

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2020.00594 vom 4. August 2021

ZH Sozialversicherungsgericht, 2021-08-04, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2020.00594

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2020.00594 du 4 août 2021

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2020.00594 del 4 agosto 2021

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 Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG).

E. 1.2

Am 12. April 2016 meldete sich der Versicherte erneut bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung zum Leistungsbezug an und machte eine Verschlechterung seines psychischen Gesundheitszustandes geltend (Urk. 9/26). Vom 30. März bis 4. April 2016 und vom 30. Juni bis 19.

Juli 2016 wurde er wegen einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode, und eines Alkohol-Abhängigkeitssyndroms in der Klinik Y. für Psychiatrie und Psychotherapie stationär behandelt, nachdem von 2012 bis 201

E. 1.2.1

Die Annahme eines psychischen Gesundheitsschadens im Sinne von Art. 4 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) sowie Art. 3 Abs. 1 und Art. 6 ATSG setzt eine psychiatrische, lege artis auf die Vorgaben eines anerkannten Klassifikationssystems abgestützte Diagnose voraus (vgl. BGE 145 V 215 E. 5.1, 143 V 409 E. 4.5.2, 141 V 281 E. 2.1, 130 V 396 E. 5.3 und E. 6). Eine fachärztlich einwandfrei festgestellte psychische Krankheit ist jedoch nicht ohne weiteres gleichbedeutend mit dem Vorliegen einer Invalidität. In jedem Einzelfall muss eine Beeinträchtigung der Arbeits- und Erwerbsfähigkeit unabhängig von der Diagnose und grundsätzlich unbesehen der Ätiologie ausgewiesen und in ihrem Ausmass bestimmt sein. Entscheidend ist die nach einem weitgehend objektiven Massstab zu beurteilende Frage, ob es der versicherten Person zumutbar ist, eine Arbeitsleistung zu erbringen (BGE 145 V 215 E. 5.3.2, 143 V 409 E. 4.2.1, 141 V 281 E. 3.7, 139 V 547 E. 5.2, 127 V 294 E. 4c; vgl. Art. 7 Abs. 2 ATSG).

E. 1.2.2

hiervor). Denn es besteht nach höchstrichterlicher Rechtsprechung der Grundsatz, dass eine Praxisänderung keine Änderung formell rechtskräftiger Verfügungen über eine Dauerleistung rechtfertigt (vgl. dazu BGE 141 V 585 E. 5.2, 135 V 201 E. 6.1.2 f., je mit Hinweisen). Im zur Publikation vorgesehenen Urteil 9C_132/2020 vom 7. Juni

2021 hat das Bundesgerichts denn auch darauf erkannt, dass die Änderung der Rechtsprechung gemäss BGE 145 V 215 (wie schon jene von BGE 141 V 281 und jene von BGE 143 V 409 und 418) keinen hinreichenden Anlass bildet, um vom Grundsatz der Nichtanpassung eines formell rechtskräftigen Verwaltungsentscheides an eine geänderte Rechtspraxis abzuweichen (E. 6). 3.4.3.4.1

Als Grund für eine Neuprüfung der Anspruchsvoraussetzungen nach der Neuanmeldung im Dezember 2019 nicht bereits ausgeschlossen werden können dagegen die Hüftbeschwerden, die gemäss dem neuropsychologischen Psychiatriezentrum B.____-Bericht vom 27. September 2019 zwei Monate vor der neuropsychologischen Untersuchung im August und September 2019 (Urk. 9/80/1) zu einer Operation geführt hatten und starke Schmerzen sowie dadurch bedingte Schlafprobleme verursacht en (Urk. 9/80/2-3)

und die bei der letzten rechtskräftigen Rentenabweisung noch keine Rolle gespielt hatten (Urk. 9/68). Hierzu sind den Akten keine weiteren Angaben und Berichte der behandelnden Ärzte zu entnehmen. Auch ein Hausarztbericht und/oder eine andere Einschätzung

von somatischen Experten wurde von der Beschwerdegegnerin nach der Neuanmeldung vom 11. Dezember

2019 (Urk.

9/75) nicht eingeholt.

3.4.2

Es kann daher bei der derzeitigen Aktenlage nicht abschliessend beurteilt werden, ob sich allenfalls in somatischer Hinsicht seit Mai 2018 und insbesondere ab Juni 2019 (ein Jahr vor dem frühestmöglichen Rentenbeginn, Art. 28 lit. b IVG und Art. 29 Abs. 1 IVG; vgl. E. 2.3 hiervor) eine anspruchrelevante gesundheitliche Veränderung mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (Art. 6 ATSG) ergeben hat, welche Anlass zur Neuprüfung der Leistungsvoraussetzungen für den Rentenanspruch nach Art. 28 ff. IVG gibt, da sie zusammen mit den übrigen, namentlich psychischen Beschwerden geeignet wäre, den Invaliditätsgrad zu beeinflussen respektive zu einem Leistungsanspruch zu führen.

Auch kann bei vorliegender Aktenlage und in Nachachtung des Untersuchungsgrundsatzes zudem entgegen der Ansicht der Beschwerdegegnerin (Urk. 2 S. 1) nicht ohne Weiteres ausgeschlossen werden, dass eine invalidenversicherungsrechtlich relevante gesundheitliche Einschränkung besteht. Denn sofern nach weiteren Abklärungen eine

erhebliche gesundheitliche Veränderung mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit zu bejahen ist, ist in einem zweiten Schritt der Rentenanspruch in tatsächlicher und rechtlicher Hinsicht umfassend – gegebenenfalls anhand der Rechtsprechung von BGE 141 V 281 – und damit unter Einbezug sämtlicher Beschwerden neu zu prüfen (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_829/2017 vom 31. Januar 2018 E. 2.2 mit Hinweis; vgl. auch BGE 141 V 9 E. 2.3 mit Hinweisen und E. 6.1). Je nach Ergebnis der Vorabklärung in somatischer Hinsicht kann den psychischen Beschwerden, welche für sich – wie hiervoor ausgeführt –

zwar keinen Grund für eine Neuprüfung nach Neuanmeldung darstellten, in der hernach gegebenenfalls anzuordnenden fachärztlichen -gutachterlichen Gesamtbetrachtung aller Beschwerden dabei nunmehr massgebliche Bedeutung zukommen. 4.

