

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2021.00509 vom 4. Juni 2022

ZH Sozialversicherungsgericht, 2022-06-04, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2021.00509

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2021.00509 du 4 juin 2022

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2021.00509 del 4 giugno 2022

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

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.

E. 1.3

Unter Hinweis auf eine erhebliche Verschlechterung seines Gesundheitszustandes ersuchte der Versicherte die IV-Stelle St. Gallen am 22. April 2008 um Ausrichtung einer ganzen Invalidenrente, eventualiter um Durchführung von Eingliederungsmassnahmen (Urk. 1

E. 1.4

Im Juni 2012 leitete die IV-Stelle ein Revisionsverfahren ein (Urk. 12 /138) und liess den Versicherten erneut polydisziplinär begutachten (Expertise der Rehaklinik A. ___ vom 15. Januar 2014, Urk. 12 /174). Im September 2014 nahm der Versicherte an einem Belastbarkeitstraining teil, welches nach drei Tagen krankheitsbedingt abgebrochen werden musste (Urk. 1

E. 1.5

Am 13. September 2017 (Urk. 1

E. 1.6

Mit Schreiben vom 25. August 2020 (Urk. 12/248 , Eingangsdatum 2. März 2021) meldete sich der Versicherte erneut unter Hinweis auf einen verschlechterten Gesundheitszustand bei der IV-Stelle zum Leistungsbezug an. Mit Vorbescheid vom 20. April 2021 (Urk. 12/253) stellte die IV-Stelle dem Versicherten in Aussicht, auf das neue Leistungsbegehren nicht einzutreten. Nach dem der Versicherte dagegen am 20. Mai 2021 Einwand erhoben hatte (Urk. 12/256) ,

trat die IV-Stelle mit Verfügung vom 30. Juni 2021 (Urk. 2) auf das neue Leistungsbegehren nicht ein .

E. 2

Dagegen erhob der Versicherte mit Eingabe vom 31. August 2021 Beschwerde und beantragte, ihm sei eine volle IV-Rente (richtig : ganze IV-Rente) zuzusprechen sowie die unentgeltliche Rechtspflege zu gewähren (Urk. 1 S. 2).

Die IV-Stelle beantragte mit Beschwerdeantwort vom 3. November 2021 (Urk. 10) die Abweisung der Beschwerde.

Mit Gerichtsverfügung vom 17. Januar 2022 (Urk. 14) wurde das Gesuch um unentgeltliche Prozessführung und unentgeltliche Rechtsvertretung mangels Bedürftigkeit des Beschwerdeführers abgewiesen. Gleichzeitig wurde dem Beschwerdeführer Gelegenheit gegeben, eine Stellungnahme zur Beschwerdeantwort einzureichen .

Diese wurde am 18. Februar 2022 erstattet (Urk. 16) , was der Beschwerdegegnerin mit Gerichtsverfügung vom 24. Februar 2022 (Urk. 17) zur Kenntnis gebracht wurde . Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin erwog in der angefochtenen Verfügung vom 30. Juni 2021 (Urk. 2) , dass sie mit dem Zusatzgesuch des Beschwerdeführers einen ausführlichen Arztbericht des behandelnden Psychiaters

Dr. med. B.____ und weiteren ärztlichen Berichten erhalten habe . Die Prüfung der eingereichten Unterlagen zeige, dass Dr. B.____ Beschwerden schildere, welche aufgrund von psychosozialen Faktoren eingetreten seien . Neue Funktionseinschränkungen liessen sich jedoch nicht entnehmen. Auch lasse sich keine objektivierbare Verschlechterung feststellen, weshalb auf das Gesuch nicht eingetreten werde (S. 1-2). Ergänzend dazu wurde in der Beschwerdeantwort (Urk. 10) mit Verweis auf die Stellungnahme des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD) vom 13. Oktober 2021 (Urk. 11) ausgeführt, dass die geltend gemachten Beschwerden und Befunde bereits im Gutachten vom 7. April 2014 berücksichtigt worden seien. Eine wesentliche Verschlechterung sei den Berichten nicht zu entnehmen, weshalb gegenüber dem Entscheid vom 8. Juli 2015 keine glaubhafte Veränderung eingetreten sei (Urk.

E. 2.2

Demgegenüber führte der Beschwerdeführer aus (Urk. 1), dass aufgrund des ärztlichen Berichts von Dr. B.____ erstellt sei, dass sich sein gesundheitlicher Zustand seit dem Erlass des letzten Entscheids der Beschwerdegegnerin vom 8. Juli 2015 verändert habe . Sowohl

in seiner angestammten als auch in einer angepassten Tätigkeit sei der Beschwerdeführer zu knapp 100 % arbeitsunfähig.

Neben den körperlichen Beschwerden sei er bereits aus psychiatrischer Sicht zu 100 % arbeitsunfähig, weshalb er die Zusprechung einer vollen IV-Rente (richtig : ganze n IV-Rente) beantrage (S. 5 -6).

In seiner Stellungnahme zur Beschwerde antwort (Urk. 16) führte der Beschwerdeführer am 1 8. Februar 2022 aus , dass entgegen der Darstellung der Beschwerdegegnerin und g estützt auf den ärztlichen Bericht von Dr. B.____

eine massive Verschlechterung seines Zustands seit dem massgebenden Vergleichszeitpunkt vom 8. Juli 2015 erstellt sei (Urk. 16 S. 3) .

E. 2.3

Vergleichszeitpunkt für eine revisionsrechtlich relevante Veränderung des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers bildet vorliegend die mit Urteil des hiesigen Gerichts vom 1 4. März 2017 (Urk. 12/217) bestätigte Verfügung der Beschwerdegegnerin vom 8. Juli 2015 (Urk. 12/204), mit welcher sie die laufende halbe Rente auf Ende des folgenden Monats nach Z ustellung der Verfügung auf hob.

