

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00812 vom 18. Januar 2018**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2018-01-18, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2016.00812](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2016.00812)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00812 du 18 janvier 2018

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00812 del 18 gennaio 2018

## **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. 1.3.1**

Wurde eine Rente

wegen eines zu geringen Invaliditätsgrades verweigert, so wird nach Art. 87 Abs. 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 Neuanmeldung 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 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 zunächst noch zu prüfen, ob die festgestellte

Veränderung genügt, um nunmehr eine anspruchsbegründende Invalidität 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. 1.3.2**

Gemäss höchstrichterlicher Rechtsprechung reicht die analoge Anwendbarkeit der in BGE 109 V 262 E. 4a dargelegten Rechtsprechung auf das Neuanmelungsverfahren nur so weit, als auch hier von Amtes wegen zu prüfen ist, ob seit der ersten Rentenverfügung zwischenzeitlich eine erneute materielle Prüfung des Rentenanspruchs stattgefunden hat. War dies nicht der Fall, so ist auf die Entwicklung der Verhältnisse seit der ersten Ablehnungsverfügung abzustellen; wie im Revisionsverfahren bleiben allfällige, vorangehende Nichteintretensverfügungen aufgrund des fehlenden Abklärungs- und bloss summarischen Begründungsaufwandes der Verwaltung unbeachtlich. Erfolgte dagegen nach einer ersten Leistungsverweigerung eine erneute materielle Prüfung des geltend gemachten Rentenanspruchs und wurde dieser nach rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Durchführung eines Einkommensvergleichs (bei Anhaltspunkten für eine Änderung in den erwerblichen Auswirkungen des Gesundheitszustands) abermals rechtskräftig verneint, muss sich die leistungsansprechende Person dieses Ergebnis – vorbehaltlich der Rechtsprechung zur Wiedererwägung oder prozessualen Revision (vgl. BGE 127 V 466 E. 2c mit Hinweisen) – bei einer weiteren Neuanmeldung entgegenhalten lassen (BGE 130 V 71 E. 3.2.3).

### **E. 1.4**

Das Sozialversicherungsgericht hat den Sachverhalt von Amtes wegen festzustellen und alle Beweismittel objektiv zu prüfen, unabhängig davon, von wem sie stammen, und danach zu entscheiden, ob sie eine zuverlässige Beurteilung des strittigen Leistungsanspruches gestatten. Insbesondere darf es beim Vorliegen einander widersprechender medizinischer Berichte den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt (ZAK 1986 S. 188 E. 2a). Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Gutachtens ist im Lichte dieser Grundsätze entscheidend, ob es für die Beantwortung der gestellten Fragen umfassend ist, auf den erforderlichen allseitigen Untersuchungen beruht, die geklagten Beschwerden berücksichtigt und sich mit diesen sowie dem Verhalten der untersuchten Person auseinandersetzt – was vor allem bei psychischen Fehlentwicklungen nötig ist –, in Kenntnis der und gegebenenfalls in Auseinandersetzung mit den Vorakten abgegeben worden ist, ob es in der Darlegung der medizinischen Zustände und Zusammenhänge einleuchtet, ob die Schlussfolgerungen der medizinischen Experten in einer Weise begründet sind, dass die rechtsanwendende Person sie prüfend nachvollziehen kann, ob der Experte oder die Expertin nicht auszuräumende Unsicherheiten und Unklarheiten, welche die Beantwortung der Fragen erschweren oder verunmöglichen, gegebenenfalls deutlich macht (BGE 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c; Ulrich Meyer, Die Rechtspflege in der Sozialversicherung, BJM 1989, S. 30 f.; derselbe in: Hermann Fredenhagen, Das ärztliche Gutachten, 4. Auflage 2003, S. 24 f.). 2.

### **E. 2**

Gegen diesen Entscheid liess X.\_\_\_\_ am 15. Juli 2016 Beschwerde erheben und die Aufhebung des angefochtenen Entscheids und die Abklärung des medizinischen Sachverhalts, allenfalls im Rahmen einer Begutachtung, beantragen. Prozessual liess er um

Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung ersuchen (Urk. 1). Die Beschwerdegegnerin schloss in der Vernehmlassung vom 7. September 2016 auf Abweisung der Beschwerde (Urk. 6). Mit Verfügung vom 23. September 2016 wurde dem prozessualen Gesuch des Beschwerdeführers entsprochen (Urk. 8).