4.1

Nach dem Gesagten hat die Beschwerdegegnerin den Sachverhalt zu ergänzen und weitere medizinischen Abklärungen

zum somatischen Gesundheitszustand des Beschwerdeführers, insbesondere bezüglich dessen Hüftbeschwerden mit Operation im Sommer 2019 vorzunehmen. Hierzu hat sie insbesondere Berichte des Hausarztes und der behandelnden somatischen Fachärzte einzuholen, aus denen sich der chronologische Verlauf der somatischen Befunde und Behandlungen zu den Hüftbeschwerden nach Mai 2018, spätestens aber ab Juni 2019, und die Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit in der angestammten /bisherigen Tätigkeit (Bauprojektleiter, Zeitungsverträger, Reinigungskraft) und in einer leidensangepassten Tätigkeit ergeben. Nötigenfalls ist hierzu eine gutachterliche Einschätzung einzuholen.

Sofern eine erhebliche gesundheitliche Veränderung mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit zu bejahen ist, ist in einem zweiten Schritt der Rentenanspruch in tatsächlicher und rechtlicher Hinsicht umfassend - gegebenenfalls anhand der Rechtsprechung von BGE 141 V 281 - und damit unter Einbezug sämtlicher Beschwerden interdisziplinär-gutachterlich abzuklären und neu zu prüfen. Diesbezüglich ist insbesondere eine rückwirkende Beurteilung der Arbeitsfähigkeit in der angestammten /bisherigen Tätigkeit (Bauprojektleiter /Bauführer, Zeitungsverträger, Reinigungskraft)

ab Juni 2019 und in einer leidensangepassten Tätigkeit (ab dem frühest möglichen Rentenbeginn) ab Juni 2020 massgeblich. 4.2

Die angefochtene Verfügung vom 14. August 2020 (Urk. 2) ist somit aufzuheben und die Sache ist an die Beschwerdegegnerin zur ergänzenden Abklärung im Sinne der Erwägungen und zum neuen Entscheid über den Rentenanspruch des Beschwerdeführers zurückzuweisen.

Die Beschwerde ist folglich in diesem Sinne gutzuheissen. 5.

Nach ständiger Rechtsprechung gilt die Rückweisung der Sache an die Verwaltung zu weiterer Abklärung und neuem Entscheid als vollständiges Obsiegen (vgl. ZAK 1987 S. 268 f. E. 5 mit Hinweisen). Da der Streitgegenstand die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen betrifft, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG), ermessensweise auf Fr. 700.-- anzusetzen und ausgangsgemäss der Beschwerdegegnerin aufzuerlegen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird in dem Sinne gutgeheissen, dass die angefochtene Verfügung vom 14. August 2020 aufgehoben und die Sache an die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, zurückgewiesen wird, damit diese, nach erfolgter Abklärung im Sinne der Erwägungen, über den Rentenanspruch des Beschwerdeführers neu verfüge. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 700.-- werden der Beschwerdegegnerin auferlegt. Rechnung und Einzahlungsschein werden der Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zu gestellt. 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 Die Vorsitzende Die Gerichtsschreiberin FehrHartmann

E. 1.3

Am 1. Dezember 2019 stellte der Versicherte bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung unter Beilage des Berichts des Psychiatriezentrums B.____ vom 10. Dezember 2019 (Urk. 9/73) ein neues Leistungsbegehren (Urk. 9/75). Die IV-Stelle holte daraufhin den Bericht des Psychiatriezentrums B.____- vom 27. September 2019 zur neuropsychologischen Untersuchung vom 20. August bis 26. September 2019 ein (Urk. 9/80), wozu Dr. med. C.____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, vom Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD) am 12. März 2020 Stellung nahm (Urk. 9/81). Gestützt darauf kündigte die IV-Stelle mit Vorbescheid vom 26. März 2020 die Abweisung des Leistungsbegehrens an (Urk. 9/82). Mit Schreiben vom 29. Mai 2020 (Urk. 9/86), ergänzt mit Schreiben vom 14. Juli 2020 (Urk. 9/89) und unter Beilage des Berichts des Psychiatriezentrums B.____ vom 15. Mai 2020 (Urk. 9/88), erhob der Versicherte dagegen Einwände.

Die RAD-Ärztin Dr. C.____ nahm zum neuen Bericht des Psychiatriezentrums B.____ am 4.

August 2020 Stellung (Urk. 9/91). Mit Verfügung vom 14. August 2020 wies die IV-Stelle das Leistungsbegehren wie angekündigt ab (Urk. 9/92).

Dagegen erhob der Versicherte mit Eingabe vom

E. 1.3.1

Anspruch auf eine Rente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 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. 6 ATSG) gewesen sind; und c.

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

Der Rentenanspruch entsteht frühestens nach Ablauf von sechs Monaten nach Geltendmachung des Leistungsanspruchs nach Art. 29 Absatz 1 ATSG, jedoch frühestens im Monat, der auf die Vollendung des 18. Altersjahres folgt (Art. 29 Abs. 1 IVG). Die Rente wird vom Beginn des Monats an ausbezahlt, in dem der Rentenanspruch entsteht (Art. 29 Abs. 3 IVG).

E. 1.3.2

Bei erwerbstätigen Versicherten ist der Invaliditätsgrad gemäss Art. 16 ATSG in Verbindung mit Art. 28a Abs. 1 IVG aufgrund eines Einkommensvergleichs zu bestimmen. Dazu wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (sog. Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (sog. Valideinkommen). Der Einkommensvergleich hat in der Regel in der Weise zu erfolgen, dass die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen ziffernmässig möglichst genau ermittelt und einander gegenübergestellt werden, worauf sich aus der Einkommensdifferenz der Invaliditätsgrad bestimmen lässt (sog. allgemeine Methode des Einkommensvergleichs; BGE 130 V 343 E. 3.4.2, 128 V 29 E. 1).

