

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2015.00908 vom 16. September 2016

ZH Sozialversicherungsgericht, 2016-09-16, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2015.00908

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2015.00908 du 16 septembre 2016

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2015.00908 del 16 settembre 2016

Erwägungen

E. 1

. Dezember 2014 unter Beilage des Berichtes des Z.____ vom 16. Oktober 2014 (Urk. 12/89) sowie des Berichtes des A.____ vom 9. September 2014 (Urk. 12/89/5 ff.) mit, dass sich sein Gesundheitszustand in den letzten 12 Monaten verschlechtert habe (Urk. 12/90). Nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren (Vorbescheid vom 8. April 2015, Urk. 12/92; Einwand vom 11. Mai 2015, Urk. 12/93; ergänzende Einwandbegründung vom 9. Juni 2015, Urk. 12/97) trat die IV-Stelle mit Verfügung vom 30. Juli 2015

auf das Leistungsbegehren nicht ein (Urk. 2).

E. 2

Hiergegen erhob der Versicherte am 7. September 2015 Beschwerde und beantragte, es sei die angefochtene Verfügung aufzuheben und es sei ihm eine Dreiviertelrente zuzusprechen. In prozessualer Hinsicht ersuchte er um unentgeltliche Prozessführung (Urk. 1). Mit Beschwerdeantwort vom 2. November

2015 (Urk. 11 unter Beilage ihrer Akten, Urk. 12/1-101) schloss die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde, was dem Beschwerdeführer am 7. November 2015 zur Kenntnis gebracht wurde (Urk. 13).

E. 2.1

Wurde eine Rente wegen eines zu geringen Invaliditätsgrades verweigert, so wird nach Art. 87 Abs.

E. 2.2

Mit dem Beweismass des Glaubhaftmachens im Sinne des Art. 87 Abs. 2 und 3 IVV sind herabgesetzte Anforderungen an den Beweis verbunden: Die Tatsachenänderung muss nicht nach dem im Sozialversicherungsrecht sonst üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (BGE 126 V 353 E.

5b) er stellt sein. Es genügt, dass für das Vorhandensein des geltend gemachten rechts erheblichen Sachumstandes wenigstens gewisse Anhaltspunkte bestehen, auch wenn durchaus noch mit der Möglichkeit zu rechnen ist, bei eingehender Abklärung werde sich die behauptete Änderung nicht erstellen lassen (BGE 130 V 64 E. 5.2, 130 V 71 E. 2.2 mit Hinweisen). Erheblich ist eine Sachverhaltsänderung, wenn angenommen werden kann, der Anspruch auf eine (höhere) Invalidenrente sei begründet, falls sich die geltend gemachten Umstände als richtig erweisen sollten (Urteil des Bundesgerichts 8C_844/2012 vom 5. Juni

2013 E. 2.3 mit Hinweisen auf 8C_1009/2010 vom 7. April 2011 E. 2.2 und 9C_838/2011 vom 28. Februar 2012 E. 3.3.2).

E. 3

der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV) eine neue Anmeldung nur geprüft, wenn die Voraussetzungen gemäss Abs. 2 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. Tritt die Verwaltung auf die Neuanschuldung ein, so hat sie die Sache materiell abzuklären und sich zu vergewissern, ob die von der versicherten Person glaubhaft gemachte Veränderung des Invaliditätsgrades auch tatsächlich eingetreten ist; sie hat demnach in analoger Weise wie bei einem Revisionsfall nach Art. 17 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) vorzugehen (BGE 117 V 198 E. 3a, vgl. auch BGE 133 V 108 E. 5.2). Stellt sie fest, dass der Invaliditätsgrad seit Erlass der früheren rechtskräftigen Verfügung keine Veränderung erfahren hat, so weist sie das neue Gesuch ab. Andernfalls hat sie zu nächst noch

zu prüfen, ob die festgestellte Veränderung genügt, um nunmehr einen anspruchsbegründenden Invaliditätsgrad zu bejahen, und hernach zu beschliessen. Im Beschwerdefall obliegt die gleiche materielle Prüfungspflicht auch dem Gericht (BGE 117 V 198 E. 3a, 109 V 108 E. 2b).