Streitig und zu prüfen ist demnach, ob das Nichteintreten der Beschwerde gegnerin auf die Neuanmeldung zu Recht erfolgt ist. Dabei ist insbesondere zu prüfen, ob der Beschwerdeführer mit Neua nmeldung vom 2 5. August 2020 eine Verschlechterung seines Gesundheitszustandes seit dem 8. Juli 2015 glaubhaft machen konnte .

Was den Antrag des Beschwerdeführers, ihm sei eine volle IV-Rente (richtig : ganze IV-Rente) zuzusprechen, betrifft, ist zu bemerken, dass die materielle Leistungsprüfung nicht Gegensta nd des vorliegenden Verfahrens bildet , sondern ledig lich die Eintretensfrage zu prüfen ist.

Auf diesen Antrag ist damit nicht ein zutreten. 3. 3.1

Das Urteil des hiesigen Gerichts vom 1 4. März 2017 beziehungsweise die Verfü gung vom 8. Juli 2015 stützte sich im Wesentlichen auf das polydisziplinäre Gut achten der Rehaklinik A.____ vom 1 5. Januar 2014 (Urk. 11/174) sowie auf nachstehende Bericht e: 3.1.1

Dr. B.____ stellte in seinem Bericht vom 1 0. Juli 2012 folgende Diagnosen (Urk. 12/140/ 3): - ICD-10 F45.0 (Somatisierungsstörung) - ICD-10 F39 (nicht näher bezeichnete affektive Störung) - ICD-10 F60.9 oder 60.6 (Persönlichkeitsstörung, nicht näher bezeichnet, oder ängstlich [vermeidende] Persönlichkeitsstörung)

Dazu hielt er fest, dass der Beschwerdeführer einmal pro Monat bei ihm in Behandlung sei und auch in einer angepassten Tätigkeit nicht arbeitsfähig sei. 3.1.2

In ihrem Gutachten vom 1 5. Januar 2014 (Urk. 12/174) hielten Dr. med. C.____ , Facharzt Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewe gungsapparates FMH, Dr. med. D.____ M.H.A., Facharzt Psychiatrie und Psycho the rapie FMH, und lic . phil. E.____ , Psychologe, von der Rehaklinik A.____ folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit fest (S. 3): - Intermittierendes Lumbovertebralsyndrom - Periarthropathie der rechten Hüfte bei leichter Konfigurationsstörung des Femurkopfes rechts

Zudem stellten sie folgende Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit: - Asthma bronchiale - Status nach inkompletter Exzision eines xanthomatösen fibrösen Histiozytoms am Unterschenkel links - Thrombozytenfunktionsstörung - Dysthymie (ICD-10 F34.1)

Dazu hielten sie fest, dass sich die vom Beschwerdeführer beklagten subjektiven Beschwerden durch die Befunde nur teilweise hätten erklären lassen. An einer Einsatzfähigkeit für eine leichte bis mittelschwere Tätigkeit ganztägig dürfe aus orthopädischer Sicht nach wie vor festgehalten werden. Vor dem Hintergrund des neuropsychologischen Berichtes über eine unspezifische Störung aufgrund von eindeutigen Aggravations- oder simulativen Tendenzen dürften die Klagen des Beschwerdeführers nur mit Zurückhaltung gewertet werden. Auf psychiatrischer Ebene habe sich eine Verbesserung des Gesundheitszustandes eingestellt. Heute könne von einer Dysthymie (F34.1) gesprochen werden. Von einer depressiven Episode und insbesondere einem mittelschweren Zustandsbild könne heute nicht mehr gesprochen werden. Dies auch gestützt auf die neuropsychologische Abklärung und allgemeine Konsistenzprüfung. Auf orthopädischer Ebene sei die Situation unverändert, wobei aufgrund neuer Forschungsergebnisse bezüglich rechter Hüfte eine günstigere Prognose gestellt werden dürfe. Es sei nicht zwingend, dass sich dort eine progrediente Coxarthrose entwickle. An einer Belastbarkeit für eine leichte bis mittelschwere Tätigkeit dürfe festgehalten werden. Gesamthaft zeige sich eine Verbesserung des Gesundheitszustandes auf psychischer Ebene, gleich bleibend im Bereich des Bewegungsapparates (S. 3-4).

In Anbetracht hoher Inkonsistenzen mit mehr oder weniger bewusstseinsnahen Aggravationstendenzen bei einer weitgehend beschwerdeorientierten Diagnostik, welche sich bereits ab 2002 im Längsschnitt wie im Querschnitt abgezeichnet hätten, bestehe aus gutachterlicher Sicht eine hohe Unsicherheit bei der Beurteilung, inwiefern eine klinisch bedeutsame Störung zu welchem Zeitraum in welcher Ausprägung mit welchen Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit jeweils vorgelegen habe. Aktuell könne jedoch mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon ausgegangen werden, dass aus psychiatrisch-gutachterlicher Sicht seit der Begutachtung 2007 eine massgebliche Besserung des psychischen Zustandes stattgefunden habe, und damit auch eine Besserung der Arbeitsfähigkeit, sodass aktuell mit überwiegender Wahrscheinlichkeit aus medizinisch-theoretischer Sicht keine Minderung der Arbeitsfähigkeit mehr begründet werden könne, weder in angestammter noch in angepasster Tätigkeit. Aktuell führe die Diagnose nicht mehr zu einer Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit. Was die Prognose in Bezug auf eine adäquate Behandlung und eine Eingliederung betreffe, so seien es in erster Linie medizinalfremde Faktoren wie lange Berentungsdauer und Arbeitsabstinenz, fragliche Compliance bei der Behandlung im Falle authentischer Beschwerden, klare Hinweise auf eine mehr oder weniger bewusstseinsnahe Aggravation und verminderte Leistungsbereitschaft, welche eine Umsetzung der hier ermittelten Arbeitsfähigkeit erschweren oder verunmöglichten. Für den Bewegungsapparat sei die Situation unverändert. Eine leichte bis mittelschwere Tätigkeit wechselbelastend erscheine unverändert möglich (S. 4-5).

Nach adäquater Re-Konditionierung seien Belastungen mit Gewichten bis

E. 6

ATSG) gewesen sind; und c.

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

E. 8

ATSG) sind.

Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % besteht Anspruch auf eine Viertelsrente , bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % auf eine halbe Rente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 60 % auf eine Dreiviertelsrente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 70 % auf eine ganze Rente (Art. 28 Abs. 2 IVG). 1. 3

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).

Gemäss Art. 87 Abs. 2 IVV muss mit einem Revisionsgesuch und gemäss Art. 87 Abs. 3 IVV mit einer Neuanschuldung glaubhaft gemacht werden, dass sich der Invaliditätsgrad anspruch relevant verändert hat. Der versicherten Person kommt ausnahmsweise eine Beweisführungslast zu (vgl. BGE 130 V 64 E. 5.2.5). Die Eintretensvoraussetzung des Glaubhaftmachens soll verhindern, dass sich die Verwaltung immer wieder mit gleichlautenden und nicht näher begründeten, mithin 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 voran gegangenen, 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 Leistungs abweisung zugrunde legte. Vielmehr muss es genügen, wenn die versicherte Person zumindest die Änderung eines Sachverhalts aus dem gesamten für die Rentenberechtigung erheblichen Tatsachenspektrum glaubwürdig dartut. Trifft dies zu, ist die Verwaltung verpflichtet, auf das neue Leistungsbegehren einzu treten 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).

Ist die Änderung nicht glaubhaft gemacht, wird auf das Revisionsgesuch oder die erneute Anmeldung nicht eingetreten (BGE 133 V 64 E. 5.2.5). Dabei 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 Gericht grundsätzlich zu respektieren hat. Daher hat das Gericht die Behandlung der Eintretensfrage durch die Verwaltung nur zu überprüfen, wenn das Eintreten streitig ist, das heisst wenn die Verwaltung gestützt auf Art. 87 Abs. 3 IVV

Nichteintreten beschlossen hat und die versicherte Person deswegen Beschwerde führt; hingegen unterbleibt eine richterliche Beurteilung der Eintretensfrage , wenn die Verwaltung auf die Neuanschuldung eingetreten ist (BGE 109 V 108 E. 2b mit Hinweisen; vgl. auch BGE 130 V 64 E. 5.2, 71 E. 2.2 mit Hinweisen). 1. 4

Mit dem Beweismass des Glaubhaftmachens sind herabgesetzte Anforderungen an den Beweis verbunden; die Tatsachenänderung muss nicht nach dem im Sozialversicherungsrecht sonst üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahr

scheinlichkeit (BGE 138 V 218 E. 6) erstellt sein (Urteil des Bundesgerichts 8C_735/2019 vom 25. Februar 2020 E. 4.2). Für das Beweismass des Glaubhaft machens genügt es, dass für das Vorhandensein des behaupteten rechtserheblichen Sachumstands 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. Weder eine im Vergleich zu früheren ärztlichen Einschätzungen ungleich attestierte Arbeitsunfähigkeit noch eine unterschiedliche diagnostische Einordnung des geltend gemachten Leidens genügt per se, um auf einen veränderten Gesundheitszustand zu schliessen; notwendig ist vielmehr eine veränderte Befundlage. Je länger die letzte materielle Prüfung zurückliegt, umso weniger strenge Anforderungen sind an die Glaubhaftmachung zu stellen (vgl. BGE 109 V 108 E. 2b; Urteile des Bundesgerichts 9C_556/2021 vom 3. Januar 2022 E. 6.1 und 9C_57/2021 vom 8. Juli 2021 E. 4.2, je mit Hinweisen). 2.

E. 10

kg gut tolerierbar. Lange Gehstrecken über 500 m ohne Unterbruch und insbesondere eine vornüber geneigte Haltung während mehr als zehn Minuten ohne Unterbruch seien zu vermeiden, eine wechselbelastende Tätigkeit sei zu fordern. In diesem Rahmen sei aus somatischer Sicht von einem Ganztageseinsatz auszuweichen. Für die frühere Tätigkeit als Bodenleger bestehe keine Arbeitsfähigkeit (S.

4-5). Beim Beschwerdeführer könne mit überwiegender Wahrscheinlichkeit von einer nicht authentischen Beschwerdepräsentation ausgegangen werden. Auf Grund der Ergebnisse in der klinisch-psychiatrischen wie der neuropsychologischen Untersuchung sei davon auszugehen, dass eine bewusstseinsnahe Aggravation der kognitiven Beschwerden bestehe. Für die psychiatrische Einschätzung sei dies berücksichtigt worden (S. 5). 3.1 .3

Dr. F.____, Innere Medizin, von der G.____, hielt in ihrem Bericht vom 12. September 2014 (Urk. 12/182/1-2) folgende Diagnosen fest: - COPD Gold Stadium I, Gruppe B - Aktuell: Exazerbation - Status nach Exazerbation 02/2014 - Persistierender Nikotinkonsum 1 Packet pro Tag (30 bis 40 pack years) 3.1 .4

Dr. B.____

stellte in seinem Zeugnis vom 21. Januar 2015 (Urk. 12/215/5) folgende Diagnosen: - Status nach Knieverletzung und Schleudertrauma; somatoforme Störung mit Symptomausweitung - Chronifizierte Depression - Verdacht auf ängstlich-hypochondrische, unreife Persönlichkeit

Dazu ergänzte er, dass die Prognose hinsichtlich Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit in nennenswertem Umfang auf die Länge gesehen sehr ungünstig sei. Die Chronifizierung beziehungsweise Maladaptation seien bereits viel zu weit fortgeschritten. 3.2

Der angefochtenen Verfügung vom 30. Juni 2021 (Urk. 2) lagen nachstehende ärztliche Beurteilungen zugrunde: 3.2.1

Dr. B.____

stellte in seinem Arztbericht vom 15. August 2020 (Urk. 12/248) folgende Diagnosen (S. 18 f.): - ICD 10 F62: Andauernde Persönlichkeitsänderungen - Chronische Depression (ICD 10 F39) - Erhebliche Störung der Schmerzverarbeitung - Andauernde Persönlichkeitsstörung bei chronischem Schmerzsyndrom (F62.80)

