

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00560 vom 23. Oktober 2017

ZH Sozialversicherungsgericht, 2017-10-23, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2017.00560

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00560 du 23 octobre 2017

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00560 del 23 ottobre 2017

Erwägungen

E. 1.1

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 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) vorzu gehen (BGE 117 V 198 E. 3a, vgl. auch BGE 133 V 108 E. 5.2). Stellt sie fest, dass der Invaliditätsgrad seit Erlass der früheren rechtskräftigen Verfügung keine Veränderung erfahren hat, so weist sie das neue Gesuch ab. Andernfalls hat sie zu nächst noch zu prüfen, ob die festgestellte Veränderung genügt, um nunmehr 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. 1.2

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. 1.3

Mit Art. 87 Abs. 3 in Verbindung mit Abs. 2 IVV soll verhindert werden, dass sich die Verwaltung nach vorangegangener rechtskräftiger Leistungsverweigerung immer wieder mit gleich lautenden 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.

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 rechts erheblichen Sachumstandes wenigstens gewisse Anhaltspunkte bestehen, auch wenn durchaus noch mit der Möglichkeit zu rechnen ist, bei eingehender Abklärung werde sich die behauptete Änderung nicht erstellen lassen (BGE 130 V 64 E. 5.2, 130 V 71 E. 2.2 mit Hinweisen). Erheblich ist eine Sachverhaltsänderung, wenn angenommen werden kann, der Anspruch auf eine (höhere) Invalidenrente sei begründet, falls sich die geltend gemachten Umstände als richtig erweisen sollten (Urteil des Bundesgerichts 8C_844/2012 vom 5. Juni 2013 E. 2.3 mit Hinweisen auf 8C_1009/2010 vom 7. April 2011 E. 2.2 und 9C_838/20

E. 1.5

Da die versicherte Person im Rahmen der Neuanmeldung die massgebliche Tatsachenänderung glaubhaft zu machen hat, spielt der Untersuchungsgrundsatz, wonach das Gericht (oder die Verwaltung) für die richtige und vollständige Abklärung des rechtserheblichen Sachverhalts zu sorgen hat, insoweit nicht. Mithin kommt der versicherten Person ausnahmsweise eine Beweisführungslast zu. Wird in der Neuanmeldung kein Eintretenstatbestand glaubhaft gemacht, sondern bloss auf ergänzende Beweismittel, insbesondere Arztberichte hingewiesen, die noch beigebracht würden oder von der Verwaltung beizuziehen seien, ist der versicherten Person eine angemessene Frist zur Einreichung der Beweismittel anzusetzen. Diese Massnahme setzt voraus, dass die ergänzenden Beweisvorkehrungen geeignet sind, den entsprechenden Beweis zu erbringen. Sie ist mit der Androhung zu verbinden, dass ansonsten gegebenenfalls auf Nichteintreten zu erkennen sei. Dasselbe gilt, wenn der Neuanmeldung zwar ärztliche Berichte beigelegt sind, diese indessen so wenig substantiiert sind, dass sich eine neue Prüfung nur aufgrund weiterer Erkenntnisse allenfalls rechtfertigen würde. Diesfalls ist die IV-Stelle zur Nachforderung weiterer Angaben nur 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. Ergeht eine Nichteintretensverfügung im Rahmen des Verwaltungsverfahrens, das den Erfordernissen betreffend Fristansetzung und Androhung der Säumnisfolgen genügt, legen die Gerichte ihrer beschwerdeweisen Überprüfung den Sachverhalt zu Grunde, wie er sich der Verwaltung bot. Für das Beibringen neuer Beweismittel bleibt im anschliessenden Gerichtsverfahren kein Raum mehr (BGE 130 V 64 E).

5.2.5, Urteil des Bundesgerichts 8C_844/2012 vom 5. Juni 2013 E. 2.1-2.2). 2.

E. 2

Der Versicherte erhob am 18. Mai 2017 Beschwerde gegen die Verfügung vom 10. April 2017 (Urk. 2) und beantragte, diese sei aufzuheben und die Beschwerdegegnerin sei zu verpflichten, auf das Leistungsbegehren einzutreten und weitere Abklärungen vorzunehmen (Urk. 1).

Die IV-Stelle beantragte mit Beschwerdeantwort vom 2

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin hielt in der angefochtenen Verfügung (Urk. 2) fest, mit dem neuen Gesuch sei nicht glaubhaft dargelegt worden, dass sich die tatsächlichen Verhältnisse seit der letzten Verfügung wesentlich verändert hätten. Es liege lediglich eine andere Beurteilung desselben Sachverhaltes vor.