E. 3.1

Die Verfügung vom 7. Dezember 2010 (Urk. 12/82) basierte auf einer umfassenden materiellen Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Durchführung eines Einkommensvergleichs, womit sie als zeitlicher Referenzpunkt heranzuziehen ist. In medizinischer Hinsicht stützte sich die Verfügung auf das Gutachten des Y.____ vom 8. März 2010 (Urk. 12/65).

Die begutachtenden Ärzte des Y.____ hielten folgende Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit fest (Urk. 12/65/27): - Lumbospondylogenes und residuelles

radikuläres sensomotorisches Ausfallsyndrom S1 links - Status nach dorsaler Dekompression, Ossikelentfernung

Facettengelenk bei dseits

bei

Claudicatio

spinalis bei Spinalkanalstenose L3/4, Diskopathie L3/4 und atypischer Lyse

L3 im 07/2006 - beginnende Osteochondrose L5/S1, Diskopathie L1/2, anlagebedingt enger Spinalkanal - Asymmetrie Facettengelenke L4/5 - Status nach Diskographie L3/4 und L4/5 - Status nach Facettengelenksinfiltration L5/S1 beidseits, L4/5 beidseits und L3/4 beidseits (diagnostisch) - Status nach Facettengelenksinfiltration L5/S1 beidseits (therapeutisch) - Status nach Wurzelinfiltration S1 links 02/2006 - Gleitinstabilität L3/4, leichte Retrolisthese L3/4 - Zervikospöndylogenes Schmerzsyndrom bei Spondylarthrose C2/3 und C3/4 - Status nach zervikalen Infiltrationen (nicht näher bezeichnet) - Hypermobilität C4/5 (Retrolisthese C4/5 maximal Grad 1 nach Maierding)

Ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit notierten sie folgende Diagnosen (Urk. 12/65/28): - Anpassungsstörung mit länger er depressiver Reaktion (ICD-10 F43.21) - Verdacht auf Status nach Vaskulitis unklarer Ätiologie - a ktenanamnestisch Status nach passagerer Erhöhung des atypischen ANCA-Titers - Verdacht auf ältere Vaskulitis -bedingte Infarkte im Caput nucleii

cau dati , Kapselknie und frontalem Marklager links (MRI

Neurokranium) - Verdacht auf ältere Vaskulitis -bedingte Gefäßveränderung A. cerebri media links - intramedulläre kleine T2-Hyperintensität, nicht kontra stmittelaufnehmend , oberhalb Ni veau Bandscheibe C4/5 links - aktuell kein Hinweis für aktive Vaskulitis

- Status nach Instabilität am linken Sprunggelenk - offe ne Refixation am Lig .

fibulo-cal canearum mit Straffung und Aug mentation über dem Periostlappen links am 17.02.2009 - Status nach Abszess inguinal und am Gesäss mit lokaler operativer Entfernung - Hypercholesterinämie - anamnestisch Statin -Unverträglichkeit - Codein-induzierte Obstipation - Status nach Nikotinabusus (ca. 10 py)

Die Ärzte konstatierten (Urk. 12/65/28 ff.) , dass der Beschwerdeführer seit ca. 2005

