

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2015.01280 vom 17. Januar 2017

ZH Sozialversicherungsgericht, 2017-01-17, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2015.01280

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2015.01280 du 17 janvier 2017

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2015.01280 del 17 gennaio 2017

Erwägungen

E. 1

Der 1963 in Y._____

geborene und seit 2004 als Hausmann tätige X._____

meldete sich am 12. November 2012 unter Hinweis auf Morbus Menière , Tinnitus und Osteochondrose ein erstes Mal bei der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, zum Leistungsbezug an (Urk. 8/4). In der Folge tätigte die IV-Stelle Abklärungen in medizinischer und erwerblicher Hinsicht. Insbesondere liess sie den Versicherten in der MEDAS Z._____

in A._____

polydisziplinär abklären (Gutachten vom 3. Juni 2014, Urk. 8/70) und erhob die Einschränkung im Aufgabenbereich vor Ort (Haushaltsabklärungsbericht vom 4. Februar 2015, Urk. 8/92) . Mit Verfügung vom 4. Februar 2015

qualifizierte sie den Versicherten als im Gesundheitsfall zu 70 % Erwerbstätigen, schlug die restlichen 30 % dem Aufgabenbereich zu und verneinte den Anspruch auf eine Invalidenrente

bei einem Invaliditätsgrad von 10 % (Urk. 8/95) .

Am 16. März 2015 meldete sich X._____

erneut bei der IV-Stelle zum Leistungsbezug an. Als Grund gab er die bereits bei der ersten Anmeldung erwähnten Leiden sowie neu eine seit 4. Mai 2013 bestehende Depression an (Urk. 8/97) . Daraufhin forderte die IV-Stelle ihn auf, eine wesentliche Veränderung der tatsächlichen Verhältnisse seit der letzten Verfügung glaubhaft zu machen (Urk. 8/98). Nachdem der für den Versicherten zuständige Sozialarbeiter der IV-Stelle mitgeteilt hatte, dass jener berufliche Massnahmen wünsche , sich medizinisch jedoch nichts verändert habe (Urk. 8/100) , führte die Verwaltung das Vorbescheidverfahren durch (Urk. 8/102) und verneinte mit Verfügung vom 17. August 2015 den Anspruch

des Versicherten auf Arbeitsvermittlung

(Urk. 8/105) .

Inzwischen hatte X._____

am 12. August 2015 eine erneute Anmeldung zum Leistungsbezug unter Angabe der gleichen Leiden eingereicht (Urk. 8/104) ,

welcher ein Bericht des B.____, Klinik für Ohren-, Nasen-, Hals- und Gesichtschirurgie, vom 21. Juli 2015 bei lag (Urk. 8 / 103). Mit Vorbescheid vom 27. August 2015 stellte ihm die Verwaltung das beabsichtigte Nichteintreten auf das neue Leistungsbegehren in Aussicht (Urk. 8/108) . Nach Eingang der Stellungnahmen des Versicherten vom 25. September und 27. Oktober 2015 (Urk. 8/116;

Urk. 8/120) sowie des Berichts des behandelnden Therapeuten

lic . phil .

C.____ vom 10. Oktober 2015 (Urk. 8/119)

verfügte sie am 11. November 2015 im angekündigten Sinne (Nichteintreten; Urk. 2).

E. 1.1

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

E. 1.2

Mit Art. 87 Abs.

E. 1.3

Nach Eingang 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.

E. 1.4

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) erstellt sein. Es genügt, dass für das Vorhandensein des geltend gemachten rechtserheblichen 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). 2.

E. 2

Dagegen erhob X.____

am 11. Dezember 2015 Beschwerde mit dem Rechtsbegehren um Eintreten auf die Neuanmeldung (Urk. 1).

Mit Beschwerdeantwort vom 27. Januar 2016 schloss die Verwaltung auf Abweisung der Beschwerde (Urk. 7) , worüber der Beschwerdeführer am 29. März 2016 orientiert wurde (Urk. 9). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 2.1

Streitig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin zu Recht auf das dritte Leistungsbegehren des Beschwerdeführers vom 12. August 2015 nicht eingetreten ist.

