

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2022.00195 vom 31. August 2022

ZH Sozialversicherungsgericht, 2022-08-31, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2022.00195

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2022.00195 du 31 août 2022

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2022.00195 del 31 agosto 2022

Erwägungen

E. 1

Der 1970 geborene X.____ meldete sich am 14. Januar 2010 unter Hinweis auf Schulterbeschwerden bei der Invalidenversicherung zum Leistungsbezug an (Urk.

E. 1.1

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetz es über den Allge meinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kom menden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 A bs. 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).

Die Annahme eines psychischen Gesundheitsschadens im Sinne von Art. 4 Abs. 1 des Bundesgesetz es über die Invalidenversicherung (IVG) sowie Art. 3 Abs. 1 und Art. 6 ATSG setzt eine psychiatrische, lege artis auf die Vorgaben eines aner kannten Klassifikationssystems abgest ützt e 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 W eiteres 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 Ar beit sleistung zu erbringen (BGE 145 V 215 E. 5.3.2, 1 43 V 409 E. 4.2.1, 141 V 281 E. 3.7, 13 9 V 54

E. 1.2

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

3 der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV) eine neue Anmeldung nur geprüft, wenn die Voraussetzungen gemäss Abs. 2 dieser Bestimmung erfüllt sind. Danach ist im 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 Neu anmeldung 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).

E. 1.3

Gemäss Art. 87 Abs. 2 IVV muss mit einem Revisionsgesuch und gemäss Art. 87 Abs. 3 IVV mit einer Neu anmeldung glaubhaft gemacht werden, dass sich der Invaliditätsgrad anspruchrelevant 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).

Hingegen kann diese Eintretensvorschrift nicht dahingehend ausgelegt werden, dass die glaubhaft zu machende Änderung gerade jenes Anspruchselement betreffen muss, welches die Verwaltung der früheren rechtskräftigen Leistungsabweisung zugrunde legte. Vielmehr muss es genügen, wenn die versicherte Person zumindest die Änderung eines Sachverhalts aus dem gesamten für die Rentenberechtigung erheblichen Tatsachenspektrum glaubwürdig darlegt. Trifft dies zu, ist die Verwaltung verpflichtet, auf das neue Leistungsbegehren einzutreten und es in tatsächlicher (wie selbstverständlich auch in rechtlicher) Hinsicht allseitig zu prüfen (BGE 117 V 198 E. 3a und E. 4b; vgl. auch BGE 130 V 64 E. 5.2, 71 E. 2.2).

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 Neu anmeldung 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).

E. 1.4

Gemäss höchstrichterlicher Rechtsprechung ist von Amtes wegen zu prüfen, ob seit der ersten Rentenverfügung zwischenzeitlich eine erneute materielle Prüfung des Rentenanspruchs stattgefunden hat. War dies nicht der Fall, so ist auf die Entwicklung der Verhältnisse seit der ersten Ablehnungsverfügung abzustellen; wie im Revisionsverfahren bleiben allfällige, vorangehende Nichteintretensverfügungen aufgrund des fehlenden Abklärungs- und bloss summarischen Begründungsaufwandes der Verwaltung unbeachtlich. Erfolgte dagegen nach einer ersten Leistungsverweigerung eine erneute materielle Prüfung des geltend gemachten Rentenanspruchs und wurde dieser nach

rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Durchführung eines Einkommensvergleichs (bei Anhaltspunkten für eine Änderung in den erwerblichen Auswirkungen des Gesundheitszustands) abermals rechtskräftig verneint, muss sich die leistungsansprechende Person dieses Ergebnis – vorbehaltlich der Rechtsprechung zur Wiedererwägung oder prozessualen Revision (vgl. BGE 127 V 466 E. 2c mit Hinweisen) – bei einer weiteren Neuanmeldung entgegenhalten lassen (BGE 130 V 71 E. 3.2.3; vgl. auch BGE 133 V 108 E. 5.3 f.).

E. 1.5

Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob dieser 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 Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a mit Hinweis). 2.

