

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2009.01183 vom 31. August 2011

ZH Sozialversicherungsgericht, 2011-08-31, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2009.01183

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2009.01183 du 31 août 2011

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2009.01183 del 31 agosto 2011

Erwägungen

E. 1

1.1. X., geboren 1957, arbeitete ab Dezember 1998 als Betriebsmitarbeiter Verpackungerei bei der Y. (Urk. 8/13). Nach einer Leistenhernien-operation links am 15. März 2002 mit Revisionsoperation am 28. Mai 2002 im D. (vgl. Urk. 8/14) nahm er seine Arbeit nicht mehr auf (vgl. Urk. 8/13/2) und meldete sich am 20. Januar 2003 zum Rentenbezug bei der Invalidenversicherung an (Urk. 8/1).

Die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle (im Folgenden: IV-Stelle), klärte daraufhin die medizinischen und beruflichen Verhältnisse ab (Urk. 8/11-16). Nach Eingang des von ihr in Auftrag gegebenen Gutachtens des Z. vom 4. Dezember 2003 (Urk. 8/29) verneinte sie mit in Rechtskraft erwachsener Verfügung vom 30. Januar 2004 einen Rentenanspruch des Versicherten bei einem Invaliditätsgrad von 20 % (Urk. 8/33).

Am 30. März 2005 liess der Versicherte unter Geltendmachung einer Verschlechterung des Gesundheitszustandes um eine neuerliche Prüfung seines Rentenanspruchs ersuchen (Urk. 8/45). Nachdem er der Aufforderung der IV-Stelle zur Glaubhaftmachung der behaupteten Veränderung (Urk. 8/47) nicht nachgekommen war, trat letztere auf das neuerliche Leistungsbegehren mit Verfügung vom 3. Juni 2005 nicht ein (Urk. 8/50). Auch diese Verfügung erwuchs unangefochten in Rechtskraft.

Mit Schreiben vom 20. September 2005 gelangte die behandelnde Psychiaterin Dr. med. A., Fachärztin FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, an die IV-Stelle und verlangte eine Neubeurteilung wegen der deutlichen Verschlechterung des Zustandes (Urk. 8/54). Die IV-Stelle klärte die medizinische Situation neuerlich ab (Urk. 8/58/1-3, 8/60-61, 8/63, 8/66) und verneinte mit Verfügung vom 7. April 2006 unter Bestätigung des bisherigen Invaliditätsgrades von 20 % wiederum einen Rentenanspruch (Urk. 8/68). Im Einspracheverfahren (Einsprache vom 22. Mai 2006, Urk. 8/72) holte sie zunächst einen Bericht des Hausarztes Dr. med. B., Facharzt FMH für Allgemeine Medizin, vom 7. Juli 2006 ein (Urk. 8/76) und gab daraufhin ein weiteres polydisziplinäres Gutachten im Z. in Auftrag. Gestützt auf das Gutachten des Z. vom 16. Juli 2007 (Urk. 8/87) wies sie die Einsprache mit Entscheid vom 15. Oktober 2007 in der Annahme eines Invaliditätsgrades von nunmehr 30 % ab (Urk. 8/94). Auch dieser Entscheid erwuchs unangefochten in Rechtskraft.

Unter Einreichung eines Gutachtens von PD Dr. med. C., Facharzt FMH für Chirurgie, Speziell Viszeralchirurgie, zuhanden der Zürich Versicherungs-Gesellschaft AG vom 16. April 2009, welches zur Abklärung einer ärztlichen Fehlbehandlung im Zusammenhang mit den Operationen im Jahr 2002 im

D.____ erstellt worden war (Urk. 8/97), sowie eines Berichtes von Dr. med. E.____, Fachärztin FMH für Physikalische Medizin und Rehabilitation, vom 22. Juni 2009 (Urk. 8/100) liess der Beschwerdeführer mit Schreiben vom 10. Juli 2009 um eine neuerliche Prüfung der Rentenfrage ersuchen (Urk. 8/98). Mit Vorbescheid vom 14. August 2009 teilte die IV-Stelle dem Versicherten daraufhin mit, dass sie voraussichtlich auf das Leistungsbegehren mangels Glaubhaftmachung einer massgeblichen Veränderung nicht eintreten werde (Urk. 8/104). Mit dem Einwand dagegen liess der Versicherte einen Bericht vom Dr. med. F.____, Fachärztin FMH für Neurologie, vom 19. Juli 2008 (Urk. 8/105) einreichen und die Zuspreehung einer ganzen Invalidenrente aufgrund der eingetretenen Verschlechterung, eventualiter ergänzende Abklärungen beantragen (Urk. 8/106). Mit Verfügung vom 18. November 2009 hielt die IV-Stelle am Nichteintreten auf das Leistungsbegehren fest (Urk. 2).

