrittsbericht vom 15. September 2009 von N.____ [IV-Nr. 90, S. 2 ff.]). Auch das Teilgutachten vom 27. August 2014 von pract. med. O.____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie (psychiatrisches Teilgutachten der I.____, IV-Nr. 134.3), bestätige die im vorliegenden Gutachten erläuterte Beurteilung, indem ein unspezifisches dysphorisch-niedergeschlagenes Syndrom beschrieben und eine psychiatrische Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit verneint werde. Für die Zeit zwischen Mai 2009 und März 2015 könne aber keine darüberhinausgehende fachärztlich psychiatrisch-psychotherapeutische Schätzung formuliert werden, weil keine hierfür nachvollziehbaren objektiven Angaben dokumentiert seien.

Zusammenfassend begründeten die anhaltende Schmerzstörung (ICD-10 F45.4), die Dysthymia (ICD-10 F34.1) und die damit verbundenen Defizite im Fall des Versicherten aus rein medizinischer (psychiatrisch-psychotherapeutischer) Sicht jeweils alleine oder in Kombination zu keinem Zeitpunkt eine relevante längerfristige Arbeitsunfähigkeit. Im Fall des Versicherten seien aus psychiatrisch-psychotherapeutischer (medizinischer) Sicht auch keine besonderen Hinweise vorhanden, die schwere Defizite aufgrund eines Gesundheitsschadens und / oder eine Unzumutbarkeit zu deren Überwindung begründen könnten (bspw. durch krankheitsbedingt fehlende Ressourcen und / oder durch eine fehlende Kapazität zur Verarbeitung innerpsychischer Konflikte). Im Gegenteil hätten aufgrund der Angaben des Versicherten zur vollständigen Abstinenz von nicht ärztlich verordneten psychotropen Substanzen (inkl. Tabak, Alkohol und Drogen) zumindest angemessene innerseelische Ressourcen angenommen werden können. Eine Einschränkung der Zumutbarkeit einer Willensanstrengung zur Überwindung der vor allem rein subjektiven Defizite sei aus psychiatrisch-psychotherapeutischer Sicht somit nicht zu begründen. Hingegen seien vielfältige (psycho-)soziale Faktoren bekannt, die die Motivation zur Leistungssteigerung deutlich beeinträchtigten. Sie erklärten auch weit überwiegend die anlässlich der aktuellen Untersuchung erkennbare grosse Diskrepanz zwischen der subjektiv wahrgenommenen und der objektivierbaren Arbeitsunfähigkeit des Versicherten (IV-Nr. 144, S. 25).

6.1.2 Der Beschwerdeführer macht keine Verschlechterung des somatischen Gesundheitszustands geltend. Auf das rheumatologische I.____-Teilgutachten ist daher nicht weiter einzugehen.

6.2. Im Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung vom 22. Februar 2022 (A.S. 1 ff.) präsentierten sich die medizinischen Akten im Wesentlichen wie folgt:

6.2.1 Dem ärztlichen Zeugnis der Praxis L.____ vom 11. November 2021 (IV-Nr. 174) lässt sich entnehmen, dass sich der Beschwerdeführer seit dem 2. September 2020 in ihrer Praxis in fachärztlicher Behandlung befindet. Die Behandlung beinhalte eine supportive Einzelpsychotherapie in der Muttersprache sowie eine Behandlung mit Psychopharmaka; zudem sei eine verhaltenstherapeutisch orientierte delegierte Psychotherapie etabliert worden. Des Weiteren werde festgehalten, dass der Beschwerdeführer aufgrund seines sowohl körperlichen wie auch psychischen Zustandsbilds, wobei eine Verschlechterung im Sinne einer Chronifizierung eines depressiven Zustandsbildes sowie pathologischen Funktionseinschränkungen auf Persönlichkeitsebene zu verzeichnen sein dürfte, auf eine Unterstützung durch die IV sowohl durch eine Abklärung und ggf. beruflicher Massnahmen mit dem Ziel der Wiedereingliederung in eine leidensangepasste Tätigkeit angewiesen sei und diese aus fachärztlicher Sicht angezeigt seien.

6.2.2 Die behandelnde Psychiaterin des Beschwerdeführers, Dr. med. M.____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, stellte in ihrem Bericht vom 16. Februar 2022 (IV-Nr. 182) folgende Diagnosen:

