

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00660 vom 24. Mai 2017**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2017-05-24, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2016.00660](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2016.00660)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00660 du 24 mai 2017

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00660 del 24 maggio 2017

## **Erwägungen**

### **E. 1.1**

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

### **E. 1.2**

Zum Bedeutungsgehalt dieser Bestimmung hat das Bundesgericht in BGE 130 V 64 E. 5.2.5 festgehalten, dass die versicherte Person mit dem Revisionsgesuch oder der Neuanmeldung die massgebliche Tatsachenänderung glaubhaft machen muss, ihr mithin ausnahmsweise eine Beweisführungslast zukommt.

### **E. 1.3**

Mit dem Beweismass des Glaubhaftmachens im Sinne des Art. 87 Abs. 2 und 3 IVV sind herabgesetzte Anforderungen an den Beweis verbunden: Die Tatsachenänderung muss nicht nach dem im Sozialversicherungsrecht sonst üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (BGE 126 V 353 E.

5b) er stellt sein. Es genügt, dass für das Vorhandensein des geltend gemachten rechtserheblichen Sachumstandes wenigstens gewisse Anhaltspunkte bestehen, auch wenn durchaus noch mit der Möglichkeit zu rechnen ist, bei eingehender Abklärung werde sich die behauptete Änderung nicht erstellen lassen (BGE 130 V 64 E. 5.2, 130 V 71 E. 2.2 mit Hinweisen). Auf Grund des Zwecks der Eintretensvoraussetzung ist eine Sachverhaltsänderung bereits erheblich, wenn angenommen werden kann, der Anspruch auf eine (höhere) Invalidenrente sei begründet, falls sich die geltend gemachten Umstände als richtig erweisen sollten (Urteil des Bundesgerichts 8C\_844/2012 vom 5. Juni 2013 E. 2.3 mit Hinweisen auf 8C\_1009/2010 vom 7. April 2011 E. 2.2 und 9C\_838/2011 vom 28. Februar 2012

E. 3.3.2).

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). 2.

2.1

Die Beschwerdegegnerin vertritt den Standpunkt, dem Versicherten

sei mit Verfügung vom 18. August 2015 eine befristete Rente vom 1. Juli 2013 bis 30. November 2014 zugesprochen worden. Mit dem neuen Gesuch sei nicht glaubhaft dargelegt worden, dass sich die tatsächlichen Verhältnisse seit der letzten Verfügung wesentlich verändert hätten. Es liege eine andere Beurteilung desselben Sachverhaltes vor. Auf das Gesuch könne daher nicht eingetreten werden (Urk. 2) . 2.2

Die Beschwerdeführerin führte demgegenüber aus (Urk. 1), mit dem Schlussbericht der B.\_\_\_\_, C.\_\_\_\_ Arbeitsintegration, vom 15. Februar 2016 sei eine Veränderung der Verhältnisse zumindest glaubhaft dargelegt worden, weshalb auf das neue Leistungsbegehren einzutreten sei. Auf den Bericht der D.\_\_\_\_ vom 1. Dezember 2015 könne nicht abgestellt werden. Er habe untergeordnete Bedeutung, da die neuropsychologische Abklärung für die Beurteilung der Auswirkungen der Depression auf die Arbeitsfähigkeit nicht federführend sei (S. 5) . 2.3

Strittig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin auf das neue Leistungsbegehren der Beschwerdeführerin zu Recht nicht eingetreten ist .

### **E. 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.

#### **E. 3.1**

Vergleichsbasis im vorliegenden Neuanmeldeverfahren bilden die in Rechtskraft erwachsenen Verfügungen vom 18. August 2015 (Urk. 7/67, Urk. 7/86, Urk. 7/93 und Urk. 7/97). In diesem Zusammenhang sind insbesondere die bidisziplinären psychiatrisch-orthopädischen RAD-Gutachten vom 24.

November 2014 (Urk. 7/49-50) zu berücksichtigen .

