

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00005 vom 30. März 2016**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2016-03-30, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2016.00005](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2016.00005)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00005 du 30 mars 2016

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00005 del 30 marzo 2016

## **Erwägungen**

### **E. 1.1**

Die Beschwerdegegnerin ging in der strittigen Verfügung davon aus, der Beschwerdeführer habe nicht glaubhaft darlegen können, dass sich die tatsächlichen Verhältnisse seit der letzten Verfügung wesentlich verändert hätten. Die psychopathologischen und rheumatologischen Befunde würden eine massgebliche Verschlechterung nicht zu begründen vermögen. Daher werde auf das neue Leistungsgesuch nicht eingetreten (Urk. 2 S. 2).

### **E. 1.2**

Der Beschwerdeführer stellt sich in seiner Beschwerde auf den Standpunkt, auf grund der neu eingereichten medizinischen Akten sei eine erhebliche Verschlechterung des Gesundheitszustandes ausgewiesen (Urk. 1 S. 3 ff.). Weiter beanstandet er, dass er in seinem E-Mail vom 21. Mai 2015 bereits darauf hin gewiesen habe, dass die Verfügung vom 15. Mai 2013 offensichtlich falsch gewesen und dass die Angelegenheit bereits deshalb neu zu prüfen sei (Urk. 1 S. 2).

### **E. 1.3**

Am 22. Oktober 2012 meldete sich der Versicherte erneut bei der Invalidenversicherung zum Leistungsbezug an (Urk. 6/77, Urk. 6/79). Die IV-Stelle holte daraufhin einen Arztbericht (Urk. 6/84) sowie einen Auszug aus dem Individuellen Konto (IK-Auszug; Urk. 6/91) ein und liess den Versicherten psychiatrisch begutachten (Psychiatrisches Gutachten vom 4. Februar 2013; Urk. 6/90). Mit Vorbescheid vom 8. März 2013 teilte sie mit, dass sie gedenke, das Rentenbegehren abzuweisen (Urk. 6/95), und am 17. Mai 2013 verfügte sie im angekündigten Sinne (Urk. 6/102).

### **E. 1.4**

Am 21. Mai 2015 erfolgte eine weitere Anmeldung (Urk. 6/113). Anhand der eingereichten medizinischen Akten (Urk. 6/112, Urk. 6/114) teilte die IV-Stelle mit Vorbescheid vom 4. Juni 2015 mit, dass sie beabsichtige, auf das Leistungsbegehren nicht einzutreten (Urk. 6/117). Nach Überprüfung der weiteren eingereichten medizinischen Unterlagen (Urk. 6/118, Urk. 6/119) verfügte sie am 25. November 2015 das Nichteintreten auf das Leistungsbegehren (Urk. 6/123 = Urk. 2).

### **E. 2**

Gegen die Verfügung vom 25. November 2015 (Urk. 2) liess der Versicherte, vertreten durch Y.\_\_\_\_, am 30. Dezember 2015 Beschwerde erheben und beantragen, die angefochtene Verfügung sei aufzuheben und es sei auf das Gesuch vom 21. Mai 2015 um

Neubeurteilung der Angelegenheit einzutreten (Urk. 1 S. 2). Die Beschwerdegegnerin schloss in ihrer Beschwerdeantwort vom 21. Januar 2016 auf Abweisung der Beschwerde (Urk. 5). Mit Verfügung vom 25. Januar 2016 stellte das Gericht dem Beschwerdeführer die Beschwerdeantwort zu (Urk. 7).

Auf die Ausführungen in den Rechtsschriften und die eingereichten Unterlagen wird, soweit erforderlich, in den nachfolgenden Erwägungen eingegangen. Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

### **E. 2.1**

Im verwaltungsgerichtlichen Beschwerdeverfahren sind grundsätzlich nur Rechtsverhältnisse zu überprüfen beziehungsweise zu beurteilen, zu denen die zuständige Verwaltungsbehörde vorgängig verbindlich – in Form einer Verfügung – Stellung genommen hat. Insoweit bestimmt die Verfügung den beschwerdeweise weiterziehbaren Anfechtungsgegenstand. Umgekehrt fehlt es an einem Anfechtungsgegenstand und somit an einer Sachurteilsvoraussetzung, wenn und insoweit keine Verfügung ergangen ist (BGE 131 V 164 E. 2.1; 125 V 413 E. 1a).