Aus psychiatrischer-psychotherapeutischer Sicht sei von einer Arbeitsfähigkeit von 50 % in einer angepassten Tätigkeit auszugehen. Der Patient sei in seiner Ausdauer, Konzentrationsfähigkeit, Flexibilität, sowie Belastbarkeit und Frustrationstoleranz eingeschränkt. Eine IV-gestützte Massnahme durch ein anfängliches Belastbarkeitstraining würde sich längerfristig positiv auf die Steigerung der Leistungsfähigkeit auswirken. Aufgrund mangelnder Ressourcen seitens des Patienten, des komplexen psychischen Krankheitsbilds und der damit verbundenen Beeinträchtigungen, sowie des langdauernden Fernbleibens von einer Tätigkeit sei der Patient allerdings auf eine Unterstützung dringend angewiesen sowie motiviert. Eine Verschlechterung im Vergleich zu den Vorbehandlungen lasse sich einerseits in der Chronifizierung der Symptomatik sehen, sowie deutlich in der Persönlichkeitsveränderung, wahrscheinlich aufgrund des komplexen Krankheitsverlaufes, sowie damit verbundener Verbitterung und Verlusterlebnissen auf verschiedener Ebenen, die sich stark auch im therapeutischen Setting in interaktioneller Hinsicht verdeutliche und sich die Gespräche trotz Muttersprache des Patienten als schwierig erwiesen hätten, bzw. therapeutische Interventionen kaum zum Zug hätten kommen können. Der Patient habe kaum Ressourcen, sich adäquat mit der Depressivität sowie den eigenen Verhaltensweisen auseinanderzusetzen bzw. habe diese innerseelischen Konflikte nicht mit Willensstärke überwinden werden können.

6.2.3 Mit Stellungnahme vom 22. Februar 2022 hielt Dr. med. J.____, Fachärztin für Arbeitsmedizin, RAD, zum Bericht von Dr. med. M.____ vom 16. Februar 2022 fest, aktuell sei die rezidivierende depressive Störung nicht mehr remittiert, es liege eine mittelgradige depressive Episode vor. Im ärztlichen Bericht werde lediglich die Diagnose genannt. Ein psychopathologischer Befund werde nicht beschrieben, ebenfalls keine Auswirkungen allfälliger Symptomatik auf die Leistungsfähigkeit. Es werde nicht dargestellt, inwiefern sich die Situation gegenüber den psychiatrischen Einschätzungen von 2015 (wo

therapeutischerseits ebenfalls eine mittelschwere depressive Störung diagnostiziert worden sei, welche durch das psychiatrische Gutachten versicherungsmedizinisch nachvollziehbar ausgeschlossen worden sei) geändert habe und welche Anpassungen der medizinischen Massnahmen gegebenenfalls erfolgt seien. Eine Chronifizierung des Zustandsbildes sei ebenfalls bereits in den Behandlungsberichten bis 2015 beschrieben worden, jedoch durch das Gutachten widerlegt. Eine andauernde Persönlichkeitsänderung bei chronischem Schmerzsyndrom, welche wahrscheinlich aufgrund des komplexen Krankheitsverlaufs und der damit verbundenen Verbitterung und Verlusterlebnissen entstanden sei, sei bereits von den vorbehandelnden Psychiatern diagnostiziert worden und habe anlässlich der Begutachtung nicht bestätigt werden können. Insgesamt sei eine Verschlechterung der gesundheitlichen Situation mit den eingereichten Berichten nicht glaubhaft gemacht worden.

6.3 Wie erwähnt (vgl. E. II. 3.4 hiervor), ist es in erster Linie Sache der um eine neue Leistungsbeurteilung ersuchenden versicherten Person, substantielle Ansatzpunkte aufzuzeigen, die eine neue Prüfung des Leistungsanspruches allenfalls rechtfertigen könnten. Eine Verpflichtung der IV-Stelle zur weiteren Abklärung besteht nur, wenn den ■ für sich allein nicht Glaubhaftigkeit begründenden ■ Arztberichten konkrete Hinweise darauf entnommen werden können, dass möglicherweise eine mittels weiterer Erhebungen zu erhärtende rechtserhebliche Änderung vorliegt.

6.3.2 Als Diagnosen nannte Dr. med. M. ___ eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode, eine andauernde Persönlichkeitsänderung bei chronischem Schmerzsyndrom sowie eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren. Eine Herleitung der Diagnosen fehlt in ihrem Bericht. Demgegenüber diagnostizierte Dr. med. K. ___ ohne relevante Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine anhaltende Schmerzstörung mit Dysthymia bei depressiver Episode, gegenwärtig remittiert. Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit wurden vom Administrativgutachter keine gestellt. Weiter setzte er sich in seinem Gutachten eingehend mit der in den Vorakten diagnostizierten Schmerzstörung auseinander. So hielt er in Bezug auf ein chronisches Schmerzsyndrom mit somatischen und psychischen Faktoren gemäss ICD-10 F45.41 fest, die diesbezüglichen ICD-10-Kriterien seien im Falle des Beschwerdeführers ab Beginn seiner tatsächlichen Arbeitsunfähigkeit unklar, im weiteren Verlauf möglicherweise aber erfüllt. Da aber beim Beschwerdeführer beide Subtypen der Kategorie ICD-10 F45.4 nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit hätten differenziert werden können, habe er, Dr. med. K. ___, auf eine Klassifizierung über ICD-10 F45.4 hinaus verzichtet (IV-Nr. 144, S. 19 ff.). Des Weiteren schloss er das Vorliegen einer lang dauernden depressiven Episode aus. So seien die ICD-10 Kriterien einer depressiven Episode nicht (mehr) mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nachvollziehbar erfüllt. Der Schweregrad erreiche nicht (mehr) das notwendige Ausmass. Beim Beschwerdeführer bestünden objektiv keine der Symptome in ausreichender Schwere bzw. in ausreichender Länge und mit überwiegender Wahrscheinlichkeit, um eine lang dauernde depressive Episode gemäss ICD-10 F32 / F33 zumindest leichten Grades diagnostizieren zu können (IV-Nr. 144, S. 21 f.). Dr. med. K. ___ befasste sich in seinem Gutachten auch mit der in den Vorakten erwähnten und auch von Dr. med. M. ___ diagnostizierten Persönlichkeitsänderung bei chronischem Schmerzsyndrom (ICD-10 F62.80). Er führte dazu aus, der Verdacht auf eine andauernde Persönlichkeitsänderung bei chronischem Schmerzsyndrom werde unregelmässig genannt. Auf akzentuierte Persönlichkeitszüge und

