

# ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2020.00119 vom 12. November 2020

ZH Sozialversicherungsgericht, 2020-11-12, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2020.00119](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2020.00119)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2020.00119 du 12 novembre 2020

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2020.00119 del 12 novembre 2020

## Erwägungen

### E. 1.1

#Beginn DOCVARIABLE mdSNAME IV190010 < DOCVARIABLE mdLNAME Invaliditätsbegriff bei Erwerbstätigen, Gesetzestext < letzte Revision: DOCVARIABLE mdLASTREV 10.2019 # 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 kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beur teilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähig keit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG). #Ende DOCVARIABLE mdSNAME IV190010 #

### E. 1.2

#Beginn DOCVARIABLE mdSNAME IV191050 < DOCVARIABLE mdLNAME Neuanmeldung, Eintretensfrage und materielle Prüfung (Art. 87 IVV) < letzte Revision: DOCVARIABLE mdLASTREV 04.2019 # 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 Neuanmeldungs gesuch glaubhaft zu machen, dass sich der Grad der Invalidität der versicherten Person in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert hat. Ergibt die Prüfung durch die Ver waltung, dass die Vorbringen der versicherten Person nicht glaubhaft sind, so erledigt sie das Gesuch ohne weitere Abklärungen durch Nichteintreten.

### E. 1.3

Die Eintretensvoraussetzung des Glaubhaftmachens soll verhindern, dass sich die Verwaltung immer wieder mit gleichlautenden und nicht näher begründeten, mit hin keine Veränderung des Sachverhalts darlegenden Rentengesuchen befassen muss (BGE 133 V 108 E. 5.3.1).

Dies gilt auch für eine erneute Anmeldung nach einer vorangegangenen, aber befristeten Rentenzusprache (BGE 133 V 263 E. 6.1; siehe auch Frey/Mosimann/Bollinger [Hrsg.], AHVG/IVG Kommentar, 2018, Mosimann, N 20 zu Art. 17 ATSG). Hingegen kann diese Eintretensvorschrift nicht dahingehend ausgelegt werden, dass die glaubhaft zu machende Änderung gerade jenes Anspruchselement betreffen muss, welches die Verwaltung der

früheren rechtskräftigen Leistungsabweisung zugrunde legte. Vielmehr muss es genügen, wenn die versicherte Person zumindest die Änderung eines Sachverhalts aus dem gesamten für die Rentenberechtigung erheblichen Tatsachenspektrum glaubwürdig darlegt. Trifft dies zu, ist die Verwaltung verpflichtet, auf das neue Leistungsbegehren einzutreten und es in tatsächlicher (wie selbstverständlich auch in rechtlicher) Hinsicht allseitig zu prüfen (BGE 117 V 198 E. 3a und E. 4b; vgl. auch BGE 130 V 64 E. 5.2, 71 E. 2.2).

Beim Entscheid über die Glaubhaftmachung wird die Verwaltung 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 nachfolgende Gericht grundsätzlich zu respektieren hat.

#### **E. 1.4**

#Beginn DOCVARIABLE mdSNAME IV191860 < DOCVARIABLE mdLNAME Beweismass, Glaubhaftmachen einer Änderung bei Revision und Neuanmeldung < letzte Revision: DOCVARIABLE mdLASTREV 05.2019 # Mit dem Beweismass des Glaubhaftmachens im Sinne des Art. 87 Abs. 2 und 3 IVV sind herabgesetzte Anforderungen an den Beweis verbunden: Die Tatsachenänderung muss nicht nach dem im Sozialversicherungsrecht sonst üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (BGE 126 V 353 E.

5b) erstellt sein. Es genügt, dass für das Vorhandensein des geltend gemachten rechtserheblichen 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) . . [ Intern: Weitere Textbausteine zu Neuanmeldung/Revisionsgesuch: IV191050, IV191060, IV191090, IV191100.] #Ende DOCVARIABLE mdSNAME IV191860 #

#### **E. 2**

Dagegen liess X.\_\_\_\_ am 12. Februar 2020 Beschwerde erheben und beantragen, die Verfügung vom 15. Januar 2020 sei aufzuheben, die Beschwerdegegnerin sei zu verpflichten, auf das Leistungsgesuch einzutreten und ihm die gesetzlichen Leistungen zu gewähren; überdies sei die Angelegenheit zur gesetzeskonformen materiellen Prüfung an die Vorinstanz zurückzuweisen (Urk. 1 S. 2). Die IV-Stelle schloss am 16. März 2020 auf Abweisung der Beschwerde (Urk. 5). Mit Eingabe vom 12. Juni 2020 erstattete der Beschwerdeführer seine Replik und hielt darin an seinen Anträgen fest (Urk. 10). Am 5. August 2020 verzichtete die Beschwerdegegnerin auf eine Duplik (Urk. 13), was dem Beschwerdeführer mit Verfügung vom 11. August 2020 zur Kenntnis gebracht wurde (Urk. 14). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

#### **E. 2.1**

Die Beschwerdegegnerin stellte sich in der angefochtenen Verfügung auf den Standpunkt, dass in dem vom Beschwerdeführer eingereichten Austrittsbericht der Z.\_\_\_\_ vom 3. Juli 2019 zwar die neue Diagnose einer Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) gestellt

worden sei, dass diese Diagnose aber nicht nachvollziehbar sei. Eine solche Störung zeige sich innerhalb von sechs Monaten nach einem Trauma. Der gesundheitliche Zustand sei somit unverändert (Urk. 2).

