

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2021.00378 vom 6. Dezember 2005**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2005-12-06, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2021.00378](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2021.00378)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2021.00378 du 6 décembre 2005

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2021.00378 del 6 dicembre 2005

## **Erwägungen**

### **E. 1.1**

Am 1. Januar 2022 sind die geänderten Bestimmungen des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG), der Verordnung über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSV), des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) sowie der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV) in Kraft getreten.

In zeitlicher Hinsicht sind – vorbehältlich besonderer übergangsrechtlicher Regelungen – grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgebend, die bei Erfüllung des rechtlich zu ordnenden oder zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben (BGE 146 V 364 E. 7.1, 144 V 210 E. 4.3.1, je mit Hinweisen). Da ferner das Sozialversicherungsgericht bei der Beurteilung eines Falles in der Regel auf den bis zum Zeitpunkt des Erlasses der streitigen Verfügung beziehungsweise des streitigen Einspracheentscheids eingetretenen Sachverhalt abstellt (BGE 144 V 210 E. 4.3.1, 132 V 215 E. 3.1.1, je mit Hinweisen), sind vorliegend die bis 31. Dezember 2021 gültig gewesenen Rechtsvorschriften anwendbar, die nach folgend auch in dieser Fassung zitiert werden.

### **E. 1.2**

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 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. 1.3**

Die Annahme eines psychischen Gesundheitsschadens im Sinne von Art. 4 Abs. 1 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 objektivierten 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, 13

#### **E. 1.4**

Wurde eine Rente wegen eines zu geringen Invaliditätsgrades verweigert, so wird nach Art. 87 Abs.

3 IVV eine neue Anmeldung nur geprüft, wenn die Voraussetzungen gemäss Abs. 2 dieser Bestimmung erfüllt sind. Danach ist im Revisionsgesuch glaubhaft zu machen, dass sich der Grad der Invalidität der versicherten Person in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert hat.

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. Tritt die Verwaltung auf die Neuanschuldung ein, so hat sie die Sache materiell abzuklären und sich zu vergewissern, ob die von der versicherten Person glaubhaft gemachte Veränderung des Invaliditätsgrades auch tatsächlich eingetreten ist; sie hat demnach in analoger Weise wie bei einem Revisionsfall nach Art. 17 Abs. 1 ATSG vorzugehen (BGE 117 V 198 E. 3a, vgl. auch BGE 133 V 108 E. 5.2). Stellt sie fest, dass der Invaliditätsgrad seit Erlass der früheren rechtskräftigen Verfügung keine Veränderung erfahren hat, so weist sie das neue Gesuch ab. Andernfalls hat sie zunächst noch zu prüfen, ob die festgestellte Veränderung genügt, um nunmehr eine anspruchsbegründende Invalidität zu bejahen, und hernach zu beschliessen. Im Beschwerdefall obliegt die gleiche materielle Prüfungspflicht auch dem Gericht (Urteil des Bundesgerichts 9C\_351/2020 vom 21. September 2020 E. 3.1, insbesondere mit Hinweis auf

BGE 117 V 198 E. 3a, 109 V 108 E. 2b).

#### **E. 1.5**

Versicherungsträger und das Sozialversicherungsgericht haben die Beweise frei, das heisst ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Für das Beschwerdeverfahren bedeutet dies, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestatten. Insbesondere darf es bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt (BGE 125 V 351 E. 3a).

Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob er für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten begründet sind. Zudem muss der Arzt über die notwendigen fachlichen Qualifikationen verfügen. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (BGE 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a; Urteil des Bundesgerichts 8C\_225/2021 vom 10. Juni 2021 E. 3.2, je mit Hinweisen). 2.

Die Beschwerdeführerin erwog im angefochtenen Entscheid (Urk. 2), dass der Beschwerdeführer die ihm am 30. März 2015 auferlegte medizinische Massnahme, sich einer Alkohol- und Suchtmittelentwöhnung zu unterziehen und zusätzliche eine Gewichtsreduktion anzustreben, nicht erfüllt habe. In den aktuellen Unterlagen werde darauf hingewiesen, dass keine Hinweise auf einen Medikamenten-, Alkohol- oder Drogenabusus beständen. Eine konsequente und kontrollierte Opiat- und Benzodiazepin-Entgiftung und Entwöhnung sei bis anhin jedoch nicht durchgeführt worden. Aus den vorliegenden Berichten gehe hervor, dass der Beschwerdeführer im Verlauf der vergangenen Jahre und auch weiterhin verordnete Opioid-Analgetika sowie Benzodiazepine regelmässig einnehme. Auch eine wesentliche Gewichtsreduktion sei bis anhin nicht eingetreten. Die Auflage habe den Hintergrund gehabt, dass von den damaligen Gutachtern ein leitlinienwidriger (nicht dokumentierter, zudem auch als unwirksam und potentiell suchtsindizierender) Pharmaka-Fehlgebrauch beschrieben worden sei. Dieser sei auch dazu geeignet, zu depressiven Störungen und Beeinträchtigungen der Kognition zu führen. Bis zu einer vollständigen und kontrollierten Entgiftung und Entwöhnung sei zumindest anteilig, wenn nicht wesentlich, die gesamte Symptomatik des Beschwerdeführers verstehbar. Gerade die aktuell vom Beschwerdeführer beklagten Symptome zeigten die weiterhin bestehende Notwendigkeit dieser Massnahme auf.