E. 1.4.1

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

E. 1.4.2

Ändert sich der Invaliditätsgrad eines Rentenbezügers erheblich, so wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben (Art. 17 Abs. 1 ATSG). Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen seit 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 Aufgabebereich von Bedeutung (BGE 134 V 131 E. 3). 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). Weder eine im Vergleich zu früheren ärztlichen Einschätzungen ungleich attestierte Arbeitsunfähigkeit noch eine unterschiedliche diagnostische Einordnung des geltend gemachten Leidens genügt somit per se, um auf einen verbesserten oder verschlechterten Gesundheitszustand zu schliessen; notwendig ist in diesem Zusammenhang vielmehr eine veränderte Befundlage (Urteil des Bundesgerichts 9C_135/2021 vom 27. April 2021 E. 2.1 mit Hinweisen).

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

E. 1.5

Sowohl das sozialversicherungsrechtliche Administrativverfahren wie auch der kan tonale Sozialversicherungsprozess sind vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht (Art. 43 Abs. 1, Art. 61 lit. c ATSG). Danach haben Sozialversicherungsträger und Sozialversicherungsgericht den rechtserheblichen Sachverhalt von Amtes wegen festzustellen. Diese Untersuchungspflicht dauert so lange, bis über die für die Beurteilung des streitigen Anspruchs erforderlichen Tatsachen hinreichende Klarheit besteht (Urteile des Bundesgerichts 9C_662/2016 vom 15. März 2017 E. 2.2 und 8C_794/2016 vom 28. April 2017 E. 4.1). 2. 2.1

Die Beschwerdegegnerin führte zur Begründung der angefochtenen Verfügung aus, die neuen, im neuropsychologischen Bericht (vom 27. September 2019, Urk. 9/89)

und im nachgereichten (Psychiatriezentrum B.____-)Bericht vom 15. Mai 2020 (Urk. 9/88) angegebenen Diagnosen und resultierenden Einschränkungen seien nicht nachvollziehbar. Somit sei weiterhin keine invalidenversicherungsrechtlich relevante gesundheitliche Einschränkung ausgewiesen (Urk. 2). 2.2

Der Beschwerdeführer bringt dagegen vor, er arbeite seit Jahren in medizinischen Behandlungen an seiner gesundheitlichen Situation, nutze gruppentherapeutische Angebote und nehme unterstützende Medikamente ein. Gleichzeitig sei er im Rahmen seiner Möglichkeiten beruflich tätig. Die von ihm ausgeübten (teilzeitlichen) Tätigkeiten, von denen er zwischenzeitlich aus wirtschaftlichen Gründen eine verloren habe, seien ideal gewesen für ihn und er habe sich zeitlich frei einteilen können und so auf seine gesundheitliche Situation Rücksicht nehmen können. Dennoch sei es ihm nie gelungen, das Pensum weiter zu steigern. Im Zuge eines Behandlerwechsels im Februar 2019 seien weitere diagnostische Abklärungen gemacht worden, da die bestehenden Einschränkungen sich nicht durch die früher diagnostizierten Erkrankungen hätten erklären lassen. Die Diagnosestellung sei im persönlichen Kontakt mit ihm erfolgt und habe viel Zeit in Anspruch genommen. Nach abgeschlossener Diagnosestellung habe er sich im Dezember 2019 wieder bei der Beschwerdegegnerin angemeldet.

Die Beschwerdegegnerin habe die Berichte zu seiner fachärztlichen Behandlung der RAD-Ärztin vorgelegt, ohne daraufhin mit seiner behandelnden Ärztin, der Oberärztin des Psychiatriezentrums B.____ Dr. med. D.____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie sowie für Neurologie (Urk. 9/73/2), oder mit ihm Rücksprache zu nehmen. Die RAD-Ärztin sei der Ansicht, dass die aufgelisteten Einschränkungen auch für andere Diagnosen passen könnten. Für ihn sei nicht relevant, wie die Diagnose seiner Erkrankung laute; es sei indes Realität, dass er trotz aller Bemühungen über lange Zeit aus gesundheitlichen Gründen im Arbeitsalltag eingeschränkt gewesen sei und weiterhin sei. Durch die gestellten Diagnosen einer Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) und einer Autismus spektrum s störung

(ASS) habe er endlich Antworten darauf, was mit ihm los sei, was eine grosse Erleichterung für ihn sei. Dafür gebe es jedoch keine Heilung und er sei nicht in der Lage, seinen Pflichten vollständig nachzukommen. Weiter kritisiere die RAD-Ärztin fehlende Fremdanamnesen im Kindesalter, seine frühere Arbeitstätigkeit und ein Fehlen der

Diagnosestellung zu einem früheren Zeitpunkt. Auch für ihn sei nicht verständlich, dass vorher niemand dieses Krankheitsbild in Betracht gezogen habe.

Es wäre ihm Vieles erspart geblieben. Gleichzeitig habe er sich wahrscheinlich zum Aushalten der Situation über die Jahre in ungünstige Verhaltensmuster geflüchtet, die diese Diagnosestellung erschwert haben könnten. Durch gute therapeutische Begleitung sei er heute in der Lage, andere Wege aus diesen Situationen einzuschlagen.

Obschon die RAD-Ärztin zum Schluss gekommen sei, dass die Diagnostik nicht plausibel sei, sei die Beschwerdegegnerin ohne weitere Abklärungen oder Nachfragen zum Fazit gelangt, dass bei vorliegender leichter depressiver Episode und Dysthymie kein IV-relevanter Gesundheitsschaden ausgewiesen sei (Urk. 1). 2.3

Die Beschwerdegegnerin ist auf die Neuanmeldung des Beschwerdeführers vom

E. 5

bereits sechs stationäre Behandlungen erfolgt waren (Urk. 9/33/1-2). Die IV-Stelle eröffnete mit Mitteilung vom 25. Oktober 2016 die Durchführung von beruflichen Eingliederungsmassnahmen (Urk. 9/38) und übernahm die Kosten für eine vierwöchige Potentialabklärung im Januar 2017 durch die Psychiatrische Klinik A.____, Arbeitstherapie (Urk. 9/45).