an zunehmenden lumbalen Rückenschmerzen mit Schmerzausstrahlung in das linke Bein leide . Im Verlauf habe die Diagnose einer Spinalkanalstenose gestellt werden können . Initial habe der Beschwerdeführer eine konservative Therapie mit Infiltration, Physiotherapie und medikamentöser analgetischer Therapie erhalten , da es hierunter jedoch zu keiner Schmerzbesserung gekommen sei , sei am 3. Juli 2006 eine Dekompressionsoperation erfolgt . Hierunter hätten sich die Rückenschmerzen passager nur leicht gebessert. Ca. 2007 sei es zu einer erneuten Schmerzexazerbation der lumbalen Rückenschmerzen gekommen . Mittels radiologischer Bildgebung (MRI der LWS, CT der LWS) habe 2007 eine erneute Spinalkanalenge sowie eine sekundäre Instabilität gesehen werden könne n . Es seien erneute Infiltrationen, medikamentöse analgetische Therapie und manualtherapeutische Massnahmen erfolgt . Hierunter sei es jedoch zu keiner Besserung der Schmerzen gekommen . So sei 04/2009 durch PD Dr. med. C.____ die Indikation für eine operative Stabilisation (Spondylodese) empfohlen worden . Eine erneute Operation sei durch den Beschwerdeführer jedoch bisher abgelehnt worden , insbesondere da nach der 1. Operation keine wesentliche Schmerzbesserung eingetreten sei. Neben den Schmerzen im LWS-Bereich leide er auch unter Schmerzen im Nacken-Schulter-Bereich. Hier habe ein zervicooccipitales Schmerzsyndrom diagnostiziert werden können bei Spondylarthrosen C2/3 und C3/4 und einer Instabilität C4/5 (Retrolisthese C4/5 maximal Grad 1 nach Maierding). In einem MRI der HWS von 09/2006 hätten sich akuten anamnestisch keine Diskushernien oder Protrusionen gezeigt. Es habe sich lediglich der Nachweis einer T2-Hyperintensität intramedullär gefunden , oberhalb des Niveaus der Bandscheiben C4/5 differenzialdiagnostisch im Rahmen einer älteren vaskulitischen Läsion. Unter konservativer medikamentöser Analgesie, rezidivierenden Infiltrationen und Physiotherapie sei es bis dato zu keiner Besserung der zervicooccipitalen Schmerzen gekommen . Im neurologischen wie auch im rheumatologischen Gutachten könne aktuell die Diagnose eines lumbospondylogenen und residuellen

radikulären sensomotorischen Ausfallssyndroms

S1 links gefunden werden bei Status nach dorsaler Dekompression im Juli 200

E. 3.2

Im Rahmen der Neuanmeldung reichte der Beschwerdeführer den Bericht der Ärzte des A.____ vom 9. September 2014 und den Bericht von Dr. med. E.____, Facharzt Psychiatrie und Psychotherapie FMH, und Dr. phil. F.____ des Z.____ vom 16. Oktober 2014 ein (Urk. 12/89; Urk. 3/1-2).

E. 3.2.1

Die Ärzte des A.____ hielten in ihrem Bericht zur Interdisziplinären Schmerzbehandlung folgende, nachfolgend gekürzt wiedergegebenen, Diagnosen fest (Urk. 12/89/5, vgl. Urk. 3/1): - Cervikozephalisches Syndrom - Thorakoverbrales Syndrom - Persistierendes lumbal-radikuläres Reizsyndrom S1 links - Chronische Kopfschmerzen links betont (Erstdiagnose 2000, G.____

3. März 2014) - Beinschmerzen links - Prostatahyperplasie Stadium I - Mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F32.1) - Anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4) - Adipositas - Arterielle Hypertonie, behandelt - Hyperlipidämie, behandelt - Status nach Nikotinabusus - Penicillinallergie

Die Ärzte konstatierten in Bezug auf eine Verschlechterung der Symptomatik seit 2010, dass der Beschwerdeführer aus anästhesiologischer Sicht keine Verschlechterung geäußert habe. Aus orthopädisch-chirurgischer Sicht hätten bei Spritzen cervikal die Kopfschmerzen nicht gebessert, lumbal habe er jeweils mit Kortison nur während zwei Wochen eine Besserung gespürt. Aus Wirbelsäulen-chirurgischer Sicht liege eine deutliche klinische Verschlechterung vor. Aus rheumatologischer Sicht sei die Verschlechterung der Symptomatik seit 2010 mild. Psychosomatisch aus psychiatrischer Sicht bestünden deutlich mehr Schmerzen und eine Depression (Urk. 12/89/11).

