

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2014.01015 vom 30. November 2015

ZH Sozialversicherungsgericht, 2015-11-30, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2014.01015

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2014.01015 du 30 novembre 2015

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2014.01015 del 30 novembre 2015

Erwägungen

E. 1.1

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]). Sie kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung [IVG]). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG).

E. 1.2

Anspruch auf eine Rente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG Versicherte, die: a.

ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können; b.

während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art.

E. 1.3

Ändert sich der Invaliditätsgrad einer Rentenbezügerin oder eines Rentenbezügers erheblich, so wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben (Art. 17 Abs. 1 ATSG). Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Insbesondere ist die Rente nicht nur bei einer wesentlichen Änderung des Gesundheitszustandes, sondern auch dann revidierbar, wenn sich die erwerblichen Auswirkungen des an sich gleich gebliebenen Gesundheitszustandes erheblich verändert haben (BGE 130 V 343 E. 3.5 mit Hinweisen). Eine Veränderung der gesundheitlichen Verhältnisse liegt auch bei gleich gebliebener Diagnose vor, wenn sich ein Leiden in seiner Intensität und in seinen Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit verändert hat (Urteile des Bundesgerichts 9C_261/2009 vom 1. Mai 2009 E. 1.2 und I 212/03 vom 28. August 2003 E. 2.2.3). Dagegen stellt die bloss unterschiedliche 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. Zeitliche Vergleichsbasis für die Beurteilung einer anspruchserheblichen Änderung des Invaliditätsgrades bilden die letzte rechtskräftige Verfügung oder der letzte rechtskräftige Einspracheentscheid, welche oder welcher auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Invaliditätsbemessung beruht (BGE 133 V 108; vgl. auch BGE 130 V 71 E. 3.2.3; Urteil des Bundesgerichts 9C_438/2009 vom 26. März 2010 E. 1 mit Hinweisen).

E. 1.4

Wird ein Gesuch um Revision eingereicht, ist darin – wie im Falle einer Neuanmeldung (vgl. BGE 133 V 108 E. 5.2) – glaubhaft zu machen, dass sich der Grad der Invalidität in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert hat (Art. 87 Abs. 2 und 3 der Verordnung über die Invalidenversicherung [IVV]). Nach Eingang eines Revisionsgesuches resp. einer Neuanmeldung ist die Verwaltung zunächst zur Prüfung verpflichtet, ob die Vorbringen der versicherten Person überhaupt glaubhaft sind; verneint sie dies, so erledigt sie das Gesuch ohne weitere Abklärungen durch Nichteintreten. Dabei wird sie unter anderem zu berücksichtigen haben, ob die frühere Verfügung nur kurze oder schon längere Zeit zurückliegt, und dementsprechend an die Glaubhaftmachung höhere oder weniger hohe Anforderungen stellen (ZAK 1966 S. 279, vgl. auch BGE 130 V 64 E. 5.2, 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. 3 IVV Nichteintreten beschlossen hat und die versicherte Person deswegen Beschwerde führt; hingegen unterbleibt eine richterliche Beurteilung der Eintretensfrage, wenn die Verwaltung auf das Revisionsgesuch resp. die Neuanmeldung eingetreten ist (BGE 109 V 108 E. 2b).

E. 1.5

Mit Art. 87 Abs. 2

und 3 IVV soll verhindert werden, dass sich die Verwaltung nach vorangegangener rechtskräftiger Leistungsverweigerung immer wieder mit gleich lautenden und nicht näher begründeten, das heisst keine Veränderung des Sachverhalts darlegenden Gesuchen befassen muss (BGE 109 V 108 E. 2a, 264 E. 3). Hingegen kann diese Eintretensvorschrift nicht dahingehend ausgelegt werden, dass die glaubhaft zu machende Änderung gerade jenes Anspruchselement betreffen muss, welches die Verwaltung der früheren rechtskräftigen Leistungsabweisung zugrunde legte. Vielmehr muss es genügen, wenn die versicherte Person zumindest die Änderung eines Sachverhalts aus dem gesamten für die Rentenberechtigung erheblichen Tatsachenspektrum glaubwürdig darlegt. Trifft dies zu, ist die Verwaltung verpflichtet, auf das neue Leistungsbegehren einzutreten und es in tatsächlicher (wie selbstverständlich auch in rechtlicher) Hinsicht allseitig zu prüfen (BGE 117 V 198 E. 3a und E. 4b; vgl. auch BGE 130 V 64 E. 5.2, 72 E. 2.2 mit Hinweisen). 2.

