

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2019.00084 vom 9. Juli 2020

ZH Sozialversicherungsgericht, 2020-07-09, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2019.00084

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2019.00084 du 9 juillet 2020

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2019.00084 del 9 luglio 2020

Erwägungen

E. 1

Der 1967 geborene X.____ war seit Juni 2001 bei Y.____ als Busführer angestellt, als er am 15. Juni 2011 auf dem Weg nach Hause einen Auffahrunfall erlitt. Dabei zog er sich ein HWS-Distorsionstrauma zu. Die SUVA erbrachte die gesetzlichen Leistungen und stellte diese mit rechts kräftigem Ein spracheentscheid vom 18. Dezember 2012 per 1. September 2012 mit der Begrün dung ein, der Kausalzusammenhang zwischen dem Unfall und den geklagten Beschwerden sei zu verneinen (Urk. 7/67 S. 2 und S. 8; Urk. 7/2).

Am 14. Dezember 2011 meldete sich der Versicherte unter Hinweis auf Nacken schmerzen, Schmerzen an der Hals- und Lendenwirbelsäule sowie psychische Beschwerden bei der Invalidenversicherung zum Leistungsbezug an (Urk. 7/3). Die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, zog unter ande rem einen Auszug aus dem individuellen Konto (Urk. 7/11), einen Bericht des Arbeit gebers (Urk. 7/12), verschiedene Arztberichte sowie die Unfallakten (Urk. 7/23 und 7/25) bei und liess den Versicherten durch das

I nsti tut Z.____ polydisziplinär begutachten (Expertise vom 14. Oktober 2013; Urk. 7/102). Nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren (Urk. 7/117) wies sie das Rentenbegehren mit Verfügung vom 29. Januar 2015 (Urk. 7/148) ab.

Dagegen erhob die Versicherte mit Eingabe vom 24. Februar 2015 (Urk. 7/153) beim hiesigen Gericht Beschwerde, welche mit Urteil vom 31. Oktober 2016 (Prozess Nr. IV.2015.00248; Urk. 7/162) abgewiesen wurde. Mit Urteil 9C_21/2017 vom 2 2. Februar 2018 (Urk. 7/166) wies auch das Bundesgericht die dagegen erhobene Beschwerde ab.

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)). 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 kom menden 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 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (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

War eine Rente wegen eines zu geringen Invaliditätsgrades verweigert worden und ist die Verwaltung auf eine Neuanschuldung eingetreten (Art. 87 Abs. 3 der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV)), so ist im Beschwerdeverfahren zu prüfen, ob im Sinne von Art. 17 ATSG eine für den Rentenanspruch relevante Änderung des Invaliditätsgrades eingetreten ist (BGE 117 V 198 E. 3a mit Hinweis).

E. 1.4

Ändert sich der Invaliditätsgrad eines Rentenbezügers erheblich, so wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben (Art. 17 Abs. 1 ATSG). Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen seit Zuspriechung der Rente, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Insbesondere ist die Rente bei einer wesentlichen Änderung des Gesundheitszustandes revidierbar. Weiter sind, auch bei an sich gleich gebliebenem Gesundheitszustand, veränderte Auswirkungen auf den Erwerbs- oder Aufgabenbereich von Bedeutung (BGE 141 V 9 E. 2.3, 134 V 131 E. 3). Ferner kann ein Revisionsgrund unter Umständen auch in einer wesentlichen Änderung hinsichtlich des für die Methodenwahl massgeblichen (hypothetischen) Sachverhalts bestehen (BGE 144 I 28 E. 2.2, 130 V 343 E. 3.5, 117 V 198 E. 3b, je mit Hinweisen). Hingegen ist die lediglich unterschiedliche Beurteilung eines im Wesentlichen gleich gebliebenen Sachverhalts im revisionsrechtlichen Kontext unbeachtlich (BGE 141 V 9 E. 2.3 mit Hinweisen).

Liegt in diesem Sinne ein Revisionsgrund vor, ist der Rentenanspruch in rechtlicher und tatsächlicher Hinsicht umfassend («allseitig») zu prüfen, wobei keine Bindung an frühere Beurteilungen besteht (BGE 141 V 9 E. 2.3 mit Hinweisen).