Die Gutachter nannten in ihrer Konsensus-Stellungnahme folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (Urk. 7/58 S. 8): - Restbeschwerden des rechten Schultergelenkes mit leichter Bewegungs einschränkung

sowie Ruhe- und Belastungsschmerz bei Zustand nach ausgeheiltem Low grade-Infekt bei Zustand nach zwei maliger Schulter gelenks -(Re)-Arthroskopie am 3. Oktober 2013 (Re-ASK) und am 3. August 2012 (Ersteingriff) - mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F32.1 )

Sie führten aus, aktuell bestehe zwar aus rein somatisch-orthopädischer Sicht wieder eine 100%ige Arbeitsfähigkeit, jedoch aus psychiatrischer Sicht aufgrund der mittelgradigen depressiven Episode noch immer die seit März 2012 durchgehend vorliegende 50%ige Arbeitsunfähigkeit. Es bestünden hier zusätzliche psychosoziale Faktoren (Schulden, Getrenntsein von seinen Kindern, Alimentenzahlungen ). Die Tatsache, dass der Versicherte über eine deutliche Verbesserung seiner Befindlichkeit während seines zweimonatigen Aufenthaltes in seiner Heimat berichte, spreche ebenfalls für den Einfluss psychosozialer Faktoren.

Gesamthaft betrachtet attestierten sie sowohl für die angestammte als auch für eine angepasste Tätigkeit eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit seit März 2012, eine 100%ige (nach dem Motorradsturz mit langer, komplizierter Behandlung)

vom 10. Juli bis 14. Juni 2014; eine solche von 75 %  
vom 15.

Juni bis 14. Juli 2014 (führend: somatischer Gesundheitsschaden) und eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit vom 15. Juli 2014 bis auf Weiteres (führend: psychischer Gesundheitsschaden). Aus somatisch-orthopädischer Sicht seien körperlich leichte Tätigkeiten, überwiegend wechselbelastend mit häufigen Sitzphasen, ohne Heben und Tragen von Lasten von mehr als zehn bis 15

Kilogramm unterhalb der Schulterhöhe und maximal fünf Kilogramm oberhalb der Schulterhöhe möglich. Längeres Arbeiten mit dem rechten Arm in Schulterhöhe und Arbeiten über Schulterhöhe sollten vermieden werden (S. 8 f.). Bezüglich der psychiatrischen Beschwerden könne der Gesundheitszustand mittels einer tagesklinischen Behandlung (medizinische Massnahme) verbessert und damit die Arbeitsfähigkeit erhöht werden. Zentral für eine Besserung des Gesundheitszustandes sei einerseits, dass der Versicherte aus seinem sozialen Rückzug herausgeholt werde und andererseits sei dringend eine Tagesstrukturierung notwendig (S. 9).

### **E. 3.2**

Mit der angefochtenen Verfügung vom 19. Mai 2016 (Urk. 2) trat die Beschwerdegegnerin auf das neue Leistungsbegehren nicht ein. Diesbezüglich sind die zwei nachfolgenden, der Neuanmeldung beigelegten Berichte zu würdigen:

#### **E. 3.2.1**

Die zuständigen Personen von der

D.\_\_\_\_, wo der Versicherte vom 29.

September bis 1.

Dezember 2015 in ambulanter Behandlung war, nannten in ihrem Abschlussbericht vom 1. Dezember 2015 (Urk. 7/136/1-3) die Diagnosen Dysthymia

(ICD-10 F34.1) sowie einen Verdacht auf Vestibulopathie links (S.

1). Sie schilderten, gestützt auf ihre Untersuchung bestehe eine deutliche Beeinträchtigung der attentionalen und weniger stark ausgeprägt auch einiger exekutiver Funktionen. Diese sei durch die langjährig vorbekannte psychiatrische Störung hinreichend erklärlich. Hinweise auf eine zusätzliche, hirnorganische Genese der Beschwerden seien nicht erkennbar (S. 3).

