

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2014.00957 vom 28. Januar 2016**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2016-01-28, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2014.00957](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2014.00957)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2014.00957 du 28 janvier 2016

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2014.00957 del 28 gennaio 2016

## **Erwägungen**

### **E. 1.1**

mit Hinweisen ). Insofern steht der Verwaltung ein gewisser Beurteilungsspielraum zu, den das Gericht grundsätzlich

zu respektieren hat (BGE 109 V 108 E. 2b; Urteil des Bundesgerichts I 888/05 vom 7. Juni 2006 E. 2).

Die Eintretensvoraussetzung

gemäss Art. 87 Abs. 2 IVV soll verhindern, dass sich die Verwaltung immer wieder mit gleichlautenden und nicht näher begründeten Rentengesuchen befassen muss (BGE 133 V 108 E. 5.3.1). Die Rechtskraft der früheren Verfügung steht einer neuen Prüfung so lange entgegen, wie der seinerzeit beurteilte Sachverhalt sich in der Zwischenzeit nicht verändert hat. Wenn die dem Revisionsgesuch 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 nur, aber immerhin 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 (gleich bei der Neuauflage [ Art. 87 Abs. 3 IVV]: Urteil des Bundesgerichts 8C\_228/2010 vom 19. Juli 2010 E. 2.2 und E. 2.3 mit Hinweisen).

### **E. 1.2**

Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 Prozent ergibt sich ein Anspruch auf eine Viertelsrente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 Prozent Anspruch auf eine halbe Rente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 60 Prozent Anspruch auf eine Dreiviertelsrente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 70 Prozent Anspruch auf eine ganze Rente (Art. 28 Abs. 2 IVG).

### **E. 1.3**

Mit Vorbescheid vom 30. Oktober 2010 kündigte die IV-Stelle die wiedererwägungsweise Aufhebung der Verfügung vom 16. Dezember 1999 und der diese bestätigenden Revisionsentscheide vom 6. April

2001, 12. Juni

2003 und 11. Februar 2005 sowie die Einstellung der halben Rente an (Urk. 7/126). Der Versicherte erhob dagegen mit Schreiben vom 2. Dezember 2010 Einwände (Urk. 7/130). Wie angekündigt hob die IV-Stelle die dem Versicherten seit März 1998 entrichtete halbe Rente wiedererwägungsweise mit Verfügung vom 30. Dezember 2010 auf Ende des der

Zustellung der Verfügung folgenden Monats auf (Urk. 7/134). Die dagegen erhobene Beschwerde des Versicherten vom 31. Januar 2011 (Urk. 7/137/3-16) hiess das Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich mit Urteil vom 21. August 2012 im Verfahren Nr. IV.2011.00088 in

dem Sinne teilweise gut, als die bisherige halbe Rente bestätigt wurde (Urk. 7/154/13).

### **E. 1.3.1**

Wird der Verwaltung ein Gesuch um Revision einer Rente eingereicht, so ist gemäss Art. 87 Abs. 2 der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV) darzulegen, dass sich der Grad der Invalidität seit dem letzten leistungsabweisenden Entscheid in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert hat. Der versicherten Person kommt damit ausnahmsweise eine Beweisführungslast zu und der Untersuchungsgrundsatz spielt insoweit nicht (BGE 130 V 64 E. 5.2.5). Die Verwaltung hat daher erst dann gestützt auf den Untersuchungsgrundsatz von Amtes wegen für die richtige und vollständige Abklärung des rechts erheblichen Sachverhaltes zu sorgen (Art. 43 ATSG, Art. 57 IVG in Verbindung mit Art. 69 ff. IVV), wenn sie auf das Leistungsbegehren eingetreten ist. Die Verwaltung hat nach dem Eingang einer Neuanmeldung daher zunächst zu prüfen, ob die Vorbringen der versicherten Person überhaupt glaubhaft sind, und sie erledigt das Gesuch ohne weitere Abklärungen durch Nichteintreten, falls sie dies verneint.