E. 1.5

Ein Revisionsgrund im Sinne von Art. 17 Abs. 1 ATSG betrifft Änderungen in den persönlichen Verhältnissen der versicherten Person (BGE 133 V 454 E. 7.1). Dazu gehört namentlich der Gesundheitszustand. Dabei ist nicht die Diagnose massgebend, sondern in erster Linie der psychopathologische Befund und der Schweregrad der Symptomatik. Aus einer anderen Diagnose oder einer unterschiedlichen Einschätzung der Arbeitsfähigkeit aus medizinischer Sicht allein kann somit nicht auf eine für den Invaliditätsgrad erhebliche Tatsachenänderung geschlossen werden (Urteil des Bundesgerichts 9C_602/2016 vom 14. Dezember 2016 E. 5.1 mit weiteren Hinweisen).

Das Hinzutreten einer neuen Diagnose stellt nicht per se einen Revisionsgrund dar, weil damit das quantitative Element der (erheblichen) Gesundheitsverschlechterung nicht zwingend ausgewiesen ist (BGE 141 V 9 E. 5.2 mit Hinweisen). Massgebend ist einzig, ob bzw. in welchem Ausmass – unabhängig von der Diagnose und grundsätzlich unabhän-

der Ätiologie – den medizinischen Akten eine Verschlechterung der Arbeits- bzw. Erwerbsfähigkeit im relevanten Zeitraum entnommen werden kann (vgl. Urteile des Bundesgerichts 8C_664/2017 vom 25. Januar 2018 E. 9 und 9C_799/2016 vom 21. März 2017 E. 5.2.1 mit weiteren Hinweisen). 1.6

Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob dieser für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a mit Hinweis). 2.

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin begründete die angefochtene Verfügung vom 25. Januar 2019 (Urk. 2) vor allem damit, dass sich die objektivierbaren psychopathologischen Befunde nicht wesentlich von denen, die seit 2013 bekannt seien, unterscheiden würden. Die Diagnosen gründeten auf subjektiven Klagen und hätten schon vor der letzten Verfügung vom 29. Januar 2015 bestanden. Somit sei im Vergleich zum Zeitpunkt der letztmaligen Rentenabweisung keine gesundheitliche Veränderung und somit auch kein Revisionsbeziehungsweise Neuanmeldungsgrund ausgewiesen. Es bestehe auch kein Grund, ein neues strukturiertes Beweisverfahren durchzuführen.

E. 2.2

Dagegen wendete der Beschwerdeführer im Wesentlichen ein (Urk. 1), die Beschwerdegegnerin habe das Leistungsbegehren aufgrund der RAD-Stellungnahme abgewiesen. Diese genüge jedoch den beweisrechtlichen Anforderungen nicht. Der betreffende RAD-Arzt könne sich aufgrund des fehlenden Facharztstitels nicht zu den psychischen Leiden des Beschwerdeführers äussern (S. 5 f.). Zudem seien psychische Gesundheitsschäden einem strukturierten Beweisverfahren zu unterziehen, wozu beweiskräftige externe Gutachten notwendig seien. Vorliegend sei dies nicht gegeben, weil die bisherigen medizinischen Gutachten vor dem Jahr 2017 und somit vor der aktuellen bundesgerichtlichen Rechtsprechung erstellt worden seien (S. 7).

E. 2.3

Strittig ist vorliegend der Rentenanspruch des Beschwerdeführers. Dabei ist zunächst zu prüfen, ob sich die aktuellen gesundheitlichen Verhältnisse verschlechtert haben. Vergleichszeitpunkt für eine relevante Veränderung des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers bildet die mit Urteil des hiesigen Gerichts vom 31. Oktober 2016 (Urk. 7/162) und des Bundesgerichts mit Urteil 9C_21/2017 vom 22. Februar 2018 (Urk. 7/166) geschützte rentenabweisende Verfügung vom 29. Januar 2015 (Urk. 7/148). 3.

3.1

Die Rentenabweisung vom 29. Januar 2015 fusste insbesondere auf dem damals beigezogenen

Z.____-Gutachten (Urk. 7/102/2-27). Dazu wurde im Urteil des hiesigen Gerichts was folgt ausgeführt (Urk. 7/162 E. 4.2):

Im Gutachten des Z.____ vom 14. Oktober 2013 (Urk. 7/102/2-27) hielten Dr. med. A.____, FMH Allgemeine Innere Medizin, Dr. med. B.____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie,