E. 2.2

Die Beschwerdegegnerin begründete ihren Nichteintretensentscheid vom 11. November 2015 damit, dass der Beschwerdeführer

eine wesentliche Änderung der tatsächlichen Verhältnisse seit der letzten Verfügung vom 4. Februar 2015 nicht glaubhaft dargelegt habe. Der Bericht des B.____ vom 21. Juli 2015 weise keine neuen, bisher unberücksichtigten wesentlichen Gesundheitsschäden aus. Zum Bericht des behandelnden

Arztes

Dr. C.____ vom 10. Oktober 2015 führte die Beschwerdegegnerin aus, eine posttraumatische Belastungsstörung liege nach den Kriterien der ICD-10 nicht vor. Ebenso wenig sei eine Angststörung nachvollziehbar. Es fehlten auch neue fachärztlich-psychiatrische Berichte, womit aus medizinischer Sicht keine neuen Sachverhalte mitgeteilt würden (Urk. 2 S. 2).

E. 2.3

Demgegenüber stellt sich der Beschwerdeführer auf dem Standpunkt, dass sich die Hörbehinderung in Zusammenhang mit dem Morbus Menière massiv verschlechtert habe. Seit dem 11. Mai 2015 liege nun auch auf dem rechten Ohr ein verstärkter Tinnitus vor. Im Weiteren habe am 22. Juni 2015 festgestellt werden können, dass sich eine massive Progredienz der Innenohrschädigung ergeben habe. Unter anderem auch wegen der Verschlechterung des Grundleidens habe sich ebenfalls die psychische Situation seit der Verfügung vom Februar 2015 massiv verschlechtert (Urk. 1 S. 5 f.). Sodann sei seine Qualifikation zu ändern, weil er aufgrund der Sozialhilfeabhängigkeit bei Gesundheit auf eine 100%ige Erwerbstätigkeit angewiesen wäre, zumal die Kinder mittlerweile erwachsen seien;

in diesem Zusammenhang sei auch die neuste Rechtsprechung des Europäischen Gerichtshofes für Menschenrechte zu beachten (Urk. 1 S. 6 f.). Schliesslich rügt der Beschwerdeführer Mängel des MEDAS-Gutachtens vom 3. Juni 2014, womit ihm verunmöglicht werde, eine Verschlechterung glaubhaft zu machen (Urk. 1 S. 7).

E. 3

Referenzzeitpunkt (vgl. BGE 130 V 71 E. 3.2.3) für die Prüfung des Glaubhaftmachens einer anspruchrelevanten Veränderung des Gesundheitszustandes bildet die nach Abklärungen in medizinischer und erwerblicher Hinsicht erlassene,

unangefochten gebliebene Verfügung vom 4. Februar 2015 (Urk. 8/95). Die Rentenablehnung beruhte auf dem MEDAS-Gutachten vom 3. Juni 2014 (Urk. 8/70/1-44; vgl. Urk. 8/93 S. 5), worin mit Blick auf die folgenden Diagnosen eine Arbeitsfähigkeit von 80% in leidensangepasster Tätigkeit attestiert wurde (Urk. 8/70/1-44 S. 36): - Osteochondrosen C4-C7 mit neuroforaminalen

Stenosierungen C6/C7 und C5/C6 - Rezidivierend depressive Störung, gegenwärtig leichtgradig

Keine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit wurde dagegen folgenden weiteren Diagnosen beigemessen (Urk. 8/70/1-44 S. 36, Urk. 8/93 S. 5) - Chronische cervicale Schmerzen bei degenerativen Veränderungen in der HWS (C3-C7)

und neuroforaminale

Stenosierung C5/C6 und C6/C7 - Chronische Schulterschmerzen beidseits bei subakromialem

Impingement - Chronische Refluxkrankheit - Lactoseintoleranz - Status nach Appendektomie - Morbus Menière mit mässiger Innenohrschwerhörigkeit rechts - Anamnestic temporo-mandibuläre Dysfunktion - Anamnestic Vestibularismigräne - Brugada-Syndrom III - LVEF normal Ergometrie (Belastungs-EKG unauffällig) - Undifferenzierte Somatisierungsstörung mit dissoziativen Anteilen