Im Weiteren gingen aus den vorliegenden Unterlagen keine neuen oder bisher unberücksichtigten medizinischen Fakten oder Tatsachen hervor. Die Diagnose der rezidivierenden depressiven Störung stelle keine dauerhafte Verschlechterung des Gesundheitszustandes dar. Bisher sei im Verlauf der Behandlung eine Besserung erzielt worden. Der Beschwerdeführer habe die therapeutischen Einrichtungen jeweils in einem deutlich besseren Zustand verlassen. Es sei davon auszugehen, dass sich auch die im Juli 2020 festgestellte schwere depressive Episode wieder bessern werde. Damit könne keine wesentliche, dauerhafte Veränderung des Gesundheitszustandes seit der Begutachtung von 2015 festgestellt werden. Eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren, wie im Bericht der Psychiatrie B.\_\_\_\_ vom 30. Juni 2020 geltend gemacht, sei bereits im psychiatrischen Gutachten vom 19. Januar 2015 explizit ausgeschlossen worden. Dort sei festgehalten worden, dass obwohl der Schmerz mit einer psychosozialen Belastungssituation (Verlust des Arbeitsplatzes Ende 2013, recte: 2003) einhergehe, die im Vorgutachten von 2011 festgestellte Diagnose einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung nicht nachvollziehbar sei. Es ergebe sich der Verdacht auf eine bewusstseinsnahe Verdeutlichung. Im Bericht der Psychiatrie B.\_\_\_\_ vom 30. Juni 2020 werde weiter ausgeführt, dass der Beginn der Schmerzproblematik nach einem Arbeitsunfall 2003 mit Schulterverletzung und Operation 2004 bestehe. In der Folge habe sich eine Chronifizierung der Schmerzen und Ausweitung auf weitere Körperteile (linkes Knie und rechter Ellenbogen) ergeben. Spätestens ab 2010 sei eine depressive Entwicklung mit sozialem Rückzug, Antriebslosigkeit, Freud- und Interesselosigkeit entstanden. Zudem werde festgehalten, dass sich die Symptomatik nicht seit 2018 entwickle, sondern sich so unverändert seit über 10 Jahren darstelle. Die Schmerzproblematik mit depressiver Entwicklung sei ausführlich im Gutachten 2015 in allen Fachdisziplinen diskutiert worden. Die gleiche Symptomatik habe bereits im Gutachten 2011 bestanden. Dies sei zu erwähnen, da dort im Wortlaut das generalisierte fibromyalgieforme Schmerzsyndrom mit 18/18 positiven Tenderpoints im Einwandschreiben aufgeführt worden sei. 2.2

Demgegenüber brachte der Beschwerdeführer im Wesentlichen vor (Urk. 1), dass dem Beschwerdeführer mit Schreiben vom 30. März 2015 die Schadenminderungspflicht, sich einer Alkohol- und Suchtmittelentwöhnung zu unterziehen und zusätzlich sei eine Gewichtsreduktion anzustreben, auferlegt worden sei, wogegen er protestiert habe. Aus den gesamten IV-Akten, insbesondere dem C.\_\_\_\_-Gutachten gehe aber mit aller Deutlichkeit hervor, dass er zu keinem Zeitpunkt weder an einer Alkohol- noch einer Drogensucht (Suchtmittel) gelitten habe. Weshalb die Beschwerdegegnerin in der angefochtenen Verfügung nun erwähne, es sei nie eine konsequente und kontrollierte Opiat- und Benzodiazepin-Entgiftung und Entwöhnung durchgeführt worden, sei nicht nachvollziehbar, da eine solche aufgrund des Wortlautes der Auflage nie verfügt worden sei. Dieses widersprüchliche Verhalten verdiene keinen Rechtsschutz, wobei auch unklar sei, ob die Beschwerdegegnerin aus der angeblich unterlassenen Befolgung der Schadenminderungspflicht Konsequenzen ziehe und wenn ja, welche. Jedenfalls stehe aufgrund der medizinischen Berichte fest, dass seit 2016/2018 kein Pharmaka-Fehlgebrauch – wie 2015 gutachterlich beschrieben – mehr bestehe. Entsprechend könnten die Gründe für die von ihm beklagten Symptome nicht im Wesentlichen mit einem solchen Fehlgebrauch begründet werden.

