

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.01208 vom 29. März 2018

ZH Sozialversicherungsgericht, 2018-03-29, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2016.01208

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.01208 du 29 mars 2018

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.01208 del 29 marzo 2018

Erwägungen

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). Sie 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. 2 ATSG).

E. 1.2

Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 Prozent ergibt sich ein 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. 2 IVG).

E. 1.3.1

Wird der Verwaltung eine Neuanschuldung eingereicht, so ist gemäss Art. 87 Abs. 3 in Verbindung mit Abs. 2 der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV) darzulegen, dass sich der Grad der Invalidität seit dem letzten leistungsabweisenden Entscheid in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert hat. Der versicherten Person kommt damit ausnahmsweise eine Beweisführungslast zu, und der Untersuchungsgrundsatz spielt insoweit nicht (BGE 130 V 64 E. 5.2.5). Die Verwaltung hat daher erst dann gestützt auf den Untersuchungsgrundsatz von Amtes wegen für die richtige und vollständige Abklärung des rechts erheblichen Sachverhaltes zu sorgen (Art. 43 ATSG, Art. 57 IVG in Verbindung mit Art. 69 ff. IVV), wenn sie auf das Leistungsbegehren eingetreten ist. Die Verwaltung hat nach dem Eingang einer Neuanschuldung daher zunächst zu prüfen, ob die Vorbringen der versicherten Person überhaupt glaubhaft sind, und sie erledigt das Gesuch ohne weitere Abklärungen durch Nichteintreten, falls sie dies verneint.

E. 1.3.2

Unter Glaubhaftmachen im Sinne von Art. 87 Abs.

E. 1.3.3

Das Gericht hat 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. Seiner beschwerdeweisen Überprüfung hat das Gericht den Sachverhalt zugrunde zu legen, wie er sich der Verwaltung bei Erlass des Nichteintretensentscheides bot (BGE 130 V 64 E. 5.2.5; Urteil des Bundesgerichts 8C_196/2008 vom 5. Juni 2008). Zeitlicher Ausgangspunkt für die Beurteilung einer anspruchserheblichen Änderung des Invaliditätsgrades bildet bei der Neuankündigung die letzte rechtskräftige Verfügung, welche auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs beruht. Demgemäss sind die Verhältnisse bei Erlass der strittigen Verwaltungsverfügung mit denjenigen im Zeitpunkt der letzten materiellen Abweisung zu vergleichen (BGE 130 V 64 E. 2, 130 V 71 E. 3, 133 V 108 E. 5.2 und E. 5.4). Dabei stellt die bloss unterschiedliche Beurteilung der Auswirkungen eines im Wesentlichen unverändert gebliebenen Gesundheitszustandes auf die Arbeitsfähigkeit für sich allein genommen keinen Revisionsgrund im Sinne von Art. 17 Abs. 1 ATSG dar (BGE 133 V 108; vgl. auch BGE 130 V 71 E. 3.2.3). 2.

E. 2

Dagegen liess der Versicherte am 31. Oktober 2016 Beschwerde erheben (Urk. 2) mit dem Antrag, in Aufhebung der Verfügung sei die IV-Stelle zu verpflichten, auf sein Leistungsbegehren einzutreten und die erforderlichen Abklärungen durchzuführen. Der Beschwerde legte er einen Bericht von Dr. med. B.____ vom Spital B.____, Fachärztin für Gastroenterologie und Allgemeine Innere Medizin, vom 12. September 2016 bei (Urk. 3). In der Vernehmlassung vom 16. Januar 2017 schloss die IV-Stelle auf Abweisung der Beschwerde (Urk. 10). Mit (gleichlautenden) Eingaben vom 23. Dezember 2016 und 3. Januar 2017 (Urk. 6, Urk. 8) reichte der Versicherte einen Kurzaustrittsbericht des Spitals B.____ vom 12. Dezember 2016 betreffend eine Hospitalisation vom 7. bis zum 12. Dezember 2016 ein (Urk. 7, Urk. 9). Die IV-Stelle verzichtete dazu auf eine Stellungnahme (Urk. 13).

