

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2012.00664 vom 29. November 2013

ZH Sozialversicherungsgericht, 2013-11-29, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2012.00664

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2012.00664 du 29 novembre 2013

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2012.00664 del 29 novembre 2013

Erwägungen

E. 1

vom

31. Mai 2011, Urk. 7/82).

E. 1.1

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG]). Die Invalidität kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung [IVG]). 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.

E. 1.2

Die seit dem 1. Januar 2004 massgeblichen Rentenabstufungen geben bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 Prozent Anspruch auf eine Viertelsrente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 Prozent Anspruch auf eine halbe Rente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 60 Prozent Anspruch auf eine Dreiviertelsrente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 70 Prozent Anspruch auf eine ganze Rente (Art. 28 Abs.

E. 2

IVG). 1.

E. 2.1

Prozessthema ist der Rentenanspruch des Beschwerdeführers. Dabei ist streitig und zu prüfen, ob sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers in einer für den Rentenanspruch erheblichen Weise geändert hat. In zeitlicher Hinsicht ist der Zeitraum zwischen der (rechtskräftigen) Verfügung vom 12.

November 2009 – mit welcher befristet bis 31. Januar 2009 eine halbe Rente zugesprochen wurde – und der angefochtenen rentenablehnenden Verfügung vom 4. Juni 2012 massgeblich. 2. 2

In der Verfügung vom 4. Juni 2012 (Urk. 2) stellte sich die Beschwerdegegnerin auf den Standpunkt, die medizinischen Abklärungen hätten ergeben, dass aus versicherungsmedizinischer Sicht von einem im Wesentlichen unveränderten Gesundheitszustand bei im Wesentlichen unveränderten funktionellen Einschränkungen auszugehen sei.

Zur Begründung zog

die Verwaltung

die

Stellungnahme des RAD-Arztes pract. med. C.____, FA für Arbeitsmedizin, vom

14. März 2012 heran (Urk. 7/106 S. 2 f.) .

E. 2.3

Der Beschwerdeführer machte demgegenüber geltend (Urk. 1) , dass sich der Zustand der Lendenwirbelsäule und des linken Knies verschlechtert habe. Er verwies auf die Berichte von Dr. Z.____ und führte dazu aus , es hätten zum einen die klinisch

erhobenen funktionellen Einschränkungen zugenommen ; zum anderen zeigten auch die neu angefertigten Bilder

eine klare Verschlechterung der Situation . Zusammenfassend habe der RAD-Arzt pract. med. C.____

nicht überzeugend dargelegt, weshalb sich die Veränderungen an der Lendenwirbelsäule und am linken Knie nicht auf die Arbeitsfähigkeit auswirken sollten , während die Berichte von Dr.

Z.____ beweistauglich seien (Ziff. 4). 3.

E. 3

der Verordnung über die Invalidenversicherung

(IVV; bis 31. Dezember 2011: Abs. 4) eine neue Anmeldung nur geprüft, wenn die Voraussetzungen gemäss Abs. 2 (bis 31. Dezember 2011: Abs. 3) 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. Tritt die Verwaltung auf die Neuanschuldung ein, so hat sie die Sache materiell abzuklären und sich zu vergewissern, ob die von der versicherten Person glaubhaft gemachte Veränderung des Invaliditätsgrades auch tatsächlich eingetreten ist; sie hat demnach in analoger Weise wie bei einem Revisionsfall nach Art. 17 Abs. 1 ATSG vorzugehen (vgl. dazu BGE 130 V 71; AHI 1999 S. 84 E. 1b mit Hinweisen; vgl. auch AHI 2000 S. 309 E. 1b mit Hinweisen). 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 (BGE 130 V 71 E. 3.2.2 und 3.2.3, 117 V 198 E. 3a, 109 V 108 E. 2b). 1.

