

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2019.00522 vom 5. Juni 2020**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2020-06-05, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2019.00522](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2019.00522)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2019.00522 du 5 juin 2020

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2019.00522 del 5 giugno 2020

## **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 ). 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).

Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen seit Zusprechung 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. 1.4**

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).

#### **E. 1.5**

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 ausüben. 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).

Praxisgemäss kommt einer reinen Aktenbeurteilung des RAD im Vergleich zu einer auf allseitigen Untersuchungen beruhenden Expertise, welche auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und die Schlussfolgerungen widerspruchsfrei begründet, nicht der gleiche Beweiswert zu (Urteil des Bundesgerichts 8C\_971/2012 vom 11. Juni 2013 E. 3.4).

Der Beweiswert von RAD-Berichten nach Art. 49 Abs. 2 IVV ist mit jenem externer medizinischer Sachverständigengutachten vergleichbar, sofern sie den praxisgemässen Anforderungen an ein ärztliches Gutachten (BGE 134 V 231 E. 5.1) genügen und die Arztperson über die notwendigen fachlichen Qualifikationen verfügt (BGE 137 V 210 E. 1.2.1). Allerdings kann auf das Ergebnis versicherungsinterner ärztlicher Abklärungen

– zu denen die RAD-Berichte gehören – nicht abgestellt werden, wenn auch nur geringe Zweifel an ihrer Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit bestehen (Urteil des Bundesgerichts 8C\_197/2014 vom 3. Oktober 2014 E. 4.2 mit Hinweisen auf BGE 139 V 225 E. 5.2; 135 V 465 E. 4.4 und E. 4.7). 2.

### **E. 1.7**

; Urk. 9/98/1-6 S. 3 ff. Ziff. 2.2, Ziff. 2.4, Ziff. 3.4 ; Urk. 9/43 S.

26). Soweit Dr. A.\_\_\_\_ und Psychotherapeut B.\_\_\_\_ eine Erwerbstätigkeit auf grund einer deutlich reduzierten Belastbarkeit und einer sehr geringen Stressresistenz als nicht mehr möglich erachteten (vgl. Urk. 9/98/1-6 S. 6 Ziff. 4.4), wurden diese Eigenschaften ebenfalls bereits von den Gutachtern des Z.\_\_\_\_

thematisiert und entsprechend gewürdigt, indem sie Tätigkeiten mit besonderen Stressoren und hohen Anforderungen an die soziale Kompetenz als nicht geeignet erachteten (vgl. Urk. 9/43 S. 32 ff. Ziff. 7.3-7.7). Sodann begründeten Dr. A.\_\_\_\_ und Psychotherapeut B.\_\_\_\_ ihre Einschätzung einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit in jeglicher Tätigkeit in der freien Wirtschaft auch mit dem Verlauf der Integrationsmassnahme (vgl. Urk. 9/98/1-6 S. 4 f. Ziff. 2.7, Ziff. 4.3), was indessen für sich allein keine Veränderung des Gesundheitszustandes aus medizinischer Sicht zu belegen vermag. Insgesamt ist daher keine wesentliche Veränderung des medizinischen Sachverhalts in psychischer Hinsicht zu erkennen, weshalb die Arbeitsfähigkeitseinschätzung durch

Dr. A.\_\_\_\_ und Psychotherapeut B.\_\_\_\_ lediglich eine andere Beurteilung eines im Wesentlichen gleich gebliebenen Gesundheitszustandes darstellt. 5.3

Nach dem Gesagten ist somit festzuhalten, dass gestützt auf die vorliegenden Berichte weder in somatischer noch in psychischer Hinsicht eine wesentliche Veränderung des Gesundheitszustandes zu erkennen ist. Die aktuellen Arbeitsfähigkeitseinschätzungen der behandelnden Ärzte stellen somit lediglich andere Beurteilungen eines im Wesentlichen gleich gebliebenen Sachverhalts dar und haben entsprechend unbeachtlich zu bleiben (vorstehend E. 1.3).

Die angefochtene Verfügung erweist sich demnach als rechtmässig, 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. 6 00.-- anzusetzen. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind sie dem unterliegenden Beschwerdeführer aufzuerlegen.