Weiter führten die Gutachter aus, beim Exploranden bestünden seit ungefähr dem Jahre 2004 Beschwerden an Schulter und Halswirbelsäule, die mittels Infiltrationen, Medikamenten und Physiotherapie behandelt worden seien. Nach einer Fazettengelenksinfiltration im Bereich der Halswirbelsäule im Jahre 2011 sei es zu einem vollständigen Beschwerderückgang im Bereich der Halswirbelsäule und in den beiden Schultern gekommen. In der Folge seien die Beschwerden langsam wieder aufgetreten. Es bestünden bewegungsabhängige Schmerzen im Bereich der Halswirbelsäule, die sich vor allem bei Reklination äusserten. Zudem komme es beim Liegen auf den Schultern zu Schmerzen. Im Weiteren bestehe eine schmerzhaft eingeschränkte Bewegungseinschränkung in beiden Schultergelenken. Subjektiv stünden aber die aktuellen Tinnitus- und Schwindelbeschwerden eindeutig im Vordergrund. Der Explorand fühle sich nicht in der Lage, einer dauerhaften Tätigkeit nachzugehen, vor allem wegen der Schulterbeschwerden, die unvermittelt auftreten könnten. Durch die Schwindelattacken bestünden auch Konzentrationsschwierigkeiten. Mit den osteochondrotischen Veränderungen im Bereich von C4 bis C7 seien die Beschwerden an der Halswirbelsäule weitgehend erklärt. Zudem bestehe ein mögliches subakromiales

Impingement auf beiden Seiten, welches aber durch die aktuelle Bildgebung nicht habe verifiziert werden können. Tätigkeiten, die heftige Bewegungen der Halswirbelsäule sowie häufige Reklinationen erforderten, seien nur reduziert möglich. Eine Büroarbeit, die der Explorand im Sitzen erledigen könne, sei jedoch ohne wesentliche Einschränkung vollends möglich (Urk. 8/70/1-44 S. 37).

Aus psychiatrischer Sicht berichteten die Gutachter, dass der in D. ___ aufgewachsene Beschwerdeführer bei tragfähiger Kindheits- und Jugendentwicklung nach Abschluss der dritten Sekundarschule 1979 zusammen mit der Schwester, zwei Tanten, einem Onkel und einer Grossmutter in die Schweiz migriert sei. Die Eltern hätten den Erfolg der Flucht abgewartet und seien dann ihrerseits nach E. ___ und schliesslich unter Inanspruchnahme der Geschwisterbürgschaft im Jahre 1991 in die Schweiz migriert. In der Schweiz habe der Beschwerdeführer bis zur Stellenlosigkeit im Jahr 2003 eine tragfähige berufliche Entwicklung in angelernter Banksachbearbeiter-Funktion mit berufsbegleitendem Abschluss diverser Kurse im Bereich des Bankwesens durchlaufen. Seit 1993 sei der Beschwerdeführer in tragfähiger Ehe mit einer um ein Jahr älteren, fleissigen, fürsorglichen

Landsfrau verheiratet und habe zwei gemeinsame, sich erfreulich entwickelnde Kinder. Im Anschluss an die Stellenlosigkeit habe er sich als Hausmann mit dem Fördern der zwei Kinder betätigt. Zirka 2010 habe die Ehefrau ihre 100%ige Anstellung infolge Auflösung der Abteilung verloren und sei nun ebenfalls stellenlos. Aktuell habe sie eine befristete 50%ige Stelle inne. In zeitlicher Korrelation mit den eigenen beruflichen Problemen seien psychische Probleme mit zunehmender Freudlosigkeit sowie diversen somatischen Problemen aufgetreten (Urk. 8/70/1-44 S. 38).

Bei verschiedenen somatisch nicht vollständig erklärbaren Symptomen (Rücken- und Schulterprobleme, Herzerkrankung, Refluxbeschwerden, Reizblase, Prostataprobleme) sei bei nicht Erreichen des Vollbildes einer Somatisierungsstörung eine undifferenzierte Somatisierungsstörung zu diagnostizieren. Da die affektiven Schwankungen über das Ausmass der bei dieser Diagnose üblicherweise zu beobachtenden Depression und Angst hinausgingen, werde zusätzlich die Diagnose einer rezidivierend-depressiven Störung, gegenwärtig leichtgradig, gestellt. Der Versicherte zeige eine deutliche Somatisierung sowie ein klar erkennbar somatisches Krankheitskonzept bei nur im Hintergrund Wahrnehmung der beeinflussbaren psychosozialen Probleme mit Stellenlosigkeit beider Ehepartner. Klinisch psychiatrisch könnten keine kognitiven Störungen nachgewiesen werden. Der Versicherte spreche von im Hintergrund wahrnehmbarem unartikuliertem Murren, das er als Illusion erkenne. Diese Symptomatik sei als dissoziativer Anteil der undifferenzierten Somatisierungsstörung zu subsumieren. Ein klares psychotisches oder auch psychosenahes Erleben und Verhalten könne nicht nachgewiesen werden. Das Bewusstsein und die Orientierung seien erhalten. Persönlichkeitsbezogen habe sich der Versicherte in der Lage gezeigt, sich trotz einschneidender Migration in die Schweiz sowohl persönlich wie auch beziehungs- und beruflich konstruktiv und leistungsorientiert zu entwickeln (Urk. 8/70/1-44 S. 39).

