

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2021.00589 vom 7. Oktober 2008

ZH Sozialversicherungsgericht, 2008-10-07, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2021.00589

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2021.00589 du 7 octobre 2008

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2021.00589 del 7 ottobre 2008

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 nachfolgend 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

Wurde eine Rente wegen eines zu geringen Invaliditätsgrades verweigert bzw. aufgehoben, 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 Neuanmeldung 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 Bundes gerichts 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. 1.4

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 Wahrscheinlichkeit (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 rechtserheb lichen 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).

E. 1.5

Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist (BGE 125 V 256 E. 4). Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 125 V 256 E. 4 mit Hinweisen; AHI 2002 S. 70 E. 4b/cc).

E. 2

S. 2).

E. 2.1

In der angefochtenen Verfügung vom 3 1. August 2021 hielt die Beschwerdegeg nerin zusammengefasst fest, der Beschwerdeführer habe im Rahmen der Neu an meldung vom 5. Oktober 2020 keine Veränderung der Verhältnisse glaubhaft gemacht. Deshalb werde auf sein neues Gesuch nicht eingetreten (Urk.

E. 2.2

Demgegenüber machte der Beschwerdeführer in seiner Beschwerdeschrift vom 4. Oktober 2021 im Wesentlichen geltend, es sei geradezu offensichtlich, dass sich sein psychischer Zustand im massgebenden Vergleichszeitraum mithin seit der Rentenaufhebung in erheblicher Weise zum Negativen verändert habe. Dies ergebe sich aus der fachärztlichen Schilderung der aktuellen Situation durch Dr. Y.____, welcher die veränderte psychische Befundlage namentlich auch mittels SKID-5-Fragebogen objektiviert und auch deshalb rechtsgenügend dargetan habe. Ausserdem sei das von der Beschwerdegegnerin vorgebrachte Argument, die für das Vorliegen einer Persönlichkeitsstörung erforderlichen ICD-10-Kriterien seien nicht erfüllt, unzutreffend und widerspreche dem aktuellen Wissensstand. Im Übrigen habe sich sein Gesundheitszustand auch in somatischer Hinsicht erheblich verschlechtert, da er vor Kurzem einen Bandscheibenvorfall erlitten habe, wodurch seine Leistungsfähigkeit zusätzlich massiv eingeschränkt sei. Insgesamt sei eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes ohne Weiteres glaubhaft erstellt, weshalb seitens der Beschwerdegegnerin auf das Leistungsbegehren einzutreten und weitere fachmedizinische Abklärungen vorzunehmen seien (Urk. 1 S. 7 f.).

Mit Eingabe vom 16. November 2021 wies der Beschwerdeführer ergänzend darauf hin, dass er sich aufgrund der Rückenproblematik einem operativen Eingriff habe unterziehen müssen. Dies sei ein weiterer Beleg für die in somatischer Hinsicht eingetretene Verschlechterung (Urk. 10).

E. 3.1

Mit Verfügung vom 24. April 2018 beurteilte die Beschwerdegegnerin den Rentenanspruch des Beschwerdeführers letztmals materiell (Urk. 7/161), wobei die Rentenaufhebung schliesslich mit Urteil 8C_739/2019 des Bundesgerichts vom 14. Februar 2020 im Kern bestätigt wurde (Urk. 7/217). Jene Verfügung bildet damit den zeitlichen Ausgangspunkt für die Beurteilung im Sinne eines Glaubhaftmachens, ob sich die tatsächlichen Verhältnisse seither in einem für den Rentenanspruch erheblichen Mass verändert haben (vgl. BGE 133 V 108 E. 5.4, Urteil des Bundesgerichts 9C_556/2021 vom 3. Januar 2022 E. 2.1 mit Hinweis).

In medizinischer Hinsicht diene damals

hauptsächlich das rheumatologisch-psychiatrische Gutachten von Dr. med. B.____, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin und Rheumatologie, sowie Dr. med. C.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 2. respektive 3. November 2017 als Grundlage (Urk. 7/139 f.; vgl. Urk. 7/161/2, 7/212/15 und 7/217/5-7).