Da der vorliegende Prozess nicht als von vornherein aussichtslos bezeichnet werden kann und der Beschwerdeführer bedürftig ist (vgl. Urk. 7), ist ihm antragsgemäss (Urk. 1 S. 2) die unentgeltliche Prozessführung zu bewilligen. Die dem Beschwerdeführer auferlegten Gerichtskosten sind demnach einstweilen auf die Gerichtskasse zu nehmen, dies unter Hinweis auf § 16 Abs. 4 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht (GSVGer). Das Gericht beschliesst:

In Bewilligung des Gesuchs vom 11. Juli 2019 wird dem Beschwerdeführer die unentgeltliche Prozessführung gewährt; und erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 600.-- werden dem Beschwerdeführer auferlegt, zufolge Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung jedoch einstweilen auf die Gerichtskasse genommen. Der Beschwerdeführer wird auf die Nachzahlungspflicht gemäss § 16 Abs. 4 GSVGer hingewiesen. 3.

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

Gegen 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 Meierhan s

## **E. 2**

Der Versicherte erhob am 11. Juli 2019 Beschwerde gegen die Verfügung vom 20. Juni 2019 ( Urk. 2) und beantragte sinngemäss deren Aufhebung. In prozessualer Hinsicht beantragte er die unentgeltliche Prozessführung ( Urk. 1). Die IV-Stelle beantragte mit Beschwerdeantwort vom 11. September 2019 (Urk.

8) die Abweisung der Beschwerde, was dem Beschwerdeführer am 16. September 2019 zur Kenntnis gebracht wurde ( Urk. 10). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

### **E. 2.1**

Die Beschwerdegegnerin verneinte einen Leistungsanspruch mit der Begründung, die Abklärungen hätten ergeben, dass aktuell eine andere Beurteilung desselben Sachverhalts wie bei der im Jahr 2008 erfolgten Ablehnung vorliege. Es bestehe weiterhin keine Einschränkung der Erwerbstätigkeit. Das Gesuch um IV-Leistungen sei genügend und ausführlich geprüft worden ( Urk. 2 S. 1 f.).

### **E. 2.2**

Demgegenüber stellte sich der Beschwerdeführer im Wesentlichen auf den Standpunkt, anhand der eingereichten Unterlagen sei ersichtlich, dass seit dem letzten Rentengesuch im Jahr 2008 eine deutliche Verschlechterung seines Gesundheitszustandes eingetreten sei. Er sei sowohl aus körperlichen als auch aus psychischen Gründen nicht mehr arbeitsfähig. Er sei bereit, an einer erneuten Begutachtung mitzuwirken ( Urk. 1 S. 1 f.).

### **E. 2.3**

Die Beschwerdegegnerin ist auf die erneute Anmeldung des Beschwerdeführers vom 31. Mai 2017 ( Urk. 9/55) eingetreten, weshalb es zu prüfen gilt, ob sich die tatsächlichen Verhältnisse seit der leistungsabweisenden Verfügung vom 6. Mai 2008 ( Urk. 9/50)

insofern verändert haben, dass nunmehr ein Leistungsanspruch besteht (vorstehend E. 1.3).  
3.

Die leistungsabweisende Verfügung vom 6. Mai 2008 (9/50) basierte in medizinischer Hinsicht auf dem polydisziplinären Gutachten des Zentrums Z. \_\_\_ vom 14. Januar 2008 (Urk. 9/43). Dabei konnten die Gutachter keine Diagnose mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit stellen (S.

28 Ziff. 6.1). Als Diagnosen ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit erwähnten sie Folgendes (S. 28 Ziff. 6.2): - Affektlabilität mit teilweise aggressiven Impulsausbrüchen bei akzentuierter Persönlichkeit mit narzisstischen, histrionischen und selbstunsicheren Zügen (ICD-10 Z73.1) - chronisch rezidivierendes Panvertebralsyndrom mit/bei: - altersentsprechenden geringgradigen degenerativen Veränderungen - statischer Dysbalance (zervikothorakale Seitenauslenkung linkskonvex) - initialer Unkarthrose zervikal - diskreter Spondylarthrose Lendenwirbelkörper (LWK) 4/5 und LWK 5/Sakralwirbelkörper (SWK) 1