2. Gegen diesen Entscheid liess X.____ am 10. Dezember 2009 Beschwerde erheben und die Aufhebung des angefochtenen Entscheids sowie die Rückweisung der Sache zur ergänzenden Abklärung und zum Erlass einer neuen Verfügung an die Vorinstanz beantragen. Dabei liess er unter anderem ein Schreiben von Dr. B.____ an das Psychiatrie-Zentrum G.____ vom 26. November 2009, in welchem dieser um die stationäre Aufnahme des Beschwerdeführers im Rahmen eines fürsorglichen Freiheitsentzuges wegen Suizidalität und Überforderung der Familie bat, einreichen (Urk. 3/3). Die Beschwerdegegnerin schloss in der Vernehmlassung vom 26. Januar 2010 auf Beschwerdeabweisung (Urk. 7).

Am 26. Mai 2010 liess der Beschwerdeführer einen undatierten Bericht von Dr. med. H.____, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, einreichen (Urk. 11). Die Beschwerdegegnerin verzichtete auf eine Stellungnahme dazu (Urk. 14).

Auf die weitem Vorbringen der Parteien und die eingereichten Unterlagen wird, soweit für die Entscheidungsfindung erforderlich, nachfolgend eingegangen.

Das Gericht zieht in Erwägung:

1. Wurde eine Rente wegen eines zu geringen Invaliditätsgrades verweigert, so

1.1 Wurde eine Rente wegen eines zu geringen Invaliditätsgrades verweigert, so wird nach Art. 87 Abs. 4 der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV) eine neue Anmeldung nur geprüft, wenn die Voraussetzungen gemäss Abs. 3 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.

1.2 Nach Eingang einer Neuanmeldung ist die Verwaltung daher 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 höherer oder weniger hohe Anforderungen stellen (ZAK 1966 S. 279, vgl. auch BGE 130 V 67 ff. E. 5.2 und 6.2, 72 E. 2.2 mit Hinweisen). Insofern steht ihr ein gewisser Beurteilungsspielraum zu, den das Gericht grundsätzlich zu respektieren hat. Daher hat das Gericht die Behandlung der Eintretensfrage durch die Verwaltung nur zu

überprüfen, wenn das Eintreten streitig ist, das heisst wenn die Verwaltung gestützt auf Art. 87 Abs. 4 IVV Nichteintreten beschlossen hat und die versicherte Person deswegen Beschwerde führt; hingegen unterbleibt eine richterliche Beurteilung der Eintretensfrage, wenn die Verwaltung auf die Neuanmeldung eingetreten ist (BGE 109 V 114 E. 2b).

1.3 Glaubhaftmachen im Sinne des Art. 87 Abs. 3 und 4 IVV erfordert nicht den Beweis nach dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Grad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (BGE 125 V 195 E. 2, 119 V 9 E. 3c/aa, je mit Hinweisen). Die Beweisanforderungen sind vielmehr herabgesetzt (Gygi, Bundesverwaltungsrechtspflege, 2. Aufl., Bern 1983, S. 272), indem nicht im Sinne eines "vollen Beweises" (ZAK 1971 S. 525 E. 2) die Überzeugung der Verwaltung begründet zu werden braucht, dass seit der letzten rechtskräftigen Entscheidung tatsächlich eine relevante Änderung eingetreten ist. Vielmehr genügt es, dass für den geltend gemachten rechtserheblichen Sachumstand wenigstens gewisse Anhaltspunkte bestehen, auch wenn durchaus noch mit der Möglichkeit zu rechnen ist, bei eingehender Abklärung werde sich die behauptete Sachverhaltsänderung nicht erstellen lassen (BGE 130 V 67 ff. E. 5.2, 72 E. 2.2 mit Hinweisen; vgl. auch BGE 133 V 108 E. 5.2).

1.4 Gemäss einem allgemeinen Grundsatz des Sozialversicherungsrechts kann die Verwaltung eine formell rechtskräftige Verfügung, welche nicht Gegenstand materieller richterlicher Beurteilung gebildet hat, in Wiedererwägung ziehen, wenn sie zweifellos unrichtig und ihre Berichtigung von erheblicher Bedeutung ist (Art. 53 Abs. 2 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG; BGE 127 V 466 E. 2c mit Hinweisen). Von der Wiedererwägung ist die so genannte prozessuale Revision von Verfügungsverfahren zu unterscheiden. Danach ist die Verwaltung verpflichtet, auf eine formell rechtskräftige Verfügung zurückzukommen, wenn neue Tatsachen oder neue Beweismittel entdeckt werden, die geeignet sind, zu einer anderen rechtlichen Beurteilung zu führen (BGE 127 V 466 E. 2c mit Hinweisen). Erheblich können nur Tatsachen sein, die zur Zeit der Erstbeurteilung bereits bestanden, jedoch unverschuldeterweise unbekannt waren oder unbewiesen blieben (BGE 119 V 180 E. 3a, 477 E. 1a, je mit Hinweisen).