### **E. 2.2**

Anfechtungsgegenstand bildet die Verfügung vom 25. November 2015, mit welcher auf die am 21. Mai 2015 eingegangene Neuanschuldung des Beschwerdeführers nicht eingetreten wurde (Urk. 2). Über die Abweisung des letzten Leistungsgesuchs vom 22. Oktober 2012 war mit Verfügung vom 17. Mai 2013 entschieden worden (Urk. 6/102), welche nach unbenutztem Ablauf der Rechtsmittelfrist in Rechtskraft erwuchs. Soweit der Beschwerdeführer sinngemäss die Wiedererwägung im Sinne von Art. 53 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) verlangt,

ist auf die Beschwerde nicht weiter einzugehen, da kein Wiedererwägungsgesuch vorlag und kein gerichtlich durchsetzbarer Anspruch auf Wiedererwägung besteht (vgl. BGE 133 V 50 E. 4.1 mit Hinweisen).

### **E. 3**

in Verbindung mit Abs. 2 IVV soll verhindert werden, dass sich die Verwaltung nach vorangegangener rechtskräftiger Leistungsverweigerung immer wieder mit gleichlautenden 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 dartut. 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).

#### **E. 3.1**

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

### **E. 3.2**

Mit Art. 87 Abs.

### **E. 4.1**

Strittig und zu prüfen ist im Folgenden einzig, ob die Beschwerdegegnerin zu Recht davon ausging, dass der Beschwerdeführer eine anspruchserhebliche Änderung seit der letzten materiellrechtlichen Leistungsprüfung und Rentenabweisung mit Verfügung vom 17. Mai 2013 (Urk. 6/102; zur zeitlichen Vergleichsbasis: BGE 130 V 71) nicht glaubhaft zu machen vermochte, und sie daher zu Recht auf die Neuanmeldung des Beschwerdeführers vom 21. Mai 2015 (Urk. 6/113) nicht eingetreten ist. Bei der Prüfung dieser Frage ist von der Sachlage auszugehen, wie sei sich der Beschwerdegegnerin bei Erlass der angefochtenen Verfügung vom 25. November 2015 bot.

### **E. 4.2.1**

Gemäss dem psychiatrischen Gutachten von Dr. med. A.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, vom 4. Februar 2013 (Urk. 6/90), auf welches sich die Beschwerdegegnerin bei Erlass der Verfügung vom 17. Mai 2013 gestützt hatte (vgl. Urk. 6/102), hatte der Gutachter die Diagnosen einer chronischen depressiven Verstimmung, mit einer aktuell leichten depressiven Symptomatik (mit 15 Punkten in der HAMDS) mit den Differentialdiagnosen depressive Anpassungsstörung bei chronischen Schmerzen und psychosozialen Belastungen (ICD-10: F43.21), einer chronischen Dysthymie (ICD-10: F34.1), und einer rezidivierenden depressiven Störung, mit einer gegenwärtig leichten Episode (ICD-10: F33.01), sowie eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10: F45.4) gestellt (Urk. 6/90/20).

Der Gutachter führte aus, die von der Psychiaterin Dr. med. B.\_\_\_\_, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, beschriebene Verschlechterung des psychischen Zustandsbildes seit Juni 2012 könne nicht nachvollzogen oder objektiviert werden (Urk. 6/90/21). Insgesamt bestehe eine seit Jahren anhaltende chronische Schmerzstörung mit fehlendem somatischem Korrelat, sodass von einer somatoformen Schmerzstörung gesprochen werden müsse. Die damit eng zusammenhängende (sekundäre) chronische depressive, dysphorische Verstimmung schwanke im selben Masse wie die subjektiv wahrgenommenen Schmerzen. Ferner gebe es zusätzliche psychosoziale Belastungsfaktoren, die das Zustandsbild perpetuierten. Alle schmerztherapeutischen und psychiatrischen Interventionen hätten keinerlei anhaltende Verbesserung gezeigt. Der Beschwerdeführer verharre in seiner depressiven schmerzorientierten Verstimmung mit passivem Coping. Er habe nie aktive Coping-Mechanismen gelernt.

