

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2010.00986 vom 26. Dezember 2011

ZH Sozialversicherungsgericht, 2011-12-26, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2010.00986

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2010.00986 du 26 décembre 2011

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2010.00986 del 26 dicembre 2011

Erwägungen

E. 2

2.1. Die Verwaltung ist mit dem angefochtenen Entscheid auf die Neuanschuldung des Beschwerdeführers vom 3. November 2009 eingetreten und hat einen Rentenanspruch nach Prüfung der medizinischen Aktenlage mit der Begründung verneint, dass den aktuellen medizinischen Berichten keine relevanten neuen Befunde zu entnehmen seien und der Beschwerdeführer in einer behinderungsangepassten Tätigkeit weiterhin zu 100 % arbeitsfähig sei. Die neu beschriebene hypertensive Herzkrankheit sei gemäss ärztlicher Beurteilung einer Therapie gut zugänglich und stelle somit keinen Gesundheitsschaden dar, welcher sich in Art und Schwere im Hinblick auf eine Invalidenrente relevant auswirke (Urk. 2). In der Vernehmlassung sprach sie sich zudem nach ergänzender ausführlicher Würdigung der aktuellen medizinischen Unterlagen gegen die Notwendigkeit der vom Beschwerdeführer verlangten MEDAS-Begutachtung (Urk. 1/1) aus (Urk. 10).

2.2. Streitig und zu prüfen ist, ob sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers seit Erlass der ursprünglichen höchststrichrichtigen Verfügung vom 16. Mai 2008 (Urk. 11/49) bis zum Erlass des hier angefochtenen Entscheids vom 23. Juli 2010 in einer für den Rentenanspruch relevanten Weise verschlechtert hat.

Die Vorweg hinzuweisen ist mit Blick auf die diversen, vom Beschwerdeführer in diesem Verfahren eingereichten ärztlichen Berichte (Urk. 17/1, 19/1, 25/1-2, 31) auf den Beweisgrundsatz, wonach für die richterliche Beurteilung eines Falles grundsätzlich die tatsächlichen Verhältnisse zur Zeit des Abschlusses des Verwaltungsverfahrens massgebend sind. Tatsachen, die sich erst später verwirklichen, sind nur insoweit zu berücksichtigen, als sie mit dem Streitgegenstand in engem Sachzusammenhang stehen und geeignet sind, die Beurteilung im Zeitpunkt des Entscheiderlasses zu beeinflussen (BGE 121 V 362 E. 1b; 99 V 98).

E. 3

3.1. Der ursprünglichen Abweisung des Rentenbegehrens vom 16. Mai 2008 lagen die unter Erwägung 4.1 im Urteil Nr. IV.2008.00658 vom 26. Juni 2009 zitierten ärztlichen Berichte zugrunde. Die Würdigung der medizinischen Aktenlage führte unter Erwägung 4.2 zum Schluss, dass in somatischer Hinsicht ausser den degenerativen Zuständen im Bereich der Lendenwirbelsäule (LWS) und des Beckens (Osteochondrose und Spondylose der lumbalen Bandscheiben 4 und 5, Spondylose untere LWS) sowie im rechten Kniegelenk (leichtgradig medialbetonte Gonarthrose; vgl. dazu die Diagnosen im Austrittsbericht der D. ___ vom 29. November 2005, Urk. 11/7/62) keine organischen

Gebrechen vorlagen. Einer im November 2007 aufgetretenen Niereninsuffizienz wurde ein massgeblicher Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit angesichts des Umstandes, dass sie keinen Schweregrad erreichte, der zu einer Hämodialyse Anlass gab, abgesprochen. Das Bundesgericht bestätigte im Urteil 8C_783/2009 unter Erwägung 3.1 die Schlussfolgerungen dieses Gerichts, wonach der Beschwerdeführer infolge der degenerativen Veränderungen zwar nicht mehr in der angestammten Tätigkeit als Maler, jedoch in einer leidensangepassten Tätigkeit (vorwiegend sitzende, körperlich leichte Arbeit) seit Sommer 2006 voll arbeitsfähig sei und angesichts des Umstandes, dass keiner der beteiligten Ärzte auch nur eine Verdachtsdiagnose hinsichtlich weitergehender somatischer Störungen gestellt hatte, auf weitere Beweisvorkehren zu verzichten sei.