### **E. 2.2**

Demgegenüber machte der Beschwerdeführer in seiner Beschwerde zusammen gefasst geltend, seit der letzten materiell rechtlichen Prüfung des Leistungsanspruchs in der Verfügung vom 27. November 2013 seien sechs Jahre vergangen, so dass an die Glaubhaftmachung keine hohen Anforderungen gestellt werden dürften (Urk. 1 S. 6). Gegenüber den Erkenntnissen des damals relevanten Y.\_\_\_\_ Gut achtens seien drei neue Diagnosen gestellt worden, so eine rezidivierende depressive Störung mit aktuell mittelgradiger Episode, eine PTBS sowie eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (Urk. 1 S. 9). Beim Vergleich mit der Symptomatik sowie den Diagnosen aus dem Jahr 2013 ergebe sich eine deutliche Verschlechterung der psychopathologischen Befundlage. So seien etwa die Konzentrations- und Merkfähigkeit inzwischen stark eingeschränkt. Die Affektivität sei nicht mehr nur über Strecken dysphorisch, sondern es bestehe eine dauernde niedergeschlagene, traurige, oft hoffnungslose Stimmungslage, die kaum auslenkbar sei. Neu bestünden Ängste, das Haus alleine zu verlassen, zudem sei der Affekt nur herstellbar, wenn er über sein Leiden befragt werde (Urk. 1 S. 11). Aufgrund einer starken Fokussierung auf die Beschwerden und der Verstärkung bei psychischer Belastung sei zudem die Diagnose einer somatoformen Schmerzstörung gestellt worden. Während bei der Begutachtung durch die Ärzte des Y.\_\_\_\_ von deutlichen Hinweisen auf Aggravation und Inkonsistenzen gesprochen worden sei, fänden sich nun keine Hinweise mehr auf Aggravation. Vielmehr lägen nun testpsychologisch verifizierte Befunde vor, was ebenfalls eine Veränderung darstelle (Urk. 1 S. 12 f.). Der Beschwerdeführer kam zum Schluss, dass bei drei neuen Diagnosen nicht mehr von einer Arbeitsfähigkeit von 80 bis 100 % ausgegangen werden könne (Urk. 1 S. 13). Die Beschwerdegegnerin habe eine Veränderung nur unter dem Punkt der PTBS und damit punktuell überprüft. Entgegen der Ansicht der Beschwerdegegnerin könne eine PTBS auch mit mehrjähriger Verzögerung auftreten, so dass die sechsmonatige Latenzzeit kein absolutes Ausschlusskriterium bilde. Ferner habe die Beschwerdegegnerin eine Verschlechterung hinsichtlich der depressiven Symptomatik und der anhaltenden somatoformen Schmerzstörung gar nicht geprüft und damit ihre Untersuchungspflicht, die in reduziertem Mass auch bei einer Neuanschuldung gelte, verletzt (Urk. 1 S. 14). Die neuen Befunde und die Verschlechterung seien sodann von neuen Ärzten, nämlich der Z.\_\_\_\_, festgestellt worden (Urk. 1 S. 15).

### **E. 2.3**

Die Beschwerdegegnerin führte in der Beschwerdeantwort vom 16. März 2020 aus, dass aus den mit der Anmeldung eingereichten Berichten keine Hinweise hervorgehen würden, dass sich der Gesundheitszustand sowie die Arbeitsfähigkeit verschlechtert hätten. Zwar fände sich neu die Diagnose einer PTBS, welche jedoch auf den im Jahr 2001 erlittenen Arbeitsunfall zurückgeführt werde. Anhaltspunkte, wonach die Symptome der PTBS erst nach dem 27. November 2013 aufgetreten wären, fänden sich im Bericht der Z.\_\_\_\_ nicht. Bereits in den damaligen Berichten der behandelnden Ärzte sei die Differentialdiagnose einer andauernden Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung in Erwägung gezogen worden. Auch die beiden anderen Diagnosen einer somatoformen Schmerzstörung sowie einer schweren depressiven Episode seien damals bereits aufgeführt worden und es sei festgehalten worden, dass der Beschwerdeführer nicht arbeitsfähig sei (Urk. 5).

#### **E. 2.4**

In seiner Replik vom 12. Juni 2020 betonte der Beschwerdeführer, dass für die Glaubhaftmachung einer Verschlechterung des Gesundheitszustandes der psychopathologische Befund und der Schweregrad der Symptomatik sowie die damit verbundenen Funktionseinschränkungen entscheidend seien (Urk. 10 S. 2). Zum Vergleich sei auf den medizinischen Sachverhalt abzustellen, wie er sich im Zeitpunkt der leistungsabweisenden Verfügung vom 27. November 2013 präsentierte habe. Diese Verfügung habe auf dem Gutachten der Y.\_\_\_\_ AG basiert. In diesem habe sich – im Gegensatz zum aktuellen Bericht der Z.\_\_\_\_ - das Bild einer chronifizierten mittelschweren Depression sowie einer somatoformen Schmerzstörung nicht erhärten lassen (Urk. 10 S. 3). Die Beschwerdegegnerin habe über dies den Umstand, dass der Beschwerdeführer am 22. Mai 2019 aufgrund der Verschlechterung seines Gesundheitszustandes habe hospitalisiert werden müssen, gänzlich ausser Acht gelassen. Insgesamt entstehe der Eindruck, dass sich die Beschwerdegegnerin nicht die Mühe gemacht habe, sich mit sämtlichen relevanten Befunden auseinanderzusetzen (Urk. 10 S. 4).