Aus rheumatologischer Sicht gelangte Dr. B.____

zur Auffassung, es liege insgesamt aufgrund der strukturellen Befunde eine verminderte Belastbarkeit der Hals- und Lendenwirbelsäule vor. Ausserdem bestehe eine seronegative Polyarthriti s respektive eine Spondylarthro pathie, die in Remission sei, denn es gebe weder klinisch, noch bildgebend, noch rheuma-immunologisch Hinweise auf eine aktive Polyarthriti s oder Spondylarthro pathie. Die Diagnosen hätten zwar Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit; eine leidensangepasste Tätigkeit sei jedoch uneingeschränkt zumutbar (Urk. 7/139/79). Es sollte sich dabei insbesondere um eine sitzende oder wechselbelastende Tätigkeit mit leichtem Belastungsniveau bis zehn Kilogramm handeln. Die attestierte Arbeitsfähigkeit gelte ab April 2016, da nach Beginn der Behandlung mit dem TNF-Blocker Cimzia im Januar 2016 eine Remission eingetreten sei (Urk. 7/139/81 f.).

Von psychiatrischer Seite diagnostizierte Dr. C.____

eine mögliche leichte depressive Episode (ICD-10 F32.0 ; Urk. 7/140/9) . Im Rahmen der Untersuchung sei der Beschwerdeführer allseits orientiert und bewusstseinsklar gewesen. Psychomotorisch habe sich keine Verlangsamung gezeigt. In einzelnen Momenten habe der Beschwerdeführer etwas angespannt gewirkt, nicht aber regelrecht agitiert. Mimik und Gestik seien ordentlich gewesen. Während der Begutachtung hätten sich keine interaktionellen Schwierigkeiten ergeben. Sprachmotorisch hätten sich ebenfalls keine Auffälligkeiten eruieren lassen. Die Intelligenz wie auch die allgemeinen kognitiven Ressourcen hätten in der Bandbreite der Norm gelegen. Im formalen Denken habe der Beschwerdeführer eine Einengung auf seine körperlichen Beschwerden und die psychosoziale Situation gezeigt. Ansonsten seien das formale wie auch das inhaltliche Denken vollständig unauffällig gewesen. Der Gesichtsausdruck habe keinerlei Hinweise für eine Müdigkeit, Depressivität oder Avitalität gezeigt. Wie die Grundstimmung habe der Gesichtsausdruck jedoch dysphorisch gewirkt; in einzelnen Situationen habe sich allenfalls eine leichte depressive Grundstimmung gezeigt. Es sei allerdings weder eine Affektverarmung, -verflachung oder gar -starre aufgetreten; die affektive Schwingungsfähigkeit sei erhalten gewesen. Gegen Ende der Untersuchung habe der Beschwerdeführer zu weinen begonnen und mehrmals mitgeteilt, dass er alleine schuld sei an seiner Krankheit, dass er aber nicht wisse, weshalb er an dieser Krankheit leiden müsse. Ansonsten habe er keine Affektlabilität gezeigt. Der affektive Rapport sei vor dem Hintergrund der dysphorischen Grundstimmung ordentlich etablierbar gewesen (Urk. 7/140/8 f.).

