

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00360 vom 29. März 2018**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2018-03-29, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2017.00360](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2017.00360)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00360 du 29 mars 2018

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00360 del 29 marzo 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).

Beeinträchtigungen der psychischen Gesundheit können in gleicher Weise wie körperliche Gesundheitsschäden eine Invalidität im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG in Verbindung mit Art. 8 ATSG bewirken. Rechtsprechungsgemäss ist bei psychischen Beeinträchtigungen zu prüfen, ob ein seelisches Leiden mit Krankheitswert besteht, welches die versicherte Person auch bei Aufbietung allen guten Willens daran hindert, ein rentenausschliessendes Erwerbseinkommen zu erzielen (Art. 7 Abs. 2 Satz 2 ATSG; BGE 139 V 547 E. 5; 131 V 49 E. 1.2; 130 V 352 E. 2.2.1).

Die Annahme eines psychischen Gesundheitsschadens im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG sowie Art. 3 Abs. 1 und Art. 6 ATSG setzt grundsätzlich eine lege artis auf die Vorgaben eines anerkannten Klassifikationssystems abgestützte psychiatrische Diagnose voraus (BGE 130 V 396; 141 V 281 E. 2.1). Eine fachärztlich festgestellte psychische Krankheit ist jedoch nicht ohne weiteres gleich bedeutend mit dem Vorliegen einer Invalidität. In jedem Einzelfall muss eine Beeinträchtigung der Arbeits- und Erwerbsfähigkeit unabhängig von der Diagnose und grundsätzlich unbesehen der Ätiologie ausgewiesen und in ihrem Ausmass bestimmt sein. Entscheidend ist die nach einem weitgehend objektiven Massstab zu beurteilende Frage, ob es der versicherten Person zumutbar ist, eine Arbeitsleistung zu erbringen (vgl. BGE 127 V 294 E. 4c; 139 V 547 E. 5.2; 143 V 409 E. 4.2.1).

### **E. 1.2**

Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 Prozent ergibt sich ein Anspruch auf eine Viertelsrente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 Prozent Anspruch auf eine halbe Rente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 60 Prozent Anspruch auf eine Dreiviertelsrente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 70 Prozent Anspruch auf eine

ganze Rente (Art. 28 Abs. 2 IVG).

### **E. 1.3.1**

Wird der Verwaltung eine Neuanschuldung eingereicht, so ist gemäss Art. 87 Abs. 3 in Verbindung mit Abs. 2 der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV) dar glaubhaft zu machen, dass sich der Grad der Invalidität seit dem letzten leistungsabweisenden Entscheid in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert hat. Der versicherten Person kommt damit ausnahmsweise eine Beweisführungslast zu und der Untersuchungsgrundsatz spielt insoweit nicht (BGE 130 V 64 E. 5.2.5). Die Verwaltung hat daher erst dann gestützt auf den Untersuchungsgrundsatz von Amtes wegen für die richtige und vollständige Abklärung des rechts erheblichen Sachverhaltes zu sorgen (Art. 43 ATSG, Art. 57 IVG in Verbindung mit Art. 69 ff. IVV), wenn sie auf das Leistungsbegehren eingetreten ist. Die Verwaltung hat nach dem Eingang einer Neuanschuldung daher zunächst zu prüfen, ob die Vorbringen der versicherten Person überhaupt glaubhaft sind, und sie erledigt das Gesuch ohne weitere Abklärungen durch Nichteintreten, falls sie dies verneint.

### **E. 1.3.2**

Unter Glaubhaftmachen im Sinne von Art. 87 Abs.