Auf das Vorbringen der Parteien und die eingereichten Unterlagen wird, soweit für die Entscheidungsfindung erforderlich, nachfolgend eingegangen. Das Gericht zieht in Erwägung:  
1.

### **E. 2.1**

Streitig ist der Anspruch auf eine Rente der Invalidenversicherung. Die Beschwerdegegnerin trat – entgegen der irrtümlichen Annahme der Vertreterin des Beschwerdeführers (vgl. diesbezügliche Ausführungen in Urk. 1 S. 9) – auf die Neuanmeldung des Beschwerdeführers vom 1. Oktober 2015 ein, nahm sie doch nicht nur die diversen von ärztlicher Seite eingereichten Berichte zu den Akten (Urk. 7/111/1-112/30), sondern holte zudem selber mehrere ärztliche Berichte und eine Stellungnahme des RAD ein (Urk. 7/114, 7/117, 7/119, 7/120/3 f.). Mit der angefochtenen Verfügung vom 29. Juni 2016 ist sie zweifellos materiell auf die Neuanmeldung eingetreten und hat eine massgebende Verschlechterung des Gesundheitszustandes verneint.

### **E. 2.2**

In der Beschwerde wird demgegenüber im Wesentlichen die Auffassung vertreten, dass insbesondere der neu eingereichte Bericht des behandelnden Psychiaters Dr. med. Z.\_\_\_\_ eindeutig zeige, dass sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers verschlechtert habe. Auf die Stellungnahme des fachfremden RAD-Arztes Dr. med. A.\_\_\_\_ könne dagegen mangels Qualifikation nicht abgestellt werden. Sollte Dr. Z.\_\_\_\_ nicht gefolgt werden, seien weitere Abklärungen notwendig (Urk. 1). 3. 3.1

Zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin eine rentenbegründende Verschlechterung des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers in der Zeit zwischen der von diesem Gericht sowie bundesgerichtlich bestätigten Verfügung vom 17. Januar 2007, welche Vergleichsbasis für die hier vorzunehmende Prüfung bildet (vgl. obige E. 1.3.2), und dem Erlass der Verfügung vom 29. Juni 2016 zu Recht verneint hat. 3.2

Der Verfügung vom 17. Januar 2007 lagen gemäss den Erwägungen im Urteil IV.2007.00327 vom 19. Dezember 2008 und denjenigen im bundesgerichtlichen Urteil 9C\_164/2009 vom 9. Dezember 2009 in medizinischer Hinsicht im Wesentlichen der Bericht des Hausarztes Dr. med. B.\_\_\_\_, Arzt für Allgemeinmedizin, vom 30. Juli 2006 (Urk. 7/68/) und jener von Dr. med. Z.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 10. August 2006 (Urk. 7/69) zugrunde.

Wie unter Erwägung 2.1 des bundesgerichtlichen Urteils 9C\_164/2009 ausgeführt, geht daraus hervor, dass der Beschwerdeführer weiterhin sowohl an somatischen als auch an psychischen Beschwerden leide, wobei das psychische Leiden noch immer im Vordergrund stehe. Dr. Z.\_\_\_\_ habe im Bericht vom 10. August 2006 eine mittelschwere bis schwere Depression und einen Verdacht auf eine somatoforme Schmerzstörung diagnostiziert und dem Beschwerdeführer, obwohl sich die Depression nach seiner Auffassung leicht gebessert habe, weiterhin eine seit 2003 bestehende vollständige Arbeitsunfähigkeit attestiert. Seine Beurteilung wurde letztlich als aus revisionsrechtlicher Sicht belanglos

unterschiedliche Würdigung der bereits von Dr. K.\_\_\_\_ und lic . phil. L.\_\_\_\_ im psychiatrischen Gutachten vom 2. Juni 2005 (Urk. 7/55) festgestellten Befunde gewürdigt (vgl. E. 3.2 im Urteil IV.2007.00327 vom 19. Dezember 2008 und E. 2.1 und 2.2 im bundesgerichtlichen Urteil 9C\_164/2009 vom 9. Dezember 2009).

Diese beiden Gutachter, deren Beurteilung Basis der leistungsverweigernden Verfügung vom 22. Juni 2005 gebildet hatte (vgl. E. 2.2 im Urteil IV.2007.00327 vom 19. Dezember 2008), konnten keine Aufmerksamkeits-, Konzentrations- oder Gedächtnisstörungen erkennen; die von Dr. Z.\_\_\_\_ in sei nem Bericht vom 18. Oktober 2004 (vgl. Urk. 7/48) beschriebene schwere depressive Störung habe sich gebessert, doch seien noch Anzeichen einer mit telschweren Depression zu erkennen. Eine daraus resultierende dauerhafte Einschränkung der Arbeitsfähigkeit schlossen sie aus, erachteten die Arbeitsfähig keit aber dannzumal als noch zu 30 % eingeschränkt (Urk. 7/55/5).