Mit Mitteilung vom 16. Februar 2017 gewährte die IV-Stelle dem Versicherten Arbeitsvermittlung bis Mitte August 2017 (Urk. 9/52). Per 1. September 2017 nahm der Versicherte eine Teilzeitstelle (zirka vier Stunden pro Woche) als Reinigungskraft auf (Urk. 9/58, Urk. 9/59/5) und ab Dezember 2017 zusätzlich eine Teilzeitstelle (zirka zwei Stunden pro Woche) als Werbezusteller (Urk. 9/75/6).

Mit Vorbescheid vom 5. April 2018 kündigte die IV-Stelle die Abweisung des Rentengesuchs an (Urk. 9/67), was sie, nachdem kein Einwand erfolgt war, mit Verfügung vom 18. Mai 2018 bestätigte (Urk. 9/68).

E. 9

September

2020 Beschwerde und beantragte sinngemäss, die Verfügung vom 14. August 2020 sei aufzuheben, seine gesundheitliche Situation sei korrekt zu erfassen und es seien ihm die entsprechenden gesetzlichen Leistungen zu gewähren. In prozessualer Hinsicht stellte er das Gesuch um unentgeltliche Prozessführung (Urk. 1 S. 1). Die Beschwerdegegnerin schloss in der Beschwerdeantwort vom 19. Oktober 2020 auf Abweisung der Beschwerde (Urk. 8). Mit Verfügung 3. November 2020 wurde dem Beschwerdeführer

hiervon Kenntnis gegeben und ihm die unentgeltliche Prozessführung gewährt (Urk.

E. 10

S. 2). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 10.20

), zusätzlich die Diagnose einer akzentuierten Persönlichkeit, anankastisch (zwanghaft; ICD-10 Z73), gestellt worden (Urk. 9/65/1). Die Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit als Bauführer, selbständig in Unterhalts- und Bauarbeiten, könne nicht beurteilt werden. Die (derzeit ausgeführten) Tätigkeiten als Reinigungskraft und Zeitungsausträger mit einem Pensum von insgesamt 30% seien zumutbar. Der Beschwerdeführer benötige

weiterhin psychologische therapeutische und medikamentöse Unterstützung, um einer erneuten Dekompensation entgegenzuwirken. Die perfektionistischen Persönlichkeitsanteile würden die weitere Steigerung der Arbeitsfähigkeit verkomplizieren, da er in kürzester Zeit wieder in einer Erschöpfung wäre; eine langsame Steigerung sei aber grundsätzlich nicht ausgeschlossen (Urk. 9/65/2 -3).

Die mit Verfügung vom 18. Mai 2018 erlassene Rentenabweisung wurde schliesslich damit begründet, dass psychosoziale Belastungsfaktoren, welche zu einem erhöhten Alkoholkonsum geführt hätten, die gesundheitliche Situation des Beschwerdeführers massgeblich beeinflusst hätten. Nach Abschluss der beruflichen Massnahmen habe eine leichtgradige depressive Episode bei gegenwärtiger Alkoholabstinenz bestanden. Eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte Episode, begründe keine langandauernde Erwerbsunfähigkeit. Daher bestehe kein Anspruch auf eine Invalidenrente (Urk. 9/68/1).

Von diesem Sachverhalt ist im Hinblick auf die zu klärende Frage, ob eine anspruchrelevante Veränderung im Sinne von Art. 17 Abs. 1 ATSG eingetreten ist, als Vergleichsbasis auszugehen. 3.2 3.2.1

Bezüglich der Zeit nach der Neuanmeldung vom 11. Dezember 2019 (Urk. 9/75) ist den Akten in medizinischer Hinsicht das Folgende zu entnehmen.

Aus dem mit der Neuanmeldung vorgelegten Bericht der Neuropsychologinnen E. ___ und F. ___ vom Psychologischen Dienst des

Psychiatriezentrums B. ___ vom 27. September 2019 geht hervor, in der früheren neuropsychologischen Untersuchung im Januar 2017 habe eine leichte kognitive Störung mit insbesondere leichten Aufmerksamkeitsdefiziten ergeben, was gut im Rahmen der rezidivierenden depressiven Störung (ICD-10 F33) habe interpretiert werden können. Nach (damaliger) mehrmonatiger Alkoholabstinenz sei nicht davon auszugehen gewesen, dass ein negativer Einfluss des Substanzkonsums (ICD-10 F10) auf die kognitive Leistungsfähigkeit bestanden habe (Urk. 9/80/2).

Zur neuropsychologischen Untersuchung vom 20. und 21. August sowie vom 10. und 26. September 2019 führten die Neuropsychologinnen aus, es sei eine interne Zuweisung nach jahrelanger ambulanter und stationärer Betreuung zur neuropsychologischen Untersuchung bei Verdacht auf Vorliegen einer ADHS sowie einer Autismusspektrumsstörung erfolgt. Im Bericht sei lediglich auf die aktuelle Situation sowie die ADHS-/ autismusspezifischen Angaben eingegangen worden, die Anamnese werde als bekannt vorausgesetzt. Für nähere anamnestiche Angaben werde auf die internen psychiatrischen Ein- und Austrittsberichte der Klinik Y. ___

und den Bericht der neuropsychologischen Voruntersuchung vom 6. und 10. Januar 2017 verwiesen (Urk. 9/80/1). Der Verlauf der kognitiven Funktionen sehe wie folgt aus: 2012 sei der Beschwerdeführer auf dem kognitiven Ausgangsniveau gewesen. Danach sei es zu einem steilen Abfall gekommen und seine Leistungen seien auf stabil tiefem Niveau schwankend gewesen (Konkurs respektive Schulden seiner Firma). Im Jahr 2017 sei es zu einem leichten Anstieg gekommen und mit dem Besuch der G. ___-Gruppe sei es bis Dezember 2018 stabil gewesen. Anfang 2019 sei es erneut zu einer leichten Abnahme gekommen und aktuell (September 2019) sei es wieder stabil auf diesem Niveau. Aktuell suche er Ruhe, finde dies aber nicht. Er sei nicht an zwischenmenschlichen Beziehungen

interessiert. Er fühle sich nicht belastbar und nicht mehr leistungsfähig. Er fühle sich vergesslich und müsse sich alles aufschreiben. Seine Aufmerksamkeit sei interessenabhängig; dies kenne er von früher. Zu 90 % der Zeit habe er kein Interesse. Er verfolge eigene Projekte, so etwa ein en Gartenumbau; er benötige hierzu sehr lange. Er möchte alles sehr detailliert und genau machen.

