

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2019.00912 vom 17. März 2020

ZH Sozialversicherungsgericht, 2020-03-17, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2019.00912

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2019.00912 du 17 mars 2020

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2019.00912 del 17 marzo 2020

Erwägungen

E. 1.1

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetz es 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 ge sundheitlichen 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

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.

E. 1.3

Mit dem Beweismass des Glaubhaftmachens im Sinne des Art. 87 Abs. 2 und 3 IVV sind herabgesetzte Anforderungen an den Beweis verbunden: Die Tatsachen änderung muss nicht nach dem im Sozialversicherungsrecht sonst üblichen Be weisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (BGE 126 V 353 E. 5b) erstellt sein. Es genügt, dass für das Vorhandensein des geltend gemachten rechtserheb lichen Sachumstandes wenigstens gewisse Anhaltspunkte bestehen, auch wenn durchaus noch mit der Möglichkeit zu rechnen ist, bei eingehender Abklärung werde sich die behauptete Änderung nicht erstellen lassen. Erheblich ist eine Sachverhaltsänderung, wenn angenommen werden kann, der Anspruch auf eine (höhere) Invalidenrente sei begründet, falls sich die geltend gemachten Umstände als richtig erweisen sollten (Urteil des Bundesgerichts 8C_844/2012 vom 5. Juni 2013 E. 2.3; vgl. auch BGE 130 V 64 E. 5.2, 130 V 71 E. 2.2). 2. 2.1

Die Beschwerdegegnerin begründete das am 15 . November 201

E. 6

. Dezember 201

E. 8

/ 150, Urk. 8/ 153, Urk. 8/ 157, Urk. 8/159) trat die IV-Stelle mit Verfügung vom 15 . November 2019 (Urk. 2) auf das Leis tungs begehren mangels Glaubhaftmachens einer wesentlichen Verände rung der tat säch li chen Verhältnisse nicht ein. 2.

Der Versicherte erhob am 17. Dezember 2019 (Urk. 1) Beschwerde gegen die Ver fügung vom 15. November 2019 und beantragte, diese sei aufzuheben und es sei die Sache zu ergänzenden medizinischen Abklärungen und zum Neuentscheid an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen (S. 2).

Die IV-Stelle beantragte mit Beschwerdeantwort vom 5. Februar 2020 (Urk. 7) Abweisung der Beschwerde, was dem Beschwerdeführer am 6. Februar 2020 zur Kenntnis gebracht wurde (Urk. 9). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 9

verfügte Nicht eintreten damit, dass eine wesentliche Veränderung der beruflichen oder medi zinischen Situation nicht habe festgestellt werden können. Die eingereichten medi zinischen Unterlagen seien dem regionalen ärztlichen Dienst (RAD) zur Beur teilung der Frage über eine Glaubhaftmachung einer Verschlechterung vor gelegt worden. Kardiologisch bestehe keine therapiebedürftige Behandlung. Eine mittelschwere depressive Episode habe nicht nachvollzogen werden können. Eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes habe nicht glaubhaft gemacht werden können (Urk. 2 S. 1 f., Urk. 7). 2.2

Der Beschwerdeführer stellte sich demgegenüber auf den Standpunkt, es sei davon auszugehen, dass die Beschwerdegegnerin mittels eingehender Beurteilung durch den RAD auf sein Gesuch eingetreten sei und darüber materiell entschieden habe (Urk. 1 S. 4 Ziff. 5).

Angesichts der zahlreichen seit der Renteneinstellung vom 19. Juli 2016 ergangenen medizinischen Berichte erscheine die RAD-Beur teilung nicht nachvollziehbar. Der RAD-Stellungnahme, wona ch es sich allenfalls bloss um eine leichte depressive Episode ohne Relevanz bezüglich Arbeits fähig keit handle, könne nicht gefolgt werden, zumal die fachspezifischen Berichte seit Durchführung der tagesklinischen Behandlung Ende 2016 von einer chronifi zierten mittelgradigen depressiven Episode ausgingen. Eine invalidisierende psy chische Erkrankung könne somit nicht beweisen genügend ausgeschlossen werden. Die medizinischen Abklärungen erwiesen sich als ungenügend im Hinblick auf die bestehende Abklärungspflicht (S. 5-7 Ziff. 6-8). Werde bei der angefochtenen Verfügung nicht von einer materiellen Abweisung, sondern von einem Nicht ein tretensentscheid ausgegangen, würde sich am Ergebnis nichts ändern. Aufgrund der verschiedenen Berichte müsse eine wesentliche Verschlechterung des psychischen Zustandes zumindest als glaubhaft angesehen werden (S. 7 Ziff. 9). 2.3 2.3.1

Entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers (Urk. 1 S. 4 Ziff. 5) handelt es sich bei der von ihm angefochtenen Verfügung vom 15. November 2019 zweifelsfrei um eine Nichteintretensverfügung und nicht etwa um eine materielle Abweisung.

Auch wenn die Verfügung mit «Abweisung IV-Leistung» betitelt ist, ergibt sich das Nichteintreten eindeutig aus der Verfügung selbst. Darin wird mehrfach fest gestellt, dass der Beschwerdeführer eine Veränderung nicht habe glaubhaft machen können und darum

auf sein Gesuch nicht eingetreten werden könne («Deshalb können wir nicht auf das neue Gesuch von Herrn X.____ eintreten» [S. 1 unten], «Eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes konnte nicht glaubhaft gemacht werden» [S. 2 oben], «Wir konnten somit keine Veränderung der gesundheitlichen Situation feststellen. Aufgrund dessen können wir auf das Zusatzgesuch nicht eintreten» [S. 2 Mitte]).

Ebenso erfolgte die Anfrage an den regionalen ärztlichen Dienst (RAD) alleine mit der Frage: «Kann weiterhin keine Veränderung des Gesundheitszustandes glaubhaft gemacht werden?» (Urk. 8/160 S. 2 unten), woraufhin RAD-Ärztin Dr. med. B.____, Fachärztin für Innere Medizin, ausdrücklich eine Glaubhaftmachung einer Verschlechterung des Gesundheitszustandes durch die in den Berichten genannten objektiven Befunde verneinte (S. 3 unten). Von einer eingehenden medizinischen Abklärung (Urk. 1 S. 4 Ziff. 5), welche auf ein Eintreten der Beschwerdegegnerin zu schliessen wäre, kann keine Rede sein. Die RAD-Ärztin beantwortete ausschliesslich die Frage nach dem Glaubhaftmachen einer Änderung und äusserte sich nicht in materieller Hinsicht (Urk. 8/160/3). 2.3.2

Strittig und zu prüfen bleibt daher, ob die Beschwerdegegnerin zu Recht nicht auf die Anmeldung vom 6. Dezember 2018 (Urk. 8/137) eingetreten ist und in diesem Zusammenhang insbesondere, ob der Beschwerdeführer eine rentenrelevante Veränderung der tatsächlichen Verhältnisse glaubhaft gemacht hat. 3. 3.1

Das hiesige Gericht stützte sich in seinem Urteil vom 23. August 2018 über den bezüglich der Verfügung der Beschwerdegegnerin vom 19. Juli 2016 (Urk. 8/116) zu beurteilenden Leistungsanspruch in erster Linie auf folgende medizinische Berichte (vgl. Urk. 8/132 E. 4.2 ff.):

3.2

Dr. Y.____

nannte in seinem von der Beschwerdegegnerin in Auftrag gegebenen

kardiologischen Gutachten vom 15. Juni 2015 (Urk. 8/83) folgende kardiologische Diagnose (S. 15): - Dilatative Kardiomyopathie am ehesten idiopathischer Genese/Erstdiagnose April 2010 (bei ausgeprägt verminderter linksventrikulärer Funktion; Ejektionsfraktion 20 %, Norm ≥ 55 %) - Status nach Koronarangiographie am 22. April 2010: keine relevante Koronarsklerose - Status nach Implantation eines ICD/CRT-Devices am 20. Juli 2010 - aktuell: leicht- bis mässiggradig eingeschränkte linksventrikuläre Funktion (Ejektionsfraktion 40 %, Norm ≥ 55 %), keine Anhaltspunkte für eine pulmonal-arterielle Hypertonie - Kardiovaskuläre Risikofaktoren: chronischer Nikotinkonsum, Adipositas