E. 2

2.1 Die Beschwerdegegnerin stellte sich im angefochtenen Entscheid auf den Standpunkt, dass die neurologischen Befunde im Bericht von Dr. F. ___ vom 19. Juli 2008 (Urk. 8/105) praktisch identisch seien mit denjenigen im Z. ___-Gutachten vom 16. August 2007 (Urk. 8/87) und es dem Beschwerdeführer mit seinem neuen Gesuch weder gestützt auf die Beurteilung von Dr. C. ___ noch gestützt auf die übrigen eingereichten Unterlagen gelungen sei, eine wesentliche tatsächliche Veränderung des Gesundheitszustandes glaubhaft zu machen (Urk. 2).

Der Beschwerdeführer lässt dagegen im Wesentlichen geltend machen, die Beschwerdegegnerin verhalte sich willkürlich, indem sie sich auf die Bestreitung der Glaubhaftmachung beschränke, ohne die medizinischen Akten materiell zu prüfen, objektiv zu wärdigen und die notwendigen medizinischen Abklärungen zu tätigen. In den vergangenen zwei Jahren hätten sich die tatsächlichen Verhältnisse erheblich verschlechtert. Dr. C. ___ erachte den Beschwerdeführer zu 100 % invalid. Mit der nunmehr diagnostizierten neurologischen Pathologie sei der wiederholten Diagnose einer somatoformen Schmerzstörung der Boden entzogen. Gemäss Dr. C. ___ und Dr.

F. ___ sei der Beschwerdeführer aus rein somatischen Gründen arbeitsunfähig; zusätzlich zu berücksichtigen sei seine psychisch bedingte Arbeitsunfähigkeit, habe sich doch die ehemals leichte bis mittelgradige depressive Episode zu einer schweren Depression entwickelt, welche am 26. November 2009 zu einem medikamentlos unternommenen Selbstmordversuch und einer Einweisung in die psychiatrische Klinik G. ___ im Rahmen eines fürsorgerischen Freiheitsentzuges geführt habe (Urk. 1).

2.2 Streitgegenstand in diesem Verfahren bildet einzig die Frage, ob die Voraussetzungen für das Eintreten auf die Neuanmeldung vom 10. Juli 2009 erfüllt sind. Anhaltspunkte dafür, dass es sich beim formellen Nichteintretensentscheid der Verwaltung seinem tatsächlichen rechtlichen Bedeutungsgehalt entsprechend um einen erneut ablehnenden Sachentscheid handelt (vgl. BGE 109 V 262 E. 2a, 117 V 13 ff. E. 2b, 120 V 496 E. 1a), liegen keine vor. Die Beschwerdegegnerin veranlasste keine zusätzlichen medizinischen Abklärungen oder Berichte, sondern nahm lediglich die eingehenden ärztlichen Berichte zu den Akten und nahm nach Rücksprache mit dem Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD; vgl. Urk. 8/102) eine summarische Prüfung vor.

Zu prüfen ist demgemäss, ob der Beschwerdeführer in rechtsgenogender Weise eine für den Rentenanspruch erhebliche Verschlechterung des Gesundheitszustandes glaubhaft machen konnte und zwar verglichen mit den Verhältnissen im Zeitpunkt des Erlasses des Einspracheentscheids vom 15. Oktober 2007 (Urk. 8/94), mit welchem gestützt auf eine erneute materielle Prüfung des geltend gemachten Rentenanspruchs derselbe rechtskräftig verneint wurde (vgl. zur Vergleichsbasis bei wiederholten Neuanmeldungen: BGE 127 V 466 E. 2c mit Hinweisen, 130 V 71 E. 3.2 in fine).

E. 3

3.1 Gemäss Bericht des D. ___s vom 1. März 2003 litt der Beschwerdeführer nach seiner Leistenoperation links vom 15. März 2002 an massiven postoperativen Schmerzen im Operationsgebiet. Daraufhin unterzog er sich am 28. Mai 2002 einer Reoperation mit Resektion des Nervus iliohypogastricus und des Nervus ilioinguinalis, welche jedoch keine wesentliche Besserung gebracht habe (Urk. 8/14/1-2).

Die Beschwerdegegnerin stützte sich im Rahmen der ursprünglichen Verfügung vom 30. Januar 2004 (Urk. 8/33) für die Beurteilung des gesundheitlichen Zustandes des Beschwerdeführers und dessen Arbeitsfähigkeit im Wesentlichen auf das Gutachten des Z. ___ vom 30. Dezember 2003, welchem eine internistische, eine neurologische und eine psychiatrische Abklärung zu Grunde lag (Urk. 8/29). Als Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit wurden diejenigen einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung (ICD-10 F45.4), einer leichten depressiven Episode (ICD-10 F32.0) und eines Schmerzsyndroms der linken Körperhälfte bei einem Status nach Leistenhernienoperation links am 15. März 2002 und Leistenrevision am 28. Mai 2002 mit Resektion der Nervi iliohypogastricus und ilioinguinalis links (ICD-10 G57/81) gestellt. Der multidisziplinäre Konsensus wies in seiner Gesamtbeurteilung darauf hin, dass ein neurogenes Substrat für das linksseitige Schmerzsyndrom nicht habe objektiviert werden können. Auch unter Annahme eines eventuell beteiligten neuropathischen Beschwerdekerns bestehe jedoch aus neurologischer Sicht für viele Tätigkeiten keine relevante Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Für körperlich belastende Tätigkeiten mit auch bewegungs- und belastungsmässiger Belastung der

Leiste könne von einer maximal 20%igen Einschränkung der Leistungsfähigkeit auch in der angestammten Tätigkeit ausgegangen werden. Das internistisch festgestellte metabolische Syndrom mit progredienter Adipositas erachteten die zuständigen Gutachter kurz- bis mittelfristig als nicht relevant für die Arbeitsfähigkeit.