Auf die Ausführungen der Parteien und die eingereichten Unterlagen wird, soweit erforderlich, in den Erwägungen eingegangen. Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 2.1

Strittig und zu prüfen ist im Folgenden einzig, ob der Beschwerdeführer eine anspruchserhebliche Änderung seit der letzten materiellrechtlichen Leistungsprüfung mit Verfügung vom

27. Oktober 2015 (Urk. 11/105) glaubhaft zu machen vermochte oder ob die Beschwerdegegnerin zu Recht auf die Neuankündigung des Beschwerdeführers vom 11. Juli 2016 (Urk. 11/107) nicht eingetreten ist.

Aufgrund der medizinischen Aktenlage besteht beim Beschwerdeführer seit längerer Zeit eine Beschwerdenproblematik, deren Diagnosen im Wesentlichen wie folgt lauten (vgl. Bericht des Spitals B.____ vom 12. Januar

2016, Urk. 11/110/1): chronische nicht kalzifizierende Pankreatitis (Erstdiagnose 2000), chronisch rezidivierende Cholangitiden (Erstdiagnose Juli 2012), chronischer Alkoholabusus (Erstdiagnose langjährig), chronische Hepatopathie (Erstdiagnose Juli 2012)

mit mindestens inkompletter Leberzirrhose (Erstdiagnose Juni 2013), Diabetes mellitus (Erstdiagnose April 2012), chronische Bronchitis (Erstdiagnose unklar) bei einem fortgesetzten Nikotinabusus, arterielle Hypertonie (Erstdiagnose unklar) und depressive Episoden mit Insomnie (Erstdiagnose September 2011). Am 11. Juni 2013 wurde beim Beschwerdeführer eine Bauchoperation (Hepaticojejunostomie und Cholezystektomie) durchgeführt (Urk. 11/69/2).

E. 2.2

Der letzten leistungsverneinenden Verfügung vom 27. Oktober

2015 (Urk. 11/105) lag im Wesentlichen das bidisziplinäre Gutachten vom 25. August 2015 (Urk. 11/99) zugrunde.

Darin diagnostizierten die Dres. Z.____

und A.____ aus internistischer, rheumatologischer und psychiatrischer Sicht (Urk. 11/99/10) mit langdauernder Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine leichtgradige depressive Episode mit anamnestisch kurzfristigen mittelgradigen Episoden sowie - ohne langdauernde Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit - eine mässige Agoraphobie, einen Alkoholkonsum bei einem aktuell negativen Carbohydrate-Deficient Transferin (CDT)-Wert, bei einer Hepatopathie und Pankreatopathie sowie ein Übergewicht mit einem Body-Mass-Index (BMI) von 27,74 kg/m², einen Nikotinkonsum von circa 65 pack years, eine periphere arterielle Verschlusskrankheit der Beine, eine chronisch obstruktive Pneumopathie bei einer aktuell akuten Bronchitis, ein Schlafapnoe-Syndrom, eine Gonarthrose rechts und einen Diabetes mellitus Typ2. Weiter gaben die Gutachter an (Urk. 11/99/20 f.), in der angestammten Tätigkeit betrage die Arbeitsunfähigkeit aus somatischer Sicht ab Mitte 2012 70 %, ab dem Zeitpunkt der Bauchoperation vom 11. Juni 2013 100 %, ab dem Ende der postoperativen Rehabilitationsphase Ende August 2013 0 %, ab Juli 2015 im Zusammenhang mit der anstehenden Angioplastie 50 %, ab Ende August 2015 bis zum Ende der Rehabilitationsphase circa Mitte September 2015 100 % und seit Ende September 2015 0 %. Seit spätestens Ende September 2015 sei somit aus somatischer Sicht wieder von einer vollen Arbeitsfähigkeit auszu gehen. Aus psychiatrischer Sicht bestehe seit dem Ende der somatisch verursachten Einschränkung der Arbeitsfähigkeit eine 10%ige Arbeitsunfähigkeit des Versicherten.