2.1

Die Beschwerdegegnerin ging in der angefochtenen Verfügung (Urk. 2) davon aus, dass die Prüfung der Aktenlage keine Veränderung gezeigt habe, weshalb der Beschwerdeführer keine Veränderung der Verhältnisse glaubhaft gemacht habe. In der Beschwerdeantwort (Urk. 5) präziserte die Beschwerdegegnerin, dass in den vom Beschwerdeführer eingereichten Arztberichten keine neuen Befunde oder Diagnosen genannt worden seien, welche ihr nicht bereits bekannt seien und welche sie nicht bereits abgeklärt habe. Entsprechend sei nicht auf die Neuanmeldung einzutreten. 2.2

Der Beschwerdeführer stellte sich demgegenüber auf den Standpunkt (Urk. 1), dass er Umstand, dass er vom 9. November bis 9. Dezember 2021 stationär behandelt worden sei, zeige den Eintritt einer gesundheitlichen Verschlechterung (S. 3). In der Replik (Urk. 11) ergänzte er, dass er gemäss dem Gutachten der Medas

Z. ___ vom 6. August 2014

lediglich an einer rezidivierenden depressiven Störung gelitten und nie wirklich ein schwerwiegendes psychiatrisches Leiden vorgelegen habe. Die Ärzte des Sanatoriums Y. ___ hätten demgegenüber eine wahnhaftige Störung als Hauptdiagnose und andere gemischte Angststörungen als Nebendiagnose gestellt, wobei davon auszugehen sei, dass die behandelnden Fachärzte gemerkt hätten, wenn der Beschwerdeführer ein manipulatives und wechselhaftes Verhalten an den Tag gelegt hätte (S. 2 Ziff. 5 ff.). 2.3

Strittig und zu prüfen ist, ob im Vergleich zum im März 2015 massgebenden Sachverhalt eine Änderung glaubhaft gemacht wurde und die Beschwerdegegnerin auf die erneute Anmeldung hätte eintreten müssen. Während es im Zusammenhang mit der Verfügung vom 17. März 2015 (Urk. 6/113) sowohl um somatische als auch psychische Beschwerden ging (vgl. Urk. 6/120 S. 5 ff.), stehen im hiesigen Verfahren psychische Störungen im Vordergrund (Urk. 6/154 S. 6 Ziff. 6.1), respektive macht der Beschwerdeführer einzig diesbezüglich eine Verschlechterung geltend. 3.

3.1

Bei Rentenabweisung mit der gerichtlich bestätigten Verfügung vom 17. März

2 015 (Urk. 6/113, Urk. 6/120) präsentierte sich die medizinische Sachlage im Wesentlichen wie folgt: 3.2

3.2.1

In dem von der Beschwerdeführerin in Auftrag gegebenen Gutachten der MEDAS Z. ____ vom 6. August 2014 (Urk. 6 /93/2-69) wurden folgende Diagnosen genannt (S. 57 f.): - mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit: - Impingement Schulter links bei Bizeps- und Subscapularistendopathie , diskreter subacromialer

Osteophyt und leichte AC-Gelenksarthrose - Status nach arthroskopischer

Tuberculoplastik , Tenodese der langen Bizeps sehne 11.9.2009 - Status nach sekundär dislozierter Tuberculum

majus -Fraktur links nach Sturz 23.4.2009 - diskrete Rhizarthrose rechts mit Sekundärarthrose interkarpal MCII ulnar sei tig - bei Status nach MC-I-Basistrümmerfraktur rechts offen reponiert mit Spick draht versorgt 1988 - rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte bis mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F33.0/F33.1) - ohne wesentliche Einschränkungen auf die Arbeitsfähigkeit: - Epicondylopathie

humeroradialis et ulnaris links - Quadrizeps - und Patellasehnenansatzendopathie links - initiale Gonarthrose beidseits ohne Funktionsdefizit - Hüftfunktionsstörung rechts bei muskulärer Dysbalance - Osteochondrose und Spondylarthrose L5/S1 - anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.1) - Vitamin D3-Mangel - Adipositas Grad II (ICD-10 E66) - arterielle Hypertonie (ICD-10 I10) - Hypertriglyzeridämie (ICD-10 E78) - Diabetes mellitus, aktuell HbA1c 7,6 % (ICD-10 E11) - psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol, Abhängigkeitssyndrom, gegenwärtiger Substanzgebrauch (ICD-10 F10.24) - akzentuierte Persönlichkeitszüge mit histrionisch unreifen, emotional instabilen und passivaggressiven Anteilen (ICD-10 Z73.1)

Die Gutachter wiesen darauf hin, dass die Kooperation des Beschwerdeführers bei den einzelnen Untersuchungen schlecht gewesen und der Eindruck entstanden sei, er habe seine Aussagen bewusstseinsnah modifiziert. Der Lebenslauf und die Krankheitsgeschichte hätten deshalb nur aufgrund der Akten und allenfalls teilweise unterstützt durch die aktuellen Angaben eruiert werden können (S. 58). Der Beschwerdeführer habe während der Exploration scheinbar überwiegend einen Dolmetscher benötigt, wobei er indessen gut in der Lage gewesen sei, seine optischen Halluzinationen auf Deutsch mitzuteilen (S. 60).