Dr. med. C.____ , FMH Orthopädische Chirurgie, Dr. med. D.____ , Facharzt für Neurologie, und lic. phil. E.____ , Psycho loge/Neuropsychologe, folgende Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit fest (S. 24 f.): - Leichte depressive Episode - Panikstörung - Chronisches zerviko -, thorako - und lumbovertebrales Schmerzsyndrom - anamnestisch Status nach wiederholten Autounfällen, zuletzt Auf fahr kol li sion am 15. Juni 2011 - radiologisch altersentsprechender Befund der HWS und BWS mit kleiner Diskushernie BWK 8/9 rechts ohne Neurokompression, deutlichen dege ne rativen Veränderungen der unteren LWS sowie Diskusprotrusion LWK 5/SWK 1 samt Nervenwurzelkompression S1 rechts - weitgehend freie Beweglichkeit sämtlicher Wirbelsäulenabschnitte - Metabolisches Syndrom - Diabetes mellitus Typ II, behandelt seit 03/2012 mit OAD, ungenügende Einstellung (HbA1c 8.1 %) - Dyslipidämie, medikamentös ungenügend kompensiert - Adipositas, BMI 31 - arterielle Hypertonie, zurzeit keine medikamentöse Behandlung, kontroll be dürftig

Als Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit wurden genannt: - Anhaltende somatoforme Schmerzstörung - Akzentuierte, zwanghaft impulsive und paranoide Persönlichkeitszüge - Verdacht auf beidseitiges CTS - Status nach Nikotinabusus, circa 25 packyears , sistiert vor 3 Jahren

Dazu hielten die Gutachter fest, dass der Beschwerdeführer zum Teil jede zweite oder dritte Woche, manchmal aber auch mehrmals am Tag, Panikattacken habe, dies vor allem auch zu Hause. Er sei seit letztem Jahr 14-tägig bis monatlich in psychiatrischer Behandlung in der F.____ . Er verbringe den Tag mehrheitlich im Herumliegen. Seine Ehefrau verrichte die Haushaltsarbeiten, er mache das Abendessen, reinige die Wohnung mit dem Staubsauger und gehe kleinere Sachen selber im Laden holen. In der Familie habe er Kontakte, zu Kollegen hingegen fast keine mehr. Als Busfahrer habe er keine Zeit gehabt, um mit anderen Kollegen Kontakte zu pflegen. Er sei im bosniakischen Club, den er nun aber seltener besuche, da er wenig Lust und Motivation habe, etwas zu machen. Zur Begutachtung und zurück sei er alleine mit dem Auto gefahren (S. 8 und 10). Beim Beschwer deführer beständen deutlich ausgeprägte psycho soziale und emotionale Belas tungsfaktoren (S. 11). Gegen eine Persönlichkeits störung spreche bereits der Verlauf mit vor der Erkrankung normaler Sozialisa tion und voller Leistungsfä higkeit. Der Beschwerdeführer könne es sich nicht vorstellen, auch mit Beschwer den zu arbeiten. Berufliche Massnahmen könnten deshalb nur empfohlen werden, falls er glaubhaft die dazu notwendige Motiva tion aufbringe (S. 12 f.). Er fliege ein- bis zweimal jährlich für drei bis vier Wochen in den Kosovo, wo er ein Haus besitze (S. 14). Der Beschwerdeführer sei gemäss dem Vertrauensarzt der Stadt G.____ aufgrund des Diabetes mellitus seit März 2012 als Buschauffeur nicht mehr fahrtauglich (S. 25). In einer ange passten Tätigkeit sei er aus orthopädischer Sicht voll arbeitsfähig. Für die Tätig keit als (Lastwagen-)Chauffeur bestehe aufgrund eines vermehrten Pausenbe darfs eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 10 %. Aufgrund seiner leichten depressiven Symptomatik kombiniert mit der Panikstörung sei die Arbeits fähigkeit des Beschwerdeführers aus psychiatrischer Sicht um 20 % ein geschränkt. Die Arbeitsunfähigkeiten aus orthopädischer und psychiatrischer Sicht könnten nicht kumuliert werden, da dieselben Zeitab schnitte für vermehrt notwendige Pausen genutzt werden könnten. Zusammen gefasst sei dem Beschwer deführer damit aus polydisziplinärer Sicht seit anfangs 2012 eine kör perlich leichte bis mittelschwere, wechselbelastende Tätig keit inklu sive derjeni gen als Lastwagenchauffeur mit einer Arbeits- und Leistungsfähigkeit von 80 % in einem ganztägigen Pensum zumutbar. Aus

psychiatrischer Sicht solle die psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung weitergeführt werden. Die Medikation sei zu überwachen beziehungsweise die Dosis zu erhöhen, da die Spiegel der Antidepressiva unter dem therapeutischen Bereich lägen (S. 26 f.). 3. 2