### **E. 1.3.3**

Das Gericht hat die Behandlung der Eintretensfrage durch die Verwaltung nur zu überprüfen, wenn das Eintreten streitig ist, das heisst wenn die Verwaltung gestützt auf Art. 87 Abs. 3 IVV Nichteintreten beschlossen hat und die versicherte Person deswegen Beschwerde führt. Seiner beschwerdeweisen Überprüfung hat das Gericht den Sachverhalt zugrunde zu legen, wie er sich der Verwaltung bei Erlass des Nichteintretensentscheides bot (BGE 130 V 64 E. 5.2.5; Urteil des Bundesgerichts 8C\_196/2008 vom 5. Juni 2008). Zeitlicher Ausgangspunkt für die Beurteilung einer anspruchserheblichen Änderung des Invaliditätsgrades bildet bei der Neuanschuldung die letzte rechtskräftige Verfügung, welche auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs beruht. Demgemäss sind die Verhältnisse bei Erlass der strittigen Verwaltungsverfügung mit denjenigen im Zeitpunkt der letzten materiellen Abweisung zu vergleichen (BGE 130 V 64 E. 2, 130 V 71 E. 3, 133 V 108 E. 5.2 und E. 5.4). Dabei stellt die bloss unterschiedliche Beurteilung der Auswirkungen eines im Wesentlichen unverändert gebliebenen Gesundheitszustandes auf die Arbeitsfähigkeit für sich allein genommen keinen Revisionsgrund im Sinne von Art. 17 Abs. 1 ATSG dar (BGE 133 V 108; vgl. auch BGE 130 V 71 E. 3.2.3). 2.

## **E. 2**

Dagegen erhob der Versicherte am 22. März 2017 Beschwerde mit dem Antrag (Urk. 1), in Aufhebung der angefochtenen Verfügung sei die IV-Stelle zu verpflichten, auf sein Gesuch um Zusprechung einer Invalidenrente einzutreten. Gleichzeitig stellte er ein Gesuch um die Bewilligung der unentgeltlichen Prozessführung. Der Beschwerde legte er einen Bericht des Stadtspitals Z.\_\_\_\_ vom 3. Februar 2017 bei (Urk. 3/2). Mit Eingabe vom 31. Mai 2017 substantiierte er das Gesuch um unentgeltlichen Prozessführung (Urk. 9). In der Vernehmlassung vom 19. Juni 2017 (Urk. 11) schloss die IV-Stelle auf Abweisung der Beschwerde. Mit Verfügung vom 14. Juli 2017 bewilligte das Sozialversicherungsgericht das Gesuch des Versicherten vom 22. März 2017 um Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung.

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

### **E. 2.1**

Strittig und zu prüfen ist im Folgenden einzig, ob der Beschwerdeführer eine anspruchserhebliche Änderung seit der letzten materiellrechtlichen - mit den Urteilen des hiesigen Gerichts IV.2014.00142 vom 27. November

2015 (Urk. 12/58) und des Bundesgerichts 9C\_90/2016 vom 3. Mai 2016 (Urk. 12/65) bestätigten - Leistungsprüfung mit der Verfügung vom 3. Januar 2014 (Urk. 12/47) glaubhaft zu machen vermochte oder ob die Beschwerdegegnerin zu Recht auf die Neuanschuldung des Beschwerdeführers vom 8. Februar 2016 (Urk. 12/61) nicht eingetreten ist.

### **E. 2.2.1**

Der ursprünglichen Verfügung vom 3. Januar 2014 lagen im Wesentlichen folgende Arztberichte und Gutachten zugrunde:

Die Ärzte des Universitätsspitals A.\_\_\_\_, psychiatrische Poliklinik, diagnostizierten in ihrem Bericht vom 4. Dezember 2008 (Urk. 12/26/8-12) eine leichte bis mittelgradige depressive Episode (ICD-10: F32.1), unklare Körperbeschwerden mit einer wahrscheinlich somatoformen Überlagerung mit Anteilen einer somatoformen Schmerz- und Funktionsstörung (ICD 10: F45.3 4), differentialdiagnostisch mit einer organischen Komponente (fraglich) sowie einen Vitamin-B12-Mangel und einem Vitamin-D-Mangel (substituiert). In therapeutischer Hinsicht empfahlen sie in erster Linie eine psychiatrische Depressionsbehandlung mit einem psychotherapeutischen und einem psychopharmakologischen Ansatz.