Zudem sei eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes im Vergleich zur Situation 2014/2015 ausgewiesen, sowohl in psychischer wie in somatischer Hinsicht. So befinde er sich seit Februar 2018 in regelmässiger psychiatrischer Behandlung und sei seither drei Mal stationär hospitalisiert gewesen. Das psychische Leiden habe sich – bei einem Verzicht auf die Einnahme hochpotenter Opiate und Benzodiazepine (entsprechend kein Pharmaka-Fehlgebrauch) – akzentuiert, so sei bei ihm neu unter anderem eine rezidivierende depressive Störung, mittelgradige Episode – im Juni 2020 gar eine schwere Episode –, mit selbstverletzendem Verhalten diagnostiziert worden. Durch das im 2018 erstmals diagnostizierte chronische lumbospondylogene Syndrom habe sich auch die somatische Situation verschlechtert. 3.

Vorweg ist festzuhalten, dass die vom Beschwerdeführer angebehrte invaliden versicherungsrechtliche Leistung nach stattgehabter materieller Abklärung mit der vorliegend angefochtenen Verfügung vom 4. Mai 2021 (Urk. 2)

mit der Begründung abgewiesen wurde, dass keine dauerhafte Veränderung des Gesundheitszustandes seit der Begutachtung von 2015 zu konstatieren sei.

Soweit in der angefochtenen Verfügung auf die mit Schreiben vom 30. März 2015 (Urk. 6/132) auferlegte Schadenminderungspflicht Bezug genommen wird, ist festzuhalten, dass im damaligen Schreiben der Beschwerdeführer zu einer «Alkohol- und Suchtmittelentwöhnung» angehalten wurde. Wenn dem Beschwerdeführer in der angefochtenen Verfügung nunmehr vorgeworfen wird, keine «kontrollierte Opiat- und Benzodiazepin-Entgiftung und -Entwöhnung» durchgeführt zu haben, ist dieser Vorwurf nicht geeignet, dem Beschwerdeführer die Missachtung der damals auferlegten Schadenminderungspflicht vorzuhalten. Medikamente und Suchtmittel sind grundsätzlich ganz unterschiedliche Dinge, entsprechend kann nicht erwartet werden, dass der Beschwerdeführer unter Suchtmittelmissbrauch auch Medikamentenmissbrauch verstanden haben muss. Hinzu kommt, dass einerseits im damaligen Schreiben nicht davon die Rede war, dass die Entwöhnung kontrolliert durchzuführen sei, und andererseits dem Beschwerdeführer in der angefochtenen Verfügung kein Alkohol- oder sonstiger Suchtmittelgebrauch vorgeworfen wird. Damit lässt sich die angefochtene Verfügung nicht

mit dem Argument schützen, der Beschwerdeführer habe die ihm auf erlegte Schadenminderungspflicht verletzt. 4. 4 .1

Zeitliche Vergleichsbasis für die Beurteilung einer anspruchserheblichen Änderung des Invaliditätsgrades bilden die letzte rechtskräftige Verfügung oder der letzte rechtskräftige Einspracheentscheid, welche oder welcher auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Invaliditätsbemessung beruht (BGE 133 V 108; vgl. auch BGE 130 V 71 E. 3.2.3; Urteil des Bundesgerichts 9C\_438/2009 vom 26. März 2010 E. 2.1 mit Hinweisen), vorliegend die mit Gerichtsurteil IV.2015.00887 vom 22. September 2016 (Urk. 6/150) bes tätigte Verfügung der IV-Stelle vom 2. Juli 2015 (Urk. 6/141). 4 .2