Die Würdigung der medizinischen Aktenlage zum psychischen Gesundheitszustand des Beschwerdeführers führte unter Erwägung 4.3 des kantonalen Entscheids zum Schluss, dass der Beschwerdeführer an einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung gemäss ICD-10 F45.4 litt. Im Wesentlichen gestützt auf das Gutachten von Dr. med. E. ____, Facharzt FMH für Psychiatrie/Psychotherapie, vom 29. November 2007 wurde das Vorliegen einer psychischen Komorbidität mit der erforderlichen erheblichen Schwere, Ausprägung und Dauer oder weiterer Umstände, welche die Schmerzbewältigung nach Massgabe der einschlägigen höchststrichterlichen Rechtsprechung (BGE 131 V 49 und 130 V 352) behinderten, verneint. Das Bundesgericht schloss sich diesen Ausführungen in Erwägung 3.2 seines Entscheides an und hielt zusammenfassend fest, dass unter den gegebenen Umständen, mit Blick auf die diagnostizierte anhaltende somatoforme Schmerzstörung nichts gegen die praxismässig geltende Vermutung spreche, wonach hier die Schmerzstörung oder ihre Folgen mit einer zumutbaren Willensanstrengung des Versicherten überwindbar seien und er somit trotz der geklagten Beschwerden in der Lage sei, eine leidensangepasste Tätigkeit bei voller Arbeitsfähigkeit zu verrichten (E. 3.3 im oben zitierten Urteil 8C_783/2009).

3.2.1

Im Rahmen der hier zu prüfenden Neuanmeldung reichte der Beschwerdeführer unter anderem diverse Berichte der F. ____, Zürich ein:

Anlässlich einer Erstkonsultation vom 4. September 2009, welche auf Überweisung von Dr. med. G. ____, Facharzt FMH für Innere Medizin und Kardiologie, erfolgte, klagte der Beschwerdeführer über eine massive Schmerzsymptomatik der gesamten rechten unteren Extremität, beginnend von der lumbalen Wirbelsäule bis endend im rechten Fuss. Das Knie könne er kaum belasten; er gehe seit vier Jahren an Stücken. Ausserdem klagte er über eine diffuse Sensibilitätsminderung im gesamten Bereich des rechten Beines (Urk. 11/111/7-8). Das hierauf durchgeführte MRI des rechten Knies vom 10. September 2009 zeigte leichte Knorpelschäden femoropatellär; allenfalls Hinweise für eine Chondrocalcinose und eine kleine Bakerzyste. Dieser Befund erklärte gemäss ärztlicher Beurteilung die starken Schmerzen wie auch die Gefühlsstörungen im rechten Bein keineswegs. Von orthopädischer Seite war gemäss Bericht vom 11. September 2009 nach radiologischer Abklärung der Hüfte und des Knies, welche ebenfalls keine Erklärung für die Schmerzen geliefert hatten, therapeutisch nichts weiter zu tun. Bei Verdacht auf eine somatoforme Schmerzstörung wurde der Beschwerdeführer an Prof. Dr. med. H. ____, Leitender Arzt des Schmerz-/Gutachtenszentrums der F. ____, überwiesen.

Prof. H. ___ untersuchte den Beschwerdeführer am 7. Oktober 2009 und leitete eine Infiltration des rechten Knies in die Wege, konnte jedoch ansonsten ebenfalls keine therapeutischen Optionen anbieten. Angesichts der objektiven Befunde und des Verlaufs sei die Verdachtsdiagnose einer somatoformen Schmerzstörung kaum zu widerlegen (Urk. 11/112/5). Die am 26. Oktober 2009 durchgeführte Kniegelenkinfiltration gemäß telefonischer Rückmeldung der Ehefrau des Beschwerdeführers vom 5. November 2009 zu keinerlei Beeinflussung der Beschwerdeproblematik (Urk. 11/112/8).