Was die somatische Situation anbelangt, diagnostizierte Dr. B.\_\_\_\_ in seinem Bericht vom 30. Juli 2006 ein seit 1990 bestehendes lumboradikuläres sensomo torisches Schmerzsyndrom L5 links, einen Restzustand nach Mikrodiskektomie L4-L5 links sowie Recessotomie L5-S1 links am 8. November 2002 sowie ein seit 2001 bestehendes, progredientes Cervicalsyndrom . Er wies darauf hin, dass die gesundheitliche Problematik noch immer eindeutig im psychischen Bereich liege und Ursache der 100%igen Arbeitsunfähigkeit die schwere therapieresis tente Depression sei (Urk. 7/68 1-2).

Dies führte gemäss Erwägung 3.3 im Urteil IV.2007.00327 vom 19. Dezember 2008 zum Schluss auf eine im Wesentlichen unveränderte Situation im Ver gleich zum Sachverhalt bei Erlass der Verfügung vom 22. Juni 2005 und ent sprechend auf keine Invalidität in rentenbegründendem Ausmass. Eine solche schloss denn auch das Bundesgericht unter zusätzlichem Hinweis auf die offen sichtlich erhebliche Bedeutung psychosozialer Umstände für die depressiven Zustände des Beschwerdeführers aus (E. 2.2 im oben erwähnten Urteil 9C\_164/2009 vom 9. Dezember 2009). 3.3

Mit der Beschwerde an das Bundesgericht vom 18. Februar 2009 gegen das Urteil IV.2007.00327 vom 19. Dezember 2008 hatte der Beschwerdeführer drei aktuelle ärztliche Berichte einreichen lassen (Urk. 7/99):

Dr. Z.\_\_\_\_ sprach sich in seinem Bericht vom 11. Februar 2009 dafür aus, dass sich der Beschwerdeführer unverändert in einem schweren depressiven Zustand befinde, welche nunmehr als chronifiziert zu beurteilen sei. Alle 10 für die Beurteilung des Vorliegens und der Schwere einer depressiven Störung relevanten Kriterien seien erfüllt. Zu erwähnen seien zudem noch der Verdacht auf eine somatoforme Schmerzstörung und das lumboradikuläre sensomotorische Schmerzsyndrom L5 links, der Status nach Mikrodiskektomie L4/L5 links und das Cervicalsyndrom . Die Arbeitsunfähigkeit aufgrund dieser schwer voneinan der abzugrenzenden und sich gegenseitig negativ beeinflussenden Komponen ten liege bei 100 % (Urk. 7/99/28-31).

Dr. med. C.\_\_\_\_, Spezialarzt FMH für physikalische Medizin, speziell Rheuma erkrankungen, legte in seinem Bericht vom 17. Februar 2009 unter Schilderung des Verlaufs seit November 2002 dar, dass der Beschwerdeführer weiterhin an einem panvertebralen Schmerzsyndrom bei Flachrücken und schwach ent wickelter Rückenmuskulatur und Status nach Diskushernienoperation L4 bis S1 leide, wobei bei subjektiv massiv empfundenen Beschwerden objektiv klinisch und röntgenologisch äusserst bescheidene Befunde vorlägen. Neurologisch fän den sich keine radikulären Störungen, der

periphere Gelenkstatus sei in Ordnung (Urk. 7/99/32-33).

Dr. med. D.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Innere Medizin sprach sich am 3. Februar 2009 bei denselben somatischen Diagnosen für eine 100%ige Invalidität aus, erklärte die objektivierbaren Befunde aber ebenfalls für sehr gering (Urk. 7/99/34). 3.4

#### 3.4.1

Im Rahmen der hier zu beurteilenden Neuanmeldung vom 1. Oktober 2015 reichte der den Beschwerdeführer seit 30. November 2011 behandelnde Dr. med. E.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Rheumatologie und Innere Medizin, am 5. November und am 7. Dezember 2015 zwei Berichte ein (Urk. 7/111, 7/114/6-11).

