

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2018.00326 vom 5. September 2019

ZH Sozialversicherungsgericht, 2019-09-05, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2018.00326

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2018.00326 du 5 septembre 2019

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2018.00326 del 5 settembre 2019

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 Allge meinen Teil des Sozialversicherungsrechts; ATSG). Sie kann Folge von Geburts gebrechen, 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 ausgegliche nen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beein trächtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG).

E. 1.2

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 An spruch erheblichen Weise geändert hat.

Ergibt die Prüfung durch die Verwaltung, dass die Vorbringen der versicherten Person nicht glaubhaft sind, so erledigt sie das Gesuch ohne weitere Abklärungen durch Nichteintreten. Tritt die Verwaltung auf die Neuanschuldung ein, so hat sie die Sache materiell abzuklären und sich zu vergewissern, ob die von der versi cherten Person glaubhaft gemachte Veränderung des Invaliditätsgrades auch tat sächlich eingetreten ist; sie hat demnach in analoger Weise wie bei einem Revi sionsfall nach Art. 17 Abs. 1 ATSG vorzugehen (BGE 117 V 198 E. 3a, vgl. auch BGE 133 V 108 E. 5.2).

E. 1.3

Mit Art. 87 Abs.

E. 1.4

Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Be schwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gebe nenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arz tes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versi cherte Person arbeitsunfähig ist (BGE 125 V 256 E. 4). Im Weiteren sind die ärzt lichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die

Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 125 V 256 E. 4 mit Hinweisen; AHI 2002 S. 70 E. 4b/cc).

E. 1.5

Das Gericht kann die Angelegenheit zu neuer Entscheidung an die Vorinstanz zurückweisen, besonders wenn mit dem angefochtenen Entscheid nicht auf die Sache eingetreten oder der Sachverhalt ungenügend festgestellt wurde (§ 26 Abs. 1 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht;

GSVGer). Gemäss ständiger Rechtsprechung ist in der Regel von der Rückweisung – da diese das Verfahren verlängert und verteuert – abzusehen, wenn die Rechtsmittelinstanz den Prozess ohne wesentliche Weiterungen erledigen kann. In erster Linie kommt eine Rückweisung in Frage, wenn der Versicherungsträger auf ein Begehren überhaupt nicht eingetreten ist oder es ohne materielle Prüfung abgelehnt hat, wenn schwierige Ermessensentscheide zu treffen sind, oder wenn der entscheidungsrelevante Sachverhalt ungenügend abgeklärt ist (vgl. Urteil des Bundesgerichts U 209/02 vom 10. September 2003 E. 5.2). 2.

E. 2

Dagegen erhob X.____ am 10. April 2018 Beschwerde mit dem sinngemässen Rechtsbegehren, die angefochtene Verfügung sei aufzuheben und die IV-Stelle sei zu verpflichten, auf sein Leistungsgesuch einzutreten und ihm nach materieller Prüfung eine Rente der Invalidenversicherung zuzusprechen (Urk. 1). Mit Beschwerdeantwort vom 17. Mai 2018 schloss die IV-Stelle auf Abweisung der Beschwerde (Urk. 5), worüber der Versicherte mit Verfügung vom 18. Mai 2018 in Kenntnis gesetzt wurde (Urk. 7). Mit Schreiben vom 1. April 2019 ersuchte Rechtsanwältin Evalotta Samuelsson um Zustellung der Verfahrensakten (Urk. 11). Diese wurden am 8. April 2019 ohne eine weitere Stellungnahme zur Angelegenheit wieder an das Gericht retourniert (Urk. 15). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 2.1

In der angefochtenen Verfügung vom 3. April 2018 (Urk. 2) hielt die Beschwerdegegnerin zusammengefasst fest, dass sich der Beschwerdeführer am 19. April 2017 erneut zum Leistungsbezug angemeldet habe. Die von ihm eingereichten Arztberichte und Untersuchungsergebnisse seien dem RAD zur Beurteilung vorgelegt worden. Diese Abklärungen hätten ergeben, dass weiterhin keine gesundheitliche Einschränkung vorliege, welche die Arbeitsfähigkeit beeinträchtige. Es liege weder eine wesentliche Veränderung der beruflichen noch der medizinischen Situation vor, weshalb auf das Leistungsbegehren nicht eingetreten werde.

