

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2013.00543 vom 24. Mai 2014

ZH Sozialversicherungsgericht, 2014-05-24, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2013.00543

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2013.00543 du 24 mai 2014

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2013.00543 del 24 maggio 2014

Erwägungen

E. 1

X.____, geboren 1954, arbeitete zuletzt vom 1. Januar 1993 bis

E. 1.1

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerb sunfähigkeit (Art.

E. 1.2

Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 Prozent besteht Anspruch auf eine Viertelsrente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 Prozent auf eine halbe Rente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 60 Prozent auf eine Drei viertelsrente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 70 Prozent auf eine ganze Rente (Art. 28 Abs. 2 des Bundesgesetzes über die Invalidenversi cherung [IVG]).

E. 1.3

Bei erwerbstätigen Versicherten ist der Invaliditätsgrad gemäss Art. 16 ATSG in Verbindung mit Art. 28a Abs. 1 IVG aufgrund eines Einkommensvergleichs zu bestimmen. Dazu wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (sog. Invaliden einkom men), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (sog. Valideneinkommen). Der Einkommensvergleich hat in der Regel in der Weise zu erfolgen, dass die beiden hypo thetischen Erwerbseinkommen ziffernmässig möglichst genau ermittelt und ei nander gegen übergestellt werden, worauf sich aus der Einkommensdifferenz der Invalidi täts grad bestimmen lässt (allgemeine Methode des Einkommensver gleichs; BGE 130 V 343 E. 3.4.2 mit Hinweisen).

E. 1.4

Wurde eine Rente, eine Hilflosenentschädigung oder ein Assistenzbeitrag wegen eines zu geringen Invaliditätsgrades, wegen fehlender Hilflosigkeit oder weil auf grund des zu geringen Hilfebedarfs kein Anspruch auf einen Assistenzbei trag entsteht, verweigert, so wird nach Art. 87 Abs. 3 der Verordnung über die Inva li denversicherung (IVV) eine neue Anmeldung nur geprüft, wenn die Voraus setzungen gemäss Abs. 2 dieser Bestimmung er füllt sind. Danach ist im Revi sionsgesuch glaubhaft zu machen, dass sich der Grad der Invalidität oder der Hilflosigkeit oder die Höhe des invaliditätsbeding ten Betreuungsaufwandes oder Hilfebedarfs der versicherten Person in einer für den Anspruch

erheblichen Weise

geändert hat. 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 oder der Hilflosigkeit 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 oder die Hilflosigkeit oder der Hilfebedarf 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 oder Hilflosigkeit oder einen anspruchsbegründenden Hilfebedarf 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).

Zeitliche Vergleichsbasis für die Beurteilung einer anspruchserheblichen Änderung des Invaliditätsgrades bilden die letzte rechtskräftige Verfügung oder der letzte rechtskräftige Einspracheentscheid, welche oder welcher auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Invaliditätsbemessung beruht (BGE 133 V 108; vgl. auch BGE 130 V 71 E.

3.2.3; Urteil des Bundesgerichts 9C_438/2009 vom 26. März 2010 E.

1 mit Hinweisen).

E. 1.5

Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Berichtes ist entscheidend, ob der Bericht 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 in der Expertise begründet sind (BGE 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E.

1c).

Auch den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärzte und Ärztinnen kommt Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen. Die Tatsache allein, dass der befragte Arzt oder die befragte Ärztin in einem Anstellungsverhältnis zum Versicherungsträger steht, lässt nicht schon auf mangelnde Objektivität und auf Befangenheit schliessen. Es bedarf vielmehr besonderer Umstände, welche das Misstrauen in die Unparteilichkeit der Beurteilung objektiv als begründet erscheinen lassen. Im Hinblick auf die erhebliche Bedeutung, welche den Arztberichten im Sozialversicherungsrecht zukommt, ist an die Unparteilichkeit des Gutachters oder der Gutachterin allerdings ein strenger Massstab anzulegen (BGE 125 V 351 f. E.

3b/ ee mit Hinweis). 2. 2.1

Die Beschwerdegegnerin hielt in der angefochtenen Verfügung vom

E. 1.6

Am 18. November 2011 (Urk. 7/121) machte der Versicherte eine weitere Verschlechterung seines Gesundheitszustandes geltend. Am 22. November 2010 (Urk. 7/122) forderte die IV-Stelle den Versicherten zur Glaubhaftmachung einer wesentlichen Veränderung seit Erlass der letzten Verfügung auf, damit sie auf den Antrag eintreten könne. Anlässlich der Vorsprache vom 13. Dezember 2010 (Urk. 7/124) legte der Versicherte verschiedene medizinische Berichte auf (Urk. 7/125). In der Folge veranlasste die IV-Stelle eine psychiatrische Untersuchung des Versicherten durch den Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD; Urk. 7/128). Nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren (Urk. 7/131, Urk. 7/134) verneinte die IV-Stelle mit Verfügung vom 25. August 2011 (Urk. 7/138) einen Anspruch auf eine Rente.

