

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.01158 vom 2. März 2019

ZH Sozialversicherungsgericht, 2019-03-02, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2017.01158

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.01158 du 2 mars 2019

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.01158 del 2 marzo 2019

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 Allge meinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG]). Sie kann Folge von Geburts gebrechen, 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 ausgegliche nen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beein trächtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG).

E. 1.2

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 di e Voraussetzungen gemäss Abs. 2 dieser Bestimmung erfüllt sind. Danach ist im Revisionsgesuch glaubhaft zu machen, das s sich der Grad der Invalidität der versicherten Person in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert hat. Nach Eingang einer Neuanmeldung ist die Verwaltung zunächst zur Prüfung verpflichtet, ob die Vorbringen der ver sicherten Person überhaupt glaubhaft sind; verneint sie dies, so erledigt sie das Gesuch ohne weitere Abklärungen durch Nichteintreten. Dabei wird sie unter anderem zu berücksichtigen haben, ob die frühere Verfügung nur kurze oder schon längere Zeit zurückliegt, und dementsprechend an die Glaubhaftmachung höhere oder weniger hohe Anforderungen stellen (ZAK 1966 S. 279, vgl. auch BGE 130 V 64 E. 5.2, 72 E. 2.2 mit Hinweisen). Insofern steht ihr ein gewisser Beurteilungsspielraum zu, den das Gericht grundsätzlich zu respektieren hat. Daher hat das Gericht 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; hingegen unterbleibt eine richterliche Beur teilung der Eintretensfrage , wenn die Verwaltung auf die Neuanmeldung ei nge treten ist (BGE 109 V 108 E. 2b).

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) erstellt 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). Erheblich ist eine Sachverhaltsänderung, 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).

E. 1.4

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 256 E. 4 mit Hinweisen; AHI 2002 S. 70 E. 4b/cc). 2.

E. 2

Dagegen erhob X. ___ am 25. Oktober 2017 Beschwerde mit dem Rechtsbegehren, die angefochtene Verfügung sei aufzuheben und die IV-Stelle sei zu verpflichten, auf sein Leistungsgesuch einzutreten und dieses materiell zu prüfen. Im Weiteren ersuchte der Versicherte um Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung sowie um Bestellung einer unentgeltlichen Rechtsvertretung in der Person von Rechtsanwältin Stephanie C. Elms (Urk. 1 S. 2). Mit Schreiben vom 26. Oktober 2017 (Urk. 7) reichte der Versicherte zwecks Darlegung seiner finanziellen Verhältnisse entsprechende Unterlagen ein (Urk. 8/1-3; vgl. bereits Urk.

E. 2.1

In der angefochtenen Verfügung vom 25. September 2017 (Urk. 2) zog die Beschwerdegegnerin in Erwägung, das Leistungsbegehren des Versicherten sei im Juli 2015 abgewiesen worden. Am 2. Juni 2016 [richtig: 2017] sei ein neues Gesuch eingegangen. Es hätten sich jedoch weder wesentliche Veränderungen der beruflichen noch der medizinischen Situation - etwa in Form neuer Diagnosen oder neuer Befunde - feststellen lassen, weshalb auf das Gesuch nicht eingetreten werden könne.

E. 2.2

Mit Beschwerdeschrift vom 25. Oktober 2017 machte der Versicherte im Wesentlichen geltend, dass aufgrund der Akten eine Verschlechterung seines Gesundheitszustandes ausgewiesen sei. Er leide mittlerweile unter einer chronischen und therapieresistenten Depression; mit überwiegender Wahrscheinlichkeit sei auch in Zukunft nicht mehr mit einer Remission zu rechnen. Sollten im Zeitpunkt der Entstehung der Depression psychosoziale Faktoren mitbestimmend gewesen sein, so sei aktuell - nach einer

