

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2023.00395 vom 23. November 2023**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2023-11-23, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2023.00395](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2023.00395)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2023.00395 du 23 novembre 2023

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2023.00395 del 23 novembre 2023

## **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 der Zeitpunkt des Invaliditätseintritts (Art. 28 Abs. 1 und 1 bis IVG) und jener des Rentenanspruchs nicht unbedingt identisch sind, fällt eine Invalidenrente unter das neue Recht, wenn der Anspruchsbeginn ab dem 1. Januar 2022 liegt, auch wenn die Invalidität vor diesem Zeitpunkt eingetreten ist. Neurechtliche Invalidenrenten sind somit Renten, auf die gemäss Art. 29 Abs. 1 und 2 IVG der Anspruch ab dem 1. Januar 2022 entsteht (vgl. Rz. 1008 des Kreisschreibens des Bundesamtes für Sozialversicherungen zu den Übergangsbestimmungen zur Einführung des linearen Rentensystems [KS ÜB WE IV], gültig ab 1. Januar 2022).

Die angefochtene Verfügung erging nach dem 1. Januar 2022. Da die Entstehung eines Rentenanspruchs aufgrund der Neuanmeldung vom 11. Mai 2021 vorliegend bereits vor dem 1. Januar 2022 in Betracht fällt, sind 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**

Die Annahme eines psychischen Gesundheitsschadens im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG sowie Art. 3 Abs. 1 und Art. 6 ATSG setzt eine psychiatrische, lege artis auf die Vorgaben

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

#### **E. 1.4**

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. 5

War eine Rente wegen eines zu geringen Invaliditätsgrades verweigert worden und ist die Verwaltung auf eine Neuanmeldung eingetreten (Art. 87 Abs. 3 IVV), so ist im Beschwerdeverfahren zu prüfen, ob im Sinne von Art. 17 ATSG eine für den Rentenanspruch relevante Änderung des Invaliditätsgrades eingetreten ist (BGE 117 V 198 E. 3a mit Hinweis). 1.

#### **E. 6**

Ändert sich der Invaliditätsgrad eines Rentenbezügers erheblich, so wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, her abgesetzt oder aufgehoben (Art. 17 Abs. 1 ATSG). Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen seit Zusprechung der Rente, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Insbesondere ist die Rente bei einer wesentlichen Änderung des Gesundheitszustandes revidierbar. Weiter sind, auch bei an sich gleich gebliebenem Gesundheitszustand, veränderte Auswirkungen auf den Erwerbs- oder Aufgabenbereich von Bedeutung (BGE 141 V 9 E. 2.3, 134 V 131 E. 3). Ferner kann ein Revisionsgrund unter Umständen auch in einer wesentlichen Änderung hinsichtlich des für die Methodenwahl massgeblichen (hypothetischen) Sachverhalts bestehen (BGE 144 I 28 E. 2.2, 130 V 343 E. 3.5, 117 V 198 E. 3b, je mit Hinweisen). Hingegen ist die lediglich unterschiedliche Beurteilung eines im Wesentlichen gleich gebliebenen Sachverhalts im revisionsrechtlichen Kontext unbeachtlich (BGE 141 V 9 E. 2.3 mit Hinweisen). Weder eine im Vergleich zu früheren ärztlichen Einschätzungen ungleich attestierte Arbeitsunfähigkeit noch eine unterschiedliche diagnostische Einordnung des geltend gemachten Leidens genügt somit per se, um auf einen verbesserten oder verschlechterten Gesundheitszustand zu schliessen; notwendig ist in diesem Zusammenhang viel mehr eine veränderte Befundlage (Urteil des Bundesgerichts 9C\_135/2021 vom 27. April 2021 E. 2.1 mit Hinweisen).

Liegt in diesem Sinne ein Revisionsgrund vor, ist der Rentenanspruch in rechtlicher und tatsächlicher Hinsicht umfassend («allseitig») zu prüfen, wobei keine Bindung an frühere Beurteilungen besteht (BGE 141 V 9 E. 2.3; Urteil des Bundesgerichts 8C\_144/2021 vom 27. Mai 2021 E. 2.3, je mit Hinweisen).