### **E. 2.2.2**

Die Ärzte des Medizinischen Zentrums B.\_\_\_\_, wo der Versicherte in der Zeit vom 27. Juni bis zum 22. August 2011 in einer tagesklinischen Behandlung war, diagnostizierten in ihrem Bericht vom 31. Oktober 2011 (Urk. 12/26/13-17) eine mittelgradige depressive Episode (ICD-10: F32.1) und einen Status nach einem Konflikt mit dem Gesetz (ICD-10: Z65.1). Weiter gaben sie an, der Versicherte sei im Zeitpunkt der Entlassung zu 100 % arbeitsunfähig gewesen, auch für angepasste Tätigkeiten.

### **E. 2.2.3**

Dr. med. C.\_\_\_\_, Facharzt für Innere Medizin und Hausarzt des Versicherten, diagnostizierte in seinem Bericht vom 16. Juli 2012 (Urk. 12/26/1-7) rezidivierende depressive Störungen mindestens mittelschwer bis schwer, zurzeit bei einer mittelgradigen Episode mit massiven Somatisierungstendenzen (ICD-10: F33.11), und eine posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10: F43.1). Der Versicherte sei seit Juli 2011 im Wesentlichen arbeitsunfähig.

### **E. 2.2.4**

In ihren Berichten vom 20. und 28. September 2012 (Urk. 12/31-32) diagnostizierten die Ärzte des Medizinischen Zentrums B.\_\_\_\_ eine mittelgradige depressive Episode (ICD-10: F32.1) und gaben an, der Versicherte sei seit Dezember 2010 zu 100 % arbeitsunfähig, auch für angepasste Tätigkeiten.

### **E. 2.2.5**

Dr. Y.\_\_\_\_ diagnostizierte in seinem Gutachten vom 28. Mai 2013 (Urk. 12/36) eine Anpassungsstörung seit circa 2005 nach einem zweijährigen Gefängnis aufenthalt (2004/2005, ICD-10: Z65.1) mit einer chronischen, zur Zeit mittel gradigen (anamnestisch leicht bis schwergradigen) depressiven Verstimmung, Dysphorie und Energielosigkeit (ICD-10: F43.23), eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10: F45.4) und eine somatoforme autonome Funktions störung (ICD-10: F45.3) mit Beginn circa 2005 sowie einen Verdacht auf Nicht befolgung ärztlicher Anordnungen (ICD-10: Z91.1). Der Versicherte sei aktuell zu 100 % arbeitsunfähig für alle bisher ausgeübten Tätigkeiten. Aktuell könne höchstens eine 50%ige Arbeitsfähigkeit in einer geschützten Werkstatt als zu mut bar angesehen werden.

### **E. 2.3.1**

Der angefochtenen Verfügung vom 23. Februar 2017 liegen folgende Arztbe richte zugrunde:

Die Ärzte der Klinik D.\_\_\_\_, Kardiale Rehabilitation, Psychosomatik und Psycho therapie, diagnostizierten in ihrem Bericht vom 12. August 2015 (Urk. 12/67/4) betreffend das Vorgespräch vom 11. August 2015 eine undifferenzierte Soma tisierungsstörung (ICD-10: F45.1) mit einer mittelgradig bis schweren de pres siven Episode (ICD-10: F32.1) auf dem Boden einer schweren Lebenssituation, Schulden nach einer Haft vor circa 10-14 Jahren sowie einem unklaren Sturz vor Jahren. Weiter gaben die Ärzte an, beim Abklärungsgespräch habe der Be schwerdeführer zu erkennen gegeben, er könne das Therapieangebot aufgrund seiner depressiven Symptomatik sowie der starken Konzentrationsstörungen höchstwahrscheinlich nicht einhalten und wäre damit überfordert. Aufgrund dieser Angaben des Beschwerdeführers hätten sie eine Behandlung des Ver sicherten in ihrer Klinik nicht als zielführend erachtet.