Behandlungsdauer von fünf Jahren - zudem von einer eigenständigen chronischen depressiven Erkrankung auszugehen, welche invalidenversicherungsrechtlich von Relevanz sei. Bei der Beurteilung des Gesundheitszustandes seien auch die Folgen der Suchterkrankung miteinzubeziehen, da es sich hierbei um eine sekundäre Erkrankung handle. Vor diesem Hintergrund wäre die Beschwerdeführerin verpflichtet gewesen, auf die Neuanmeldung einzutreten und das Leistungsgesuch materiell zu prüfen (Urk. 2 S. 8 f f.). Mit Eingabe vom 22. November 2017 hielt der Beschwerdeführer an seiner Argumentation fest (Urk. 10). 3. 3.1

Mit Verfügung vom 13. Juli 2015 (Urk. 14/23) wurde der Rentenanspruch des Beschwerdeführers letztmals materiell beurteilt. Dieser Entscheid bildet demnach den zeitlichen Ausgangspunkt für die Beurteilung ,

ob eine seitherige anspruchserhebliche Änderung des Invaliditätsgrades glaubhaft gemacht wurde (BGE 133 V 108; vgl. auch BGE 130 V 71 E. 3.2.3). Dahingehend besteht

- soweit ersichtlich - auch zwischen den Parteien Einigkeit (vgl. Urk. 1 S. 5 und Urk. 2 S. 1) . 3.2 3.2.1

Der genannten Verfügung lag in medizinischer Hinsicht in erster Linie der Bericht von Dr. phil. Y. ___ und Dr. med. Z. ___ , Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 29. Januar 2015 zu Grunde. Die Genannten hielten fest, dass der Versicherte leide seit Beginn der ambulanten Therapie am 17. Dezember 2012 unter einer mittelgradigen depressiven Episode mit somatischem Syndrom (ICD-10 F32.11), die sich auf die Arbeitsfähigkeit auswirke. Ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit sei demgegenüber der schädliche Gebrauch von Alkohol und Cannabis (ICD-10 F10.1 und F12.1; Urk. 14/15/1).

Der Beschwerdeführer sei von seiner psychosozialen Situation völlig überfordert. Sein Gesundheitszustand habe sich insbesondere nach dem Konkurs seines Restaurants und der Scheidung von der Ehefrau in den Jahren 2011 und 2012 zunehmend verschlechtert. Sowohl die Auffassung als auch das Denken seien verlangsamt. Es bestünden Konzentrationsstörungen sowie eine reduzierte Merkfähigkeit. Der Versicherte fühle sich antriebslos, affektiv herabgestimmt, ratlos und verzweifelt. Ferner sei er sozial isoliert und sei voller Schamgefühle aufgrund seines sozialen Abstiegs. Zeitweilig sei er auch irritiert, reizbar und wütend angesichts seiner Unfähigkeit, sich den Anforderungen des alltäglichen Lebens zu stellen. Suizidale Ideen seien ebenfalls zeitweise vorhanden . Vor diesem Hintergrund sei der Beschwerdeführer aktuell nicht arbeitsfähig. Ein vom Sozialdienst A. ___ vermitteltes Arbeitsintegrationsprogramm könne bei einem maximal 50%-Pensum fortgeführt werden (Urk. 14/15/2 f.). 3.2.2

Dipl. med. B. ___ , Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie sowie Neurologie, vom RAD hielt in seiner Stellungnahme vom 21. Mai 2015 fest, dass die aktuelle depressive Episode durch die psychosozialen Faktoren ausgelöst worden sei und von diesen weiter unterhalten werde. Eine Unterstützung bei der Integration erscheine sinnvoll. Mit dem schädlichen Gebrauch von Alkohol und Cannabis werde eher eine Selbstbehandlung der depressiven Symptome bezweckt. Falls Massnahmen durchgeführt werden sollen, sollte eine Abstinenz mittels Haaranalyse nach sechs Monaten nachgewiesen werden. Falls es gelinge, dem Versicherten eine neue Perspektive zu eröffnen, sei wieder eine volle Arbeitsfähigkeit zu erwarten (Urk. 14/19/3).