Er führte aus, dass neben Schmerzen, Ängsten, düsteren Gedanken, depressiven Verstimmungen auch Schlafstörungen und andere vegetative Einschränkungen vorhanden seien. Anzuführen bleibe, dass sich parallel zu den primären körperlichen Beeinträchtigungen die häuslichen Verhältnisse und die Bedingungen im Leben des Patienten seit längerem im Umbruch befänden. Seine Befindlichkeit habe sich in letzter Zeit stets verschlechtert und die Art der Beeinträchtigung habe sich qualitativ verschoben beziehungsweise ausgeweitet (Urk. 12/248/4). Zu den Befunden wurde angeführt, dass der Beschwerdeführer psychomotorisch deutlich behäbiger sei als früher. Die Stimmung sei deutlich gedämpft, der Gedankengang formal zwar geordnet, inhaltlich verarmt und ideenlos. Die Mimik sei nur wenig variabel, die affektive Ansprechbarkeit bleibe reduziert. Weiter wurde von Dr. B.____ ausgeführt, dass der Beschwerdeführer an Ausstrahlung und Vitalität im Verlauf noch einmal deutlich eingebüsst habe (Urk. 12/248/8). Er zeige vielfach depressive Züge, im Gespräch wirke er oft abgelenkt, die Aufmerksamkeit sei selektiv ausgerichtet. Denkstörungen im Sinne von Einengung, Verarmung und Aspontaneität könnten dabei beobachtet werden (Urk. 12/248/9). Unter Würdigung sämtlicher verfügbarer Information, inklusive Verlaufsbeobachtung und sichtbarer Veränderungen in den letzten Jahren, sei eine Verschlimmerung der allgemeinen Situation und damit der medizinisch-psychiatrischen Bedingungen erkennbar. Unter anhaltendem Druck sei die Persönlichkeit im Sinne einer sekundären Persönlichkeitsalteration mittlerweile dysfunktional geworden (Urk. 12/248/10). Die Symptomatik sei in den letzten Jahren in Stetigkeit schlimmer geworden und die Perspektive des Beschwerdeführers seien so verengt wie noch nie (Urk. 12/248/11). Die Veränderungen, die über längere Zeit hinweg und nunmehr immer deutlicher im psychiatrischen Status zu erfassen seien, trügen verändert und deutlicher die Züge einer Persönlichkeitsveränderung. In der zurückliegenden Diagnosestellung von 2018 sei die Akzentuierung aller Facetten in Richtung einer maladaptiven Persönlichkeitsveränderung schon vorweggenommen worden (Urk. 12/248/12).

Darüber hinaus wurde von Dr. B.____

erwähnt, dass das Gros an psychosozialen Belastungen, die sich mittlerweile als Folge der psychischen Störung ergeben hätten, zwar nicht kausal für das Leiden massgeblich sei, die Belastungen trügen aber ganz klaren Symptomcharakter und wiesen damit eine klare Signifikanz aus. Überblickte man als psychiatrischer Therapeut also die ganze Entwicklung des gesundheitlichen Geschehens über mehrere Jahre hinweg, dann werde eine verhängnisvolle Veränderung augenfällig, die der Beschwerdeführer mit seiner Familie durchgemacht habe (Urk. 12/248/13). Aus psychiatrischer Sicht bestehe nun also mehr als eine Dysthymie, vielmehr handle es sich um eine kombinierte Persönlichkeitsstörung in zunehmend dekompenzierender Lage mit akzessorischen depressiven Zügen, die aber mindestens eine Auslenkung mittelgradiger Schwere anzeigen, wie sie etwa im Rahmen einer depressiven Episode oder einer Major Depression gegeben sei (Urk. 12/248/14). Die Disposition zu weiteren und gefährlicheren Auswirkungen einer Somatisierungsstörung sei hier zweifellos gegeben. Die zur Linderung verwendeten Schmerzmittel und die psychische Medikation hätten höchstens eine bescheidene Wirkung (Urk. 12/248/15). Was die psychotherapeutische Behandlung des Patienten angehe, so gestalte sich diese schwer. Das Durchbrechen des Schmerzgedächtnisses sei misslungen (Urk. 12/248/18).

Letztlich gebe es derzeit ausser der Berentung kein wirksames Mittel, vermittels Stabilisierung oder gar einer kleinen Verbesserung der Gesundheit auf den Pati enten einzuwirken. Für eine Psychotherapie bringe der Beschwerdeführer leider nicht die Voraussetzungen mit. Aufgrund dieser Überlegungen sei die tatsächliche Arbeits un fähigkeit aus dem psychiatrischen Bereich heraus deutlich höher anzu setzen als bisher. Die Arbeitsunfähigkeit sei eine hochgradige und sollte zu einer Berentung führen ;

dies als einzig wirksame Massnahme, die eine wenigstens geringfügige Verbesserung des Zustandes des Besc hwerdeführer s herbeiführen könnte. Die Einschränkung sei mit 95 % zu veranschlagen, gegebenenfalls sei auch eine vollständige Arbeitsunfähigkeit zu postulieren (Urk. 12/248/24). 3.2.2

Im Bericht der neurologischen und neurophysiologischen Untersuchung

von Dr. med. H.____ , Leitender Arzt Paraplegie, und Dr. med. I.____ , Oberarzt ZfP vom 27. April 2020 (Urk. 12/248/36-38) wurden folgende Diagnosen gestellt : - Lumbalgie und schmerzhaft-sensomotorische L5-Radikulopathie rechts mit/bei - Breitbasige r

Diskusprotrusion L4/5 rechts mit rezessaler Enge rechts und Kompression der Nervenwurzel L5 rechts - Ausgeprägter Facet t engelenksarthrose L3/4, L4/5 und L5/S1 beidseits - Osteochondrose L3/4 Modic Typ II - Neurophysiologie 04/2020: leichte spinale Leitungsstörung rechts bei pathol . Tibialis -SEP - Sensibles Hemisyndrom rechts ES aktenanamnestisch 2014 - Früh Coxarthrose rechts bei Impingement -Konfiguration - Fibröses Histiozytom distale Tibia mediallyseitig links - Rezidivierende depressive Episoden - Arter ie lle Hypertonie