Seine Diagnosen im ausführlicheren Bericht vom 7. Dezember 2015 lauten wie folgt (Urk. 7/114/6): - Chronisches Panvertebralsyndrom, betont cervicocephales und lumbospondylogenes Syndrom bds linksbetont - Status nach Mikrodiskektomie L4/5 links und Rezessotomie L5/S1 wegen DH L4/5 und Rezessusstenose L5/S1 links 11/2002 - degenerative Veränderungen (leichte Atlantodentalarthrose, Chondrose C5/6 und deutliche Chondrose C6/7; deutliche Osteochondrosen L4/5 und L5/S1) - DD somatoforme Schmerzstörung - Chronifizierte Depression (ED 2003 Dr. med. Z.\_\_\_\_) - Chronische linksseitig betonte Bauchschmerzen - Status nach abdominaler Schussverletzung rechtsseitig 1980 in der Türkei (anamnestisch Darmteilresektion) - Status nach medianer Laparotomie und Adhäsioolyse 21.01.2011 bei mechanischem Dünndarmileus - Status nach Hospitalisation 2/2011 bei Darmmotilitätsstörung ohne mechanisches Passagehindernis - Chronische Schwindelbeschwerden.

Der Beschwerdeführer leide seit 2002 unter chronischen linksbetonten, den gesamten Rücken betreffenden Schmerzen, wobei in wechselnder Intensität die gesamte linke Körperseite (linke Gesichtshälfte, linke Schulter-/Nackenregion, linker Mittelbauch und beide Beine linksbetont) betroffen sei. Aktuell liege das Schmerzmaximum im Nacken sowie lumbal mit Ausstrahlung in beide Beine linksbetont bis auf Fussrückenhöhe. Daneben bestünden seit Jahren chronische ungerichtete Schwindelbeschwerden, chronische linksbetonte Bauchschmerzen, chronische Schlafbeschwerden und eine vermehrte Müdigkeit tagsüber. Die Intensität aller Beschwerden habe seit 2007 zugenommen. Im klinischen Befund fänden sich insbesondere schmerzbedingte Bewegungseinschränkungen der gesamten Wirbelsäule und eine Druckdolenz der gesamten linksseitigen Paravertebralmuskulatur. Neurologisch notierte Dr. E.\_\_\_\_ eine nicht dermatombezogene Hyposensibilität und einen im Seitenvergleich links deutlich abgeschwächten Achillessehnenreflex (ASR, Urk. 7/114/7).

Einer Beurteilung einer MRI-Untersuchung der Klinik F.\_\_\_\_ vom 15. Dezember 2011, auf welche Dr. E.\_\_\_\_ Bezug nahm (Urk. 7/114/7), ist eine Zunahme der Degeneration im Segment L4/5 im Vergleich zu Voraufnahmen vom November 2002 zu entnehmen (Urk. 7/114/9). Eine von Dr. E.\_\_\_\_ ebenfalls bereits 2011 veranlasste MR-Untersuchung des Schädels zur Abklärung des Schwindels und der Gehörsabnahme hatte keinen pathologischen Befund ergeben (Urk. 7/114/11). 3.4.2

Nachdem sich der Beschwerdeführer im Januar 2011 bei einem mechanischen Dünndarmileus im Spital G.\_\_\_\_ einer medianen Laparotomie und einer Adhäsioolyse unterzogen hatte (Urk. 7/112/30), überwies ihn der behandelnde Gastroenterologe Dr. med. H.\_\_\_\_ bei rezidivierenden Abdominalbeschwerden und einem Verdacht auf einen Subileus

am 30. Oktober 2015 notfallmässig in die Chirurgie des Spitals G.\_\_\_\_ (Urk. 7/112/6). Nach Ausschluss einer Passagestörung oder eines mechanischen Hindernisses habe der Beschwerdeführer gemäss Bericht des Spitals G.\_\_\_\_ am Überweisungstag nach Hause entlassen werden können (Urk. 7/112/8). Dr. H.\_\_\_\_ erklärte in seinem undatierten Bericht zuhanden der Beschwerdegegnerin, der Beschwerdeführer sei aus seiner Sicht an schmerzfreen Tagen voll arbeitsfähig, jedoch müssten die Persönlichkeitsveränderungen bei chronischem Schmerzproblem berücksichtigt werden (Urk. 7/112/1-6). 3.4.3