Streitig und zu prüfen ist die Frage, ob der Beschwerdeführer mit seinem Rentenerhöhungsgesuch glaubhaft gemacht hat, dass sich sein Gesundheitszustand im Zeitraum zwischen der Verfügung vom 12. Oktober 2010 (Urk. 7/167), mit welcher die Beschwerdegegnerin den Anspruch des Beschwerdeführers auf eine halbe Invalidenrente letztmals nach umfassender Abklärung des Sachverhaltes bestätigt hat, und der angefochtenen Verfügung vom 4. September 2014 (Urk. 2) in anspruchrelevanter Weise

verschlechtert hat. 3.

E. 1.7

Am 17. November 2008 stellte der Versicherte einen weiteren Antrag auf Erhöhung der Invalidenrente wegen einer Verschlechterung des Gesundheitszustandes (Urk. 7/143). Zur Glaubhaftmachung der Verschlechterung legte er den bei der IV-Stelle bereits vorhandenen und im vorangegangenen Rentenrevisionsverfahren berücksichtigten Bericht des Hausarztes Y.____ vom 6. November 2007 bei (Urk. 7/142). Die IV-Stelle trat mit Verfügung vom 16. Dezember 2008 nicht auf das Leistungsbegehren ein (Urk. 7/146).

E. 1.8

Das nächste Rentenerhöhungsgesuch erfolgte am 22. Januar 2009 (Urk. 7/148). Die IV-Stelle holte den Arztbericht von Dr. med. C.____, FMH Kardiologie und Innere Medizin, vom 4. Mai 2009 (Urk. 7/153), unter Beilage des Berichts des Herz-Kreislauf-Zentrums des D.____ vom 24. März 2009, Urk. 7/154/1) sowie den Verlaufsbericht des Hausarztes Y.____ vom 5. Januar 2010 (Urk. 7/157/3-4) ein. In der Folge liess sie das neurologische Gutachten von Dr. med. E.____, Facharzt für Neurologie FMH, vom 31. März 2010 erstellen (Urk. 7/163). Nach Durchführung des Vorbescheidverfahrens (Vorbescheid vom 1. September 2010, Urk. 7/166) wies die IV-Stelle das Rentenerhöhungsgesuch von X.____ mit Verfügung vom 12. Oktober 2010 ab (Urk. 7/167).

E. 1.9

Mit Schreiben vom 23. September 2013 teilte der Hausarzt Y.____ der IV-Stelle mit, der Versicherte zeige eine markante Verschlechterung der psychischen Verfassung im Sinne einer depressiven Entwicklung,

und es sei noch offen, wie weit sich die Rückenproblematik verschlechtert habe (Urk. 7/168). Nachdem der Versicherte von der IV-Stelle am 23. Oktober 2013 (Urk. 7/170) aufgefordert worden war, Arztberichte betreffend seine psychische Verfassung einzureichen, und er dieser Aufforderung nicht nachgekommen war, teilte die IV-Stelle dem Versicherten mit Vorbescheid vom 26. November 2013 mit, sie trete auf das Leistungsbegehren nicht ein (Urk. 7/171). Mit Verfügung vom 20. Januar 2014 trat die IV-Stelle nicht auf das Leistungsbegehren ein (Urk. 7/173).

E. 2

Mit bei der IV-Stelle am 18. November 1999 eingegangenem Schreiben ersuchte der Versicherte ein weiteres Mal um Prüfung seines Rentenanspruches (Urk. 7/29). Nach Durchführung des Vorbescheidverfahrens (vgl. Vorbescheid vom 13. Januar 2000, Urk. 7/30) trat die IV-Stelle mit Verfügung vom 14. März 2000 mangels glaubhaft gemachter wesentlicher Veränderung der Verhältnisse auch auf dieses Begehren nicht ein (Urk. 7/32). 1.