Dr. Y.____ berichtete, die kardiale Situation sei absolut stabil. Die diversen vorgetragenen Beschwerden dürften nur zu einem geringen Teil kardiovaskulär bedingt sein. So führe die Herzsituation sicher zu einer bestimmten Anstrengungsdyspnoe. Auch könne er bestimmte orthostatische Beschwerden nicht ausschliessen. Doch das Gros der vorgetragenen Beschwerden sei nicht kardialer Genese. Ein Hauptsymptom bildeten Schwindelzustände. Der Beschwerdeführer habe diese auf verschiedene Art und Weise geschildert. Es sei nicht klar, ob allenfalls auch ein peripher-vestibulärer Schwindel vorliege. Auch sei nicht klar, ob der Beschwerdeführer wirklich solche gastrointestinalen Symptome habe, wie er angebe. Wie stark er selber der Überzeugung sei, dass er auch jetzt noch schwer herzkrank sei, vermöge er nicht zu beurteilen. Falls dies der Fall sei, so wäre ihm von ärztlicher Seite her

zu vermitteln, dass er wohl eine bedeutende Herzkrankheit habe, dass diese aber zurzeit absolut stabil sei, dass er zurzeit auch keine Zeichen einer Herzinsuffizienz habe, und dass er einen guten Schutz durch das ICD/CRT-Gerät habe. Auch wäre ihm beizubringen, dass andere Leute, welche eine solche Herzinsuffizienz hätten, problemlos arbeiten könnten (S. 16).

Aus kardiologischer und internistischer Sicht bestehe für körperlich schwer belastende und körperlich mittelschwer belastende Arbeiten eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit. Für körperlich nicht oder für körperlich nur leicht belastende Arbeiten bestehe andererseits eine 100%ige Arbeitsfähigkeit. Für die frühere berufliche Tätigkeit als Maler bestehe eine ca. 30%ige Arbeitsfähigkeit. Diese Beurteilung der Arbeitsfähigkeit dürfte auch für die nahe und mittlere Zukunft gelten (S. 16). 3.3

Dr. med. C.____, Assistenzärztin, und Dr. med. D.____, Fachärztin für Kardiologie und innere Medizin FMH, Oberärztin mit erhöhter Verantwortung, E.____, nannten in ihrem Bericht zur ICD-Nachkontrolle vom 25. Januar 2016 (Urk. 8 /105/6-8) folgende Diagnosen (S. 2): 1. Dilatative Kardiomyopathie Erstdiagnose April 2010 - differentialdiagnostisch idiopathisch, Status nach Myokarditis - keine relevante Koronarsklerose (Koronarangiographie 22. April 2010) - primärprophylaktische ICD/CRT-Implantation 20. Juli 2010 - normal dimensionierter linker Ventrikel mit mittelschwer eingeschränkter linksventrikulärer Ejektionsfraktion (35-40%), Echokardiographie Januar 2016 - rezidivierende Präsynkopen, differentialdiagnostisch vasovagal, orthostatisch, rhythmogen, im Rahmen Diagnose 3 2. Paroxysmale nächtliche Dyspnoe - differentialdiagnostisch im Regelfall Diagnose 1; differentialdiagnostisch Obstruktives Schlafapnoe Syndrom, funktionell im Rahmen Diagnose 3 3. Depression

Sie stellten fest, dass die Doppler-Echokardiographie einen normal dimensionierten linken Ventrikel mit mittelschwer eingeschränkter Auswurffraktion (Ejektionsfraktion visuell 35-40%), eine diffuse Hypokinesie, eine diastolische Dysfunktion Grad I sowie normale Dimensionen der Vorhöfe ergeben habe. Der rechte Ventrikel habe mit erhaltener longitudinaler Funktion und normalen Dimensionen festgestellt werden können. Es zeigten sich keine relevanten Klappenvitien, keine Hinweise auf eine relevante pulmonale Drucksteigerung, kein Perikarderguss. Die Vena

cava inferior sei nicht dilatiert. Bei der CRT-D-Kontrolle hätten sich normale Funktionen des CRT-D-Systems mit normalen und stabilen Messwerten für Sensing, Reizschwelle und Impedanz (atrial sowie biventrikulär) gezeigt (S. 2).