Zeitlicher Referenzpunkt für die Prüfung einer anspruchserheblichen Änderung bildet die letzte (der versicherten Person eröffnete) rechtskräftige Verfügung, welche auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Durchführung eines Einkommensvergleichs (bei Anhaltspunkten für eine Änderung in den erwerblichen Auswirkungen des Gesundheitszustands) beruht; vorbehalten bleibt die Rechtsprechung zur Wiedererwägung und zur prozessualen Revision (BGE 133 V 108 E. 5.4) . 1.

#### **E. 7**

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).

Den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärztinnen und Ärzte kommt nach der Rechtsprechung Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen (BGE 134 V 231 E. 5.1 mit Hinweis auf BGE 125 V 351 E. 3b/ee). Trotz dieser grundsätzlichen Beweiseignung kommt den Berichten versicherungsinterner medizinischer Fachpersonen praxismässig nicht dieselbe Beweiskraft zu wie einem gerichtlichen oder im Verfahren nach Art. 44 ATSG vom Versicherungsträger veranlassten Gutachten unabhängiger Sachverständiger. Soll ein Versicherungsfall ohne Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden, so sind an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, so sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 142 V 58 E. 5.1; 139 V 225 E. 5.2; 135 V 465 E. 4.4 und E.

4.7). 2.

2.1 Die Beschwerdegegnerin begründete ihre Verfügung (Urk. 2) damit, dass das Leistungsgesuch des Beschwerdeführers vom 9. März 2018 mit Verfügung vom 27. November 2019 abgewiesen worden sei.

Am 11. Mai 2021 sei ein neues Gesuch eingereicht worden. Zur Prüfung der medizinischen Situation seien Unterlagen angefordert und dem regionalen ärztlichen Dienst (RAD) zur Stellungnahme vorgelegt worden. Gemäss den aktuellen Unterlagen liege keine Veränderung zum Gutachten vom Jahr 2019 vor. Es bestehe weiterhin eine Arbeitsfähigkeit von 80% als Hilfskoch oder in einer angepassten Tätigkeit. Für die Unterstützung bei der Stellensuche sei das regionale Arbeitsvermittlungszentrum (RAV) zuständig. Auch aus dem Austrittsbericht der Psychiatrischen Universitätsklinik C.\_\_\_\_

sei keine Verschlechterung des Gesundheitszustandes nachvollziehbar (S. 2 ff.). 2.2 Dagegen machte der Beschwerdeführer in seiner Beschwerde (Urk. 1) geltend, dass auf die Einschätzung des RAD nicht abgestellt werden könne, zumal dieser sich nicht damit auseinandergesetzt habe, dass er gestützt auf die Erfahrungen im Beschäftigungsprogramm des Treffpunkts D.\_\_\_\_

als nicht mehr arbeitsfähig auf dem ersten Arbeitsmarkt angesehen worden sei (S. 8 f. Rz. 7-8). Der Bericht des Treffpunktes D.\_\_\_\_

mache deutlich, dass sich sein Gesundheitszustand seit der Begutachtung Mitte 2019 und der ablehnenden Verfügung im November 2019 erheblich verschlechtert habe. Dies decke sich mit den Angaben des früheren behandelnden Psychiaters Dr. med.

E.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, welcher aufgrund der langjährigen Behandlung in der Lage gewesen sei, eine Längsschnitt-Beurteilung vorzunehmen. Auch der Umstand, dass Anfang 2023 eine sechswöchige stationäre Behandlung notwendig gewesen sei, untermauere die Annahme einer Verschlechterung seines Gesundheitszustandes

(S. 9 Ziff. 9).