Ausgehend von dieser Beurteilung wies die IV-Stelle das Leistungsbegehren des Versicherten mit Verfügung vom 13. Juli 2015 ab. Die gesundheitlichen Beschwerden seien auf die psychosozialen Faktoren zurückzuführen, weshalb kein invalidisierender Gesundheitsschaden vorliege. In Bezug auf die Suchtproblematik sei ein Aufenthalt in einer spezialisierten Institution angezeigt. Vor einer allfälligen Neuanschließung müsse die entsprechende Massnahme umgesetzt werden (Urk. 14/23). 4. 4.1

Um eine Verschlechterung seines Gesundheitszustandes glaubhaft zu machen, stützte sich der Beschwerdeführer im Rahmen seiner Neuanschließung vom 31. Mai 2017 (Urk. 14/43) in erster Linie auf den Bericht von Dr. Y. ___ vom 1. März 2017 (Urk. 14/42). Dieser führte im Wesentlichen aus, dass der Versicherte seit Beginn der psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung Ende 2012 ununterbrochen zu 100 % arbeitsunfähig gewesen sei. Die mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F32.10) persistiere hartnäckig. Gleichzeitig bestehe eine psychische - und Verhaltensstörung durch Alkohol und Cannabinoide mit Abhängigkeitssyndrom und gegenwärtigem Substanzgebrauch (ICD-10 F12.24).

Da durch die fortgesetzte Behandlung mit Gesprächspsychotherapie und antidepressiver Pharmakotherapie keine sichtbaren Fortschritte hätten erzielt werden können, sei der Versicherte im Sanatorium C. ___ vom 4. bis 29. Juni 2015 stationär behandelt worden. Vom 2. September 2015 bis 15. Juni 2016 sei zudem eine teilstationäre

Behandlung in der D. ___ erfolgt. Diese Massnahmen hätten insgesamt eine Besserung in Bezug auf den Alkohol- und Cannabiskonsum gebracht, der nicht mehr täglich und meist nur noch abends erfolgt. Das fortgesetzte Suchtverhalten müsse als Versuch des Versicherten gewertet werden, seine darunterliegende psychische Problematik - die rezidivierenden mindestens mittelgradigen depressiven Episoden - zu behandeln. Aus heutiger Sicht sei nach vier Jahren ambulanter, stationärer und tagesklinischer Behandlung keine entscheidende Wende in Sicht und die Prognose entsprechend schlecht. 4.2

In ihrer Stellungnahme vom 16. Juni 2017 gelangte RAD-Ärztin Dr. med. E. ___ , Fachärztin für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, zum Schluss, der Bericht von Dr. Y. ___ vom 1. März 2017 weise keine wesentlichen neuen Sachverhalte aus, weshalb an der Einschätzung des RAD vom 21. Mai 2015 festgehalten werden könne (Urk. 14/45/2).

Gestützt auf diese Beurteilung trat die Beschwerdegegnerin in der angefochtenen Verfügung vom 25. September 2017 (Urk. 2) auf das Leistungsbegehren nicht ein.

E. 5

.5

Zusammenfassend hat der Beschwerdeführer keine anspruchsbeeinflussende Verschlechterung seines Gesundheitszustandes glaubhaft gemacht, weshalb die Beschwerdegegnerin zu Recht nicht auf das Leistungsbegehren vom 31. Mai 2017 eingetreten ist. In Bestätigung der angefochtenen Verfügung vom 25. September 2017 (Urk. 2) ist die dagegen erhobene Beschwerde somit abzuweisen.