Im Weiteren berichteten Dr. C.____ und Dr. D.____, dass der Beschwerdeführer zur kardiologischen Verlaufskontrolle bei persistierendem Schwindel und Dyspnoe gekommen sei, sich klinisch in gutem Allgemeinzustand präsentiere und normoton und kardiopulmonal kompensiert gewesen sei. Das Ruhe-EKG habe ein biventrikulär gepacetes EKG aufgezeigt. Eine höher gradige Herzrhythmusstörung hätten sie nicht finden können. In Zusammenschau der Befunde blieben die Beschwerden des Beschwerdeführers weiter unklar. Eine orthostatische Komponente sei trotz normalem Schellong-Test möglich. Vordergründig schienen ihnen jedoch die depressive Komponente sowie die Dekonditionierung (S. 2 f.). 3.4

Dr. Z.____ stellte in seinem von der Beschwerdeführerin in Auftrag gegebenen otorhinolaryngologischen

Gutachten vom 21. April 2015 (Urk. 8 /109) keine Diagnosen und berichtete, dass der Beschwerdeführer aus oto-rhino-laryngologischer Sicht nie arbeitsunfähig gewesen und zu 100 % arbeitsfähig sei. 3.5

Dr. A. ___ nannte in seinem von der Beschwerdegegnerin in Auftrag gegebenen psychiatrischen Gutachten vom 20. Mai 2016 (Urk. 8 /110) folgende psychiatrische Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 8): - Generalisierte Angststörung (ICD-10 F41.1) - Anpassungsstörung mit Angst und depressiver Reaktion gemischt (ICD-10 F43.22)

Er berichtete, dass der Beschwerdeführer während der psychiatrischen Exploration am 9. Februar 2016 in psychopathologischer Hinsicht einen verlangsamten Gedankengang mit Gedankeneinengung auf seine körperlichen Beschwerden, eine allgemeine Ängstlichkeit und Depressivität, eine eingeschränkte affektive Schwingungsfähigkeit und Elan vitae, leichte Antriebsstörungen und eine verlangsamte Psychomotorik aufgewiesen habe. Er habe über Ein- und Durchschlafstörungen, häufige Nervosität, Rückzugstendenzen und sexuelle Störungen berichtet. Gestützt auf die ICD-10-Richtlinien könne bei ihm gegenwärtig von einer leichten depressiven Symptomatik ausgegangen werden. Die von ihm geschilderte und objektiv festgestellte allgemeine Ängstlichkeit, ausgeprägte angstbedingte Vermeidungshaltung, Schwindelgefühle, Gereiztheit und Nervosität könnten nach ICD-10 einer generalisierten Angststörung zugeordnet werden. Aktenmässig seien beim Beschwerdeführer erstmals am 11. März 2015 psychische Probleme mit Krankheitswert dokumentiert, wobei sein dysfunktionales Verhaltensmuster und wiederholte Schwindelgefühle seit der Entwicklung einer dilatativen Kardiomyopathie im April 2010 bei Ausschluss einer kardialen und ORL-Schwindelursache auf die Entwicklung einer generalisierten Angststörung seit 2010 hindeuteten. Das Rentenversicherungsverfahren und der Vorbescheid über die Aberkennung der IV-Rente am 8. Juli 2015 seien als ursächlich für die Akzentuierung der generalisierten Angststörung und Entwicklung einer Anpassungsstörung mit depressiver Reaktion anzunehmen. Eine eigenständige und selbst unterhaltende depressive Störung könne beim Beschwerdeführer bei fehlender genetischer Vulnerabilität und Persönlichkeitsfaktoren für die Entwicklung psychiatrischer Erkrankung sowie bei jahrelangem unauffälligem Leistungsniveau im Erwachsenenalter ausgeschlossen werden. Bei Verlust der Tagesstruktur seit April 2010 könne bei ihm auch von einem Unterforderungssyndrom mit dafür typischen Gereiztheit, Schwindelgefühlen und Stimmungseinbrüchen ausgegangen werden, so dass die Symptomatik als ein Zusammenspiel der körperlichen Dekonditionierung, generalisierten Ängstlichkeit und angstbedingten Vermeidungshaltung sowie Anpassungsstörung mit depressiver Reaktion angenommen werden könne. Gegenwärtig könne bei ihm allerdings von mittelschwerer Beeinträchtigung der geistigen Flexibilität aufgrund der formalen Denkstörungen, eingeschränkter Konzentrationsausdauer, eingeschränkter allgemeiner psychischer Belastbarkeit und Störungen der sozialen Interaktionen ausgegangen werden, weshalb ihm für sämtliche Tätigkeiten auf freiem Wirtschaftsmarkt eine höchstens 50%ige Arbeitsfähigkeit attestiert werden könne. Die Therapieoptionen seien aus psychiatrischer Sicht weitgehend nicht ausgeschöpft und unter fachgerechter psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlung sowie Rekonditionierung mittels Sicherstellung der Tagesstruktur sei innerhalb von maximal 3 Monaten von der Verbesserung seines psychischen Zustandes und Wiederherstellung der vollen Arbeitsfähigkeit für die adaptierten Tätigkeiten auszugehen (S. 8 f.). Es sei von einer