Der seit März 2023 behandelnde Dr. med. F.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und für Psychotherapie, habe nachvollziehbar dargelegt, weshalb auf die RAD-Stellungnahme nicht abgestellt werden könne (S. 9 Rz. 10). 2.3

Strittig und zu prüfen ist der Anspruch des Beschwerdeführers auf eine Invalidenrente und in diesem Zusammenhang, ob seit der letzten leistungsverneinenden Verfügung vom 27. November 2019 (Urk. 7/76) eine anspruchrelevante Verschlechterung seines Gesundheitszustandes eingetreten ist (vorstehend E. 1. 5-6). 3.

Mit Urteil vom 29. Oktober 2020 bestätigte das hiesige Gericht die rentenanspruchsverneinende Verfügung vom 27. November 2019 (Urk. 7/76). In psychischer Hinsicht wurde auf das von der Beschwerdegegnerin eingeholte Gutachten von

Dr. B.\_\_\_\_

vom 7. August 2019 (Urk. 7/58) abgestellt, wonach bei diagnostiziertem Verdacht auf eine hyperkinetische Störung des Sozialverhaltens (ICD-10 F90.1), anamnestisch schädlichem Gebrauch von Z-Substanzen (Zolpidem, ICD-10 F13.1) mit Verdacht auf (früheres) ärztlich substituiertes Abhängigkeitssyndrom (ICD-10 F13.22), einem Verdacht auf Tinnitus, sprachlich bedingten Schwierigkeiten bei der kulturellen Eingewöhnung, anamnestisch Zustand nach Arbeitsplatzkonflikt und aktenanamnestisch Zustand nach mittelgradiger depressiver Episode (ICD-10 F32.1) im Jahr 2016 davon ausgegangen wurde, dass der Beschwerdeführer sowohl in seiner angestammten Tätigkeit als Koch als auch in jeder angepassten Tätigkeit maximal zu 20% eingeschränkt und entsprechend zu 80% arbeitsfähig sei. Verneint wurde insbesondere das Vorliegen der von Dr. E.\_\_\_\_ ab 2015 gestellten Diagnose einer schizoaffektiven Störung, gegenwärtig depressiv (ICD-10 F25.1; Urk. 7/85 E. 4-5). 4. 4.1

Im Zusammenhang mit der am 11. Mai 2021

erfolgten Neuanmeldung des Beschwerdeführers bei der Invalidenversicherung zum Leistungsbezug (Urk. 7/89) liegen folgende relevanten Berichte vor: 4.2

Dr. E.\_\_\_\_ nannte in seinem Bericht vom 18. Mai 2021 (Urk. 7/93) als Diagnose eine rezidivierende depressive Störung, schwere Episode, ohne psychotische Episode, ICD-10 F33.2.

Dr. E.\_\_\_\_ führte aus, dass sich der Beschwerdeführer seit dem 4. Juli 2017 bei ihm in regelmässiger psychiatrischer Behandlung befinde. Im Verlauf zeige sich seit September

2019 eine wesentliche Verschlechterung seines psychischen Gesundheitszustandes.

Zum psychischen Befund hielt Dr. E.\_\_\_\_ unter anderem fest, dass die Bewusstseinslage des Beschwerdeführers klar und wach, die Stimmung depressiv und gereizt sei. Der Affekt sei labil, und es bestehe eine Störung der Vitalgefühle. Der Antrieb sei gestört. Die Auffassungsgabe sei intakt, Konzentration und Aufmerksamkeit seien gestört, und die Merkfähigkeit sei reduziert. Es bestünden keine formalen oder inhaltlichen Denkstörungen. Halluzinationen seien nicht erkennbar. 4.3