Er habe einen detailorientierten Wahrnehmungsstil beschrieben. Er habe vor zwei Monaten eine Hüftoperation gehabt, weshalb er nicht gut schlafe. Er habe starke Ein schlafprobleme und liege bis um 4.30 Uhr wach, dies vor allem wegen der starken Schmerzen und der nervösen Beine. Morgens, noch im Bett, beginne der Gedankenstrudel. Er arbeite seit drei Jahren dreimal pro Woche als Reinigungskraft bei einer Zahnärztin und ein- bis zweimal pro Woche verteile er Flyer in Briefkästen (Urk. 9/80/2-3). Im Rahmen der ausführlichen neuropsychologischen Untersuchung hätten sich leichte Defizite im Bereich der geteilten Aufmerksamkeit und dem Arbeitsgedächtnis sowie Hinweise für eine schwere Beeinträchtigung im Interpretieren von einfachen und komplexen Gesichtsausdrücken objektivieren lassen. Der Gesamt-Intelligenzquotient sei durchschnittlich. Im klinischen Eindruck habe der Beschwerdeführer affektiv etwas dysthym und reduziert schwingungsfähig gewirkt. Das Arbeitstempo sei verlangsamt gewesen und es habe sich eine leicht erhöhte motorische Unruhe gezeigt. Im Vergleich zur neuropsychologischen Voruntersuchung vom 6. Januar 2017 habe sich eine Leistungssteigerung im Bereich der Aufmerksamkeit (Aktivierbarkeit und selektive Aufmerksamkeit) gezeigt. Es sei zu beachten, dass aktuell die übrigen Funktionsbereiche zu Gunsten der Leistungsdiagnostik nicht erneut überprüft worden seien. In der Zusammenschau der Befunde sei am ehesten von einem komorbiden Auftreten einer einfachen Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung sowie einer Autismuspektrumstörung auszugehen (Urk. 9/80/8). Aus neuropsychologischer Sicht seien die Diagnosen eines Asperger-Syndroms (ICD-10 F84.5; Autismuspektrumstörung; DSM-V F84.0) und einer teilremittierten einfachen Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung (ICD-10 F90.8; gemischtes Erscheinungsbild, DSM-V F90.2) zu stellen. Differentialdiagnostisch seien der vordiagnostizierte Verdacht auf eine bipolare Störung und eine schizoide Persönlichkeitsstörung zu diskutieren. Ebenfalls auszuschliessen wäre eine Zwangsstörung (Urk. 9/80/9).

Gemäss dem ebenfalls mit der Neuanmeldung eingereichten Verlaufsbericht von Dr. D.____ vom Psychiatriezentrum B.____

zuhanden des Hausarztes vom 10. Dezember 2019 stellte diese die folgenden Diagnosen: Asperger-Syndrom (Autismuspektrumstörung [ASS]; ICD-10 F84.5), einfaches Aufmerksamkeitsdefizit-Syndrom (ADS; ICD-10 F90.0), ängstliche (selbstunsicher-vermeidende) Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F60.6), rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwer bis mittelgradig, teilremittiert. Im Verlauf der Therapie hätten sich deutliche anamnestic Hinweise auf ein ADS und in der weiteren Exploration auf eine Störung aus dem Autismuspektrum ergeben. Es sei eine neuropsychologische Abklärung durchgeführt worden, die die Verdachtsdiagnosen bestätigt habe. Damit würden sich die verschiedenen Schwierigkeiten des Beschwerdeführers im Lebensverlauf sehr gut erklären, unter anderem auch das Zustandekommen der Insolvenz in einer Selbständigkeit mit Kundenkontakt. Die Persönlichkeitsstörung und die rezidivierende depressive Störung seien in diesem Zusammenhang als komorbid zu beurteilen. Die Persönlichkeitsstörung könne im Zusammenhang mit der ASS gesehen werden, das Ausmass sei aber stärker und mit

relevanten Problemen im Leben verbunden, so dass die eigenständige Diagnose gerechtfertigt sei. Bezüglich der Arbeitsfähigkeit auf dem ersten Arbeitsmarkt sollte unter Einbezug der (neu) gestellten Diagnosen eine Neubeurteilung erfolge. Diese sei nach eigener Einschätzung relevant eingeschränkt, wahrscheinlich nur unter angepassten Bedingungen gegeben. Die Arbeitsfähigkeit dürfte bei höchstens

E. 11

Dezember 2019 (Urk. 9/75) der 1. Juni 2020 (vgl. Art. 29 Abs. 1 und Abs. 3 IVG). In Bezug auf das sogenannte

Wartjahr gemäss Art. 28 Abs. 1 lit . b IVG ist diesbezüglich daher insbesondere die Arbeitsfähigkeit (Art. 6 ATSG) ab dem 1. Juni 2019 massgeblich .