E. 1.7

Am 13. September 2012 (Urk. 7/139) machte der Versicherte unter Auflage verschiedener medizinischer Berichte erneut eine Verschlechterung seines Gesundheitszustandes geltend und meldete sich wiederum

zum Leistungsbezug an. Die IV-Stelle holte einen IK-Auszug (Urk. 7/141) ein. Nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren (Urk. 7/148-149,

Urk. 7/154-156) und Eingang von weiteren Arztberichten (Urk. 7/157) verneinte sie mit Verfügung vom 10. Mai 2013 (Urk. 2) bei einem rentenausschliessenden Invaliditätsgrad von 34% einen Anspruch auf eine Rente.

Da gegen erhob der Versicherte am 10. Juni 2013 (Urk. 1) Beschwerde und beantragte die Aufhebung der angefochtenen Verfügung und Ausrichtung entsprechender Leistungen. Eventualiter sei die Sache, für weitere Abklärungen an die IV-Stelle zurückzuweisen. Mit Beschwerdeantwort vom 14. August 2013 (Urk. 6) schloss die IV-Stelle auf Abweisung der Beschwerde, was dem Beschwerdeführer am 23. August 2013

(Urk. 8)

zur Kenntnis gebracht wurde.

3.

Auf die einzelnen Vorbringen der Parteien und die Akten wird, sofern für die Entscheidfindung erforderlich, in den nachfolgenden Erwägungen eingegangen. Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 3

1. Juli

1998 bei der Z. ___ AG in A. ___ als Reifenmonteur (Urk. 7/1/2, Urk. 7/8). Per 31. Juli 1998 wurde ihm aufgrund von Umstrukturierungsmassnahmen gekündigt (Urk. 7/1/2). Danach bezog er Tagelöhner der Arbeitslosenversicherung (Urk. 7/12).

E. 3.1

.5

Im psychiatrischen RAD-Untersuchungsbericht vom 27. April 2011 (Urk. 7/129) konnte Dr. med. H. ___, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, keine psychiatrische

Diagnose erheben (S. 6).

Der RAD-Arzt Dr. H.____ hielt fest (S. 6 ff. Ziff.

E. 7

/2) zum Bezug von IV-Leistungen an (Urk. 7/

E. 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. 10

. Mai 2013 (Urk. 2) dafür, die versicherungsmedizinischen Abklärungen hätten ergeben, dass dem Beschwerdeführer eine behinderungsangepasste Tätigkeit wie zum Beispiel eine leichte Kontroll- und Überwachungstätigkeit oder eine leichte

Lagetätigkeit zu 100 % zumutbar sei. Mittels der allgemeinen Methode des Einkommensvergleichs ermittelte sie unter Gewährung eines leidensbedingten Abzuges von 10 % einen rentenausschliessenden Invaliditätsgrad von 34 % . 2.2

Der Beschwerdeführer machte beschwerdeweise geltend (Urk. 1), die Beschwerdegegnerin habe den Untersuchungsgrundsatz verletzt. Der RAD habe in seiner Stellungnahme vom 15. (richtig: 19.) November 2012

entgegen seiner früheren Stellungnahme vom 2. November 2012, bei der er eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes für möglich gehalten habe, ohne weitere Abklärungen festgehalten, dass kein Hinweis für eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes vorliege.

Ferner sei es nicht zulässig, dass der RAD die fallführende Sachbearbeiterin der Beschwerdegegnerin aufgefordert habe, das Belastungsprofil anzupassen. Damit greife dieser verbotenermassen in die Fallführung ausserhalb des medizinischen Bereiches ein.

Schliesslich bemängelte der Beschwerdeführer den Einkommensvergleich und machte sinngemäss geltend, es seien bezüglich seiner selbständigen Erwerbstätigkeit ebenfalls weitere Abklärungen zu tätigen. 3.

3. 1

Der leistungsabweisenden Verfügung vom 25. August 2011 (Urk. 7/138) lagen im Wesentlichen folgende medizinische Berichte zugrunde:

E. 12

In der Stellungnahme vom 3. Mai 2013 (Urk. 7/159 S. 3) hielt RAD-Arzt Dr. J.____ fest, mit dem nachgereichten aktuellen Bericht über den Spitalaufenthalt in M.____ (V.____) nehme

er Kenntnis von zusätzlichen Einschränkungen im Wesentlichen im Sinne einer chronisch obstruktiven Lungenerkrankung. Im relevanten psychiatrischen Bereich seien weiterhin keine Einschränkungen aktenkundig. Damit sei aus klinischer und versicherungsmedizinischer Erfahrung weiterhin eine 100%ige Restarbeitsfähigkeit in optimal leidensangepasster Tätigkeit ausgewiesen. Das Belastungsprofil müsse insofern ergänzt und präzisiert werden, als dem Beschwerdeführer nur noch körperlich sehr leichte, meist sitzende Tätigkeiten zumutbar seien. 4. 4.1

In Frage steht vorliegend, ob sich die Erwerbsfähigkeit bis

10. Mai 2013 aufgrund eines veränderten Gesundheitszustandes im Vergleich zu den Verhältnissen

im Zeitpunkt des Erlasses der rentenabweisenden Verfügung vom 25. August 2011 (Urk. 7/138) in massgeblicher Weise verschlechtert hat. 4.2

Die Beschwerdegegnerin stützte sich zur Hauptsache auf die Einschätzungen ihres RAD-Arztes Dr. J.____ vom 2. November 2012 (E.