Die psychiatrischen Diagnosen von Dr. Z.\_\_\_\_ in seinem neu eingereichten Bericht vom 8. Februar 2016 lauteten auf eine chronifizierte Depression mit Somatisierungsstörung gemäss ICD-10 F32.1, F32.2, ein chronisches Schmerzsyndrom gemäss ICD-10 F 45.51 und eine andauernde Persönlichkeitsstörung bei chronischem Schmerzsyndrom (ICD-10 F62.80). Seit Therapiebeginn im September 2003 sei es zu keiner Besserung der Depression gekommen, aber zu einer Zunahme der Schmerzen in verschiedenen Teilen des Körpers. In den letzten Jahren sei die Symptomatik progredient ohne länger dauernde Remission und körperliche Begleiterkrankungen. Die Therapieergebnisse seien sehr unbefriedigend, der soziale Rückzug zunehmend.

Der Beschwerdeführer klagt über Gedächtnisprobleme und Entscheidungsschwäche. In den Sitzungen halte er es meist nur 20 bis 30 Minuten aus, werde unruhig und unkonzentriert. Zusätzlich klagt er über Schwindel, wache in der Nacht schweissgebadet und voller Angst auf; er berichte über Hoffnungslosigkeit, Sinnlosigkeit, ein vermindertes Selbstwertgefühl und wiederkehrende Suizidgedanken. Affektiv wirke er ratlos, deprimiert, ängstlich, gereizt, innerlich unruhig, sei klagsam und mache einen leidenden, schmerzverzerrten und ver zweifelten Eindruck. Der Antrieb sei vermindert. Er sei seit Jahren sozial isoliert, ziehe sich zurück, sei misstrauisch und halte es in einer Gruppe von Menschen nicht lange aus.

Er komme zirka alle drei Monate zu einem Gespräch, um ein Rezept zu holen. Die aktuelle Medikation bestehe in 45 mg Remeron und 37,5 mg Venlafaxin. Dr. Z.\_\_\_\_ erklärte, es falle ihm keine Empfehlung für eine zukünftige Therapie mehr ein; aufgrund des bisherigen Verlaufs müsse eine schlechte Prognose gestellt werden. Der Beschwerdeführer sei seit 2003 zu 100 % arbeitsunfähig (Urk. 7/117). 3.4.4

Dr. med. I.\_\_\_\_, Praxis Dr. med. J.\_\_\_\_, Facharzt für Innere Medizin und Nephrologie, in welcher der Beschwerdeführer seit März 2009 in Behandlung steht, stellte zusätzlich zu den bereits bekannten Diagnosen diejenige eines paroxysmalen Lagerungsschwindels links bei Status nach Autounfall 2008. Der Beschwerdeführer sei in reduziertem Allgemeinzustand, traurig. Die Bewegungen seien schmerzbedingt begrenzt. Es zeige sich eine Druck- und Klopfdolenz am Unterbauch und auf dem ganzen Rücken. Der Beschwerdeführer sei von körperlicher und psychischer Seite zu 100 % arbeitsunfähig (Urk. 7/119/1-5). 3.4.5

Der RAD-Arzt Dr. med. A.\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie sprach sich am 1. April 2016 dafür aus, dass den aktuellen Arztberichten keine neuen Diagnosen zu entnehmen seien und für die bekannten Befindensstörungen keine klinischen Befunde angegeben würden, welche eine Arbeitsunfähigkeit zu plausibilisieren vermöchten. Die beschriebenen Degenerationen seien bereits weitgehend bekannt gewesen; die Zunahme derselben sei typisch für das Lebensalter des Beschwerdeführers. Eine Relevanz für die Lebensqualität oder die Arbeitsfähigkeit bestehe nicht, fehle es doch an einer Kompromittierung neuraler Strukturen und an entsprechenden klinischen Befunden. Die

Abklärung des seit 2008 bestehenden Schwindels habe keine pathologischen Befunde ergeben; die Operation des Dünndarmileus 2011 sei komplikationslos verlaufen. Entsprechend lägen keine Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit vor (Urk. 7/120/3). 4.

#### 4.1

Vorweg zur Würdigung der ärztlichen Berichte ist der Beschwerdeführer neuerlich darauf hinzuweisen, dass entgegen seiner Vorbringen in der Beschwerde vom 15. Juli 2016 vorliegend nicht die Frage nach dem Eintreten auf die Neu anmeldung zu prüfen ist. Die Beschwerdegegnerin ist nach dem oben Gesagten (E. 2.1) auf die Neu anmeldung eingetreten und hat damit die behauptete Änderung im Gesundheitszustand im Sinne von Art. 87 Abs. 2 IVV als glaubhaft gemacht erachtet.