Weiter wurde ausgeführt, dass sich der Beschwerdeführer aus allgemein-interne Sicht in einem stabilen Zustand befinde. Im Zusammenhang mit den Schulterbeschwerden links bestehe eine mässige Funktionseinschränkung. Dem gegenüber seien die links betonten Kniebeschwerden ohne Funktionsdefizite respektive die Unterarmstreck- und Beugemuskulatur am linken ulnaren und radialen Epicondylus als leichtgradige funktionelle Gesundheitsstörung einzu schätzen. Die Funktionseinschränkungen des rechten Hüftgelenkes bei Innenrotation wiesen auf eine muskuläre Störung hin. Die Beschwerden im Bereich der Lendenwirbelsäule (LWS) seien durch die degenerativen Veränderungen im lumbosakralen Abschnitt erklärbar, wobei keine Hinweise auf eine Radikulopathie bestünden. Ebenso wenig lägen im Bereich der Halswirbelsäule (HWS) wesentliche degenerative Veränderungen vor, welche zusätzliche projektionsbedingte Schulter schmerzen auslösen könnten (S. 61).

Unter psychiatrischen Gesichtspunkten wiesen die Gutachter darauf hin, dass die vom Beschwerdeführer mitgeteilten Phänomene (namentlich das Bewegen von Wänden und Bildern an den Wänden, Hören von Stimmen), die sich vor der grün dig als scheinbare Halluzinationen und Wahnphänomene darstellten, von der restlichen Symptomatik als losgelöst erschienen und sich nicht sinnvoll in ein aus psychiatrischer Sicht nachvollziehbares diagnostisches Zustandsbild einordnen liessen. Am ehesten erscheine es plausibel, dass sich die depressive Symptomatik einerseits im Rahmen der Schmerzsymptomatik nach dem Unfall und andererseits als Folge von sozialen Problemen, insbesondere hohen Schulden und weiteren psychosozialen Belastungen, entwickelt habe. Die Begründung im Vorgutachten vom April 2012 (vgl. Urk. 6/39, vgl. E. 3.2) für das Vorliegen einer paranoiden Schizophrenie könne anhand der aktuell erhobenen psychiatrischen Befunde eindeutig nicht bestätigt werden. Die Ergebnisse der aktuellen psychiatrischen Exploration seien in der Einschätzung der im Rahmen der Begutachtung in Auftrag gegebenen neuropsychologischen Untersuchung (vgl. Urk. 6/93/70-78) bestätigt worden. In den entsprechenden Symptomvalidierungsverfahren hätten sich quantitativ und qualitativ hoch auffällige Befunde gezeigt, welche im Rahmen der in den Akten präsentierten Erkrankung im orthopädischen und/oder psychiatrischen Bereich nicht erklärbar seien. Die Gutachter wiesen darauf hin, der Beschwerdeführer habe die Mitarbeit bei der aktuellen psychiatrischen Untersuchung überwiegend verweigert, weshalb neben dem Hauptsymptom – der physiologisch nicht mehr zu erklärenden und ausgeweiteten Schmerzsymptomatik –

weitere psychische Störungen nicht wirklich sicher hätten eruiert werden könnten. Die Angaben des Beschwerdeführers hätten unklar, diskrepant, wenig plausibel und teils widersprüchlich gewirkt und sein Verhalten sei ausgeprägt manipulativ, dramatisierend und sehr wechselhaft erschienen, was durch eine psychische Störung nicht zu erklären sei. Zeitweilig habe der Beschwerdeführer eine sehr gute Mitarbeit gezeigt und sei sehr konzentriert und fast engagiert gewesen in der Darstellung der aus seiner Sicht wichtigen Details, welche die Schwere seiner Krankheit unterstreichen würden. Es hätten sich weit über Verdeutlichungstendenzen hinausgehende starke Tendenzen von Aggravation gefunden. Bei schwankendem Leidensdruck hätten seine Angaben, mit denen er aus subjektiver Sicht schwerwiegende psychische Einschränkungen verdeutlichen wollen, wenig plausibel und nicht nachvollziehbar gewirkt. Bei der durch physiologische Prozesse nicht zu erklärenden Schmerzsymptomatik sowie auch den weiteren unspezifischen somatoformen Beschwerden sei eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung zu diagnostizieren, wobei die qualifizierenden Kriterien nach Foerster in Bezug auf die Schmerzstörung allenfalls zu einem geringen Teil vorlägen. Eine chronische psychiatrische Begleiterkrankung mit mehrjährigem Verlauf bei unveränderter und progredienter Symptomatik ohne längerfristige Remission liege anhand des aktuellen Untersuchungsbefundes sicherlich nicht vor. Es könne jedoch anhand der Aktenlage davon ausgegangen werden, dass eine leichte bis mittelgradige depressive Symptomatik wohl in den letzten Jahren vorgelegen habe. Eine adäquate antidepressive Medikation sei verordnet worden, inwieweit deren regelmässige Einnahme aber stattgefunden habe, könne anhand der lückenhaften Angaben des Beschwerdeführers nicht sicher festgestellt werden. Die aktuell bestimmten Medikamentenspiegel hätten teilweise unter dem therapeutischen Bereich gelegen, was zumindest eine Unregelmässigkeit in der Einnahme belegen könne. Weitere psychische Störungen mit versicherungsmmedizinischer Relevanz, insbesondere eine Erkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis, seien nicht festgestellt worden