Aus psychiatrischer Sicht sei der Beschwerdeführer subjektiv auch für angepasste Tätigkeiten 100 % arbeitsunfähig. Das positive Leistungsbild bestehe aus 60 Minuten Autofahren, ca. 30 Minuten Gehen, wenig Hilfe im Haushalt. Als negatives Leistungsbild sei anzuführen, dass aufgrund von Schmerzen kein längeres Sitzen und Stehen, keine längeren einseitigen Tätigkeiten, kein Stress und kein Publikumsverkehr (wegen Aggressionen) möglich sei. Objektiv beurteilt sei der Beschwerdeführer auch für angepasste Tätigkeiten 100 % arbeitsunfähig, dies aufgrund der Fremdanamnese, der neuropsychologisch bestätigten Depression sowie der anderen Diagnosen, des positiven und negativen Leistungsbildes. Psychiatrisch bestünden kognitive Defizite, neuropsychologisch bestehe eine Depression (Urk. 12/89/11).

Aus somatischer Sicht konstatierten die Ärzte in Bezug auf die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers folgendes (Urk. 12/89/11 f.):

Aus schmerztherapeutischer Sicht sei der Beschwerdeführer für die bisherige Tätigkeit als Produktionsmitarbeiter sowie unter Berücksichtigung der Persönlichkeit des Beschwerdeführers 100 % arbeitsunfähig. Aus Wirbelsäulen-chirurgischer Sicht bestehe eine verminderte Belastbarkeit des Achsenorgans: Für alle Tätigkeiten mit schwerem Heben oder Tragen von Lasten sowie in WS-belastenden Tätigkeiten und in Zwangshaltung, für langandauerndes reines Stehen, insbesondere in vorübergehender Körperhaltung, für alle Tätigkeiten mit repetitiven Rumpf- oder HWS-rotierenden Stereotypen sowie Arbeiten überwiegend im Überkopfbereich sei der Beschwerdeführer auf Grund der medizinischen Diagnose nicht geeignet. Zumutbar erschienen körperlich

leichte Tätigkeiten in WS-adaptierten Wechselpositionen mit der Möglichkeit zum Wechseln zwischen Sitzen, Stehen und Gehen, sowie ohne Heben von schweren Lasten, nicht mehr als 5

kg kurzfristig und 2

kg längerfristig. In einer solchen, der Behinderung angepassten Tätigkeit sei der Beschwerdeführer aus somatischer Sicht 30 % arbeitsfähig. Aus rein orthopädischer Sicht könne aufgrund des Rückenleidens ohne nachweisbare radiikuläre

Symptome in einer gut angepassten Arbeit nur in der Eingliederungsphase eine Arbeitszeiteinschränkung von 50 % attestiert werden. Internistisch-kardiologisch bestehe eine vollumfängliche Arbeitsfähigkeit. Von Seiten des rheumatologischen Fachgebietes sei der Beschwerdeführer bis auf Tätigkeiten ohne Heben und Tragen von Lasten, längeren Zwangshaltungen, Kälte- und Nässeexposition und Tätigkeiten, die häufiges Bücken erforderten, zu 100 % arbeitsfähig. Unter Berücksichtigung aller Facetten der Persönlichkeit des Beschwerdeführers sei er aus schmerztherapeutischer Sicht zu 100 % arbeitsunfähig.

Konsensual aus somatisch und psychiatrischer Sicht sei festzuhalten, dass der Beschwerdeführer aus somatischer Sicht zwischen 50-100 % und aus psychiatrischer Sicht zu 100 % arbeitsunfähig sei. Auch in angepassten Tätigkeiten sei er vollumfänglich arbeitsunfähig, eine Arbeitstätigkeit sei ihm nicht zuzumuten (Urk. 12/89/12).

E. 3.2.2

Im Bericht vom 16. Oktober 2014 zuhanden des Vertreters des Beschwerdeführers nahmen Dr. E.____ und Dr. phil.