3. 3.1

Dem Feststellungsblatt der Beschwerdegegnerin vom 5. April 2018 (Urk. 9/66) ist zu entnehmen, dass vor

der mit Verfügung vom 18. Mai 2018 erlassenen Rentenabweisung (Urk. 9 / 68) der Bericht der Klinik Y.____

vom

16. November 2017 (Urk. 9/ 61) und der Verlaufsbericht des Psychiatriezentrums B.____ vom 19. März 2018 (Urk. 9/65)

eingeholt worden waren. Beim Entscheid fand allein der Verlaufsbericht des Psychiatriezentrums B.____

Beachtung (vgl. Urk. 9/66/6) . Denn i m Bericht der Klinik Y.____

vom

E. 16

November 2017 (Urk. 9/61) war lediglich ausgeführt

worden , dass die letzte stationäre Behandlung im Jahr 2016 erfolgt sei (Urk. 9/61/1) und seither keine weitere Behandlung durch die Ärzte der Klinik Y.____

stattgefunden hätten, weshalb für die betreffenden Fragen auf den Nachbehandler am Psychiatriezentrum B.____

verwiesen werde (Urk. 9/61/2-3).

Dem Verlaufsbericht des Psychiatriezentrums B.____

vom 19. März 2018 ist zu entnehmen, anhand der Schilderungen des Beschwerdeführers sei nebst den (bekannten) Diagnosen einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig leichtgradige Episode (ICD-10 F33.0), und psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol, gegenwärtig abgeklungen (ICD-10 F

E. 20

bis 30 % liegen (Urk. 9/73). 3.2.2

Die RAD-Ärztin Dr. C.____

schloss in ihrer Stellungnahme vom 12. März 2020 (Urk. 9/81/3-5) nach Einsicht in die Berichte der Psychiatriezentrum B.____-Neuropsychologen vom 27. September 2019 (Urk. 9/80) und von Dr. D.____ vom 10. Dezember 2019 (Urk. 9/73) darauf, die angegebenen, neuen Diagnosen könnten nicht nachvollzogen werden. Am ehesten spreche der neuropsychologische Bericht für das Vorliegen einer leichten depressiven Symptomatik, differentialdiagnostisch für eine Dysthymie (ICD-10 F34.1). Damit sei weiterhin kein IV-relevanter Gesundheitsschaden ausgewiesen (Urk. 9/81/5).

Zum Bericht von Dr. D.____ vom 10. Dezember 2019 (Urk. 9/73) stellte die RAD-Ärztin fest, die behandelnde Ärztin habe offensichtlich auf die Diagnosen, die von den Neuropsychologinnen gestellt worden seien, abgestellt, ohne sich selber dazu zu äussern. Neu sei auch die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung gestellt worden, die weder nachvollziehbar sei noch von der behandelnden Ärztin hergeleitet worden sei. Aufgrund dieses Berichts könne eine nur 20 bis 30%ige Arbeitsfähigkeit keinesfalls nachvollzogen werden (Urk. 9/81/5). 3.2.3

Im Bericht vom 15. Mai 2020 führte Dr. D.____ vom Psychiatriezentrum B.____ zuhanden der Beschwerdeführerin

ergänzend den Verlauf, die Anamnese (unter Berücksichtigung der Fremdanamnese der Ehefrau und der Sozialarbeiterin, Urk. 9/88/6) und die Diagnostik bezüglich der drei neu gestellten Diagnosen eines ADS (im Falle des Beschwerdeführers ohne Hyperaktivität), einer Autismusspektrumsstörung (Asperger Syndrom) und einer ängstlichen Persönlichkeitsstörung unter Berücksichtigung der Diagnosekriterien nach ICD-10 (International Statistical Classification of

Diseases and Related Health Problems) und nach DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) aus (Urk. 9/88). Ausserdem erklärte Dr. D.____, die Diagnosen seien nicht von den Neuropsychologen gestellt worden. Vielmehr sei aufgrund der Anamnese und der Ergebnisse im Autismus-Screening bei den Verdachtsdiagnosen auf AD(H)S und Asperger-Syndrom die Zuweisung an die neuropsychologische Abteilung durch sie, Dr. D.____, mit der Bitte um Abklärung erfolgt; das heisse, die Diagnosestellung sei bereits durch sie erfolgt. Die Neuropsychologen hätten diese Diagnosen aufgrund ausführlicher Testung bestätigt; dies in Anlehnung an die DSM-Kriterien, welche in diesen Fällen genauer seien als die ICD-10-Kriterien. Ihr Bericht (vom 10. Dezember 2019, Urk. 9/73) zuhanden des Hausarztes habe keine Begründungen der psychiatrischen Diagnosen enthalten, da dies von den Hausärzten nicht verlangt werde (Urk. 9/88/1). Bezüglich der zusätzlich vorhandenen depressiven Symptomatik mit rezidivierender depressiver Störung und der Suchtproblematik werde auf die Austrittsberichte der Klinik Y.____ verwiesen. Die depressive Störung sei als komorbid im Zusammenhang mit den Grunderkrankungen anzusehen und der früher erhöhte Alkoholkonsum als typische Folgestörung, unter anderem bedingt durch dysfunktionale Copingstrategien. Sollte der aktuelle psychopathologische Befund nach AMDP (Arbeitsgemeinschaft für Methodik und Dokumentation in der Psychiatrie) zusätzlich benötigt werden, bitte sie um entsprechende Benachrichtigung (Urk. 9/88/6). 3.2.4

Hierzu erklärte die RAD-Ärztin Dr. C.____ in der Stellungnahme vom 4. August 2020 (Urk. 9/91/3-4), Dr. D.____ habe ausführliche Anamnesen bezüglich (der Diagnosen) des AD(H)S und des Autismus dargelegt. Eine Diagnose könne sich indes im Allgemeinen nicht nur auf die Aussagen des Betroffenen stützen, da ein einzelner Test oder nur ein

Lebensumfeld nicht die komplette Differentialdiagnostik abdecken könne. Aus RAD-Sicht seien entgegen den Angaben von Dr.