Das hies ige Gericht hielt mit Urteil IV.2015.00887 vom 15. Oktober 2016 vom 22. September 2016 fest, d ass

gestützt auf das überzeugende C.\_\_\_\_-Gutachten vom 19. Januar 2015 (Urk. 6/128) von einer seit den Rentenverfügungen vom 31. Januar und 15. Februar 2013 (Urk. 6/100-101) eingetretenen anspruchserheb lichen Verbesserung des Gesundheitszustandes sowie damit einhergehend von einer 100%igen Arbeitsfähigkeit in einer aus orthopädischer Sicht behinderungs angepassten Tätigkeit (körperlich leicht, wechselbelastend oder überwiegend sitzend, ohne Nacharbeit und ohne häufigen Überkopfeinsatz des [nicht domi nanten] linken Armes ) auszugehen sei (E. 4.6). Aus psychiatrischer Sicht sei es aufgrund der nur noch leicht ausgeprägten Befundlage zu einer weitgehenden Remission der ursprünglichen mittelgradigen (allenfalls sogar schwergradigen ) depressiven Episode

gekommen. Auch das Vorliegen einer somatoformen Schmerz störung sei verneint und überzeugend damit begründet worden, dass die geklagten Beschwerden nur unzureichend erklärbar seien und nur vage und unpräzise vorgetragen würden. Der diesbezüglich dargelegte Zusammenhang zwischen dem Opiat- und Benzodiazepin-Fehlgebrauch und der fortwährenden reklamierten Schmerz-Symptomatik im Sinne einer Alibibilisierung des Suchtmittelkonsums erschien dem Gericht damals durchaus nachvollziehba r (vgl. Urteil E. 4.4.1). Hinsichtlich der im Vorgutachten von 2012 gestellten neurologischen Verdachtsdiagnose einer primären Lateralsklerose mit linksseitiger Hemiparese hielt das Gericht gestützt auf die schlüssigen Darlegungen des begutachtenden Neurologen fest, dass sich diese mangels (letaler) Progredienz sogar falsifiziert habe und die vom Beschwerdeführer (aggravatorisch) beklagte neurologische Symptomatik zumindest anteilig wesentlich auch im Kontext des leitlinien widrigen Schmerzmittelgebrauchs stehe (vgl. Urteil E. 4.4.2). 5 . 5 .1

Die angefochtene Verfügung vom 4. Mai 2021 (Urk. 2), mit welcher das Leis tungsbegehren erneut abgewiesen wurde, basierte auf folgenden medizinischen Beurteilungen: 5 .2

Im Bericht der Psychiatrie B.\_\_\_\_ vom 2. Mai 2019 (Urk. 6/161 S. 1-2), wo der Beschwerde führer vom 25. April bis 2. Mai 2019 – und zuvor schon vom 16. Februar bis 8. März 2018 sowie vom 1. bis 22. November 2018 – stationär hospitalisiert war, wurden folgende Austrittsdiagnosen aufgeführt:

-

Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode  
(ICD-10: F33.1)

-

Chronische

Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren

(ICD-10: F45.41)

-

Generalisiertes fibromyalgieformes Schmerzsyndrom (beziehungsweise generalisiertes Schmerzsyndrom mit 18/18 Tenderpoints positiv, differential - diagnostisch : Schmerzverarbeitungsstörung )

-

Schulter-Arm-Syndrom links

-

Chronifizierte invalidisierende Periarthropathia Schulter links

-

Status nach offener dorsaler Labrumreposition 20. Januar 2004

-

Unklares neurologisches Zustandsbild mit erhöhtem Muskeltonus, vor allem der unteren Extremitäten (Erstdiagnose Februar 2012: Diagnose einer zentralen progredienten Erkrankung mit positiven Pyramiden-Zeichen und dem Verdacht auf ALS)

-

Chronisches lumbospondylogenes Syndrom (Erstdiagnose 2018) ,  
anam

nestisch

segmentale Dysfunktionen der LWS, klinisch myofasiales

Schmerz syndrom

-

Status nach Dissektion des Truncus

Coeliacus , persistierender Verschluss

der Arteria

hepatica

communis und Stenose der proximalen Arteria

lienalis (März 2010)

-

Makrozytäre Anämie (November 2018) 5 .3

Der behandelnde Hausarzt Dr. med. D.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Innere Medizin, hielt in seinem Schreiben vom 17. Mai 2019 (Urk. 6/160) zuhanden der Beschwerdegegnerin fest, dass sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers verschlechtert habe und er seit Februar 2018 dreimal in der Psychiatrie B.\_\_\_\_ in stationärer Hospitalisation gewesen sei (vom 16. Februar bis 8. März 2019, vom 1. bis 21. November 2018 und vom 25. April bis 2. Mai 2019). 5.4