#### **E. 2.5**

Strittig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin zu Recht nicht auf das neue Leistungsbegehren des Beschwerdeführers vom 1. November 2019 eingetreten ist, beziehungsweise ob dieser glaubhaft gemacht hat, dass sich sein Gesundheitszustand seit Erlass der in Rechtskraft erwachsenen Verfügung vom 27. November 2013 (Urk. 6/230) in anspruchserheblicher Weise verschlechtert hat.

#### **E. 3**

. <weitgehend übernommen aus IV.2014.00052, mit einigen Anpassungen sowie Ergänzungen hinsichtlich der konkreten Diagnosen, der Arbeitsfähigkeit, der Befunde und beklagten Beschwerden >

#### **E. 3.1**

Massgeblich für die Beurteilung des Gesundheitszustandes im vergleichsrelevanten Zeitpunkt der leistungsabweisenden Verfügung vom 27. November 2013 war die rheumatologische und psychiatrische Untersuchung des Beschwerdeführers vom 20. Juni 2013 durch die Gutachter der Y.\_\_\_\_ AG (Urk. 6/214). Die Einschätzung der dortigen Gutachter war für das Sozialversicherungsgericht in seinem Urteil vom 23. September 2014 entscheidend, worin es keine relevante Veränderung des Gesundheitszustandes gegenüber der Situation von 2008 festgestellt hat. Das Gericht setzte sich vor allem ausführlich mit der in einigen Punkten abweichenden Einschätzung des psychiatrischen Privatgutachters des Beschwerdeführers Dr. med. A.\_\_\_\_ und dessen Gutachten vom 31. Mai 2014 (Urk. 6/238/13) auseinander; die Gesamteinschätzung des Sozialversicherungsgerichts wurde danach vom Bundesgericht im Urteil vom 11. Februar 2015 bestätigt (Urk. 6/242).

#### **E. 3.2**

Der Beschwerdeführer klagte damals in der psychiatrischen Begutachtung über ständige Schmerzen im ganzen Körper von starker Ausprägung. Seit dem Unfall gehe es ihm psychisch schlecht. Die Stimmung sei depressiv, oft denke er an Suizid und vor etwa zwei Jahren habe er einmal in suizidaler Absicht Tabletten eingenommen (Urk. 6/214/15). Er fühle sich hoffnungslos, perspektivlos und habe jegliche Ziele verloren. Er erlebe sich antriebsarm, lustlos, sei oft müde und erschöpft sowie reizbar. Weiter leide er unter

schmerzassoziierten Ein- und Durchschlafstörungen. Das Konzentrationsvermögen sei ausgesprochen gering und das Gedächtnis schlecht geworden. Es gebe nichts, was ihm Freude bereite, und er möge nicht mit Bekannten und Freunden kommunizieren (Urk. 6/214/14 f.).

Der Beschwerdeführer sei im Kontaktverhalten eher zurückhaltend gewesen und habe demonstrativ leidend gewirkt, der Rapport sei beschwerdefixiert gewesen. Das Explorationsgeschehen sei aufmerksam und attent verfolgt worden, erst gegen Ende der Exploration habe das Konzentrationsvermögen leicht nachgelassen. Es sei dem Beschwerdeführer schwergefallen, sich aus der demonstrierten Leidensfixierung zu lösen und sich auch auf andere Gesprächsinhalte rasch einzustellen. Der formale Gedankengang sei zäh und gelegentlich leicht depressiv gehemmt gewesen. Eine durchgehende, depressive Denkhemmung habe sich aber nicht gezeigt. Die Merkfähigkeit und das Gedächtnis hätten keine Defizite aufgewiesen. Die Willenskräfte des Beschwerdeführers seien strukturiert und zielgerichtet gewesen. Sein Verhalten zeige klar eine Willenssteuerung des demonstrativ vorgetragenen Leidensbildes mit histrionischen Zügen. Insgesamt habe er psychomotorisch angespannt gewirkt, wobei Gestik und Mimik sehr ausdrucksreich gewesen seien. In der emotional-affektiven Schwingungsfähigkeit habe der Beschwerdeführer eingeengt gewirkt. Die Affektlage sei über Strecken dysphorisch, teilweise depressiv gedrückt gewesen. Eine durchgehende Depressivität lasse sich nicht ausmachen. Ein ausgewiesener sozialer Rückzug in allen Lebensbereichen bestehe nicht. Weiter seien die Urteils- und Kritikfähigkeit ausreichend erhalten. Der Beschwerdeführer erlebe sich jedoch subjektiv vollständig invalidisiert und leistungsinsuffizient. Auch sei keine Veränderungsmotivation erkennbar gewesen (Urk. 6/214/19).

