

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00342 vom 28. Juni 2018**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2018-06-28, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2017.00342](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2017.00342)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00342 du 28 juin 2018

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00342 del 28 giugno 2018

## **Erwägungen**

### **E. 1.1**

X.\_\_\_\_, geboren 1970, absolvierte die Realschule. In der Folge war er vom 31. August 1987 bis zum 1. November 2009 für die Z.\_\_\_\_ AG tätig, wo er zuerst eine Lehre abschloss und nach inter nen Weiterbildungen zuletzt im Bereich Briefpostsortierung arbeitete (Urk. 7/1/5, 7/1/8, 7/34/1 und 7/40/3). Hernach bezog er Taggeldleistungen der Arbeitslosenversicherung (Urk. 7/1/4 und 7/10-12).

### **E. 1.2**

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).

### **E. 1.3**

Wurde eine Rente wegen eines zu geringen Invaliditätsgrades verweigert, so wird nach Art. 87 Abs. 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. 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 auch tatsächlich eingetreten ist; sie hat demnach in analoger Weise wie bei einem Revisionsfall nach Art. 17 Abs. 1 ATSG vorzugehen (BGE 117 V 198 E. 3a, vgl. auch BGE 133 V 108 E. 5.2). 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 117 V 198 E. 3a, 109 V 108 E. 2b).

### **E. 1.4**

Versicherungsträger und Sozialversicherungsgerichte haben die Beweise frei, das heisst ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Für das Beschwerdeverfahren bedeutet dies, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestatten. Insbesondere darf es bei einander widersprechenden

medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist also 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 Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (BGE 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a). 2.

Es ist strittig und zu prüfen, ob die Beschwerdegegnerin mit der angefochtenen Verfügung zu Recht einen Rentenanspruch verneinte, da aus den vorhandenen medizinischen Unterlagen keine invaliditätsrelevante Einschränkung der Arbeitsfähigkeit im Bürobereich hervorgehe, oder ob sie den medizinischen Sachverhalt weiter hätte abklären müssen (Urk. 1, 2 und 6). 3. 3.1

Die IV-Stelle ist auf die Neuanmeldung des Beschwerdeführers vom 15. September 2015 (Urk. 7/158) materiell eingetreten. Es ist daher zu untersuchen, ob sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers im massgeblichen Zeitraum zwischen der Verfügung vom 21. Juli 2014, mit welcher ein Anspruch auf eine Invalidenrente verneint worden war, und der angefochtenen Verfügung vom 20. Februar 2017 insoweit verschlechtert hat, dass nunmehr ein Anspruch auf eine Invalidenrente besteht. 3.2

Die Verfügung vom 21. Juli 2014 stützte sich in medizinischer Hinsicht auf die Ergebnisse der regionalärztlichen Untersuchungen vom 10. Mai 2010 (vgl. die Feststellungsblätter für den Beschluss vom 16. August 2011 und für den Einwand vom 21. Juli 2014; vgl. Urk. 7/22 und 7/137). Diese hätten einzig Gonarthrosen im rechten und im linken Knie ergeben, denen eine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit zukomme (Urk. 7/18/4). Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit seien eine Epicondylitis

radialis beidseits, eine iliolumbale

Insertionstendinose und ein Status nach Karpaltunneloperationen rechts und links (Urk. 7/18/5). Wegen einer Adipositas (BMI 37) und eines leichten Diabetes mellitus Typ II sei eine körperlich schwere Arbeit ausgeschlossen. Aufgrund der chronischen Hautulzeration über der Bauchwand sei eine Tätigkeit in sauberer Umgebung und ohne Hitzeexposition anzustreben.

In der angestammten Tätigkeit als Briefsortierer sei der Versicherte zu 100% arbeitsunfähig, hingegen sei ihm eine leichte, wechselbelastende vorwiegend im Sitzen auszuübende

Tätigkeit in sauberer Umgebung und ohne

Hitzeexposition zu 100% zumutbar (Urk. 7/18/5 und 7/18/4). 3.3

3.3.1

Aus dem vom Beschwerdeführer eingereichten Bericht der Abteilung für Handchirurgie der Klinik C.\_\_\_\_ vom 8. Oktober 2015 geht hervor, dass am 5. Oktober 2015 wegen beidseitiger volarer Handgelenksschmerzen, die seit drei Jahren nach einer halben Stunde Arbeit am Computer auftraten,

eine Untersuchung stattgefunden habe. Die beschriebenen Beschwerden hätten im Rahmen der Handspreekunde nicht ausgelöst werden können. Am ehesten komme es aufgrund einer schlechten Ergonomie am Arbeitsplatz zu den beschriebenen Beschwerden, die sich eventuell durch gewisse Hilfsmittel wie eine Gelunterlage verbessern liessen; eine Diagnose mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit wurde im fraglichen Bericht nicht gestellt (Urk. 7/170/1-2). 3.3.2