(S. 38 f., S. 62 f., S. 67).

Unter dem Titel Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit wiesen die Gutachter darauf hin, dass der Beschwerdeführer aufgrund der Impingementsymptomatik der linken Schulter bei vorhandenem Sehnenreizzustand für Tätigkeiten über Kopf sowie schweres Heben und Tragen von Lasten über 15 kg eingeschränkt sei. Tätigkeiten mit repetitivem Greifen und mit ständigem Griff mit dem rechten Daumen und Zeigefinger seien nicht leidensadaptiert. Zudem seien mit der Hand ausgeführte Stauch- und Stossbelastungen zu vermeiden. Aufgrund der vorliegenden Restbeschwerden im Zusammenhang mit der linken Schulter und der leichtgradigen posttraumatischen Arthrose MC I/II, Rhizarthrose der rechten Hand sei aus orthopädischer Sicht von einer geringfügigen Leistungsminderung von 20 % in der angestammten Tätigkeit auszugehen. Unter rein psychiatrischen Gesichtspunkten bestehe in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit eine Arbeitsunfähigkeit von höchstens 30 %. Polydisziplinär ergebe sich deshalb eine Arbeitsfähigkeit von 70 % unter Beachtung der erwähnten qualitativen Einschränkungen. Während in den stationären/teilstationären Behandlungsphasen definitionsgemäss eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % bestanden habe, habe in den ambulanten Behandlungsphasen mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nie eine Arbeitsunfähigkeit von mehr als 30 % vorgelegen. In einer angepassten Tätigkeit gingen die Gutachter in psychiatrischer Hinsicht ebenfalls von einer 30%igen Arbeitsunfähigkeit aus. Unter orthopädisch-chirurgischen Gesichtspunkten attestierten sie eine 100%ige Arbeitsfähigkeit, wobei als voll adaptierte Tätigkeiten leichte bis mittelschwere Arbeiten ohne ständigen Armeinsatz links, ohne Tätigkeiten über Kopf, ohne schweres Heben und Tragen und ohne fein motorisch repetitive Tätigkeiten mit der rechten Hand mit ständigem Greifen des Daumen-Zeigefingers zu qualifizieren seien. Als adaptierte Tätigkeiten gälten einfache und angelernte Tätigkeiten, die keine speziell erhöhten Anforderungen an die Konzentrationsfähigkeit oder die Ausdauer stellten, wobei auch die angestammte Tätigkeit als adaptiert einzustufen sei (S. 63 f.).

Die Gutachter hielten schliesslich fest, der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers habe sich grundsätzlich verbessert, wobei nie wirklich ein schwerwiegenes psychiatrisches Leiden vorgelegen habe. Aus aktueller psychiatrischer Sicht sei retrospektiv davon auszugehen, dass seit 2010 ein in etwa gleichbleibender psychischer Zustand mit gewissen kurzzeitigen Schwankungen, die je weils zu kurzen stationären Aufenthalten geführt hätten, vorgelegen habe. Aus orthopädischer Sicht habe sich die Situation betreffend die Schultererkrankung in geringfügigem Mass verbessert (S. 66).