E. 2.2

Demgegenüber stellte sich der Beschwerdeführer auf den Standpunkt (Urk. 1), durch die eingereichten Arztberichte, insbesondere die Ausführungen von Dr. Z.____ und Dr. A.____, sei eine Verschlechterung seines Gesundheitszustandes insbesondere aus psychiatrischer Sicht glaubhaft gemacht worden (S. 3 f.).

Die Beschwerdegegnerin sei deshalb anzuweisen, weitere Abklärungen zu tätigen.

E. 2.3

Strittig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin – mangels einer glaubhaft gemachten Verschlechterung des Gesundheitszustandes seit der letztmaligen materiellen Prüfung im Oktober 2011 (vgl. Urk. 7/35) – zu Recht nicht auf das neue Leistungsbegehren eingetreten ist. 3. 3.1

Die massgebende medizinische Aktenlage stellte sich bei der letztmaligen materiellen Prüfung, in deren Rahmen ein Rentenanspruch vernimmt wurde (vgl. Verfügung vom 10. Oktober 2011, Urk. 7/35), wie folgt dar: 3.2

Dr. med. B.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, berichtete am 9. Mai 2010 (Urk. 7/13) und nannte folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 1 Ziff. 1.1): - Status nach Analooperation (1993) wegen Karzinom und Bestrahlung mit postaktinischer Analkanalstenose (1994) - Dysthymie (ICD-10 F34.1) bei Status nach unerwarteter Kündigung des Arbeitsplatzes im Dezember 2007

Er führte aus, dass zurzeit keine Therapie stattfindet (S. 1 Ziff. 1.2). Die Prognose werde aus psychiatrischer Sicht als gut erachtet, wenn eine Therapie leitend in die Wege geleitet werde. Er empfehle eine ambulante Therapie, die die Problematik aufgreife und dem Beschwerdeführer ermögliche zu lernen, mit der Symptomatik klar zu kommen und diese zu überwinden (S. 2 Ziff. 1.4-1.5). Es bestehe eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit als Bankangestellter seit Dezember 2007. Es lägen Konzentrationsprobleme, eine Verlangsamung im Denken, depressive Verstimmungen und zudem Schmerzen und Brennen im Analbereich vor (S. 2 Ziff. 1.7).

3.3

Die Ärzte des C.____, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, erstatteten am 25. Mai 2011 ihr psychiatrisches Gutachten gestützt auf die Akten sowie die Untersuchung des Beschwerdeführers vom 11. Januar 2011 (Urk. 7/23). Sie nannten folgende Diagnose (S. 19 Ziff. 6): - Dysthymia (ICD-10 F34.1), bestehend seit zirka Oktober 2007

Sie führten aus, dass sich in der Begutachtungssituation keine Störungen der Konzentration und der Aufmerksamkeit sowie keine Störungen der Gedächtnisfunktionen,

jedoch sich eine leichtgradige Umständlichkeit sowie leichtgradige Grübelneigung zeigten. Deutlich würden eine leichtgradige Reizbarkeit und Dysphorie sowie Insuffizienzgefühle und vermindertes Selbstwertgefühl. Im Antriebsbereich scheine der Beschwerdeführer überwiegend ausgeglichen, wenn sich auch phasenweise themenabhängig eine leichtgradige psychomotorische Unruhe zeige (S. 19). Aus psychiatrischer Sicht bestehe im Rahmen der beschriebenen Defizite aufgrund der attestierten Dysthymia eine Arbeitsunfähigkeit von 20 % für angestammte und angepasste Tätigkeiten seit Herbst 2007. Prognostisch sollte unter einer adäquaten Therapie eine 100%ige Arbeitsfähigkeit innerhalb von maximal einem Jahr wieder herstellbar sein (S. 21).