### **E. 1.3.2**

Unter Glaubhaftmachen im Sinne von Art. 87 Abs. 2 IVV ist nicht der Beweis nach dem im Sozialversicherungsrecht allgemein massgebenden Grad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu verstehen. Die Beweisforderungen sind viel mehr herabgesetzt, indem nicht im Sinne eines vollen Beweises die Überzeugung der Verwaltung begründet zu werden braucht, dass seit der letzten, rechtskräftigen Entscheidung tatsächlich eine relevante Änderung eingetreten ist. Es genügt, 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. Bei der Prüfung der Frage, ob die Vorbringen der versicherten Person glaubhaft sind, berücksichtigt die Verwaltung unter anderem, 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 rechts erheblichen Sachverhaltes höhere oder weniger hohe Anforderungen zu stellen (Urteil des Bundesgerichts 9C\_236/2011 vom 8. Juli 2011

E. 2.

### **E. 1.3.3**

Das Gericht hat 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. 3 IVV Nichteintreten beschlossen hat und die versicherte Person deswegen Beschwerde führt. Seiner beschwerdeweisen Überprüfung hat das Gericht den Sachverhalt zugrunde zu legen, wie er sich der Verwaltung bei Erlass des Nichteintretensentscheides bot (BGE 130 V 64 E. 5.2.5; Urteil des Bundesgerichts 8C\_196/2008 vom 5. Juni 2008). Zeitlicher Ausgangspunkt für die Beurteilung einer anspruchserheblichen Änderung des Invaliditätsgrades bildet bei der Rentenrevision - gleich wie bei einer Neuanmeldung (Art. 87 Abs. 3 IVV) - die letzte rechtskräftige Verfügung, welche auf einer materiellen

Prüfung des Rentenanspruchs beruht. Demgemäss sind die Verhältnisse bei Erlass der strittigen Verwaltungsverfügung mit denjenigen im Zeitpunkt der letzten materiellen Abweisung zu vergleichen (BGE 130 V 64 E. 2, 130 V 71 E. 3, 133 V 108 E. 5.2 und E. 5.4). Dabei stellt die bloss unterchiedliche Beurteilung der Auswirkungen eines im Wesentlichen unverändert gebliebenen Gesundheitszustandes auf die Arbeitsfähigkeit für sich allein genommen keinen Revisionsgrund im Sinne von Art. 17 Abs. 1 ATSG dar (BGE 133 V 108; vgl. auch BGE 130 V 71 E. 3.2.3). 2.

#### **E. 1.4**

Am 19. Februar 2014 stellte der Beschwerdeführer ein weiteres Revisionsgesuch und machte nebst einer chronischen Bronchitis sowie sozial-psychischer Ausgrenzung ein sich verschlechterndes Schmerzsyndrom geltend (Urk. 7/164/7). Als Beweismittel legte er den Kurzaustrittsbericht des Spitals B.\_\_\_\_ vom 11. März 2014 vor (Urk. 7/168). Mit Vorbescheid vom 1. April 2014 kündigte die IV-Stelle an, auf das Leistungsbegehren nicht einzutreten (Urk. 7/170).

Hiergegen brachte der Versicherte mit Schreiben vom 19. Mai 2014 (Urk. 7/173), ergänzt mit Schreiben vom 24. Juni 2014 (Urk. 7/176) und vom 7. August 2014 (Urk. 7/181) sowie unter Beilage des Austrittsberichts des Spitals B.\_\_\_\_ vom 14. März 2014 (Urk. 7/175), der Berichte von Dr. med. C.\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Medizin, vom 18. und 19. Februar 2014 (Urk. 7/177 -178) sowie von Dr. med. D.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 28. Juli 2014 (Urk. 7/180) Einwände vor.

Mit Verfügung vom 19. August 2014 trat die IV-Stelle auf das Revisionsgesuch wie angekündigt nicht ein (Urk. 2).