Zusammenfassend wurde aus psychiatrischer Sicht festgehalten, dass der Beschwerdeführer anlässlich der psychiatrischen Exploration ein Ganzkörper-Schmerzsyndrom beklagt habe, das sich nach einem Arbeitsunfall mit einer BWK 12-Kompressionsfraktur und operativer Versorgung des Bruches eingestellt habe. Der Beschwerdeführer habe ein demonstrativ klagendes Zustandsbild präsentiert. Er habe das Bild einer histrionisch getönten Schmerzfehlverarbeitung und Selbstlimitierung gezeigt. Es seien zahlreiche Inkonsistenzen zwischen dem Befund und den angegebenen Beschwerden auszumachen gewesen. Das Verhalten des Beschwerdeführers habe sich als ein drücklich demonstrativ, aber bewusstseinsnah gesteuert erwiesen (Urk. 6/214/20 f.). Die Diagnose einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung könne nicht bestätigt werden. Es mangle an einem engen Zusammenhang zwischen der Entwicklung des Schmerzsyndroms einerseits und einer ausgeprägten psychosozialen Belastungssituation oder einem schwerwiegenden innerseelischen Konflikt andererseits. Die aktuell bestehende psychosoziale Belastungssituation sei sekundär, das heiße nach der Entwicklung des Schmerzsyndroms entstanden. Sie könne nicht als Beleg für eine schwerwiegende Belastung als Auslöser der Entwicklung eines somatoformen Schmerzsyndroms angenommen werden (Urk. 6/214/21 und 6/214/23).

Die vom Beschwerdeführer vorgetragene Beschwerden müssten, wie bereits früher psychiatrischerseits festgestellt worden sei, als Ausdruck einer ausgeprägten Aggravation und dysfunktionalen histrionisch getönten Symptomverarbeitung ohne eigenen psychischen Krankheitswert betrachtet werden. Auch die von den behandelnden Ärzten im Psychiatricentrum B. \_\_\_ benannte chronifizierte Depression mittelgradiger Ausprägung lasse sich mit den psychopathologischen Befunden nicht erhärten. Nur wenn man die

subjektiv vom Beschwerdeführer vorgetragene Beschwerden und Beeinträchtigungen zugrunde legen würde, könnte man zu dieser Diagnose gelangen. Mit Blick auf die Inkonsistenzen auf der Befundebene sowie das demonstrative Verhalten des Beschwerdeführers lasse sich eine depressive Störung von mittelgradiger oder gar schwerer Ausprägung nicht bestätigen. Aktuell könne man allenfalls das Bild einer leichten depressiven Symptomatik, wohl bei rezidivierender depressiver Störung (Urk. 6/214/23), ausmachen, welches jedoch für die Arbeitsfähigkeit keine Relevanz habe. Auch die in der Vergangenheit diskutierte Diagnose einer anhaltenden Persönlichkeitsänderung nach einer Extremlastung könne nicht aufrechterhalten werden. Aus rein psychiatrischer Optik sei der Beschwerdeführer daher medizinisch-theoretisch in der Lage, sowohl die zuletzt ausgeübte Tätigkeit wie auch jegliche andere Tätigkeit, die seinem körperlichen Belastungsprofil entspreche, zu verrichten (Urk. 6/214/21 und 6/214/23 f.).

Ferner wurde bemerkt, dass die Laborwerte einer am 20. Juni 2013 beim Beschwerdeführer entnommenen Blutprobe gezeigt hätten, dass die angegebenen Psychopharmaka nicht und die Analgetika unterdosiert beziehungsweise eben falls nicht (Tramadol) eingenommen worden seien, weshalb Zweifel an der Compliance des Beschwerdeführers bestünden (Urk. 6/214/20 und 6/214/35).

### **E. 3.3**

Im Rahmen der rheumatologischen Untersuchung des Beschwerdeführers durch den Facharzt der Y. \_\_\_ AG hielt dieser eine weitgehend intakte Funktion der Hals- und Lendenwirbelsäule fest, einzig im thorakolumbalen Übergang könne eine Bewegungsrestriktion festgestellt werden, neurologische Auffälligkeiten seien keine vorhanden. Es wurden die Diagnosen eines chronifizierten

thorakospondylogenen und lumbospondylogenen Schmerzsyndroms nach einer Berstungsfraktur BWK 12 und Spondylodese Th11/12 mit Beckenspan am 15. Mai 2002 wegen Pseudarthrose und eines chronifizierten Weichteilschmerzsyndroms mit deutlicher Dekonditionierung gestellt, die Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit in der letzten Tätigkeit hätten (Urk. 6/214/23). Als Plattenleger sei der Beschwerdeführer zu 100 % arbeitsunfähig. Vom Bewegungsapparat her sei ihm jedoch eine dem Leiden angepasste rüchenschonende Arbeitstätigkeit während 8 ½ Stunden pro Tag zumutbar. Allenfalls bestehe zu Beginn eine Leistungseinbusse von 20 % infolge einer allgemeinen Dekonditionierung, die aber medizinisch-theoretisch innerhalb sechs Monaten durch ein entsprechendes Kraftausdauertraining beziehungsweise durch eine Kreislaufaktivierung korrigierbar sei (Urk. 6/214/22).