E. 3

Am 27. März 2000 reichte der Hausarzt des Versicherten, Y.____, Arzt für Allgemeinmedizin, der IV-Stelle einen mit einem neuen Renten gesuch verbundenen Arztbericht ein (Urk. 7/34). Die IV-Stelle liess dar aufhin durch die MEDAS Z.____ das polydisziplinäre Gutachten vom 25. April 2001 (Urk. 7/45) erstellen. Die Berufsberatung machte am 2. November 2001 Angaben zu den Verdienstmöglichkeiten in möglichen Verweisungstätigkeiten mittels dreier Profile aus der Dokumentation über Arbeitsplätze

(DAP) (Urk. 7/47). Mit Vorbescheid vom 9. November 2001 teilte die IV-Stelle dem Versicherten mit, sein Leistungsbegehren müsse abgewiesen werden, da sein Invaliditätsgrad

lediglich 32 % betrage (Urk. 7/48). Nachdem der Versicherte dagegen keine Einwände erhoben hatte,

wies die IV-Stelle das Leistungsbegehren mit Verfügung vom 27. November 2001 ab (Urk. 7/49). Die gegen diese Verfügung erhobene Beschwerde hiess das hiesige Gericht mit Urteil IV.2002.00018 vom 26. Februar 2003 in dem Sinne gut, dass es feststellte, dass der Versicherte ab dem 1. April 2001 bei einem Invaliditätsgrad von 43,3 % Anspruch auf eine Rente der Invalidenversicherung hat, und die Sache zur Prüfung des Vorliegens eines wirtschaftlichen Härtefalles an die IV-Stelle zurückwies (Urk. 7/59). Die IV-Stelle sprach X.____ in der Folge mit Verfügung vom 26. August 2003 in Bejahung des Vorliegens eines Härtefalles basierend auf einem Invaliditätsgrad von 43 % mit Wirkung ab dem 1. April 2001 eine halbe Invalidenrente zu (Urk. 7/74/1-3). 1.

E. 3.1

Gemäss dem polydisziplinären Gutachten der MEDAS Z.____ vom 18. Januar 2006 bestehen beim Beschwerdeführer folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (Urk. 7/104/10): 1. Chronisches thorako-lumbovertebrales bis -spondylogenes Syndrom (ICD- 10: M54.5 respektive M54.4) mit/bei

- Status nach BWK 11 Fraktur und operativer Stabilisierung 1993 - Wirbelsäulen- Fehlform und -Fehlhaltung - muskuläre

Dysbalance

- ohne Anhaltspunkte für zervikales oder lumbales, radikuläres sensibles oder motorisches Reiz- oder Ausfallsyndrom 2. Leichtgradig ausgeprägte depressive Episode (ICD-10 F32.0) 3. Geringgradiges extrapyramidal-motorisches Syndrom unbestimmter Aetiologie (ICD-10: G25.9) 4. Chronische Spannungskopfschmerzen mit intermittierend migräniformer Komponente mit visueller Aurasymptomatik (ICD-10: G44.2, G43.1) 5. Rezidivierende präsynkopale Zustände unbestimmter Aetiologie (ICD-10: R41.0) 6. DD: Epileptisch, vaskulär, kardial, vasovagal . 7. Verdacht auf Karpaltunnelsyndrom rechtsbetont anamnestisch (ICD-10: G56.0).

Der Beschwerdeführer lebe seit seinem 25. Lebensjahr in der Schweiz und habe vorerst als Bauarbeiter und später im Reinigungsdienst gearbeitet. Im Jahre 1993 habe er einen Arbeitsunfall erlitten und sei seither nicht mehr berufstätig gewesen (Urk. 7/104/32) . Im angestammten Beruf als Reiniger sei der Beschwerdeführer nach wie vor nicht arbeitsfähig. In einer angepassten, körperlich leichten bis intermittierend mittelschweren Tätigkeit bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 60 % entsprechend 5 Stunden am Tag. Es werde die Durchführung einer psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung in der Muttersprache des Beschwerdeführers und eine konsequent durchgeführte antidepressive Medikation mit regelmässigen Kontrollen des Serumspiegels empfohlen. Aus rheumatologischer Sicht mache - nach vorgängiger Instruktion durch eine Fachperson - die selbständige Durchführung einer medizinischen Trainingstherapie Sinn. In einer chronifizierten Situation seien die Erfolgsaussichten jedoch fraglich (Urk. 7/104/11) .