E. 3.1

Wie das Sozialversicherungsgericht bereits im Urteil vom 18. März 2011 darlegte ,

stützte sich die

am

1 2. November 2009 verfügte befristete Rentenzusprache im Wesentlichen auf das Gutachten der Rheumatologischen Poliklinik des Y.____

vom 2 5. November 2008 (Urk. 7/53) ab (Urk.

7/81 S. 5) . Auf die Zusammenfassung des Gutachtens im damaligen Urteil kann an dieser Stelle verwiesen werden.

Gestützt auf das Gutachten erwog das Gericht , dass der Versicherte spätestens seit Oktober 2008 in seiner

angestammten Tätigkeit als selbständig erwerbender Taxifahrer wie auch in einer leidensangepassten Tätigkeit nur noch im Umfang von 25 %

eingeschränkt sei

(unter Berücksichtigung einer anfänglichen Arbeitsunfähigkeit von 30 % in den ersten drei Monaten zur Ermöglichung der therapeutischen Empfehlungen einer medizinischen Kräftigungstherapie), und sich somit aufgrund des Prozentvergleichs ab diesem Zeitpunkt ein Invaliditätsgrad von 30 % – 25 % ergebe (S. 9 und 11) . 3 . 2

Dr. Z.____ führte in seinem

für die Neuanschuldung ausschlaggebenden Bericht vom 2 4. August 2011 (Urk.

E. 3.3

Im Bericht zum MRI von Lendenwirbelsäule und Knie vom 1 6. August 2011 des A.____ (Urk. 7/88/4-5) zeigten die Bilder der Wirbelsäule gemäss der Beurteilung der leitenden Ärztin, Dr. med. D.____ , eine fokale mediane, rechts paramediane Discushernie/Protrusion auf dem Niveau L5/S1 mit möglicher Affektion/Irritation der Nervenwurzel S1 rechtsseitig, eine foraminale Einengung Niveau L3/4 und L4/5, bedingt durch eine hypertrophe Spondylarthrose und zusätzliche minimale Discopathien. Dr. D.____ führte zudem aus, eine Nervenwurzelaffektion auf beiden Etagen sei möglich, speziell auf Niveau L 4/5.

Ferner stellte die Ärztin in Bezug auf das Knie fest, es habe eine ältere, vollständige Ruptur des Quadricepsligaments mit tiefstehender Patella nachgewiesen werden können. Ferner bestehe eine deutliche Knorpelarthrose der Patella-Fläche Grad III - IV. Zudem zeige die Bildgebung eine ältere partielle Ruptur des hinteren Kreuzbands sowie eine Signalalteration des posterioren Horns des medialen Meniscus ohne Riss Hinweis. 3 . 4

Im Bericht vom 1 4. und 1 8. November 2011 diagnostizierte der Hausarzt pract. med. B.____

(Urk. 7/91 /1-7) eine Gehbehinderung und ein Schmerzsyndrom des linken Beines bei einem Status nach Schussverletzung im Jahr 1993 sowie ein chronisches lumbospondylogenes Syndrom rechts bei lumbaler instabiler Osteochondrose und Discushernie. Er führte aus, als Hausarzt, der den Beschwerdeführer über Jahre kenne, habe er sich nie mit der Einschätzung, wo nach dieser für körperlich leichte Arbeiten wieder voll arbeitsfähig sei, einverstanden erklären können. So gut wie möglich habe der Versicherte in den vergangenen Jahren trotzdem weiter als Taxichauffeur mit reduzierter Leistungsfähigkeit gearbeitet. Da sich vor allem das schussverletzte Bein in seiner

Funktion und in seiner Schmerzhaftigkeit zunehmend verschlechtert habe, habe er den Versicherten Dr.