### **E. 3.4**

Die MEDAS-Gutachter führten zusammengefasst folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit auf (Urk. 6/214/23): - Chronifiziertes

thorakospondylogenes und lumbospondylogenes Schmerzsyndrom nach Berstungsfraktur BWK 12 und Spondylodese Th11/12 mit Beckenspan am 15. Mai 2002 wegen Pseudoarthrose nach Erstversorgung mit Fixateur extern Th11-L1 am 18. Mai 2001 - Weichteilschmerzsyndrom, chronifiziert und mit deutlicher Dekonditionierung

Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit blieben die: - Anhaltende, leichte depressive Symptomatik, wohl bei rezidivierender depressiver Störung (ICD-10 F33.0) sowie eine - Dysfunktionale, histrionisch geprägte Schmerzverarbeitung mit Aggravation bei

histrionischer Persönlichkeitsprägung (ICD-10 Z73.1)

Als zusammengefasstes Belastungsprofil beider Disziplinen stellten die Gutachter fest, eine Tätigkeit sollte kein repetitives Tragen und Anheben von Gewichten über 7 kg beinhalten, repetitives Bücken und Aufrichten sowie monotones Vorneigen des Rumpfes sollten vermieden werden, ebenso Arbeiten, bei denen es zu hohen Vibrations- und Schlägeinwirkungen auf den Oberkörper komme oder bei denen in Kauerposition gearbeitet werden müsse. Ansonsten sei der Versicherte im Stande, alle dem Ausbildungs- und Kenntnisstand entsprechenden Tätigkeiten einfacher und durchschnittlicher geistiger Art mit einfachem Verantwortungsbereich auszuführen. Dabei bestehe eine Arbeitsfähigkeit in der Grössenordnung von 80 %, welche bei Rekonditionierung binnen sechs Monaten auf 100 % steigerbar sei (Urk. 6/214/25).

#### **E. 4**

Der Beschwerdeführer stützte seine Neuanmeldung auf den Austrittsbericht der Z.\_\_\_\_ vom 3. Juli 2019 (Urk. 6/273/2-6). Der leitende Arzt Dr. med. C.\_\_\_\_ sowie der Psychologe lic. phil. D.\_\_\_\_ berichteten über den Aufenthalt des Beschwerdeführers vom 22. Mai bis 2. Juli 2019 im Rahmen einer stationären Traumatherapie. Einleitend beschrieben die Fachpersonen den Beschwerdeführer als klagsam und sehr leidend wirkend, seit einem Arbeitsunfall 2001 mit einem Sturz aus etwa fünf Metern Höhe traumatisiert mit andauernden körperlichen Schmerzen, depressiver Symptomatik und Hoffnungslosigkeit bezüglich einer Verbesserung des Zustandsbildes. Derzeit bestünden starke Spannungen in der Familie aufgrund finanzieller Sorgen und Schuldgefühlen gegenüber der hart arbeitenden und alleine verdienenden Ehefrau und ohne Unterstützung durch das Sozialamt (Urk. 6/273/2). Der Beschwerdeführer habe seither ständig Erinnerungen an den Sturz, die Bilder würden sich täglich wiederholen. Eine Notfallbehandlung nach erlittenem Priapismus sei für ihn sehr traumatisch gewesen. Er sei seit vielen Jahren in der E.\_\_\_\_ in Behandlung und seit 2016 würde die Therapie zunehmend spezifisch traumatherapeutisch erfolgen, bisher jedoch nicht den gewünschten Erfolg zeigen. Hinderlich erwiesen sich ein starkes Vermeidungsverhalten und eine gewisse Fixierung auf die Schmerzproblematik. Der Beschwerdeführer klagte über ständige Schmerzen, vor allem im Rücken und fühle sich kraft- und lustlos. Er schlafe nachts kaum und habe Angst vor dem Einschlafen, da vor allem nachts die Bilder vom Unfall kämen. Zu Hause könne er sich auf fast nichts konzentrieren, die Mitarbeit im Haushalt sei unmöglich. Ferner verlasse er das Haus alleine kaum noch. Der Unfall habe sein Leben völlig verändert (Urk. 6/273/3).

Die Fachpersonen der Z.\_\_\_\_ diagnostizierten eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10 F33.1), eine PTBS (ICD-10 F43.1) sowie eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.40). Im Befund habe der Beschwerdeführer das Leiden und die Schmerzen stark demonstriert. Er sei offen und zugewandt, aber inhaltlich stark auf das Leiden und den Krankheitsverlauf eingeschränkt. Konzentrations- und Merkfähigkeitsstörungen würden anamnestisch vorliegen. Sofern man in seinem Leid mit schwinge, sei der affektive Kontakt gut herstellbar. Zeitweise wirke der Beschwerdeführer unterschwellig gereizt. Seine Stimmungslage sei depressiv niedergeschlagen, traurig sowie oft hoffnungslos und zudem kaum auslenkbar. Gemäss den Fachpersonen bestünden ein starker sozialer Rückzug, ferner Ängste, das Haus alleine zu verlassen, Ängste vor dem Einschlafen und Grübeln und ständiges Wiederholen des Leids und der Schmerzen. Auch genaueres Nachfragen führe nicht zu spezifischeren Angaben hinsichtlich der Schmerzen. Hinweise für Wahn- und Sinnestäuschungen lägen nicht vor,

jedoch Symptome einer PTBS mit Hyperarousal mit Schreckhaftigkeit, Intrusionen, Gefühlen der emotionalen Taubheit und Zukunftslosigkeit (Urk. 6/273/3). Testdiagnostisch lägen Hinweise für eine PTBS und eine schwere depressive Symptomatik vor (Urk. 6/273/3-4).