Das hiesige Gericht kam zum Schluss, eine Arbeitsunfähigkeit aufgrund einer Persönlichkeitsstörung sei nicht aus gewissen (Urk. 7/162 E. 6.3). Auch eine invalidisierende Wirkung der Panikstörung sei nicht mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen (E. 7.2). Aufgrund der lediglich leichten bis höchstens mittelschweren depressiven Störung könne dieser bei fehlender konsequenter Depressionstherapie keine invalidisierende Wirkung zuerkannt werden (E. 8.4). Die Prüfung der verschiedenen Indikatoren habe ergeben, dass diese nicht in ausgeprägtem Umfang gegeben seien und der somatoformen Schmerzstörung komme damit ebenfalls keine invalidisierende Wirkung zu (E. 9.4). 3.3

Das Bundesgericht erwog hierzu zusammenfassend, dass die Aktenlage eine schlüssige Beurteilung anhand der Standardindikatoren von BGE 141 V 281 erlaube. Die im psychiatrischen Teilgutachten der Z.____-Expertise festgestellten funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten Beeinträchtigungen könnten insgesamt nicht als überwiegend wahrscheinlich erstellt erachtet werden (Urk. 7/166 E. 5.5). 4. 4.1

Dr. H.____ von der integrierten Psychiatrie F.____ stellte im – bereits im Urteil des hiesigen Gerichts vom 31. Oktober 2016 berücksichtigten - Zwischenbericht vom 20. April 2016 (Urk. 7/152) folgende Diagnosen: - Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige bis schwere Episode - Einfache Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung - Kombinierte Persönlichkeitsstörung mit emotional instabilen, narzisstischen und anankastischen Anteilen - Panikstörung (episodisch paroxysmale Angst), gegenwärtig remittiert - Anhaltende somatoforme Schmerzstörung, gegenwärtig deutlich zurückgegangen - Metabolisches Syndrom - Diabetes mellitus Typ II - Adipositas, BMI 31 - Hypercholesterinämie - Vitamin D-Mangel

Ergänzend führte er aus, dass der Antrieb des Beschwerdeführers deutlich vermindert sei. Er habe ab und zu die geplanten wöchentlichen Termine verschoben, da er sich sehr erschöpft fühle. Gemäss den Ausführungen des Beschwerdeführers bestehe ein starker sozialer Rückzug. 4.2 4.2.1

Die leistungsabweisende Verfügung vom 25. Januar 2019 (Urk. 2) basiert auf den folgenden medizinischen Unterlagen:

Dr. I.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, und Assistenzärztin Dr. J.____, von der F.____ hielten in ihrem Bericht vom 1. März 2018 (Urk. 7/175

E. 6

ATSG) gewesen sind; und c.

nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art.

E. 8

f.) folgende Diagnosen fest (S. 1): - Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome (F33.2) - Kombinierte Persönlichkeitsstörung mit narzisstischen und impulsiven Anteilen (F61) - Diabetes mellitus Typ 2

Zu Beginn des stationären Aufenthaltes habe sich eine deutliche depressive Symptomatik mit Energielosigkeit, Antriebslosigkeit und Impulsivität bei Schmerzsymptomatik gezeigt. Der Beschwerdeführer habe berichtet, dass er sich sehr einsam fühle, enttäuscht und traurig sei. Er wohne alleine und habe seit der Scheidung von seiner Ehefrau nur noch wenige soziale Kontakte, insbesondere mit seinen Kindern. Im Verlauf habe sich gezeigt, dass neben der depressiven Symptomatik eine eingeschränkte Affektwahrnehmung sowie -regulierung vorliege sowie Defizite in der Selbst- und Fremdwahrnehmung bestünden. Er habe einen ausgeprägten Leidensdruck mit vor allem psychischen, aber auch sozialen und körperlichen Problemen. Es bestehe eine langjährig rezidivierende depressive Symptomatik auf dem Boden einer kombinierten Persönlichkeitsstörung mit narzisstischen und impulsiven Anteilen und ressourcenarmer psychosozialer Situation (S. 2). 4.2.2