Die psychiatrisch festgestellte anhaltende somatoforme Schmerzstörung mit massiver Krankheits- und Behinderungsüberzeugung und die leichte depressive Episode würden sich gegenseitig negativ beeinflussen; es bestehe auch diesbezüglich eine 20%ige Leistungseinschränkung, welche jedoch nicht zur obigen zu addieren sei. Insgesamt seien dem Beschwerdeführer leichte bis mittelschwere Tätigkeiten ganzjährig zumutbar mit einer Leistungseinschränkung von maximal 20 % (Urk. 8/29 insbesondere S. 14 f.).

Das zum Einspracheentscheid vom 15. Oktober 2007 (Urk. 8/94) führende Verfahren nahm seinen Beginn mit der Neuanschuldung durch die dannzumal behandelnde Psychiaterin Dr. A. ___ vom 20. September 2005. Auf Zuweisung von Dr. A. ___ liess sich der Beschwerdeführer wegen akuter Suizidalität bei mittelgradiger depressiver Episode und anhaltender somatoformer Schmerzstörung vom 8. bis 19. August 2005 freiwillig im Psychiatrie-Zentrum G. ___ hospitalisieren. Im Austrittsbericht vom 23. September 2005 lauteten die Diagnosen auf einen Verdacht auf eine erektile Dysfunktion unklarer Genese, eine depressive Episode (ICD-10 F32.1), eine histrionische Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F60.4), eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.5) sowie einen Verdacht auf ein Neurom/Nervenreizung des Nervus ilioguinialis bei Status nach Transversalplastik mit Leistenrevision und -resektion 2002 (Urk. 8/53/1-3). Im Bericht zu Handen der Beschwerdegegnerin vom 23. Januar 2006 erklärte der zuständige Oberarzt des Psychiatrie-Zentrums G. ___, Dr. med. I. ___, dass der Beschwerdeführer bei Austritt aus psychiatrischer Sicht zu 50 % arbeitsfähig gewesen sei. Als positiv wurde die rasche Besserung der depressiven Symptomatik eingeschätzt. Bei einer konsequenten ambulant-psychiatrischen Behandlung könne eine Besserung des psychischen Zustandes und damit eine Steigerung der Arbeitsfähigkeit erreicht werden (Urk. 8/63/2-3).

Dr. A. ___ erklärte in ihrem Bericht vom 26. Oktober 2005, dass sich der Zustand des Beschwerdeführers, welcher seit 19. Juli 2004 in ihrer Behandlung stehe, seit der psychiatrischen Untersuchung im Z. ___ 2003 erheblich verschlechtert habe. Nicht nur habe sich die agitiert depressive Stimmungslage mit wiederholt verzweifelt geäusserten Suizidgedanken verschlechtert, es habe auch eine bisher verschwiegene Impotenz abgeklärt werden müssen. Ausserdem habe sie neu die Diagnose einer kombinierten Persönlichkeitsstörung mit histrionisch-ängstlichen-abhängigen Zügen gemäss ICD-10 F61.0 gestellt (Urk. 8/58/1). Dr. A. ___ erachtete den Beschwerdeführer als gänzlich arbeitsunfähig (Urk. 8/60/6).

Gemäss Beurteilung im Bericht des Instituts für Anästhesiologie des Universitätsspitals Zürich vom 20. Oktober 2005 müsse bei Beschwerden der gefundenen Intensität und nach so langer Zeit von einer Chronifizierung gesprochen werden und zwar von einer Art, dass mit einer spontanen Zurückbildung nicht gerechnet werden dürfe. Für eine behinderungsangepasste, wechselbelastende Tätigkeit wurde der Beschwerdeführer als zu 50 % arbeitsfähig erachtet (Urk. 8/58/2-3).

Gemäss Beurteilung von Dr. B. ___ vom 9. März 2006 war zwischenzeitlich eine deutliche Zustandsverschlechterung eingetreten. Zu den Schmerzen

in der Leiste und im Oberschenkel seien neu auch starke psychosomatische und vegetative Beschwerden (Schlafstörungen, vermehrtes Schwitzen, Weinen und Schluchzen in der Nacht, hypertensive Blutdruckwerte, stöhnende, hyperventilierende Atmung) hinzugetreten. Gemäss Dr. B. ___ lag stets eine mittelschwere bis schwere Depression vor. Die Arbeitsunfähigkeit liege bei 80 bis 90 %, wovon 40 bis 50 % auf die Schmerz- und die Persönlichkeitsstörung zurückzuführen seien und der Rest auf die psychosomatischen und die vegetativen Störungen (Urk. 8/66).