### **E. 2.3.2**

Im Bericht vom 9. September 2015 betreffend eine Hospitalisation in der Zeit vom 14. August bis zum 2. September 2015 (Urk. 12/67/8-14) diagnostizierten die Ärzte der Psychiatrischen Universitätsklinik E.\_\_\_\_ , Klinik für Psy chiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik, eine undifferenzierte Somatisie rungsstörung mit einer depressiven Entwicklung (ICD-10: F45.1). Weiter führten sie aus, der Versicherte sei freiwillig auf Zuweisung des behandelnden Psy chiaters Dr. med. G.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, eingetreten. Er weise eine rezidivierende depressive Störung mit einer Somati sierungstendenz auf, bei einem subjektiven Fokus auf die somatischen Be schwerden, die vom Behandlungsteam als psychosomatisch gedeutet würden. Auf grund der erhöhten Ermüdbarkeit und der reduzierten Leistungsfähigkeit fehle es dem Versicherten an der Belastbarkeit, eine Tätigkeit auszuüben, was zu einem strukturlosen Tagesablauf führe. Als weiteres Prozedere empfahlen die Ärzte unter anderem den Aufbau einer Tagesstruktur, im besten Falle im Rahmen einer Arbeit oder Tätigkeit, initial für die Aktivierung und demzufolge für die Verbesserung der depressiven Symptomatik.

### **E. 2.3.3**

Gemäss der Beurteilung der Ärzte im Befundbericht des Medizinischen Radio logischen Instituts F.\_\_\_\_ vom 18. Februar 2016 (Urk. 12/67/6) betref fend ein magnetic resonance imaging (MRI) des Neurokraniums bestand eine leichte am ehesten mikroangiopathisch bedingte Marklagerveränderung ohne Nachweis einer territorialen Ischämie, ohne

Nachweis einer Raumforderung oder Blutung und ohne Nachweis einer Sinusvenenthrombose sowie ohne Hinweis für eine demyelinisierende Erkrankung und ohne eine tubuläre Volumenminderung.

#### **E. 2.3.4**

Dr. G.\_\_\_\_, welcher den Beschwerdeführer ab 23. Februar 2009 bis zum 15. Dezember 2011 sowie seit dem 20. Januar 2014 behandelt, diagnostizierte in seinem Bericht vom 7. Juli 2016 (Urk. 12/67/1) eine undifferenzierte Somatisierungsstörung (ICD-10: F45.1) mit mindestens einer mittelgradigen depressiven Störung (ICD-10: F32.11), mit diffusen meist brennenden Schmerzen an Kopf, Schulter und Armen, mit einer Muskelschwäche vor allem in den Beinen und einem Energiemangel mit Vigilanzstörung, bei zunehmenden Konzentrationsstörungen, bei mehr Mühe mit dem Schreiben und Lesen und bei einem abnehmenden deutschen Wortschatz auf dem Hintergrund einer sehr schwierigen Lebenssituation. Der Versicherte sei seit mindestens dem Jahr 2004 zu 100 % arbeits- und erwerbsunfähig; seit dem Jahr 2014 sei er wohl auch mit einem 50%igen Pensum in einer geschützten Werkstatt überfordert. Weiter führte der Arzt aus, die Klagen des Beschwerdeführers seit Januar 2014 hätten denen in früheren Zeiten geglichen. Zudem sei er in dieser Zeit immer länger, bis 18 Stunden täglich im Bett gelegen. Sämtliche Motivationsbemühungen des Arztes für einen Versuch in einer geschützten Werkstatt hätten nichts ge fruchtet. Seit Ende 2015 sei der Beschwerdeführer im Wartezimmer regelmässig eingedöst und beim Wecken zusammengezuckt. Die geklagten Symptome des Beschwerdeführers habe der Gutachter (Dr. Y.\_\_\_\_) sehr schön beschrieben, diese würden nach wie vor existieren.