Die Psychiatrie B.\_\_\_\_ bestätigte in ihrem Schreiben vom 22. Mai 2019 (Urk. 6/162) zuhanden der Beschwerdegegnerin, dass sich der Beschwerdeführer seit Februar 2018 wiederholt in ihrer stationären und ambulanten Behandlung befinde. Während des Behandlungszeitraumes habe der Beschwerdeführer zu keinem Zeitpunkt Opiode oder opiathaltige Medikamente verschrieben bekommen. Auch beständen keine Hinweise auf sonstigen Medikamenten-, Alkohol- oder Drogenabusus. Anamnestisch sei die Therapie mit Opiaten bereits 2016 sistiert worden, was durch den Hausarzt bestätigt worden sei. 5.5

Im Bericht der Psychiatrie B.\_\_\_\_ vom 14. August 2019 (Urk. 6/164) zuhanden der Beschwerdegegnerin wurde aufgeführt, dass sich der arbeitslose und von der SUVA berentete Beschwerdeführer vom 16. Februar bis 8. März 2018, vom 1. bis 22. November 2018 und vom 25. April bis 2. Mai 2019 dort in stationärer Behandlung befunden habe. Darin wurden folgende psychiatrische Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit genannt:

-

Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode

-

mit selbstverletzendem Verhalten (Schnittwunde, Brandwunde durch Zigaretten, ICD-10: F33.1, Erstdiagnose März 2010)

-

Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10: F45.41, Erstdiagnose: März 2010)

Zudem wurden dieselben somatischen Diagnosen genannt wie im Kurzaustrittsbericht der Psychiatrie B.\_\_\_\_ vom 2. Mai 2019 (vgl. E. 4.2). Der Beschwerdeführer komme ursprünglich aus Italien, er lebe seit circa 24 Jahren in der Schweiz. Er lebe zusammen mit seiner Frau gemeinsam in E.\_\_\_\_. Er sei gelernter Gipser für Fassaden und Maler. Seit der Schulteroperation im Jahr 2004 arbeite er nicht mehr. 2010 habe er einen Herzinfarkt erlitten. Er erhalte eine 25%-Rente der SUVA. Die Ehefrau arbeite noch, sie hätten aber Geldprobleme. Der jüngere Sohn sei in der Lehre und die Tochter habe bereits ein Kind und lebe seit deren Scheidung wieder bei den Eltern. Der Beschwerdeführer sei am 25. April 2019 zur stationären akut psychiatrischen Behandlung für eine Krisenintervention eingetreten. Er habe starke Schmerzen, Schlafstörungen und Ängste angegeben. Er sei auch ambulant in Behandlung. Nach einer einwöchigen Krisenintervention sei der Beschwerdeführer in leicht gebessertem Zustandsbild in die gegebenen Umstände eingetreten. Die vorbestehende Medikation sei unverändert fortgeführt worden. Aufgrund der kurzen Beobachtungszeit sei eine Prognose sowie die Arbeitsfähigkeit erschwert einzuschätzen. 5.6

Im Bericht der Psychiatrie B.\_\_\_\_ vom 30. Juni 2020 (Urk. 6/17 3 ) zuhanden der B eschwerde gegnerin wurden folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gestellt:

-

Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode (ICD-10: F33.2)

-

Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10: 45.41)

Z ur Entwicklung und Vorgeschichte des Beschwerdeführers wurde festgehalten, dass die Schmerzsymptomatik nach einem Arbeitsunfall 2003 mit Schulterverletzung und Operation 2004 begonnen habe. Es sei zu keiner Besserung der Schmerzen gekommen. In der Folge hätten sich die Schmerzen chronifiziert und auf weitere Körperteile (unter anderem linkes Knie [Arthrose] und rechter Ellenbogen) ausgeweitet. Spätestens ab 2010 sei eine depressive Entwicklung mit sozialem Rückzug, Antriebslosigkeit, Freud- und Interessenverlust dokumentiert. Aufgrund des langjährigen Krankheitsprozesses zeige sich eine deutliche Chronifizierung, aktuell fibromyalgieähnliche, nahezu ubiquitäre Schmerzen des Bewegungssapates. Der Beschwerdeführer verfüge über wenig vorhandene Ressourcen. Es komme rezidivierend zu einer Verstärkung in der depressiven Symptomatik, teils mit Selbstverletzung und suizidalen Gedanken. Der Beschwerdeführer sei in seiner Alltagsbewältigung, Mobilität und seinen interaktionellen Fähigkeiten stark eingeschränkt. Es bestehe ein hoher Leidensdruck.