E. 2.2

Demgegenüber machte der Beschwerdeführer mit Beschwerdeschrift vom 10. April 2018 (Urk. 1) im Wesentlichen sinngemäss geltend, dass in Anbetracht der von ihm im Verwaltungsverfahren eingereichten Beweismittel eine deutliche Verschlechterung seines Gesundheitszustandes ausgewiesen sei. Unter anderem aufgrund der massiven kognitiven Defizite, der chronifizierten mittelgradigen Depression sowie diverser körperlicher Leiden sei seinem Leistungsbegehren auf eine Rente der Invalidenversicherung stattzugeben.

E. 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, 262 E. 3). Hingegen kann diese Eintretensvorschrift nicht da hingehend 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 darlegt. 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, 71 E. 2.2 mit Hinweisen).

E. 3.1

Mit Verfügungen vom 26. August 2015 (Urk. 6/88, 6/96) wurde der Rentenantrag des Beschwerdeführers erstmals materiell beurteilt. Dieser Entscheidung wuchs in Rechtskraft, nachdem die dagegen am 18. September 2015 erhobene Beschwerde (Urk. 6/99) nach Hinweis des Gerichts auf eine mögliche Schlechterstellung im Urteilsfall (vgl. Urk. 6/125) am 12. April 2017 zurückgezogen worden war (vgl. Urk. 6/135). Die Verfügungen vom 26. August 2015 bilden damit den zeitlichen Ausgangspunkt für die Beurteilung, ob eine seitherige anspruchserhebliche Änderung des Invaliditätsgrades glaubhaft gemacht wurde (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_389/2018 vom 8. Januar 2019 E. 3.1 mit Hinweis auf BGE

130 V 71).

E. 3.2

Der genannten Verfügung lag in medizinischer Hinsicht in erster Linie das A.____-Gutachten vom 9. Februar 2015 zu Grunde (vgl. Urk. 6/80/8, 6/82/2 f.).

Diesem sind folgende Diagnosen zu entnehmen, welchen allen kein Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit beigemessen wurde (Urk. 6/73/51): - rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig remittiert (ICD-10 F33.4) - leichtgradige kognitive Defizite ohne sichere ätiologische Zuordnung - magnetresonanztomographisch Läsion temporoparietal links ohne sichere Ätiologie und Dignität - Developmental

Venous

Anomaly (DVA) rechtsparietal - wiederholte Sturzanfälle von Herbst 2012 bis Mitte 2013 ohne sichere ätiologische Einordnung - degenerative Veränderungen der Halswirbelsäule ohne radikuläre Ausfall symptomatik - Verdacht auf Carpaltunnelsyndrom rechts mit nur grenzwertigen elektro-neurographischen Veränderungen

Der internistische Status sei völlig unauffällig gewesen, ohne Anhaltspunkte für eine kardiopulmonale oder abdominale Pathologie. Auch von Seiten des Bewegungsapparates hätten sich weder im Bereich des Achsenskeletts noch der peripheren Gelenke pathologische Befunde ergeben (Urk. 6/73/54). Im Zuge der neurologischen Untersuchung hätten sich keine fokalneurologischen Defizite objektivieren lassen. Es sei davon auszugehen, dass eine intermittierende Reizung des Nervus

medianus im Carpal tunnelbereich vorliege, welche für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit nicht von Relevanz sei. Gleiches gelte in Bezug auf die früheren Sturzanfälle, da diese seit der Einnahme von Lamictal Mitte 2013 nicht mehr aufgetreten seien

