

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2019.00216 vom 17. Dezember 2019

ZH Sozialversicherungsgericht, 2019-12-17, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2019.00216

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2019.00216 du 17 décembre 2019

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2019.00216 del 17 dicembre 2019

Erwägungen

E. 1

24) im Verfahren Nr. IV.2015.00472 bestätigt wurde.

Am 2. Februar 2018 (Urk. 10/122) meldete sich der Versicherte unter Hinweis auf chronische psychische Störungen (Depressionen, Schlafstörungen, Halluzinationen, ängstliche Alpträume, Raum- und Platzangst, das Einfallen von Wänden und das Sehen von Bildern an Wänden) erneut zum Leistungsbezug an. Mit Vorbescheid vom 16. April 2018 (Urk. 10/127) stellte die IV-Stelle ein Nichteintreten in Aussicht, wogegen der Versicherte am 14. Mai 2018 unter Beilage des Berichts der psychiatrischen

Klinik Y.____, vom 10. Januar 2018 (Urk. 10/132) Einwand (Urk. 10/133) erhob. Am 12. Februar 2019 trat die IV-Stelle auf das Leistungsbegehren nicht ein (Urk. 2).

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). 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).

Die Annahme eines psychischen Gesundheitsschadens im Sinne von Art. 4 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) sowie Art. 3 Abs. 1 und Art. 6 ATSG setzt eine psychiatrische, lege artis auf die Vorgaben eines anerkannten Klassifikationssystems abgestützte Diagnose voraus (vgl. BGE 145 V 215 E. 5.1, 143 V 409 E. 4.5.2, 141 V 281 E. 2.1, 130 V 396 E. 5.3 und E. 6). Eine fachärztlich einwandfrei festgestellte psychische Krankheit ist jedoch nicht ohne weiteres gleichbedeutend mit dem Vorliegen einer Invalidität. In jedem Einzelfall muss eine Beeinträchtigung der Arbeits- und Erwerbsfähigkeit unabhängig von der Diagnose und grundsätzlich unbeschrieben der Ätiologie ausgewiesen und in ihrem Ausmass bestimmt sein. Entscheidend ist die nach einem weitgehend objektivierte Massstab zu beurteilende Frage, ob es der versicherten Person zumutbar ist, eine Arbeitsleistung zu erbringen (BGE 145 V 215 E. 5.3.2, 143 V 409 E. 4.2.1, 141 V 281 E. 3.7, 139 V 547 E. 5.2, 127 V 294 E. 4c; vgl. Art.

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, 262 E. 3). Hingegen kann diese Eintretensvorschrift nicht dahin gehend 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, 71 E.).

E. 1.4

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

Dagegen erhob der Versicherte am 5. März 2019 Beschwerde (Urk. 1 in Verbindung mit Urk. 3) und beantragte die Aufhebung des Nichteintretensentscheids vom 12. Februar 2019. Am 18. April 2019 (Urk. 6) reichte er weitere Arztberichte (Urk. 7/1-2) ein. Mit Beschwerdeantwort vom 29. April 2019 (Urk. 9) schloss die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde. Der Beschwerdeführer erstattete innerhalb der ihm angesetzten Frist (Urk. 12) keine Replik. Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin ging in der angefochtenen Verfügung (Urk. 2) davon aus, im Vergleich zum Sachverhalt bei Abweisung des Leistungsbegehrens vom 17. März 2015 seien keine wesentlichen Änderungen der beruflichen oder medizinischen Situation festzustellen. In der Beschwerdeantwort (Urk. 9) präzisierte die Beschwerdegegnerin, der Beschwerdeführer klagt – wie im Jahre 2015 – über Alpträume, Angstgefühle, Kopfschmerzen, das Hören von Stimmen und das Sehen von Bildern an den Wänden. Der Beschwerdeführer könne somit keine Verschlechterung glaubhaft machen, weshalb auf die Neuanmeldung nicht einzutreten sei.