Die internistische Untersuchung ergebe einen blanden klinischen Status. Es lägen einzig erhöhte Entzündungswerte vor. Eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit bestehe nicht (S. 31 Ziff. 7.3). Bei der rheumatologischen Untersuchung imponiere eine freie Beweglichkeit des Achsenorgans zervikothorakal in allen Ebenen. Die Diskus-Provokationstests zervikal seien negativ verlaufen. Die periphere Motorik, Sensibilität und Durchblutung der Extremitäten sei regelrecht. Auffällig sei allenfalls eine Fehlhaltung des Achsenorgans mit leicht nach vorn geneigter Körperhaltung. Die Beweglichkeit thorakolumbal sei ebenfalls unauffällig und es zeige sich eine altersentsprechend gute Beweglichkeit des Achsenorgans. Klinisch zeige sich ein diskreter lumbaler Reklinationsschmerz. Bildgebend würden diese klinischen Befunde mit geringgradig degenerativen Veränderungen im Bereich der Halswirbelsäule (HWS) mit milden Unkarthrosen, mit einer zervikothorakalen Fehlstatik und mit minimalen präarthrotischen Veränderungen im Bereich LWK 4/5 und LWK 5/SWK 1 korrelieren. Die geschilderte Schmerzsymptomatik lasse sich weder bezüglich ihrer Intensität noch bezüglich ihres Schmerzcharakters durch somatische Befunde hinlänglich erklären. Aus rheumatologischer Sicht lasse sich weder in der bisherigen leichten, wechselbelastenden Tätigkeit noch in einer angepassten Tätigkeit eine Arbeitsunfähigkeit begründen (S. 21 f. Ziff. 5.1, S. 31 f. Ziff. 7.3).

Anlässlich der psychiatrischen Untersuchung schienen Kindheit und Jugend durch den Alkoholismus des Vaters sowie die Streitigkeiten der Eltern nicht ganz ungetrübt. Der Beschwerdeführer habe aufgrund dieser Problematik auch die Ausbildung abgebrochen. Im Alter zwischen 11 und 13 Jahren sei es zu Grenzüberschreitungen durch einen erwachsenen Bekannten gekommen, die der Beschwerdeführer als belastend und verletzend erlebt habe. Eine schwierige Situation am Arbeitsplatz mit erneuten Kränkungen habe offensichtlich zu einer Reaktivierung alter Ohnmachtsgefühle geführt. Trotz diverser Berichte der behandelnden Therapeuten sei die Diagnosestellung bisher sehr uneinheitlich und es würden praktisch alle Störungsbilder abgedeckt. Aus heutiger psychiatrischer Sicht ergebe sich die Diagnose einer akzentuierten Persönlichkeit mit histrionischen, narzisstischen und selbstunsicheren Zügen (ICD-10 Z73.1), die in Verbindung mit fehlenden Copingmechanismen

sowie einer sich zuspitzenden schwierigen familiären und sozialen Situation zunehmend zu aggressiven Impulsausbrüchen führe. Aktuell bestehe weder eine relevante depressive

Störung noch eine somatoforme Schmerzstörung. Der Beschwerdeführer sei in Tätigkeiten ohne besondere Stressoren und ohne hohe Anforderungen an die soziale Kompetenz voll arbeitsfähig (S. 26 f., S. 32 Ziff. 7.3).

Zusammenfassend kamen die Gutachter zum Schluss, dass kein somatischer Gesundheitsschaden vorliege, welcher eine dauerhafte Limitierung der Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit begründen könne. In psychiatrischer Hinsicht bestehe eine Affektlabilität mit teilweise aggressiven Impulsausbrüchen bei akzentuierter Persönlichkeit. In der bisherigen Tätigkeit könne keine Arbeitsunfähigkeit attestiert werden. Tätigkeiten mit besonderen Stressoren und hohen Anforderungen an die soziale Kompetenz seien nicht geeignet (S. 32 ff. Ziff. 7.3-7.7). 4. 4.1

Seither sind die folgenden medizinischen Berichte zu den Akten genommen worden: 4.2

Dr. med. A.\_\_\_\_, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, sowie B.\_\_\_\_, Psychotherapeut, erklärten mit Schreiben vom 12. August 2017 (Urk. 9/65), dass sie den Beschwerdeführer seit dem 12. Mai 2017 behandeln würden und eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige depressive Episode mit somatischem Syndrom (ICD-10 F33.11), diagnostizieren könnten. Ausserdem bestehe der Verdacht auf eine posttraumatische Belastungsstörung (PTBS, ICD-10 F43.1) und auf eine kombinierte Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F61.0). Der psychische Gesundheitszustand des Beschwerdeführers habe sich seit dem Ende seines Einsatzes bei der Stiftung C.\_\_\_\_ Ende März 2017 deutlich verschlechtert (S. 1 f.). 4.3