F.____ Stellung zur Verschlechterung des gesundheitlichen Zustands und bezogen sich dabei auf den Bericht der interdisziplinären Schmerzbehandlung A.____ vom 9. September

2014 (Urk. 12/89;

Urk. 3/2):

Im Jahr 2010 seien die Symptome wie folgt beschrieben worden: Schme rzen, Schmerzen Ohr links, Bein links, Rückenschmerzen, aktive Vaskulitis, keine durchgehende Niedergeschlagenheit, weniger Lust zum Reden, keine Konzentrationsstörungen, Einschlafstörungen. 2014 seien die Symptome folgendermaßen: Der Beschwerdeführer beklage, seit 2006 unter Kopf- und LWS-Schmerzen zu leiden. Er verstehe sein Verhalten nicht mehr, habe Aggressionen, sei in eine Scheibe gelaufen, leide unter Depressionen mit Lust- und Interesselosigkeit (keine Lust, aufzustehen, zu spazieren, gehe nur in der Wohnung hin und her, keine Lust, mit der Familie zu sprechen), Müdigkeit, Rückzug, Antriebslosigkeit (häufig keine Bewegung mehr), Gedankenkreisen, Existenzängste, Konzentrationsstörungen (neuropsychologisch bestätigt, siehe unten), Vergesslichkeit (neuropsychologisch bestätigt, siehe unten), Sinnlosigkeitsgedanken, Schlafstörungen (siehe Tagesablauf 2014), keine Appetitveränderung. Damit seien die ICD-10 Kriterien für eine mittelgradige depressive Episode vollständig erfüllt. Eine Anpassungsstörung sei schon nur wegen der langen Dauer seit 2006 nicht mehr zu rechtfertigen (2 Jahres-Frist). Gelegentlich trinke er Alkohol, kein Nikotin, keine Drogen, kein Medikamentenmissbrauch. Suizidideen seien anamnestisch vorhanden, Suizidversuche

oder akute Suizidalität liege nicht vor (Urk. 12/89/2) .

Bezüglich des Tagesablaufes hielten Dr. E.____ und Dr. phil. F.____ fest, dass im 2010 nur Einschlafstörungen beschrieben seien . Im Jahr 2014 bestünden deutliche Schlafstörungen: Die Bettruhe sei um ca. 23 .00 Uhr, dann bestünden Einschlafstörungen für ca. eine Stunde . Er schlafe dann 3 Stunden durch, stehe auf, nehme die Medikamente, gehe auf die Toilette und versuche erneut, zu schlafen, so bis am Morgen .

Die Ehefrau berichte , der Beschwerdeführer sei sehr nervös, er schreie sofort, widerspreche häufig. Im Haushalt könne er nur sehr wenig mithelfen. Geschirr einräumen, Geschirr versorgen sei möglich, leichtes Kochen ebenfalls. Die schweren Arbeiten würden von der Ehefrau und Kindern erledigt, manchmal helfe er mit beim Einkauf. Autofahren gehe noch ca.

20 Min. In der D.____ sei die Situation nicht besser, viel mehr Schmerzen und Depression. Die Reise dort hin werde im Flugzeug zurückgelegt.

Dr. E.____ und Dr. phil. F.____ konstatierten, dass nun eindeutige objektive kognitive Einschränkungen in Zusammenhang mit den progredienten zentral nervösen Veränderungen (18.02.14 MRI Kopf, G.____ 03.03.14) vorhanden seien : Unveränderte hochgradige Stenose der Arteria cerebri media links im M1 -Segment abgangsnah mit unveränderten lenticulostriären Kollateralen. Keine piale

Kollateralisierung . Unveränderte Zeichen einer Hypoperfusion links mit multiplen alten Infarkten im Gyrus

frontalis

superior und medius links , im Caput nuclei

caudati und im Putamen , sowie diskreter Atrophie frontal links im Seitenvergleich.