#### **E. 2**

Dagegen erhob der Versicherte mit Eingabe vom 16. September 2014

(Urk. 1) unter Beilage des Berichtes von Dr. C.\_\_\_\_ vom 14. September 2014 (Urk. 3) Beschwerde und beantragte, die Verfügung vom 19. August 2014 sei aufzuheben und die Angelegenheit sei an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen und diese sei zu verpflichten, auf sein Erhöhungsgesuch vom 21. Februar 2014 einzutreten und die medizinische Situation sowie die erwerblichen Auswirkungen abzuklären (Urk. 1 S. 2). In prozessualer Hinsicht ersuchte er um Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung und Bestellung einer unentgeltlichen Rechtsvertretung in der Person von Rechtsanwältin Dr. Barbara Wyler (Urk. 1 S. 2). In der Beschwerdeantwort vom 22. Oktober 2014 schloss die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde (Urk.

#### **E. 2.1**

Die Beschwerdegegnerin stellte sich im angefochtenen Entscheid auf den Standpunkt, der Beschwerdeführer habe nicht glaubhaft dargelegt, dass sich die tatsächlichen Verhältnisse und insbesondere sein Gesundheitszustand seit der letzten Verfügung in einer für den Rentenanspruch erheblichen Weise verändert habe. Es liege lediglich eine andere Beurteilung desselben Sachverhaltes vor. Namentlich sei eine langanhaltende Anpassungsstörung mit vorwiegender Beeinträchtigung anderer Gefühle, wie sie Dr. D.\_\_\_\_ gemäss dem Bericht vom 28. Juli 2014 diagnostiziert habe und wonach eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit bestehe, keine chronifizierte, schwerwiegende Erkrankung, welche jegliche Tätigkeit in erheblichem Ausmass und langfristig einzuschränken vermöge, sondern ein therapiefähiges Leiden mit guter Prognose (Urk. 2).

## **E. 2.2**

Der Beschwerdeführer wendet dagegen ein, aus den im Vorbescheidverfahren eingereichten Unterlagen gehe klar eine Verschlechterung seines Gesundheitszustandes hervor. Insbesondere sei er gemäss dem definitiven Austrittsbericht des Spitals B.\_\_\_\_ vom 14. März 2014 wegen der depressiven Störung in ein intensives Physio-, Ergo- und psychologisches Programm eingebunden worden. Es sei bezüglich der antidepressiven Medikation Mirtazapin ( Remeron ) gestoppt und eine schlafanstossende Therapie begonnen worden. Neu seien zu dem der klinische Verdacht auf ein Restless - legs -Syndrom, die Peri arthro pathie

humero scapularis rechts mehr als links, die medial betonte Gonarthrose beidseits, das Asthma bronchiale, die Hypovitaminose D und die Hypercholesterinämie. Es sei die Einbindung in eine Tagesstruktur empfohlen worden und ausgeführt worden, dass eine volle Arbeitsfähigkeit aus rheumatologischer Sicht unrealistisch sei. Er sei daher als multimorbid und als zu 100 % erwerbsunfähig zu bezeichnen und die bisherige halbe Invalidenrente sei auf eine ganze Invalidenrente zu erhöhen. Dem Bericht von Dr. C.\_\_\_\_ vom 14. September 2014 sei zudem zu entnehmen, dass er, der Beschwerdeführer, im Vergleich mit den Einträgen vor Dezember 2010 die Praxis deutlich öfter aufsuche und ein deutlich kränker sei, da er einschneidende Therapien benötige, um wieder den Vorzustand erreichen zu können. Ausserdem habe Dr. D.\_\_\_\_ ihn gemäss dem Bericht vom 28. Juli 2014 ab dem 28. Februar 2014 zu 100 % arbeitsunfähig geschrieben, da sich sein psychischer Zustand massiv verschlechtert habe

(Urk. 1 S. 5 ff., Urk. 13 S. 3 ff.).