#### **E. 3.2.2**

Die involvierten Personen der B.\_\_\_\_, C.\_\_\_\_ Arbeitsintegration, hielten in ihrem Schlussbericht der Potentialabklärung vom 15. Februar 2016 (Urk.

7/136/4-10)

- die Massnahme dauerte vom 19. Januar bis 15. Februar 2016 (S. 1) - fest, der Versicherte habe sich motiviert und interessiert gezeigt und am Programm aktiv teilgenommen. Auffallend sei der hohe Leistungsdruck gewesen, den er sich selber gemacht habe. Er habe alle ihm aufgetragenen Arbeiten zügig und ohne Unterbruch erledigt, dabei jedoch keine Rücksicht auf sein körperliches Befinden genommen. Die psychische Verfassung sei schlecht gewesen und habe sich noch durch seine Erkenntnis

verschlimmert, dass er zurzeit auch einfache Arbeiten nicht schmerzfrei ausführen kann. Er habe niedergeschlagen, antriebslos und traurig sowie von Zukunftsängsten geplagt gewirkt. Über viele Dinge aus seiner Vergangenheit habe er keine Auskunft geben können mit dem Hinweis, er erinnere sich nicht. Zudem habe er von Konzentrationsschwierigkeiten berichtet, was sie (die zuständigen Personen) in der Zusammenarbeit mit ihm wahrgenommen hätten. Seit Dezember 2015 sei der Versicherte psychologisch unbehandelt, habe aber weiterhin seine Medikamente eingenommen. Den regelmässigen Konsum von Temesta ohne begleitende Therapie erachteten sie als ungünstig. Ihrer Ansicht nach brauche der Versicherte dringend psychologisch-psychiatrische Begleitung. In der Behandlung sollte unter anderem die Reduktion der Einnahme von Temesta thematisiert werden. Zusätzlich sei eine Aufgleisung einer regelmässigen Tagesstruktur - entweder vorübergehend erneut in der Tagesklinik oder in einem geschützten Arbeitsumfeld - empfehlenswert (S. 6). Aufgrund akuter psychischer Probleme erachteten die Berufsfachleute den Versicherten als nicht arbeitsfähig (S. 7).

#### **E. 4**

Nach dem Gesagten ist keine Verschlechterung glaubhaft gemacht. Damit ist die Beschwerdegegnerin zu Recht nicht auf die Neuanmeldung eingetreten. Die angefochtene Verfügung erweist sich somit als rechtmässig, weshalb die dagegen erhobene Beschwerde abzuweisen ist.

##### **E. 4.1**

Den medizinischen Akten ist zu entnehmen, dass der Versicherte bereits früher unter psychischen Beschwerden, namentlich an einer mittelgradigen depressiven Episode litt (Urk. 7/58/9). Es wurde dazumal zwar - statt der massgeblichen Therapieresistenz

- die Überwindbarkeit geprüft. Im Ergebnis ist der Beschwerdegegnerin jedoch beizupflichten, dass die Störung

mangels Therapie - invalidenversicherungsrechtlich unbeachtlich zu bleiben hatte (vgl. Urk. 7/67/2), zumal auch noch erhebliche psychosoziale Faktoren beschrieben wurden (Urk. 7/50/10-11), wobei dem Versicherten somit aus schliesslich gestützt auf somatische Beschwerden (Unfallfolgen) eine befristete Invalidenrente zu gesprochen wurde (vgl. Urk. 7/58 und Urk.

7/67).

Dass sich an diese

Umständen nun etwas geändert haben könnte, ist dem C.\_\_\_\_-Bericht nicht zu entnehmen. Weiterhin wurde keine fachärztliche Therapie durchgeführt, obschon eine ambulante Weiterbetreuung durch einen Psychiater auch seitens der Berufsfachleute als indiziert erachtet worden war (Urk. 7/136/5). Damit ist die Therapieresistenz der depressiven Störung weiterhin unbelegt.

##### **E. 4.2**

Der Beschwerdeführerin ist insofern beizupflichten, als dass nicht bloss die Einschätzung des Arztes, sondern auch die Meinung des Berufsberaters (insbesondere die beruflichen Abklärungen) zu berücksichtigen

ist (vgl. Urk. 1 S.