Am 27. Oktober 2015 habe man den Versicherten in der Abteilung für Kniechirurgie des Spitals C.\_\_\_\_

wegen konstant vorhandener Knieschmerzen, links deutlich mehr als rechts, untersucht. Es sei möglich, dass die Femoropatellararthrose links einen Teil der Beschwerden verursache. Die beschriebenen Beschwerden seien jedoch recht diffus, nächtlich betont und nicht streng auf Belastungen zurückzuführen. Es bestehe auch eine unerklärliche erhebliche Diskrepanz zwischen dem vom Versicherten geklagten Leidensdruck und dem aktuellen klinischen Befund. Eine umfassende Abklärung habe bereits vor sechs Jahren stattgefunden, worauf die Indikation für ein operatives Vorgehen zurückhaltend beurteilt worden sei. Aktuell könnten die vom Versicherten geklagten Beschwerden klinisch nicht eindeutig reproduziert werden, so dass man ebenfalls keine sinnvolle operative Therapie anbieten könne. Für körperlich belastende Arbeiten scheine der Versicherte aufgrund der Kniebeschwerden nicht arbeitsfähig, dem entsprechend sei bereits 2012 eine entsprechende Umschulung erfolgt. Ob aufgrund einer Übermüdung bei Knieschmerzen in der Nacht die Arbeitsfähigkeit in einem administrativen Bereich beeinträchtigt sei, sei gegebenenfalls mittels einer kreisärztlichen Untersuchung zu klären (Urk. 7/170/3-5).

Ferner wurden die folgenden Diagnosen erwähnt (Urk. 7/170/3): - Offene Druckstellen an der rechten Grosszehe sowie im Fersenbereich - Ulcus Dig I Fuss rechts aktuell Grad 1 nach Wagner ED 03/2015 - Distal symmetrische, gemischte diabetische Polyneuropathie ED 07/2015 - Diabetes mellitus ED 2010 (nicht insulinpflichtig) - Arterielle Hypotonie - Adipositas per

magna (BMI 37,3). 3.3.3

Im Bericht des Augenzentrums Dr. D.\_\_\_\_ vom 2. Dezember 2015 wurden eine Amblyopie und eine Anisometropie diagnostiziert (Urk. 7/173). 3.3.4

Der behandelnde Hausarzt Dr. B.\_\_\_\_ führte in seinem Bericht vom 15. August 2016 ein linksbetontes Knieschmerzsyndrom als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit auf. Ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit seien ein Diabetes mellitus Typ II, eine Adipositas per magna (BMI 38) und eine distal symmetrische Polyneuropathie (Urk. 7/184/6). Er habe kein Arbeitsunfähigkeitszeugnis ausgestellt, da der Versicherte zurzeit vom Sozialamt unterstützt werde. Der Versicherte fühle sich intellektuell den geforderten Leistungen im Bürobereich nicht gewachsen; er benötige für alles viel länger als gefordert und komme so nicht zurecht bei der Arbeit. Aus allgemeinmedizinischer Sicht sei eine erneute Untersuchung indiziert, um die vom Versicherten bezweifelte Arbeitsfähigkeit zu beurteilen und zu quantifizieren. Es bestehe bestimmt eine eingeschränkte Arbeitsfähigkeit aus somatischer Sicht wegen der Kniebeschwerden, die den Versicherten nicht länger stehen und sich bewegen liessen. Inwiefern eine verminderte kognitive Kapazität mit für die erschwerte Reintegration des Versicherten verantwortlich sei, sei ebenfalls im Rahmen einer arbeitsmedizinischen Untersuchung zu beurteilen (Urk. 7/184/7). Rein sitzende

Tätigkeiten bezeichnete Dr. B.\_\_\_\_ als ganztags zumutbar; es bestünden indessen Einschränkungen im Konzentrations- und im Auffassungsvermögen, in der Anpassungsfähigkeit und in der Belastbarkeit ( Urk. 7/184/5). 3.3.5

Der RAD-Arzt Dr. m ed.