## **E. 2.3**

Strittig und zu prüfen ist im Folgenden einzig, ob der Beschwerdeführer eine anspruchserhebliche Änderung seit der letzten materiell - rechtlichen Leistungsprüfung mit Verfügung vom

12. August 2009 (Urk. 7/114; zur zeitlichen Vergleichsbasis: BGE 133 V 108 E. 5, 130 V 71; Urteil des Sozialversicherungsgerichts vom 21. August 2012 E. 4.2 im Verfahren IV.2011.00088) glaubhaft zu machen vermochte oder

ob die Beschwerdegegnerin zur Recht auf das Revisionsgesuch des Beschwerdeführers vom 19. Februar 2014

(Urk. 7/164) nicht eingetreten ist.

Bei der Prüfung dieser Frage ist von der Sachlage auszugehen, wie sie sich der Beschwerdegegnerin bei Erlass der angefochtenen Verfügung vom 19. August 2014 (Urk. 2) bot. Der

erst im Rahmen des Beschwerdeverfahrens eingereichte Bericht von Dr. C.\_\_\_\_ vom 14. September 2014 ist bei der Prüfung der strittigen Frage daher unbeachtlich (vgl. BGE 130 V 64 E. 5.2.5; Urteil des Bundesgerichts 8C\_196/2008 vom 5. Juni 2008). 3. 3.1

Die letzte Rentenvorfügung vom

12. August 2009 (Urk. 7/114) hatte sich auf das A.\_\_\_\_-Gutachten vom 24. März 2009 (Urk. 10/97) gestützt. Die A.\_\_\_\_-Gutachter hatten die folgenden Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gestellt: 1. Chronisches zervikales sowie lumbales betontes panvertebrales Schmerzsyndrom (ICD-10 M53.8) mit/bei Haltungsinsuffizienz bei

muskulärer Dekonditionierung mit Abschwächung der abdominalen und rückenstabilisierenden Muskelgruppen sowie leichter Wirbelsäulenfehlform und -fehlhaltung ; 2. Leichte bis mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F32.0/F32.1); 3. Anhaltende somatoforme

Schmerzstörung (ICD-10 F45.4); 4. Chronische obstruktive Lungenerkrankung (COPD) bei fortgesetztem Nikotinkonsum, schädlicher Gebrauch (ICD-10 J44.8). Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit führten die A.\_\_\_\_-Gutachter die folgenden auf: 1. Refluxösophagitis mit Barrett-Ösophagus (ICD-10 K22.1), 2. Chronische Otitis media rechts (ICD-10 H66.9), 3. Diablipeämie (ICD-10 E789.8) mit/bei Xanthelasmen unter beiden Augen ; 4. Adipositas (ICD-10 E66.0); Medikamenten-Malcompliance (ICD-10 Z91.1; Urk. 7/97/20).

Die A.\_\_\_\_-Gutachter schlossen daraus auf eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit als Gerüstmonteur und auf eine 70%igen Arbeitsfähigkeit in einer leidensangepassten Tätigkeit, wobei sie aus rheumatologischer Sicht eine 20%ige Leistungseinschränkung und aus psychiatrischer Sicht eine 30%ige Arbeitsunfähigkeit attestiert hatten (Urk. 7/97/21).

Dies bildet die Vergleichsbasis zur Beurteilung, ob seither eine anspruchserhebliche Änderung glaubhaft gemacht wurde . 3. 2 3. 2 . 1

Gemäss dem Schreiben

von Dr. C.\_\_\_\_ an das Spital B.\_\_\_\_ vom 19. Februar 2014 überwies er den Beschwerdeführer zur weiteren (stationären) Abklärung und besseren Einstellung der antirheumatischen Therapie. Der Beschwerdeführer leide an chronischen Schmerzen der Knie beidseits, des rechten Ellbogens und der Schulter sowie der linken Achillessehne (Urk. 7/178).