Dr. K.____, Fachärztin Psychiatrie und Psychotherapie FMH, und med. pract. L.____, beide von der F.____

hielten in ihrem Bericht vom 5. April 2018 (Urk. 7/168) fest, der Beschwerdeführer weise eine depressive Symptomatik im Rahmen einer rezidivierenden Depression mit einer schweren Antriebslosigkeit, bedrückter Stimmung, Misstrauen sowie schwer verminderter Aufmerksamkeit und Konzentration auf. Er habe zudem Zeichen einer larvierten Depression mit vordergründig körperlichem Ausdruck der Symptomatik gezeigt. Neben der rezidivierenden depressiven Störung, aktuell schwere Episode, sei eine kombinierte Persönlichkeitsstörung mit narzisstischen und impulsiven Anteilen diagnostiziert worden. Es bestehe eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit aus gesundheitlichen Gründen mit einer deutlichen Verschlechterung in den letzten Jahren. 4.2. 3

In einem weiteren

F.____ - Bericht vom 7. Mai 2018 (Urk. 7/173) gaben Dr. K.____ und med. pract. L.____ folgende Diagnosen an (S. 1): - Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome (F33.2) - Kombinierte Persönlichkeitsstörungen mit narzisstischen und impulsiven Anteilen (F61) - Diabetes mellitus Typ II

Zu Beginn des Aufenthaltes habe sich eine deutlich depressive Symptomatik mit Niedergeschlagenheit, Energielosigkeit, Antriebslosigkeit, Impulsivität und Schlafstörungen gezeigt. In den Einzelgesprächen sei es oft um die Schwierigkeiten im sozialen Bereich, die finanzielle Situation sowie Probleme bezüglich des fehlenden Kontakt es zu den Kindern und Zukunftsängste gegangen. Es habe sich gezeigt, dass der Beschwerdeführer neben der depressiven Symptomatik unter einer eingeschränkten Affektwahrnehmung und -regulation leide, und es hätten sich ausserdem Defizite in der Selbst- und Fremdwahrnehmung gezeigt. Sie gingen daher von einer depressiven Dekompensation bei zugrundeliegender struktureller Beeinträchtigung im Sinne einer kombinierten Persönlichkeitsstörung mit narzisstischen und impulsiven Anteilen aus (S. 2). 4.2.4

Im Abschlussbericht vom 25. Juli 2018 (Urk. 7/196) hielten die therapeutische Leiterin Dr. phil. M.____ und Pflegefachmann N.____ von der F.____ folgende Diagnosen fest (S. 1): - Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome (F33.2) - Kombinierte Persönlichkeitsstörung mit narzisstischen und impulsiven Anteilen (F61) - Diabetes mellitus Typ II

Neben der depressiven Symptomatik habe der Beschwerdeführer eine eingeschränkte Affektwahrnehmung sowie Affektregulierung gezeigt. Zudem seien Defizite in der Selbst- und Fremdwahrnehmung sowie eine überhöhte Grundanspannung mit wiederkehrenden Impulsdurchbrüchen vorhanden gewesen, sodass der Beschwerdeführer von sich aus wiederholt die Therapiegruppen als deeskalierende Massnahme habe verlassen müssen. Die erhöhte Kränkbarkeit verbunden mit Impulsdurchbrüchen und massiven Grenzüberschreitungen gegen Mitpatienten habe den gruppentherapeutischen Rahmen der Tagesklinik gesprengt. In gegenseitigem Einvernehmen sei daher eine Entlassung in die bestehende ambulante Behandlung bei Dr. H. ___ entschieden worden (S. 2). 4.3

Dr. H. ___ , Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, nannte in seinem Bericht vom 15. August 2018 (Urk. 7/194) folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 4): - Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige bis schwere Episode F33.2, seit 2011 - Panikstörung (episodisch paroxysmale Angst) F41.0, seit 2011 - Einfache Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung F90.0, Erstdiagnose 2014 - Kombinierte Persönlichkeitsstörung mit emotional instabilen, narzisstischen und zwanghaften Anteilen F61.0, Erstdiagnose 2014, Symptome bestehen aber seit Kindheit

Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit wurden folgende genannt (S. 4): - Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren F45.41, seit 2011 - Metabolisches Syndrom, seit 2012 - Diabetes mellitus Typ II - Adipositas, BMI 31 - Hypercholesterinämie - Vitamin D-Mangel - Status nach Halswirbelsäulen-Distorsionen 1996, 2003 nach Auffahrunfall, 2011 nach Autounfall