Für die hier zu klärende Frage, ob diese vom Beschwerdeführer mit der Neu anmeldung glaubhaft gemachte Änderung auch tatsächlich eingetreten ist, kommt entsprechend nicht mehr das für die Frage des Eintretens auf die Neu anmeldung herabgesetzte Beweismass des Glaubhaftmachens zur Anwendung (vgl. dazu: Urteil des Bundesgerichts 8C\_746/2013 vom 10. Juni 2014 E. 2 mit Hinweis n, in: SVR 2014 IV Nr. 33), sondern vielmehr der im Sozialversicherungsrecht all gemein massgebende Grad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (BGE 126 V 353 E. 5b mit Hinweisen; vgl. BGE 130 III 321 E. 3.2 und 3.3). Dieser beweismässige Massstab gilt generell, mithin findet er nicht nur Anwendung bei der Prüfung der Frage, ob eine revisionsrechtlich relevante Verschlechterung des Gesundheitszustandes eingetreten ist, sondern auch bei derjenigen, ob die Verwaltung bei dieser Prüfung ihrer Abklärungspflicht in rechtsgenügender Weise nachgekommen ist. 4.2

Was den psychischen Gesundheitszustand des Beschwerdeführers anbelangt, ist die aktuelle Verfassung des Beschwerdeführers mit dem von Dr. K.\_\_\_\_ und lic. phil. L.\_\_\_\_ in deren Gutachten vom 2. Juni 2005 (Urk. 7/55) festgestellten Zustand zu vergleichen, wurde doch die Einschätzung von Dr. Z.\_\_\_\_ vom 10. August 2006 – wie oben erläutert (vgl. obige E. 3.2) - als lediglich unterschiedliche Würdigung der bereits im Gutachten K.\_\_\_\_/L.\_\_\_\_ festgestellten Befunde und damit neu anmeldungs- respektive revisionsrechtlich als unbeachtlich gewürdigt.

Verglichen mit der Diagnostik im Gutachten K.\_\_\_\_/L.\_\_\_\_ vom 2. Juni 2005, in welchem auf eine mittelschwere depressive Episode gemäss ICD-10: F32.1 und Hinweise auf eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung geschlossen wurde (Urk. 7/55/4), lauten die Diagnosen von Dr. Z.\_\_\_\_ in seinem Bericht vom 8. Februar 2016 auf eine chronifizierte Depression mittelschweren bis schweren Grades (ICD-10 F32.1 und F32.2), ein chronisches Schmerzsyndrom (ICD-10 F45.51) und eine andauernde Persönlichkeitsstörung bei chronischem Schmerzsyndrom (ICD-10 F62.80). Zwar sprach sich Dr. Z.\_\_\_\_ bereits am 10. August 2006 für das Vorliegen einer mittelschweren bis schweren Depression aus (Urk. 5/69/1) und plädiert seit Behandlungsbeginn für eine seit 2003 bestehende vollständige Arbeitsunfähigkeit, was den Schluss auf eine aus psychiatrischer Sicht im Wesentlichen unveränderte Situation nahelegen könnte.

Jedoch trüge dieser Schluss dem im sozialversicherungsrechtlichen Verfahren geltenden Untersuchungsgrundsatz ungenügend Rechnung, kann doch bei der gegebenen Aktenlage nicht alleine aus dem Umstand, dass Dr. Z.\_\_\_\_ seit vielen Jahren auf eine gänzliche Arbeitsunfähigkeit bei in etwa gleichbleibender Depressionsschwere schliesst, mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf eine im Wesentlichen unveränderte Situation