E. 2.2

In ihrem Austrittsbericht vom 22. Januar 2015 (Urk. 10/110/1-3) über den stationären Aufenthalt des Beschwerdeführers in der integrierten Psychiatrie A.____

vom 7. bis 30. Oktober 2014 nannten Dr. B.____, Oberarzt, und C.____, Assistenzarzt, folgende Diagnosen (S. 1): - Angst und depressive Störung, gemischt (ICD-10 F41.2) - Somatisierungsstörung (ICD-10 F45.0) - nicht primär insulinabhängiger Diabetes mellitus (Typ-2-Diabetes) - benigne essentielle Hypertonie - Adipositas - Tuberculoplastik und Tenodesen der langen Bizepssehne und PASTA Repair nach Fraktur 2009

Die Ärzte führten aus, die Konzentration und das Gedächtnis des Beschwerdeführers erschienen mindestens mittelgradig beeinträchtigt, wobei eine genaue Überprüfung nicht möglich gewesen sei. In den explorativen Gesprächen habe er sich im formalen Denken stark auf den abgewiesenen IV-Antrag eingeengt und vom Behandlungsteam mehrfach eine erneute Einschätzung der Arbeitsfähigkeit gefordert. Neben stark ausgeprägten psychotischen Symptomen (insbesondere akustische und optische Halluzinationen, Ich-Erlebnisstörungen, wahnhaftes Ideen) habe der Beschwerdeführer auch eine depressive Symptomatik, Schlafstörungen, einen Selbstverletzungsdrang, intermittierende suizidale Gedanken, Zwangsgedanken, eine starke psychische Anspannung sowie körperliche Symptome wie Schmerzen in der Schulter, Übelkeit und grippale Symptome erwähnt. Die Ärzte wiesen darauf hin, dass die nur intermittierend vorkommenden und häufig wechselnden Symptome in starkem Widerspruch zum Verhalten des Beschwerdeführers im stationären Alltag gestanden seien. Während er sich im Kontakt mit Mitpatienten adäquat und gut integriert habe, habe er gegenüber dem Behandlungsteam stets einen grossen Leidensdruck angegeben. Es sei sodann mehrfach zu selbstverletzendem Verhalten gekommen und in den Gesprächen habe er wenig Introspektionsfähigkeit gezeigt und sei stark auf eine medikamentöse Therapie fixiert gewesen.

Die Ärzte wiesen weiter darauf hin, dass die Vielzahl der gezeigten psychiatrischen und somatischen Symptome die Stellung einer eindeutigen Diagnose erheblich erschwert habe. Trotz Angabe mehrerer psychotischer Symptome könne aufgrund deren intermittierenden und wechselhaften Charakters eine Diagnose aus dem schizophrenen Formenkreis weitgehend ausgeschlossen werden. Gestützt auf den chronischen Verlauf der starken Fluktuation der Symptome, auch körperlicher Art, sei die Diagnose einer Somatisierungsstörung gestellt worden. Zudem zeige der Beschwerdeführer eine ängstlich depressive Symptomatik. Differentialdiagnostisch sollte überdies eine histrionische Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F60.4) erwogen werden (S. 2). 3.

E. 2.3

Die Ärzte der A. ___ berichteten am 8. Juni 2015 (Urk. 10/118/3-5) über die erneute Hospitalisation des Beschwerdeführers vom 24. März bis 23. April 2015 und führten dabei folgende Diagnosen auf (S. 1): - schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen (ICD-10 F41.2) - Somatisierungsstörung (ICD-10 F45.0) - metabolisches Syndrom - nicht primär insulinabhängiger Diabetes mellitus (Typ-2-Diabetes) - benigne essentielle Hypertonie - Adipositas - Hypercholesterinämie - Tuberculoplastik und Tenodesse der langen Bizepssehne und PASTA Repair nach Fraktur 2009

Die Ärzte hielten fest, die Konzentration und das Gedächtnis des Beschwerdeführers seien stark beeinträchtigt gewesen. Im formalen Denken sei er verlangsamte, umständlich, häufig vorbeiredend und schwer zu strukturieren gewesen. Er habe über Verfolgungsideen sowie akustische und optische Halluzinationen (mehrere kommentierende/beschimpfende Stimmen, sich bewegende Bilder an der Wand, schwarz-weiße Bilder beim Augenschliessen) berichtet, welche er als „ängstlich“ erlebe. Ausgeprägte Wahngebilde und Ich-Erlebnisstörungen seien demgegenüber verneint worden. Im Affekt sei der Beschwerdeführer deutlich gedrückt gewesen und habe teilweise verzweifelt und hoffnungslos geweint. Die Ärzte wiesen darauf hin, der Beschwerdeführer habe eine Vielzahl psychiatrischer Symptome angegeben, wobei neben stark ausgeprägten psychotischen Symptomen eine depressive Symptomatik dominierte. Gegenüber dem Behandlungsteam habe er überdies stets von einem grossen Leidensdruck und Überfor-

derungs ge fühlen berichtet. Die Ärzte wiesen schliesslich darauf hin, dass eine Diagnose aus dem schizophrenen Formenkreis trotz der Angabe mehrerer psychotischer Symptome aufgrund deren intermittierenden und wechselhaften Charakters habe ausgeschlossen werden können, wobei diese Einschätzung auch seitens der behandelnden Psychiaterin Dr. D.____ geteilt werde. 4. 4.1