#### **E. 2.3.5**

Der behandelnde Hausarzt Dr. C.\_\_\_\_ diagnostizierte in seinem Bericht vom 26. Januar 2017 (Urk. 12/75) eine Alexithymie schwerer Form mit rezidivierenden mittelschweren depressiven Störungen und einer massiven Somatisierungstendenz. Der Beschwerdeführer sei zu 100 % arbeits- und erwerbsunfähig. Auffallend sei der jeweils fehlende Bezug zwischen der Symptomatik und der Befindlichkeit des Versicherten mit einem starken Leidensdruck. 3.

#### **E. 3**

IVV ist nicht der Beweis nach dem im Sozialversicherungsrecht allgemein massgebenden Grad der über wiegenden Wahrscheinlichkeit zu verstehen. Die Beweisanforderungen sind viel mehr herabgesetzt, indem nicht im Sinne eines vollen Beweises die Über zeugung der Verwaltung begründet zu werden braucht, dass seit der letzten, rechtskräftigen Entscheidung tatsächlich eine relevante Änderung eingetreten ist. Es genügt, dass für den geltend gemachten rechtserheblichen Sachumstand wenigstens gewisse Anhaltspunkte bestehen, auch wenn durchaus noch mit der Möglichkeit zu rechnen ist, bei eingehender Abklärung werde sich die behauptete Sachverhaltsänderung nicht erstellen lassen. Bei der Prüfung der Frage, ob die Vorbringen der versicherten Person glaubhaft sind, berücksichtigt die Verwaltung unter anderem, ob seit der rechtskräftigen Erledigung des letzten Leistungsgesuchs lediglich kurze oder schon längere Zeit vergangen ist; je nach dem sind an die Glaubhaftmachung einer Änderung des rechtserheblichen Sachverhalts höhere oder weniger hohe Anforderungen zu stellen (Urteil des Bundesgerichts 9C\_236/2011 vom 8. Juli 2011 E. 2.1.1 mit Hinweisen). Insofern steht der Verwaltung ein gewisser Beurteilungsspielraum zu, den das Gericht grundsätzlich zu respektieren hat (BGE 109 V

108 E. 2b; Urteil des Bundesgerichts I 888/05 vom 7. Juni 2006 E. 2).

Die Eintretensvoraussetzung gemäss Art. 87 Abs. 3 IVV soll verhindern, dass sich die Verwaltung immer wieder mit gleichlautenden und nicht näher begründeten Rentengesuchen befassen muss (BGE 133 V 108 E. 5.3.1). Die Rechtskraft der früheren Verfügung steht einer neuen Prüfung so lange entgegen, wie der seinerzeit beurteilte Sachverhalt sich in der Zwischenzeit nicht verändert hat. Wenn die dem Revisionsgesuch beigelegten ärztlichen Berichte so wenig substantiiert sind, dass sich eine neue Prüfung nur aufgrund weiterer Erkenntnisse allenfalls rechtfertigen würde, ist die IV-Stelle zur Nachforderung weiterer Angaben nur, aber immerhin dann verpflichtet, wenn den - für sich allein genommen nicht Glaubhaftigkeit begründenden - Arztberichten konkrete Hinweise entnommen werden können, wonach möglicherweise eine mit weiteren Erhebungen erstellbare rechtserhebliche Änderung vorliegt (Urteil des Bundesgerichts 8C\_ 844/2012 vom