Der Versicherte zeige eine mittelgradige Beeinträchtigung der Durchhaltefähigkeit, der Flexibilität/Umstellfähigkeit, der Selbstbehauptungsfähigkeit sowie eine leichtgradige Einschränkung der Kontaktfähigkeit zu Dritten (Urk. 8/70/1-44 S. 40).

Im kardiologisch-internistischen Bereich sei im Jahr 2012 ein Brugada-Syndrom III diagnostiziert worden. Die elektrophysiologischen Untersuchungen hätten ergeben, dass keine Tachykardie auslösbar gewesen sei. In der gutachterlichen kardiologischen Untersuchung sei die linksventrikuläre Auswurffraktion normal gewesen. Hinweise für eine Herzinsuffizienz beständen keine. Der Blutdruck sei normal gewesen (Urk. 8/70/1-44 S. 40).

Gestützt darauf kamen die Gutachter zum Schluss, dass der Beschwerdeführer als Hausmann bei Überkopfarbeiten mit Reklination des Kopfes und Arbeiten in lärmigem Umfeld (Staubsaugen) limitiert sei. Bei einer sitzenden Büroarbeit sei er infolge der psychischen Einschränkungen zu maximal 20 % arbeitsunfähig. Die Prognose aus psychiatrischer Sicht beurteilten sie als gut (Urk. 8/70/1-44 S. 40 f.).

E. 4.1

Den bei der Neuanmeldung im März 2015 eingereichten Berichten der Klinik F.____ vom 27. Februar und 15. Juni 2015 (Urk. 8/103/7-8 und Urk.

E. 4.2

Im von der Beschwerdegegnerin in der angefochtenen Verfügung vom 11. November 2015 erwähnten Bericht des B.____, Klinik für Ohren-, Nasen-, Hals- und Gesichtschirurgie, vom 21. Juli 2015 (Urk. 8/103/1- 6) wurden folgende Diagnosen gestellt: 1. Eindeutiger Morbus Menière rechts gemäss AAO-HNS Kriterien von 1995 // Hydroks-MRI mit mittelgradigem Hydroks vestibuli rechts - St. n. 3-malig Dexamethason

intratympanal rechts 02/2013 - St. n. 3-malig Dexamethason

intratympanal rechts 07/2014 - aktuell unter Therapie mittels Stugeron

2. Vd. a. vestibuläre Migräne mit/bei - unter Magnesium und Vitamin B2 deutlich weniger Kopfschmerzen 3. Mittelgradig depressive Episode (ICD-10 F32.1) 4. Temporomandibuläre Dysfunktion mit/bei - Kiefergelenksschmerzen beidseits beim Kauen 5. Bandscheibenvorfall C5/6/7 - unter physiotherapeutischer Behandlung 6. Brugada-Syndrom Typ 2, ED 10/11 7. GERD [gastroesophageal

reflux

disease]

Weiter führten die berichtenden Ärzte aus, in den vorangegangenen zwei Monaten sei beim Beschwerdeführer jeweils dreimal monatlich eine Menière-typische Drehschwindel-Attacke aufgetreten. Ansonsten bestehe zwischenzeitlich weiterhin der beinahe täglich vorhandene Schwankschwindel. Zusätzlich sei weiterhin der starke Tinnitus auf der rechten Seite belastend. Neu hinzugekommen sei ein intermittierend vorhandener Tinnitus auf der linken Seite. Im Vergleich zu den Abklärungen im Juni 2012 zeige sich eine Progredienz der Innenohrschädigung rechts mit Hörverlust von 12 % auf 78 %. Insgesamt könne gesagt werden, dass aufgrund des Reintonaudiogrammes ein Fortschreiten des Morbus Menière

auf der rechten Seite nachweisbar sei. Die apparativen vestibulären Abklärungen zeigten jedoch insgesamt eine normale peripher-vestibuläre Funktion. Bei aktuell dreimal monatlich auftretenden Menière-Anfällen boten die behandelnden Spitalärzte eine zusätzliche Behandlung mittels intratympanaler

Dexamethason-Injektion an. Der Beschwerdeführer wünschte jedoch, mit diesem Schritt noch etwas zuzuwarten.