3. 2.2), vom 24. April 2013 (E. 3. 2. 11) und 3. Mai 2013 (E.

3. 2.12), welcher eine - näher bezeichnete - angepasste Restarbeitsfähigkeit von 100 %

als vollumfänglich zumutbar erachtete. Seine Einschätzung ist indes - ausgehend von der Rechtsprechung zum Beweiswert ärztlicher und namentlich versicherungsintern eingeholt er Berichte (E. 1. 5) - mit mehreren Mängeln behaftet: Zum einen beruhen seine Einschätzungen nicht auf eigenen Untersuchungen, was bei den vorliegend nicht abschliessend abgeklärten gesundheitlichen Einschränkungen, insbesondere mit Blick auf die von den V.____

Ärzten genannte Diagnose einer chronisch obstruktiven Lungenerkrankung (E.

3. 2. 5) sowie des neu erhobenen Meniskusrisses aber erforderlich gewesen wäre. Die Berichte sind so dann nicht umfassend, erschöpfen sie sich doch in ein paar Zeilen, ohne dass dabei im Detail Bezug auf die geklagten Beschwerden genommen wird oder konkret eine Auseinandersetzung mit den umfangreichen Vorakten erfolgt. Damit leuchten die Schlussfolgerungen -

bei insgesamt fehlender Darlegung der medizinischen Zusammenhänge - nicht ein beziehungsweise können diese nicht prüfend nachvollzogen werden. 4.3

Dr. J.____ und mit ihm die Beschwerdegegnerin haben zwar eine Verschlechterung der gesundheitlichen Verhältnisse mit der Formulierung eines zurückhaltenden deren Zumutbarkeitsprofils grundsätzlich anerkannt, doch erweist sich allein die versicherungsinterne Beurteilung der Restarbeitsfähigkeit nicht als überzeugend. Diese vermag sich auch nicht auf die übrige medizinische Aktenlage zu stützen, da es die Beschwerdegegnerin unterlassen hat, die Ärzte der Klinik K.____ zur Arbeitsfähigkeit zu befragen.

Wenn auch von Seiten des Rückens eher von remittierten Verhältnissen auszugehen ist (vgl. dazu E.

3.2.6 und E.

3.2.8), kann aufgrund der Berichte der Klinik K.____ nicht ausgeschlossen werden, dass sich die Knieproblematik verschlechtert hat, wurde doch nach verschiedenen Abklärungen und Behandlungen schliesslich ein umgeschlagener Meniskusriss diagnostiziert (Urk. 7/155/7), was eine weitergehende Einschränkung der Arbeitsfähigkeit nach sich ziehen könnte. Das Gleiche gilt für die in den Berichten der V.____ Ärzte erstmals genannten Lungenbeschwerden, über deren Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit - in Kombination mit den bereits bestehenden Einschränkungen - die Akten keinerlei Aufschluss geben. Den Ausführungen von Dr. J.____ ist keine Begründung zu entnehmen, weshalb diese Leiden seiner Ansicht nach ohne Auswirkung auf Arbeitsfähigkeit bleiben. 4.4

Nach dem Gesagten ist ein Entscheid über die Restarbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers aufgrund der Aktenlage nicht möglich. Die angefochtene Verfügung ist demgemäss aufzuheben und die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen, da mit sie den

Beschwerdeführer polydisziplinär, insbesondere auch in rheumatologischer und internistischer Hinsicht (Lunge), abklären

und über seinen Rentenanspruch neu verfügen.

In diesem Sinne ist die Beschwerde gutzuheissen. 5. 5.1

Die Kosten des Verfahrens sind auf Fr. 700.-- festzulegen und ausgangsgemäss der Beschwerdegegnerin aufzuerlegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG). 5.2

Bei diesem Ausgang des Verfahrens hat der Beschwerdeführer Anspruch auf eine Prozessentschädigung, welche unabhängig vom Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache und nach der Schwierigkeit des Prozesses bemessen wird (§ 34 Abs. 1 und 3 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht) und vorliegend auf Fr. 1'000.-- (inklusive Barauslagen und MWSt) festzusetzen ist. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird in dem Sinne gutgeheissen, dass die angefochtene Verfügung vom 10. Mai 2013 aufgehoben und die Sache an die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, zurückgewiesen wird, damit diese, nach ergänzenden Abklärungen im Sinne der Erwägungen über den Leistungsanspruch des Beschwerdeführers, neu verfügen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 700.-- werden der Beschwerdegegnerin auferlegt. Rechnung und Einzahlungsschein werden der Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zu gestellt. 3.

Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, dem Beschwerdeführer eine Prozessentschädigung von Fr. 1'000.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) zu bezahlen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - AXA-ARAG Rechtsschutz AG - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - Bundesamt für Sozialversicherungen - Stiftung Auffangeinrichtung BVG 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
Dietrich

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