Hieraus schloss Dr. H. ___ in seinem Schreiben an Dr. G. ___ vom 16. November 2009, dass zurzeit eine relevante intraartikuläre Grundlage der Schmerzen mit größter Wahrscheinlichkeit ausgeschlossen werden könne. Dies bedeute nicht, dass keine Schmerzen vorhanden seien, jedoch werde dadurch die kausale Behandlung, auch angesichts der wahrscheinlichen anderen mitbeeinflussenden Faktoren, nicht erleichtert. Hinzu komme die Auseinandersetzung mit der Beschwerdegegnerin, welche aus seiner Sicht am ehesten durch eine interdisziplinäre Begutachtung bei der MEDAS gelöst werden könnte (Urk. 11/112/9).

3.2.2 Gemäß Bericht von Dr. med. I. ___, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 9. Dezember 2009 (Urk. 11/115) stand der Beschwerdeführer seit 3. September 2007 in seiner Behandlung und suchte ihn zirka alle drei Wochen auf. Der Beschwerdeführer werde antidepressiv behandelt und erhalte dämpfende Medikamente für den Schlaf (Nozinan niedrig dosiert). Dr. I. ___ diagnostizierte eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41) mit Symptomausweitung und einer leichten depressiven Episode (ICD-10 F32.0).

Der Hausarzt Dr. B. ___ äußerte in seinem Schreiben vom 21. Dezember 2009 die Hoffnung, dass die von der F. ___ vorgeschlagene MEDAS-Begutachtung einen endgültigen Entscheid bringe (Urk. 11/117).

Der Herzspezialist Dr. G. ___ unterzog den Beschwerdeführer zwischen dem 7. November 2008 und dem 5. Februar 2010 diversen Untersuchungen (Labor, Echo, R-Test, Langzeit-EKG). Er stellte echokardiographisch eine leichtgradige Mitralinsuffizienz fest, welche jedoch keine hämodynamische Wirkung zeige. Auch eine festgestellte geringe Sinusarrhythmie beurteilte er als nicht therapiebedürftig. Die Blutdruckwerte zeigten einen wenig erhöhten Durchschnittswert von 145/91. Gemäß Dr. G. ___ erklärt die ungeklärte beträchtliche Niereninsuffizienz (Diagnose eines Status nach Nierenversagen 2007 bei schwerer Niereninsuffizienz Krea-Clearance 15ml/min) die stark wechselnden RR-Werte und wahrscheinlich auch die Stimmungsschwankungen von leichter bis mittelschwerer Depression. Er erachtete im Rahmen der vorgesehenen MEDAS-Begutachtung eine Abklärung der nephrologischen Situation für sinnvoll (Urk. 11/120).

Der Rheumatologe Dr. med. A. ___ bestätigte in einem ärztlichen Zeugnis vom 19. März 2010, dass sich die Schmerzen bis zur letzten Kontrolle vom 19. März 2010 trotz der Medikation mit Oxycontin (Opioid-Derivat) nur geringgradig verbessert hätten. Es handle sich nach wie vor um eine posttraumatische Schmerzverarbeitungsstörung. Durch die rechtsbetonten generalisierten Schmerzen sei der Beschwerdeführer derart behindert, dass momentan auch leichteste angepasste Tätigkeiten nicht in Frage kämen (Urk. 11/126)