Mit Bericht vom 22. Dezember 2017 (Urk. 9/69/1-5) nannten Dr. A.\_\_\_\_ und Psychotherapeut B.\_\_\_\_

(vorstehend E. 4.2) folgende Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit (S. 1 Ziff. 1.1): - rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10 F33.1) - PTBS, Status nach sexuellen Übergriffen in der Kindheit und Jugend (ICD-10 F43.1) - kombinierte Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F61.0) - Verdacht auf somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.0)

Seit dem Ende seines Einsatzes bei der Stiftung C.\_\_\_\_ Ende März 2017 habe sich der psychische Gesundheitszustand des Beschwerdeführers wieder deutlich verschlechtert. Auch unter antidepressiver Medikation habe sich seine Symptomatik, insbesondere die Schlafprobleme, das Grübeln sowie die depressiv-resignierte Grundstimmung sowie der mangelnde Antrieb, nicht gebessert. Hinzu komme der Druck vom Migrationsamt (S. 2 Ziff. 1.4). Der Beschwerdeführer sei von Juli 2014 bis Juli 2017 in der bisherigen Tätigkeit als Chauffeur/Kurier bei der Stiftung C.\_\_\_\_ zu 80 % arbeitsunfähig gewesen (S. 2 Ziff. 1.6). Die bisherige Tätigkeit sei noch zu 30 bis 40 % zumutbar. Dabei bestehe etwa eine um 20 bis 30 % verminderte Leistungsfähigkeit durch zusätzlich benötigte Pausen infolge der Rückenbeschwerden. Eine angepasste leichte, wechselbelastende Tätigkeit ohne Heben von Gewichten sowie in einer eher reizarmen Umgebung in einem kleinen Team sei drei bis vier Stunden pro Tag am Nachmittag möglich (S. 3 Ziff.

1.7). 4.4

Dr. med. D.\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, diagnostizierte mit Bericht vom 19. März 2018 (Urk. 9/72) eine Osteochondrose sowie eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode mit somatischem Syndrom (ICD-10 F33.11), als mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit (S. 3 Ziff. 2.5). Der Beschwerdeführer sei

seit Januar 2017 vollständig arbeitsunfähig gewesen. Seit Dezember 2017 bestehe eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit (S. 2 Ziff. 1.3). Der Beschwerdeführer leide unter persistierenden Rückenschmerzen (S.

2 Ziff. 2.2). Die Prognose sei schlecht. Es liege eine ausgeprägte Malcompliance vor. Er lebe von der Sozialhilfe. Ein Eingliederungspotential bestehe nicht (S. 5 Ziff. 4.3, Ziff. 5). 4.5

Mit Bericht vom 23. November 2018 (Urk. 9/97) bestätigte Dr. D.\_\_\_\_

(vorstehend E. 4.4) die bisher von ihm genannten Diagnosen (S. 3 Ziff. 2.5). Der Beschwerdeführer sei voraussichtlich langfristig arbeitsunfähig. Eine Prognose sei nicht absehbar (S. 3 Ziff. 2.7). Es bestünden körperliche Einschränkungen auf Grund der Rückenbeschwerden. Der Beschwerdeführer könne nicht länger sitzen, stehen oder heben (S. 4 Ziff. 3.4). Die Prognose sei eher schlecht. Eine Tätigkeit als Bürohilfe sei zu maximal zwei Stunden am Stück denkbar (S. 5 Ziff.

4.3). 4.6

Dem Bericht von Dr. A.\_\_\_\_ und Psychotherapeut B.\_\_\_\_ (vorstehend E. 4.2-4.3) vom 18. Dezember 2018 (Urk. 9/98/1-6 = Urk. 9/101) lassen sich folgende Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit entnehmen (S. 3 Ziff. 2.5): - rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10 F33.1) - PTBS, Status nach sexuellen Übergriffen in der Kindheit und Jugend (ICD-10 F43.1) - kombinierte Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F61.0) - wiederkehrende Rückenschmerzen - seit Kindheit bestehende Trichterbrust

Die Behandlung erfolge ungefähr alle zwei Wochen für jeweils eine Stunde (S. 2 Ziff. 1.2). Der Beschwerdeführer könne keiner Tätigkeit in der freien Wirtschaft mehr nachgehen (S. 2 Ziff. 1.3). Aufgrund des praktischen Verlaufs der Integrationsmassnahmen sei nicht davon auszugehen, dass sich eine Teilarbeitsfähigkeit entwickeln lasse. Der Beschwerdeführer habe das Pensum kaum über zwei Stunden pro Tag steigern können und viele Fehltag gehabt, so dass die Massnahme schliesslich abgebrochen werden müssen (S. 4 Ziff. 2.7). Eine Beschäftigung in der freien Wirtschaft sei aufgrund des Allgemeinzustandes sowie der deutlich reduzierten Belastbarkeit und der geringen Stresstoleranz nicht mehr denkbar (S.