(Urk. 6/73/55) . Im Rahmen der neuropsychologischen Abklärung hätten sich mehrheitlich reguläre kognitive Leistungen gezeigt. Zu isolierten Schwächen sei es im Bereich der verbalen Ideenproduktion, in den Aufmerksamkeits- und Konzentrationsleistungen sowie im Bereich der mnestischen Funktionen gekommen. Bei reiner Betrachtung der kognitiven Testergebnisse wäre von einer leichten kognitiven Störung auszugehen. Unter Berücksichtigung der aufgrund der durchgeführten Symptomvalidierungsverfahren wahrscheinlichen Verdeutlichung respektive Aggravation dürfe indes von einer minimalen bis leichten kognitiven Störung ausgegangen werden. Mit hoher Wahrscheinlichkeit seien keine arbeitsrelevanten neurokognitiven Beeinträchtigungen vorhanden und eine Tätigkeit mit eher geringen Anforderungen an die Kognition sei zumutbar (Urk. 6/73/55 f.). Anlässlich der psychiatrischen Exploration seien etliche Inkonsistenzen, fehlende Angaben und Widersprüche aufgefallen. Zwei Beschwerdevalidierungstests hätten ebenfalls Tendenzen zur negativen Antwortverzerrung und Hinweise für eine suboptimale Leistungsbereitschaft ergeben. Darüber hinaus hätten sich die gemessenen Medikamentenspiegel allesamt weit unterhalb eines therapeutischen Bereichs befunden, was eine Malcompliance nicht ausschliesse. Die aktuell noch festgestellten psychopathologischen Defizite, die sonst einer noch leichten depressiven Symptomatik entsprochen hätten, müssten vor diesem Hintergrund relativiert werden. Gesamthaft sei von einer Remission der rezidivierenden depressiven Störung auszugehen (Urk. 6/73/56 f.).

Im interdisziplinären Konsens gelangten die Gutachter zur Auffassung, dass die Arbeitsfähigkeit aktuell weder aus somatischer noch aus psychiatrischer Sicht eingeschränkt sei. Sowohl die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Geschäftsführer eines Kosmetiksalons als auch alle entsprechenden Verweistätigkeiten seien zu 100 % zumutbar. Retrospektiv könne davon ausgegangen werden, dass anhand der vorliegenden Akten ab dem 26. September 2011 bis Mai 2013 aufgrund einer mittelgradigen bis schweren depressiven Störung, welche zu stationären Behandlungen geführt habe, eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit bestanden habe. Für die Zeit danach könne nur noch auf eine etwa 50%ige Arbeitsunfähigkeit geschlossen werden, da der Beschwerdeführer vom Gutachter Dr. Z.____

(vgl. Urk. 6/40) noch als mittelgradig depressiv eingeschätzt worden sei. Die Depression sei inzwischen remittiert, sodass ab sofort wieder eine volle Arbeitsfähigkeit gegeben sei (Urk. 6/73/57 ff.). Gestützt auf diese Beurteilung sprach die IV-Stelle dem Beschwerdeführer mit Verfügungen vom 26. August 2015 für den Zeitraum vom 1. Oktober 2012 bis 31. Oktober 2013 eine ganze und vom 1. November 2013 bis 31. Mai 2015 eine halbe Rente der Invalidenversicherung zu (Urk. 6/88 und 6/96).

E. 4.1

Im Rahmen des infolge der Neuanmeldung vom 18. April 2017 eingeleiteten Verwaltungsverfahrens legte der Beschwerdeführer verschiedene Berichte der behandelnden Ärzte vor, um eine gesundheitliche Verschlechterung glaubhaft zu machen.