Im Psychostatus vom 22. Juni 2022 habe sich ein wacher und bewusstseinsklarer, zu allen Qualitäten orientiert, vorgealtert wirkend und am Stock gehend er Beschwerdeführer gezeigt. Im Gespräch sei er auskunftsbereit und zugewandt gewesen. Die Konzentration und das Gedächtnis seien subjektiv reduziert gewesen. Im formalen Denken habe er sich stark eingengt auf Schmerzen, « auch Nervosität », verschiedene Behandlungen und Versicherungsfragen präsentiert. Es habe ein starkes Grübeln über körperliches Befinden vorgelegen. Er habe häufig vorbegeredet. Es hätten sich keine Hinweise auf Wahn, Wahrnehmungsstörungen oder Ich-Erlebnisstörungen gezeigt. Er habe Zukunftsängste angegeben. Es hätten sich keine Phobien oder Zwänge gezeigt. Im Affekt habe der Beschwerdeführer stark bedrückt gewirkt mit Affektverarmung und -verflachung. Er habe Freud- und Interesselosigkeit gezeigt und deutlich sozial zurückgezogen gelebt. Es hätten Ein- und Durchschlafstörungen – teils schmerzbedingt – bestanden. Der Appetit sei als normal angegeben worden. Es komme gelegentlich zu selbstverletzendem Verhalten mit Ritzen beider Arme zum Spannungsabbau und zum Ablenken von Schmerzen. Intermittierend seien suizidale Gedanken vorhanden, wobei er sich aktuell von konkreten Absichten klar distanzieren. Zudem sei der Antrieb stark vermindert gewesen. Der

Beschwerdeführer sei aktuell zu 100 % arbeitsunfähig sowohl in seiner angestammten Tätigkeit als auch in einer angepassten Tätigkeit. Die deutliche Chronifizierung der Symptomatik, die starken Schmerzen sowie wechselnden depressiven Beschwerden machten jegliche Arbeit unmöglich. Aufgrund der Chronifizierung der Symptomatik sei eine Besserung unwahrscheinlich. Die aktuelle Therapie diene dem Vorbeugen weiterer

Verschlechterung, insbesondere dem Verhindern von Selbstgefährdung und suizidalem Verhalten sowie dem Verhindern von erneuten stationären Aufenthalten. Der Beschwerdeführer zeige als Funktionseinschränkungen eine erhebliche Beeinträchtigung bei der Konzentration, dem Durchhaltevermögen, der Wissensanwendung, der Selbstbehauptungsfähigkeit, der Planung und Strukturierung von Aufgaben sowie der Selbstversorgung. Dies ergebe sich aus dem beiliegenden Mini-ICF (S. 6 ff.). Der Beschwerdeführer spreche Italienisch, aber nur gebrochenes Deutsch. Der Kontakt zur Familie sei gut. Weitere Ressourcen lägen nicht vor. Autofahre er nicht. Der Beschwerdeführer sei nicht eingliederungsfähig. Er sei für alle Tätigkeiten auf dem ersten Arbeitsmarkt als arbeitsunfähig anzusehen. Eine Besserung durch Eingliederungsmassnahmen sei nicht zu erwarten, dies wegen der Chronifizierung und Multimorbidität. Der Beschwerdeführer bedürfe zudem bei nahezu allen Tätigkeiten im Haushalt Unterstützung. Er zeige sich im Haushalt sehr passiv, dieser werde fast ausschliesslich durch die Ehefrau ausgeführt. Er könne basale Körperhygiene aufrechterhalten, benötige aber selbst beim Ankleiden teils Unterstützung durch die Ehefrau. Einkaufen, Wäsche machen, Haushaltsführung oder Kochen sei ihm nicht möglich. Wie bereits im Schreiben vom 22. Mai 2019 erwähnt, sei der Beschwerdeführer seit 2016 abstinent von Opioiden oder opiat haltigen Medikamenten. Es ergäben sich keine Hinweise auf Medikamenten-, Alkohol- oder Drogenabusus. 6.

## **E. 6**

abgewiesen (Urk. 6/150).

### **E. 6.1**

Das Gericht kann die Angelegenheit zu neuer Entscheidung an die Vorinstanz zurückweisen, besonders wenn mit dem angefochtenen Entscheid nicht auf die Sache eingetreten oder der Sachverhalt ungenügend festgestellt wurde (§ 26 Abs. 1 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht, GSVGer).