Klinisch-neurologisch zeige sich eine Sensibilitätsstörung des gesamten rechten Hemikörpers , akzentuiert im Bereich Dermatome L5 rechts, sowie eine K raftmin derung des rechten Beines durchweg M4, DD auch schmerzbedingt. Aufgrund schmerzbedingt eingeschränkter Kooperation könne das Ausmass einer mögli chen chronischen Denervierung nicht sicher beurteilt werden. Das in der Unter suchung aufgefallene sensible Hemisyndrom rechts sei aktenanamnestisch bereits seit 2014 beschrieben und sei bislang als funktionell beurteilt worden. Weitere Abklärungen seien bei langjährigen stabilem Verlauf und feh l enden objektivier baren Zeichen einer zentralen Neuropathie nicht indiziert (Urk. 12/248/38). 3.2.3

Im Sprechstundenbericht des Universit ären Wirbelsäulenzentrums J.____ , Uni versitätsklinik K.____ , vom 28. April 2020 (Urk. 12/248/28-29), sind folgende Diagnosen aufgeführt: - Lumbalgie und intermittierende Ischialgie rechts mit/bei - Breitbasiger

Diskusprotrusion L4/5 rechts mit rezessaler Enge rechts und Tangierung der Nervenwurzel L5 rechts - Ausgeprägter Facettengelenksarthrose L3/4, L4 / 5 und L5/S1 beidseits - Osteochondrose L3/4 Modic Typ II - Früh Coxarthrose rechts bei Impingement -Konfiguration - Fibröses Histiozytom distale Tibia mediallyseitig links - St. n. Excisionsbiopsie 11.05.2010 - St. n. Rezidiv eines fibrösen Histiozytoms vom Ankle Typ distale Tibia mediallyseitig und Re-Exzision am 29.03.2016 - Rezidivierende depressive Episoden - Arterielle Hypertonie

Die Ärzte führten aus, d er Beschwerdeführer habe über stechende lumbale Schmer zen mit Ausstrahlung in das gesamte rechte Bein seit 2000 berichtet. 3.2.4

Im Sprechstundenbericht von Dr. med. L.____, leitender Arzt Wirbelsäulenchirurgie, und Assistenzärztin M.____, der Universitätsklinik K.____, vom 11. Mai 2021 (Urk. 12/248/34-35) werden keine neuen Befunde erwähnt. Die Ärzte führten aus, dass der Beschwerdeführer leide weiterhin an einer Lumbalgie mit intermittierender Ischialgie rechts. In der heutigen neurophysiologischen Untersuchung zeige sich keine akute Denervierung der Nervenwurzel L5 rechts. Aus Wirbelsäulenchirurgischer Sicht gebe es keine Indikation für eine Operation. 3.2.5

Im Abschlussbericht von Dr. N.____ und c. and. c. hiro.

O.____

vom 27. Mai 2020 (Urk. 12/248/26-27) wurden folgenden Diagnosen aufgeführt: - Lumbalgie und schmerzhaft-sensomotorische L5-Radikulopathie rechts - Beginnende Coxarthrose rechts bei Impingement-Konfiguration - Fibröses Histiozytom distale Tibia medialseitig links distale Tibia medialseitig links - St. n. Excisionsbiopsie 11.05.2010 - St. n. Rezidiv eines fibrösen Histiozytoms vom Anclen Typ distale Tibia medialseitig und Re-Exzision am 29.03.2016 - Rezidivierende depressive Episoden - Arterielle Hypertonie

Die Fachpersonen gaben an, dass der Beschwerdeführer sieben Mal ambulant behandelt worden

sei. Leider habe er nicht auf die Behandlung mittels chiropraktischer Manipulation, Flexions-Distraktionsmobilisation und myofaszialen Massnahmen angesprochen und seine Beschwerden seien unverändert (Urk. 12/248/27). 3.2.6

In seiner Stellungnahme vom 22. März 2021 (Urk. 12/252/2) hielt RAD-Arzt

Dr. med. P.____, FA Orthopädische Chirurgie und Traumatologie,

fest, dass Dr. B.____ über 23 Seiten eindrücklich die Beschwerden mit der Verschlechterung der psychosozialen Umstände des Beschwerdeführers beschreibe. Neue Funktionseinschränkungen liessen sich seinem Bericht nicht entnehmen. Den Berichten der Uniklinik K.____ vom 27. Februar 2020, 28. April 2020 und 11. Mai 2020 sei keine Verschlechterung zu entnehmen. Insgesamt lasse sich anhand der vorgelegten Arztberichte keine objektivierbare Verschlechterung des Gesundheitszustandes feststellen. 3.2.7

RAD-Ärztin Dr. med. Q.____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie,

hielt in der Stellungnahme vom 13. Oktober 2021 (Urk. 11) fest, dass die vorgebrachten Beschwerden sowie der Befund den vorangegangenen Berichten gleiche. So sei bereits im Bericht vom 17. Mai 2003 beschrieben worden: offenbar kaum mehr Ressourcen, Kommunikation verarmt, Gefühl von Ohnmacht und Ausgeliefert sein, Schlafstörungen mit Träumen, sozialer Rückzug, antriebslos, apathisch, gestörte Konzentration, negative Kognitionen, geringe Belastbarkeit u.a.m. Es handle sich bei nahezu gleichbleibend beschriebener Symptomatik um eine inzwischen andere diagnostische und prognostische Einschätzung von Dr. B.____. Eine wesentliche Verschlechterung des Gesundheitszustands sei den beiden Berichten von Dr. B.____ vom 26. Juli 2018 und 15. August 2020 nicht zu entnehmen (S. 2). 3.3

Nach Erlass der angefochtenen Verfügung vom 30. Juni 2020 (Urk. 2) wurden vom Beschwerdeführer folgende medizinische Berichte aufgelegt: 3.3.1