E. 3

IVV ist nicht der Beweis nach dem im Sozialversicherungsrecht allgemein massgebenden Grad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu verstehen. Die Beweisanforderungen sind viel mehr herabgesetzt, indem nicht im Sinne eines vollen Beweises die Überzeugung der Verwaltung begründet zu werden braucht, dass seit der letzten, rechtskräftigen Entscheidung tatsächlich eine relevante Änderung eingetreten ist. Es genügt, dass für den geltend gemachten rechtserheblichen Sachumstand wenigstens gewisse Anhaltspunkte bestehen, auch wenn durchaus noch mit der Möglichkeit zu rechnen ist, bei eingehender Abklärung werde sich die behauptete Sachverhaltsänderung nicht erstellen lassen. Bei der Prüfung der Frage, ob die Vorbringen der versicherten Person glaubhaft sind, berücksichtigt die Verwaltung unter anderem, ob seit der rechtskräftigen Erledigung des letzten Leistungsgesuchs lediglich kurze oder schon längere Zeit vergangen ist; je nach dem sind an die Glaubhaftmachung einer Änderung des rechtserheblichen Sachverhalts höhere oder weniger hohe Anforderungen zu stellen (Urteil des Bundesgerichts 9C_236/2011 vom 8. Juli 2011 E. 2.1.1 mit Hinweisen). Insofern steht der Verwaltung ein gewisser

Beurteilungsspielraum zu, den das Gericht grundsätzlich zu respektieren hat (BGE 109 V 108 E. 2b; Urteil des Bundesgerichts I 888/05 vom 7. Juni 2006 E. 2).

Die Eintretensvoraussetzung gemäss Art. 87 Abs. 3 IVV soll verhindern, dass sich die Verwaltung immer wieder mit gleichlautenden und nicht näher begründeten Rentengesuchen befassen muss (BGE 133 V 108 E. 5.3.1). Die Rechtskraft der früheren Verfügung steht einer neuen Prüfung so lange entgegen, wie der seinerzeit beurteilte Sachverhalt sich in der Zwischenzeit nicht verändert hat. Wenn die dem Revisionsgesuch beigelegten ärztlichen Berichte 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 dann 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 mit Hinweisen).

E. 3.1.1

Zur Glaubhaftmachung der Verschlechterung des Gesundheitszustandes beruft sich der Beschwerdeführer zunächst auf die Berichte des Spitals B.____ vom 12. und 29. Januar sowie vom 22. Februar 2016 betreffend Hospitalisationen in der Zeit vom 4. bis zum 8. und vom 11. bis zum 25. Januar 2016 sowie vom 11. bis 19. Februar 2016 (Urk. 11/110/1-7, 11/110/8-15, 11/110/16-21).

Ausgelöst wurde die Hospitalisation ab 4. Januar 2016 durch Oberbauchschmerzen, welche die Ärzte als Folge des über das Neujahr erfolgten übermässigen Alkoholkonsums interpretierten (Bericht vom 12. Januar 2016, Urk. 11/110/1 und 11/110/4), so dass der Beschwerdeführer nach durchgeführtem stationärem Alkoholentzug am 8. Januar 2016 wieder nach Hause entlassen wurde. Die beiden nachfolgenden Hospitalisationen ab 11. Januar und ab 11. Februar 2016 wurden durch erhöhte Entzündungsparameter ausgelöst, wobei die Entzündungswerte aufgrund der jeweils erfolgten Therapie regredient waren, so dass der Beschwerdeführer am 25. Januar 2016 in gutem Allgemeinzustand respektive am 19. Februar 2016 beschwerdefrei entlassen werden konnte (Berichte vom 29. Januar und 22. Februar 2016; Urk. 11/110/8, Urk. 11/110/16). An diesem guten Zustand bei der Entlassung änderte sich gemäss den zu berücksichtigenden medizinischen Akten in der folgenden Zeit nichts Wesentliches. Dies gilt umso mehr, als der Beschwerdeführer Anfang Februar 2016 unter der Aufsicht der Hausärztin eine Antabus-Therapie begann, die ohne wesentliche Komplikationen verlief (Berichte des Spitals B.____ vom 17. Juni und 12. September 2016; Urk. 11/110/24, Urk. 3). Auch aus den zwei neuen Diagnosen, die in den Berichten des Spitals B.____ - nebst der bekannten, bei der interdisziplinären Begutachtung berücksichtigten Grundproblematik (E. 2.1-2) - aufgeführt wurden, nämlich der Thrombozytopenie (Erstdiagnose unklar) und der Splenomegalie, kann aufgrund des gesamten Beschwerdebildes keine relevante Verschlechterung abgeleitet werden, zumal die Thrombozytopenie am ehesten als äthyltoxisch eingeordnet wurde (Urk. 11/110/8) und die Splenomegalie im Bericht vom 17. Juni 2016 (Urk. 11/110/24) noch als Differentialdiagnose zur Thrombozytopenie erwähnt wurde.