E. 4.3

Seit dem 18. September 2014 ist der Beschwerdeführer bei lic. phil. C.____, Fachpsychologin für Psychotherapie, in Behandlung. Im Bericht vom 10. Oktober 2015 (Urk. 8/119) stellte lic. phil. C.____ folgende Diagnosen (S. 5): - Subsyndromale posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10 F43.1) - Angststörung (ICD-10 F41.0) - Mittelschwere depressive Episode (ICD-10 F32.1)

Der Beschwerdeführer habe angegeben, sich depressiv und leer zu fühlen, innerlich unruhig, angespannt, hoffnungslos zu sein und Zukunftsängste zu haben. Er habe vermehrt Erinnerungen an die Zeit in Y.____ und vor allem an die Flucht. Wenn er Militär oder Polizei auf der Strasse sehe, bekomme er Angst. Es träten Alpträume mit traumatischen Inhalten des Krieges und der Flucht auf. Seine Ehefrau berichte, dass er bisweilen in der Nacht schreie und dann schweissgebadet aufwache (Urk. 8/119 S. 4)

Weiter führte der Psychotherapeut aus, auffällig sei das vorsichtige Bewegen.

Der Beschwerdeführer sei aber wach und örtlich und zeitlich orientiert. Zu Beginn der Behandlung sei es nicht leicht gewesen, mit ihm in Kontakt zu treten. Mit der Zeit habe er Vertrauen fassen können. Die Gespräche müssten recht laut geführt werden, weil beim Beschwerdeführer eine starke Schwerhörigkeit bestehe. Der Beschwerdeführer wirke stark depressiv. Er sei in seinen Vitalen fühlen sehr reduziert. Es seien diskrete Konzentrationsstörungen feststellbar. Bisweilen müsse der Beschwerdeführer das Gespräch unterbrechen, weil es ihm schwindlig sei. Beim Berichten über die traumatischen Erlebnisse atme er kaum, er wirke sehr angespannt, breche immer wieder im Sprachfluss ab. Es zeigten sich Tränen und es werde eine starke Verzweiflung über das Erlebte deutlich sichtbar. Deutlich nachvollziehbar seien die Ängste, die durch die Schwindelattacken ausgelöst würden. Eine schwere Psychopathologie wie inhaltliche oder formale Denkstörungen, weitere Sinnestäuschungen oder eine schwere Ich Störung seien nicht festzustellen (S. 4 f.).

Der Beschwerdeführer sei als Jugendlicher im Y.____-Krieg und auf der Flucht stark traumatisiert worden. Er habe sich nach der Einreise in die Schweiz als anerkannter Flüchtling stabilisieren und seine Arbeitsfähigkeit über lange Jahre hindurch aktualisieren können. Nach Auftreten der Menière -Erkrankung mit den häufig auftretenden paroxysmalen Schwindelattacken werde die kompensierte posttraumatische Belastungsstörung getriggert und es trete die oben beschriebene Symptomatik auf. Zusätzlich bestehe eine depressive Störung (S. 6).

Wenn man die Darstellungen im psychiatrischen Teil des MEDAS-Gutachtens vom 3. Juni 2014 damit vergleiche, scheine der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers objektiv verschlechtert. Die Differenz erkläre sich vor allem auch dadurch, dass der Zeit der traumatischen Ereignisse in Y.____ und der fast zwei Jahre dauernden Flucht nur vier Zeilen gewidmet würden. Eine entsprechende Würdigung sei nicht vorhanden. Auch den psychischen Folgen von Schwindelattacken mit starken Ängsten werde nicht die notwendige Beachtung geschenkt. Der Beschwerdeführer sei in seinem angestammten Tätigkeitsfeld in einer Bank sowie in jeder anderen angepassten Tätigkeit gegenwärtig zu 100 % arbeitsunfähig. Diese Arbeitsunfähigkeit sei bedingt durch die paroxysmal auftretenden Schwindelattacken, die Ängste, die Nervosität, die Alpträume und das Vermeidungsverhalten auf dem Hintergrund einer subsyndromalen posttraumatischen Belastungsstörung und der mittelschweren depressiven Episode (S. 6 f.). 5.