E. 3.2

.2

Im weiteren Verlaufsbericht vom 5. Januar 2010 (Urk. 7/157/3-4) führte Haus arzt Y.____ aus, der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers sei stationär bzw. habe sich eher verschlechtert. Der Beschwerdeführer sei andau ernd arbeitsunfähig in jeglicher Tätigkeit. Er zeige ein massiv eingeschränktes Bewegungsbild , und die Kommunikation sei auf ein Minimum beschränkt. Nach seinen Angaben verbringe der Beschwerdeführer den grössten Teil seiner Zeit zu Hause. Der Schlaf sei gestört und die Stimmung depressiv.

E. 3.2.1

Laut dem Verlaufsbericht des Hausarztes Y.____ vom 6. November 2007 (Urk. 7/126) ist zusätzlich ein Morbus Parkinson diagnostiziert worden. Der Gesundheitszustand habe sich verschlechtert , und der IV-Grad habe sich zweifelsohne auf mindestens 70 % erhöht.

E. 3.3

Gemäss dem Bericht des Kardiologen Dr. C.____ vom 4. Mai 2009 (Urk. 7/153) bestehen beim Beschwerdeführer ein persistierendes normokardes Vorhofflimmern (keine relevante strukturelle Herzkrankheit, keine Hinweise für eine koronare Herzerkrankung [SPECT 24.3.09], Anstrengungsdyspnoe der NYHA Klasse II), verschiedene rheumatologische Probleme und ein leichtes Par kinson-Syndrom. Die Prognose sei gut. Aus kardiologischer Sicht sei die Arbeitsfähigkeit für schwere körperliche Tätigkeiten eingeschränkt. Für leichte und mittelschwere Tätigkeiten bestehe keine Einschränkung.

E. 3.4

Laut dem neurologischen Gutachten von Dr. E.____

vom 3 1. März 2010 (Urk. 7/163 /12) können auf neurologischem Gebiet keine Diagnosen gestellt werden. In der Untersuchungssituation sei sehr auffällig erschienen, dass der Beschwerdeführer beim Versuch eines Gesprächs in deutscher Sprache sehr leise, schlecht artikuliert und mit belegter Stimme gesprochen habe. Nach Bei zug eines Dolmetschers habe er dann überraschend laut und klar artikuliert gesprochen. Nach zuvor gehemmter Mimik und Gestik habe er eine sehr leb haft e Psychomotorik entwickelt, wie man sie bei einem fortgeschrittenen Mor bus Parkinson sicher nicht antreffen würde. Es komme hinzu, dass bei der aktu ellen Medikamentenspiegelbestimmung keines der als regelmässig eingenom men angegebenen Medikamente (Antidepressiva, Antiepileptikum und Anti par kinsonmittel) im Blut nachweisbar gewesen sei. Es bestünden daher generelle Zweifel an der Glaubwürdigkeit der neurologischen Beschwerden, zumal der Beschwerdeführer auch nach mehrfacher Nachfrage an seinen Angaben zur Dauermedikation festgehalten habe. Aus rein neurologischer Sicht sei deshalb von einer 100%igen Arbeitsfähigkeit auch in der angestammten Tätigkeit aus zugehen.

E. 3.5.1

Gemäss dem Schreiben von Dr. F.____ vom 2 6. Mai 2014 (Urk. 7/182) hat er den Beschwerdeführer erstmals im Jahr 2001 konsiliarisch im Auftrag von Hausarzt Y.____ untersucht. Anlässlich der auf dessen Wunsch durchgeführten neuerlichen Abklärungen vom 2 2. Oktober 2013 und 2 9. April 2014 präsentier e sich der Beschwerdeführer als sehr auffälliger, kranker und leidender Patient. Er klage über massive Schmerzen im Rücken mit Ausstrah lungen und Kraftlosigkeit vor allem im linken Bein, weshalb er nur ca. 10 Minuten laufen könne. Im Sitzen müsse er häufig die Lage verändern und ste hen könne er nur kurze Zeit mit massiven Schmerzen. Besonders plage ihn das massive Gedankenkreisen