Neuropsychologische Einschränkungen bestünden gemäss den Angaben des Z.____

vom 07. Januar 2013 folgende : Deutliche Einschränkung der Konzentration (VIGIL), deutliche Ermüdungszeichen über die Zeit, deutliche Einschränkungen des Langzeitgedächtnisses (FVW). Im November 2013 habe der Beschwerdeführer im Z.____ folgende Resultate erreicht : Die Konzentration und Aufmerksamkeit sei deutlich eingeschränkt (VIGIL, DAUF). Das Kurzzeitgedächtnis sei unter dem Durchschnitt (CO RSI), das Langzeitgedächtnis sei ebenfalls eingeschränkt (FVW). Die Reaktionszeit sei ebenfalls deutlich erhöht und unter dem Durchschnitt (RT). Komplexe Anforderungen könne der Beschwerdeführer durchschnittlich gut bewältigen (DT). Das logische Denken sei im Durchschnitt (SPM). Es gebe kein Hinweis auf eine mögliche hirnorganische Mitbeteiligung (PERSEV).

Der Beschwerdeführer sei äusserlich gepflegt, altersentsprechend, bewusstseinsklar und allseits orientiert; in der emotionellen Kontaktaufnahme abwartend, gehemmt, sachlich, aktiv im Spontanverhalten. Die Stimmung sei deutlich depressiv-resigniert, affektiv unkontrolliert; er sei im Gesprächsverlauf verbal mitteilungsaktiv, schildere sein Symptomenleben und -verhalten im Zusammenhang mit unbekanntem Ursachen. Er sei kognitiv in Aufmerksamkeit, Konzentration, Merkfähigkeit und Gedächtnis verlangsamt bzw. deutlich eingeschränkt (s. neuropsychologische Testung) . Es bestehe eine deutliche Vergesslichkeit. Das Denken sei formal beweglich, inhaltlich problemzentriert. Anhaltspunkte für psychotische Ergebnisse (Wahn, Wahrnehmungs- oder Ich-

Störungen) lägen keine vor. Anamnestisch bestünden deutliche Suizidgedanken/-wünsche, aber keine SV, keine konkreten Ausführungspläne, aktuell keine akute Suizidalität (Urk. 12/89/3).

In Bezug auf die Arbeitsfähigkeit wiederholten sie ihre Ausführungen aus dem Bericht des A.____ vom 9. September 2014 (Urk. 12/89/4; vgl. E. 3.2.1). 4. 4.1

Der Beschwerdeführer bringt vor, dass sich sein psychischer Gesundheitszustand verschlechtert habe. 4.1.1

Im Bericht von Dr. E.____ und Dr. phil. F.____ wurden zahlreiche, auch nicht psychiatrische Diagnosen gestellt (Urk. 12/89/3 f.) und sie hielten fest, dass der Beschwerdeführer aus ihrer Sicht vollumfänglich arbeitsunfähig sei aufgrund der Fremdanamnese, der neuropsychologisch bestätigten Depression, der neuropsychologisch bestätigten kognitiven Einschränkungen sowie der anderen Diagnosen, des subjektiven positiven und negativen Leistungsbildes. Daraus geht hervor, dass Dr. E.____ und Dr. phil. F.____ zur Beurteilung der Arbeitsfähigkeit nicht nur den psychischen Gesundheitszustand mit den entsprechenden Befunden bzw. Diagnosen (mittelgradige depressive Episode und anhaltende somatoforme Schmerzstörung) und allfällig daraus resultierende Einschränkungen berücksichtigten, sondern auch die subjektive Einschätzung des Beschwerdeführers in Bezug auf das negative und positive Leistungsbild sowie ausserhalb ihres Fachbereiches liegende Diagnosen in ihre Einschätzung miteinbezogen.

Hinzu kommt, dass zwar eine somatoforme Schmerzstörung diagnostiziert wird - eine Herleitung dieser Diagnose allerdings weder gestützt auf die Befunde noch auf die weiteren Ausführungen im Bericht nachvollziehbar ist. Damit sind der Bericht von Dr. E.____ und Dr. phil. F.____

sowie ihre Ausführungen im Bericht des A.____ für eine zuverlässige Beurteilung allfälliger aus dem psychischen Gesundheitszustand resultierender Einschränkungen bzw. zur Glaubhaftmachung einer Verschlechterung nicht beweiskräftig. 4.1.2