Im Zeitpunkt des Erlassens der angefochtenen Verfügung (Urk. 2) lagen folgende medizinische Berichte vor: 4.2

4.2.1

Im Bericht vom 10. Januar 2018 (Urk. 10/132) wurden seitens der Y.____ folgende Diagnosen gestellt (S. 1): - Somatisierungsstörung (ICD-10 F45.0) - nicht näher bezeichnete Intelligenzminderung: keine oder geringfügige Verhaltensstörung (ICD-10 F79.0) - hypochondrische Störung (ICD-10 F45.2) - metabolisches Syndrom mit Adipositas, Diabetes mellitus Typ II und arterieller Hypertonie (FT)

Die Y.____-Fachpersonen führten aus, der Eintritt sei aufgrund der Zuweisung durch die A.____ nach stationärem Aufenthalt unter den Diagnosen hypochondrische Störung, Verdacht auf Intelligenzminderung, Somatisierungsstörung und metabolisches Syndrom zum Aufbau einer Tagesstruktur und Fokussierung auf die psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung erfolgt (S. 2).

Der Beschwerdeführer sei mehrfach in der Y.____ sowie der A.____ (Tagesklinik im 2012/2013) gewesen. Es bestehe eine weitgehend unveränderte Symptomatik (Angabe von optischen Halluzinationen, Nicht-Ansprechen einer neuroleptischen

Medikation). Der Beschwerdeführer gebe das Sehen von Schlangen an (vorbeikannt). Im Weiteren kämen Wände auf ihn zu und er fühle sich in der Öffentlichkeit beobachtet. In der A.____ habe sich sodann eine vordiagnostizierte hypochondrische Störung bestätigt (S. 2).

Im Weiteren wiesen die Y.____-Fachpersonen darauf hin, dass sich der Beschwerdeführer nach anfänglichen Schwierigkeiten mehrheitlich verbindlich gezeigt habe und es ihm - trotz der Angabe von Schwierigkeiten beim morgendlichen Aufstehen - gelungen sei, regelmässig am Vormittagsprogramm an vier Halbtagen pro Woche teilzunehmen. Das bekannte Stimmenhören sei vorwiegend in den ersten Wochen aufgetreten und sei dann im Verlauf vom Beschwerdeführer weniger oft beschrieben worden. Er habe an dem anfangs vereinbarten Austrittstermin festgehalten und sei auf eigenen Wunsch in leicht gebessertem Zustand zum Ende des Jahres ausgetreten (S. 3). 4.2.2

Dr. E.____, Facharzt FMH Psychiatrie und Psychotherapie, hielt in seinem Bericht vom 5. März 2018 (Urk. 10/125) fest, dass er den Beschwerdeführer

seit April 2015 wegen Wahrnehmungsstörungen ambulant behandle. Der Beschwerdeführer sei schon mehrmals stationär behandelt worden, wobei die letzte Hospitalisation im Jahre 2017 in der Y.____ und anschliessend vom 12. September bis 21. Dezember 2017 in der Tagesklinik stattgefunden habe.

Die stationären Behandlungen und die Betreuung hätten den psychischen Zustand nicht verbessert. Der Beschwerdeführer klage weiterhin über Angstgefühle, Kopfschmerzen und Stimmen im Kopf und er - Dr. E.____ - sehe aus psychiatrischer Sicht keine Besserung des psychischen Zustands. 5. 5.1

Gemäss dem Y.____ -Bericht vom 10. Januar 2018 (vgl. E. 4.2.1 hievor) leidet der Beschwerdeführer an einer Somatisierungsstörung, einer nicht näher bezeichneten Intelligenzminderung sowie einer hypochondrischen Störung. Es wurde so dann eine weitgehend unveränderte Symptomatik mit optischen und akustischen Halluzinationen erwähnt, wobei der Beschwerdeführer das Sehen von Schlangen, das Bewegen von Wänden, das Gefühl der Beobachtung in der Öffentlichkeit und das Hören von Stimmen angegeben habe. Der behandelnde Psychiater Dr. E.____ wies am 5. März 2018 darauf hin (vgl. E. 4.2.2 hievor), dass er den Beschwerdeführer seit April 2015 wegen Wahrnehmungsstörungen behandle, die stationären Behandlungen und psychiatrische Therapie den psychischen Zustand nicht verbessert hätten und der Beschwerdeführer weiterhin über Angstgefühle, Kopfschmerzen und Stimmen im Kopf berichtet.