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Dr. I. ___ bestÄtigte in einem Bericht zu Händen der Beschwerdegegnerin vom 31. März 2009 (richtig: 31. März 2010) die von ihm zuvor gestellten Diagnosen und wies darauf hin, dass sich der BeschwerdefÄhrer erneut fÄhr Invalideleistungen angemeldet habe und er, Dr. I. ___, in dieser verfahrenen Situation eine AbklÄrung durch die MEDAS fÄhr angezeigt erachte (Urk. 11/135).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Am 21. April 2010 suchte der BeschwerdefÄhrer bei einem Blutdruck von systolisch 170mm HG notfallmÄssig das Z. ___ auf. Die Blutdruckwerte konnten gemÄss Kurzaustrittsbericht vom 22. April 2010 mit Adalat und Nitrat erfolgreich gesenkt werden. Laborchemisch und elektrokardiographisch habe bei initial kurz vorhandenem linksthorakalem Klemmen eine ischÄmische Genese ausgeschlossen werden kÄnnen. Der BeschwerdefÄhrer habe in stabilem Allgemeinzustand mit der Empfehlung zur AbklÄrung bezÄglich sekundÄrer Genese der arteriellen Hypertonie nach Hause entlassen werden kÄnnen (Urk. 11/143).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Dr. med. J. ___, Facharzt Allgemeinmedizin, des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD) der Beschwerdegegnerin stellte sich in seiner Stellungnahme vom 16. Juli 2010 auf den Standpunkt, dass die im Z. ___ beschriebene und diagnostizierte hypertensive Herzkrankheit einer Therapie gut zugÄnglich sei und damit keinen Gesundheitsschaden darstelle, welcher sich leistungsrelevant auswirke (Urk. 11/145).

3.2.3Ä Ä Den in diesem Verfahren eingereichten medizinischen Akten lÄsst sich zusammengefasst Folgendes entnehmen:

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Dr. A. ___ erklÄrte in einem Schreiben vom 18. Februar 2011 zu Händen der RechtsanwÄltin des BeschwerdefÄhrers, dass er den BeschwerdefÄhrer seit November 2003 kenne und ihn letztmals am 25. Januar 2011 gesehen habe. Neben den Beinschmerzen rechts hÄtten die Schmerzen im Bereich der ganzen WirbelsÄule in den letzten beiden Jahren massiv zugenommen. Es bestehe heute ein panspondylogenes Syndrom mit schmerzhaft eingeschrÄnkter Beweglichkeit sowohl der Hals-, als auch der Brust- und der LendenwirbelsÄule. Zudem bestÄnden generalisierte paravertebrale Druckdolenz im Bereich der ganzen WirbelsÄule, des SchultergÄrtels und des Beckenrings. Durch diese Schmerzen, welche infolge der schwierigen medikamentÄsen Behandlung der Hypertonie auch mit starken Schmerzmitteln nur geringgradig beeinflusst werden kÄnnten, sei die WirbelsÄule kaum belastbar, so dass seit zwei Jahren auch leichteste angepasste TÄtigkeiten zu nicht mehr als 30 % geleistet werden kÄnnten (Urk. 17/1).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Dr. B. ___ fÄhrte am 16. März 2011 aus, dass die sich unendlich stÄndig erweiternden diagnostischen Feststellungen und Behandlungen bei den verschiedenen Spezialisten keine Linderung gebracht hÄtten. Die psychische Belastung trotz intensiver psychiatrischer Behandlung immer grÄsser geworden. Auch eine TeilzeitbeschÄftigung sei nicht vorstellbar (Urk. 19/1). Mit Schreiben vom 4. Juli 2011 fÄhrte er als relevante Diagnosen folgende auf:

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä -Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Chronisches Schmerzsyndrom

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä -Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Hypertonie

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä -Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä DyslipidÄmie

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä -Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Adipositas

••••• -••••• Lumbale Diskushernien

••••• -••••• Osteochondrose, Spondylose L4, L5

••••• -••••• Spondylarthrose LWS

••••• -••••• Gonarthrose

••••• -••••• Status nach Kontusion LWS, Becken, rechte Hüfte, rechtes Knie und ••••• rechtes OSG

••••• -••••• Depression

••••• -••••• Status nach Nierenversagen 10/07

••••• -••••• Status nach Kontusion linke Hand.

••••• Das breite diagnostische Spektrum werde von Spezialisten behandelt; sie würden versuchen, den komplizierten Verlauf endlich in einen stabilisierten Zustand zu bringen (Urk. 25/1).