Dr. E.\_\_\_\_ nannte in seinem Bericht vom 3. Januar 2022 (Urk. 7/104) als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine schizoaffective Störung, gegenwärtig depressive Episode (ICD-10 F25.1), bestehend seit Oktober 2015 (Ziff. 2.5). Dr. E.\_\_\_\_ führte aus, dass der Beschwerdeführer seit dem 4. Juli 2017 bei ihm in Behandlung sei und die letzte Kontrolle am 17. Dezember 2021 erfolgt sei (Ziff. 1.1). Unter anderem habe seit dem 1. Oktober 2018 in der letzten Tätigkeit des Beschwerdeführers als Koch und Küchenhilfe eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit bestanden (Ziff. 1.3). Die bisherige Tätigkeit sei nicht mehr zumutbar. Eine Tätigkeit ohne hohe Anforderungen an die Konzentration, Aufmerksamkeit, Merkfähigkeit und emotionale Stabilität wäre für drei Stunden pro Tag zumutbar. Ein Integrationsversuch zur Bestimmung der beruflichen Leistungsfähigkeit wäre sinnvoll (Ziff. 4.1-3). Seit Mitte 2017 zeige der Patient einen chronischen Verlauf mit depressiven und psychotischen Symptomen. Die depressive Symptomatik, die affektive Labilität und die kognitiven Hinleistungen hätten sich seit 2020 verschlechtert. Daher bestehe eine schlechte Prognose zur Arbeitsfähigkeit

(Ziff. 2.7). Seit Anfang November 2021 seien wieder Verfolgungs- und Beobachtungsideen mit Ängsten in der Öffentlichkeit aufgetreten (Ziff. 2.1-2).

4.4

Dr. med. H.\_\_\_\_, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, RAD, führte in ihrer Stellungnahme vom 4. April 2022 (Urk. 7/108/3-4) zum Bericht von Dr. E.\_\_\_\_ vom 18. Mai 2021 aus, dass der psychopathologische Befund keine schwere depressive Symptomatik gemäss den entsprechenden ICD-10-Kriterien erkennen lasse. Ausser dass keine psychotische Symptomatik mehr berichtet werde, gleiche der Befund in etwa demjenigen aus dem Jahr 2018, wobei eine andere Diagnose gestellt werde.

Im Bericht vom 3. Januar 2022 habe Dr. E.\_\_\_\_

erneut die Diagnose schizoaffective Störung, gegenwärtig depressiv (ICD -

## **E. 10**

Dr. F.\_\_\_\_

stellte in seinem Bericht vom 15. August 2023 (Urk. 3/4) folgende Diagnosen (S. 2): - ängstlich-agitierte depressive Störung (ICD-10 F33.11) bei - anamnestisch schizoaffectiver Störung, wiederholte schizo - depressive Phasen, Erstdiagnose 2016, Status nach mehreren stationären Klinikaufenthalten - für die Diagnose einer posttraumatischen Stressstörung (PTSD ; F43.1 Traumafolgestörung) müsste eine genaue Anamnese erhoben werden

Als somatische Diagnosen nannte Dr. F.\_\_\_\_ eine Trigeminusneuralgie sowie Restless legs (S. 2 unten). Dr. F.\_\_\_\_ führte aus, dass er den Beschwerdeführer seit dem 6. März 2023 ambulant in seiner Praxis behandle. Seit Behandlungsbeginn Anfang März 2023 habe eine vollständige Arbeitsunfähigkeit für den ersten Arbeitsmarkt bestanden (S. 1 unten).

Im bisherigen Verlauf habe sich vor allem ein affektives Syndrom gezeigt, welches täglich vorhanden sei, und welches den Patienten in seiner Aktivität und Partizipation in den meisten Bereichen des Lebens zumindest mittelgradig einschränke. Zu nennen seien eine ständige innere Unruhe, eine mittelgradige depressive Verstimmung, eine permanente Ängstlichkeit, ein Mangel an Freude und Interesse, ein ständiges Gedankendrängen und Grübeln, Schlafstörungen und ein sozialer Rückzug. Zusätzlich bestünden Gesichtsschmerzen durch eine Neuralgie und unruhige Beine. Eindeutige schizophrene Symptome, beispielsweise Wahnvorstellungen, Halluzinationen oder desorganisiertes Denken seien seit März 2023 nicht aufgetreten (S. 1 Mitte). Dr. F.\_\_\_\_ hielt fest, dass die Entwicklung der letzten Jahre aus gesundheitlicher psychiatrischer Sicht unerfreulich gewesen sei, da die tägliche Symptomatik, insgesamt in etwa gleichbleibend, die den Patienten mehr und mehr einnehme. Er sei gerade knapp in der Lage, im geschützten, niederschweligen Rahmen mit der Jobkarte sporadisch einige Stunden als Hilfskoch zu arbeiten (S. 2 oben). Soweit Dr. H.\_\_\_\_ die Diagnostik der Psychiatrischen Universitätsklinik C.\_\_\_\_ anzweifeln könne, könne die ungenaue Beschreibung zwar bemängelt werden, aber nicht darauf geschlossen werden, dass die Diagnose einer schizoaffektiven Störung deswegen nicht stimmen könne. Es sei auch nicht korrekt, dass eine Traumafolgestörung «absurd» sei. Diese psychischen Störungen würden oft eine tiefgreifende und dauerhafte Instabilität in der Persönlichkeit bedeuten. Diese Dimension liege beim Beschwerdeführer vor (S. 2 Mitte). 5.