Im Z. ___ wurde der Beschwerdeführer sodann am 24. April 2007 wiederum internistisch, psychiatrisch und neurologisch untersucht. Die psychiatrische Abklärung führte zum Schluss, dass der Beschwerdeführer aktuell an einer leichten bis mittelgradigen depressiven Episode und an einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung leide; eine schwere depressive Störung wurde verneint. Der Beschwerdeführer sei nicht suizidal und leide unter keinen Konzentrationsstörungen. Eine regelmässige Einnahme des zur Zeit unterdosierten Antidepressivums hätte einen günstigen Effekt sowohl auf die depressiven Verstimmungen als auch auf die nächtlichen Schlafschwierigkeiten. Die von der Klinik G. ___ und Dr. A. ___ gestellte Diagnose einer Persönlichkeitsstörung könne aufgrund des Verlaufs nicht bestätigt werden. Aus psychiatrischer Sicht habe sich die Depression seit dem Z. ___-Gutachten aus dem Jahr 2003 leicht verschlechtert; eine 70%ige Tätigkeit sei dem Beschwerdeführer zuzumuten (vgl. Urk. 8/87/12 f.).

Der neurologische Teilgutachter verneinte gestützt auf seinen neurologischen Befund wiederum ein fassbares neurogenes Substrat, ohne dies absolut auszuschliessen. Die Angaben des Beschwerdeführers zum Schmerzcharakter und zur Schmerzausbreitung seien heute diffus und schwierig fassbar; die Schmerzschilderung passe schlecht zu einem neuropathischen Schmerz und es könne auch bei der aktuellen Untersuchung eine periphere Neuropathie nicht mehr sicher nachgewiesen werden. Weder finde sich eine eindeutige Hyperalgesie noch eine Allodynie. Auffällig sei im Weiteren, dass die bisherigen multiplen Behandlungen mit anästhesiologischen Interventionen und verschiedenen Medikamentenkombinationen keinerlei längerfristige Beeinflussung des Beschwerdebildes ermöglichen hätten. Wie bereits im Vorgutachten festgehalten, sei durchaus möglich, dass eine neuropathische Schmerzkomponente vorhanden sei. Im Vordergrund stehe jedoch nach wie vor eine deutliche funktionale Überlagerung. Ein allenfalls beteiligtes neuropathisches Beschwerdebild würde eine Leistungseinschränkung von maximal 20 % erzeugen (Urk. 8/87/14 f.). Gestützt auf die Teilgutachten und die medizinische Aktenlage kam der multidisziplinäre Konsensus zu folgenden Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit (Urk. 8/87/16):

1. Leichte bis mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F32.0, F32.1)

- unter tief dosierter Therapie mit Saroten redard 50 mg abends 1 Tablette

- wahrscheinliche Symptomverstärkung durch subklinische Hypothyreose (Diagnose 5.2.2)

2. Anhaltende somatoforme Schmerzstörung

Die Arbeitsfähigkeit wurde zusammenfassend dahingehend eingeschätzt, dass dem Beschwerdeführer ab August 2005 eine vollschichtige Tätigkeit mit einer medizinisch-theoretischen Leistungseinbusse von 30 % entsprechend einer 70%igen Arbeitsfähigkeit in der angestammten und in andern Tätigkeiten zumutbar sei. Medizinische Massnahmen könnten der Erhaltung, theoretisch sogar der Verbesserung des Gesundheitszustandes dienen. Berufliche Massnahmen seien angesichts der ausgeprägten Selbstlimitierung nicht zu empfehlen (Urk. 8/87/19).

Die Beschwerdeführerin

Die Beschwerdeführerin stützte sich im Rahmen des unangefochten in Rechtskraft erwachsenen Einspracheentscheid vom 15. Oktober 2007 (Urk. 8/94) vollumfänglich auf die Beurteilung des Z.____ (vgl. auch Stellungnahme des RAD vom 7. September 2007, Urk. 8/92/3).

3.3 Zur Glaubhaftmachung der Zustandsverschlechterung im hier zu prüfenden Neuanmeldeverfahren liess der Beschwerdeführer den Bericht von Dr. F.____ vom 19. Juli 2008 (Urk. 8/105), das Gutachten von PD Dr. C.____ vom 16. April 2009 (Urk. 8/97) und den Bericht von Dr. E.____ vom 22. Juni 2009 (Urk. 8/100) einreichen.

Dr. F.____ unterzog den Beschwerdeführer am 14. Juli 2008 einer klinischen und einer elektrophysiologischen Untersuchung. Gestützt darauf kam sie zum Schluss, dass ein neuropathisches Schmerzsyndrom nach einer Hernienoperation und Resektion des Nervus ilioinguinalis iliohypogastricus und des Ramus genitales des Nervus genitofemoralis vorliege. Die klinische Untersuchung ergebe dementsprechend eine Hyperpathie links inguinal und an der ventromedialen Seite des linken Oberschenkels. Klinisch und elektrophysiologisch lägen Hinweise auf eine zusätzliche Läsion des Nervus cutaneus femoris lateralis links vor, welche die Ausdehnung der Sensibilitätsstörung und der Schmerzen über das Versorgungsgebiet der resezierten Nerven hinaus erklären würde. Eine radikale Läsion habe im MRI der Lendenwirbelsäule bereits ausgeschlossen werden können. Die diffuse Ausdehnung der Sensibilitätsstörung sei wie auch das Schwächegefühl im linken Bein am ehesten Ausdruck des chronifizierten Schmerzsyndroms.