Dr. H. ___ gab an, der Beschwerdeführer zeige Symptome einer rezidivierenden depressiven Störung wie eine depressive Verstimmung, Freud- und Interessenlosigkeit sowie verminderten Antrieb und Panikattacken mit zum Teil Erstickengefühl. Er habe deutliche Einschränkungen im Sinne von Belastbarkeit im beruflichen aber auch im alltäglichen Leben. Bei der ADHS würden leichte bis mittelgradige Aufmerksamkeits- und Konzentrationsstörungen bestehen, die Einfluss auf das Durchhaltevermögen haben könnten. Durch die kombinierte Persönlichkeitsstörung sei die Wahrnehmung und Interpretation von Dingen, Menschen und Ereignissen verändert, zwischenmenschliche Beziehungen würden anders erlebt werden und es bestünden Defizite in der Affektwahrnehmung und Regulation, was zu Konflikten mit Vorgesetzten und Mitarbeitenden führen könne. Zusätzlich würden die Symptome von den psychischen Erkrankungen zu Unkonzentriertheit und erhöhter Fehlerhäufigkeit, verminderter Stresstoleranz, erhöhter Ermüdbarkeit sowie rascher Überforderung und somit erhöhter Anspannung am Arbeitsplatz, aber auch in alltäglichen Aktivitäten führen. Seit ca. einem Jahr bestehe eine allgemeine Instabilität mit Todeswünschen und seit einem halben Jahr Suizidgedanken, die aktuell im Hintergrund stehen würden. Die verminderte Belastbarkeit verhindere eine geregelte Arbeitstätigkeit. Es bestehe zudem eine Verlangsamung und Qualitätsminderung (S. 5). Zur Arbeitsunfähigkeit gab Dr. H. ___ an, diese bestehe seit dem 5. Dezember 2013 zu 100 % für alle Tätigkeiten (S. 2). 4.4 4.4 .1

In seiner Stellungnahme vom 29. August 2018 (Urk. 7/197/5) hielt

Dr. O. ___ , Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie FMH vom regionalen ärztlichen Dienst (RAD) fest, dass sich die objektivierbaren psychopathologischen Befunde nicht wesentlich von denen unterscheiden würden, die seit 2013 bekannt seien. Die Diagnosen würden auf den subjektiven Klagen beruhen. Die Diagnosen hätten schon

vor der letzten Verfügung vom 29. Januar 2015 und der letzten Stellungnahme des RAD vom 28. Januar 2015 bestanden. Der Gesundheitszustand habe sich also seit der letzten Verfügung nicht namhaft verändert. 4.4.2

In einer weiteren Stellungnahme vom 6. Dezember 2018 (Urk. 7/228 S. 2) gab Dr. O. ___ an, es seien alle zur Verfügung stehenden medizinischen Dokumente gewürdigt worden und einige exemplarisch aufgeführt. Die Suizidalität stehe nicht im Vordergrund. 5. 5.1 .1

Die Beschwerdegegnerin stellte zur Begründung der angefochtenen Verfügung (Urk. 2) unter anderem auf die Stellungnahme des RAD-Arztes Dr. O. ___ ab, wonach beim Beschwerdeführer keine gesundheitliche Veränderung und somit auch kein Revisions- bzw. Neuanmeldungsgrund ausgewiesen sei (E. 4.4 hiervor). 5.1.2

Die regionalen ärztlichen Dienste (RAD) stehen den IV-Stellen zur Beurteilung der medizinischen Voraussetzungen des Leistungsanspruchs zur Verfügung. Sie setzen die für die Invalidenversicherung nach Art. 6 ATSG massgebende funktionelle Leistungsfähigkeit der Versicherten fest, eine zumutbare Erwerbstätigkeit oder Tätigkeit im Aufgabenbereich auszuüben. Sie sind in ihrem medizinischen Sachentscheid im Einzelfall unabhängig (Art. 59 Abs. 2 bis IVG). Nach Art. 49 IVV beurteilen die RAD die medizinischen Voraussetzungen des Leistungsanspruchs. Die geeigneten Prüfmethode können sie im Rahmen ihrer medizinischen Fachkompetenz und der allgemeinen fachlichen Weisungen des Bundesamtes frei wählen (Abs. 1). Die RAD können Versicherte bei Bedarf selber ärztlich untersuchen. Sie halten die Untersuchungsergebnisse schriftlich fest (Abs. 2; Urteil des Bundesgerichts 9C_406/2014 vom 31. Oktober 2014 E. 3.5 mit Hinweis auf BGE 135 V 254 E. 3.5).