3.4

Die Ärzte des C.____, Klinik und Poliklinik für Innere Medizin, erstatteten am 27. Mai 2011 ihr internistisches Gutachten gestützt auf die Akten sowie die Untersuchung des Beschwerdeführers vom 23. November 2010 (Urk. 7/25/1-5). Sie nannten folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 3 Ziff. 5.1): - mässig differenziertes Adenokarzinom des Rektums mit Lymphangiosis carcinomatosa - Status nach tiefer vorderer Rektumresektion Januar 1993 - Status nach kombinierter Radio-Chemotherapie November 1993 bis März 1994 - neurogene Blasen-, Erektions- und Ejakulationsstörung - Status nach Adhäsiolyse und Dünndarmresektion Dezember 1994 wegen Ileus - letzte koloskopische Kontrolle 1997 - Dysthymie (ICD-10 F34.1) Sie führten aus, dass aufgrund der derzeit zu objektivierenden Befunde im internistischen Fachgebiet und der psychiatrischen Diagnose als Mitarbeiter im Back office einer Bank eine Arbeitsfähigkeit von 80 %, entsprechend 6.75 Stunden pro Tag bestehe. Die Einschränkungen gegenüber einem vollen Pensum würden sich mit der Notwendigkeit zu vermehrten Entleerungen begründen, was subjektiv angegeben werde und objektiv nicht auszuschliessen sei, sowie den Befunden einer vermehrten Grübelneigung, einer vermehrten Reizbarkeit und Dysphorie, einem Insuffizienz- und vermindertem Selbstwertgefühl (S. 4). 4. 4.1

Bei der vorliegenden Neuanmeldung lag der Beschwerdegegnerin im Zeitpunkt des Verfügungserlasses am 10. April 2017 (Urk. 2) Folgendes vor: 4.2

Die Ärzte des C.____, Klinik für Urologie, berichteten am 29. Februar 2016 (Urk. 7/48/6-7) und nannten folgende Diagnosen (S. 1): - Blasenentleerung und Blasenspeicherstörung am ehesten neurogene Ursache im Rahmen von Diagnose II - Differentialdiagnose (DD): chronische Blasenentleerungsstörung mit Überlaufblase - Urge-, Stuhl- und Urinkontinenz - Blasenentleerung mittels Crède-Manöver seit 1993 - zusätzliche Stuhlinkontinenz - schwere psychologische Belastung - Status nach tiefer Rektumresektion mit End to End Anastomose 1993 - Kombinierte Radio/Chemotherapie November 1993 bis März 1994 - mässig differenziertes Adenokarzinom des Rektums mit Lymphangiosis

carcinomatosa Sie führten aus, dass der Beschwerdeführer über eine deutliche Verschlechterung seit zwei Monaten sowohl der Urin- als auch der Stuhlinkontinenz beklage. Wenn er den Harndrang verspüre und dann sofort die Toilette erreiche, sei keine Inkontinenz-Episode vorhanden. Schaffe er dies nicht, verliere er den Urin unkontrolliert. Bei der Miktion würde er gleichzeitig stuhlen. Nachts bemerke er keinen Harndrang, stehe

jedoch mehrmals auf mit dann nasser Unterwäsche und nassem Bett. Dies belastete ihn sehr. Er ziehe sich privat und sozial zurück (S. 1) Die sich beim Beschwerdeführer zeigende kombinierte Blasenentleerungsstörung sowie Blasenspeicherstörung mit Urininkontinenz sei am ehesten auf den operativen Eingriff vor 23 Jahren zurückzuführen. Es sei eine Zystoskopie sowie eine urodynamische Abklärung notwendig (S. 2). 4.3

Die Ärzte des C.____, Klinik für Gastroenterologie und Hepatologie, berichteten am 7. März 2016 (Urk. 7/48/3 -5) über die gleichentags durchgeführte 3d-anorektale Manometrie des Beschwerdeführers und führten aus, dass sich keine Hinweise für eine Sphinkterinsuffizienz zeigen würden. Es habe sich lediglich eine verminderte Rektalkapazität bei jedoch erhaltener initialer Perzeption und Stuhldrang gezeigt (S. 2). 4.4

Die Ärzte des C.____, Klinik für Urologie, berichteten am 23. Juni 2016 (Urk. 7/54) über die urodynamische Untersuchung des Beschwerdeführers und nannten folgende Diagnosen: - neurogene Blasen- und Darmfunktionsstörung bei Diagnose 2 - Status nach tiefer Rektumresektion mit End to End Anastomose 1993

Sie führten aus, dass sich

in der Video-Urodynamik eine hyperkapazitive, hyposensitive und überaktive Harnblase zeige. Die Detrusorüberaktivität in Kombination mit der verminderten Blasensensation dürfte die Ursache für die Urininkontinenz sein. In der Situation sei die medikamentöse Therapie zur Reduktion der maximalen Detrusordruckamplituden indiziert. Dies dürfte jedoch zur Verschlechterung der Miktionsleistung und Erhöhung der Restharmengen führen (S. 3). 4.5