Zunächst ist festzuhalten, dass die erste Rentenablehnung im Februar 2015 entgegen der Meinung des Beschwerdeführers (vgl. Urk. 1 S. 7) nicht auf einer unvollständigen Aktenlage beruhte. Vielmehr entspricht das MEDAS-Gutachten vom 3. Juni 2014 den praxismässigen Anforderungen an den Beweiswert einer Expertise. So ist es für die streitigen Belange umfassend, beantwortet es doch die Frage nach den gesundheitlichen Beeinträchtigungen und der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers. Es beruht sodann auf den notwendigen allseitigen Untersuchungen in rheumatologischer und psychiatrischer Hinsicht und berücksichtigt

auch die geklagten Beschwerden. Die Gutachter schilderten ausführlich die vom Beschwerdeführer erwähnten Leiden und Einschränkungen und setzten sich detailliert damit auseinander. Die Expertise wurde sodann in Kenntnis der Vorkenntnisse abgegeben und leuchtet in der Darstellung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation ein. In diesem Sinne erscheinen die Schlussfolgerungen als begründet.

Die Gutachter befassten sich namentlich mit der Diskrepanz zwischen den diskreten organisch nachweisbaren Beeinträchtigungen und den subjektiv geklagten Beschwerden. Sie verwiesen auf die degenerativen Veränderungen der Halswirbelsäule, massen den erhobenen Befunden

aber keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit für die zuletzt ausgeübte und angepasste Tätigkeit bei. Gestützt auf die leichtgradige depressive Erkrankung attestierten sie dagegen eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 20 % für jegliche Tätigkeit. Mit Bezug auf die übrigen, fachärztlich bestätigten somatischen Diagnosen legten sie dar, dass die erhobenen Befunde zu keiner Einschränkung der Arbeitsfähigkeit für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit führen. Gegenteiliges, insbesondere eine höhere längerdauernde Einschränkung der Arbeitsfähigkeit,

liess sich der damaligen Aktenlage nicht entnehmen (vgl. dazu insbesondere den Bericht des B.____, Klinik für Ohren, Nasen-, Hals- und Gesichtschirurgie, vom 24. April 2013 [Urk. 8/18/5-8],

den Bericht des B.____, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 10. Juli 2013 [Urk. 8/30/4], und den Bericht der Klinik G.____ vom 31. Oktober 2013 [Urk. 8/40]).

Auch der Umstand, dass die Gutachter der MEDAS bei der Beurteilung des aktuellen Gesundheitszustandes der Flucht des Beschwerdeführers aus Y.____

vor über 30 Jahren und den damaligen unbestrittenermassen schwierigen Umständen aus medizinischer Sicht weniger Gewicht beimassen als der behandelnde lic. phil. C.____, stellt die Beweiskraft des Gutachtens nicht in Frage.

Der Beschwerdeführer konnte sich nach seiner Ankunft in der Schweiz nicht zuletzt dank seiner starken Leistungsorientierung

privat und beruflich positiv entwickeln (vgl. etwa die zahlreichen positiven Arbeitszeugnisse [Urk. 8/1/4-

E. 4.4

mit Hinweisen). Damit erscheint eine invalidisierende Wirkung der depressiven Symptomatik beziehungsweise eine relevante Tatsachenänderung

nicht glaubhaft. 6.3

Hinsichtlich der Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung (ICD-10 F43.1) ist sodann festzuhalten, dass in der

Stellungnahme von lic. phil.

C.____

eine Auseinandersetzung mit der Frage fehlt, weshalb trotz Abschwächung der Symptomatik in den Jahren nach der Einreise in die Schweiz und langer zeitlicher Latenz (Urk. 8/119 S. 3; vgl. dazu Dilling / Mombour / Schmidt, a.a.O., S. 207 f.; BGE 142 V 342 E. 5.1

mit weiteren Hinweisen) mit fehlenden Symptomen einer posttraumatischen Belastungsstörung und hohem Funktionsniveau ohne Einschränkung der Arbeitsfähigkeit die Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung (erneut) zu stellen ist.

Der Umstand, dass lic . phil .

C.____ die Diagnose einer „ subsyndromalen “ posttraumatischen Belastungsstörung stellt, spricht schliesslich gegen den Krankheitswert der Symptomatik, womit auch diesbezüglich eine invalidisierende Veränderung

nicht glaubhaft erscheint . 7. 7.1

Wie der Beschwerdeführer allerdings zu Recht geltend macht (Urk. 1 S. 5), lässt sich den wiedergegebenen medizinischen Stellungnahmen entnehmen, dass seit der Rentenablehnung im Februar 2015 ein weiterer, messbarer Hörverlust rechts eingetreten ist. Die behandelnden Ärzte des B.____ führten dies auf ein Fortschreiten des Morbus Menière zurück. Sodann klagt der Beschwerdeführer neu über einen intermittierend vorhandenen Tinnitus auf der linken Seite sowie über vermehrte Menière -Anfälle (Bericht des B.____ vom 21. Juli 2015; Urk. 8/103/1-2).