Die objektiven Untersuchungsbefunde hätten in den spezifischen Parametern zur innerpsychischen Vitalität insgesamt keine relevanten Einbußen ergeben. Der Beschwerdeführer sei sozial gut eingebettet. Es bestehe keine Pathologie der Persönlichkeit. Eine mögliche leichte depressive Episode liege dagegen vor, welche jedoch nicht durch eine zusätzlich psychiatrische Diagnose begleitet werde, sodass keine psychiatrische Komorbidität festgestellt werden könne. Die kognitiven Ressourcen hätten im klinischen Eindruck unauffällig imponiert. Vor diesem Hintergrund sei mit Blick auf die sogenannten ICF-Kriterien keine der damit abgebildeten qualitativen Funktionsfähigkeiten relevant beeinträchtigt. Aus rein psychiatrischer Sicht bestehe sowohl in der angestammten Tätigkeit als auch in einer Verweistätigkeit eine 100%ige Arbeitsfähigkeit. Da die zur Verfügung gestellten Akten – sofern aus psychiatrischer Sicht von Relevanz – Mängel und Inkonsistenzen enthielten, könne der Verlauf einer allfälligen Affektpathologie retrospektiv in keiner Weise verlässlich beurteilt werden. Aus diesem Grund gelte das Begutachtungsdatum als Beginn der attestierten Arbeitsfähigkeit (Urk. 7/140/14 f.).

Im interdisziplinären Konsens gelangten die Gutachter zum Schluss, dem Beschwerdeführer sei die Ausübung einer die Hals- und Lendenwirbelsäule schonenden, sitzenden oder wechselbelastenden Tätigkeit möglich. Tätigkeiten mit lang andauernder repetitiver Handbelastung oder solche in Nässe, Kälte oder grossen Temperaturschwankungen seien nicht zumutbar. Das Hantieren mit Lasten bis zu zehn Kilogramm sei möglich. Eine in dieser Form angepasste Tätigkeit sei zu 100 % zumutbar, wobei dies seit dem Datum der psychiatrischen Untersuchung am 31. Oktober 2017 gelte (Urk. 7/140/26).

E. 3.2.1

Der behandelnde Psychiater Dr. Y.____, Oberarzt an der Psychiatrie Z.____, wies am 17. September 2020 auf ein verschlechtertes psychisches Zustandsbild und die neu diagnostizierte Persönlichkeitsstörung mit im Vordergrund stehenden histrionischen sowie ängstlich-vermeidenden Anteilen hin (ICD-10 F71.0). Beim Beschwerdeführer seien eine ausgeprägte Dramatisierung und theatralisches Verhalten mit einem übertriebenen Ausdruck von Gefühlen zu beobachten. Ebenso seien eine andauernde Anspannung und Besorgtheit, Minderwertigkeit sowie Angst vor sozialer Kritik und Zurückweisung übermässig ausgeprägt (Urk. 7/235).

E. 3.2.2

Mit Bericht vom 22. Dezember 2020 stellte Dr. Y.____ folgende Diagnosen: - vermeidend-unsichere Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F60.6) - histrionische Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F60.4) - narzisstische Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F60.81) - Borderline-Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F60.3).

Zusätzlich verwies er auf die Ergebnisse des strukturierten klinischen Interviews für DSM-5-Persönlichkeitsstörungen (SCID-5) vom 3. Dezember 2020. Aus psychiatrischer Sicht liege beim Beschwerdeführer eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit vor, welche auch schon länger rückwirkend bestehe (Urk. 7/238/2-4).

E. 3.2.3

Am 1. März 2021 nahm Dr. med. D.____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, vom RAD zu den Ausführungen von Dr. Y.____ Stellung. Den Berichten seien weder eine Anamnese, Beschwerdeangaben noch ein psychopathologischer Befund zu entnehmen. Unklar sei zudem, worum es sich bei einer kognitiven Persönlichkeitsstörung mit dem ICD-Code F71.0 handle. Im Gutachten von Dr. C.____ sei klar dargelegt worden, warum keine Persönlichkeitsstörung vorliegen könne, weshalb eine solche Diagnose auch aktuell nicht nachvollzogen werden könne. Eine Veränderung des Gesundheitszustandes liege daher nicht vor (Urk. 7/242/3).