geschlossen werden. So ist nicht auszu schliessen, wofür sich denn auch Dr. Z.\_\_\_\_ aussprach (vgl. dazu auch: Urk. 7/99/28 ff.), dass sich ein Leiden bei gleicher Diagnose in seiner Intensität und in seinen Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit verändert hat, was gerade bei der Chronifizierung einer psychischen Störung zutreffen kann (Urteil des Bundesgerichts 8C\_1025/2010 vom 28. März 2011 E. 4.2). Hinzu kommt, dass gemäss Dr. Z.\_\_\_\_ im aktuellen psychopathologischen Beschwerdebild unter anderem Einschränkungen im Konzentrations- und Auffassungsvermögen imponieren (Urk. 7/117/5), welche im Gutachten L.\_\_\_\_/K.\_\_\_\_ vom 2. Juni 2005 noch explizit verneint wurden (Urk. 7/55/4). Auch notierte Dr. Z.\_\_\_\_ im Gegensatz zu letzteren wiederkehrende Ängste, eine zunehmende soziale Isolierung und Antriebslosigkeit. Zudem beurteilte er den Beschwerdeführer als affektiv ratlos, deprimiert, hoffnungslos, ängstlich, gereizt, innerlich unruhig und klagsam ; er mache einem leidenden schmerzverzerrten und verzweifelten Eindruck (Urk. 7/117/9). Auch in der Diagnostik kommt eine von Dr. Z.\_\_\_\_ vertretene Verschlechterung des Zustandes zum Ausdruck, indem er noch im Jahr 2006, wie schon Dr. L.\_\_\_\_ und lic . phil. K.\_\_\_\_ 2005, lediglich einen Verdacht respektive Hinweise auf eine somatoforme Schmerzstörung diagnostiziert hatte (Urk. 7/55/4, 7/69/1), sich nunmehr aber für das Vorliegen eines chronischen Schmerzsyndroms gemäss ICD-10 45.51 aussprach. Hinzu kommt die neu gestellte Diagnose einer Persönlichkeitsstörung (richtig: Persönlichkeitsveränderung) bei chronischem Schmerzsyndrom gemäss ICD-10 F62.80 (Urk. 7/117/6), welche zwar von Dr. Z.\_\_\_\_ nicht näher begründet wurde, aber auch in die Diagnostik von Dr. H.\_\_\_\_ Eingang fand (Urk. 7/112/1). Damit liegen sowohl in diagnostischer als auch in befundmässiger Hinsicht durchaus Hinweise auf eine Verschlechterung des psychischen Zustandes im Vergleich zum Zustand, welcher dem Gutachten L.\_\_\_\_/K.\_\_\_\_ im Jahr 2005 zugrunde lag, vor.

Dem trägt der auf die Beurteilung des RAD-Arztes Dr. A.\_\_\_\_ ( Urk. 7/120/3) gestützte Schluss der Beschwerdegegnerin, wonach keine neuern Diagnosen genannt würden ( Urk. 2 S. 1), ungenügend Rechnung. Auch vermag der Hinweis, dass für die bereits bekannten „ Befindensstörungen “ keine klinischen Untersuchungsbefunde angegeben worden seien (vgl. 2 S. 1), die Beschwerde gegnerin nicht von ihrer Abklärungspflicht zu befreien, ist sie doch auf die Neuanschuldung des Beschwerdeführers eingetreten und hat dementsprechend umfassend abzuklären, ob die glaubhaft gemachte Verschlechterung mit über wiegender Wahrscheinlichkeit eingetreten ist.

Zwar kann für die abschliessende Beurteilung des aktuellen psychischen Gesundheitszustandes nicht auf diejenige von Dr. Z.\_\_\_\_ abgestellt werden, fehlt es derselben doch bereits aufgrund des Umstandes, dass behandelnde Ärzte mit unter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifels fällen eher zu Gunsten ihrer Patientinnen und Patienten aussagen (BGE 125 V 353 E. 3a und b/cc; 122 V 160 E . 1c, je mit Hinweisen) und Dr. Z.\_\_\_\_ seit 2003 entgegen der bundesgerichtlichen Meinung von einer ununterbrochenen voll ständigen Arbeitsunfähigkeit ausgeht, an abschliessender Beweiskraft.

Hinzu kommt , dass das Bundesgericht mit zur Publikation in der amtlichen Sammlung vorgesehenem Urteil 8C\_130/2017 vom 30. November 2017 erkannt hat , dass grundsätzlich sämtliche psychischen Leiden einem strukturierten Beweisverfahren nach BGE 141 V 281 zu unterziehen seien, was bis anhin nicht erfolgt ist.

Entsprechend wird die Beschwerdegegnerin eine psychiatrische Abklärung des Beschwerdeführers zu veranlassen haben, welche dem strukturierten Beweisverfahren

gemäss BGE 141 V 281 Rechnung trägt. 4.3

Was den somatischen Gesundheitszustand anbelangt, klagte der Beschwerdeführer ebenfalls über eine Zunahme der Beschwerden seit 2007. Dr. M.\_\_\_\_ erachtete ihn nicht nur von psychischer, sondern auch von körperlicher Seite zu 100 % arbeitsunfähig (Urk. 7/119/5).