eine psychosoziale Belastungssituation werde (ebenfalls unregelmässig) hingewiesen. Die Diagnosen seien dabei nie mit Bezug zum Klassifikationssystem differenziert beschrieben und / oder diskutiert worden. Die jeweils aufgeführten objektiven psychopathologischen Befunde liessen qualitativ ein unspezifisches dysphorisch-niedergeschlagenes Syndrom erkennen. Der Schweregrad bleibe jeweils unklar. Die Einschätzung der Arbeitsunfähigkeit sei somit nicht nachvollziehbar (IV-Nr. 144, S. 16 f.).

6.3.3 Zum einen ist der RAD-Ärztin Dr. med. J.____ zuzustimmen, wonach im Bericht von Dr. med. M.____ eine nachvollziehbare Herleitung der Diagnose einer rezidivierenden depressiven Episode fehlt (vgl. IV-Nr. 185). Die behandelnde Psychiaterin stützt sich in der Diagnosestellung in der Tat nicht auf eine objektive, anlässlich einer psychiatrischen Untersuchung erfolgte Befunderhebung. Zum anderen führt Dr. med. M.____ aber auch aus, dass der Beschwerdeführer in seiner Ausdauer, Konzentrationsfähigkeit, Flexibilität, Belastbarkeit und Frustrationstoleranz eingeschränkt sei. Es sei aus psychiatrisch-psychotherapeutischer Sicht von einer Arbeitsfähigkeit von 50 % in einer angepassten Tätigkeit auszugehen. Weiter hält Dr. med. M.____ fest, dass sich eine Verschlechterung im Vergleich zu den Vorbehandlungen einerseits in der Chronifizierung der Symptomatik und andererseits in der Persönlichkeitsveränderung sehen lasse, wahrscheinlich aufgrund des komplexen Krankheitsverlaufes, sowie damit verbundener Verbitterung und Verlusterlebnissen auf verschiedener Ebenen, die sich stark auch im therapeutischen Setting in interaktioneller Hinsicht verdeutliche und sich die Gespräche trotz Muttersprache des Patienten als schwierig erwiesen hätten bzw. therapeutische Interventionen kaum zum Zug hätten kommen können. Dem eingereichten ärztlichen Zeugnis vom 11. November 2021 (IV-Nr. 174) lässt sich entnehmen, dass sich der Beschwerdeführer seit dem 2. September 2020 bei Dr. med. M.____ und Dr. med. P.____, Assistenzärztin Psychiatrie, in fachärztlicher Behandlung befindet. Neben der Einzelpsychotherapie in der Muttersprache wird auch eine Behandlung mit Psychopharmaka erwähnt. Eine wesentliche Besserung des psychischen Zustandsbildes ist trotz der seit September 2020 eingeleiteten Therapiemassnahmen in den Berichten nicht zu erkennen. Im Gegenteil berichten die behandelnden Psychiaterinnen insgesamt von einer Verschlechterung des Zustandsbildes im Sinne einer Chronifizierung des depressiven Zustandsbildes sowie pathologischen Funktionseinschränkungen auf Persönlichkeitsebene (vgl. IV-Nr. 174). Gestützt auf das vorstehend Gesagte kann damit nicht von vornherein ausgeschlossen werden, dass sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers in den letzten Jahren verschlechtert hat. Zu beachten ist zudem, dass an die Glaubhaftmachung einer Verschlechterung des Gesundheitszustandes weniger hohe Anforderungen zu stellen sind, nachdem die Begutachtung durch Dr. med. K.____ (25. März 2015) zum Referenzzeitpunkt beinahe sieben Jahre zurückliegt.

6.4 Insgesamt ist gestützt auf das ärztliche Zeugnis der Praxis L.____ vom 11. November 2021 sowie den Bericht von Dr. med. M.____ vom 16. Februar 2022 glaubhaft dargetan, dass sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers seit der letzten Beurteilung der Verhältnisse im Jahre 2016 massgeblich verschlechtert hat. Die Beschwerdegegnerin ist damit auf die Neuanschuldung zu Unrecht nicht eingetreten.

7. Die angefochtene, auf Nichteintreten lautende Verfügung vom 22. Februar 2022 ist aufzuheben und die Sache ist an die IV-Stelle zurückzuweisen, damit sie auf die Neuanschuldung des Beschwerdeführers eintrete und dessen Leistungsanspruch materiell prüfe. Die Beschwerde ist in diesem Sinn gutzuheissen.