E. 3.2.4

Mit Schreiben vom 11. März 2021 wies Dr. Y.____ darauf hin, es sei durchaus möglich und werde in der Literatur beschrieben, dass Persönlichkeitsstörungen nicht per se als Kontinuum verlaufen. Vielmehr sehe man kompensierte Phasen, sofern die Rahmenbedingungen für die betroffenen Personen günstig seien (psychosoziale Situationen sowie somatische Stabilität). Gerade in diesem Kontext zeige sich beim Beschwerdeführer aufgrund der mittlerweile chronischen rheumatologischen Erkrankung ein einschneidendes Erlebnis, welches durchaus zu einer Destabilisierung mit anschliessendem Aufdecken der beschriebenen Persönlichkeitsstörung geführt haben dürfte, wie er es auch selbst subjektiv immer wieder beschreibe. Des Weiteren sei mit Hinblick auf die im Gutachten als mutmasslich subjektiv und nicht verlässlich genug qualifizierte Diagnosestellung ein SCID-5-Fragebogen erhoben worden, welcher klar die benannten Diagnosen aufzeige (Urk. 7/246/1).

Zum psychiatrischen Befund hielt Dr. Y.____ sodann mit Bericht vom 16. März 2021 fest, der Beschwerdeführer berichte angespannt und dramatisch, wobei er bewusstseinsklar und voll orientiert sei. Im formalen Denken zeige sich häufig ein unscharfes Antworten mit sich selbst Stichwort gebenden Ausführungen, was mit leichtem bis mittelstarkem Insistieren unterbrochen werden müsse. Teilweise folge er stark mit den Augen den Gesten des

Gegenübers und berichte von Verständnisschwierigkeiten des Gesagten, nicht primär sprachlich, sondern inhaltlich und bezüglich des Kontextes. Darüber hinaus würden eine innere Leere sowie teilweise starke Selbstzweifel und Anspannungen mit Wut und Trauer beschrieben, meist in Zusammenhang mit vermeintlicher oder konkreter Kritik an seinen Aussagen oder Sichtweisen. Affektiv sei der Beschwerdeführer deutlich angespannt, misstrauisch, klagend und wenig bis kaum auslenkbar zum positiven Pol. Immer wieder werde ein passiver Wunsch nach dem Lebensende artikuliert; teilweise bestünden Suizidideen, jedoch ohne konkrete Umsetzungsabsichten. Der Beschwerdeführer zeige sich kaum in der Lage, den Fokus längere Zeit auf seine Umgebung zu richten; es zeige sich eine starke Einengung auf den eigenen Körper und die Wahrnehmung. Es bestehe eine mindestens mittelstarke Einschränkung der Konzentrationsfähigkeit und anamnestisch eine schnelle Ermüdung. Des Weiteren erscheine die Interaktion zu Dritten auch zu nahen Familienangehörigen mindestens mittelstark eingeschränkt. Diese sei oft konfliktbehaftet und werde durch den Beschwerdeführer oft negativ und anklagend-beleidigend erlebt. Er imponiere auch schon unter den aktuell reduzierten Anforderungen (arbeitslos und wenig eingebunden in verantwortungsvolle Tätigkeiten im Haushalt) als überfordert. Eine Arbeit auf dem ersten Arbeitsmarkt sei mittelfristig nicht realistisch aufgrund der beschriebenen Einschränkungen (Urk. 7/247/2).

E. 3.2.5

Am 21. Mai 2021 äusserte sich die RAD-Ärztin Dr. D.____ erneut zur Sache . Da die entsprechenden ICD-10-Kriterien nicht erfüllt seien, könne die aufgrund einer reinen Fragebogenauswertung gestellte Diagnose einer Persönlichkeits störung nicht bestätigt werden.