Bei ungenügenden Abklärungen durch den Versicherungsträger holt die Beschwerdeinstanz im Regelfall ein Gerichtsgutachten ein, wenn sie einen (im Verwaltungsverfahren anderweitig erhobenen) medizinischen Sachverhalt überhaupt für gutachterlich abklärungsbedürftig hält oder wenn eine Administrativexpertise in einem rechtserheblichen Punkt nicht beweiskräftig ist. Die betreffende Beweiserhebung erfolgt alsdann vor der – anschliessend reformatorisch entscheidenden – Beschwerdeinstanz selber statt über eine Rückweisung an die Verwaltung. Eine Rückweisung an den Versicherungsträger bleibt hingegen möglich, wenn sie allein in der notwendigen Erhebung einer bisher vollständig ungeklärten Frage begründet ist. Ausserdem bleibt es dem kantonalen Gericht (unter dem Aspekt der Verfahrensgarantien) unbenommen, eine Sache zurückzuweisen, wenn lediglich eine Klarstellung, Präzisierung oder Ergänzung von gutachterlichen Ausführungen erforderlich ist (BGE 139 V 99 E. 1.1, 137 V 210 E. 4.4.1.4 mit Hinweisen; Urteil des Bundesgerichts 9C\_354/2020 vom 8. September 2020 E. 2.1).

### **E. 6.2**

Gestützt auf die vorhandene medizinische Aktenlage ist ausgewiesen, dass im Vergleichszeitpunkt (die mit Urteil IV.2015.00887 vom 22. September 2016 bestätigte Verfügung vom 2. Juli 2015, Urk. 6/141) als gesundheitliche Problematik in psychischer Hinsicht eine weitgehend remittierte mögliche mittelgradige Episode – vor dem Hintergrund einer psychosozialen Belastungssituation –

vorlag. Gemäss dem psychiatrischen C.\_\_\_\_ -Teil-Gutachten habe sich beim Beschwerdeführer ein nur leicht gestörter psychischer Befund gezeigt, wobei diese diagnostische Einschätzung mit der funktionierenden Alltagsgestaltung, der aktuellen Verhaltensbeobachtung sowie der geringen Beanspruchung von psychiatrischen Behandlungsmassnahmen (mangels Leidensdruck) gestützt worden sei. Das Vorliegen einer rezidivierenden depressiven Störung wurde explizit als unwahrscheinlich gewertet. Zudem wurde eine somatoforme Schmerzstörung explizit verneint. Aufgrund dieser damals festgestellten Besserung des Gesundheitszustandes (remittierte Depression) entfiel auch die zuvor attestierte psychiatrisch begründete Arbeitsunfähigkeit und es verblieb eine 100%ige Arbeitsfähigkeit in leidensangepasster Tätigkeit aus rheumatologischer/orthopädischer Sicht aufgrund der Schulterproblematik (vgl. vorgenanntes Urteil E. 3.2.3 und E. 4).

### **E. 6.3**

Im Bericht der Psychiatrie B.\_\_\_\_ vom 30. Juni 2020 (vgl. E. 5.6) wurde nun beim Beschwerdeführer neben einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig schwere Episode nach ICD-10: F33.2, auch eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren nach ICD-10: F45.41 diagnostiziert. Dabei kommt

es rezidivierend zu einer Verstärkung der depressiven Symptomatik, teils mit Selbstverletzung und suizidalen Gedanken. Gestützt auf das durchgeführte Mini-ICF zeige sich, dass der Beschwerdeführer als Funktionseinschränkungen eine erhebliche Beeinträchtigung bei der Konzentration, dem Durchhaltevermögen, der Wissensanwendung, der Selbstbehauptungsfähigkeit, der Planung von Aufgaben sowie der Selbstversorgung aufweise. Aufgrund der deutlichen Chronifizierung der Symptomatik, der wechselnden Beschwerden

sowie der Multimorbidität sei der Beschwerdeführer in jeglicher Tätigkeit zu 100 % arbeitsunfähig und auch nicht eingliederungsfähig.

Die Beschwerdegegnerin verneint zwar eine dauerhafte Verschlechterung des psychischen Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers, anerkennt aber vorübergehend das Vorliegen einer schweren depressiven Episode im Rahmen einer rezidivierenden depressiven Störung, indem sie darauf hinweist, dass davon auszugehen sei, dass sich diese im Juli 2020 festgestellte schwere depressive Episode – wie auch schon im früheren Behandlungsverlauf – wieder bessern werde (vgl. Urk. 2 S. 2).