günstigen Prognose bezüglich Wiederherstellung und Erhaltung der vollen Arbeitsfähigkeit auszugehen (S. 10). Die attestierte 50%ige Arbeitsunfähigkeit sei ausschliesslich auf ein psychisches Leiden mit Krankheitswert zurückzuführen (S. 11). 3. 6

Das hiesige Gericht erwog hierzu im Urteil vom 23. August 2018 (Urk. 8 / 132), dass sowohl das kardiologische Gutachten von Dr. Y.____

vom 15. Juni 2015 als auch das psychiatrische Gutachten von Dr. A.____

vom 20. Mai 2016 die beiden desgerichtlichen Vorgaben an ein beweiskräftiges Gutachten erfüllten und darauf abgestellt werden könne (E. 5- 6). Nach durchgeführtem strukturiertem Beweisverfahren kam es zum Schluss, dass eine relevante Einschränkung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit aufgrund der psychischen Leiden des Beschwerdeführers nicht mit dem nötigen Mass der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sei (E. 7). Entsprechend sei ab dem 5. Mai 2015 (Gutachtenserstellung durch Dr. Y.____) unter Berücksichtigung des somatischen Leidens (Herzleiden in Form einer dilatativen Kardiomyopathie) und der psychischen Leiden (generalisierte Angststörung und Anpassungsstörung mit Angst und depressiver Reaktion gemischt) von einer 100%igen Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers in einer angepassten, körperlich leichten Tätigkeit in ruhiger Umgebung unter Vermeidung von Tätigkeiten mit starken elektromagnetischen Feldern sowie unter Vermeidung von Arbeiten mit Sturzgefahr auszugehen (E. 8). Im Einkommensvergleich stellte das Gericht – gestützt auf die Tabelle TA1 des Bundesamtes für Statistik über die Schweizerische Lohnstrukturerhebung (LSE; 2014, Tabelle TA1, Ziffer 41-43 Baugewerbe; Lohn für Hilfsarbeiten [Zentralwert]; Kompetenzniveau 1, Männer) und angepasst an die Nominallohnentwicklung - auf ein Valideneinkommen von Fr. 68'464.-- und – gestützt auf die an die Nominallohnentwicklung angepasste LSE-Tabelle TA1 (2014, Kompetenzniveau 1, Total Männer) - bei einem leidensbedingten Abzug von 10 % wegen des eingeschränkten Belastungsprofils auf ein Invalideneinkommen von Fr. 60'445.-- ab. Daraus resultierte ein rentenausschliessender Invaliditätsgrad von 12 % (E. 9). 4. 4.1

Im Zug des Verfahrens bezüglich Neuanmeldung vom 6. Dezember 2018 (Urk. 8/137) legte der Beschwerdeführer folgende medizinische Unterlagen auf: 4.2

Dr. med. F.____, Facharzt FMH für Innere Medizin und Kardiologie, nannte in seinem Bericht vom 24. Oktober

2018 (Urk. 8 / 136 / 1-3) folgende Diagnosen (S. 1 f.): - Dilatative

Kardiomyopathie, Erstdiagnose April 2010 - aktuell EF knapp 40 % - Anstrengungsdyspnoe NYHA II-III - unter Belastung eingeschränkter BD- und Pulsanstieg, knapp signifikanter BD-Abfall unter maximaler Belastung (Ergometrie) - bei Anstrengungen limitierende Beinermüdung und Dyspnoe - Rezidivierende Präsynkopen - häufig unter Belastung auftretend, zum Teil auch orthostatisch - Mittelschweres obstruktives Schlafapnoesyndrom, Erstdiagnose Januar 2018 - CPAP-Therapie Beginn Februar 2018, aktuell sistiert bei Maskenproblemen