Bei Fre mdbeurteilungsfragebögen spiele beispielsweise die Erwartungshaltung respektive die Arbeitshypothese der untersuchenden Person eine grosse Rolle. Zum Bericht von Dr. Y.____ vom 16. März 2021 merkte Dr. D.____ an, dass keine vermeidend-unsichere Persönlichkeitsstörung zu erkennen sei. Einem dramatisch berichtenden Versicherten könne auch nicht ohne Weiteres eine histrionische Persönlichkeitsstörung attestiert werden. Anspannung und Wut allein begründeten weder eine narzisstische noch eine Borderline -Persönlichkeitsstörung. Aufgrund des Berichts könne somit keine der genannten Persönlichkeitsstörungen erkannt werden. Mögliche akzentuierte Persönlichkeits züge könnten zwar nicht ausgeschlossen werden, wären jedoch invalidenversicherungrechtlich irrelevant. Im Übrigen könne auch Aggravation nicht ausgeschlossen werden, zumal bereits 2017 im Gutachten Inkonsistenzen beschrieben worden seien. Gesamthaft brächten die neu eingegangenen Berichte keine neuen medizinischen Tatsachen vor, die geeignet wären, das Gutachten aus dem Jahr 2017 in Frage zu stellen (Urk. 7/250/3).

E. 3.2.6

Im Beschwerdeverfahren legte der Beschwerdeführer zunächst eine gemäss seinen Angaben am Universitätsspital A.____ erstellte Diagnoseliste vom 28. September 2021 vor. Darin wurde neben der chronischen seronegativen Polyarthritits insbesondere ein akutes lumboradikuläres Reiz- und sensomotorisches Ausfallsyndrom L5 links aufgeführt. Anlässlich einer MRI-Untersuchung vom 23. September 2021 sei eine mediolinkslaterale Discusextrusion auf Höhe des Lendenwirbelkörpers (LWK) 4/5 mit Kompression der Nervenwurzel L5 links am Übergang zum Recessus festgestellt worden (Urk. 3). Den Berichten des Universitätsspitals A.____ vom 11. und 12. November 2021 ist des Weiteren

zu entnehmen, dass der Beschwerdeführer vom 1. bis 15. November 2021 zwecks Durchführung einer mikrochirurgischen Fenestration LWK 4/5 und Sequesterektomie hospitalisiert gewesen sei (Urk. 11/4-5).

E. 4.1

Strittig und zu prüfen ist, ob der Beschwerdeführer glaubhaft gemacht hat, dass sich sein Gesundheitszustand seit der rentenaufhebenden Verfügung vom 24. April 2018 in anspruchserheblicher Weise verschlechtert hat.

E. 4.2

Mit Blick auf die erst im Beschwerdeverfahren eingereichten medizinischen Unterlagen des Universitätsspitals A.____, womit in somatischer Hinsicht eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes geltend gemacht wurde (Urk. 3, Urk. 11/4-5), ist festzuhalten, dass die Gerichte der beschwerdeweisen Überprüfung einer Nichteintretensverfügung den Sachverhalt zu Grunde legen, wie er sich der Verwaltung darbot. Ein erst in einem späteren Verfahrensstadium eingereichter Arztbericht ist daher selbst dann nicht in die Überprüfung miteinzubeziehen, wenn er Rückschlüsse auf den Gesundheitszustand hinsichtlich des neuanmeldungsrechtlich relevanten Zeitraums zuliesse. Von diesem Grundsatz wäre gemäss bundesgerichtlicher Praxis lediglich dann abzuweichen, wenn die Beschwerdegegnerin das Neuanmeldungsverfahren in formeller Hinsicht nicht bundesrechtskonform durchgeführt hätte (Urteile des Bundesgerichts 9C_7/2019 vom 5. April 2019 E. 3.3 und 9C_570/2018 vom 18. Dezember 2019 E. 3.2.2, je mit Hinweisen). Dies ist weder ersichtlich noch machte der Beschwerdeführer Entsprechendes geltend. Die erst im Laufe des gerichtlichen Verfahrens eingereichten ärztlichen Unterlagen sind demzufolge unbeachtlich.

E. 4.3

In psychiatrischer Hinsicht legte der Beschwerdeführer mehrere Berichte des behandelnden Arztes Dr. Y.____ vor, um eine Verschlechterung seines Gesundheitszustandes glaubhaft zu machen. Diesbezüglich ist vorwegzuschicken, dass dessen Einschätzung mit Blick auf die beweisrechtlich bedeutsame Verschiedenheit von Behandlungs-/Therapieauftrag einerseits und Begutachtungsauftrag andererseits besonders sorgfältig zu würdigen ist (BGE 135 V 465 E. 4.5, 125 V 351 E. 3b/cc; Urteil des Bundesgerichts 8C_175/2019 vom 30. Juli 2019 E. 3.2.2).