Auch in der aktuellen Behandlung bei seiner jetzigen Psychiaterin Dr. B.\_\_\_\_

(mit der er sich muttersprachlich unterhalten könne), bestehe keinerlei psychotherapeutische Intervention, weder im psychodynamischen noch im verhaltenstherapeutischen Sinne, sodass er weiterhin gemäss seinem fixierten Krankheitsmodell in einem passiven Coping-Modus verharre. So laufe er Gefahr, auch seinen aktuellen Arbeitsversuch als Zeitungsausträger wegen seinem subjektiven Schmerzempfinden wieder aufzugeben (Urk. 6/90/23).

Aus rein psychiatrischer Sicht bestehe aufgrund der nur leichten anhaltenden depressiven Verstimmung (trotz ihrer subjektiv schmerzbedingten Schwankungen) keine wesentliche Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Die körperlich sehr belastende frühere Tätigkeit in der

Druckerei mit schwerem Heben von Lasten werde aufgrund des Status nach Diskushernie wohl nicht mehr in Frage kommen. Jedoch habe der Beschwerdeführer in der Zwischenzeit zwei leichtere angepasste Tätigkeiten ausgeübt.

Zum einen habe er ein Jahr lang als Parkplatz servicemann gearbeitet, und aktuell sei er als Zeitungs austräger tätig. Solche, seinen körperlichen Beeinträchtigungen angepasste Tätigkeiten, könne er auch in Zukunft gut ausüben. Aus rein psychiatrischer Sicht bestehe diesbezüglich keine Einschränkung und es sei ihm jegliche ähnliche rückenschonende Tätigkeit zu 100 % zumutbar (Urk. 6/90/24).

#### **E. 4.2.2**

Ferner ist der Stellungnahme des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD) vom 6. Mai 2013 (Urk. 6/101/2) zu entnehmen, dass sich

die Beschwerdegegnerin in rheumatologischer Hinsicht auf das rheumatologische Gutachten von Dr. med. C.\_\_\_\_, Facharzt für Innere Medizin und Rheumaerkrankungen, vom 24. März 2006 stütze (vgl. Urk. 6/33).

Darin wurden chronifizierte Rücken schmerzen mit/bei Schlafstörungen, einer vegetativen Begleitsymptomatik und einer anamnestischen Depression und einer Angststörung sowie ein Flachrücken mit einer anamnestischen diskreten Diskopathie L4/ L

#### **E. 4.3.1**

Im Rahmen der Neuanmeldung reichte der Beschwerdeführer den Arztbericht von Dr. B.\_\_\_\_ vom 20. Februar 2015 (Urk. 6/112), einen radiologischen Befund des Spitals C.\_\_\_\_, Institut für Diagnostische und Interventionelle Radiologie, vom 15. Januar 2015 (Urk. 6/118) sowie ein ärztliches Zeugnis vom 13. Februar 2015 (Urk. 6/114) und einen ambulanten Bericht vom 31. März 2015 (Urk. 6/119) des Spitals C.\_\_\_\_, Klinik für Rheumatologie, ein.

#### **E. 4.3.2**

Dr. B.\_\_\_\_ nannte in ihrem Arztbericht vom 20. Februar 2015 als Diagnosen eine schwere depressive Episode (ICD-10: F32.2), Züge einer abhängigen und ängstlich vermeidenden Persönlichkeit (ICD-10: F60.7), ein chronisches somatisches Schmerzsyndrom (ICD-10: F54) sowie eine Diskushernie L4/L5, L5/S1 (Urk. 6/112 /1).

Unter „Psychopathologie“ hielt Dr. B.\_\_\_\_ fest, beim Beschwerdeführer handle es sich um einen wachen, allseits orientierten, deprimierten, schmerzgeplagten, ängstlichen, serbokroatisch sprechenden, 44 - jährigen Mann, in leicht eingeschränktem Allgemeinzustand und leicht adipösem Ernährungszustand. Die Aufmerksamkeit und die Konzentration seien leicht eingeschränkt. Das formale Denken sei kohärent und der Gedankengang geordnet. Es bestünden keine Anhaltspunkte für eine psychotische Symptomatik. Im Affekt sei er deprimiert, weinerlich, innerlich unruhig, klagend und jammernd. Er sei hoffnungslos verzweifelt. Seine Tatkraft habe er verloren und er sei schnell erschöpft. Er leide an Rücken- und Muskelschmerzen. Die Suizidalität sei latent vorhanden (Urk. 6/112/4).