Dr. F.____ hielt dazu fest, durch eine Modifikation der Medikation und der Hydrierung könne auf Grund der aktuellen Befunde höchstens eine geringe Verbesserung des Befindens, sicher aber keine relevante Verbesserung der Leistungsfähigkeit erreicht werden. Realistisch sei einzig eine körperlich leichte Heimarbeit mit einem geringen Arbeitspensum von maximal 20-40 %. Im ersten Arbeitsmarkt sei der Beschwerdeführer

kaum arbeitsfähig. Auf Grund des Krankheitsverlaufes könne die Arbeitsfähigkeit auch retrospektiv ab April 2010 identisch [gewertet] werden. Seit 2010 habe nie eine relevante Arbeitsfähigkeit bestanden (S. 2). 4. 3

Der Beschwerdeführer legte im Einwandverfahren drei Berichte über ICD-Nachkontrollen von der Klinik für Kardiologie des E.____ aus der Zeit von 11. Dezember 2018 bis 20. Februar 2019 auf (Urk. 8/158/1- 7). Im aktuellsten Bericht vom 20. Februar 2019 (Urk. 8/158/5-7) stellte n Oberarzt Dr. med. G.____ und Assistenzärztin Dr. med. H.____ folgende Diagnosen (S. 2): - Dilatative Kardiomyopathie, Erstdiagnose 2010 - Initial schwer eingeschränkte LV-Funktion (EF 12 %) - TTE Mai 2018: LVEF 35-40 %, keine relevanten Klappenvitien - Anstrengungsdyspnoe NYHA II-III - unter Belastung eingeschränkter Blutdruck - und Pulsanstieg, knapp signifikanter Blutdruck -Abfall unter maximalen Belastung (Ergometrie) - bei Anstrengung limitierende Beinermüdung und Dyspnoe - Lungenfunktionsprüfung März 2016: keine Hinweise auf COPD - Rezidivierende Präsynkopen - häufig unter Belastung auftretend, zum Teil auch orthostatisch - Mittelschweres obstruktives Schlafapnoesyndrom, Erstdiagnose Januar 2018 - CPAP-Therapiebeginn Februar 2018, aktuell sistiert bei Maskenproblemen

Dr. G.____ und Dr. H.____ führten aus, anamnestisch bestehe ein kardial stabiler Verlauf. Die genaue Anamneseerhebung sei jedoch recht

schwierig, der Beschwerdeführer wirke deutlich depressiv verstimmt. Klinisch präsentiere er sich in normalem

Allgemeinzustand und kardiopulmonal kompensiert. In

der CRT-D-Abfrage zeige sich weiterhin eine normale Aggregatsfunktion. Im Speicher fänden sich wieder

die bekannten Sinus tachykardien.

Da die Sinustachykardien fast ausschliesslich nachts auftreten ,

seien diese am

ehesten im Rahmen des nicht therapierten obstruktiven Schlafapnoe-Syndroms (OSAS) zu interpretieren sowie wohl auch der anamnestisch

schlechten Schlafqualität. Einen neuerlichen Therapieversuch mit der CPAP-Maske lehne der Beschwerdeführer jedoch ab. Von kardiologischer Seite bestünden aktuell keine weiteren Optimisierungsmöglichkeiten (S. 3). 4. 4

Assistenzärztin med. pract. I.____ und Dr. phil. J.____ , Klinischer Psychologe und Supervisor, vom K.____ , wo der Beschwerdeführer seit 8. August 2015 circa einmal monatlich eine kognitive Verhaltenstherapie besucht, nannten in ihrem Bericht vom 18. April 2019 (Urk. 8/156) folgende Diagnosen (S. 1): 1. Somatoforme autonome Funktionsstörung (ICD-10 F45.31) 2. Generalisierte Angststörung (ICD-10 F41.1) - rezidivierende Präsynkopen, Differentialdiagnose: vasovagal , orthostatisch (E.____ 24. Juli 2018) 3. Mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F32.1)

Med. pract. I.____ und Dr. phil. J.____

attestierten dem Beschwerdeführer eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit seit 19. Dezember 2019 und beschrieben folgenden psychopathologischen Befund: «50-jähriger Pat.,