••••• Gemäss Austrittsbericht des C.____ vom 13. Juli 2011 war der Beschwerdeführer auf Einweisung von Dr. I.____ mit der Bitte um Krisenintervention bei depressiver Symptomatik und einem chronischen Schmerzsyndrom vom 1. bis 14. Juni 2011 auf der geschlossenen Akutstation hospitalisiert. Der Eintritt sei freiwillig erfolgt. Laut Rücksprache des C.____ mit Dr. I.____ sei eine schnellstmögliche Krisenintervention, wenn nötig auch auf einer geschlossenen Station, trotz fehlender akuter Suizidalität bei progredienter depressiver Symptomatik und psychotischen Symptomen dringend gewünscht worden.

••••• Die Diagnosen nach dem zweiwöchigen Aufenthalt lauteten auf eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode mit psychotischen Symptomen (ICD-10 F33.3), eine Somatisierungsstörung (ICD-10 F45.9) und einen schädlichen Gebrauch von Opioid-Analgetika (ICD-10 F11.1). In der somatischen Untersuchung mit EKG erwies sich der Beschwerdeführer als kardiopulmonal kompensiert bei normocardem Sinusrhythmus und einer Herzfrequenz von 68/min.

••••• Während der Hospitalisation hätten keine Hinweise für halluzinatorisches Erleben oder paranoide Wahrnehmungen eruiert werden können. Fremdanamnestic hingegen jedoch unklare Hinweise auf wahnhaftes Erleben vor, welche am ehesten im Rahmen einer schweren Depression mit möglichen psychotischen Symptomen bei Einsamkeit und schwieriger Krankheitsverarbeitung sowie psychosozialer Belastung bei schwieriger und sehr belastender Lebenssituation zu interpretieren sei.

4. •••••

4.1 ••••• Beim Vergleich der im Neuanmeldeverfahren eingegangenen medizinischen Unterlagen mit dem unter Erwägung 3.1 dargelegten, der Rentenabweisung vom 16. Mai 2008 zugrunde gelegenen Gesundheitszustand fällt zunächst auf, dass in keinem der im Verwaltungsverfahren eingegangenen Berichte anamnestic oder im Rahmen der Beurteilung von einer eigentlichen Verschlechterung des gesundheitlichen Zustandes bis zum Erlass des hier angefochtenen Entscheides die Rede ist. Dr. A.____ sprach sich erst in seinem, im Beschwerdeverfahren eingereichten Bericht vom 18. Februar 2011, welchen er bezeichnenderweise auf entsprechende Fragestellung der Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers erstellte, für eine massive Schmerzzunahme und Verschlechterung