Die Funktion interner RAD-Berichte besteht darin, aus medizinischer Sicht – gewissermassen als Hilfestellung für die medizinischen Laien in Verwaltung und Gerichten, welche in der Folge über den Leistungsanspruch zu entscheiden haben – den medizinischen Sachverhalt zusammenzufassen und zu würdigen, wozu namentlich auch gehört, bei widersprüchlichen medizinischen Akten eine Wertung vorzunehmen und zu beurteilen, ob auf die eine oder die andere Ansicht abzustellen oder aber eine zusätzliche Untersuchung vorzunehmen sei. Sie würdigen die vorhandenen Befunde aus medizinischer Sicht (Urteil des Bundesgerichts 9C_406/2014 vom 31. Oktober 2014 E. 3.5 mit Hinweisen).

RAD-Berichte sind versicherungsinterne Dokumente, die von Art. 44 ATSG betreffend Gutachten nicht erfasst werden; die in dieser Norm vorgesehenen Verfahrensregeln entfalten daher bei Einholung von RAD-Berichten keine Wirkung (Urteil des Bundesgerichts 8C_385/2014 vom 16. September 2014 E. 4.2.1 mit Hinweis auf BGE 135 V 254 E. 3.4). 5.1. 3

Dr. O. ___ berücksichtigte im Rahmen seiner medizinischen Beurteilungen (vgl. vorstehend E. 4.4.1 und 4.4.2) die medizinischen Akten und die geklagten Beschwerden des Beschwerdeführers. Seine Darlegung der medizinischen Befunde sowie deren Beurteilung leuchten ein und die Schlussfolgerungen sind nachvollziehbar. Die Beurteilung wurde ausserdem in Kenntnis der und in Auseinandersetzung mit den Vorakten (Urk. 7/197/5) erstellt und trägt der konkreten medizinischen Situation Rechnung. Die vorhandenen Befunde werden dabei in nachvollziehbarer Weise bei der Einschränkung der Leistungsfähigkeit berücksichtigt. Die Stellungnahme erfüllt somit die praxisgemässen Kriterien (vgl. E. 1.7), so dass für die Entscheidungsfindung und insbesondere die Einschätzung, ob sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers verschlechtert hat, darauf

abgestellt werden kann.

Der Beschwerdeführer legte nicht dar, inwiefern die Beurteilung von Dr. O.____ gestützt auf die aktenkundigen Arztberichte fehlerhaft sein könnte. Er brachte lediglich vor, Dr. O.____ habe sich nicht zur Suizidalität des Beschwerdeführers geäußert, aufgrund dessen seiner Beurteilung kein Beweiswert eingeräumt werden könne (Urk. 1 S. 6). Aus seiner Stellungnahme ist ersichtlich, dass Dr. O.____ sich nicht weiter zur Suizidalität geäußert hat, da diese seiner Ansicht nach nicht im Vordergrund stand (Urk. 7/228 S. 2). Diesbezüglich ist anzumerken, dass auch Dr. H.____

bei der Beschreibung der Funktionseinschränkungen ausdrücklich fest hielt, dass die Suizidgedanken aktuell im Hintergrund stünden (Urk. 7/194 S. 5). Auch in den aktuellen F.____ -Berichten werden hauptsächlich Schwierigkeiten im sozialen und psychosozialen Bereich sowie finanzielle Probleme in den Vordergrund gestellt (Urk. 7/173 S. 2, Urk. 7/175 S. 2, vgl. auch Urk.

E. 13

S. 2). Es ist daher nicht zu beanstanden, dass Dr. O.____ sich nicht weiter mit dem Thema der Suizidalität auseinandergesetzt hat.

Im Weiteren erweist sich die Rüge, dass Dr. O.____ im Gegensatz zu den behandelnden Ärzten über keinen Facharztstitel in Psychiatrie verfüge und daher auf seine Beurteilung nicht abgestellt werden könne (Urk. 1 S. 6), als nicht stichhaltig. Der RAD-Arzt erstellte zudem (vgl. Urk. 6) – entgegen der Annahme des Rechtsvertreters des Beschwerdeführers (Urk. 1 S. 5) - keinen Untersuchungsbericht im Sinne von Art. 49 Abs. 2 IVV. Eines spezifischen Facharztstitels bedurfte er des halb nicht, um den bestehenden medizinischen Sachverhalt zu würdigen (Urteil des Bundesgerichts 8C_406/2017 vom 6. September 2017 E. 4.1 mit Hinweisen). 5.2