mit vielen Ängsten vor der Zukunft. Dies führe oft zu Einschlaf- und Durchschlafstörungen. Der Beschwerdeführer sei immer traurig, ohne Antrieb, ohne Lust und geplagt von vielen Schuldgefühlen. Deshalb habe er auch oft Gedanken an Suizid. In der Hamilton-Depressionsskala sei der Beschwerdeführer auf 37 von 70 Punkten gekommen, wobei mehr als 26 Punkte eine schwere Depression bedeuten würden. Zudem leide der Beschwerdeführer an einem Parkinson-Syndrom, das ihn zusätzlich handycapriere. Angesichts der offenen Tatsache, dass der Beschwerdeführer psychiatrisch und somatisch schwer krank sei und es weder ihm noch dem Hausarzt möglich gewesen sei, die Beschwerdegegnerin von seiner Arbeitsunfähigkeit zu überzeugen, bitte er um eine Untersuchung durch den RAD, damit sich dieser selber ein Bild machen könne.

E. 3.5.2

Im MRI der LWS vom 12. Mai 2014 zeigte sich gemäss dem von Dr. F.____ beige legten Bericht des Institutes für Radiologie und Nuklearmedizin des H.____ (Urk. 7/183/1) folgendes: „Im Vergleich zum MRI 2009 stationärer Befund bei vorbestehend bereits umschriebenen, degenerativ veränderten Diskus L5/S1 mit möglicher extraforamineller Irritation L5 beidseits, links evtl. intraforaminell. Weniger stark degenerativ veränderter Diskus L4/5 ohne Beeinträchtigung neuraler Strukturen. In beiden Segmenten fortgeschrittene Facetengelenksdegeneration.“

E. 3.5.3

Im von Dr. F.____ zudem beigelegten Bericht vom 18. Mai 2014 diagnostizierte Hausarzt Y.____ ein chronisches lumbospondylogenes Syndrom bei Osteochondrose und Diskopathie lumbal, ein normokardes Vorhofflimmern sowie ein Parkinsonsyndrom und erhob folgenden Status: „60-jährig, 174 cm, 91,2 kg, BMI 30 (Adipositas), reduzierter Allgemeinzustand, Pulsarrhythmie, Blutdruck 130/70, Herztöne rein, kein Geräusch, unauffällige Auskultation der Lungen. Kyphose der BWS mit Schulterschiefstand und Beckenschiefstand links, Schongang. Wegen Kraftlosigkeit ist der Einbeinstand links nicht möglich. Im Übrigen symmetrische Koordination. Lasègue beidseits ab 40° schmerzhaft. Periphere Zirkulation unauffällig. Der Fingerbodenabstand ist nicht prüfbar wegen Schonhaltung des Patienten. Periphere Sensomotorik intakt. Ebenso Hirnnerven.“

E. 3.6

RAD-Ärztin Dr. G.____ führte in ihrer Stellungnahme vom 18. Juli 2014 (Urk. 7/184/2-3) aus, eine Verschlechterung sei vom Beschwerdeführer nicht dargestellt worden. Langjährige Arbeitslosigkeit berge gemäss evidenzbasierter Arbeitsmedizin ein sehr grosses Risiko für eine psychische Verschlechterung. Eine depressive Entwicklung sei zu einer Schmerzstörung gehörig und könne nicht als losgelöste Entität (Komorbidität) betrachtet werden. Es handle sich also nicht um eine endogene Depression, sondern eine Depression im Rahmen der Schmerzstörung. Sämtliche somatisch beklagten Beschwerden seien bereits im Jahre 2005 geltend gemacht worden. Auf weitere Abklärungen sei zu verzichten, da zahlreichste Untersuchungen durchgeführt worden seien und kein organisches Korrelat für die Schmerzen habe gefunden werden können. Es sei für die Schmerzstörung pathognomonisch, dass viel zu viele unnötige Abklärungen getätigt würden. 4.