der Situation seit zwei Jahren aus (Urk. 17/1). Hiervon war noch in seinem Zeugnis vom 19. März 2010 nicht die Rede (Urk. 11/126). Zweifelhaft erscheint denn auch, ob Dr. A.____, der den Beschwerdeführer gemäss seiner Aussage seit November 2003 "kenne" (vgl. Urk. 17/1), aber gemäss Aktenlage im ursprünglichen Verwaltungsverfahren weder in Form eines ärztlichen Berichtes in Erscheinung trat, noch in den übrigen medizinischen Akten Erwähnung fand, den Beschwerdeverlauf überhaupt qualifiziert beurteilen kann.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Hinsichtlich der somatischen gesundheitlichen Einschränkungen führt die Würdigung der Aktenlage denn auch mit dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (BGE 126 V 353 E. 5b mit Hinweisen; vgl. BGE 130 III 321 E. 3.2 und 3.3) zur Verneinung einer wesentlichen Verschlechterung bis zum Erlass des hier angefochtenen Entscheids vom 23. Juli 2010. Gestützt auf die unter Erwägung 3.2.1 zitierten Berichte der F.____ rechtfertigt sich die Annahme, dass in Bezug auf die Problematik im Bereich des rechten Knies und der Hüfte respektive des Rückens keine relevante Verschlechterung eingetreten ist und auch keine zusätzliche objektivierbare Komponente hinzugetreten ist. Nach Erstellung von Röntgenbildern und einem MRI des rechten Knies (vgl. Urk. 11/111/4) sowie nach Durchführung einer ergebnislosen Infiltrationsbehandlung schloss Dr. H.____ eine relevante intraartikuläre Grundlage der vom Beschwerdeführer geklagten Schmerzen aus. Eine interdisziplinäre MEDAS-Begutachtung zog er offensichtlich nicht in der Hoffnung respektive der Erwartung, neue Gesundheitsschäden zu eruieren, in Betracht. Vielmehr erachtete er eine solche lediglich im Hinblick auf eine Lösung der versicherungsrechtlichen Auseinandersetzung mit der Invalidenversicherung als sinnvoll (vgl. Urk. 11/109/1 unten).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Bezüglich der Notwendigkeit einer ergänzenden polydisziplinären Begutachtung gilt denn auch weiterhin (vgl. entsprechende Ausführungen im Urteil IV.2008.000658 vom 26. Juni 2009 E. 4.2, Urk. 11/104, und E. 3.1 um Urteil des Bundesgerichts 8C_783/2009 vom 19. Oktober 2009), dass mangels entsprechender Verdachtsdiagnosen hinsichtlich weitergehender somatischer Störungen weitere Beweisvorkehren bis zum Erlass des hier angefochtenen Entscheids nicht notwendig waren. In Bezug auf die im Jahr 2007 aufgetretene Niereninsuffizienz zeigt sich die Diagnose unverändert; eine Hämodialyse drängte sich weiterhin nicht auf (vgl. Urk. 11/40/1 und Urk. 11/120/2). Die in diesem Zusammenhang ärztlicherseits als sinnvoll erachtete ergänzende Abklärung (Urk. 11/120/2) stünde offensichtlich im Dienste der Feststellung der Genese, nicht der Feststellung einer diesbezüglichen Verschlechterung.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Die arterielle Hypertonie mit rezidivierenden hypertensiven Entgleisungen, welche am 21. April 2010 Anlass zur notfallmässigen Hospitalisation im Z.____ gab (vgl. Urk. 11/143), stellt ebenfalls keine neue oder essentiell verschlechterte Gesundheitsstörung dar, finden sich entsprechende Diagnosen und Befunde doch bereits im Austrittsbericht der D.____ vom 28. Juni 2006 (Urk.11/7/62-63) und im Bericht von Dr. med. K.____, Facharzt FMH für Allgemeine Medizin, vom 26. November 2007 (Urk. 11/26). Dass die im Kurzaustrittsbericht des Z.____ diagnostizierte hypertensive Herzkrankheit (vgl. Urk. 11/143/1) einer Therapie gut zugänglich ist und zumindest bis zum Erlass des hier angefochtenen Entscheids keine rentenrelevante Verschlechterung mit sich brachte (vgl. entsprechende Beurteilung von Dr. J.____ in Urk. 11/145/2), wird durch das Ergebnis der somatischen Untersuchung im C.____ vom Juni 2011 bestätigt, da sich

der Beschwerdeführer zu diesem Zeitpunkt kardiopulmonal kompensiert mit reinen Herztätigkeiten und normocardem Sinusrhythmus zeigte (Urk. 31 S. 3). Worauf die von Dr. B. ___ am 4. Juli 2011 neu gestellte Diagnose lumbaler Diskushernien (Urk. 25/1) basierte, lässt sich seinem Bericht nicht entnehmen. Bis zum Erlass des hier angefochtenen Entscheids findet sich diesbezüglich lediglich die auf anamnestischen Angaben basierende Diagnose im Bericht des Z. ___ vom 22. April 2010 (Urk. 11/143/1).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Zusammenfassend zeigt die Würdigung der medizinischen Akten, dass in Bezug auf die somatischen gesundheitlichen Einschränkungen bis zum Erlass des hier angefochtenen Entscheids keine wesentliche Verschlechterung eingetreten ist. Die Anordnung einer ergänzenden medizinischen Abklärung drängt sich im Rahmen der hier zu beurteilenden Neuanmeldung daher nicht auf. Anlasspunkte dafür wären Hinweise auf eine erhebliche Verschlechterung des Zustandes, nicht aber die Möglichkeit einer blossen abweichenden ärztlichen Beurteilung einer im Wesentlichen unveränderten Situation (vgl. obige E. 1.3).