E.\_\_\_\_, Facharzt FMH für orthopädische Chirurgie und Traumatologie, vertrat am 8. September 2016 die Auffassung, es lägen keine Diagnosen mit dauerhafter Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit als Büro angestellter vor ( Urk. 7/196/3-4). 3.3.6

Am 26. Oktober 2016 reichte der Versicherte eine CD betreffend eine MRI-Untersuchung des linken Knies vom 24. Oktober 2016 ein ( Urk. 7/191). Dr. E.\_\_\_\_ hielt dazu am 30. Januar 2017 fest, MRI-Bilder ohne ausführlichen schriftlichen Befundbericht könnten nicht fachgerecht ausgewertet werden. Sie könnten auch keinen Verlauf darstellen und sagten nichts über die Einschränkungen im Leben und bei der Erwerbstätigkeit aus. Der Versicherte sei in eine den Knien angepasste Tätigkeit umgeschult worden. Eine Ergänzung der RAD- Stellungnahme vom 8. September 2016 sei daher nicht erforderlich (Urk. 7/197/3). 4.

## **E. 2**

. Mai 2016 Kenntnis gegeben, mit welcher ihm auch die unentgeltliche Prozessführung gewährt wurde (Urk. 8).

Auf die einzelnen Ausführungen in den Rechtsschriften und die im Beschwerdeverfahren neu eingereichte Unterlage ( Urk. 3/4) wird, soweit erforderlich, in den Erwägungen eingegangen. Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

### **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.

## **E. 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 ausgleichenen Arbeitsmarkt ( Art.

### **E. 4.1**

Die Beschwerdegegnerin stützte sich beim Erlass der angefochtenen Verfügung auf die Stellungnahmen des RAD -Arztes Dr. E.\_\_\_\_ vom

8. September 2016 und vom 30. Januar 2017 ( vgl. Urk. 7/197 ).

### **E. 4.2**

Die regionalen ärztlichen Dienste stehen den IV-Stellen zur Beurteilung der medizinischen Voraussetzungen des Leistungsanspruchs zur Verfügung. Sie setzen die für die Invalidenversicherung nach Art. 6 ATSG massgebende funktionelle Leistungsfähigkeit der Versicherten fest, eine zumutbare Erwerbstätigkeit oder Tätigkeit im Aufgabenbereich auszuüben. Sie sind in ihrem medizinischen Sachentscheid im Einzelfall unabhängig

(Art. 59 Abs. 2 bis IVG). Nach Art. 49 IVV beurteilen die RAD die medizinischen Voraussetzungen des Leistungsanspruchs. Die geeigneten Prüfmethode n können sie im Rahmen ihrer medizinischen Fachkompetenz und der allgemeinen fachlichen Weisungen des Bundesamtes frei wählen (Abs. 1). Die RAD können Versicherte bei Bedarf selber ärztlich untersuchen. Sie halten die Untersuchungsergebnisse schriftlich fest (Abs. 2; Urteil des Bundesgerichts 9C\_406/2014 vom 31. Oktober 2014 E. 3.5 mit Hinweis auf BGE 135 V 254 E. 3.5).

Die Funktion interner RAD-Berichte besteht darin, aus medizinischer Sicht – gewissermassen als Hilfestellung für die medizinischen Laien in Verwaltung und Gerichten, welche in der Folge über den Leistungsanspruch zu entscheiden haben – den medizinischen Sachverhalt zusammenzufassen und zu würdigen, wozu namentlich auch gehört, bei widersprüchlichen medizinischen Akten eine Wertung vorzunehmen und zu beurteilen, ob auf die eine oder die andere Ansicht abzustellen oder aber eine zusätzliche Untersuchung vorzunehmen sei. Sie würdigen die vorhandenen Befunde aus medizinischer Sicht (Urteil des Bundesgerichts 9C\_406/2014 vom 31. Oktober 2014 E. 3.5 mit Hinweisen).

Praxisgemäss kommt einer reinen Aktenbeurteilung des RAD im Vergleich zu einer auf allseitigen Untersuchungen beruhenden Expertise, welche auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) ab gegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und die Schlussfolgerungen widerspruchsfrei begründet, nicht der gleiche Beweiswert zu (Urteil des Bundesgerichts 8C\_971/2012 vom 11. Juni 2013 E. 3.4).