D.____ weder alle Kriterien für eine ADHS- noch für die Autismus-Diagnose gegeben. Betreffend die Autismus-Diagnose würden zwar alle für die Diagnose notwendigen Einschränkungen beschrieben, jedoch könne diesen Ausführungen nicht vollständig gefolgt werden. So habe der Beschwerdeführer gemäss dem Auszug aus dem individuellen Konto (IK) vom 7. Januar 2020 (Urk. 9/78) über viele Jahre - jeweils auch bei denselben Arbeitgebern - arbeiten können, was bedeute, dass die sozialen Interaktionen nicht tiefgreifend gestört sein könnten. Im Übrigen sei nicht jedem gegeben, selbständig arbeiten zu können. Diese Einschränkung müsse also nicht krankhaft bedingt sein. Sich aus Unsicherheit nicht äussern zu können/

wollen, sei keine Einschränkung, die zum Autismusspektrum gehöre. Ebenfalls nicht dazu gehöre, dass sich jemand schuldig fühle, weil er nicht leisten könne, was erwartet werde. Auch eine fehlende Geselligkeit und das Schützen von geordneten Abläufen und Routinen seien nicht pathognomonisch. Wichtig wären dagegen die stereotypen Verhaltensweisen und unflexibles Festhalten an Routinen oder ritualisierten Mustern, was gegen eine bewegte Arbeitsanamnese sprechen würde. Insgesamt sei im Psychiatriezentrum B.____ -Bericht (von Dr. D.____ vom 15. Mai 2020; Urk.

9/88) ein Sammelsurium an Symptomen aufgeführt worden, die auf verschiedene der genannten Diagnosen zutreffen könnten, auch auf die Diagnose einer ängstlichen (selbstunsicher-vermeidenden) Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F60.6). Fraglich sei auch, weshalb diese Diagnosen nicht schon früher gestellt worden seien, wenn der Beschwerdeführer tatsächlich die genannten massiven Einschränkungen aufweise. Immerhin sei er seit April 2015 im Psychiatriezentrum B.____ in Behandlung. Im Übrigen sei vor dem Alkoholzug im Februar 2015 offenbar keine psychiatrisch-psychologische Behandlung notwendig gewesen, was bei den beschriebenen schweren Einschränkungen - schon seit der Kindheit - nicht wirklich nachvollziehbar wäre. Daraus sei das Fazit zu ziehen, dass die (neu gestellten) Diagnosen und vor allem die genannten resultierenden Einschränkungen, weiter hin nicht plausibel nachvollziehbar seien (Urk. 9/9 1/3-4). 3. 3

3.3.1

Wie sich aus der vorliegenden medizinischen Aktenlage ergibt, wurden im Vergleich mit dem Sachverhalt, wie er der Verfügung vom 18. Mai 2018 (Urk. 9/68) zugrunde gelegen hatte, durch die behandelnde Fachärztin Dr. D.____ vom Psychiatriezentrum B.____ neue psychiatrische Diagnosen gestellt, und zwar die Diagnosen eines Asperger-Syndroms (Autismusspektrumsstörung [ASS]; ICD-10 F84.5), eines einfachen Aufmerksamkeitsdefizit-Syndroms (ADS; ICD-10 F90.0) und einer ängstlichen (selbstunsicher-vermeidenden) Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F60.6; Urk. 9/73/1).

Ausserdem wurde die bereits bekannte Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung aufgeführt, welche indes neu nicht mehr als leichtgradige Episode (ICD-10 F33.0; Urk. 9/65/1), sondern als gegenwärtig schwer bis mittelgradig, teil remittiert (ICD-10 F33.4), bezeichnet wurde (Urk. 9/73/1). Nicht mehr aufgeführt respektive gestellt wurden dagegen die vormals noch erwähnten psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol, gegenwärtig abstinenz (ICD-10 F10.20), und

eine akzentuierte Persönlichkeit, anank astisch (zwanghaft; ICD-10 Z73; U rk. 9/65/1) . In somatischer Hinsicht wurde im neuropsyc hologischen Psychiatriezentrum B.____ -Bericht vom 27. September 2019 zudem neu eine Hüftoperation vor zwei Mona ten, mithin zirka im Juni oder Juli 2019, erwähnt, welche dem Beschwerdeführer starke Schmerzen und Schlafprobleme verursache (Urk. 9/80/2-3). 3.3.2

Die Diagnosen eines Asperger-Syndroms (Autismusspektrumstörung [ASS]; ICD-10 F84.5) und eines einfachen Aufmerksamkeitsdefizit-Syndroms (ADS; ICD-10

F 90.0) , welche von der RAD-Ärztin Dr. C.____ als nicht nachvollziehbar beurteilt wurden (U rk. 9/81/5, Urk. 9/91/3-4), betreffen Beschwerdebilder, deren S ymptome - unabhängig von der

Frage, ob diese pathologisch sei en und diagnos tisch korrekt eingeordnet wurde n - jedenfalls nicht erst seit der letzten Anspruchs verneinung i m Mai 2018 (U rk.

9/68) aufgetreten sind. Die diesbezüglichen im Psychiatriezentrum B.____ -Bericht von Dr. D.____

vom 15. Mai 2020 in der Anamnese (Urk. 9/88/2-4) und in der Beurteilung der Diagnosekriterien zu ADS und ASS (Urk. 9/88/4-5) aufgeführte Beeinträchtigungen hatten nach den Angaben in diesem Bericht be reits dav o r -

namentlich seit der Kindheit -

bestanden (vgl. auch Urk. 9/80/9) .

D amit aber eine Neuprüfung der Anspruchsvoraussetzungen gerechtfertigt ist, müsste rechtsprechungsgemäss eine neue Diagnose im Sinne eines neu hinzu ge kommenen Krankheitsbildes oder eine Verschlechterung eines damals bestan denen Leidens im Sinne einer veränderten Befundlage nachgewiesen sein (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_37/2013 vom 25. April 2013 E. 4.2). E ine lediglich unterschiedliche diagnostische Einordnung des geltend gemachten Leidens ge nügt nicht , um auf einen verbesserten oder verschlechterten Gesundheitszustand zu schliessen; notwendig ist in diesem Zusammenhang vielmehr eine veränderte Befundlage (Urteil des Bundesgerichts 9C_135/2021 vom 27. April 2021 E. 2.1 m it Hinweisen).

Darauf, d ass sich hier in Bezug auf die neu gestellten Diagnosen einer ADS und ASS eine Verschlechterung der betreffenden Symptomatik seit 2018 ergeben hätte, sind den neuen Psychiatriezentrum B.____ -Berichten indes keine Hinweise zu entneh men .