Im Zusammenhang mit dem diagnostizierten Panvertebralsyndrom diagnostizierte Dr. E.\_\_\_\_ neu eine leichte Atlantodentalarthrose (Urk. 7/114/6; vgl. dagegen: Urk. 7/68/15). Zudem zeigte sich in der MR-Untersuchung vom 15. Dezember 2011 eine Zunahme der Degeneration im Segment L4/5 im Vergleich zum Jahr 2002, wenn auch ohne Nervenkompression (vgl. Urk. 7/114/9). Ob die Degenerationen im Bereich der Wirbelsäule nicht nur im Jahr 2011, sondern auch aktuell keine neuralen Kompressionen nach sich ziehen, ist den medizinischen Akten nicht abschliessend zu entnehmen. Jedenfalls findet sich im von Dr. E.\_\_\_\_ erhobenen Neurostatus immerhin ein links deutlich abgeschwächter Achillessehnenreflex (ASR; vgl. Urk. 7/114/7). Ergänzende Abklärungen in Form einer orthopädisch-rheumatologischen und einer neurologischen Begutachtung erweisen sich auch diesbezüglich als notwendig, zumal die Wechselwirkungen zum psychischen Gesundheitszustand zu beurteilen sind.

Zumindest vorübergehend verschlechtert haben sich zudem die bereits bekannten Abdominalbeschwerden mit einem operativen Eingriff im Jahr 2011. Nachdem sich der Verdacht auf einen neuerlichen Subileus im Oktober 2015 nicht erhärtete und Dr. H.\_\_\_\_ den Beschwerdeführer diesbezüglich in nachvollziehbarer Weise als grundsätzlich arbeitsfähig mit N.\_\_\_\_ fristigen Absenzen bei Schmerzintervallen beurteilte (Urk. 7/112/2 f.), drängen sich hierzu zwar keine fachspezifischen zusätzlichen Abklärungen auf, doch werden die Abdominalbeschwerden im Rahmen der Gesamtbeurteilung zu berücksichtigen sein. 4.4

Was letztlich die vom Beschwerdeführer ebenfalls als zunehmend bezeichneten Schwindelbeschwerden anbelangt, finden sich diese zwar bereits anamnestisch erwähnt als bisweilige Schwindel im Gutachten L.\_\_\_\_/K.\_\_\_\_ vom 2. Juni 2005 (vgl. Urk. 7/55/3). Dr. E.\_\_\_\_ diagnostizierte am 7. Dezember 2015 sodann aber einen chronischen Schwindel und bezeichnete denselben gestützt auf die MR-Abklärung des Schädels vom 7. November 2011 (Urk. 7/114/11) als unge richtet (Urk. 7/114/7). Dr. I.\_\_\_\_ sprach sich am 21. März 2016 für das Vorliegen eines paroxysmalen Lagerungsschwindels bei einem Status nach Autounfall ca. 2008 aus (Urk. 7/119/1); dieselbe Diagnose findet sich im Bericht von Dr. med. N.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Urologie, an Dr. J.\_\_\_\_ vom 7. Dezember 2015 (Urk. 7/119/10). Weitere Abklärungen oder Befunde dazu sowie Angaben zum angeblichen Unfall 2008 fehlen in den Akten, weshalb auch diesbezüglich weitere, neurologische Abklärungen unumgänglich sind. 4.5

Zusammenfassend lässt die aktuelle medizinische Aktenlage eine abschliessende Beurteilung des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers und damit auch der Frage, ob seit 2007 eine anspruchrelevante Verschlechterung eingetreten ist, nicht zu. Die Sache ist an die Beschwerdegegnerin zur Einholung eines polydisziplinären (psychiatrisch, neurologisch, orthopädisch-rheumatologisch) Gutachtens zurückzuweisen.

Die Beschwerde ist entsprechend gutzuheissen. 5.

Da es um die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG) und ermessensweise auf Fr. 700.-- anzusetzen. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind sie der Beschwerdegegnerin aufzuerlegen. Das Gericht erkennt: 1.

In Gutheissung der Beschwerde wird

die angefochtene Verfügung vom 29. Juni 2016 aufgehoben und die Sache an die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, zurückgewiesen, damit diese, nach erfolgter Abklärung im Sinne der Erwägungen, neu verfüge. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 700.-- werden der Beschwerdegegnerin auferlegt.

Rechnung und Einzahlungsschein werden der Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt. 3.

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

Gegen diese Entscheidung 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 Vorsitzende Die Gerichtsschreiberin Grünig Gasser Küffer

## **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.