Hinsichtlich der gesundheitlichen Veränderung sind zunächst die Arztberichte des F.____ vom 20. April 2016 (Urk. 7/157) und 1. März 2018 (Urk. 7/175), 5. April 2018 (Urk. 7/168), 7. Mai 2018 (Urk. 7/173), 25. Juli 2018 (Urk. 7/196) sowie der Arztbericht von Dr. H.____ vom 15. August 2018 (Urk. 7/194) zu vergleichen. Die im F.____ Bericht vom 20. April 2016 aufgeführten Diagnosen weichen kaum von den in den aktuellen F.____ -Berichten gestellten Diagnosen ab. Einzelne Diagnosen wie die einfache Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung, die Panikstörung und die anhaltende somatoforme Schmerzstörung wurden in den aktuellen Berichten gar weggelassen. Lediglich die depressive Störung wird von früher mittelgradig bis schwer gegenwärtig als schwer eingestuft. Ansonsten lassen sich keine nennenswerten Unterschiede feststellen, welche vorliegend von Relevanz sein könnten. Insbesondere wurden keine abweichenden Befunde geschildert und der Beschwerdeführer klagte über identische Beschwerden.

Auch aus dem aktuellen Arztbericht von Dr. H.____ (E. 4.3 hiervor) können keine neuen Erkenntnisse gewonnen werden. Die Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung, mittelgradig bis schwere Episode wurde von Dr. H.____ bereits anlässlich seiner Untersuchung im April 2016 (vgl. Urteil vom 31. Oktober 2016 E. 4.5) gestellt. In seinem aktuellen Bericht hielt er zudem ausdrücklich fest, dass sämtliche aufgeführte Diagnosen bereits seit dem Jahr 2011 respektive 2012 oder 2014 sowie seit der Kindheit bestehen. Auch hier wurden keine abweichenden beziehungsweise neuen Befunde geschildert, welche Einfluss auf die funktionelle Einschränkung des Beschwerdeführers haben sollen. Eine erhebliche Veränderung respektive Verschlechterung des Gesundheitszustandes ist

damit nicht ausgewiesen. 5.3

Nach dem Gesagten ergibt sich, dass beim Beschwerdeführer eine Veränderung in den tatsächlichen Verhältnissen seit der letztmaligen Rentenverneinung nicht ausgewiesen ist. Die behauptete vollumfängliche Arbeitsunfähigkeit stützt sich einzig auf die Angaben der behandelnden Ärzte, welche dem Beschwerdeführer seit jeher eine vollumfängliche Arbeitsunfähigkeit attestiert hatten. Objektivierbare Belege für eine invalidenrechtlich relevante Veränderung des Gesundheitszustandes und damit für eine dauernde vollumfängliche Arbeitsunfähigkeit finden sich hingegen nicht. Auch die während des Gerichtsverfahrens neu eingebrachten medizinischen Unterlagen ergeben das gleiche Bild (so der Bericht der Klinik

P.____ vom 7. November 2019, Urk. 13), soweit sie nicht nur Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen, Diagnosen- und Medikationslisten beinhalten (Urk. 7/9, Urk. 7/10 und Urk. 7/16). 5.4

Nach dem Ausgeführten ist eine anspruchrelevante gesundheitliche Verschlechterung im hier massgebenden Beurteilungszeitraum nicht erstellt und von weiteren Abklärungen ist in antizipierter Beweiswürdigung (vgl. BGE 124 V 90 E. 4b, 122 V 157 E. 1d und 136 I 229 E. 5.3) kein anderes Ergebnis zu erwarten.

Damit erweist sich die angefochtene Verfügung der Beschwerdegegnerin als rechtsens, was zur Abweisung der Beschwerde führt. 6.

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. 800.-- anzusetzen. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind sie dem Beschwerdeführer aufzuerlegen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 800.-- werden dem Beschwerdeführer auferlegt.

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

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

Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden (Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern, vom 15. Juli bis und mit 15. August sowie vom 18. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG).

Die Beschwerdeschrift ist dem Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, zuzustellen.

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift des Beschwerdeführers oder seines Vertreters zu enthalten; der angefochtene Entscheid sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind beizulegen,

soweit die Partei sie in Händen hat (Art. 42 BGG). Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich Der VorsitzendeDie Gerichtsschreiberin GräubBabic

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