Therapeutisch erachtete Dr. F.____ die medikamentösen Möglichkeiten als weitgehend ausgeschöpft; gegebenenfalls sei der Einsatz eines Neurostimulators oder einer Morphinpumpe zu evaluieren. Die Erfolgsaussichten einer erneuten Revisionsoperation mit der Suche nach Neuomen sei angesichts des langjährigen Verlaufs und der chronifizierten Symptomatik fragwürdig (Urk. 8/105).

PD Dr. C.____ setzte sich in seinem Gutachten vom 16. April 2009 zu Händen der Zürich Versicherungs-Gesellschaft zur Hauptsache mit haftpflichtrechtlichen Fragestellungen betreffend die Aufklärung und Behandlung im D.____ auseinander. Am 12. Februar und 6. März 2009 unterzog er den Beschwerdeführer einer klinischen Untersuchung und stellte gestützt darauf sowie die Aktenlage folgende Diagnosen (Urk. 8/97/12):

Die Diagnosen sind:

1. Halbseitenschmerzsymptomatik links (vom neuropathischen Typ) mit wahrscheinlich schmerzbedingter Krafteinbusse links, invalidisierend bei

1. Status nach Hernienplastik nach Barwell am 15. März 2002 wegen Leistenhernie links

2. Status nach Revisionseingriff am 28. Mai 2002 mit Resektion der Nervi iliohypogastricus, ilioinguinalis und ramus genitalis n. genitofemoralis links

3. Klinisch und elektrophysiologisch Status nach Läsion des Nervus cutaneus femoris lateralis links (März 2002 oder Mai 2002)

4. Status nach HWI Ende Februar 2002 (offenbar durch Uricult nicht bestätigt), DD Epididymitis links, Urethritis

5. Status nach Epididymitis rechts 2001

6. Aktuell eindeutige Leistenhernie rechts (sonografisch kombiniert), asymptomatisch

PD Dr. C. ___ verneinte eine auffällige Somatisierungstendenz des Beschwerdeführers und erklärte, dass invalidisierende Schmerzen nach Leistenoperationen leider keine Seltenheit seien. Die verbliebenen Beschwerden ständen mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit im Zusammenhang mit der Leistenhernienoperation. Die Revision habe das Beschwerdebild zwar nur unwesentlich verbessern können, aber offenbar nicht zu einer weiteren Verschlechterung geführt. Mangels eines eindeutigen Beweises für das Einwirken eines Nerven, für eine Nervenläsion oder für ein sorgfaltwidriges Verziehen der Nervenanatomie müsse wohl von einer Verkettung ungünstiger Momente im Rahmen eines normalen Behandlungsverlaufes ausgegangen werden (Urk. 8/97/17 f.).

Aus seiner Sicht sei klar und offensichtlich, dass der Beschwerdeführer aus gesundheitlichen Gründen nicht in der Lage sei, eine seinen Fähigkeiten entsprechende berufliche Tätigkeit auszuüben. Er sei vielmehr als 100%ig invalid zu bezeichnen (Urk. 8/97/23).

Dr. E. ___ erklärte sodann in ihrem Bericht vom 22. Juni 2009, dass sie aufgrund der deutlichen Verschlechterung des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers eine Wiedererwägung des IV-Verfahrens beantrage. In letzter Zeit seien diverse Versicherungsexpertisen bezüglich neurogener Schädigung bei Status nach Leistenhernienoperation durchgeführt worden. Auch Dr. E. ___ stellte neben den Diagnosen eines chronischen Schmerzsyndroms und einer reaktiven Depression sowie einer massiven Somatisierung diejenige neuropathischer Schmerzen (Urk. 8/100).

3.5 Im Rahmen des gerichtlichen Verfahrens liess der Beschwerdeführer zudem ein Überweisungsschreiben von Dr. B. ___ vom 26. November 2009 an das Psychiatrie-Zentrum G. ___ betreffend stationäre Aufnahme im Rahmen eines fürsorglichen Freiheitsentzuges bei der Diagnose einer akuten Suizidalität, einem Verdacht auf Medikamentenintoxikation, einer somatoformen Schmerzstörung nach Herntomie inguinal und hysteriformem Stupor einreichen (Urk. 3/3). Dem Bericht des Psychiatrie-Zentrums G. ___ vom 8. Dezember 2009 ist zu entnehmen, dass dieses zur Zeit noch medizinische Befunde sammle und auf entsprechende Aufforderung der Invalidenversicherung einen Bericht zu Händen derselben erstellen werde (Urk. 3/4).