äusserlich geordnet, mit dem Sohn erscheinend, altersentsprechend, bewusstseinsklar und allseits orientiert, in der emotionalen Kontaktaufnahme abwartend, sachlich, aktiv im Spontanverhalten, Stimmung deutlich depressiv-resigniert, affektiv kontrolliert, im Gesprächsverlauf verbal mitteilungsaktiv, schildert sein Symptomerleben und -verhalten in Zusammenhang mit den Herzproblemen seit 2010. Kognitiv in Aufmerksamkeit, Konzentration, Merkfähigkeit und Gedächtnis verlangsamt bzw. deutlich eingeschränkt, deutliche Vergesslichkeit, Denken formal beweglich, inhaltlich problemzentriert. Anamnestisch Suizidgedanken/-wünsche, keine SV, keine konkreten Ausführungspläne, aktuell keine akute Suizidalität.» 5.1

Vorwegzuschicken ist, dass der erst im Rahmen des Beschwerdeverfahrens eingereichte medizinische Bericht des K.____ vom 4. Dezember 2019 (Urk. 3) für die vorliegend allein interessierende Frage, ob die Verwaltung auf die Neuanschuldung zu Recht wegen fehlender Glaubhaftmachung veränderter Tatsachen nicht eingetreten ist, unbeachtlich ist (Urteil des Bundesgerichts 8C_196/2008 vom 5. Juni 2008). 5.2.1

Zu seinem psychischen Gesundheitszustand reichte der Beschwerdeführer einzig den Bericht des K.____

vom 18. April 2019 (E. 4.4) im Verwaltungsverfahren ein. Die darin von med. pract. I.____ und Dr. phil. J.____

beschriebene Symptomatik und Befunde finden sich in Ausprägung und Ausmass bereits im Gutachten von Dr. A.____, welche s der Rentenaufhebung zugrunde lag. Die abweichende Diagnosestellung (somatoforme autonome Funktionsstörung, mittelgradige depressive Episode) ändert daran nichts. Während med. pract. I.____ und Dr. phil. J.____ eine emotionell abwartende Kontaktaufnahme, eine depressiv-resignierte Stimmung, eine Schilderung des Symptomerlebens im Zusammenhang mit den Herzproblemen und ein diesbezüglich problemzentriertes inhaltliches Denken sowie eine kognitive Verlangsamung in Aufmerksamkeit, Konzentration, Merkfähigkeit und Gedächtnis beschrieben (E. 4.4), stellte bereits Dr. A.____

mit einem verlangsamt gedankengang mit Gedankeneinengung auf die körperlichen Beschwerden, einer allgemeinen Ängstlichkeit und Depressivität mit eingeschränkter affektiver Schwingungsfähigkeit, eine verlangsamte Psychomotorik, Rückzugstendenzen, formale Denkstörungen und eingeschränkter Konzentrationsfähigkeit einen vergleichbaren Befund fest (E. 3.5). Damit decken sich die auf den Angaben des Beschwerdeführers beruhenden erhobenen Befunde von med. pract. I.____ und Dr. phil. J.____ ziemlich genau mit den von Dr. A.____

festgestellten. 5.2.2

Nach dem Gesagten beschrieben med. pract. I.____ und Dr. phil. J.____ keinen psychopathologischen Befund oder einen Schweregrad der Symptomatik, die in ihrer Ausprägung oder im Ausmass eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers - insbesondere hinsichtlich möglicher hinzugetretener funktioneller Einschränkungen - glaubhaft machen. Zwar postulierten sie eine seit 19. Dezember 2019 bestehende 100%ige Arbeitsunfähigkeit, ohne jedoch darzulegen, auf welche einzelnen Funktionsdefizite diese zurück gehen sollte. Insbesondere zeigten sie nicht auf, inwiefern überhaupt eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes gegenüber dem von Dr. A.____ festgestellten Gesundheitszustand bestehen sollte. Soweit der Beschwerdeführer aus den

bereits vor der Neuanmeldung aktenkundigen Berichte des K.____ vom 19. Oktober 2015 (Urk.