Im MEDAS-Gutachten vom 6. August 20

E. 7

Abs. 2 ATSG). 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 Anspruch erheblichen Weise geändert hat.

Nach Eingang einer Neuanschuldung 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. Insofern steht ihr ein gewisser Beurteilungsspielraum zu, den das Gericht grundsätzlich zu respektieren hat. Daher hat das Gericht 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 Nicht eintreten beschlossen hat und die versicherte Person deswegen Beschwerde führt; hingegen unterbleibt eine richterliche Beurteilung der Eintretensfrage, wenn die Verwaltung auf die Neuanschuldung eingetreten ist (BGE 109 V 108 E. 2b mit Hinweisen;

vgl. auch BGE 130 V 64 E. 5.2, 7 1 E.

E. 10

/39, vgl. E. 3.2) für das Vorliegen einer paranoiden Schizophrenie könne anhand der aktuell erhobenen psychiatrischen Befunde eindeutig nicht bestätigt werden. Die Ergebnisse der aktuellen psychiatrischen Exploration seien in der Einschätzung der im Rahmen der Begutachtung in Auftrag gegebenen neuropsychologischen Untersuchung (vgl. Urk. 10 /93/70-78) bestätigt worden. In den entsprechenden Symptomvalidierungsverfahren hätten sich quantitativ und qualitativ hoch auffällige Befunde gezeigt, welche im Rahmen der in den Akten präsentierten Erkrankung im orthopädischen und/oder psychiatrischen Bereich nicht erklärbar seien. Die Gutachter wiesen darauf hin, der Beschwerdeführer habe die Mitarbeit bei der aktuellen psychiatrischen Untersuchung überwiegend verweigert, weshalb neben dem Hauptsymptom – der physiologisch nicht mehr zu erklärenden und ausgedehnten Schmerzsymptomatik – weitere psychische Störungen nicht wirklich sicher

hätten eruiert werden könnten. Die Angaben des Beschwerdeführers hätten unklar, diskrepant, wenig plausibel und teils widersprüchlich gewirkt und sein Verhalten sei ausgeprägt manipulativ, dramatisierend und sehr wechselhaft erschienen, was durch eine psychische Störung nicht zu erklären sei. Zeitweilig habe der Beschwerdeführer eine sehr gute Mitarbeit gezeigt und sei sehr konzentriert und fast engagiert gewesen in der Darstellung der aus seiner Sicht wichtigen Details, welche die Schwere seiner Krankheit unterstreichen würden. Es hätten sich weit über Verdeutlichungstendenzen hinausgehende starke Tendenzen von Aggravation gefunden. Bei schwankendem Leidensdruck hätten seine Angaben, mit denen er aus subjektiver Sicht schwerwiegende psychische Einschränkungen habe verdeutlichen wollen, wenig plausibel und nicht nachvollziehbar gewirkt. Bei der durch physiologische Prozesse nicht zu erklärenden Schmerzsymptomatik sowie auch den weiteren unspezifischen somatoformen Beschwerden sei eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung zu diagnostizieren, wobei die qualifizierenden Kriterien nach Foerster in Bezug auf die Schmerzstörung allenfalls zu einem geringen Teil vorlägen. Eine chronische psychiatrische Begleiterkrankung mit mehrjährigem Verlauf bei unveränderter und progredienter Symptomatik ohne längerfristige Remission liege anhand des aktuellen Untersuchungsbefundes sicherlich nicht vor. Es könne jedoch anhand der Aktenlage davon ausgegangen werden, dass eine leichte bis mittelgradige depressive Symptomatik wohl in den letzten Jahren vorgelegen habe. Eine adäquate antidepressive Medikation sei verordnet worden, inwieweit deren regelmässige Einnahme aber stattgefunden habe, könne anhand der lückenhaften Angaben des Beschwerdeführers nicht sicher festgestellt werden. Die aktuell bestimmten Medikamentenspiegel hätten teilweise unter dem therapeutischen Bereich gelegen, was zumindest eine Unregelmässigkeit in der Einnahme belegen könne. Weitere psychische Störungen mit versicherungsmedizinischer Relevanz, insbesondere eine Erkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis, seien nicht festgestellt worden (S. 38 f., S. 62 f., S. 67).