Dr. med. B.____, Fachärztin für Radiologie, untersuchte den Beschwerdeführer am 15. September 2017 mittels Magnetresonanztomographie (MRI). Ihrem Bericht gleichen Datums sind im Wesentlichen folgende Befunde zu entnehmen (Urk. 6/140/2): - im

langfristigen Verlauf unveränderte Darstellung der kleinen, nicht Kontrastmittel aufnehmenden, am ehesten einer Gliose entsprechenden Läsion temporomesial rechts - stationäre DVA parietal rechts - keine lumbale Spinalkanalstenose oder eindeutige Nervenwurzelkompression, insbesondere rechts in dieser Untersuchungsposition - leichte rezessale Enge der gering nach dorsal deviierten L3-Wurzel rechts auf Höhe des Lendenwirbelkörpers (LWK) 2/3 mit möglicher Irritation so wie leichter, osteodiskoligamentäre r

foraminale r Enge der L2-Wurzel beidseits; geringer ausgeprägte rezessale Enge der L4-Wurzel beidseits und leichte r

foraminale r Enge der L3-Wurzel beidseits auf Höhe LWK 3/4 - Facettengelenksarthrose mit Zeichen einer leichten Aktivierung rechts LWK 2/3

E. 4.2

Im Bericht der C.____ vom 14. September 2017 werden namentlich folgende Diagnosen aufgeführt (Urk. 6/148/8): - periphere arterielle Verschlusskrankheit (PAVK) der unteren Extremitäten, aktuell Stadium IIb beidseits - Verdacht auf symptomatische Epilepsie mit/bei - unklaren Läsionen links temporobasal - kognitiven Defiziten unklarer Ätiologie - gegenwärtig ohne Therapie, seit 2014 keine anfallsverdächtigen Ereignisse - mittelschweres Carpaltunnelsyndrom rechts - chronische Lumboischialgie links betont - Status nach schwerem depressivem Syndrom 2013

Die nichtinvasiven angiologischen Untersuchungsbefunde hätten eine noch kompenzierte Perfusion in den Beinen gezeigt. Da der Beschwerdeführer im Alltag deutlich beeinträchtigt sei, sei eine kathetertechnische Intervention empfohlen worden (Urk. 6/148/9). Der operative Eingriff wurde in der Folge am 15. November 2017 durchgeführt. Im Rahmen einer Verlaufskontrolle vom 4. Dezember 2017 habe der Beschwerdeführer über eine deutlich verlängerte schmerzfreie Gehstrecke rechtsseitig berichtet. Im linken Bein sei er beschwerdefrei. Aus ärztlicher Sicht habe sich eine Verbesserung der Perfusion im rechten Bein feststellen lassen. Auch linksseitig hätten sich keine Hinweise für eine hämodynamisch relevante Rezidivstenose ergeben. Es sei mit dem Beschwerdeführer vereinbart worden, zunächst eine konservative Therapie mit regelmässigen Gehtraining von 2 x 30 Minuten pro Tag durchzuführen (Urk. 6/150).

E. 4.3

Dr. med. D.____, Facharzt für Chirurgie und Handchirurgie, stellte in seinem Bericht vom 18. September 2017 die Diagnose eines störenden Carpaltunnelsyndroms rechts. Dieses trete vor allem nachts, aber auch tagsüber auf und gehe mit belastungsabhängigen und ziehenden Schmerzen einher. Das Tragen einer Handgelenksschiene während der Nacht habe die Situation nicht wesentlich beeinflusst. In letzter Zeit sei es zudem zu Dauerparästhesien gekommen, sodass das Syndrom nun sicherlich sanierungsbedürftig sei. Die ambulante Operation werde am 16. November 2017 durchgeführt (Urk. 6/148/13 f.).

E. 4.4

Gemäss Bericht von Dr. med.

E.____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin und Kardiologie, vom 23. Oktober 2017 habe der Beschwerdeführer über eine seit sechs bis sieben Wochen bestehende Stuhlinkontinenz geklagt, welche etwa einmal pro Woche auftrete. Im Rahmen einer Ileokoloskopie hätten nebst einer Sigmadivertikulose auch multiple Polypen linksseitig

festgestellt werden können. Die intermittierende Inkontinenz sei auf eine insuffiziente willkürliche Kontraktion des Analsphinkters zurückzuführen; eine Sphinkterläsion sei zu vermuten. Weitere Abklärungen seien mittels Endosonographie und Manometrie durchzuführen (Urk. 6/148/11 f.).