### **E. 3.1**

Grundlage bei der Beurteilung der ursprünglichen Verfügung vom 3. Januar 2014 war, dass in somatischer Hinsicht kein Gesundheitsschaden mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit vorlag. Die diagnostizierte psychische Symptomatik war im Zusammenhang mit erheblichen psychosozialen Belastungsfaktoren zu sehen (Gefängnisstrafe, sozialer Abstieg, Verschuldung, Migrationshintergrund und dergleichen). Letztlich ausschlaggebend war, dass die vom Beschwerdeführer eingenommene generelle Haltung mangelnder Compliance (Haltung des «Kantverstan») dem rechtsprechungsgemäss erforderlichen konsistenten Gesamtbild klar widersprach, weshalb die psychiatrische Annahme einer Arbeitsunfähigkeit durch den Gutachter von vorneherein dem normativ unverzichtbaren Erfordernis einer beweismässig gesicherten Folgeabschätzung nicht zu genügen vermochte (Urteile des Bundesgerichts 9C\_90/2016 vom 3. Mai 2016 E. 1 [Urk. 12/65] sowie des Sozialversicherungsgerichts IV.2014.00142 vom 27. November 2015 E. 4 [Urk. 12/58]).

### **E. 3.2.1**

An diesem Beschwerdebild hat sich nichts Wesentliches geändert.

Gemäss den Arztberichten, welche der angefochtenen Verfügung zugrunde liegen (E. 2.2), ist der Versicherte in somatischer Hinsicht nach wie vor nicht wesentlich eingeschränkt. In psychischer Hinsicht dominiert in diesen Berichten eine undifferenzierte Somatisierungsstörung mit einer depressiven Entwicklung vor dem Hintergrund von nach wie vor beschriebenen erheblichen psychosozialen Belastungsfaktoren. Sowohl der behandelnde Hausarzt als auch der behandelnde Psychiater gehen diesbezüglich von einem mehr oder weniger konstanten, seit längerer Zeit bestehenden Zustand aus. Dr. C.\_\_\_\_ umschrieb diesen Zustand in seinem Bericht vom 26. Januar 2017 als starken Leidensdruck mit der Tendenz zur Somatisierung, wobei der fehlende Bezug zwischen der subjektiven Befindlichkeit und der (objektivierbaren) Symptomatik auffallend sei (Urk. 12/75). Der behandelnde Psychiater Dr. G.\_\_\_\_ hielt sodann in seinem Bericht vom 7. Juli 2016 (Urk. 12/6) ausdrücklich fest, die seit Januar 2014 geäusserten Klagen würden jenen aus früheren Zeiten gleichen (S. 2 oben), respektive die geklagten Symptome, die der Gutachter Dr. Y.\_\_\_\_ sehr schön beschrieben habe, würden nach wie vor bestehen (S. 3 oben). Dass Dres. C.\_\_\_\_ und G.\_\_\_\_ in ihren Berichten jeweils von einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit ausgingen, lässt daher nicht auf eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes im

massgebenden Zeitraum schliessen, zumal – wie bereits im Gutachten von Dr. Y.\_\_\_\_ vom 18. Mai 2013 – der attestierten Arbeitsunfähigkeit vor allem das subjektive Empfinden des Beschwerdeführers im Rahmen der psychosozialen Belastung zu Grunde lag.

### **E. 3.2.2**

Das Ausmass des Beschwerdebildes - undifferenzierte Somatisierungsstörung mit einer depressiven Entwicklung, jedoch ohne somatische Einschränkung – hält sich zudem in Grenzen.

Vor diesem Hintergrund ist es weder nachvollziehbar noch glaubhaft, wenn der Versicherte entgegen aller Motivationsbemühungen des behandelnden Psychiaters für die Wahrnehmung einer geeigneten Aktivität (Urk. 12/67 S. 2) und entgegen der Ratschläge der Ärzte der E.\_\_\_\_,