Der Beschwerdeführer sei vom 24. Oktober 2010 bis zum 9. April 2014 bei ihr in Behandlung gewesen und seit dem 12.

November 2014 werde er erneut von ihr therapiert (Urk. 6/112/1). Es finde eine ambulante psychiatrische und psychotherapeutische Behandlung statt. Die Sitzungen fänden, je nach

der Schwere des Krankheitsbildes, wöchentlich bis monatlich statt. Auch seien verschiedene Antidepressiva und Stimmungsstabilisatoren verordnet worden (Urk. 6/112/2).

#### **E. 4.3.3**

Dem radiologischen Befund des Spitals C.\_\_\_\_, Institut für Diagnostische und Interventionelle Radiologie,

vom 15. Januar 2015 ist eine vermehrte Kyphose der Brustwirbelsäule zu entnehmen. Es seien keine Höhenminderungen der dargestellten Wirbelkörper sowie der entsprechenden Zwischenwirbelräume erkennbar. Geringere Grund- und Deckplattenunregelmässigkeiten im Sinne von beginnenden degenerativen Veränderungen der Brustwirbelsäule hätten sich gezeigt. Das Alignment sei sowohl ventral als auch dorsal intakt.

In der Lendenwirbelsäule sei eine Hypolordose feststellbar. Die ossäre Struktur der Wirbelkörper sowie der Dorn- und Querfortsätze sei regelrecht. Es bestehe eine kleine osteophytäre Ausziehung an der Deckplatte des 5. Lendenwirbelkörpers ventral und auch eine geringe Anterolithesis vom 1. Steissbeinwirbel zum

#### **E. 4.3.4**

Das Spital C.\_\_\_\_, Klinik für Rheumatologie, nannte in seinem ambulanten Bericht vom 31. März 2015 als Diagnosen ein chronisches lumbospondylogenes Schmerzsyndrom und ein leichter Vitamin D3-Mangel (Urk. 6/119/1). Insgesamt seien die chronischen Rückenschmerzen im Rahmen eines lumbospondylogenen Schmerzsyndroms bei einer Fehlstellung der Lendenwirbelsäule mit einer linkskonvexen Skoliose thorakolumbal sowie einer Hyperkyphose der Brustwirbelsäule zu interpretieren. Es hätten sich mehrere sekundäre Muskelbefunde gezeigt.

Hinweise für ein radikuläres Reiz- oder sensorisches Ausfallsyndrom seien keine vorhanden (Urk. 6/119/2).

#### **E. 5**

Lendenwirbelkörper. Die Zwischenwirbelscheiben seien ohne pathologische Veränderungen. Es seien geringe Grund- und Deckplattenunregelmässigkeiten im Sinne von beginnenden degenerativen Veränderungen der Lendenwirbelsäule erkennbar. Das Iliosakralgelenk sei ohne Hinweise auf degenerative oder entzündliche Veränderungen (Urk. 6/118).

#### **E. 5.1**

Aus psychiatrischer Sicht nennt zwar Dr. B.\_\_\_\_ in ihrem Arztbericht vom 20. Februar 2015 als

Diagnosen eine schwere depressive Episode (ICD-10: F32.2), Züge einer abhängigen und ängstlich vermeidenden Persönlichkeit (ICD-10: F60.7) und ein chronisches somatisches Schmerzsyndrom ICD-10: F54

(Urk. 6/112/1).

Diese Diagnosen erwähnte sie jedoch bereits in ihrem Arztbericht vom 21. Dezember 2012 (Urk. 6/84/1), woraufhin das psychiatrische Gutachten vom 4. Februar 2013 angeordnet wurde (Urk. 6/90). Somit bringt der Arztbericht keine neuen Aspekte hervor, welche nicht schon im Gutachten vom 4. Februar 2013 abgehandelt wurden. Zudem weist das Gutachten ein seit Jahren gleich

bleibenden

Zustand aus (Urk. 6/90/25) . Auch sind dem Bericht von Dr. B.\_\_\_\_ keine neuen Befunde zu entnehmen. Sodann ist darauf hinzu weisen, dass Dr. A.\_\_\_\_ in seinem Gutachten vom 4. Februar 2013 keine eng maschige Therapie feststellte . Eine solche ist auch im Arztbericht von Dr. B.\_\_\_\_ vom 20. Februar 2015 nicht ausgewiesen (vgl. Urk. 6/112/2), weshalb eine Verschlechterung des psychischen Gesundheitszustandes aus dem Bericht von Dr. B.\_\_\_\_ nicht ersichtlich ist .