E. 4.5

Prof. Dr. med.

F.____, Facharzt für Neurologie, und Dr. phil. G.____ stellten in ihrem Bericht vom 10. November 2017 die Verdachtsdiagnose einer symptomatischen Epilepsie bei unklarer Läsion links temporobasal und kognitiven Defiziten unklarer Ätiologie. Seit 2014 seien keine anfallsverdächtigen Ereignisse mehr aufgetreten (Urk. 6/156/1). Verglichen mit der Voruntersuchung aus dem Jahr 2013 zeige sich ein ähnliches Bild. Auch damals seien Defizite im Bereich der Verarbeitungsgeschwindigkeit, der Aufmerksamkeitsleistung, des verbalen Lernens sowie der exekutiven Funktionen evident gewesen. Zudem sei auch damals vermehrt von depressiven und Angst-Symptomen berichtet worden. Verglichen mit der Voruntersuchung vom Sommer 2016 zeige sich primär in den Bereichen der Verarbeitungsgeschwindigkeit und des verbal-auditiven sowie visuell-räumlichen Lernens eine deutliche Verschlechterung der Symptomatik. Die Schwierigkeiten in der Aufmerksamkeitsleistung und in den exekutiven Funktionen seien damals bereits evident gewesen. Die Erschöpfungssymptomatik befinde sich im selben hohen Bereich wie noch in der Voruntersuchung. Die Angabe von depressiven und Angst-Symptomen sei jedoch deutlich gestiegen. Insgesamt liege aktuell eine mittelgradige neuropsychologische Störung vor. Auch wenn eine Aggravation der Symptomatik nicht ausgeschlossen werden könne, scheine dies eher unwahrscheinlich, da sich ein Großteil der Problematik bereits vor vier und vor eineinhalb Jahren gezeigt habe, wobei die Defizite heute deutlicher ausgefallen seien. Eine psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung wäre hilfreich (Urk. 6/156/2 f.).

E. 4.6

Zu den vom Beschwerdeführer vorgelegten Berichten bezog Dr. med. H.____, Facharzt für Neurologie, vom RAD am 29. März 2018 Stellung. Er gelangte zum Schluss, dass insgesamt kein manifester und therapieresistenter Gesundheitsschaden ausgewiesen sei, der eine höhergradige und längerdauernde Arbeitsunfähigkeit nachvollziehbar mache. Insofern hätten die Ergebnisse des A.____-Gutachtens vom 9. Februar 2015 weiterhin Geltung (Urk. 6/158/3).

Auf der Grundlage dieser Einschätzung trat die Beschwerdegegnerin am 3. April 2018 auf das Leistungsbegehren nicht ein (Urk. 2).

E. 5

verschiedene Krankheitsbilder hinzu.

So diagnostizierte Dr. D.____ am 18. September 2017 ein Carpaltunnelsyndrom rechts und erachtete einen operativen Eingriff für indiziert, welcher am 16. November 2017 durchgeführt wurde (Urk. 6/148/13 f.). Betreffend den postoperativen Verlauf liegen keine ärztlichen Unterlagen vor. Der Beschwerdeführer berichtete jedoch über eine Schwellung und anhaltende Einschränkungen an der rechten Hand sowie Schmerzen bei Belastung (Urk. 1 sowie

Urk. 6/149/2 und 6/157).

Neu hinzugetreten ist im Weiteren einerseits eine PAVK der unteren Extremitäten , welche mit einer deutlichen Beeinträchtigung der Geh strecke einherging und ebenfalls einer operativen San ierung bedurfte (Urk. 6/148/8 f. , 6/150). Andererseits wurde der Beschwerdeführer aufgrund einer etwa einmal pro Woche auftretenden Stuhlinkontinenz am 2 3. Oktober 2017 durch Dr. E.____ endoskopisch untersucht. Dieser führte die intermittierende Inkontinenz auf eine insuffiziente willkürliche Kontraktion des Analsphinkters res pektive eine Sphinkterläsion zurück (Urk. 6/148/11 f.).