Gemäss den Ausführungen von Dr. H. ___ in seinem undatierten, dem Gericht am 26. Mai 2010 eingereichten Bericht sei ihm der Beschwerdeführer am 5. März 2010 für eine notfallmässige Intervention in einem agitiert-depressiv-paranoid-psychotischen Zustand gebracht worden. Der Beschwerdeführer sei sehr verängstigt gewesen und nehme anamnestic seit ein paar Monaten Kontakt zu Toten auf, schreie unerwartet und mache unverständliche Bewegungen. Die Diagnose lautete auf ein schwer depressives Zustandsbild mit an Psychose grenzenden Ängsten und paranoidem Denkinhalt (ICD-10 F33.3). Das Zustandsbild habe sich unter medikamentöser Therapie relativ stabilisiert. Anamnestic bestehe die Krankheit seit vielen Jahren und der Krankheitsverlauf habe sich bereits chronifiziert (Urk. 11).

E. 4

4.1 Nach der Beweislage bei einer Neuanschuldung muss die versicherte Person gemäss höchststrichterlicher Rechtsprechung die massgebliche Tatsachenänderung mit dem Revisionsgesuch respektive der Neuanschuldung glaubhaft machen. Nach Erlass des angefochtenen Entscheides eingereichte medizinische Unterlagen sind daher eintretensrechtlich unbeachtlich. Wird mit der Neuanschuldung kein Eintretenstatbestand glaubhaft 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, unter Androhung, dass ansonsten gegebenenfalls auf Nichteintreten zu erkennen sei (BGE 130 V 64 E. 5.2.5).

4.2

4.2.1 Was die im Beschwerdeverfahren vorgebrachte Verschlechterung des psychischen Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers anbelangt, sind nach dem oben Gesagten (E. 4.1) die erst in diesem Verfahren eingereichten medizinischen Unterlagen von Dr. B. ___, dem Psychiatrie-Zentrum G. ___ und von Dr. H. ___ (Urk. 3/3, 3/4 und 11) eintretensrechtlich unbeachtlich. Weder dem Gutachten von PD Dr. C. ___ (Urk. 8/97), noch dem Bericht von Dr. E. ___ (Urk. 8/100) und auch nicht den Ausführungen von Dr. F. ___ (Urk. 8/105) ist ein Hinweis auf eine Verschlechterung des psychischen Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers seit Erlass des Einspracheentscheides vom 15. Oktober 2007 zu entnehmen. Im Rahmen seines Einwandes zum Vorbescheid vom 14. August 2009 (Urk. 8/104) liess der Beschwerdeführer gar ausdrücklich einen unveränderten psychischen Gesundheitszustand geltend machen (vgl. Urk. 8/106 S. 3 E. 6).

Dementsprechend sah sich die Beschwerdegegnerin bei der Prüfung der Eintretensfrage zu Recht nicht veranlasst, dem Beschwerdeführer eine Frist zur Glaubhaftmachung eines verschlechterten psychischen Gesundheitszustandes anzusetzen oder ergänzende Abklärungen hierzu in die Wege zu leiten.

4.2.2 Was die Schmerzproblematik im Zusammenhang mit der linken Leiste anbelangt, zeigt der Vergleich der im hier zu prüfenden Neuanschuldungsverfahren eingereichten medizinischen Unterlagen mit dem Gutachten des Z. ___ vom 16. Juli 2007, welches in medizinischer Hinsicht Basis des Einspracheentscheides vom 15. Oktober 2007 bildete, dass es sich sowohl bei der Beurteilung von PD Dr. C. ___ als auch bei derjenigen von Dr. F. ___ bloss um eine unterschiedliche Beurteilung eines im Wesentlichen unveränderten