4 Ziff. 3.3). Die bisherige sowie eine leidensangepasste Tätigkeit seien zu höchstens zwei Stunden pro Tag mit Pausen zumutbar (S. 5 Ziff. 4.1-4.2). Die Schlafstörungen, die wiederkehrenden Rückenschmerzen und der soziale Rückzug würden insgesamt zu einer deutlichen Einschränkung der Leistungs- und Arbeitsfähigkeit führen (S. 5 Ziff. 3.4). Eine Beschäftigung in einem geschützten Rahmen sei erstrebenswert (S. 5 Ziff. 4.3). 4.7

Mit RAD-Stellungnahme vom 15. März 2019 erklärte Dr. med. E.\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, dass aus rheumatologischer Sicht die Rückenproblematik in Kombination mit einer Osteochondrose schon im Gutachten aus dem Jahr 2008 ausführlich gewürdigt worden sei. Die aktuelle Einschätzung der verbliebenen Arbeitsfähigkeit durch den Hausarzt stelle lediglich eine andere Beurteilung eines im Wesentlichen unveränderten Sachverhaltes dar (vgl. Urk. 9/102 S. 7). 4.8

Mit RAD-Stellungnahme vom 30. April 2019 konnte Dr. med. F.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, keine Diagnose mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit erkennen. Bereits anlässlich der Begutachtung im Januar 2008 sei auf die uneinheitliche

Diagnosestellung hingewiesen worden . Aus psy chiatrischer Sicht hätten gutachterlich akzentuierte Persönlichkeitszüge sowie eine volle Arbeitsfähigkeit für Tätigkeiten ohne besondere Stressoren und ohne hohe Anforderungen an die soziale Kompetenz bestätigt werden können. Hin weise auf eine PTBS, eine depressive Symptomatik oder eine somatoforme Schmerzstörung hätten nicht vorgelegen . In Anbetracht der bereits getätigten umfangreichen Abklärung liege mit überwiegender Wahrscheinlichkeit eine andere Beurteilung desselben Sachverhalts vor (vgl. Urk. 9/102 S. 7 f.). 5. 5.1

In somatischer Hinsicht lassen sich keine seit der erstmaligen Leistungsprüfung eingetretenen relevanten Veränderungen erkennen. So liegen nun einzig die hausärztlichen Berichte von Dr. D.\_\_\_\_ (vorstehend E. 4.4-4.5) vor, welcher – ohne eigene ärztliche Befund aufnahme –

als somatische Diagnose lediglich eine Osteochondrose auflistete (vgl. Urk. 9/72 S. 3 Ziff.

#### **E. 2.4**

2.5; Urk. 9/97 S. 3 Ziff.

#### **E. 2.5**

). Wie RAD-Arzt Dr. E.\_\_\_\_

bereits zutreffend erkannte (vgl. Urk. 9/102 S. 7) , war die Rückenproblematik des Beschwerdeführers mit gering gradigen degenerativen Veränderungen, statischer Dysbalance, initialer Unkarthrose zervikal sowie diskreter Spondylarthrose LWK 4/5 und LWK 5/SWK 1 bereits anlässlich der im Jahr 2008 erfolgten Begutachtung durch die Ärzte des Z.\_\_\_\_ bekannt (vgl. Urk. 9/43 S. 18 ff., S. 28 Ziff.

#### **E. 6**

ATSG) gewesen sind; und c.

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

#### **E. 6.2**

). Bisher unberücksichtigte objektive Befunde erhob Dr. D.\_\_\_\_ nicht und es lässt sich seinen Berichten auch keine Verschlechterung der bereits bekannten Beschwerden oder Befunde entnehmen . Entsprechend handelt es sich bei seiner Arbeitsfähigkeitseinschätzung lediglich um eine andere Beurteilung desselben Sachverhalts, welche keine gesundheitliche Veränderung zu belegen vermag. 5.2

Auch aus psychiatrischer Sicht ergibt sich, dass – wie von RAD-Arzt Dr. F.\_\_\_\_ erkannt (vgl.