Während des stationären Aufenthaltes auf der Spezialstation für Traumafolgestörungen habe der Beschwerdeführer an einem intensiven und interdisziplinären Behandlungsprogramm teilgenommen, welches Einzel- und Gruppenpsychotherapie sowie Kunst-, Ergo-, Bewegungs-, Physio- und Milieuthherapie umfasst habe (Urk. 6/273/4). Die Fachpersonen hielten im Austrittsbericht fest, der Beschwerdeführer habe seit Beginn der Behandlung sehr klagsam bezüglich der Symptomatik und der Krankengeschichte imponiert. Die Inhalte der Psychoedukation zu Traumafolgestörungen und Schmerzstörungen seien nur teilweise aufgenommen und verstanden worden, möglicherweise auch wegen Einschränkungen im Bereich Konzentration und Gedächtnis. Eine Konfrontation des Unfallereignisses mit EMDR habe wegen Verständnisproblemen bezüglich des Interventionsverfahrens abgebrochen werden müssen, so dass die Bearbeitung durch prolongierte Exposition erfolgt sei. Dabei habe sich im Moment des Falls eine starke Schreckreaktion gezeigt, so dass der Beschwerdeführer bei jedem Durchgang reorientiert werden müsse. Er habe im Verlauf von einer leichten Habituation der Angst berichtet. Zum Schluss sei der Beschwerdeführer stimmungsmässig aufgehellt wahrgenommen worden; diese Ansicht habe er selbst jedoch nur ansatzweise teilen können (Urk. 6/273/4).

In ihrer Beurteilung fassten die Fachpersonen der Z.\_\_\_\_ zusammen, dass der Beschwerdeführer an einer depressiven Störung mit zahlreichen Symptomen im Bereich der Aktionshemmung, Energiemangel und Interesselosigkeit bei niedriger Stimmungslage leide. Zudem bestünden Symptome aus allen Clustern einer PTBS mit Intrusionen zum Unfallereignis, Hyperarousal in Form von Schlafstörungen und Vermeidung von Gedanken an den Unfall und die Operation im Zusammenhang mit dem Priapismus. Der Beschwerdeführer erscheine geradezu erstarrt in der Sekunde des Unfalls, aus der er sich kaum lösen könne. Die somatoforme Schmerzstörung sei bereits vordiagnostiziert und übernommen worden, zumal während des Aufenthaltes eine starke Fokussierung auf die Schmerzen beobachtet worden sei und deren Verstärkung oft mit psychischer Belastung einhergegangen sei. Beim Beschwerdeführer scheine es zahlreiche Gründe zu geben, alte Muster nicht durchbrechen zu können. In Anbetracht des beständigen Wunsches, fast ausschliesslich durch externe Interventionen gesund zu werden, sei auch längerfristig nicht mit einer Besserung des Zustandsbildes zu rechnen (Urk. 6/273/5).

### **E. 5.1**

Zum Eintritt in die stationäre Behandlung in der Z.\_\_\_\_ war es gemäss den Ärzten nicht wegen einer Krisenintervention gekommen, sondern zur Behandlung der gemäss den Klinikärzten - bereits stark chronifizierten Krankheit und dies durch die Überweisung der behandelnden Ärztin des Psychiatricentrum B.\_\_\_\_ (Urk. 6/273/3).

Die Fachpersonen der Z.\_\_\_\_ äusserten sich dabei nicht zur Frage einer Veränderung respektive Verschlechterung des Gesundheitszustandes, sondern berichteten über den Status des Beschwerdeführers bei Ein- und Austritt. Dabei nahmen sie Bezug auf das Unfallereignis von 2001 sowie auf die Operation infolge des medikamentösen Priapismus im Jahr 2010, welchen Ereignissen sie traumatisierende Folgen für den Beschwerdeführer

zuschrieben und den Beschwerdeführer entsprechend zu therapieren versuchten (Urk. 6/273/4).

Die Diagnose einer PTBS tauchte jedoch nicht erst innerhalb der letzten Jahre auf, sie war vielmehr schon in den Jahren davor Diskussionsthema. Schon im Bericht des Spitals F.\_\_\_\_ vom 16. August 2006 wurde der Verdacht auf eine residuelle PTBS erwähnt (Urk. 6/80/4). Im Privatgutachten des Beschwerdeführers von Dr. A.\_\_\_\_ vom 31. Mai 2014 wurde die Oberärztin des Psychiatriezentrums B.\_\_\_\_, Dr. med. G.\_\_\_\_, zitiert, die Dr. A.\_\_\_\_ gegenüber in einem Gespräch dargetan habe, der Beschwerdeführer spreche perseverierend davon, dass ihm der Unfall nicht aus dem Kopf gehe, das typische Bild einer posttraumatischen Belastungsstörung sei jedoch nicht vorhanden (Urk. 6/238/26). Dr. A.\_\_\_\_ untersuchte den Beschwerdeführer bewusst durch genaueres, teilweise auch konfrontatives Nachfragen zum Unfallhergang und der initialen Krankengeschichte. Dabei und auch im Zusammenhang mit den akutpsychiatrischen Hospitalisationen stellte er beim Beschwerdeführer ein Hyperarousal mit vermehrtem Schwitzen, Atemnot und Tachykardie und einem leicht dissoziativen Zustand fest. Dennoch stellte er keine Diagnose einer PTBS (Urk. 6/238/30 f.), sondern subsumierte dessen Zustände zusammen mit anderen psychiatrischen Befunden unter die Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung, mittelgradig bis schwergradig mit somatischem Syndrom (ICD-10 F33.21). Dieser auffällige psychische Zustand wurde im Austrittsbericht der Z.\_\_\_\_ erwähnt. Es wurde festgehalten, dass der Beschwerdeführer insbesondere auch deswegen seit vielen Jahren in der E.\_\_\_\_ in Behandlung stehe und seit 2016 auch zunehmend spezifisch traumatherapeutisch (Urk. 6/273/3). Dieser Befund führte die Fachpersonen der Z.\_\_\_\_ zusammen mit einer Testung zur Diagnose der PTBS (Urk. 6/273/4).