#### 5.1

Die Beschwerdegegnerin ging in ihrer Verfügung (Urk. 2) gestützt auf die Stellungnahmen der RAD-Ärztin

Dr. H.\_\_\_\_ vom 4. April 2022 (vorstehend E. 4.4) und vom 9. Juni 2023 (vorstehend E. 4.9) davon aus, dass sich beim Beschwerdeführer seit der letzten eingehenden Prüfung des Leistungsanspruches im Zusammenhang mit der Verfügung vom 27. November 2019 (Urk. 7/76) ein unveränderter Gesundheitszustand zeige und damit kein Revisionsgrund ausgewiesen sei. Auch den Berichten der Psychiatrischen Universitätsklinik C.\_\_\_\_

(vorstehend E. 4.6-8) sei keine Verschlechterung des Gesundheitszustandes zu entnehmen

(vorstehend E. 2.1 und E. 2.3). Dagegen machte der Beschwerdeführer unter Hinweis auf seine behandelnden Psychiater Dr. E.\_\_\_\_ (vorstehend E. 4.2-3 und E. 4.5), den Aufenthalt in der Psychiatrischen Universitätsklinik C.\_\_\_\_ (vorstehend E. 4.6-8) sowie die Ausführungen des seit März 2023 behandelnden Psychiaters

Dr. F.\_\_\_\_

(vorstehend E. 4.10) geltend, dass sich sein Gesundheitszustand verschlechtert habe (vorstehend E. 2.2). 5.2

Vorab ist festzuhalten, dass der Beschwerdeführer aus der Stellungnahme der Fachpersonen des Treffpunkts D.\_\_\_\_ vom 28. Juli 2022 (Urk. 7/120), wonach er eine Arbeit im geschützten Rahmen benötige, nichts zu seinen Gunsten abzuleiten vermag. So sind die den Versicherten noch zumutbaren Tätigkeiten und Arbeitsleistungen nach Massgabe der objektiv feststellbaren Gesundheitsschädigung durch die Ärzte und nicht durch die Eingliederungsfachleute auf der Grundlage der von ihnen erhobenen, subjektiven Arbeitsleistung zu beantworten (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_266/2019 vom 22. Juli 2019 E. 3.2.1). Zudem begründeten die Fachpersonen des Treffpunkts D.\_\_\_\_ ihre

Einschätzung unter anderem mit einem geschwächten körperlichen Zustand durch verschiedene Covid -Infektionen, welche gemäss Aktenlage nicht zu einer dauerhaften Arbeitsunfähigkeit führten respektive eine solche zu begründen vermögen . Weshalb der Beschwerdeführer bei beschriebener Motivation aus psychischer Sicht nicht in der Lage gewesen sein soll, die niederschwellige Leistung von maximal 50 Stunden im Monat mit der Job karte zu erbringen, lässt sich dem Bericht denn auch nicht entnehmen. 5.3

Was die Ausführungen und die Diagnostik von Dr. E.\_\_\_\_

in seinen Berichten vom 18. Mai 2021 und vom 3. Januar 2022 (vorstehend E. 4.2-3) anbelangt, ist Dr. H.\_\_\_\_ in ihrer Stellungnahme vom 4. April 2022 (vorstehend E. 4.4) beizupflichten, dass sich aus seinen Ausführungen keine relevante Verschlechterung des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers im Vergleich zur letztmaligen Rentenanspruchsprüfung ergibt.