Der Beweiswert von RAD-Berichten nach Art. 49 Abs. 2 IVV ist mit jenem externer medizinischer Sachverständigengutachten vergleichbar, sofern sie den praxisgemässen Anforderungen an ein ärztliches Gutachten (BGE 134 V 231 E. 5.1) genügen und die Arztperson über die notwendigen fachlichen Qualifikationen verfügt (BGE 137 V 210 E. 1.2.1). Allerdings kann auf das Ergebnis versicherungsinterner ärztlicher Abklärungen – zu denen die RAD-Berichte gehören – nicht abgestellt werden, wenn auch nur geringe Zweifel an ihrer Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit bestehen (Urteil des Bundesgerichts 8C\_197/2014 vom 3. Oktober 2014 E. 4.2 mit Hinweisen auf BGE 139 V 225 E. 5.2; 135 V 465 E. 4.4 und E. 4.7).

#### **E. 4.3**

Bei den hier zur Diskussion stehenden Stellungnahmen des RAD handelt es sich um reine Aktenbeurteilungen, da Dr. E.\_\_\_\_

den Beschwerdeführer nicht untersuchte. Sie vermögen

daher die praxisgemässen Anforderungen an ein ärztliches Gutachten (vgl. BGE 134 V 231 E. 5.1) nicht zu erfüllen. Jedoch sind sie umfassend, stehen im Einklang mit den Dr. E.\_\_\_\_ vorgelegten medizinischen Unterlagen und überzeugen, insbesondere bezüglich der Arbeitsfähigkeit. Bereits bei seiner RAD-Untersuchung am 10. Mai 2011 hatte der Beschwerdeführer über ständige Schmerzen im linken Knie geklagt (vgl. Urk. 7/18/1). Eine massgebliche Sachverhaltsänderung war diesbezüglich folglich nicht auszumachen. Es bestand deshalb auch kein Anlass, die Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit infolge der Kniebeschwerden – wie von den Behandlern vorgeschlagen (Urk. 7/170/4-5 und 7/184/7; vgl. Urk. 1 S. 7) –

neu abzuklären. Vielmehr stellte Dr. E.\_\_\_\_ korrekt fest, der Versicherte sei bereits in eine den Knie beschwerden angepasste Tätigkeit umgeschult worden . Dem im Beschwerdeverfahren neu eingereichten Bericht von Dr. med. F.\_\_\_\_ , Facharzt FMH für Innere Medizin, physikalische Medizin und Rehabilitation, speziell Rheumaerkrankungen, vom 17. März 2017 ( Urk. 3/4) lässt sich ebenfalls nichts entnehmen, was Zweifel an der Zuverlässigkeit und an der Schlüssigkeit der Aktenbeurteilungen Dr. E.\_\_\_\_ s zu wecken vermöchte und weitere medizinische Abklärungen als geboten erscheinen liesse . Zwar wurde dem Beschwerdeführer im fraglichen Bericht eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit auch für leichte Arbeiten abwechselungsweise sitzend und stehend attestiert. Hierbei handelt es sich jedoch lediglich um eine andere Beurteilung eines im Wesentlichen unveränderten Sachverhalts, da Dr. F.\_\_\_\_ nicht eine Verschlechterung im hier interessierenden Zeitraum seit dem 21. Juli 2014, sondern seit den 90-er Jahren beschrieb (vgl. Urk. 3/4).

Zu Recht blieb unbeanstandet, dass Dr. E.\_\_\_\_ den neu gestellten somatischen Diagnosen keine (dauerhafte) Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit als Büroangestellter zumass (vgl. Urk. 1) . Dies muss umso mehr gelten, als auch den Berichten der diversen Behandler keine anderslautenden Feststellungen zu entnehmen sind . 4. 4

Aus dem Gesagten folgt, dass die Beschwerdegegnerin zu Recht auf die Aktenbeurteilungen Dr. E.\_\_\_\_ s abgestellt und auf weitere medizinische Abklärungen verzichtet hat. Es war deshalb auch korrekt, dass sie einen Rentenanspruch mangels eines invalidenversicherungsrechtlich relevanten Gesundheitsschadens verneinte. Dies führt zur Abweisung der Beschwerde.

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.-- festzusetzen. Entsprechend dem Verfahrensausgang sind sie dem Beschwerdeführer zu auferlegen, aufgrund der ihm gewährten unentgeltlichen Prozessführung ( Urk. 8)

jedoch einstweilen auf die Gerichtskasse zu nehmen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 500.-- 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 GSVGer 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 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, zuzu stellen.

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 Vorsitzende Die Gerichtsschreiberin Grünig Gohl Zschokke

#### **E. 7**

Abs. 2 ATSG).

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