E. 3.1.2

Nach dem Gesagten bewegten sich die Vorfälle im Januar und Februar 2016 im Rahmen des bekannten Beschwerdekompleses. Zudem konnten sie kurzfristig und erfolgreich

therapiert werden und der Beschwerdeführer konnte in gutem Allgemeinzustand respektive beschwerdefrei entlassen werden. An diesem guten Verlauf änderte sich auch im folgenden Zeitraum nichts. Im Gegenteil nahm der Versicherte eine Antabus-Therapie auf und blieb in der Folge abstinent. Unter diesen Umständen hat der Beschwerdeführer mit den Vorfällen im Januar und Februar 2016 keine relevante Verschlechterung glaubhaft gemacht.

E. 3.2

Zur Glaubhaftmachung der Verschlechterung des Gesundheitszustandes beruft sich der Beschwerdeführer sodann auf den Bericht des Spitals B. ___ vom 17. Juni 2016 betreffend eine Hospitalisation vom 10. bis zum 15. Juni 2016 (Urk. 11/110/24).

Ausgelöst wurde diese Hospitalisation durch eine Sepsis bei einer Escheria-Coli-Bakteriämie (Erstdiagnose 8. Juni 2016), welche die Ärzte in der Zusammen schau der Befunde am ehesten als einen aufsteigenden Infekt bei einem Status nach einer offenen Hepaticojejunostomie und rezidivierenden Cholangitiden beurteilten. Nach der entsprechenden Therapie waren die Entzündungswerte regredient, und es zeigte sich im Verlauf kein Auftreten von Bauchschmerzen oder sonstigen Beschwerden, so dass der Beschwerdeführer am 15. Juni 2016 wieder entlassen wurde. Die in diesem Bericht neu erwähnten leichte Hypnatriämie und die Soor-Ösophagitis waren ebenfalls behandelt worden, die Soor-Ösophagitis bereits am 3. Juni 2016 mit einer Einmalmedikation (Bericht des Spitals B. ___ vom 6. Juni 2016 betreffend eine ambulante Gastroskopie, Urk. 11/110/22). Insgesamt ergibt sich bei dieser Hospitalisation das gleiche Bild wie bei den Hospitalisationen zu Jahresbeginn, weshalb zur Vermeidung von Wiederholungen analog auf E. 3.1.2 verwiesen wird.