In der Klinik für Rheumatologie des Spitals B.\_\_\_\_ wurde der Beschwerdeführer gemäss dem Austrittsbericht vom 14. März 2014 mittels konservativer Schmerztherapie mit Abklärung der degenerativen Gelenkerkrankungen sowie multimodaler rheumatologischer Komplexbehandlung vom 26. Februar bis 12. März 2014 stationär behandelt. Bei depressiver Störung sei er zudem in ein intensives Physio-, Ergo- und psychologisches Programm eingebunden worden. Er habe bei Eintritt Schmerzen in über sieben Körperregionen angegeben. Es seien die folgenden Diagnosen gestellt worden: 1. Chronisches Panvertebralsyndrom seit 1995, 2. Periarthropathie

humeroscapularis

( rechts > links ), 3. Medialbetonte Gonarthrose beidseits, 4. Asthma bronchiale ( Differentialdiagnose: COPD), 5. Hypercholesterinämie, 6. Depressive Störung mittelgradige Episode mit somatischen Symptomen, 7. Hypovitaminose D, 8. Verdacht auf Restless

legs-Syndrom. Konventionell-radiologisch habe sich eine leichte linkskonvexe skoliothische

Fehlhaltung, keine höhengeminderten Wirbelkörper oder Zwischenwirbelräume bei multisegmentalen ventralen Spondylophyten gezeigt. In Schulter, Knie und Becken hätten sich „wenig Hinweise“ auf degenerative Veränderungen gefunden. Im Rahmen eines rheumatologischen Screenings seien ebenfalls regelrechte Artikulationen in den

Händen und Füssen objektiviert worden. Laborchemisch hätten sich lediglich eine Hypovitaminose D bei fehlenden Hinweisen auf eine entzündliche rheumatische Erkrankung. Bei klinischem Verdacht auf ein Restless-legs-Syndrom sei eine Therapie mit Pramipexol (Sifrol) begonnen worden, wovon der Beschwerdeführer deutlich profitiert habe. Hinsichtlich der Beurteilung nach der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (International Classification

of

Functioning, ICF) bei Spitalaustritt sei das Heben von schweren Lasten beeinträchtigt. Bei komplexer langjähriger Schmerz-Situation sei eine volle Arbeitsfähigkeit aus rheumatologischer Sicht eher unrealistisch (Urk. 7/175/1-2).

### 3.2.2

In somatischer Hinsicht hatte der Beschwerdeführer schon anlässlich der A.\_\_\_\_-Begutachtung über Rückenschmerzen mit Ausstrahlung in die unteren Extremitäten und über Periarthralgien an allen Gelenken, an den oberen und unteren Extremitäten sowie über diffuse Weichteilbeschwerden geklagt (Urk. 7/97/16). Gemäss dem Bericht des Spitals B.\_\_\_\_ fanden sich zwar Hinweise auf degenerative Veränderungen in Schulter, Knie und Becken sowie multisegmentale ventrale Spondylophyten. Jedoch handelt es sich hierbei gemäss dem Bericht des Spitals B.\_\_\_\_

um lediglich kleine und wenige

degenerative Veränderungen bei ansonsten regelrechten Befunden (Urk. 7/175/2).

Insbesondere aber ist die gemäss den Ärzten des Spitals B.\_\_\_\_ sich daraus ergebende Einschränkung, nämlich das Heben von schweren Lasten (Urk. 7/175/2), durch das von den A.\_\_\_\_-Gutachtern formulierte Leistungsprofil (Urk. 7/97/21) bereits berücksichtigt. Auch besagt die von den Ärzten des

Spitals B.\_\_\_\_ zur Arbeitsunfähigkeit gemachte Einschätzung, eine volle Arbeitsfähigkeit sei bei komplexer langjähriger Schmerz-Situation aus rheumatologischer Sicht eher unrealistisch (Urk. 7/175/2), nichts über den Umfang der medizinisch-theoretischen Arbeitsunfähigkeit in einer leidensangepassten Tätigkeit aus. Entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers kann daraus vor allem nicht auf eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit in jeglicher Tätigkeit geschlossen werden. Auch kann daraus nicht eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes abgeleitet werden, nachdem bereits die A.\_\_\_\_-Gutachter eine quantitativ und qualitativ eingeschränkte Arbeitsfähigkeit attestiert hatten.