8/94/6-7) und 7. Februar 2017 (Urk. 8/129/1-4) etwas Anderes ableiten will, kann ihm nicht gefolgt werden. So wurde wohl im letztgenannten Bericht mit einer mittelgradigen depressiven Episode eine leicht andere Diagnose gestellt wie im erstgenannten (somatoforme autonome Funktionsstörung sowie Angst und depressive Störung gemischt), doch gingen die K.____ -Spezialisten im aktuell relevanten Bericht vom 18. April 2018 (E. 4.4) wiederum von der Hauptdiagnose einer somatoformen autonomen Funktionsstörung aus. Statt einer Angst und depressiven Störung gemischt wurde neu mit einer generalisierten Angststörung eine vergleichbare Pathologie genannt. Ausschlaggebend ist indes, dass im aktuellen Bericht keine verschlechterten Befunde genannt wurden. Bereits damals bestanden Müdigkeit, Rückzug, Antriebslosigkeit, Lust- und Interesselosigkeit, Traurigkeit, Gedankenkreisen, Konzentrationsstörungen, Vergesslichkeit und Sinnlosigkeitsgedanken. Die K.____ -Spezialisten zeigten keine Entwicklung auf, welche eine Verschlechterung der Situation seit der Renteneinstellung (respektive ihrem eigenen Bericht vom 19. Oktober 2015) als glaubhaft erscheinen lassen würde. Schon damals attestierten sie dem Beschwerdeführer wie auch aktuell eine vollumfängliche Arbeitsunfähigkeit. 5. 3

Aus somatischer Sicht wird durch die eingereichten Berichte ebenfalls keine rentenrelevante gesundheitliche Verschlechterung glaubhaft gemacht, was der Beschwerdeführer mit seinem Hinweis auf die kardiologischen Messresultate selbst erkannt zu haben scheint (vgl. Urk. 1 S. 6 unten). Die dilatative Kardiomyopathie (E. 4.2-3) war bereits bei der Rentenaufhebung vom 14.

September 2016 vorhanden (E. 3.2-3). Die damit einhergehende LVEF beträgt nach wie vor 35-40 %. Von einer Verschlechterung der Leistungsfähigkeit aufgrund der Kardiomyopathie ist demnach nicht auszugehen bzw. ist eine solche nicht glaubhaft gemacht. Ebenso bestanden auch die rezidivierenden Präsynkopen sowie die Anstrengungs- und nächtliche (Schlaf) dyspnoe schon damals (E. 3.2-3). Inwiefern sich diesbezüglich eine gesundheitliche Verschlechterung eingestellt haben sollte, kann den eingereichten Berichten nicht entnommen werden, noch deuten diese darauf hin. Dr. F.____ ging vielmehr bei seiner retrospektiven Einschätzung der Arbeitsunfähigkeit von einer ab April 2010 identischen Beurteilung aus und wies lediglich daraufhin, dass höchstens eine geringe Verbesserung des Befindens, sicher aber keine relevante Verbesserung der Leistungsfähigkeit vorliege (E. 4.2). Von einer Verschlechterung sprach er dagegen nicht. Die Fachärzte des E.____, welche seit Jahren die ICD-Nachkontrollen durchführen, beurteilten den kardialen Verlauf als stabil. Zudem zeigte sich der Beschwerdeführer in normalem Allgemeinzustand und kardiopulmonal kompensiert (E. 4.3). 5.4

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass der Beschwerdeführer mit den im Verwaltungsverfahren eingereichten Berichten (E. 4.2-E. 4.4) keine rentenrelevante Veränderung der tatsächlichen Verhältnisse glaubhaft zu machen vermochte.

Es ist daher nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin auf die Neuanmeldung nicht eingetreten ist. Die Beschwerde ist in der Folge abzuweisen. 6.

Da es um die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig und sind die Gerichtskosten gemäss Art. 69 Abs. 1 bis IVG ermessensweise auf Fr. 600.-- festzusetzen. Ausgangsgemäss sind die Gerichtskosten dem

Beschwerdeführer aufzuerlegen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 600.-- werden dem Beschwerdeführer auferlegt.

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

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Daniel Christe -
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 Bundes
gesetzes 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 1 5. Juli bis und mit 1
5. August sowie vom 1 8. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG).

Die Beschwerdeschrift ist dem Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, zuzu
stellen.

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweis mittel
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 VorsitzendeDer Gerichtsschreiber GräubMüller

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