Die Ärzte des D.____ berichteten am 19. September 2016 (Urk. 7/47) und führten aus, dass sich der Beschwerdeführer seit dem 6. Juni 2016 in psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlung im Ambulatorium befinde. Die Behandlung finde auf kognitiv-verhaltenstherapeutischer Basis im Einzelsetting statt. Im Verlauf erfolge zudem gegebenenfalls eine Beratung bezüglich einer etwaigen psycho-pharmakologischen Behandlung, sollte dies notwendig sein. Der Beschwerdeführer habe eine depressive Symptomatik entwickelt, welche aktuell als mittelgradig eingeschätzt werde (ICD-10 F32.11). Im Vordergrund stünden eine bedrückte Stimmungslage, Ein- und Durchschlafstörungen, Freudlosigkeit, Interesselosigkeit, ein leichtes Morgentief sowie ein verminderter Antrieb, ein sozialer Rückzug und intermittierend suizidale Gedanken. Zudem berichte der Beschwerdeführer von starken Ängsten bezüglich einer weiteren Verschlechterung des körperlichen Zustandes sowie von Schmerzen. Der Beschwerdeführer sei durch die somatischen und psychischen Beschwerden im Alltag stark eingeschränkt. In Bezugnahme auf ein Gutachten vom Jahr 2010, in welchem damals eine Dysthymie beschrieben worden sei, sei davon auszugehen, dass sich das psychische Gesundheitsbild im Verlauf der Jahre verschlechtert habe. Weitere mögliche erschwerende Faktoren wie beispielsweise interaktionelle Schwierigkeiten hätten im bisherigen Zeitraum noch nicht ausführlich exploriert werden können (S. 1). Aufgrund der multifaktoriellen Beschwerden sei davon auszugehen, dass bei unveränderter Situation ein deutlich erhöhtes Risiko einer Chronifizierung und Zunahme der psychischen Beschwerde bestehe (S. 2). 4.6

Dr. med. Z.____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, berichtete am 27. September 2016 (Urk. 7/46) und führte aus, dass die Arbeit des Beschwerdeführers als Bankangestellter durch die intestinalen und urologischen Störungen in einem so erheblichen

Mass eingeschränkt würden, dass er den üblichen Anforderungen seines Berufs nicht mehr genügen könne. Oft könne er nicht zur normalen Zeit am Arbeitsort erscheinen, weil er am Morgen noch zu lange auf die Toilette gehen müsse, die Defäkation oder/und die Miktion aber nicht so schnell, wie dies bei gesunden Personen möglich sei, erledigt werden könne. Er habe im Tag bis zu 30 Defäkationen. Die Körperhygiene-Arbeit benötige beim Beschwerdeführer sehr viel Zeit. Die ungenügend kontrollierbaren Miktionen seien oft, insbesondere beim Schlafen, mit Inkontinenz verbunden, oder würden den Beschwerdeführer oft dazu zwingen, auf die Toilette gehen zu müssen (S.

1). Der Beschwerdeführer müsse insgesamt wegen der Dysfunktion von Darm und Blase zu oft und zu lange auf die Toilette gehen. Die ungenügend kontrollierbaren Flatulenzen seien für den Beschwerdeführer ein grosses psychisches Problem, weil es – besonders auch am Arbeitsplatz – die zwischen menschlichen beziehungsweise sozialen Kontakte stark störe, was ihn sehr unsicher mache, so dass er sich stark zurückziehe. Der Beschwerdeführer sei deswegen auch in psychiatrischer Behandlung. Ein normales Berufsleben sei unter diesen Umständen nicht möglich. Der Beschwerdeführer sei deswegen seit dem 19. Januar 2016 in seiner Tätigkeit als Bankmitarbeiter zu 100 % arbeitsunfähig. Ein wichtiges Problem sei, dass der Beschwerdeführer wegen seiner Krankheit nicht regelmässig arbeiten und regelmässige Arbeitszeiten nicht einhalten könne. Die Arbeitsfähigkeit werde somit praktisch auch in Zukunft um mindestens 50 % vermindert sein, nicht nur in seinem Beruf als Bankmitarbeiter, sondern auch in anderen Tätigkeiten. Das Leiden des Beschwerdeführers habe wie erwähnt 1993 begonnen. Die Störungen hätten seit 2007 und noch mehr in den letzten zwei Jahren deutlich zugenommen (S. 2) . 4.7