Z.____ zur Beurteilung der Situation zugewiesen. Der Beschwerdeführer gebe an, maximal 22 Stunden pro Woche arbeiten zu können. In dieser Hinsicht bestehe aus seiner Sicht eine Arbeitsfähigkeit von 50%. Des Weiteren verweise er auf die Einschätzung des Kollegen Dr. Z.____. 3.5

In einem ergänzenden Bericht vom 5. März 2012 zuhanden des Rechtsdienstes der Integration Handicap (Urk. 7/104/1-3) bejahte Dr. Z.____ die Frage, ob sich der Gesundheitszustand des Versicherten seit der Erstellung des Gutachtens des Y.____ vom 25. November 2008 wesentlich, das heisse mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit, verschlechtert habe. Er führte dazu begründend aus, im erneuten MRI der Lendenwirbelsäule sei eine gegenüber 2008 zweifellos ausgeprägtere Osteochondrose lumbosakral zur Darstellung gelangt. Die im Gutachten nicht beschriebenen morphologischen Veränderungen würden zudem für eine Segmentinstabilität sprechen. Gleichzeitig sei eine kleine Diskushernie nachgewiesen. Diese Befunde würden mit der Klinik korrelieren. Die im Gutachten des Y.____

erwähnte gute Funktionalität dieses Segmentes sei deshalb nicht mehr gegeben. Ebenfalls nicht erwähnt werde im Gutachten

eine Pathologie der linken Patella (fortgeschrittene Femoropatellararthrose), die mitverantwortlich sei für die Kniebeschwerden des Patienten. 3.6

Der RAD-Arzt pract. med.

C.____, der selber keine Untersuchungen durchführte, verglich in seiner mit der Teamleiterin E.____ besprochenen Stellungnahme vom 14. März 2012 (Urk. 7/106 S. 2 f.) die im Gutachten des Y.____ aufgeführten klinisch und in bildgebenden Verfahren erhobenen Befunde und Beschwerden mit den Befunden gemäss der Expertise von Dr. Z.____ und kam zum Schluss, der Vergleich der klinischen Befunde ergebe keine wesentliche Veränderung des Gesundheitszustandes. Zur Bildgebung führte er aus, die MRI-Befunde liessen sich aufgrund der unterschiedlichen Diagnostik nicht direkt mit dem Röntgenbefund vergleichen. Eine Gegenüberstellung der Röntgenbilder zeige bis auf die beschriebene Retroposition von L5 um 5

Millimeter keine wesentliche Veränderung des Bildbefundes. Gleichwohl gelte es festzuhalten, dass eine Veränderung im Rahmen eines bildgebenden Befundes nicht zwangsläufig zu einer Verschlechterung des Gesundheitszustandes führe. Viel mehr müssten eventuelle Veränderungen funktioneller Einschränkungen beachtet werden. Pract. med.

C.____ stellte ferner fest, die von Dr. Z.____ postulierten Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit aufgrund der lumbalen Problematik und aufgrund des Knies seien nicht als additiv anzusehen. Aus versicherungsmedizinischer Sicht sei von einem im Wesentlichen unveränderten Gesundheitszustand bei im Wesentlichen unveränderten funktionellen Einschränkungen auszugehen. 4.

4.1

Nach der Rechtsprechung ist es dem Sozialversicherungsgericht nicht verwehrt, einzig oder im Wesentlichen gestützt auf die (versicherungsinterne) Beurteilung des RAD zu entscheiden. In solchen Fällen sind an die Beweiswürdigung jedoch strengere

Anforderungen in dem Sinne zu stellen, dass bei auch nur geringen Zweifeln an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen ergänzende Abklärungen vorzunehmen sind (BGE 135 V 465 E. 4.4; Bundesgerichtsurteil 9C_8/2011 vom 21. Februar 2011 E. 4.1.3 mit weiteren Hinweisen).

Der RAD muss die versicherten Personen nicht zwingend selber untersuchen sondern nur „bei Bedarf“ selber ärztliche Untersuchungen vornehmen (Art. 49 Abs. 1 IVV). In den übrigen Fällen stützt er seine Beurteilung auf die vorhandenen ärztlichen Unterlagen ab. Dies gilt namentlich dann, wenn es im Wesentlichen um die Beurteilung eines feststehenden medizinischen Sachverhaltes geht und die direkte ärztliche Befassung mit der versicherten Person in den Hintergrund rückt (Urteil des Bundesgerichts 9C_323/2009 vom 14. Juli 2009 E. 4.3.1 mit Hinweisen). 4.2

Die Verwaltung ist auf die Neuanmeldung vom 15. September 2011 eingetreten, hat also nach Einsicht in die neuen medizinischen Unterlagen eine erhebliche Veränderung des Gesundheitszustands als glaubhaft erachtet (vgl. Art. 87 Abs. 2 und Abs.