Des Weiteren ist zu betonen, dass eine neu gestellte Diagnose insbesondere psychiatrischer Art für sich allein nicht genügt, um eine erhebliche Veränderung des Gesundheitszustandes glaubhaft zu machen, da damit über das quantitative Element einer relevanten, die Arbeitsfähigkeit schmälern den Veränderung des Gesundheitszustandes nicht zwingend etwas ausgesagt wird (Urteil des Bundesgerichts 8C_389/2019 vom 5. September 2019 E. 4.2.2 mit Hinweis).

Bereits vor der Begutachtung durch Dr. C.____ hatte der damals behandelnde Psychiater Dr. med. E.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, mit Bericht vom 23. Juni 2017 eine reaktive chronische depressive Entwicklung aufgrund einer Polyarthritiden bei einer Persönlichkeit mit impulsiven und emotional instabilen Zügen diagnostiziert, wobei er als Differentialdiagnose eine Persönlichkeitsstörung nannte. Hinsichtlich des psychopathologischen Befundes hielt er fest, der Beschwerdeführer sei antriebslos und affektiv deprimiert. Nebst Zukunftsängsten beständen Suizidgedanken, ein sozialer Rück

zug, eine Inaktivität sowie zunehmende psychosoziale Probleme durch die Belastung der Familie (Urk. 7/117/5 , vgl. auch Urk. 7/79/1).

Dr. C.____ verneinte demgegenüber in seinem Gutachten vom 3. November 2017 eine Pathologie der Persönlichkeit unter Würdigung der innerpsychischen Struktur des Beschwerdeführers. Dabei trug er namentlich der Schul- und Berufsanamnese sowie der stabilen Beziehungsgestaltung Rechnung. Die Kardinaldefinition für eine Persönlichkeitsstörung, wonach zentrale Bereiche der privaten, sozialen und beruflichen Anamnese ab verhältnismässig frühem Lebensalter nachhaltig und relevant tangiert sein müssten, erachtete er für nicht erfüllt (Urk. 7/140/10 f., 7/140/14).

Bezugnehmend auf die gutachterliche Beurteilung äusserte Dr. Y.____ mit Bericht vom 26. Januar 2018 insbesondere den Verdacht auf eine kombinierte Persönlichkeitsstörung mit histrionischen und emotional instabilen Anteilen. Überdies ausgehend von einer schweren depressiven Episode attestierte er eine 60 bis 80%ige Arbeitsunfähigkeit und wies darauf hin, sowohl er als auch die Vorbehandler seien der Meinung, dass es dem Beschwerdeführer schon seit langer Zeit (sehr) schlecht gehe und dass während der jahrelangen Behandlung bis jetzt keine Verbesserung des Zustandsbilds habe erreicht werden können (Urk. 7/156).

Vor diesem Hintergrund wird deutlich, dass die mit einer allfälligen Persönlichkeitsstörung einhergehende psychische Problematik bereits im Zeitpunkt der letzten materiellen Beurteilung der Streitsache (Verfügung vom 24. April 2018, Urk. 7/161) thematisiert wurde. Die behandelnden Fachärzte insbesondere der nach wie vor involvierte Psychiater Dr. Y.____

vertraten damals wie auch heute diagnostisch eine andere Auffassung als der psychiatrische Gutachter. Mithin handelt es sich bei der

ab September 2020 diagnostizierten

(multiple) Persönlichkeitsstörung

im Wesentlichen um keine neu aufgetretene

psychische Erkrankung

(vgl. auch Urteil des Bundesgerichts 9C_57/2021 vom 8. Juli 2021 E. 4.3). Dr. C.____ hat diese Diagnose ausserdem