Insoweit er scheint eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes glaubhaft dargetan, obwohl sich dem

erwähnten Spitalbericht nicht entnehmen lässt , ob der auf 78 % bemessene Hörverlust rechts mit adäquater Hörgeräteversorgung behandelt werden kann ,

und unklar ist , ob die nun offenbar dreimal monatlich auftretenden Menière -Anfälle zu einer Veränderung der im MEDAS-Gutachten vom 3. Juni 2014 attestierten 80%igen Arbeitsfähigkeit in leidensangepasster Tätigkeit führen . Es bestehen wenigstens gewisse Anhaltspunkte dafür, dass eine (möglicherweise

anspruchsrelevante) Sachverhaltsänderung eingetreten ist , obwohl nicht auszuschliessen ist, dass sich bei eingehender Abklärung keine Änderung des Invaliditätsgrades erstellen lässt. 7 . 2

Darüber hinaus macht der Beschwerdeführer mit Bezug auf seine invaliden versicherungsrechtliche Qualifikation als teilzeitlich Erwerbstätiger eine (allen falls relevante) Veränderung der massgeblichen Umstände glaubhaft .

Die bisher vollzeitlich erwerbstätig gewesene Ehefrau hat ihre Stelle verloren und ist nun arbeitslos ,

was die Familie des Beschwerdeführers in die Fürsorgeabhängigkeit führte. Unter diesen Umständen bestehen Anhaltspunkte dafür, dass der Beschwerdeführer im Gesundheitsfall seine Erwerbstätigkeit auf 100 % aufgestockt hätte, um den Lebensunterhalt der Familie zu bestreiten; dies zumal seine Kinder nun

erwachsen sind. 7 .3

Aus den erwähnten Gründen ist die angefochtene Nichteintretensverfügung vom 11. November 2015 (Urk. 2) in Gutheissung der Beschwerde aufzuheben und die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen , damit sie auf die Neuanschuldung vom 12. August 2015 eintrete und den Anspruch auf Leistungen prüfe. 8 .

Die Kosten des Verfahrens sind auf Fr. 800.-- festzulegen und ausgangsgemäss von der Beschwerdegegnerin zu tragen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG).

Zudem ist dem Beschwerdeführer

eine Prozessentschädigung von Fr. 1'600. (inklusive Bar auslagen und Mehrwertsteuer) zuzusprechen (Art. 61 lit. g ATSG in Verbindung mit § 34 Abs. 1 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht; GSVGer). Das Gericht erkennt: 1.

In Gutheissung der Beschwerde wird die Verfügung der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, vom 11. November 2015 aufgehoben, und es wird die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen, damit sie auf die Neuanmeldung vom 12. August 2015 eintrete und über den Leistungsanspruch des Beschwerdeführers befunde. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 800.-- werden der Beschwerdegegnerin auferlegt. Rechnung und Einzahlungsschein werden der Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt. 3.

Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, dem Beschwerdeführer eine Prozessentschädigung von Fr. 1'600.-- (inkl. Bar auslagen und MWSt) zu bezahlen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwältin Lotti Sigg - 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 Beweismitel 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 GräubMeier-Wiesner

E. 8

(8/103/9-10) lässt sich entnehmen, dass der Beschwerdeführer seit Januar 2015 an einer Exacerbation der zervikogenen und vertebrogenen

Zervikalgie mit Ausstrahlung in beide Schultern leidet (Urk. 8/103/7-8 S. 2). Eine am 31. März 2015 durchgeführte Fazettengelenksinfiltration C5/6 und C6/7 rechts habe zu einer lediglich vorübergehenden Besserung geführt. Obwohl die berichtenden Klinikärzte einen Zusammenhang zwischen der Infiltrationsbehandlung und der Zunahme des Tinnitus auf der rechten Seite verneint hätten, wünsche der Beschwerdeführer keine weitere Infiltrationstherapie (Urk.

8/103/9 10).

E. 11

]).