Obschon sich die behandelnden Ärzte nicht ausdrücklich zu den Auswirkungen der einzelnen Erkrankungen auf die Arbeitsfähigkeit geäußert haben, kann auch im somatischen Kontext nicht ausgeschlossen werden, dass eine relevante Ver schlechterung des Gesundheitszustandes eingetreten ist. Zwar scheinen Therapie optionen verfügbar zu sein, worauf der RAD grundsätzlich berechtigterweise auf merksam gemacht hat (Urk. 6/158/3). Das Fehlen einer Behandlungsresistenz schliesst allerdings nicht aus, dass – wenn auch gegebenenfalls nur für einen befristeten Zeitraum – ein Anspruch auf Leistungen der Invalidenversicherung bestehen könnte . Dies gilt umso mehr, als die v ielfältigen Erkrankungen ungefähr zeitgleich auftraten und verschiedene Körper regionen betrafen. Im Rahmen wei terer Untersuchungen wird daher zu klären sein, ob und inwiefern die somati schen Krankheitsbilder sowohl im Einzelnen als auch in ihrer Gesamtheit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit nahmen beziehungsweise nach wie vor nehmen .

E. 5.1

Strittig und zu prüfen ist, ob der Beschwerdeführer glaubhaft gemacht hat, dass sich sein Gesundheitszustand seit Erlass der in Rechtskraft erwachsenen Verfü gung vom 2 6. August 20 15 (Urk. 6/88)

in anspruchserheblicher Weise ver schlechert hat.

E. 5.2

Was seinen psychischen Gesundheitszustand betrifft, legte der Beschwerdeführer einen Bericht von Prof. Dr. F.____ und Dr. G.____ vom 1 0. November 2017 vor. Diesem ist zu entnehmen, dass aktuell eine mittelgradige neuropsychologi sche Störung vorliege. Es habe namentlich eine deutliche Reduktion der Informa tionsverarbeitungsgeschwindigkeit sowie der Aufmerksamkeitsleistung festge stellt werden können. Verbal-auditiv und visuell-räumlich seien deutliche Schwierigkeiten beim Erlernen neuer Informationen aufgetreten. Konsistent reduzierte Leistungen hätten sich im Weiteren in den exekutiven Funktionen ge zeigt. Überdies habe

eine hochgradige Erschöpfungssymptomatik vor gelegen.

Der Beschwerdeführer habe zudem berichtet, unter Angst- und depressiven Sympto men zu leiden. Insgesamt habe sich ein ähnliches Bild wie bei der Voruntersu chung im Jahr 2013 gezeigt (Urk. 6/156/2 f.).

Obwohl eine (unbewusste) Aggravation nicht mit gänzlicher Sicherheit ausge schlossen werden konnte, wurde die neuropsychologische Befundlage als ver gleichbar zu derjenigen eingestuft, welche im Jahr 2013 festgestellt werden konnte (vgl. Urk. 6/47/5 ff.). Damals litt der Beschwerdeführer unter einer mittel gradigen depressiven Störung , welche nicht nur von den behandelnden Ärzten (vgl. Urk. 6/31/1, 6/32/5), sondern auch seitens des psychiatrischen Gutachters Dr. Z.____ diagnostiziert wurde.

Letzterer attestierte seit August 2011 und bis auf Weiteres eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit in der angestammten kaufmännischen Tätigkeit (Urk. 6/40/10). Im Zuge der Begutachtung durch das A.____ im Jahr 2015 gelangte Dr. I.____ zum Schluss, dass im Vergleich zu früheren neuropsychologischen Untersuchungen generell eine Verbesserung der Leistung eingetreten sei, sodass mit hoher Wahrscheinlichkeit keine arbeitsrelevanten neurokognitiven Beeinträchtigungen mehr bestünden (Urk. 6/73/36). Von psychiatrischer Seite wurde die depressive Störung als remittiert qualifiziert (Urk. 6/73/44).