E. 4

Am 27. Oktober 2004 (Eingangsdatum) stellte X.____

den Antrag auf Erhöhung der Invalidenrente infolge Verschlechterung des Gesundheitszustandes (Urk. 7/77). Auf dieses Gesuch trat die IV-Stelle mit Verfügung vom 30. Dezember 2004 nicht ein, da keine neuen Tatsachen geltend gemacht worden seien (Urk. 7/79). 1.

E. 4.1

Wie eingangs erwähnt (vgl. E. 1.4), ist es in erster Linie Sache der um eine Revision ersuchenden versicherten Person, substantielle Ansatzpunkte aufzuzeigen, die eine neue Prüfung des Leistungsanspruches allenfalls rechtfertigen könnten. Eine Verpflichtung der IV-Stelle zur weiteren Abklärung besteht – entgegen der vom Beschwerdeführer offenbar vertretenen Auffassung (Urk. 1) - 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 (Urteil des Bundesgerichtes 9C_705/2014 vom 13. Juli 2015 E. 5.1 mit Hinweis).

Angesichts der Tatsache, dass der Beschwerdeführer seit einem im Jahre 1993 erlittenen Arbeitsunfall keiner Erwerbstätigkeit mehr nachgeht, sich für voll ständig arbeitsunfähig hält und das fünfte Rentenerhöhungsgesuch seit der Zusprechung der halben Invalidenrente vom 18. Mai 2006 (Urk. 7/111/1-2) ein gereicht hat,

hat die Beschwerdegegnerin zu Recht (vgl. E. 1.4) einen erhöhten Massstab an die Glaubhaftmachung der Verschlechterung angelegt.

E. 4.2

Wie RAD-Ärztin Dr. G.____ richtig ausführt, ist in somatischer Hinsicht keine Verschlechterung des Gesundheitszustandes ersichtlich (vgl. E. 3.6). Nach dem die Beschwerdegegnerin im Jahre 2010 den Beschwerdeführer durch Dr. E.____ hat neurologisch begutachten lassen und dieser das Vorliegen einer Parkinson-Erkrankung explizit ausgeschlossen hat (Urk. 7/163), genügt es für die Glaubhaftmachung einer Verschlechterung des Gesundheitszustandes jedenfalls nicht, wenn der nicht fachkundige Hausarzt diese Diagnose erneut erwähnt, ohne sie weiter zu begründen. Dessen Bericht vom 18. Mai 2014 wie auch dem Bericht betreffend das MRI der LWS vom 12. Mai 2014 (vgl. E. 3.5.2 und E. 3.5.3) sind sodann keine objektiven Befunde zu entnehmen, welche nicht schon in den früheren Verfahren berücksichtigt worden sind. 4. 3

Bezüglich des psychischen Gesundheitszustands ist festzuhalten, dass der Beschwerdeführer sich in den vergangenen Jahren weder in regelmässiger psychiatrischer Behandlung befunden noch antidepressive Medikamente eingenommen hat (gemäss den Feststellungen im neurologischen Gutachten von Dr. E.____ vom 31. März 2010 war unter anderem das damals verordnete Antidepressivum im Serumspiegel nicht nachweisbar [Urk. 7/163/12 und Urk. 7/163/15]; im Bericht von Hausarzt Y.____ vom 14. Mai 2014 wird unter dem Titel „Aktuelle Medikation“ kein Antidepressivum aufgeführt [Urk. 7/183/2). Dies lässt aber nicht auf eine Erhöhung des psychischen Leidensdruckes schliessen. Dr. F.____ erhebt in seinem Bericht vom 26. Mai 2014 sodann keine objektiv-eigenen Befunde, sondern verweist lediglich auf die Hamilton-Depressionsskala, laut welcher der Beschwerdeführer angeblich eine Punktezahl erreicht, welche einer schweren Depression entspricht. Zu beachten ist ausserdem, dass Dr. F.____ laut einem im Urteil des hiesigen Gerichtes vom 26. Februar 2003 (Urk. 7/59/7) zitierten Bericht vom 4. Februar 2002 den

Beschwerdeführer schon zu jenem Zeitpunkt deutlich kränker beurteilte als die MEDAS-Gutachter und eine ausgeprägtere