Im Arztbericht von

Dr. med. R.____ , leitender Arzt Orthopädie/Traumatologie ,
Kantonsspital S.____ ,

vom 10. Juni 2021 (Urk. 12/269/5-6) wurde erwähnt, dass Schmerzen sakrogluteal lateral über die Hüfte bis in den Fuss ausstrahlten. Es bestehe eine beginnende Coxarthrose . Der Beschwerdeführer sei mit einer komplexen Schmerzsituation konfrontiert. Für die geklagten Schmerzen gebe es verschiedene mögliche Ätiologien , mitunter könnte das Hüftgelenk links auch die Schmerzursache sein. Es sei ein e

Kortisoninfiltration des Hüftgelenks erfolgt. 3.3.2

Im Austrittsbericht vom 18. Juni 2021 (Urk. 12/269/7-8) von med. prakt. Graber und med. prakt. Hänsel , Spital G.____ , wurde aufgeführt, dass der Beschwerdeführer vom 14. bis 18. Juni 2021 hospitalisiert gewesen sei. Bei Eintritt habe sich der Beschwerdeführer mit einer akuten

Schmerzexazerbation der vorbekannten Hüft- und lumbalen Schmerzen, sowie ebenfalls vorbestehender, nicht dermatombezogener Parästhesie/Hypästhesie am gesamten linken Bein präsentiert . Im Verlauf sei es zum Rückgang der Schmerzen unter entsprechender Therapie gekommen. 3.3. 3

Dem Operationsbericht vom 2. Juli 2021 (Urk. 12/ 268/3-4) von Assistenzarzt T.____ und Dr. med

U.____ , Oberarzt Orthopädie/Traumat ologie, Kantonsspital S.____ , ist zu entnehmen, dass am 30. Juni 2021 eine Hüftgelenksinfiltration links durchgeführt wurde. 3. 3. 4

Dr. U.____ und Dr. R.____

führten im Bericht vom 26. Juli 2021 (Urk. 12/263

[= Urk. 3/5]) aus, dass sich der Beschwerdeführer zur geplanten Verlaufskontrolle ca. drei Monate nach diagnostisch-therapeutischer Infiltration der linken Hüfte in der Sprechstunde vorstellte. Die Schmerzen gluteal und lateral am Hüftgelenk hätten sehr gut auf die Infiltration angesprochen. Es persistierten Beschwerden im Bereich des unteren Rückens sowie ein Brennen im Bereich des linken Fusses (S. 1). Es könne davon ausgegangen werden, dass ein Teil der Beschwerden von einer symptomatischen Coxarthrose des linken Hüftgelenks ausgelöst werde (S.

2). 4. 4.1

Vorab ist in Bezug auf die nach Erlass der angefochtenen Verfügung vom 30. Juni 2021 eingereichten Berichte festzuhalten, dass es in erster Linie Sache der versicherten Person ist, substantielle Anhaltspunkte aufzuzeigen , die eine neue Prüfung des Leistungsanspruchs allenfalls rechtfertigen. Denn der Untersuchungsgrundsatz, wonach das Gericht von Amtes wegen für die richtige und vollständige Abklärung des rechtserheblichen Sachverhalts zu sorgen hat, greift im Zusammenhang mit einem Revisionsgesuch (Neuanmeldung) nicht. Wird in der Neuanmeldung bloss auf ergänzende Beweismittel, insbesondere Arztberichte, hingewiesen, die noch beigebracht würden oder von der Verwaltung beizuziehen seien, ist der versicherten Person eine angemessene Frist zur Einreichung der Beweismittel unter Androhung des Nichteintretens anzusetzen (BGE 130 V 64 E. 5.2.5 S. 69).

Fehlt es an der Androhung der Säumnisfolgen, bringt die versicherte Person aber dennoch die in Aussicht gestellten Belege bei, kann sie aus diesem Unterlassen im späteren Verfahren nichts zu ihren Gunsten ableiten. Entscheidend ist in diesen Fällen, dass die angerufenen Beweismittel der IV-Stelle vor Eröffnung des Vorbescheidverfahrens vorgelegen haben. Im Rahmen des Vorbescheidverfahrens wird der versicherten Person nach Eröffnung des vorgesehenen Nichteintretens zudem die Möglichkeit offenstehen, innert angesetzter Frist noch mals (weitere) Beweismittel beizubringen. Erst danach wird über die Neuanneldung formell entschieden (Urteil des Bundesgerichts 8C_844/2012 vom 5. Juni 2013 E. 2.1).

Erght eine Nichteintretensverfügung im Rahmen eines Verwaltungsverfahrens, das den soeben umschriebenen Erfordernissen genügt, bleibt im anschliessenden Gerichtsverfahren kein Raum mehr für das Beibringen neuer Beweismittel (vgl. BGE 130 V 64 E. 5.2.5).

Vorliegend wurden die Berichte des Kantonsspital S.____ und des Spitals G.____ (vgl. vorstehende E. 3.3.1-4) allesamt erst nach Erlass der angefochtenen

Verfügung nachgereicht, weshalb sie nach dem Gesagten unberücksichtigt zu bleiben haben. 4.2

4.2.1

In Bezug auf die Neuanneldung bezieht sich der Beschwerdeführer sowohl auf eine anspruchsrelevante Veränderung in somatischer wie auch in psychischer Hinsicht. 4.2.2

Der Vergleich der neu eingereichten somatischen Arztberichte (vgl. vorstehend E.

3.2.2-5) ergibt in Bezug auf die Diagnosen und Befunde keine relevanten Änderungen im Vergleich zum orthopädischen Teilgutachten vom 15. Januar 2014. So bestanden bereits im Vergleichszeitpunkt Lumbalgien und eine intermittierende Ischialgie rechts. Es sind dieselben Wirbelsegmente, nämlich L3/4, L4/5 und L5/S1, betroffen. Damals bestanden auf Niveau L4/5 und L5/S1 Diskushernien, die auf L4/5 rechtsseitig allenfalls die Wurzel bedrängten (Urk. 12/174/26). Diese Diagnosen unterscheiden sich nicht wesentlich von den neu eingereichten Arztberichten, genauso wenig die Befunde. Als pathologisch wurden dieselben Wirbelsegmente beschrieben (vgl. Urk. 12/174/18),

wobei sich neu Osteochondrosen zeigten, währenddessen bisher auf verschiedenen Etagen Diskushernien bestanden und lediglich auf den Etagen L4/5 und L5/S1 eine Osteochondrose

vorlag (vgl. Urk. 12/78/5-6). Daneben liegt unverändert eine Wurzelbeteiligung bei L4/5 vor. In klinischer Hinsicht bestehen unverändert keine sensiblen oder motorischen Ausfälle.