3.2.2

In ihrem Austrittsbericht vom 22. Januar 2015 (Urk. 6 /110/1-3) über den stationären Aufenthalt des Beschwerdeführers in der Psychiatrie A.____ vom 7. bis 30. Oktober 2014 nannten Dr. med. B.____, Oberarzt, und med. pract. C.____, Assistenzarzt, folgende Diagnosen (S. 1): - Angst und depressive Störung, gemischt (ICD-10 F41.2) - Somatisierungsstörung (ICD-10 F45.0) - nicht primär insulinabhängiger Diabetes mellitus (Typ-2-Diabetes) - benigne essentielle Hypertonie - Adipositas - Tuberculoplastik und Tenodesse der langen Bizepssehne und PASTA Repair nach Fraktur 2009

Die Ärzte führten aus, die Konzentration und das Gedächtnis des Beschwerdeführers erschienen mindestens mittelgradig beeinträchtigt, wobei eine genaue Überprüfung nicht möglich gewesen sei. In den explorativen Gesprächen habe er sich im formalen Denken stark auf den abgewiesenen IV-Antrag eingengt und vom Behandlungsteam mehrfach eine

erneute Einschätzung der Arbeitsfähigkeit gefordert. Neben stark ausgeprägten psychotischen Symptomen (insbesondere akustische und optische Halluzinationen, Ich-Erlebnisstörungen, wahnhafte Ideen) habe der Beschwerdeführer auch eine depressive Symptomatik, Schlafstörungen, einen Selbstverletzungsdrang, intermittierende suizidale Gedanken, Zwangsgedanken, eine starke psychische Anspannung sowie körperliche Symptome wie Schmerzen in der Schulter, Übelkeit und grippale Symptome erwähnt. Die Ärzte wiesen darauf hin, dass die nur intermittierend vorkommenden und häufig wechselnden Symptome in starkem Widerspruch zum Verhalten des Beschwerdeführers im stationären Alltag gestanden seien. Während er sich im Kontakt mit Mitpatienten adäquat und gut integriert gezeigt habe, habe er gegenüber dem Behandlungsteam stets einen grossen Leidensdruck angegeben. Es sei sodann mehrfach zu selbstverletzendem Verhalten gekommen und in den Gesprächen habe er wenig Introspektionsfähigkeit gezeigt und sei stark auf eine medikamentöse Therapie fixiert gewesen.

Die Ärzte wiesen weiter darauf hin, dass die Vielzahl der gezeigten psychiatrischen und somatischen Symptome die Stellung einer eindeutigen Diagnose erheblich erschwert habe. Trotz Angabe mehrerer psychotischer Symptome könne aufgrund deren intermittierenden und wechselhaften Charakters eine Diagnose aus dem schizophrenen Formenkreis weitgehend ausgeschlossen werden. Gestützt auf den chronischen Verlauf der starken Fluktuation der Symptome, auch körperlicher Art, sei die Diagnose einer Somatisierungsstörung gestellt worden. Zudem zeige der Beschwerdeführer eine ängstlich depressive Symptomatik. Differentialdiagnostisch sollte überdies eine histrionische Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F60.4) erwogen werden (S. 2). 3.2.3

Die Ärzte der Psychiatrie A.____ berichteten am 8. Juni 2015 (Urk. 6/118/3-5) über die erneute Hospitalisation des Beschwerdeführers vom 24. März bis 23. April 2015 und führten dabei folgende Diagnosen auf (S. 1): - schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen (ICD-10 F41.2) - Somatisierungsstörung (ICD-10 F45.0) - metabolisches Syndrom - nicht primär insulinabhängiger Diabetes mellitus (Typ-2-Diabetes) - benigne essentielle Hypertonie - Adipositas - Hypercholesterinämie - Tuberculoplastik und Tenodesse der langen Bizepssehne und PASTA Repair nach Fraktur 2009

Die zuständigen Fachpersonen hielten fest, die Konzentration und das Gedächtnis des Beschwerdeführers seien stark beeinträchtigt gewesen. Im formalen Denken sei er verlangsamt, umständlich, häufig vorbeirend und schwer zu strukturieren gewesen. Er habe über Verfolgungsideen sowie akustische und optische Halluzinationen (mehrere kommentierende/beschimpfende Stimmen, sich bewegende Bilder an der Wand, schwarz-weiße Bilder beim Augenschliessen) berichtet, welche er als « ängstlich » erlebe. Ausgeprägte Wahngelüste und Ich-Erlebnisstörungen seien demgegenüber verneint worden. Im Affekt sei der Beschwerdeführer deutlich gedrückt gewesen und habe teilweise verzweifelt und hoffnungslos geweint. Die zuständige Oberärztin sowie die beteiligte Psychologin wiesen darauf hin, der Beschwerdeführer habe eine Vielzahl psychiatrischer Symptome angegeben, wobei neben stark ausgeprägten psychotischen Symptomen eine depressive Symptomatik dominiere. Gegenüber dem Behandlungsteam habe er überdies stets von einem grossen Leidensdruck und Überforderungsgefühl berichtet. Wiederum wiesen sie schliesslich darauf hin, dass eine Diagnose aus dem schizophrenen Formenkreis trotz der Angabe mehrerer psychotischer Symptome aufgrund deren intermittierenden und wechselhaften Charakters habe ausgeschlossen werden können, wobei diese Einschätzung auch seitens der behandelnden Psychiaterin Dr. D.____ geteilt