Unter dem Titel Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit wiesen die Gutachter darauf hin, dass der Beschwerdeführer aufgrund der Impingementsymptomatik der linken Schulter bei vorhandenem Sehnenreizzustand für Tätigkeiten über Kopf sowie schweres Heben und Tragen von Lasten über 15 kg einschränkt sei. Tätigkeiten mit repetitivem Greifen und mit ständigem Griff mit dem rechten Daumen und Zeigefinger seien nicht leidensadaptiert. Zudem seien mit der Hand ausgeführte Stauch- und Stossbelastungen zu vermeiden. Aufgrund der vorliegenden Restbeschwerden im Zusammenhang mit der linken Schulter und der leichtgradigen posttraumatischen Arthrose MC I/II, Rhizarthrose der rechten Hand sei aus orthopädischer Sicht von einer geringfügigen Leistungsminderung von 20 % in der angestammten Tätigkeit auszugehen. Unter rein psychiatrischen Gesichtspunkten bestehe in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit eine Arbeitsunfähigkeit von höchstens 30 %. Polydisziplinär ergebe sich deshalb eine Arbeitsfähigkeit von 70 % unter Beachtung der erwähnten qualitativen Einschränkungen. Während in den stationären/teilstationären Behandlungsphasen definitionsgemäss eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % bestanden habe, habe in den ambulanten Behandlungsphasen mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nie eine Arbeitsunfähigkeit von mehr als 30 % vorgelegen. In einer angepassten Tätigkeit gingen die Gutachter in psychiatrischer Hinsicht ebenfalls von einer 30%igen Arbeitsunfähigkeit aus. Unter orthopädisch-chirurgischen Gesichtspunkten attestierten sie eine 100%ige Arbeitsfähigkeit, wobei als voll adaptierte Tätigkeiten leichte bis mittelschwere Arbeiten ohne ständigen Armeinsatz links, ohne Tätigkeiten über Kopf, ohne schweres Heben und Tragen und ohne fein motorisch

repetitive Tätigkeiten mit der rechten Hand mit ständigem Greifen des Daumen-Zeigefingers zu qualifizieren seien. Als adaptierte Tätigkeiten gälten einfache und angelernte Tätigkeiten, die keine speziell erhöhten Anforderungen an die Konzentrationsfähigkeit oder die Ausdauer stellten, wobei auch die angestammte Tätigkeit als adaptiert einzustufen sei (S. 63 f.).

Die Gutachter hielten schliesslich fest, der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers habe sich grundsätzlich verbessert, wobei nie wirklich ein schwerwiegendes psychiatrisches Leiden vorgelegen habe. Aus aktueller psychiatrischer Sicht sei retrospektiv davon auszugehen, dass seit 2010 ein in etwa gleichbleibender psychischer Zustand mit gewissen kurzzeitigen Schwankungen, die je weils zu kurzen stationären Aufenthalten geführt hätten, vorgelegen habe. Aus orthopädischer Sicht habe sich die Situation betreffend die Schultererkrankung in geringfügigem Mass verbessert (S. 66). 3.

E. 14

(vgl. E. 3.2.1 hievor) wurde aus psychiatrischer Sicht eine rezidivierende depressive Störung, psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol sowie akzentuierte Persönlichkeitszüge diagnostiziert und auf die vom Beschwerdeführer geklagten Halluzinationen und Wahnphänomene – insbesondere in Form vom Hören von Stimmen und der Bewegung von Wänden und Bildern an den Wänden – hingewiesen. In den Berichten der A.____ vom 22. Januar und 8. Juni 2016 (vgl. E. 3.2.2-3.2.3)

wurde

eine Angst und depressive Störung sowie eine Somatisierungsstörung respektive eine schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen und eine Somatisierungsstörung festgestellt. Seitens der Y.____ wurde zudem am 28. März 2012 eine mittelgradige depressive Episode, eine Somatisierungsstörung, ein Verdacht auf Intelligenzminderung und als Vordiagnose eine posttraumatische Belastungsstörung ohne gegenwärtige aktive Symptomatik

diagnostiziert

(Urk. 10/36 S. 2).