3 IVV).

Nicht zu überzeugen vermag, dass die Beschwerdegegnerin keine zusätzlichen eigenen Abklärungen traf, sondern einzig gestützt auf die Aktenbeurteilung durch den RAD-
Arzt pract. med.

C.____, wonach aus versicherungsmedizinischer Sicht von einem im Wesentlichen unveränderten Gesundheitszustand bei im Wesentlichen unveränderten funktionellen Einschränkungen auszugehen ist, das Begehren um Zusprechung einer Rente abgewiesen hat. 4.3

Selbst wenn die

von Dr. Z.____ klinisch erhobenen Befunde

nicht erheblich

von den im Gutachten des

Y.____

aufgeführten Befunden abweichen, werden im Bericht von Dr. Z.____

doch namhafte Verschlechterungen beschrieben. Während die Gutachter des Y.____

etwa

feststellten, dass sich trotz des vierjährigen Verlaufs mit initial kaudal luxierter Diskushernie auf dem Niveau L5/S1 nur eine leichtgradige Osteochondrose mit diskreter Bandscheibenver schmälerung darstellen lasse, so dass von einer noch guten Funktionalität dieses Segments ausgegangen werden könne (7/53 S. 10), befand

Dr. Z.____

in seiner aktuellen Beurteilung, die

bildgebenden Verfahren

zeigten beim fünften Lendenwirbelkörper eine

fortgeschrittene erosive Osteochondrose lumbosakral mit ausgeprägten Bodenplattenveränderungen sowie ventrale Traction Spurs an der Bodenkante

und

eine Retroposition von L5 um 5 Millimeter, was ihn zur Schlussfolgerung veranlasste, die im Gutachten erwähnte gute Funktionalität dieses Segments sei nicht mehr gegeben (Urk.

7/84 und Urk. 7/104 Ziff.

3). Darüber hinaus wurden in der Expertise von Dr. Z.____ und im MRI-Bericht des A.____ auf neue hochgradige Knorpelschäden beim linken Knie gelenk (fortgeschrittene Femoropatellararthrose beziehungsweise Knorpelarthrose der Patellagelenkfläche Grad III - IV) hingewiesen, was denn auch mit der Einschätzung des Hausarztes – der vor allem eine Verschlechterung der Funktion sowie der Schmerzsituation des Knies

hervorhob – und den Ausführungen der Gutachter des Y.____

– die darauf hinwies, dass von einem weiteren Fortschreiten der degenerativen Veränderungen des Kniegelenkes in den nächsten Jahren ausgegangen werden müsse (Urk. 7/53 S. 10) – übereinstimmt.

Dass der RAD-Arzt pract. med.

C.____ zu diesen Verschlechterungen inhaltlich keine Stellung bezog, sondern es bei den Hinweisen bewenden liess, die im Zusammenhang mit dem MRI der Lendenwirbelsäule geltend gemachte Verschlechterung lasse sich aufgrund der unterschiedlichen Diagnostik nicht direkt mit dem Röntgenbefund vergleichen und die klinischen Befunde zeigten keine wesentliche Veränderung, erscheint als Mangel. Nicht einleuchtend ist namentlich, weshalb neue Befunde mangels MRI-Bilder, die zum Vergleich herangezogen werden könnten,

nicht relevant sein sollen, zumal sich pract. med. C.____ nicht auf eigene Untersuchungen stützen konnte. 4.4