werde. 4. 4.1

Nach der Neuanschuldung vom 24. November 2021 neu eingereicht wurden bis zum Zeitpunkt des Erlasses der angefochtenen Verfügung (Urk. 2) folgende medizinische Berichte: 4.2 4.2.1

Der Hausarzt des Beschwerdeführers, pract . med. E.____ , Allgemeine Innere Medizin FMH, führte in seinem Bericht vom 27. Dezember 2021 aus, ersterer habe sich wegen einer wahnhaften Störung ins Sanatorium Y.____ begeben müssen. Der Beschwerdeführer habe sich verfolgt geföhlt, wobei er von diesen wahnhaften Gedanken nicht habe Abstand nehmen respektive sie nicht habe kontrollieren können. Gemäss der Einschätzung des Hausarztes sei der Beschwerdeführer auf grund seiner psychischen Krankheit nicht arbeitsfähig (Urk. 6/159).

4.2.2

Im Bericht des Sanatorium s

Y.____ vom 31. Dezember 2021 (Urk. 6/170) betreffend die stationäre Behandlung vom 9. November bis 9. Dezember 2021 wurden in psychischer Hinsicht folgende

Diagnosen gestellt (S. 1 , vgl. auch Urk. 6/158 S. 1): - Hauptdiagnose: - wahnhafte Störung (ICD-10 F22 .0) - Nebendiagnose: - andere gemischte Angststörungen (ICD-10 F 41.3)

Der Beschwerdeführer verspüre gemäss eigenen Angaben seit einigen Wochen vermehrt Angst und Unruhezustände. Zudem habe er das Gefühl, die Menschen würden über ihn reden oder ihn beobachten, wobei er dieses Gefühl schon seit einigen Jahren kenne. Zuletzt sei der Zustand nicht mehr aushaltbar gewesen und er habe eine Enge in der Brust verspürt, weshalb er die Klinikeinweisung selbst initiiert habe (S. 1).

Im Laufe der Behandlung habe eine leichte Verbesserung der Unruhe und Wahnsymptomatik mit einer Aufdosierung von Quetiapin erreicht werden können. Der Beschwerdeführer habe zudem auch vom stationären Setting als Reizabschirmung von den täglichen (finanziellen und familiären) Problemen profitieren und den Stress und die Belastung subjektiv deutlich reduzieren können (S. 2) . 5.

5.1

In den Berichten

des Sanatorium s

Y.____ (E. 4. 2 .2 , Urk. 6/158 S. 1) wurde n eine wahnhafte Störung sowie andere gemischte Angststörungen diagnostiziert, wobei der Beschwerdeführer an Angst-/Unruhezuständen sowie unter dem Gefühl der Beobachtung leide.

Im MEDAS-Gutachten vom 6. August 2014 (vgl. E. 3.2.1) wurde n aus psychiatrischer Sicht eine rezidivierende depressive Störung, psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol sowie akzentuierte Persönlichkeitszüge diagnostiziert und auf die vom Beschwerdeführer geklagten Halluzinationen und Wahnphänomene – insbesondere in Form vom Hören von Stimmen und der Bewegung von Wänden und Bildern an den Wänden – hingewiesen. In den Berichten der Psychiatrie A.____ vom 22. Januar und 8. Juni 2015 (vgl. E. 3.2.2-3.2.3) wurde n eine Angst und depressive Störung sowie eine Somatisierungsstörung respektive eine schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen und eine Somatisierungsstörung festgestellt. Seitens der Psychiatrischen

Universitätsklinik F.____ wurde n zudem am 28. März 2012 eine mittelgradige depressive Episode, eine Somatisierungsstörung, ein Verdacht auf Intelligenzminderung und als Vordiagnose eine posttraumatische Belastungsstörung ohne gegenwärtige aktive Symptomatik

diagnostiziert (Urk. 6/36 S. 2).