E. 3.3

Im Weiteren beruft sich der Beschwerdeführer auf den Bericht von Dr. B. ___ vom Spital B. ___, Gastroenterologie, vom 12. September 2016 (Urk. 3). Darin wiederholte die Ärztin teilweise die seit längerer Zeit bestehenden gesundheitlichen Probleme. Sodann hielt sie fest, der Beschwerdeführer habe im Februar 2016 eine Antabus-Therapie angefangen und sei seither alkoholabstinent. Diese Aussage ist glaubhaft und findet in den übrigen medizinischen Akten Halt (Bericht des Spitals B. ___ vom 17. Juni 2016, Urk. 11/110/24/1 und 11/110/24/3 unten). Sodann erfolgte ein Hinweis auf «neu persistierende und progrediente Schluckstörungen sowie einen Gewichtsverlust». Diese bloss punktuellen, nicht näher eingeordneten oder konkretisierten Hinweise sind aufgrund der übrigen medizinischen Akten zu relativieren. So wurde die Schluckstörung am 3. Juni 2016 im Spital B. ___ mit einer Einmalmedikation behandelt (Urk. 11/110/22). Weder daraus, noch aus dem Hinweis auf einen Gewichtsverlust lässt sich daher eine relevante Verschlechterung ableiten, zumal im bidisziplinären Gutachten auf die Notwendigkeit einer Gewichtsabnahme hingewiesen worden war. Auch der nachfolgende Hinweis auf einen über die Jahre hinweg sich abzeichnenden verminderten Allgemeinzustand trifft in dieser Pauschalität so nicht mit der übrigen medizinischen Aktenlage überein, insbesondere auch nicht mit dem bidisziplinären Gutachten, von welchem vorliegend auszugehen ist. Somit kann der Beschwerdeführer auch aus diesem Bericht keine relevante Verschlechterung ableiten.

E. 3.4

Nach dem Gesagten macht der Beschwerdeführer mit den zu berücksichtigenden Arztberichten keine relevante Verschlechterung des Gesundheitszustandes glaubhaft.

Auch seine weiteren Einwände vermögen an dieser Folgerung nichts zu ändern:

Massgebend ist der Sachverhalt, wie er sich bei Erlass der angefochtenen Verfügung vom 29. September 2016 präsentierte, weshalb der nachgereichte Bericht des Spitals B.____ vom 12. Dezember 2016 (Urk. 7 und 9) nicht zu berücksichtigen ist, zumal er die Hospitalisation vom 7. bis zum 12. Dezember 2016 betrifft, mithin einen Sachverhalt, der nach Erlass der angefochtenen Verfügung statt fand. Auf die Infragestellung des bidisziplinären Gutachtens vom 25. August 2015 durch den Versicherten ist nicht mehr näher einzugehen. Diese Einwände hätte der Versicherte mit einer Anfechtung der Verfügung vom 27. Oktober 2015 vorbringen können und müssen. Soweit der Beschwerdeführer sodann isoliert einzelne Diagnosen aufzählt (Urk. 1 S. 6 f.) ist – abgesehen davon, dass die inkomplette Leberzirrhose seit längerer Zeit bekannt ist – darauf hinzu weisen, dass das Vorliegen einer neuen Diagnose an sich nicht bereits auf eine relevante Verschlechterung des Gesundheitszustandes schließen lässt. Denn einerseits sind solche Diagnosen im Gesamtzusammenhang des medizinischen Erkenntnisprozesses zu würdigen, und andererseits braucht es für eine relevante Verschlechterung eine erhebliche, dauerhafte und objektivierbare Beeinträchtigung. Im Übrigen kann bezüglich der Diagnostik auf die obigen Erwägungen verwiesen werden. Das Gleiche gilt für die Einwendungen im Zusammenhang mit der Antabus-Therapie. Auch daraus lässt sich wie gesagt aufgrund der von ihm eingereichten Berichte keine relevante Verschlechterung ableiten.

E. 4

Diese Erwägungen führen zur Abweisung der Beschwerde. Abschliessend sei der Beschwerdeführer auf seine gemäss der medizinischen Aktenlage zumutbare Mitwirkungspflicht hingewiesen, vom Alkohol abstinenz zu sein und dies zu bleiben.

E. 5

Da es um die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis 1'000.-- festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG) und auf Fr. 500.-- anzusetzen. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind sie dem unterliegenden Beschwerdeführer aufzuerlegen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 500.-- werden dem Beschwerdeführer auferlegt.

Rechnung und Einzahlungsschein werden dem Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwältin Evalotta Samuelsson - 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 Die VorsitzendeDer Gerichtsschreiber
GrünigFraefel

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