Gesundheitszustandes handelt. Die unterschiedliche Beurteilung eines im Wesentlichen unveränderten Sachverhaltes aber ist Gegenstand der Wiederwägung als eines von der Rentenrevision und der Neuanmeldung zu unterscheidenden Abänderungsgrundes (vgl. ZAK 1987 S. 36).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Sowohl PD Dr. C.____ als auch Dr. F.____ ordneten dem chronifizierten Schmerzsyndrom links in Abweichung zur Z.____-Beurteilung eine neuropathische Ursache zu. Den Beurteilungen und den anamnestischen Erhebungen beider Fachpersonen aber ist unmissverständlich zu entnehmen, dass die von ihnen bejahte Neuropathologie, welche sich unter anderem auf die von Dr. F.____ festgestellten Hinweise auf eine zusätzliche, im Z.____-Gutachten nicht erwähnte Läsion des Nervus cutaneus femoris lateralis links (Urk. 8/105/2) abstützt, nicht eine seit Oktober 2007 eingetretene Verschlechterung darstellt, sondern ihres Erachtens seit der Hernienoperation im März 2002 vorliegt. Insbesondere stellen auch die von Dr. F.____ festgestellten Hinweise auf eine mögliche Läsion des Nervus cutaneus femoris lateralis links, welche letztlich bezeichnenderweise nicht einmal zu einer Verdachtsdiagnose führten und gemäss Dr. F.____ auch nicht Anlass für eine erneute Revisionsoperation bilden (vgl. Urk. 8/105/2), keinen Hinweis auf einen seit 2007 verschlechterten Zustand dar, sondern werden von Dr. F.____ - wie auch von Dr. C.____ (vgl. dessen Diagnosestellung in Urk. 8/97/12) - eindeutig auf das Jahr 2002 zurückgeführt.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Wie die Beschwerdegegnerin im angefochtenen Entscheid zutreffend ausführte, weichen die objektiven neurologischen Befunde im Gutachten des Z.____ (Urk. 8/87/14 f.) nicht wesentlich von den von Dr. F.____ und von PD Dr. C.____ erhobenen Befunden ab (Urk. 8/97/11-12, 8/105/5). Auch bei Dr. F.____ und PD Dr. C.____ finden sich keine Hinweise auf eindeutige Hyperalgesien oder Allodynien, sondern im Wesentlichen ein diffuses und schwierig fassbares Beschwerdebild mit brennenden Schmerzen, Ausstrahlungen und assoziierten Missempfindungen. Die von PD Dr. C.____ zusätzlich diagnostizierte Leistenhernie rechts war asymptomatisch (Urk. 8/97/12).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Hinweise auf eine wesentliche Verschlechterung des Zustandes der Schmerzproblematik und dessen Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit seit der Beurteilung des Z.____ im Jahr 2007 sind weder den Beurteilungen noch den anamnestischen Erhebungen von PD Dr. C.____ und Dr. F.____ zu entnehmen. Dass PD Dr. C.____ den Beschwerdeführer als zu 100 % invalid erachtete, ändert an diesem Schluss nichts, lassen doch seine Ausführungen darauf schliessen, dass er hiervon schon für einen langen Zeitraum ausging. Dr. E.____ sprach sich in ihrem Schreiben vom 22. Juni 2009 zwar für eine deutliche Verschlechterung des Gesundheitszustandes aus, doch ist ihren kurzen, unbegründeten Ausführungen und der Diagnosestellung zu entnehmen, dass sich die erwähnte Verschlechterung letztlich lediglich auf die nunmehr ärztlicherseits teilweise bestätigte neurogene Schädigung bezog (Urk. 8/100).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Zusammenfassend erweisen sich die im Neuanmeldeverfahren vom Beschwerdeführer eingereichten ärztlichen Unterlagen im Lichte der gesamten Aktenlage lediglich als unterschiedliche ärztliche Beurteilungen insbesondere der Ursächlichkeit der im Wesentlichen unveränderten Schmerzproblematik.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Damit aber hat sich die Beschwerdegegnerin unter eintretensrechtlichen Gesichtspunkten zu Recht auf den Standpunkt gestellt, dass es dem Beschwerdeführer nicht gelungen ist, eine massgebliche Tatsachenänderung seit 2007 glaubhaft zu

machen.

4.3 Nachdem der Entscheid über eine Wiedererwägung eines rechtskräftigen Entscheids im Ermessen der Verwaltung liegt (vgl. BGE 106 V 79; SVR 2004 ALV Nr. 1), und ein Gutachten, welches einen Sachverhalt lediglich anders bewertet, ohne dass neue Elemente tatsächlicher Natur, welche die ursprünglichen Entscheidungsgrundlagen als objektiv mangelhaft erscheinen lassen, vorliegen, keinen Revisionsgrund im Sinne von Art. 53 Abs. 1 ATSG bildet (BGE 108 V 171), musste die Beschwerdegegnerin auf den unangefochten in Rechtskraft erwachsenen Entscheid vom 15. Oktober 2007 (Urk. 8/94) nicht zurückkommen. Der blosser Verdacht auf eine Läsion des Nervus cutaneus femoris lateralis links kann nicht als neues Element tatsächlicher Natur in obigem Sinne betrachtet werden, welches die Beschwerdegegnerin zur Vornahme einer prozessualen Revision verhalten hätte.

Die Beschwerde ist daher abzuweisen.

4.4 Angesichts der in diesem Verfahren eingereichten ärztlichen Berichte von Dr. B. vom 26. November 2009 (Urk. 3/3) und von Dr. H. (Urk. 11) sowie der Vorbringen zum verschlechterten psychischen Gesundheitszustand mit angeblichem medikamentlosem Suizidversuch (Urk. 1 S. 9) und fürsorgerischem Freiheitsentzug ist die Sache nach Eintritt der Rechtskraft dieses Entscheids an die Beschwerdegegnerin zu überweisen, damit sie die Beschwerde als weitere Neuanschuldung datierend vom 10. Dezember 2009 (Beschwerdeerhebung) entgegennehme.

Das Gericht erkennt:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.

2. Die Sache wird nach Eintritt der Rechtskraft dieses Entscheids an die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, zum Vorgehen im Sinne der Erwägungen überwiesen.

3. Das Verfahren ist kostenlos.

4. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Rechtsanwalt Dr. Werner E. Ott

- Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle

- Bundesamt für Sozialversicherungen

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. 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).

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