Im Weiteren wurden bereits dazumal Verfolgungsideen sowie akustische und optische Halluzinationen, insbesondere mehrere kommentierende/beschimpfende Stimmen, sich bewegende Bilder an der Wand und schwarz-weiße Bilder beim Augenschliessen, erwähnt (vgl. ferner auch Urk. 6/75 S. 1). 5.2

Die im Rahmen der nunmehr zu beurteilenden Neuanmeldung vom Beschwerdeführer beklagten Beschwerden wurden bereits im Zusammenhang mit der Rentenabweisung vom 17. März 2015 thematisiert. Der Beschwerdeführer berichtete schon damals von zahlreichen Ängsten, gegen welche er nichts unternehmen respektive welche er

nicht kontrollieren könne. Er gab zudem an, oft unter akustischen und optischen Halluzinationen beziehungsweise an Verfolgungsideen sowie Alpträumen zu leiden (Urk. 6/93/2-69 S. 35 f., Urk. 6/110/1-3 S. 2, Urk. 6/118/3-5 S. 1 f., Urk. 6/36 S. 3). Eine (wesentliche) Verschlechterung des psychischen Gesundheitszustands wurde in den Berichten des Sanatoriums Y.____ vom 9. und 31. Dezember 2021 (Urk. 6/158, Urk. 6/170) nicht

thematisiert. Im letzteren Bericht wurden einzig die subjektiven Angaben des Beschwerdeführers wiedergegeben, wonach er seit einigen Wochen vermehrt Angst- und Unruhezustände verspüre, wobei

namentlich keine Details bezüglich des Auslösers und der Art und Weise der Ängste aufgeführt wurden.

Der Beschwerdeführer gab zudem an, dass er das Gefühl der Beobachtung schon seit einigen Jahren kenne (Urk. 6/170 S. 1). Der Eintritt ins Sanatorium Y.____

erfolgte zur Krisenintervention, wobei von einer leichten Verbesserung der Unruhe und Wahnsymptomatik mit einer Aufdosierung von Quetiapin sowie im Zusammenhang mit den täglichen finanziellen und familiären Problemen des Beschwerdeführers von einer deutlichen Reduktion von Stress und Belastung berichtet wurde (S. 2). Ebenso wenig ist im Bericht des in Allgemeiner Innerer Medizin spezialisierten Hausarztes pract. med.

E.____ vom 27. Dezember 2021 (Urk. 6/159) von einer Verschlechterung des psychischen Zustands die Rede. Die darin attestierte Arbeitsunfähigkeit beruhte sodann ausschliesslich auf den subjektiven Angaben des Beschwerdeführers. Im Weiteren ist darauf hinzuweisen, dass optische und akustische Halluzinationen inklusive das Gefühl der Beobachtung sowie Angstgefühle auch im Rahmen der Neuanmeldung vom 2. Februar 2018 (Urk. 6/122) im Vordergrund standen (Urk. 6/133 S. 2, Urk. 6/125). 5.3

Der Hinweis des Beschwerdeführers, wonach der Umstand einer einmonatigen stationären Behandlung zeige, dass eine gesundheitliche Verschlechterung eingetreten sei (Urk. 1 S. 3), geht ins Leere. Von einem Klinikaufenthalt – wobei sich der Beschwerdeführer vorliegend selbst einwies (Urk. 6/170 S. 1) – kann nicht automatisch auf eine glaubhaft gemachte

relevante Verschlechterung geschlossen werden, vielmehr müssen die in Art. 87 Abs. 2 IVV statuierten Voraussetzungen erfüllt sein (vgl. E. 1.2 f.).

Betreffend den Einwand des Beschwerdeführers, gemäss dem Gutachten vom August 2014 habe einzig eine rezidivierende depressive Störung und nie wirklich ein schwerwiegendes psychiatrisches Leiden vorgelegen, die Ärzte des Sanatoriums Y.____

nun aber eine wahnhaftige Störung und andere gemischte Angststörungen diagnostiziert hätten, weshalb eine Sachverhaltsänderung eingetreten sei (Urk. 11 S. 2 Ziff. 5 ff.), ist Folgendes zu bemerken: Aus dem Umstand alleine, dass die Gutachter im August 2014 ein schwerwiegendes psychiatrisches Leiden verneint hatten und in den Berichten des Sanatoriums

Y.____

nun von einer wahnhaften Störung und anderen gemischten Angststörungen ausgegangen wurde, kann nicht auf eine glaubhaft gemachte

erhebliche Verschlechterung des Gesundheitszustands im Sinne von Art. 87 Abs. 2 IVV geschlossen werden. Abgesehen von einem HoNOS-Wert von zwei Punkten im Bereich «Überaktives, aggressives, Unruhe stiftendes oder agitiertes Verhalten» (Urk. 6/170 S. 2) sind dem Bericht des Sanatoriums Y.____ keinerlei die Diagnose n plausibilisierenden Befunde zu entnehmen. Auch lässt der Bericht

nicht darauf schliessen, dass die Fachpersonen

Kenntnis der psychiatrischen Vorakten

hatten, was aber gerade im Falle des Beschwerdeführers für eine sachgerechte Beurteilung von ausschlaggebender Bedeutung scheint.