Im Weiteren wurden Verfolgungsideen sowie akustische und optische Halluzinationen, insbesondere mehrere kommentierende/beschimpfende Stimmen, sich bewegende Bilder an der Wand und schwarz-weiße Bilder beim Augenschliessen,

erwähnt (vgl. ferner auch Urk. 10/75 S. 1). 5.2

Die im Rahmen der Neuanmeldung gestellten Diagnosen stimmen im Wesentlichen mit den bei der Rentenabweisung vom 17. März 2015 massgeblichen Diagnosen überein. Des Weiteren zeigt sich bei Erlass der angefochtenen Verfügung eine im Vergleich zum März 2015 weitgehend unveränderte psychische Symptomatik, standen doch beim Beschwerdeführer in beiden Fällen optische und akustische Halluzinationen im Vordergrund, welche sich in der Wahrnehmung identischer Phänomene

äusserten. Eine Verschlechterung des psychischen Gesundheitszustands wurde sodann weder von den Y.____-Fachpersonen am 10. Januar 2018 noch vom behandelnden Psychiater Dr. E.____ am 5. März 2018 erwähnt. Seitens der Y.____ wurde vielmehr auf eine weitgehend gleichbleibende Symptomatik

ver wiesen und Dr. E. ___ hielt lediglich fest, dass die bisherigen Behandlungen den psychischen Zustand nicht verbessert hätten. Der Eintritt in die Y. ___

erfolgte schliesslich zwecks Aufbau einer Tagesstruktur und Fokussierung auf die psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung, wobei der Beschwerdeführer die Klinik auf eigenen Wunsch und in leicht gebessertem Zustand verlassen hat. 5.3

Was die Berichte von

Dr. E. ___ vom 11. April 2019 sowie von

F. ___, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin FMH, vom 12. April 2019 (Urk. 7/1 - 2) betrifft, ist im Grundsatz festzuhalten, dass die versicherte Person die massgeblichen Tatsachenänderungen gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung bereits mit der Neuanmeldung glaubhaft machen muss. In erster Linie ist es Sache der versicherten Person, substantielle Anhaltspunkte für eine allfällige neue Prüfung des Leistungsanspruchs darzulegen (vgl. auch bezüglich Nachfristansetzung zur Einreichung ergänzender, in der Neuanmeldung lediglich in Aussicht gestellter Beweismittel BGE 130 V 64 E. 5.2.5). Wenn die der Neuanmeldung beigelegten ärztlichen Berichte so wenig substantiiert sind, dass sich eine neue Prüfung nur aufgrund weiterer Erkenntnisse allenfalls rechtfertigen würde, ist die Beschwerdegegnerin unter Umständen zur Nachforderung weiterer Angaben gehalten. Dies ist nur, aber immerhin dann der Fall, 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_244/2016 vom 21. Juni 2016 E. 2.3).

Nachdem die genannten Berichte erst im Beschwerdeverfahren eingereicht wurden, sind sie für den vorliegenden Entscheid nicht von Relevanz. Davon abgesehen entsprechen die von Dr. E. ___ am 11. April 2019 (Urk. 7/1) gemachten Aussagen jenen im Bericht vom 5. März 2018 (vgl. E. 4.2.2 hier vor), weshalb auf die obigen Ausführungen

zu verweisen ist. Was den hausärztlichen Bericht von F. ___ (Urk. 7/2) betrifft, ist festzuhalten, dass die darin erwähnte deutliche psychische Verschlechterung ausschliesslich auf den subjektiven Angaben des Beschwerdeführers beruht und der in Allgemeiner Innerer Medizin spezialisierte Arzt zwecks genauerer Einschätzung der psychiatrischen Situation ausdrücklich auf den behandelnden Psychiater verweist.

5.4

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass keine erhebliche Verschlechterung des Gesundheitszustands des Beschwerdeführers seit der Rentenabweisung im März 2015 glaubhaft gemacht wurde, weshalb die Beschwerdegegnerin zu Recht nicht auf die Neuanmeldung eingetreten ist.

Die angefochtene Verfügung vom 12.

Februar 2019 (Urk. 2) erweist sich demzufolge als rechtmässig, was zur Abweisung der Beschwerde führt. 6.

Da der Streitgegenstand die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen betrifft, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG), ermessensweise auf Fr. 700.-- anzusetzen und dem Beschwerdeführer aufzuerlegen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 700.-- werden dem Beschwerdeführer auferlegt.

Rechnung und Einzahlungsschein werden dem Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt. 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 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
Gräub
Schleiffer
Marais

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