Bereits im Urteil vom 29. Oktober 2020 , worin gestützt auf Gutachten von Dr. B.\_\_\_\_ vom 7. August 2019

( Urk. 7/58) davon ausgegangen wurde, dass kein invalidisierender Gesundheitsschaden beim Beschwerdeführer ausgewiesen sei ( Urk. 7/85 E. 4 ), fand eine eingehende Auseinandersetzung mit den anders lautenden Einschätzungen des behandelnden Psychiaters Dr. E.\_\_\_\_ und dessen Diagnostik statt , zumal dieser bereits damals eine schizoaffektive Störung, gegenwärtig depressiv (ICD-10 F25.1) , für zutreffend befand (vgl. Urk. 7/85 E. 4.2) .

Soweit Dr. E.\_\_\_\_ in seiner Stellungnahme vom 17. Dezember 2022 (vorstehend E. 4.5) die Verschlechterung des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers damit begründete, dass die depressive Stimmung ausgeprägter sei und sich die schwere depressive Episode nun im Gegensatz zu 2018 viel deutlicher manifestiere und der Beschwerdeführer Suizidgedanken habe, die er noch überwinden könne, entspricht dies weitgehend den zum Zeitpunkt des Urteils vom 29. Oktober 2020 bekannten , von Dr. med. E.\_\_\_\_ in seinen damals vorliegenden Berichten beschriebenen Symptomen. Bereits damals beschrieb Dr. E.\_\_\_\_ den Beschwerdeführer als depressiv und gereizt bei labilem Affekt und latenten Suizidgedanken und attestierte dem Beschwerdeführer vorwiegend eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit (vgl. Urk. 7/85 E. 3.2 und E. 3.6, vgl. Urk. 7/11/1).

Anzumerken ist, dass der Beschwerdeführer seit dem 5. Januar 2021 mit der Job karte einer Beschäftigung von 50 Stunden pro Monat als Koch nachgeht und von den dortigen Fachpersonen auch als sehr motivierte Persönlichkeit beschrieben wurde (vgl. Urk. 7/120 Ziff. 1, Ziff. 3 und Ziff. 6) , was ohnehin Zweifel an dem von Dr. E.\_\_\_\_ postulierten Schweregrad der Erkrankung aufkommen lässt, zumal ein Patient mit einer schweren depressiven Episode nahezu nicht in der Lage ist, soziale sowie häusliche und berufliche Aktivitäten fortzuführen (vgl. klinisch-diagnostische Leitlinien der Internationalen Klassifikation psychischer Störungen der Weltgesundheitsorganisation, ICD-10 Kapitel V (F), Dilling / Mombour /Schmidt, Hrsg., 10. überarbeitete Auflage, Bern 2015 S. 174) .

Sodann berichtete Dr. E.\_\_\_\_ in seinem direkt nach der Neuanneldung des Beschwerdeführers vom 11. Mai 2021

( Urk. 7/ 89 ) verfassten Bericht vom 18. Mai 2021 (vorstehend E. 4.2) von einer bereits vor der letztmaligen Verfügung vom 27. November 2019 ( Urk. 7/ 76 ) eingetretenen erheblichen Verschlechterung des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers seit

September 2019, was auf eine unterschiedliche Beurteilung eines im Wesentlichen gleich gebliebenen Sachverhalts schliessen lässt und im revisionsrechtlichen Kontext unbeachtlich ist (vorstehend E. 1. 6) .

Auch die Ausführungen von Dr. H.\_\_\_\_ in ihrer Stellungnahme vom 9. Juni 2023 (vorstehend E. 4.9) , wonach aus den Berichten über die stationären beziehungsweise tagesklinischen Aufenthalte des Beschwerdeführers in der Psychiatrischen Universitätsklinik C.\_\_\_\_ von Anfang Januar bis Mitte März 2023 (vorstehend E. 4.6-7) keine Verschlechterung des Gesundheitszustandes im Vergleich zur letztmaligen Rentenanspruchsprüfung ausgewiesen sei, erweisen sich als zutreffend.