Die Diagnose eines Restless-legs-Syndroms sodann wurde lediglich als Verdachtsdiagnose

ohne Angaben von spezifischen neuen Befunden gestellt. Die Diagnose eines Asthma bronchiale (Differentialdiagnose: COPD) entspricht nicht neuen Befunden, sondern einer unterschiedlichen Beurteilung der bisherigen

Atembeschwerden. Dasselbe gilt für die Diagnose einer Hypercholesterinämie mit/bei Xanthelasma beidseits, welche von den A.\_\_\_\_-Gutachtern unter der Diagnose einer Dyslipidämie (ICD-10 E78.8) bei Xanthelasma unter beiden Augen (Urk. 7/97/20) berücksichtigt worden war. Die Diagnosen eines Vitamin D-Mangels schliesslich macht eine erhebliche Verschlechterung des Gesundheitszustandes erst recht nicht glaubhaft.

Es ist daher davon auszugehen, dass - wie schon anlässlich der rheumatologischen Untersuchung durch den A.\_\_\_\_-Gutachter Dr. med. E.\_\_\_\_, Facharzt für Rheumatologie und Innere Medizin, vom 18. Februar 2009 (Urk. 7/97/15-19) - weiterhin bei psychischer Überlagerung der Beschwerden weitgehend kein erhebliches organisches Korrelat für die an mehreren Stellen des Körpers geklagten Beschwerden vorliegt. In somatischer Hinsicht wurde

eine massgebliche Verschlechterung des Gesundheitszustandes seit der A.\_\_\_\_-Begutachtung damit nicht glaubhaft gemacht. 3.3.3.1

Auch in psychischer Hinsicht wurde nicht glaubhaft gemacht, dass mittlerweile eine von der Schmerzstörung klar abgrenzbare eigenständige erhebliche psychische Störung mit Krankheitswert vorliegt, welche die bereits von den A.\_\_\_\_-Gutachtern diagnostizierte anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F54.4) und die leichte bis mittelgradige depressive

Episode (ICD-10 F32.0-1)

mit 30%iger Einschränkung der Arbeitsfähigkeit (Urk. 7/97/20) übersteigt.

Die Ärzte der Klinik für Rheumatologie des Spitals B.\_\_\_\_ führten im Bericht vom 14. März 2014 keine Befunde auf, welche auf eine erhebliche Verschlechterung der psychischen, insbesondere der depressiven Beschwerden schliessen lassen könnten. Allein eine therapeutisch und medikamentös gesteigerte Behandlung der depressiven Symptomatik

lässt einen solchen Schluss ebenfalls nicht zu, zumal eine solche bereits von den A.\_\_\_\_-Gutachtern bei Medikamenten-Malcompliance als ungenügend festgestellt respektive empfohlen worden war (Urk. 7/97/15). Die aufgeführte Diagnose einer depressiven Störung mittelgradiger Episode mit somatischem Syndrom mit/bei Verdacht auf eine einfache, ängstliche und abhängige Persönlichkeitsstruktur mit histrischen Anteilen (Urk. 7/175/1) wurde zudem nicht nach einem anerkannten Klassifikationssystem für psychische Störungen gestellt und es ist nicht ausgemacht, dass diese Diagnose von einem Facharzt der Psychiatrie gestellt wurde. 3.3.2

Der Bericht des behandelnden Psychiaters Dr. D.\_\_\_\_

vom 28. Juli 2014 ferner, wonach der Beschwerdeführer wegen einer langanhaltenden Anpassungsstörung mit vorwiegender Beeinträchtigung anderer Gefühle (Sorgen, Ärger depressive Anteile; ICD-

## **E. 6**

). Der Beschwerdeführer hielt in der Republik vom 14. Januar 2015 an seinen Anträgen fest (Urk. 13 S. 2). Mit Verfügung vom 20. Januar 2015 wurde dem Beschwerdeführer die unentgeltliche Prozessführung gewährt und Rechtsanwältin Dr. Barbara Wyler als unentgeltliche Rechtsvertreterin für dieses Verfahren bestellt (Urk. 14 S. 2). Mit Eingabe vom 4. Februar 2015 verzichtete die Beschwerdegegnerin auf eine weitere Stellungnahme (Urk. 15).