Entgegen der Auffassung der Beschwerdegegnerin und des RAD liegen in Anbetracht dieser Umstände Hinweise vor, dass es seit der Erstattung des A.____-Gutachtens – welches Basis der Verfügungen vom 26. August 2015 bildete – wieder zu einer relevanten Verschlechterung der psychischen Situation gekommen sein könnte. So gingen

Prof. Dr. F.____ und Dr. G.____ nicht nur von einer mittelgradigen neuropsychologischen Störung aus, sondern erachteten auch eine psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung sowie ein neurokognitives Training für indiziert (Urk. 6/156/3). Im Weiteren ist zu berücksichtigen, dass der Beschwerdeführer seine vormals in einem 20%-Pensum ausgeübte selbständige Tätigkeit als Gärtner und Spitex-Fahrer (vgl. Urk. 6/73/17, 6/73/24)

offenbar in Folge diverser Kundenbeschwerden wieder aufgeben musste (Urk. 6/156/1).

Es kann nicht ausgeschlossen werden, dass die umschriebenen Beeinträchtigungen im kognitiven Bereich auch in diesem Zusammenhang eine Rolle spielten. Vor diesem Hintergrund wäre die Beschwerdegegnerin gehalten gewesen, auf das Leistungsbegehren einzutreten und den medizinischen Sachverhalt rechtsgenügend abzuklären. Dies wird sie in psychiatrischer und neuropsychologischer Hinsicht nachzuholen haben, wobei im Rahmen dieser Abklärungen der vom Bundesgericht statuierte Praxisänderung zur invalidisierenden Wirkung psychischer Leiden (vgl. BGE 143 V 409 und 418) Beachtung zu schenken sein wird.

E. 5.3

In somatischer Hinsicht traten seit dem 26. August 201

E. 6

Nach dem Gesagten liegen zumindest Anhaltspunkte für eine mögliche relevante Verschlechterung des somatischen und psychischen Gesundheitszustandes vor, was

zur Glaubhaftmachung ausreicht, selbst wenn noch mit der Möglichkeit zu rechnen ist, bei eingehender Abklärung werde sich die behauptete Änderung nicht erstellen lassen (Urteil des Bundesgerichts 9C_732/2018 vom 4. März 2019 E. 4.2; vgl. auch BGE 130 V 64 E. 5.2, 130 V 71 E. 2.2).

Die Beschwerdegegnerin ist folglich zu Unrecht nicht auf die Neuanmeldung eingetreten, weshalb die angefochtene Verfügung vom 3. April 2018 (Urk. 2) in Gutheissung der Beschwerde aufzuheben und die Sache zur materiellen Beurteilung zurückzuweisen ist (vgl. E. 1.5).

E. 7

.2

Eine Parteientschädigung ist dem Beschwerdeführer trotz Obsiegens nicht zuzu sprechen, da sich die im laufenden Beschwerdeverfahren von ihm mandatierte Rechtsanwältin nicht

zur Sache geäußert, sondern lediglich Akteneinsicht verlangt hat (vgl. Urk.

E. 11

f., Urk. 15). Für diesen geringfügigen Aufwand ist keine Prozessentschädigung zuzusprechen (§ 7 Abs. 1 der Verordnung über die Gebühren, Kosten und Entschädigungen vor dem Sozialversicherungsgericht). Das Gericht erkennt: 1.

In Gutheissung der Beschwerde wird die angefochtene Verfügung vom 3. April 2018 aufgehoben und die Sache an die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, zurückgewiesen, damit diese auf die Neuanschuldung vom 18. April 2017 eintrete, den Leistungsanspruch des Beschwerdeführers im Sinne der Erwägungen materiell prüfe und darüber neu verfüge. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 600.-- werden der Beschwerdegegnerin auferlegt.

Rechnung und Einzahlungsschein werden der Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zu gestellt. 3.

Dem Beschwerdeführer wird keine Parteientschädigung zugesprochen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwältin Evalotta Samuelsson - 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 Die Vorsitzende Der Gerichtsschreiber Fehr Würsch

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