Diese Darlegungen zeigen, dass dieser Sachverhalt nicht neu, sondern hinlänglich bekannt ist, in der Vergangenheit bereits ärztlicherseits diskutiert, therapiert und gewürdigt wurde, allerdings nicht mit der immer gleichen Diagnosebezeichnung. Dies ist jedoch nicht relevant, vielmehr ist entscheidend, dass damit von keiner neu entdeckten oder neu eingetretenen Gesundheitsschädigung auszugehen ist.

## **E. 5.2**

Der Beschwerdeführer machte geltend, die in der Z.\_\_\_\_ erhobenen Befunde würden - im Vergleich zu denjenigen in der Y.\_\_\_\_ AG - eine Verschlechterung klar aufzeigen (Urk. 1 S. 7 f. und S. 9 f.). Er verkennt dabei jedoch, dass die Y.\_\_\_\_-Gutachter ihre Einschätzung objektiv und nicht gestützt auf die subjektiven Angaben des Beschwerdeführers wiedergaben und explizit festhielten, dass gerade die von der Behandlerin gestellte Diagnose einer mittelgradigen oder sogar schweren Depression nur gestellt werden könnte, wenn den subjektiv vorgetragenen Beschwerden und Beeinträchtigungen gefolgt werden würde (Urk. 6/214/23). Die übrigen von den Fachpersonen der Z.\_\_\_\_ gestellten Diagnosen wurden in gleicher beziehungsweise aus dem gleichen Beschwerdebild stammen der Form bereits durch die Gutachter der Y.\_\_\_\_ AG geprüft und nach der Exploration des Beschwerdeführers verneint. So kamen sie zum Schluss, dass die aus dem Formenkreis der PTBS stammende Diagnose einer anhaltenden Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung (vgl. Urk. 6/182) nicht aufrechterhalten werden könne (Urk. 6/214/23). Ferner könne die Diagnose einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung nicht bestätigt werden.

Die lediglich stichwortartig aufgeführten Befunde der Z.\_\_\_\_ (Urk. 6/273/3) basieren in weiten Teilen auf den Angaben des Beschwerdeführers. So wurden etwa die sehr stark schwankenden Konzentrations- und Merkfähigkeitsstörungen lediglich anamnestisch erhoben, gleiches gilt für die geschilderten Ängste und den sozialen Rückzug. Die Befunde weisen im Vergleich zu den Schilderungen des Beschwerdeführers im Vergleichszeitpunkt keine erheblichen Änderungen auf. Die geklagten Schlafstörungen wurden bereits im Vorverfahren erhoben (Urk. 6/214/14), ebenso schilderte der Beschwerdeführer bereits damals einen sozialen Rückzug, Erschöpfung, Müdigkeit und Hoffnungslosigkeit sowie Suizidgedanken, welche 2013 zu einem stationären Aufenthalt geführt hatten (Urk. 6/214/13-15 und 6/226/2). Auffallend ist, dass die Fachpersonen der Z.\_\_\_\_ darauf hinwiesen, dass der Beschwerdeführer sein Leiden und die Schmerzen stark demonstriert habe und im Wunschenken verharre, durch externe Interventionen gesund zu werden. Dies stimmt mit der Einschätzung der Y.\_\_\_\_ Gutachter überein, welche einen leidensbetonten und beschwerde fixierten sowie demonstrativ leidenden Beschwerdeführer beschrieben (Urk. 6/214/18-19). Dies alles lässt eine objektive Verschlechterung des Gesundheitszustandes nicht glaubhaft erscheinen.

Zur depressiven Symptomatik bleibt anzumerken, dass diese im Rahmen einer rezidivierenden depressiven Störung im Sinne von ICD-10 F33, wie sie auch im Gutachten der Y.\_\_\_\_ AG als damals leichte Episode im Sinne von ICD-10-F33.0 erwähnt worden war, definitionsgemäss in schwankenden Episoden verläuft (vgl. Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V [F], 10. Auflage, S. 176). Dies geht auch aus dem Z.\_\_\_\_ -Bericht hervor, wo nun eine «gegenwärtig» mittelgradige Episode (F33.1) festgehalten wurde, gleichwohl sich das Stimmungsbild des Beschwerdeführers bei Austritt bereits aufgehellter präsentiert habe und er kontaktfreudiger geworden sei. Schon früher - so anlässlich der Begutachtung durch Dr. A.\_\_\_\_ 2014 - war ebenfalls von mittelgradigen Episoden bis zu einer schweren Ausprägung mit somatischem Syndrom die Rede (Urk. 6/238/13), welcher Darstellung – wie im Urteil des Gerichts dargelegt wurde – nicht gefolgt werden konnte. Damit ist auch in dieser im Z.\_\_\_\_ -Bericht gestellten Diagnose keine relevante Verschlechterung auszumachen.