Dem ist zu entgegen, dass sich der Beschwerdeführer seit Februar 2018 in regelmässig stattfindender

psychiatrischer Behandlung befindet und zudem

dreimal

stationär in der Psychiatrie B.\_\_\_\_ hospitalisiert war ( vom 16. Februar bis 8. März 2019, vom 1. bis 21. November 2018 und vom 25. April bis 2. Mai 2019 ). Zwar konnte er die therapeutischen Einrichtungen jeweils wieder in einem deutlich besseren Zustand verlassen, musste aber in kurzen Abständen erneut hospitalisiert werden, was gegen eine nachhaltige Therapieerfolge spricht. Zudem kann aufgrund der vorliegenden medizinischen Aktenlage keineswegs von einem seit

2010 unveränderten psychischen Zustandsbild gesprochen werden (so die Beschwerdegegnerin in Urk. 2 S. 3), da die 2012 diagnostizierte Depression mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit im Rahmen der Rentenaufhebung 2015/16 zunächst als remittiert betrachtet wurde. Im weiteren Verlauf zeigt sich nun aber

a aufgrund der detailliert dargelegten depressiven Befundlage im vorgenannten Bericht der Psychiatrie B.\_\_\_\_, wonach der Beschwerdeführer in seiner Alltagsbewältigung, Mobilität und seinen interaktionellen Fähigkeiten stark eingeschränkt sei, dass sich die depressive Symptomatik seit dem 2015 gutachterlich festgestellten nur leicht gestörten Befund

relevant akzentuiert hat. Ein ausgeprägter Leidensdruck beim Beschwerdeführer ergibt sich sodann aus der seit anfangs Februar 2018 regelmässigen Beanspruchung einer psychiatrischen Behandlung sowie den drei notwendigen stationären Aufenthalten in der Psychiatrie B.\_\_\_\_.

#### **E. 6.4**

Gestützt auf die vorliegenden Berichte kann der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin nicht abschliessend beurteilt werden. Vielmehr besteht weiterer Abklärungsbedarf bezüglich der psychischen und gegebenenfalls auch der somatischen Leistungseinschränkungen und deren Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit. Da in erster Linie die Beschwerdegegnerin für die richtige und vollständige Sachverhaltsabklärung zu sorgen hat, besteht vorliegend weder Raum noch Anlass, ein Gerichtsgutachten einzuholen. Demnach ist die Sache zur Durchführung einer umfassenden Abklärung zurückzuweisen. 7.

Zusammenfassend ist der medizinische Sachverhalt ungenügend erstellt. Es ist von der Beschwerdegegnerin eine umfassende (psychische und gegebenenfalls auch somatische) Abklärung zu veranlassen.

Die angefochtene Verfügung vom 4. Mai 2021 (Urk. 2) ist aufzuheben und die Sache zur weiteren Abklärung in medizinischer und erwerblicher Hinsicht an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. Demzufolge ist die Beschwerde antrags gemäss gutzuheissen.

8.

Nach ständiger Rechtsprechung gilt die Rückweisung der Sache an die Verwaltung zur weiteren Abklärung und neuen Verfügung sowohl für die Frage der Auferlegung der Gerichtskosten wie auch der Parteientschädigung als vollständiges Obsiegen (BGE 137 V 57; vgl. auch BGE 141 V 281 E. 11.1 mit Hinweis), weshalb der vertretene Beschwerdeführer Anspruch auf eine Prozessentschädigung hat.

In Anwendung dieser Kriterien ist die Parteientschädigung vorliegend auf Fr. 1'900.-- (inklusive Mehrwertsteuer und Barauslagen) festzusetzen und ausgangsgemäss der Beschwerdegegnerin aufzuerlegen.

Entsprechend sind die gemäss Art. 69 Abs. 1 bis IVG bei Streitigkeiten über IV Leistungen nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- und vorliegend in Anwendung dieser Grundsätze auf Fr. 800.-- festzulegenden Gerichtskosten ebenfalls der Beschwerdegegnerin aufzuerlegen. Das Gericht erkennt: 1.

In Gutheissung der Beschwerde wird die angefochtene Verfügung vom 4. Mai 2021 aufgehoben und die Sache an die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV Stelle, zurückgewiesen, damit diese, nach erfolgter Abklärung im Sinne der Erwägungen, über den Leistungsanspruch des Beschwerdeführers neu entscheidet. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 800.-- werden der Beschwerdegegnerin auferlegt.

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

Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, dem Beschwerdeführer eine Prozessentschädigung von Fr. 1'900.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) zu bezahlen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Jürg Maron -  
Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - Bundesamt für  
Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der  
Rechtskraft) 5.

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 1. Juli bis und mit dem 1. August sowie vom 1. Dezember bis und mit dem 2. Januar ( Art. 46 BGG).

Die Beschwerdeschrift ist dem Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, zuzustellen.

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift des Beschwerdeführers oder seines Vertreters zu enthalten; der angefochtene Entscheid sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind beizulegen, soweit die Partei sie in Händen hat ( Art. 42 BGG). Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich  
Der Vorsitzende  
Die Gerichtsschreiberin  
Hurst-Geiger

## **E. 9**

V 547 E. 5.2, 127 V 294 E. 4c; vgl. Art. 7 Abs. 2 ATSG).

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