Wie bereits erwähnt (vgl. E. 5.2), waren die vom Beschwerdeführer beklagten Wahnvorstellungen, Angstzustände und Albträume den Medizinal-Experten bereits im August 2014

bekannt. Dennoch schlossen sie eine Krankheit aus dem schizophrenen Formenkreis ausdrücklich aus (Urk. 6/93/2-69 S. 38 f., S. 41 f. S. 62 f., S. 67; vgl. auch Urk. 6/110/1-3 S. 2, 110, Urk. 6/118/3-5 S. 3), was im Urteil IV.2015.00472 vom 27. Juni 2016 im Lichte der gesamten Aktenlage als ein leuchtend und beweisbildend beurteilt wurde (Urk. 6/120/14-15). Mit der nun mehrigen Diagnose einer wahnhaften Störung sowie der Nebendiagnose gemäss ICD-10 F41.3 allein lässt sich angesichts dessen eine neu anmeldungsrechtlich relevante Verschlechterung des Gesundheitszustandes nicht glaubhaft machen. 5.4

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass keine erhebliche Verschlechterung des Gesundheitszustands des Beschwerdeführers seit der Rentenabweisung im März 2015 glaubhaft gemacht wurde, weshalb die Beschwerdegegnerin zu Recht nicht auf die Neu anmeldung eingetreten ist.

Die angefochtene Verfügung vom 25. Februar 2022 (Urk. 2) erweist sich demnach als rechtens, was zur Abweisung der Beschwerde führt. 6.

Da der Streitgegenstand die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen betrifft, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG),

ermessensweise auf Fr. 700.-- anzusetzen und dem 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 zu gestellt. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - AXA-ARAG Rechtsschutz AG, unter Beilage des Doppels von Urk. 13 - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - Bundesamt für Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft) 4.

Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden (Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern, vom 15. Juli bis und mit 15. August sowie vom 18. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG).

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

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

E. 6

/113) verneinte die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, einen Rentenanspruch, was vom hiesigen Gericht mit Urteil vom 27. Juni 2016 (Urk. 6/120 ; Verfahren Nr. IV.2015.00472) bestätigt wurde.

Am 2. Februar 2018 (Urk. 6/122) meldete sich der Versicherte unter Hinweis auf chronische psychische Störungen (Depressionen, Schlafstörungen, Halluzinationen, ängstliche Alpträume, Raum- und Platzangst, das Einfallen von Wänden und das Sehen von Bildern an Wänden) erneut zum Leistungsbezug an.

Mit Verfügung vom 12. Februar 2019 (Urk. 6/136) trat die IV-Stelle auf das Leistungsbegehren nicht ein, was das hiesige Gericht mit Urteil vom 17. Dezember 2019 (Urk. 6/152) bestätigte.

Am 24. November 2021 meldete sich der Versicherte mit Verweis auf eine seit März 2021 bestehende Angststörung, eine wahnhafte Störung und Alpträume abermals zum Leistungsbezug an (Urk. 6/154). Mit Vorbescheid vom 3. Januar

2022 (Urk. 6/163) stellte die IV-Stelle dem Versicherten das Nichteintreten in Aussicht, wogegen er

am 3. Februar 2022 Einwand (Urk. 6/173) erhob und unter anderem den Bericht des Sanatoriums Y.____ vom 31. Dezember 2021 (Urk. 6/170) einreichte. Mit Verfügung vom 25. Februar 2022 trat die IV-Stelle auf das Leistungsbegehren nicht ein (Urk. 2). 2.

Dagegen erhob der Versicherte am 31. März 2022 Beschwerde (Urk. 1) und beantragte, es sei die Verfügung vom 25. Februar 2022 aufzuheben und auf das Leistungsbegehren einzutreten und es seien weitere Abklärungen vorzunehmen (S. 2). Mit Beschwerdeantwort vom 19. Mai 2022 (Urk. 5) schloss die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde. Der Beschwerdeführer erstattete am 19. Juli

2022 Replik (Urk. 11), worauf die Beschwerdegegnerin am 10. August

2022 auf das Einreichen einer Duplik verzichtete (Urk. 13). Das Gericht zieht in Erwägung:
1.

E. 7

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.