5) .

Indes ist zu der von ihr

in diesem Zusammenhang geltend gemachten

Abklärungsdauer (medizinische versus berufliche Abklärung) zu bemerken, dass vorliegend - im Gegensatz zu dem von ihr zitierten Urteil - nicht die berufliche Abklärung, sondern die medizinische länger dauerte. So erfolgte

die Potentialabklärung bloss über einen Zeitraum von knapp einem Monat, während die ambulante Behandlung zwei Monate andauerte. Weiter liegen auch keine ernsthaften Zweifel an den Ausführungen der Fachleute der

D.\_\_\_\_

vor, da

dem C.\_\_\_\_ -Bericht nichts zur objektiven Realisierbarkeit der Arbeitsfähigkeit zu entnehmen ist. Die Angaben fassen auf den subjektiven Einschätzungen des Versicherten (Urk. 7/136/9 oben) und seinen geäusserten Klagen. Dies allein vermag eine medizinische Abklärung nicht zu ersetzen (vgl. Urteile des Bundesgerichts 8C\_59/2013 vom 22. April 2013 E. 3.3.1 und 9C\_737/2011 vom 16. Oktober 2012 E. 3.3). Eine medizinische Beurteilung ist auch angezeigt, weil selbst die Berufsfachleute ihrem Verdacht Ausdruck gaben, dass der Versicherte „nicht alles sage“ (Urk. 7/136/8).

#### **E. 4.3**

Entgegen der Ansicht der Beschwerdeführerin (Urk. 1 S. 5) ist somit selbst unter Berücksichtigung der

im C.\_\_\_\_ -Bericht geschilderten psychischen Verfassung keine Veränderung im Sinne einer Verschlechterung glaubhaft gemacht. An dieser Stelle ist zu bemerken, dass eine allfällige Veränderung wohl vielmehr in einer Verbesserung der gesundheitlichen Situation zu erblicken

wäre, deutet doch die nunmehr gestellte Diagnose einer

Dysthymia

(vgl. RAD-Stellungnahme der Fachärztin E.\_\_\_\_, orthopädische Chirurgie und Traumatologie [Urk. 7/143 S. 2]) auf eine lediglich noch leichte Störung hin.

Es ist in erster Linie Sache der versicherten Person oder der für diese handelnden Behörde, mit der Neuanmeldung substantielle Anhaltspunkte für eine allfällige neue Prüfung des Leistungsanspruchs darzulegen. Wenn der Neuanmeldung zwar ärztliche Berichte beigelegt sind, diese indessen so wenig substantiiert sind, dass sich eine neue Prüfung nur aufgrund weiterer Erkenntnisse allenfalls rechtfertigen würde, ist die IV-Stelle zur Nachforderung weiterer Angaben nur, aber immerhin verpflichtet, wenn den - für sich allein genommen nicht Glaubhaftigkeit begründenden - Arztberichten konkrete Hinweise entnommen werden können, wonach möglicherweise eine mit weiteren Erhebungen erstellbare rechtserhebliche Änderung vorliegt (Urteil des Bundesgerichts 8C\_844/2012 vom 5. Juni 2013 E. 2.1).

Den aufgelegten Berichten sind keine Anhaltspunkte für eine wesentliche Veränderung zu entnehmen. Unter diesen Umständen hat die Beschwerdeführerin zu Recht keine weiteren

Abklärungen eingeleitet.

## **E. 5**

Da es im vorliegenden Verfahren um die Bewilligung oder Verweigerung von IV-Leistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung [IVG] ) und auf Fr.

## **E. 6**

00.-- anzusetzen. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind sie der Beschwerdeführerin aufzuerlegen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde

wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 600.-- werden der Beschwerdeführerin auferlegt.

Rechnung und Einzahlungsschein werden der

Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwältin Melina Tzikas - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - Y.\_\_\_\_ - 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 Käser

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