Lic. phil. A.____, Psychologe,

D.____, berichtete am 16. Mai 2017 (Urk. 3/6) und führte aus, dass der Beschwerdeführer infolge eines Darmkarzinoms, welches 1993 und 1994 operiert worden sei, einer daraus resultierenden Inkontinenz sowie einem Stellenverlust im Februar 2016 wie auch vorangehenden anamnestisch berichteten wiederholten Stellenverlusten eine depressive Symptomatik entwickelt habe, welche aktuell als mittelgradig eingeschätzt werde (ICD-10 F32.11). Im Vordergrund stünden eine bedrückte Stimmungslage, Ein- und Durchschlafstörungen, Freudlosigkeit, Interesselosigkeit, ein leichtes Morgentief sowie ein deutlich verminderter Antrieb, ein sozialer Rückzug und intermittierend suizidale Gedanken. Zudem berichte der Beschwerdeführer von starken Ängsten bezüglich einer weiteren Verschlechterung des körperlichen Zustandes sowie von Schmerzen. Aufgrund interaktio neller Auffälligkeiten bestehe zudem der Verdacht auf eine nicht näher bezeichnete andauernde Persönlichkeitsänderung, möglicherweise in Folge der chronischen Belastungssituation (ICD-10 F62.9). Aufgrund der multifaktoriellen Beschwerden sei davon auszugehen, dass bei unveränderter Situation ein deutlich erhöhtes Risiko einer Chronifizierung und Zunahme der psychischen Beschwerden bestehe. Aus psychologischer Sicht sei die Arbeitsfähigkeit zum aktuellen Zeitpunkt nicht gegeben. 4.8

Pract. med. E.____, Facharzt für Arbeitsmedizin, Regionaler Ärztlicher Dienst (RAD) der Beschwerdegegnerin, nahm am 15. Oktober 2016 Stellung (Urk. 7/49/2) und führte aus, dass in den vorliegend eingereichten medizinischen Unterlagen im Rahmen der augenblicklichen gesundheitlichen Einschränkungen lediglich psychosoziale Faktoren genannt würden,

welche zu einer Veränderung des Gesundheitszustandes geführt hätten. Somit würden die medizinischen Unterlagen zusammenfassend aus versicherungsmedizinischer Sicht keine Veränderung des Gesundheitszustandes begründen.

5. 5.1

Bei der letztmaligen materiellen Beurteilung im Oktober 2011 lagen aus medizinischer Sicht ein Status nach mässig differenziertem Adenokarzinom des Rektums mit Lymphangiosis carcinomatosa mit einer neurogenen Blasen-, Erektions- und Ejakulationsstörung sowie eine Dysthymie (ICD-10 F34.1) vor (vgl. vorstehend E. 3.3 und E. 3.4). Diese Einschränkungen führten gemäss Gutachten der Ärzte des C.____ zu einer 80%igen Arbeitsfähigkeit sowohl in der bisherigen als auch in einer allfällig angepassten Tätigkeit. Gestützt darauf verneinte die Beschwerdegegnerin mit Verfügung vom 10. Oktober 2011 (Urk. 7/ 35) bei einem Invaliditätsgrad von 20 % einen Rentenanspruch des Beschwerdeführers. 5.2

Im Rahmen der vorliegenden Neuanmeldung vom Juli 2016 (Urk. 7/ 36) reichte der Beschwerdeführer diverse medizinische Berichte ein, aus welchen sich gewisse Anhaltspunkte für eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers ergeben. Nach Lage der eingereichten Akten besteht insoweit eine glaubhafte Verschlechterung, als eine erhöhte Frequenz nicht nur der Defäkation , sondern auch der Miktion bestehe und sich zudem insbesondere auch das psychische Gesundheitsbild im Verlauf der Jahre seit der Begutachtung im Jahre 2011 verschlechtert habe.