Vollständigkeitshalber ist festzuhalten, dass depressive „Episoden“ definitionsgemäss vorübergehender Natur sind und deshalb, zumindest wenn sie leicht bis mittelschwer sind, gemäss der bundesgerichtlichen Rechtsprechung in der Regel keine invalidisierende Wirkung haben. Die invalidisierende Wirkung einer mittelschweren depressiven „Störung“ ist nach der Rechtsprechung nicht schlecht hin auszuschliessen. Zu deren Annahme ist indes erforderlich, dass eine konsequente Depressionstherapie befolgt wird, deren Scheitern das Leiden als resistent ausweist (vgl. Urteile des Bundesgerichts 8C_774/2013 vom 3. April 2014 E. 4.2 und 9C_454/2013 vom 29. Oktober 2013 E.

4.1). Im vorliegenden Fall diagnostizierten Dr. E.____ und Dr. phil. F.____ eine mittelgradige depressive Episode, welche in der Regel keine invalidisierende Wirkung hat, so dass gestützt darauf eine invalidenversicherungsrechtlich relevante andauernde Verschlechterung nicht glaubhaft gemacht ist. Dies gilt umso mehr unter Berücksichtigung der aktuellen Behandlung: Die Ärzte des A.____

hielten fest, dass keine stationären Behandlungen erfolgt seien. Ambulante Behandlungen erfolgten im Z.____ (Urk. 12/89/9). Aus psychiatrischer Sicht erfolgte Einzeltherapie, bisher mit ungenügendem Erfolg (Urk. 12/89/11). Damit ist eine ausreichende Therapie, die die mittelgradige depressive Episode als resistent ausweisen würde, nicht glaubhaft gemacht.

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass die Angaben von Dr. E.____ und Dr. phil

F.____ in ihrem Bericht vom 16. Oktober 2014 und im Bericht über die interdisziplinäre Schmerzbehandlung vom 9. September 2014 nicht nachvollziehbar sind, allerdings selbst unter Berücksichtigung ihrer Ausführungen in psychiatrischer Hinsicht unter Beachtung der bundesgerichtlichen Rechtsprechung zu depressiven Episoden keine invalidenversicherungsrechtlich relevante, potentiell leistungsbegründende (vgl. E. 2.2) Verschlechterung glaubhaft gemacht ist. 4.2

Zu klären bleibt, ob in somatischer Hinsicht eine Veränderung glaubhaft gemacht wurde.

Vorab ist festzuhalten, dass selbst bei veränderten Diagnosen aus invalidenversicherungsrechtlicher Sicht gilt, dass nicht die Diagnosen und deren Anzahl entscheidend ist, sondern die Auswirkungen der gesundheitlichen Beeinträchtigungen auf die Arbeitsfähigkeit (vgl. BGE 136 V 279 E.3.2.1). Eine Änderung der erhobenen Diagnosen sagt als solche nichts aus über die Entwicklung des Invaliditätsgrades.

Die Ärzte des A.____ führten in Bezug auf eine allfällige somatische Veränderung seit 2010 aus, aus rheumatologischer Sicht sei dies bland. Aus Wirbelsäulenchirurgischer Sicht liege eine deutliche klinische Verschlechterung vor (Urk. 12/89/11). In Bezug auf die Arbeitsfähigkeit kamen die Ärzte aus rheumatologischer, orthopädisch-chirurgischer und Wirbelsäulenchirurgischer Sicht zwar auf ähnliche qualitative Einschränkungen, in Bezug auf die zeitliche Zumutbarkeit widersprachen sich die Einschätzungen allerdings erheblich:

Von Seiten des rheumatologischen Fachgebietes wurde in einer angepassten Tätigkeit eine vollumfängliche Arbeitsfähigkeit attestiert, auch aus orthopädisch-chirurgischer Sicht wurde festgehalten, dass in einer gut angepassten Arbeit nur in der Eingliederungsphase eine Arbeitszeiteinschränkung von 50 % attestiert werden könne (Urk. 12/89/11). Der Rheumatologe hielt ergänzend fest, dass unter Berücksichtigung aller Facetten der Persönlichkeit des Beschwerdeführers aus schmerztherapeutischer Sicht eine vollumfängliche Arbeitsunfähigkeit vorliege. Aus Wirbelsäulenchirurgischer Sicht wurde hingegen festgehalten, dass eine angepasste Tätigkeit aus somatischer Sicht zu 30 % zumutbar sei (Urk. 12/89/10). Dies ist allerdings - unter Berücksichtigung der aus rheumatologischer und orthopädisch-chirurgischer Sicht nach einer Eingliederungsphase vollumfänglichen Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit, als auch der fehlenden Begründung - nicht nachvollziehbar bzw. glaubhaft gemacht.

Damit ist aus somatischer Sicht nicht glaubhaft gemacht, dass sich der Gesundheitszustand in erheblicher Weise verändert hat, da das von den Ärzten des A.____

attestierende Anforderungsprofil in qualitativer Hinsicht nicht erheblich vom Anforderungsprofil des noch im Y.____-Gutachten attestierten Anforderungsprofil abweicht (vgl. E. 3.1) und die in quantitativer Hinsicht aus wirbelsäulenchirurgischer Hinsicht attestierte Einschränkung nicht nachvollziehbar ist. 4.3

Zusammenfassend ist eine rechtserhebliche Sachverhaltsänderung nicht glaubhaft gemacht, so dass die Beschwerdegegnerin zu Recht nicht auf die Neuanmeldung eingetreten ist. Die angefochtene Verfügung ist demnach zu schützen und die Beschwerde ist vollumfänglich abzuweisen. 5.

5.1

Gemäss § 16 Abs. 1 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht (GSVGer) wird einer Partei, der die nötigen Mittel fehlen und deren Begehren nicht offensichtlich aussichtslos erscheint, in kostenpflichtigen Verfahren auf Gesuch die Bezahlung von Verfahrenskosten erlassen.

Der Beschwerdeführer

verfügt zusammen mit seiner Ehefrau über ein Familien einkommen von monatlich Fr. 4'368.-- (Urk. 9/12) , wozu noch ein Haushalts beitrage des volljährigen Sohnes in Höhe von Fr. 1'000.-- kommt (Urk. 8) . Das nach dem Kreisschreiben des Obergerichts vom 16. September 2009 berechnete Existenzminimum beträgt rund Fr. 4'237.50 (Grundbetrag Ehepaar: Fr. 1'700.--; Wohnen: Fr. 1'455 .-- [Urk. 8] zzgl. Fr. 110.-- [Urk. 9/6]; Krankenkasse KVG 626.50 [Urk. 9/2 und Urk. 9/4], abzüglich IPV Fr. 154 .--

[Urk. 9/5] ; Fahrtkosten Fr. 500.-- [Urk. 8]). Unter Berücksichtigung einer geschätzten Steuerbelastung von Fr. 150.-- und des usanzgemäss gewährten Freibetrages von Fr. 600.-- für ein Ehepaar verbleibt ein Überschuss von Fr . 380.50 (Fr. 5'368.-- - Fr. 4'237.50 - Fr. 600.-- -

Fr. 150.--)

Eine prozessuale Bedürftigkeit de s Beschwerde führers ist damit nicht ausge wiesen, weshalb das betreffende Gesuch um Gewährung der unentgeltlichen Rechts pflege abzuweisen ist. 5 .2

Da es im vorliegenden Verfahren um die Bewilligung oder Verweigerung von IV-Leistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung, IVG) und auf Fr.

E. 6

00.-- anzusetzen. Ausgangsgemäss sind sie de m Bes chwerdeführer auf zuerlegen.

Das Gericht beschliesst , Das Gesuch um Gewährung der unentgeltlichen Rechtspflege wird abgewiesen. und 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 zu gestellt. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Milosav Milovanovic - 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 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 1 5. Juli bis und mit 1 5. August sowie vom 1 8. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG).

Die Beschwerdeschrift ist dem Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, zuzu stellen.

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 Vorsitzende Die Gerichtsschreiberin HurstSchwegler

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