Auf die Ausführungen der Parteien und die weiteren eingereichten Unterlagen wird, soweit erforderlich, in den Erwägungen eingegangen. Das Gericht zieht in Erwägung:

## E. 10

F43.23) ab 2014 zu 100 % arbeitsunfähig sei (Urk. 7/180 ), vermag eine massgebliche Verschlechterung des psychischen Gesundheitszustandes ebenfalls nicht glaubhaft zu machen.

Zwar erklärte Dr. D.\_\_\_\_, dass er den Beschwerdeführer aufgrund der Verschlechterung seines psychischen Zustandes mit agitierter Depression und innerer Unruhe, verbunden mit somatischen Beschwerden mit Meldung an die Sozialbehörde vom 28. Februar 2014 zu 100 % krankgeschrieben habe, nach dem er am 30. Mai 2011 von einer 20%igen Arbeitsunfähigkeit ausgegangen sei (Urk. 7/180 ). Jedoch hatte Dr. D.\_\_\_\_ bereits im Bericht vom 3. Dezember 2007 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit bei chronifizierter depressiver Störung mittelgradige Episode mit somatischen Symptomen (ICD-10 F32.11) und bei einer ängstlicher und abhängiger Persönlichkeitsstruktur (ICD-10 F60.6-7) mit histrionischen Anteilen (ICD-10 F60.4) angegeben (Urk. 7/82/1 ), mit welcher Einschätzung sich die A.\_\_\_\_-Gutachter bereits im Gutachten vom 24. März 2009 kritisch auseinandergesetzt hatten (Urk. 7/97/14-15). Die

zunehmende Änderung der Diagnose durch Dr. D.\_\_\_\_

ist anhand der erwähnten Befunde einer agitierten

Depression und innerer Unruhe mit somatischen Beschwerden nicht nachvollziehbar. Zudem weist die Diagnose einer langanhaltenden Anpassungsstörung mit vorwiegender Beeinträchtigung anderer Gefühle (Sorgen, Ärger depressive Anteile; ICD-10 F43.23) eher auf eine weniger erhebliche psychische Störung und jedenfalls nicht auf eine schwerwiegende depressive Symptomatik hin. Denn bei dieser Diagnose sind die Symptome für Angst und Depression gemäss der Internationalen Klassifikation psychischer Störungen der Weltgesundheitsorganisation, ICD-10 Kapitel V [F], nicht so dominierend, dass spezifischere depressive Störungen oder Angststörungen diagnostiziert werden könnten. Sie können etwa die Kriterien für die Diagnose Angst und Depression gemischt (ICD-10 F41.2) erfüllen ( Dilling / Mom bour / Schmidt [Hrsg.], Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V [F], Klinisch-diagnostische Leitlinien, 9. Aufl., Bern 2014, S. 211).

Diese Diagnose wiederum ist indes nur zu verwenden, wenn keine der beiden Störungen ein Ausmass erreicht, das eine entsprechende einzelne Diagnose (etwa eine leichte depressive Episode, ICD-10 F32.0, oder eine generalisierte Angststörung, ICD-10 F41.1) rechtfertigen würde. Dabei werden Patienten mit dieser Kombination verhältnismässig milder Symptome in der Primärversorgung häufig gesehen. Noch viel häufiger finden sie sich in der Bevölkerung, ohne je in medizinische oder psychiatrische Behandlung zu gelangen ( Dilling / Mom bour / Schmidt [Hrsg.], a.a.O., S. 199 ). 3.4

Nach dem Gesagten ist festzuhalten, dass der Beschwerdeführer eine anspruchserhebliche Änderung seit der letzten materiell-rechtlichen Leistungsprüfung mit Verfügung vom 12. August 2009 (Urk. 7/114) nicht glaubhaft zu machen vermochte. Der angefochtene Nichteintretensentscheid der Beschwerdegegnerin vom

19. August 2014 (Urk. 2) betreffend das Revisionsgesuch vom 19. Februar 2014 (Urk. 7/164 ) ist daher nicht zu beanstanden. Die Beschwerde ist folglich abzuweisen. 4.