4.2 Ä Ä Ä In psychischer Hinsicht findet die im ursprünglichen Verfahren als relevant erachtete anhaltende somatoforme Schmerzstörung in den im Neuanmeldeverfahren eingegangenen medizinischen Akten Bestätigung. Die von Dr. I. ___ sowohl am 9. Dezember 2009 (Urk. 11/115/1) als auch mit Zeugnis vom 31. März 2009 (richtig: 31. März 2010, Urk. 11/135) diagnostizierte leichte depressive Episode erfüllt die geforderte Schwere einer psychischen Komorbidität, welche gemäss Rechtsprechung ausnahmsweise die Annahme einer Nichtüberwindbarkeit der Folgen einer somatoformen Schmerzstörung rechtfertigen könnte, weiterhin nicht (BGE 131 V 49 E. 1.2, 130 V 352 E. 2.2.5; Urteil des Bundesgerichts 9C_973/2009 vom 18. März 2010 E. 4). Auch sind den Akten in Bezug auf die übrigen Kriterien, welche ausnahmsweise zur Verneinung einer zumutbaren Willensanstrengung führen können, keine wesentlichen Änderungen im Vergleich zu den unter Erwägung 4.3.3 im Urteil vom 26. Juni 2009 gewürdigten Umständen zu entnehmen (vgl. Urk. 11/104 S. 14).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Damit aber erweist sich der angefochtene Entscheid auch in Bezug auf die Beurteilung des psychischen Gesundheitszustandes als zutreffend. Angesichts der vom behandelnden Psychiater Dr. I. ___ noch im Einwandverfahren bestätigten Diagnose einer chronischen Schmerzstörung mit Symptomausweitung und lediglich leichter depressiver Episode (Urk. 11/135) ist mit überwiegender Wahrscheinlichkeit zu schliessen, dass die insbesondere in den Berichten des C. ___ vom 14. Juni und 13. Juli 2011 (Urk. 25/2, 31) erwähnte, sich abzeichnende Verschlechterung des psychischen Gesundheitszustandes erst nach Erlass des hier angefochtenen Entscheides vom 23. Juli 2010 eingetreten ist.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Folglich stellte sich die Beschwerdegegnerin zu Recht auf den Standpunkt, dass bis zum Erlass des angefochtenen Entscheids von einem im Wesentlichen unveränderten Gesundheitszustand auszugehen ist und der Beschwerdeführer medizinisch-theoretisch in einer behinderungsangepassten Tätigkeit weiterhin zu 100 % arbeitsfähig war. Nachdem eine wesentliche Änderung der erwerblichen Verhältnisse zu Recht nicht zur Diskussion steht, erweist sich der angefochtene Entscheid als richtig.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Die Beschwerde ist abzuweisen.

4.3 Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Angesichts der in diesem Verfahren eingereichten Berichte insbesondere des C. ___ mit der Diagnose einer gegenwärtig schweren depressiven Episode mit psychotischen Symptomen (Urk. 31 S. 1) ist die Sache nach Eintritt der

Rechtskraft dieses Entscheids an die Beschwerdegegnerin zu überweisen, damit sie diese als weitere Neuanmeldung entgegennehme.

5. Gemäss dem seit 1. Juli 2006 in Kraft stehenden Art. 69 Abs. 1 bis des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von Leistungen der Invalidenversicherung vor dem kantonalen Versicherungsgericht in Abweichung von Art. 61 lit. a ATSG kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festgelegt.

Vorliegend erweist sich eine Kostenpauschale von Fr. 700.-- als angemessen. Ausgangsgemäss ist diese dem Beschwerdeführer aufzuerlegen, zufolge Bewilligung der unentgeltlichen Prozessführung jedoch einstweilen auf die Gerichtskasse zu nehmen.

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 Sinne der Erwägungen überwiesen.

3. Die Gerichtskosten von Fr. 700.-- werden dem Beschwerdeführer auferlegt, zufolge Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung jedoch einstweilen auf die Gerichtskasse genommen.

4. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Rechtsanwältin Gabriela Gwerder

- Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle

- Bundesamt für Sozialversicherungen

sowie an:

- Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft)

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.