So übernahmen die Fachpersonen der Psychiatrischen Universitätsklinik C.\_\_\_\_ in ihrem Austrittsbericht vom 24. Februar 2023 (vorstehend E. 4. 6) die vom zuweisenden Behandler

Dr. E.\_\_\_\_ gestellte Diagnose einer schizoaffektiven Störung, gegenwärtig depressiv (ICD-10 F25.1) , wie aus dem genannten Zuweisungsgrund hervorgeht. Dies, obwohl die Fachpersonen der Psychiatrischen Universitätsklinik C.\_\_\_\_

bei Eintritt des Beschwerdeführers keine Hinweise für Bewusstseinsstörungen oder Ich-Störungen finden konnten und entsprechend lediglich von einem Verdacht auf akustische und visuelle Halluzinationen sprachen . Die paranoiden Wahrnehmungen wurden sodann als fraglich bezeichnet, eine Wahnsystematisierung als nicht erkennbar. Auch nach im Anschluss an den stationären Aufenthalt vom 15. Februar bis 17. März 2023 fortgesetzter Behandlung in der Tagesklinik verneinten die Fachpersonen der Psychiatrischen Universitätsklinik C.\_\_\_\_ in ihrem Austrittsbericht vom 17. März 2023 (vorstehend E. 4.7) das Vorliegen von wahnhaften Inhalten, Wahrnehmungsstörungen oder Ich-Störungen. Das formale Denken sei geordnet und kohärent gewesen.

Als diskrepant zu diesen Ausführungen erweist sich der Umstand, dass die Fachpersonen der Psychiatrischen Universitätsklinik C.\_\_\_\_ in ihrem etwa einen Monat nach Behandlungsabschluss verfassten Bericht vom 13. April 2023 (vorstehend E. 4.8) über psychotisches Erleben berichteten. Auch lässt sich nicht nachvollziehen, weshalb bei zunächst in den Vorberichten vom 24. Februar und vom 17. März 2023 beschriebenem vorhandenem, respektive lediglich subjektiv verminderten Antrieb und der Feststellung, dass keine Bewusstseinsstörungen vorgelegen hätten (vorstehend E. 4.6-7) , nun im Nachhinein ein plötzlich von einer im Zentrum stehenden

Symptomatik mit gemindertem Antrieb berichtet wird ( vorstehend E. 4.8) .

Auch die übrige Diagnostik der Fachpersonen der Psychiatrischen Universitätsklinik C.\_\_\_\_ vermag nicht zu überzeugen. So wurde das Zolpidem bereits anlässlich des stationären Aufenthaltes vom 4. Januar bis 14. Februar 2023 ausgeschlichen (vorstehend E. 4.6). Weshalb nun in den Folgeberichten vom 17. März 2023

(vorstehend E. 4.7) und vom 13. April 2023 (vorstehend E. 4.8) der schädliche Gebrauch von Zolpidem nach wie vor als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit aufgeführt wurde, lässt sich nicht nachvollziehen. Auch zeitigt eine Trigeminusneuralgie keine Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit. Mit Blick auf die Diagnosekriterien gemäss ICD-10 hielt Dr. H.\_\_\_\_ zu Recht fest, dass sich die im Bericht vom 17. März 2023 (vorstehend E. 4.7) gestellte Differenzialdiagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung nicht nachvollziehen lasse. Die Diagnose wurde dann im Folgebericht

der Fachpersonen der Psychiatrischen Universitätsklinik C.\_\_\_\_

vom 13. April 2023 (vorstehend E. 4. 8 ) auch nicht mehr auf geführt.