Der Streitgegenstand des Verfahrens betrifft die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen. Das Verfahren ist daher kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG) und ermessensweise auf Fr. 700.-- anzu setzen. Ausgangsgemäss sind die Gerichtskosten dem Beschwerdeführer aufzu erlegen, jedoch zufolge der gewährten unentgeltlichen Prozessführung einst weilen auf die Staatskasse zu nehmen. 4.2

Der unentgeltlichen Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers, Rechtsanwältin Dr. Barbara Wyler steht eine Prozessentschädigung zu, welche nach Art. 61 lit . g ATSG in Verbindung mit § 34 des Gesetzes über das Sozialversicherungs gericht ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache, nach der Schwierigkeit des Prozesses, dem Zeitaufwand und den Barauslagen sowie unter Berücksichtigung der Honorarnote vom 7. Januar 2016 (Urk. 17 ) fest zusetzen ist.

In der Honorarnote ist ein Aufwand vom 20. August 2014 bis 8. Juni 2015 von insgesamt 13.18 Stunden und von Fr. 234.85 Barauslagen mit einem Gesam betrag von Fr. 3'385.20 aufgeführt (Urk. 17 ). Dabei wurde ein Stundenansatz von durchgehend Fr. 220.-- verwendet, was für die Zeit bis Ende 2014 auf den damals gerichtsblichen Ansatz von Fr. 200.-- zu ändern ist. Zudem ist ein Zeitaufwand von rund 8 Stunden für das zweiseitige Begleits chreiben vom 26. No vember 2014 (Urk. 10) zum

Formular zur Abklärung der prozessualen Bedürf tigkeit mit diversen Beilagen (Urk. 11, Urk. 12/1-6 ) sowie die Replik vom 14. Januar 2015, welche lediglich fünf Seiten mit weitreichenden Wiederho lun gen umfasst (Urk. 13), der Sache nicht angemessen. Sodann sind die Bar aus lagen von Fr. 208.-- ungewöhnlich hoch. Insbesondere ist nicht nachvoll zieh bar, wes halb Fr. 186.-- für Fotokopien geltend gemacht werden, obschon das Akten dossier von der IV-Stelle in Kopie gratis bezogen werden konnte. Da der Prozess keinen Grund für einen ausserordentlichen Aufwand bot, ist der Auf wand auf einen angemessenen Umfang zu kürzen und die Prozessent sch ädi gung entspre chend auf Fr. 2'400.-- (inkl. Barauslagen und Mehrwert steuer von 8 %) festzu setzen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Die Gerichts kosten von Fr. 700.-- werden dem Beschwerdeführer auferlegt, zufolge Ge währung der unentgeltlichen Prozessführung jedoch einstweilen auf die Gerichts kasse genommen. D e r Beschwerdeführer wird auf § 16 Abs. 4 GSVGer hingewiesen. 3.

Die unentgeltliche Rechtsvertreter in des Beschwerdeführers, Rechtsanwältin Dr. Barbara Wyler, Frauenfeld, wird mit Fr. 2'400.--

(inkl. Barauslagen und MWSt ) aus der Ge richts kasse entschädigt. D e r Beschwerdeführer wird auf § 16 Abs. 4 GSVGer hinge wiesen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwältin Dr. Barbara Wyler -  
Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - Bundesamt für  
Sozialversicherungen

sowie an: - Gerichtskasse 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 Bundes gesetzes 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, zu zustellen.

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweis mit tel und die Unterschrift des Beschwerdeführers oder seines Vertreters zu ent hal ten; der angefochtene Entscheid sowie die als Beweismittel angerufenen Ur kunden sind beizulegen, soweit die Partei sie in Händen hat (Art. 42 BGG). Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich Die VorsitzendeDie Gerichtsschreiberin GrünigHartmann

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