Dasselbe gilt auch in Bezug auf die neu gestellte Diagnose einer ängstliche n (selbst unsicher-vermeidende) Persön lichkeitsstörung (ICD-10 F60.6) . Auch dies be züg lich - soweit aufgrund der lediglich knappen Erläuterungen in den Psychiatriezentrum B.____ -Berichten von Dr. D.____ ohne separate, konkret auf den Beschwerdeführer be zogene Befundschilderung (Urk. 9/73/1, Urk. 9/88/6) überhaupt nachvollziehbar - ist nicht von einem neuen Leiden auszugehen, sondern lediglich von einer neuen diagnostischen Einordnung. Gemäss Dr. D.____ kann die Diagnose einer Persön lichkeitsstörung denn auch im Zusammenhang mit der ASS gesehen werden und die eigenständige Diagnose sei (nur) gestellt worden, weil das Aus mass stärker und mit relevanten Problemen im Leben verbunden sei (U rk. 9/73/1).

Dass sich die diesbezüglichen Probleme und Beschwerden erst nach Mai 2018 entwickelt und/oder verschlechtert hätten, geht aus ihren Berichten dagegen nicht hervor. Von den vorherigen behandelnden Ärzten des Psychiazentrums B.____ waren die besonderen Persönlichkeitsaspekte und Verhaltensauffälligkeiten vor Mai 2018 zudem bereits mit der Diagnose einer akzentuierten Persönlichkeit, anankastisch (zwanghaft; ICD-10 Z73), und der Diagnose psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol, gegenwärtig abstinent (ICD-10 F 10.20), berücksichtigt worden (Bericht vom 19. März 2018, Urk. 9/65/1 -2).

Wegen des Grundsatzes, dass die bloss andere, abweichende Beurteilung eines im Wesentlichen unveränderten Sachverhalts keine revisionsbegründende oder im Rahmen der Neuanschuldung

relevante Änderung darstellt, ist in Bezug auf die neu gestellten Diagnosen eines ADS, eines ASS und einer Persönlichkeitsstörung somit kein Grund für eine Neuprüfung der Anspruchsvoraussetzungen gegeben. 3.3.3

In Bezug auf die von Dr. D.____ gestellte Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig schwer bis mittelgradig, teilremittiert (ICD-10 F33.4; Urk. 9/73/1), deutet die Bezeichnung «schwer bis mittelgradig» im Vergleich mit der vorbestehenden leichtgradigen Episode (ICD-10 F33.0; Urk. 9/65/1) auf eine Verschlechterung der depressiven Symptomatik hin. Jedoch wird dies mit dem Wort «teilremittiert» wieder relativiert. Der Diagnosecode ICD-10 F33.4 bedeutet zudem (ebenfalls), dass eine rezidivierende depressive Störung vorliegt, die gegenwärtig remittiert ist. Nach der ICD-Diagnosebeschreibung sind die Kriterien für eine der Störungen nach ICD-10 F33.0-F33.3 in der Anamnese erfüllt, aber in den letzten Monaten bestanden keine depressiven Symptome (Dilling, Mombour, Schmidt [Hrsg.], ICD-10, Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V (F), Klinisch-diagnostische Leitlinien, 10. Auflage, S. 180 f.).

Daher ist nicht davon auszugehen, dass die gestellte Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig schwer bis mittelgradig, teilremittiert (ICD-10 F33.4; Urk.

9/73/1), eine erhebliche Verschlechterung des Gesundheitszustandes im Vergleich zu jenem im Mai 2018 bedeutet, zumal in den neuen Psychiazentrum B.____-Berichten auch keine solche Verschlechterung der depressiven Symptomatik in der Zeit nach Mai 2018 beschrieben wurde (Urk. 9/73, Urk. 9/80, Urk. 9/88).

Dr. D.____ verwies bezüglich der depressiven Symptomatik ferner auf die Austrittsberichte der Klinik Y.____ und bezeichnete die depressive Störung als komorbid im Zusammenhang mit den Grunderkrankungen (Urk. 9/88/6). Der letzte Austrittsbericht der Klinik Y.____ stammt allerdings aus der Zeit vor der letzten Rentenabweisung im Mai 2018 (Urk. 9/68) und betrifft eine stationäre Behandlung im Sommer 2016 (Bericht vom 13. September 2016, Urk. 9/33; vgl. auch Bericht der Klinik Y.____

vom 16. November 2017, Urk. 9/61/2). Dass in der Zeit nach Mai 2018 wieder der damalige Schweregrad der depressiven Symptomatik erreicht worden wäre, ist damit nicht anzunehmen.

Somit rechtfertigt auch die Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig schwer bis mittelgradig, teilremittiert (ICD-10 F33.4; Urk. 9/73/1), keine

Neuprüfung

der Anspruchsvoraussetzungen. 3.3.4

In Bezug auf die vor dem 18. Mai 2018 (Urk. 9/68) von den Ärzten der Klinik Y.____ und des Psychiatriezentrums B.____ gestellte Diagnose psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol : Abhängigkeitssyndrom , gegenwärtig abstinent (ICD-10 F10.20 ; Erstdiagnose 2007; Urk. 9/61/1, Urk. 9/65/1), ist ebenfalls keine massgebliche Veränderung anzunehmen. Denn

auch in diesem Zusammenhang

sind bei - soweit aktenkundig - anhaltender Abstinenz keine Hinweise auf neue oder erheblich veränderte Befunde und Gesundheitsbeeinträchtigungen von Mai 2018 (Urk. 9/68) bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung vom 18. August 2020 (Urk. 2) gegeben.

Daran ändert im Übrigen auch nichts, dass in diesem Zeitraum mit dem neuen bundesgerichtlichen Leitentscheid BGE 145 V 215 (Urteil 9C_724/2018 vom 11.

Juli 2019) nunmehr auch eine primäre Abhängigkeit von Suchtmitteln grundsätzlich als invalidisierender Gesundheitsschaden in Frage kommt (vgl. dazu E.

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