Betreffend das diagnostizierte sensible Hemisyndrom

rechts ist zu berücksichtigen, dass dieses aktenanamnestisch bereits im Jahr 2014 diagnostiziert wurde

(Urk. 12/248/36-38). Aus medizinischer Sicht besteht ein langjähriger stabiler Verlauf, weswegen auch auf weitere Abklärungen verzichtet wurde. Schliesslich wurde die diagnostizierte beginnende Coxarthrose rechts bei Impingement-Konfiguration ebenfalls bereits im Vergleichszeitpunkt im orthopädischen Teilgutachten von Dr. C.____ gewürdigt (Urk. 12/174/25-26). Eine veränderte Befundlage ist zusammenfassend mit den

eingereichten ärztlichen Berichten nicht glaubhaft gemacht . 4.2. 3

Hinsichtlich der geltend gemachten psychischen Verschlechterung ist der neu eingereichte Arztbericht von Dr. B.____

vom 15. August 2020 (Urk. 12/248/3- 25) massgebend , woraus sich Folgendes ergibt:

Betreffend Diagnosen wurde damals im psychiatrischen Teilgutachten vom 15. Januar 2014 als einzige psychiatrische Diagnose eine Dysthymie (ICD-10 F34.1) aufgeführt, wobei diese als ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eingestuft wurde (Urk. 12/174/3). Dr. B.____ stellt im mit Neuanmeldung eingereichten Arztbericht nun die Diagnose einer chronischen Depression (ICD-10 F39); die depressive Befindlichkeit zeige eine deutliche Tendenz zur Chronifizierung und Akzentuierung. Damit sei eine chronifizierte Major Depression mit Akzentuierungstendenzen festzustellen; nach ICD-10 sei der Zustand schlecht zu qualifizieren; dem Verlauf fehle das Episodische oder Rezidivierende ; er sei viel mehr von Permanenz und einer deutlichen Schwere gekennzeichnet, die erheblich über dem Niveau einer Dysthymie liege. Diesbezüglich ist festzuhalten, dass die Codierung F39

nach ICD-10, wie sie von Dr. B.____ angegeben wurde,

einer «nicht näher bezeichneten affektiven Störung » entspricht , welche so von ihm bereits im Zeugnis vom 21. Januar 2015 (Urk. 12/215/5) gestellt wurde . Eine eigentliche Herleitung der Diagnosekriterien für eine «chronische Depression» ist im aktuellen Arztbericht nicht enthalten. Weiter wurde eine erhebliche Störung der Schmerzverarbeitung mit komplexem und sich ausweitemdem Schmerzsyndrom und einer zunehmenden psychischen Überlagerung vom ängstlichen, v.a. aber depressiven Typus (F 43.22) mit zunehmender Einigung des Verhaltenspektrums diagnostiziert . Auch hierzu fehlt eine Herleitung der Diagnosekriterien nach ICD - 10, genauso wie bei den Diagnosen ICD-10 F43.22 (Anpassungsstörung , Angst und depressive Reaktion gemischt)

und F 62.80 (sonstige andauernde Persönlichkeitsänderung).

Unabhängig von der eigentlichen Diagnose ist jedoch bei der Neuanmeldung für die Glaubhaftmachung einer Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen nicht die diagnostische Einordnung entscheidend, sondern vielmehr eine veränderte Befundlage (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_154/2020

vom 16. Juni 2020 E.

4.3.2). Bezüglich Befunde wurde im Arztbericht von Dr. B.____ festgehalten, dass die Stimmung sichtlich gedämpft sei . Der Gedankengang sei verarmt und ideenlos. Die Mimik sei nur wenig variabel, manchmal ausdruckslos und im Ausdruck eingeschränkt, die affektive Ansprechbarkeit bleibe reduziert (Urk. 12/248/8). Zudem beständen depressive Züge, im Gespräch werde der Beschwerdeführer oft abgelenkt, die Aufmerksamkeit sei selektiv ausgerichtet. Denkstörungen im Sinne von Einengung, Verarmung und Aspontaneität könnten dabei beobachtet werden (Urk. 12/248/9). Hingegen wurde damals im psychiatrischen Teilgutachten vom 15. Januar 2014 (Urk. 12/174/30-67) im Vergleich dazu « leicht affektarm , keine Auffassungstörung, formales Denken leicht verlangsamt, Antrieb und Psychomotorik leicht verarmt » (Urk. 12/174/47 -48) befundet . Es konnte nur ein leicht verminderter Antrieb, jedoch objektiv keine Depressivität / Hoffnungslosigkeit festgestellt werden (Urk. 12/174/59). Dementsprechend wurde anlässlich der Begutachtung lediglich eine Dysthymie diagnostiziert (Urk. 12/174/59) .

Im Vergleich dazu sind die neu geltend gemachten Befunde somit deutlich ausgeprägter vorhanden als im Vergleichszeitpunkt, was auf eine Verschlechterung des Gesundheitszustands hindeutet. Das zeigt sich auch dadurch, dass Dr. B.____ festgehalten hat, dass nun mehr als eine Dysthymie bestehe, es handle sich viel mehr um eine kombinierte Persönlichkeitsstörung in zunehmender dekompenzierender Lage mit akzessorischen depressiven Zügen. Neben Leistungsverlust, kognitiven Einbussen, Antriebsverlust, Passivität, Interesseneinengung, mitunter autistischem Rückzug – oft aus allen sozialen Belangen – zeige sich ein verringertes soziales Gespür, eine reduzierte Anpassungsfähigkeit, wenig situative Flexibilität und eine hochgradige Aversion gegen Druck (Urk. 12/248/14).