Nach dem Gesagten wurde es dem Beschwerdeführer durch das MEDAS-Gutachten vom 3. Juni 2014 entgegen seiner Auffassung (Urk. 1 Ziff. 6) nicht verunmöglicht, eine allfällige

seitherige Verschlechterung des Gesundheitszustandes glaubhaft zu machen . 6. 6.1

Mit Bezug auf die geltend gemachte Intensivierung der Angsterkrankung (Urk. 1 S. 5) ist festzuhalten, dass gemäss ICD-10 F41.0 wesentliche s Kennzeichen dafür wiederkehrende schwere Angstattacken (Panik) sind , die sich nicht auf eine spezifische Situation oder besondere Umstände beschränken und deshalb auch nicht vorhersehbar sind. Wie bei anderen Angsterkrankungen zählen zu den wesentlichen Symptomen plötzlich auftretendes Herzklopfen, Brustschmerz, Erstickungsgefühle, Schwindel und Entfremdungsgefühle (Depersonalisation oder Derealisation). Oft entsteht sekundär auch die Furcht zu sterben, vor Kontrollverlust oder die Angst, wahnsinnig zu werden. Die Panikstörung soll nicht als Hauptdiagnose verwendet werden, wenn die betroffene Person bei Beginn der Panikattacken an einer depressiven Störung leidet (Dil ling / Mom bour /Schmidt, Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V [F] , Klinisch diagnostische Leitlinien, 9. Aufl. , S. 197 f.).

Der Psychotherapeut

lic . phil.

C.____ gab im Bericht vom 10. Oktober 2015 (E. 4.3) an, dass die bestehenden Ängste, die durch die Schwindelattacken ausgelöst würden, deutlich nachvollziehbar seien (Urk. 8/119 S. 5). Darüber , wie die vom Beschwerdeführer geklagte n

Ängste in Erscheinung treten , finden sich im Bericht dagegen nur wenige Angaben, die überdies kein en

offensichtlichen Zusammenhang mit Schwindelattack en aufweisen. So gab der Beschwerdeführer Zukunftsängste und Ängste beim Anblick von Militär oder Polizei an. Dass infolge dieser Ängste die Ausübung einer Erwerbstätigkeit unzumutbar sein soll, ist unter diesen Umständen nicht glaubhaft . 6.2

Eine Arbeitsunfähigkeit liesse sich auch nicht mit der Diagnose einer mittel schweren depressiven Episode (ICD-10 F32.1) nachvollziehen. Diese Diagnose bezeichnet grundsätzlich eine vorübergehende Störung . Länger (mehr als sechs, selten zwölf Monate) dauernde Störungen werden unter ICD-10 F33 (rezidivierende depressive Störung) oder ICD-10 F34 (anhaltende affektive Störung) gefasst . Leicht- bis höchstens mittelgradig schwere Störungen aus dem depressiven Formenkreis sind in der Regel therapierbar und führen invalidenversicherungsrechtlich zu keiner Einschränkung der Arbeitsfähigkeit (vgl. BGE 140 V 193 E. 3.3). Bei diesen Störungen wird vorausgesetzt, dass eine konsequente Depressionsstherapie befolgt wird, deren Scheitern das Leiden als resistent ausweist. Fehlt es daran, ist nach der Rechtsprechung in der Regel keine invalidisierende Wirkung des Gesundheitszustandes anzunehmen (Urteil des Bundesgerichts 8C_131/2016 vom 14. Juli 2016 E. 5.3.1 mit Hinweisen). Die Therapie muss in dem Sinne konsequent gewesen sein, dass die aus fachärztlicher Sicht indizierten zumutbaren (ambulanten und stationären) Behandlungsmöglichkeiten in kooperativer Weise optimal und nachhaltig ausgeschöpft wurden (BGE 140 V 193 E. 3.3 ; BGE 137 V 64 E. 5.2 mit Hinweis; vgl. Urteile des Bundesgerichts 9C_13/2016 vom 14. April 2016 E. 4.2 und 9C_89/2016 vom 12. Mai 2016 E. 4.1).

Nach Lage der Akten befindet sich der Beschwerdeführer in psychotherapeutischer Behandlung bei lic . phil. C.____ . Medikamentös wird er mit einem pflanzlichen Antidepressivum behandelt (Urk. 8/70 S. 12) . Eine fachärztliche psychiatrische

Behandlung wird offenbar nicht durchgeführt. Es sind somit offensichtlich noch nicht alle (indizierten) Therapieoptionen ausgeschöpft worden, was gegen eine schwerwiegende, invalidisierende depressive Symptomatik spricht (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_303/2015 vom 8.

Oktober 2015 E.

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