unter Bezugnahme auf das ICD-10-Kriterium, wonach sich eine derartige Störung bereits in der Kindheit und Jugend entwickeln und danach im Erwachsenenalter manifestieren muss, mit überzeugender Begründung verworfen, worauf der RAD zutreffend hinweist (Urk. 7/242/3; vgl. Dilling / Mombour / Schmidt [Hrsg.], ICD-10, Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V (F), Klinisch-diagnostische Leitlinien, 10. Auflage, S. 277 sowie Urteile des Bundesgerichts 8C_103/2022 vom 10. Mai 2022 E. 4.3.2 mit Hinweisen, 8C_882/2017 vom 9. Mai 2018 E. 3.3.2 und 8C_71/2017 vom 20. April 2017 E. 9). Der Bericht von Dr. Y.____

vom 26. Januar 2018 vermochte keine Zweifel an dieser gutachterlichen Beurteilung zu wecken (vgl. Urk. 7/212/14 f.). Überdies erschliesst sich nicht, weshalb die bereits 2006 diagnostizierte rheumatologische Erkrankung (vgl. Urk. 7/13/7, 7/140/5) nun nach rund 15 Jahren ein einschneidendes Erlebnis darstellen soll, welches zu einer Destabilisierung mit anschliessender Offenlegung der Persönlichkeitsstörung geführt haben soll (vgl. Urk.

7/246/1).

Hinzu kommt, dass Dr. Y.____ bereits im Rahmen des vorangegangenen Verfahrens von einem bedeutend schlechteren Gesundheitszustand ausging, als von Dr. C.____ bestätigt wurde. Wenn er in der Folge an seiner abweichenden Beurteilung festhält, was anschaulich mit dem Hinweis auf eine länger rückwirkend bestehende 100%ige Arbeitsunfähigkeit zum Ausdruck kommt (Urk. 7/238/2), lässt sich daraus noch keine Verschlechterung des Gesundheitszustandes ableiten (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_79/2018 vom 6. Juni 2018 E. 4.2). Mit Blick auf die im Bericht vom 16. März 2021 (Urk. 7/247) genannten Befunde und die vom Beschwerdeführer berichteten Schwierigkeiten in der Beziehungsgestaltung sowie die Suizidideen fällt schliesslich auf, dass psychosoziale Probleme aufgrund familiärer Belastung, sozialer Rückzug sowie Suizidgeanken von Dr. E.____

bereits vor der Begutachtung genannt worden waren (Urk. 7/115/5). Dr. Y.____

hatte zudem selbst bereits im Januar 2018 das Vorhandensein von Symptomen wie vermindertes Selbstwertgefühl, verminderte Konzentration, erhöhte Ermüdbarkeit

sowie Suizidgedanken bejaht (Urk. 7/156/2). Auch insofern ist folglich keine Veränderung des psychischen Gesundheitszustandes glaubhaft gemacht, sondern vielmehr die bereits früher vertretene medizinische Auffassung zu bestätigen versucht worden.

E. 5

Nach dem Gesagten trat die Beschwerdegegnerin auf die Neuanschuldung des Beschwerdeführers vom 17. September 2020 zu Recht nicht ein, da eine Verschlechterung der gesundheitlichen Verhältnisse in anspruchrelevantem Ausmass nicht glaubhaft gemacht wurde. Die angefochtene Verfügung vom 31. August 2021 (Urk. 2) ist folglich nicht zu beanstanden, was zur Abweisung der dagegen erhobenen Beschwerde führt.

E. 6

Da die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen zu beurteilen war, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG). Sie sind ermessensweise auf Fr. 700.-- anzusetzen und ausgangsgemäss dem unterliegenden Beschwerdeführer aufzuerlegen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 700.-- werden dem Beschwerdeführer auferlegt.

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

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Patrick Lerch - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - Bundesamt für Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft) 4.

Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden (Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. des Bundes

gesetzes über das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern, vom 1 5. Juli bis und mit 1 5. August sowie vom 1 8. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG).

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

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

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