dass der Aufbau einer Tagesstruktur, im besten Falle im Rahmen einer Arbeit oder einer Tätigkeit, die beste Therapie für die Aktivierung und demzufolge für die Verbesserung der depressiven Symptomatik wäre (Bericht vom 9. September 2015, Urk. 12/67), sich vollkommen passiv verhält und den Anschein erweckt, als ob er ausserhalb der Schlafenszeit praktisch zu keinerlei Aktivität imstande sei. So hat er sich weder um Arbeit bemüht, wie die Ärzte der E.\_\_\_\_ in ihrem Bericht vom 9. September 2015 empfohlen hatten, noch hat er das Aufbauprogramm in der Klinik D.\_\_\_\_ wahrgenommen, zu dem ihn sein behandelnder Psychiater angemeldet hatte. Diese Weigerungshaltung des Versicherten ist nicht nachvollziehbar, zumal zum Beispiel das Therapieprogramm in der Klinik D.\_\_\_\_ niederschwellig ist und auch von Personen wahrgenommen werden kann, die gesundheitlich wesentlich eingeschränkter sind als der Beschwerdeführer. Auch in seiner Beschwerde bringt er ausser schematisch abstrakten Hinweisen, dass es ihm schlechter gehe, nichts vor, was tatsächlich auf eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes schliessen lässt.

### **E. 3.2.3**

Nach dem Gesagten hat sich beim Versicherten im massgebenden Zeitraum weder an der Diagnostik, der Befundlage und Symptomatik einerseits, noch an der mangelnden Compliance und dem passiven Verhalten andererseits etwas Wesentliches geändert. Dies steht der erforderlichen Annahme einer glaubhaften Verschlechterung des Gesundheitszustandes diametral entgegen, da für eine solche Annahme ein konsistentes Gesamtbild erforderlich wäre, woran es jedoch fehlt. Eine Prüfung der Einschränkungen nach dem strukturierten Beweisverfahren mittels Indikatoren gemäss der neuen Rechtsprechung des Bundesgerichts kann angesichts der offenkundigen subjektiven Überlagerung der Beschwerden unterbleiben (vgl. BGE 143 V 418 E. 7.1).

Daran ändert auch der vom Beschwerdeführer nachgereichte Bericht des Stadtspitals Z.\_\_\_\_ vom 3. Februar 2017 nichts (Urk. 3/2). Denn massgebend ist der Sachverhalt, wie er sich bei Erlass der angefochtenen Verfügung vom 23. Februar 2017 präsentierte, weshalb dieser erst nachträglich eingereichte Bericht nicht zu berücksichtigen ist. Selbst wenn man ihn berücksichtigen würde, könnte der Beschwerdeführer nichts zu seinen Gunsten ableiten. Denn obwohl der Beschwerdeführer den Ärzten anamnestisch angab, am 3. Februar 2017 von einem unbekanntem Mann mit einer Metallstange mit Schlägen gegen den Kopf und den linken Hemithorax angegriffen worden zu sein, konnten diese trotz eingehender Untersuchungen keine Hinweise für Frakturen oder Organläsionen finden. Somit spricht auch dieser Bericht nicht für die Glaubwürdigkeit des Versicherten. 4.

Diese Erwägungen führen zur Abweisung der Beschwerde.

## E. 5

Gemäss Art. 69 Abs. 1 bis IVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von Leistungen der Invalidenversicherung vor dem kantonalen Versicherungsgericht in Abweichung von Art. 61 lit. a ATSG kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festgesetzt. Vorliegend erweist sich eine Kostenpauschale von Fr. 800.-- als angemessen. Weil die Beschwerde abzuweisen ist, sind die Kosten dem Beschwerdeführer aufzuerlegen.

Zur Folge der Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung werden diese einstweilen auf die Gerichtskasse genommen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 800.-- werden dem Beschwerdeführer auferlegt, zur Folge der Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung jedoch einstweilen auf die Gerichtskasse genommen. Der Beschwerdeführer wird auf die Nachzahlungspflicht gemäss § 16 Abs. 4 GSVGer hingewiesen. 3.

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

Gegen 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 Der Gerichtsschreiber Grünig Fraefel

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