Auffallend und im Widerspruch zu den Ausführungen von Dr. E.\_\_\_\_ und der Fachpersonen der Psychiatrischen Universitätsklinik C.\_\_\_\_ stehend erweist sich sodann , dass sich der Beschwerdeführer anlässlich der klinischen Verlaufskontrolle in der Schmerz sprechstunde an der Klinik für Neurologie, Universitätsspital M.\_\_\_\_ , vom 31. Oktober 2022 ( Urk. 7/132/7-9) bei neuropathischen Schmerzen im Bereich des V3-Segments des Nervus trigeminus links psychisch unauffällig zeigte.

So hielten die Ärzte zum Neurostatus des Beschwerdeführers fest, dass der Patient wach und zu allen Qualitäten orientiert sei. Er sei kooperativ und psychomotorisch adäquat. Konzentration und Aufmerksamkeit seien unauffällig (S. 3 Mitte).

Auch nach der am 31. Januar 2023 - und damit noch während der stationären Behandlung an der Psychiatrischen Universitätsklinik C.\_\_\_\_

- erfolgten Folgeuntersuchung hielten die Ärzte des Universitätsspitals M.\_\_\_\_ zur fokussierten neurologischen Untersuchung fest, dass sich ein 52-jähriger Patient in stabilem Allgemeinzustand gezeigt habe. Der Beschwerdeführer sei kontaktfähig, zu allen Qualitäten orientiert, im Verhalten adäquat und kooperativ. Die Kognition im Gespräch sei unauffällig ( Urk. 7/145 S. 3 Mitte).

An der schlüssigen Einschätzung der RAD-Ärztin Dr. H.\_\_\_\_ ändern auch die Ausführungen des nach Austritt aus dem tagesklinischen Setting der Psychiatrischen Universitätsklinik C.\_\_\_\_ ab März 2023 behandelnden Dr. F.\_\_\_\_ in seinem Bericht vom 15. August 2023 (vorstehend E. 4.10) nichts. Vielmehr konnte auch er keine eindeutigen schizophrenen Symptome bestätigen und sprach von einer in den letzten Jahren etwa gleich bleibenden psychiatrischen Symptomatik, womit es sich bei seiner attestierten 100%igen Arbeitsunfähigkeit auf dem ersten Arbeitsmarkt infolge einer diagnostizierten ängstlich-agitierten depressiven Störung (ICD-10 F33.11) im Vergleich zur letztmaligen Rentenanspruchsprüfung ebenfalls lediglich

um eine unterschiedliche Beurteilung eines gleichgebliebenen Sachverhaltes (vorstehend E. 1.6) handelt. 5.4

Aufgrund des Gesagten ergibt sich , dass sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers seit der mit Urteil des hiesigen Gerichts vom 29. Oktober 2020 (Urk. 7/85) bestätigten Verfügung vom 27. November 2019 (Urk. 7/76 ) nicht in invalidenversicherungsrechtlich relevanter Weise verändert respektive verschlechtert hat. Ein Revisionsgrund ist zu verneinen.

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

Da es um die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind unabhängig vom Streitwert festzulegen ( Art. 69 Abs. 1 bis IVG) und auf Fr. 800.-- anzusetzen. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind sie dem unterliegenden Beschwerdeführer aufzuerlegen, zufolge Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung jedoch einstweilen auf die Gerichtskasse zu nehmen, dies unter Hinweis auf § 16 Abs. 4 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht ( GSVGer ). Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 800.-- werden dem Beschwerdeführer auferlegt, zufolge Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung jedoch einstweilen auf die Gerichtskasse genommen. Der Beschwerdeführer wird auf die Nachzahlungspflicht gemäss § 16 Abs. 4 GSV hingewiesen. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Stadt Zürich Soziale Dienste - 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 siebenten Tag vor Ostern bis und mit dem siebenten Tag nach Ostern, vom 15. Juli bis und mit dem 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 der beschwerdeführenden Partei oder ihrer Rechtsvertretung zu enthalten; der angefochtene Entscheid sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind beizulegen, soweit die Partei sie in Händen hat ( Art. 42 BGG).

Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich Die Vorsitzende Die Gerichtsschreiberin  
Grieder-Martens Schucan

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