### **E. 5.3**

Wie die Fachleute der Z.\_\_\_\_ ausführten, wurde die Diagnose einer somatoformen Schmerzstörung (ICD-10 F45.40) aus den Vorakten übernommen (Urk. 6/273/5). Sie nahmen damit diese Diagnose wieder auf, die durch die Gutachter der Y.\_\_\_\_ AG in Auseinandersetzung mit den bereits damals vorhandenen, anders lauten den Berichten der E.\_\_\_\_ (Urk. 6/162) und der E.\_\_\_\_, Psychiatriezentrum B.\_\_\_\_ (Urk. 6/168), als nicht zutreffend verneint worden war, was vom Gericht in seinem Urteil in der Folge als überzeugend eingestuft wurde. Mit der Begründung im Z.\_\_\_\_ -Bericht allein, es habe während des Aufenthalts eine starke Fokussierung auf die Schmerzen beobachtet werden können und sie seien oft mit einer psychischen Belastung einhergegangen (Urk. 6/273/5), zeigen die Z.\_\_\_\_ -Ärzte jedoch auch bei dieser Diagnosestellung keinerlei Neu erungen hinsichtlich des geklagten Ausmasses oder der Beschwerden dieser Störung auf. Es ist vielmehr wieder von einer anderen Betrachtungsweise des gleichen Beschwerdebildes auszugehen und eine wesentliche Veränderung damit nicht glaubhaft gemacht.

Auch die Ärzte der Z.\_\_\_\_ beschrieben den Beschwerdeführer in ihrem kurzen Bericht als jemanden, der sehr klagsam auftrat und die Schmerzen stark demonstrierte. In der Ausdrucksweise war er logorrhöisch und inhaltlich stark auf das Leiden und den

Krankheitsverlauf eingeschränkt (Urk. 6/273/3). Damit zeigte er ein ähnliches Bild wie anlässlich der Begutachtung durch die Y.\_\_\_\_ AG. Auch sein Privatgutachter Dr. A.\_\_\_\_ hatte von monotonen und redundanten Klagen des Beschwerdeführers berichtet, er hatte diese jedoch – anders als die Gutachter der Y.\_\_\_\_ AG - keiner Bewusstseinsnähe und damit keinem aggravatorischen Verhalten, sondern einer krankhaften dysfunktionalen Krankheitsbewältigung zugeschrieben. Das hiesige Gericht befasste sich ausführlich mit diesen unter verschiedenen Auffassungen des Auftretens des Beschwerdeführers in seinem Urteil vom 23. September 2014 und folgte in der Einschätzung den Gutachtern der Y.\_\_\_\_ AG (vgl. Urk. 6/240/17 f.). Die Tatsache somit, dass die Z.\_\_\_\_ -Ärzte nun dieses ähnliche Verhalten des Versicherten nicht als aggravatorisch einstufen, sich vielmehr nicht weiter damit befassen, lässt unter den beschriebenen Umständen ebenfalls keine wesentliche Änderung glaubhaft machen.

#### **E. 5.4**

Sodann fanden bereits mehrfach stationäre Aufenthalte statt, so etwa zweimal im Jahr 2010 sowie einmal in den Jahren 2012 und 2013, was die Gutachter der Y.\_\_\_\_ AG in ihrer Beurteilung berücksichtigt hatten (Urk. 6/214/10-11 und Urk. 6/223).

Wie gesagt, erfolgte dieser neue Aufenthalt wiederum aufgrund eines Therapieversuches; insofern lässt sich allein aus dem Ereignis eines weiteren stationären Aufenthaltes keine massgebende Verschlechterung des Gesundheitszustandes herauslesen (vgl. Urk. 10 S. 4).

#### **E. 5.5**

Überdies äusserten sich die Fachpersonen der Z.\_\_\_\_ weder zu den funktionellen Auswirkungen ihrer erhobenen Befunde noch zur Leistungsfähigkeit und Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers, so dass eine massgebende Verschlechterung mit Auswirkung auf den Invaliditätsgrad nicht genügend glaubhaft gemacht wurde. Die Z.\_\_\_\_ -Fachpersonen schlossen ihre Beurteilung mit der Einschätzung, dass in Anbetracht des Wunschenkens nach Genesung durch vordergründig externe Interventionen längerfristig nicht mit einer Besserung des Zustandsbildes zu rechnen sei. Damit bestätigt sich das subjektive Krankheitserleben des Beschwerdeführers mit starkem Demonstrieren von Leid und Schmerzen, wie es sich bereits anlässlich der Begutachtung im Sommer 2013 gezeigt hatte – etwa indem die Gutachter von einer fehlenden Veränderungsmotivation sprachen (Urk. 6/214/19).

#### **E. 5.6**

Zusammengefasst ist es dem Beschwerdeführer nicht gelungen, eine massgebende Verschlechterung seines Gesundheitszustandes mit Auswirkung auf den Invaliditätsgrad glaubhaft zu machen. Die Beschwerde ist somit abzuweisen.

#### **E. 6**

Da es um die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung, IVG) und auf Fr. 700.-- anzusetzen. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind die Kosten dem unterliegenden 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: - Rechtsanwalt Kaspar Gehring -  
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 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 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 Die VorsitzendeDer Gerichtsschreiber Fehr

Klemmt

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