Urk. 9/102 S. 7 f. ) – einzig eine andere Beurteilung eines seit der letzten Leistungsprüfung unveränderten Sachverhalts vorliegt. Hierzu gilt es vorzuschicken, dass wegen des vergleichenden Charakters des revisionsrechtlichen Beweisthemas und des Erfordernisses, erhebliche faktische Veränderungen von bloss abweichenden Bewertungen abzugrenzen, deutlich werden muss, dass die Fakten, mit denen die Veränderung begründet wird, neu sind oder dass sich vorbestandene Tatsachen in ihrer Beschaffenheit oder ihrem Ausmass substanziell verändert haben. Eine verlässliche Abgrenzung der tatsächlich eingetretenen von der nur angenommenen Veränderung ist als erforderliche Beweisgrundlage nicht

erreicht, wenn bloss nominelle Differenzen diagnostischer Art bestehen. Die Feststellung über eine seit der früheren Beurteilung eingetretene tatsächliche Änderung ist hingegen genügend untermauert, wenn die ärztlichen Sachverständigen aufzeigen, welche konkreten Gesichtspunkte in der Krankheitsentwicklung und im Verlauf der Arbeitsunfähigkeit zu ihrer neuen diagnostischen Beurteilung und Einschätzung des Schweregrads der Störungen geführt haben (Urteile des Bundesgerichts 9C\_611/2016 vom 20. Juli 2017 E. 4.2.2 und 8C\_618/2014 vom 19. Dezember 2014 E. 2.3).

Dr. A.\_\_\_\_ und Psychotherapeut B.\_\_\_\_

(vorstehend E. 4.2-4.3 und E. 4.6) stellten zwar andere Diagnosen als die Gutachter des Z.\_\_\_\_ im Jahr 2008 (vorstehend E.

3). Bereits die Gutachter des Z.\_\_\_\_ wiesen indessen auf eine sehr uneinheitliche Diagnosestellung im Rahmen der erstmaligen Leistungsprüfung hin, wonach praktisch alle Störungsbilder abgedeckt würden. Die Gutachter konnten – im Gegensatz zu den damals behandelnden Ärzten – weder eine relevante depressive Störung noch eine somatoforme Schmerzstörung oder eine PTBS diagnostizieren. Ebenso wenig konnten die Gutachter eine Persönlichkeitsstörung erkennen, sondern lediglich akzentuierte Persönlichkeitszüge (vgl. Urk. 9/43 S. 7 ff. Ziff. 2, S.

26 f., S. 32 Ziff. 7.3). Sämtliche von Dr. A.\_\_\_\_ und Psychotherapeut B.\_\_\_\_ gestellten Diagnosen wurden demnach bereits im Rahmen der erstmaligen Leistungsprüfung genannt. Auffallend in Bezug auf die durch Dr. A.\_\_\_\_ und Psychotherapeut B.\_\_\_\_ genannten Diagnosen ist auch, dass sie diesbezüglich auf Berichte von behandelnden Ärzten verwiesen, welche indessen allesamt in den Jahren 2005 bis 2007 und somit vor der erstmaligen Leistungsabweisung erstellt wurden (vgl. Urk. 9/69/6-17; Urk. 9/98/1-6 S. 3 Ziff. 2.5).

Mit Blick auf den durch Dr. A.\_\_\_\_ und Psychotherapeut B.\_\_\_\_ erhobenen psychopathologischen Befund und die beschriebenen Funktionseinschränkungen ist sodann keine wesentliche Veränderung im Vergleich zur Beurteilung durch die Gutachter des Z.\_\_\_\_ im Jahr 2008 zu erkennen. So wurden insbesondere die Antriebslosigkeit, die rasche Ermüdbarkeit, die Schlafstörungen sowie der soziale Rückzug und das eingeschränkte Denken auf die schwierige psychosoziale Situation sowie die erlittenen Kränkungen und Mobbing Erfahrungen bereits von den Gutachtern des Z.\_\_\_\_

beschrieben (vgl. Urk. 9/65 S. 1 f.; Urk. 9/69/1-5 S. 2 f. Ziff. 1.4, Ziff.

## **E. 8**

ATSG) sind.

Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % besteht Anspruch auf eine Viertelsrente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % auf eine halbe Rente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 60 % auf eine Dreiviertelsrente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 70 % auf eine ganze Rente (Art. 28 Abs. 2 IVG).

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