Wenn der RAD die aktuellen Befunde mit jenen im Arztbericht von Dr. B.____ vom 17. Mai 2003 vergleicht und zum Schluss kommt, dass keine Verschlechterung eingetreten sei (Urk.

E. 11

S. 2), erkennt er, dass es sich dabei nicht um den massgebenden Vergleichszeitpunkt handelt. Auch der Vergleich mit dem Zwischenbericht von Dr. B.____ vom 26. Juli 2018 zielt ins Leere, zumal dieser im vorliegenden Verfahren unberücksichtigt bleiben muss, da er nicht mit Neuanschuldung von 25. August 2020 eingereicht wurde (vgl. vorstehende E. 4.1). Ob sich schliesslich aus dem aktuellen Bericht von Dr. B.____

neue Funktionseinschränkungen entnehmen lassen, was vom RAD verneint wurde (Urk. 12/252 S. 2), ist für die Eintretensfrage nach dem Gesagten nicht entscheidend respektive kann – angesichts der verschlechterten Befundlage – nicht zum Vorherin ausgeschlossen werden.

Zwar enthält der Bericht von Dr. B.____

viele weitschweifige und teilweise sehr allgemeine Ausführungen,

eine Beschreibung von psychosozialen Faktoren (vgl. Urk. 12/248/4) sowie die Empfehlung einer Berentung als « einzige wirksame

Massnahme, die eine Verbesserung des Zustandes herbeiführen könnte » (Urk. 12/248/24), womit

der Beweiswert des Berichts vermindert sein dürfte (so etwa Urteil des Bundesgericht 8C_695/2019 vom 18. Dezember 2019 E. 4.3 mit Hinweisen). Es ist aber festzuhalten, dass die letzte materielle Prüfung des Leistungsanspruchs mit Verfügung vom 8. Juli 2015 (Urk. 12/204) immerhin vor rund sieben Jahren erfolgte. Da die Hürden für die Glaubhaftmachung eines veränderten Gesundheitszustands umso geringer sind, je länger die letzte materielle Prüfung zurückliegt (Urteil des Bundesgerichts 9C_57/2021 vom 8. Juli 2021 E. 4.2 mit Hinweisen), sind vorliegend keine allzu hohen Anforderungen an das Erfordernis der Glaubhaftmachung zu stellen.

Für das Beweismass des Glaubhaftmachens genügt es, dass für das Vorhandensein des behaupteten rechtserheblichen Sachumstands wenigstens gewisse Anhaltspunkte bestehen, auch wenn durch aus noch mit der Möglichkeit zu rechnen ist, dass sich bei eingehender Abklärung die behauptete Änderung nicht erstellen lassen werde (Urteil des Bundes

gerichts 8C_647/2019 vom 31. Januar 2020 E. 2.1).

Ob sich die so glaubhaft gemachte Verschlechterung des Gesundheitszustands mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachweisen lässt und wie die daraus resultierende Arbeitsfähigkeit aussieht, kann wiederum erst nach materieller Prüfung des Leistungsbegehrens beurteilt werden.

Zusammengefasst ist somit festzuhalten, dass mit dem Arztbericht von Dr. B.____ vom 15. August 2020 zumindest gewisse Anhaltspunkte für eine Verschlechterung des psychischen Gesundheitszustands des Beschwerdeführers

glaubhaft gemacht wurden, womit die Beschwerdegegnerin auf die Neuanschuldung hätte eintreten müssen. 4.3

Nach dem Gesagten ist die Beschwerde in dem Sinne gutzuheissen, dass die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen ist, damit diese auf die Neuanschuldung des Beschwerdeführers vom 25. August 2020 eintrete und seinen Leistungsanspruch materiell prüfe.

Im Übrigen ist nicht auf die Beschwerde einzutreten (E.

2.3).

5.

5.1

Das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten über IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht ist kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festgelegt (Art. 69 Abs. 1 bis IVG). Im vorliegenden Verfahren sind sie ermessensweise auf Fr. 800.-- anzusetzen. Nach ständiger Rechtsprechung gilt die Rückweisung der Sache an die Verwaltung zur weiteren Abklärung und neuen Verfügung als vollständiges Obsiegen (BGE 137 V 210 E. 7.1, 137 V 57 E. 2.2), weshalb die Gerichtskosten der unterliegenden Beschwerdegegnerin aufzuerlegen sind. 5.2

Ausgangsgemäss ist die Beschwerdegegnerin zu verpflichten, der Beschwerdeführerin eine angemessene Prozessentschädigung zu bezahlen. Diese ist in Anwendung von Art. 61 lit. g ATSG, namentlich unter Berücksichtigung der Bedeutung der Streitsache und der Schwierigkeit des Prozesses festzusetzen ist. Vorliegend ist darauf hinzuweisen, dass der Rechtsvertreter den Beschwerdeführer schon im Vorbescheidverfahren vertrat, womit er bereits mit den Akten vertraut war. Vor dem Hintergrund, dass er als Beschwerdeschrift im Wesentlichen dieselbe Eingabe wie zuvor im Vorbescheidverfahren einreichte (vgl. Urk. 12/256 und Urk. 1) und sich das vorliegende Beschwerdeverfahren für ihn damit als nicht sehr aufwändig gestaltete, ist die Prozessentschädigung auf Fr. 1'400.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) festzusetzen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird in dem Sinne gutgeheissen, dass die angefochtene Verfügung vom 30. Juni 2021

aufgehoben und die Sache an die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, zurückgewiesen wird, damit diese auf die Neuanschuldung vom 25. August 2020 eintrete und das Leistungsgesuch des Beschwerdeführers materiell prüfe. Im Übrigen wird auf die Beschwerde nicht eingetreten. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 8 00.-- 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' 4 00.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) zu bezahlen. 4.

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

Die Beschwerdeschrift ist dem Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, 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 Gräub Langone

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