So führte Dr. Z.____ nachvollziehbar aus (vgl. vorstehend E. 4.6), dass die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers durch die intestinalen und urologischen Störungen in einem erheblichen Mass eingeschränkt sei, da er insgesamt wegen der Dysfunktion von Darm und Blase zu oft und zu lange auf die Toilette gehen müsse. Zudem machte Dr. Z.____ darauf aufmerksam, dass auch die ungenügend kontrollierbaren Flatulenzen ein grosses psychisches Problem darstellten. Er bestätigte, dass die Störungen vor allem in den letzten zwei Jahren deutlich zugenommen hätten. Die Ärzte des C.____ berichteten ebenfalls übereinstimmend über eine seit zwei Monaten bestehende Verschlechterung sowohl der Urin- als auch der Stuhlkontinenz. So würde der Beschwerdeführer bei der Miktion gleichzeitig stuhlen und verliere insbesondere den Urin unkontrolliert, wenn er beim Verspüren des Harndrangs nicht sofort die Toilette erreiche (vgl. vorstehend E. 4.2) . Der Psychologe lic. phil. A.____ bestätigte

sodann eine Verschlechterung der depressiven Symptomatik des Beschwerdeführers und merkte an, dass aufgrund interaktioneller Auffälligkeiten aktuell

zudem der Verdacht auf eine nicht näher bezeichnete andauernde Persönlichkeitsänderung, möglicherweise in Folge der chronischen Belastungssituation (ICD-10 F62.9) bestehe. Aus psychologischer Sicht sei die Arbeitsfähigkeit zum aktuellen Zeitpunkt ebenfalls nicht gegeben (vgl. vorstehend E. 4.7) .

Aufgrund dieser Ausführungen bestehen trotz fraglich veränderten Diagnosen gewisse Anhaltspunkte für eine Veränderung der Ausprägung und Auswirkungen derselben.

5.3

Nach dem Gesagten hat der Beschwerdeführer eine Veränderung des Sachverhalts glaubhaft darlegt.

Die Beschwerde gegnerin ist somit zu Unrecht nicht auf die Neuanmeldung eingetreten . Die Beschwerde ist gutzuheissen und die ange fochtene Verfügung aufzuheben , wobei die Sache an die Verwaltung

insbe son dere zur genauen Abklärung der

Defäkations- und Miktionsfrequenz und zur anschliessend en materiellen Beurteilung zurückzuweisen ist .

Inwiefern sich die vorgebrachten Beschwer den auf die Arbeitsfähigkeit des Be schwerdeführer s auswirken, muss Gegenstand eines ordentlich durch geführ ten Abklärungsverfahrens sein. 6.

E. 6

. Ju ni 2017 (Urk. 6) die Abweisung der Beschwerde. Dies wurde dem Beschwerdeführer am 5 . Juli 2017 zur Kenntnis gebracht

(Urk. 8). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 6.1

Da es im vorliegenden Verfahren um die Bewilligung oder Verweigerung von IV-Leistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG) und auf Fr. 7 00.-- anzusetzen. Entsprechend dem Aus gang des Verfahrens sind sie der unterliegenden Beschwerdegegnerin aufzuer legen.

E. 6.2

Ausgangsgemäss steht de m obsiegenden vertretenen Beschwerdeführer eine Pro zessentschädigung zu, die gemäss Art. 61 lit. g ATSG in Verbindung mit § 34 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht (GSVGer) – ohne Rück sicht auf den Streitwert – nach der Bedeutung der Streitsache, nach der Schwierigkeit des Prozesses und dem Mass des Obsiegens zu bemessen ist.

Unter Berücksichtigung der vorgenannt en Bemessungskriterien und beim für Rechtsanwälte gerichtsblichen Stundenansatz von Fr. 220.-- ist die Prozessent schädigung vorliegend auf Fr. 1 '700.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) festzu setzen. Das Gericht erkennt: 1.

In Gutheissung der Beschwerde wird die angefochtene Verfügung vom 10. April 2017 aufgehoben und die Sache an die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, zurückgewiesen, damit sie über die Neuanmeldung vom 18. Juli 2016 materiell befinde. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 7 00 .-- werden der Beschwerdegegnerin auferlegt. Rech nun g und Einzahlungsschein werden der Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechts kraft zugestellt. 3.

Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, dem Beschwerdeführer eine Prozess ent schädigung von Fr. 1 ' 7 00 .-- (inkl. Bar auslagen und MWSt) zu bezahlen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwältin Yolanda Schweri - 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 Beweismittel und die Unterschrift des Beschwerdeführers oder seines Vertreters zu enthalten; der angefochtene Entscheid sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind beizulegen, soweit die Partei sie in Händen hat (Art. 42 BGG). Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich
Der Vorsitzende
Die Gerichtsschreiberin
Mosimann
Schüpbach

E. 11

vom 28. Februar 2012 E. 3.3.2).

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