Somatisierungsstörung in einer destruktiven Dynamik diagnostizierte. Auf genauere Befragung seiner Stimmung und insbesondere seiner sozialen Situation habe sich eine schwere Depression mit resignativen Zügen und vor allem suizidalen Zügen gezeigt. An eine Arbeitsfähigkeit sei bei dieser Gesamtsituation (komplexes Zusammenspiel von soziokulturellem Hintergrund, narzisstischer Verletzung, realen Beschwerden und mässiger bis schwerer Depression) nicht zu denken. Vielmehr sei der Beschwerdeführer mit dem Gedanken an die Aufnahme einer Erwerbstätigkeit völlig überfordert. Es besteht daher auch kein Grund zur Annahme, dass sich der psychische Gesundheitszustand des Beschwerdeführers massgeblich verschlechtert haben könnte. 5.

Zusammenfassend ist die Beschwerdegegnerin damit zu Recht zum Ergebnis gelangt, dass der Beschwerdeführer mit seinem Rentenerhöhungsgesuch nicht glaubhaft dargelegt hat, dass sich die tatsächlichen Verhältnisse seit der letzten Rentenprüfung wesentlich verändert haben.

Demnach ist sie auf das Gesuch zu Recht nicht eingetreten. Die Beschwerde ist deshalb abzuweisen. 6.

Gemäss Art. 69 Abs. 1 bis IVG ist abweichend von Art. 61 lit. a ATSG das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von 200-1000 Franken festgelegt.

Die Gerichtskosten sind auf Fr. 600.-- festzusetzen und dem Beschwerdeführer aufzuerlegen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde

wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 600.-- werden dem Beschwerdeführer auferlegt. Rechnung und Einzahlungsschein werden dem Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - X.____ - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - Bundesamt für Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft) 4.

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). Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich Der VorsitzendeDer Gerichtsschreiber HurstBrügger

E. 5

Am 5. Januar 2005 (Eingangsdatum) stellte X.____ einen weiteren Antrag auf Erhöhung seiner Invalidenrente (Urk. 7/80). Darauf trat die IV-Stelle mit Verfügung vom 2. März 2005 wiederum nicht ein (Urk. 7/85). In Gutheissung der dagegen vom Versicherten erhobenen Einsprache vom 30. März 2005 (Urk. 7/89) hob sie diese Verfügung mit Entscheid vom 13. April 2005 auf und entschied, auf das Rentenerhöhungsgesuch einzutreten und weitere Abklärungen vorzunehmen (Urk. 7/93). Sie holte die Arztberichte von Dr. med. A.____, FMH für Allgemeine Medizin, vom 17./19. April 2005 (Urk. 7/94) und von Dr. med. B.____, Facharzt FMH für Neurologie, vom 26. April 2005 (Urk. 7/95) ein. Sodann liess sie das poly disziplinäre Gutachten der MEDAS Z.____ vom 18. Januar 2006 erstellen (Urk. 7/104). Mit Verfügung vom 18. Mai 2006 sprach sie dem Versicherten mit Wirkung ab dem 1. Januar 2006 nunmehr basierend auf einem Invaliditätsgrad von 53 % eine halbe Invalidenrente zu (Urk. 7/111/1-2). Die gegen diese Verfügung erhobene Einsprache

vom 31. Mai 2006 (Urk. 7/112) wies die IV-Stelle mit Entscheid vom 13. November 2006 ab (Urk. 7/119). 1.6

Im Fragebogen betreffend Rentenrevision vom 6. Juni 2007 gab X.____ an, sein Gesundheitszustand habe sich verschlechtert (Urk. 7/121). Der Hausarzt Y.____ teilte der IV-Stelle am 27. Juli 2007 mit, er könne keinen Arztbericht erstellen, da der Versicherte nicht erreichbar sei (Urk. 7/122/4). Am 6. November 2007 reichte er nach doch noch erfolgter Untersuchung des Versicherten den Arztbericht ein (Urk. 7/126). Die IV-Stelle gelangte zum Ergebnis, dass keine Verschlechterung des Gesundheitszustandes ausgewiesen sei, und teilte dem Versicherten am 4. Dezember 2007 mit, er habe unverändert Anspruch auf die bisherige Rente bei einem Invaliditätsgrad von 53 % (Urk. 7/128).

E. 6

ATSG) gewesen sind; und c.

nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art.

E. 8

ATSG) sind.

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

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