### **E. 5.2**

Hinsichtlich der rheumatologischen Beschwerden wird als Diagnose insbesondere ein chronisches lumbospondylogenes Schmerzsyndrom genannt (Urk. 6/119/1). Diese Rückenproblematik bestand bereits im Zeitpunkt des rheumatologischen Gutachtens im Jahr 2006 (vgl. Urk. 6/33), was denn auch mit den Ausführungen des Beschwerdeführers übereinstimmt. Dieser berichtete nämlich, dass er seit

ungefähr 2005 an lumbalen Schmerzen leide (vgl. Urk. 6/119/1). Auf jeden Fall wurde die somatische Problematik bereits bei der letzten materiellrechtlichen Leistungsprüfung vom 17. Mai 2013 berücksichtigt und als sich auf die Arbeitsfähigkeit auswirkend bewertet. Dies insofern, als nur noch leichte wechselbelastende Tätigkeiten als zumutbar erachtet wurden (Urk. 6/102/1). Überdies zeigte bereits der Radiologiebefund der Lendenwirbelsäule vom 28. November 2012 bei L4/L5 eine geringe dorsale Diskusprotrusion und geringgradige Spondylarthrosen sowie bei L5/S1 eine leichte Chondrose, eine kleine mediane Diskushernie und leichte Spondylarthrosen (Urk. 6/82).

Daher

weisen der radiologische Befund vom 15. Januar 2015 und der

ambulante Bericht vom 31. März 2015 keine massgeblichen neuen Befunde aus, sodass auch aus rheumatologischer Sicht keine Verschlechterung des Gesundheitszustandes glaubhaft gemacht wurde. Die im ärztlichen Zeugnis vom 13. Februar 2015 (Urk. 6/114) genannte Arbeitsunfähigkeit ist überdies unbegründet und nicht nachvollziehbar, weshalb darauf nicht abgestellt werden kann.

### **E. 5.3**

Der Beschwerdeführer beanstandete, dass die Frage der Verschlechterung des Gesundheitszustandes nicht von einem Arzt geprüft worden sei (Urk. 1 S. 4 f. ). Vorab ist anzufügen, dass es dem Beschwerdeführer obliegt, überhaupt eine Verschlechterung glaubhaft zu machen. Somit ist die Beschwerdegegnerin nicht verpflichtet , mit dem behandelnden Arzt Kontakt aufzunehmen. Entgegen den Ausführungen des Beschwerdeführers hat die Beschwerdegegnerin jedoch die medizinischen Akten ihrem RAD unterbreitet, welcher dazu detailliert Stellung genommen hat (Urk. 6/116/2, Urk. 6/122/2). Der Vollständigkeit halber ist anzufügen, dass der Untersuchungsgrundsatz, wonach Verwaltung und Gericht von Amtes wegen für die richtige und vollständige Abklärung des rechtserheblichen Sachverhalts zu sorgen haben , hier insoweit nicht spielt, als die versicherte Person die massgeblichen Tatsachenänderung glaubhaft machen muss (BGE 130 V 64 E. 5.2.5).

Nach dem Gesagten war eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes nicht glaubhaft dargetan, weshalb das Nichteintreten der IV-Stelle nicht zu beanstanden und die

Beschwerde abzuweisen ist.

## **E. 6**

Der Streitgegenstand des Verfahrens betrifft die Bewilligung oder Verweigerung von Leistungen der Invalidenversicherung. Das Verfahren ist daher kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung; IVG) und ermessensweise auf Fr. 700.-- festzusetzen. Ausgangsgemäss sind die Gerichtskosten dem Beschwerdeführer aufzuerlegen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 700.-- werden dem Beschwerdeführer auferlegt. Rechnung und Einzahlungsschein werden dem

Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - lic. iur. Y.\_\_\_\_ - 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 Die VorsitzendeDie Gerichtsschreiberin GrünigEymann

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