Ebenso wenig kann auf die Einschätzung der behandelnden Ärzte abgestellt werden, wonach aufgrund der Rücken- und Kniebeschwerden von einer Arbeitsfähigkeit von 50 % in der angepassten Tätigkeit als Taxichauffeur auszugehen sei. Zum einen bestehen grundsätzliche Bedenken gegen über eine direkte Leistungszusprache einzig gestützt auf die Angaben der behandelnden Ärzte (vgl. BGE 135 V 465 E. 4.5 mit Hinweisen). Zum anderen lässt insbesondere das Engagement der beiden Ärzte bei der erneuten Anmeldung zum Bezug einer Invalidenrente gewisse Zweifel an der für eine unabhängige Expertise notwendige Distanz zum Beschwerdeführer aufkommen. Nicht vollends zu überzeugen vermag ferner, dass Dr. Z.____

die 30%ige Arbeitsfähigkeit in Bezug auf die lumbale Problematik mit der 20-30%igen Arbeitsfähigkeit bezogen auf die Kniebeschwerden ohne weitere Begründung zusammenzählte.

Zudem fehlt eine Erklärung für die Diskrepanz zwischen

dem von Dr. D.____ verfassten Befund zu den MRI-Bildern,

wo nur eine

leichtgradige, aktivierte

Osteochondrose erwähnt wird (Urk. 7/88/4-5), und der Einschätzung von

Dr. Z.____, wonach

eine fortgeschrittene

erosive

Osteochondrose vorliegt. 4.5

Zusammenfassend ist somit festzuhalten, dass sich aufgrund der gegenwärtigen Aktenlage nicht beurteilen lässt, ob eine rentenrelevante Verschlechterung des Gesundheitszustands beziehungsweise der Arbeitsfähigkeit besteht. Die Verfügung vom 4. Juni 2012 ist deshalb aufzuheben und die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen, damit sie die vom Beschwerdeführer geltend gemachte Verschlechterung des Wirbelsäulenleidens sowie

die Zunahme der Beschwerden am linken Knie und deren Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit

weiter abkläre. Anschliessend wird die Beschwerdegegnerin über den Rentenanspruch neu verfügen. 5.5.1

Gestützt auf Art. 69 Abs. 1 bis

IVG ist das Beschwerdeverfahren vor dem kantonalen Versicherungsgericht bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen kostenpflichtig. Die Kosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert unter Berücksichtigung des gesetzlichen Rahmens (Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.--) auf Fr. 600.-- festzulegen und der unterliegenden Beschwerdegegnerin aufzuerlegen. 5.2

Die Höhe der gerichtlich festzusetzenden Entschädigung bemisst sich nach der Bedeutung der Streitsache, der Schwierigkeit des Prozesses und dem Mass des Obsiegens, jedoch ohne Rücksicht auf den Streitwert (§ 34 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht, GSVGer, in Verbindung mit Art. 61 lit. g ATSG). Es ist dem Beschwerdeführer unter Berücksichtigung dieser Grundsätze eine Prozentschädigung von Fr. 1'000.--

E. 4

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 261 E. 4 mit Hinweisen; AHI 2002 S. 70 E. 4b/cc).

Einem ärztlichen Bericht kommt Beweiswert zu, wenn er für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt und in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegebene worden ist, wenn die Beschreibung der medizinischen Situation und Zusammenhänge einleuchtet und die Schlussfolgerungen begründet sind (BGE 125 V 351)

E. 3a). Der Arzt muss über die notwendigen fachlichen Qualifikationen verfügen (Urteil des Bundesgerichts 9C_736/2009 vom 26.

Januar 2010 E. 2.1). Die diesen Anforderungen genügenden Berichte der regionalen ärztlichen Dienste (Art. 59 IVG und Art. 47 ff. IVV) können einen

vergleichbaren Beweiswert wie ein Gutachten haben

(BGE 137 V 210 E. 1.2.1; Bundesgerichtsurteil 9C_999/2010 vom 14. Februar 2011 E. 5.1.2) . 2.

E. 7

00.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) zu bezahlen. 4.

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

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

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