E. 5.1

Der Versicherte vertritt den Standpunkt, er habe glaubhaft dargelegt, dass sich sein Gesundheitszustand im massgebenden Zeitraum

wesentlich verschlechtert habe. Soweit er in diesem Kontext geltend macht, die depressive Symptomatik habe sich chronifiziert, ist ihm grundsätzlich beizupflichten, dass eine anspruchserhebliche Änderung auch gegeben sein kann, wenn sich ein Leiden - bei gleicher Diagnose wie im konkreten Fall - in seiner Intensität und in seinen Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit verändert hat, wie dies etwa bei einer Chronifizierung einer psychischen Störung zutreffen kann (Urteil des Bundesgerichts 9C_683/2016 vom 30. März 2017 E. 4.1.1 mit Hinweis). Der Beschwerdeführer lässt allerdings ausser

Acht, dass er bereits seit Dezember 2012 an einer mittelgradigen depressiven Symptomatik leidet, wobei von den behandelnden Fachpersonen damals wie heute eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit attestiert wurde (vgl. Urk. 14/15/3, 14/42/1). Im Zeitpunkt der rentenabweisenden Verfügung vom 13. Juli 2015 war somit auch in Anbetracht der vom Versicherten angeführten psychiatrischen Fachliteratur (vgl. Urk. 1 S. 6 Rz

18) bereits eine Chronifizierung der depressiven Störung eingetreten.

Insofern liegt demnach keine erhebliche Verschlechterung des psychischen Gesundheitszustandes vor.

E. 5.2

Daran vermag nichts zu ändern, dass es sich bei der depressiven Erkrankung nun im Unterschied zur Beurteilung im Jahr 2015 um einen von psychosozialen Faktoren verselbständigten Gesundheitsschaden handeln soll (vgl. Urk. 1 S. 8 f.). Diese Behauptung des Versicherten findet zum einen keine Stütze in den bis zum Abschluss des Verwaltungsverfahrens vorgelegten medizinischen Unterlagen (vgl. Urk. 14/42), welche für die richterliche Beurteilung grundsätzlich massgebend sind (vgl. BGE 121 V 362 E. 1b, 99 V 98 E. 4).

Soweit der im Beschwerdeverfahren eingereichte Bericht der Dres. Y.____ und Z.____ vom 8. November 2017 (Urk. 11) vor diesem Hintergrund somit überhaupt zu berücksichtigen ist, geht auch aus diesem nicht ausdrücklich hervor, dass psychosoziale Belastungsfaktoren aktuell nicht mehr von Bedeutung sind. Davon abgesehen ist dies im Ergebnis ohnehin nicht von Relevanz, da

keine Veränderung des Schweregrades der depressiven Störung glaubhaft gemacht wurde (vgl. E. 5.1 vorstehend).

In diesem Kontext ist der Vollständigkeit halber anzumerken, dass sich die von Dr. Y.____ und Dr. Z.____ im November 2017 diagnostizierte schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome mangels objektiver Befunde ebenso wenig nachvollziehen lässt, wie die ebenfalls gestellte Diagnose einer nicht näher bezeichneten Persönlichkeitsstörung. Eine Verschlechterung der depressiven Symptomatik erscheint denn auch in Anbetracht der Gegebenheit, dass der Versicherte in der Regel nur mehr alle zwei Wochen eine psychotherapeutische Sitzung wahrnimmt - 2015 waren es noch wöchentliche Therapiesitzungen (vgl. Urk. 14/15/2) - nicht schlüssig.

E. 6

.2

Mit Verfügung vom 8. Dezember 2017 (Urk. 15) wurde dem Beschwerdeführer Rechtsanwältin Stephanie C. Elms als unentgeltliche Rechtsvertreterin bestellt. Da diese von der Möglichkeit, eine Honorarnote einzureichen, keinen Gebrauch gemacht hat, ist die

Entschädigung ermessensweise ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache und der Schwierigkeit des Prozesses festzulegen (vgl. § 34 Abs. 3 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht [GSVGer]). Unter Berücksichtigung der genannten Kriterien erweist sich eine Entschädigung von gesamthaft Fr. 1'700.-- (inkl. Barauslagen und Mehrwertsteuer) als angemessen.

Der Beschwerdeführer ist abschliessend auf § 16 Abs. 4 GSVGer hinzuweisen, wonach er zur Nachzahlung der Gerichtskosten und der Entschädigung an die unentgeltliche Rechtsvertreterin verpflichtet ist, sobald er dazu in der Lage ist. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde

wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 600.-- werden dem Beschwerdeführer

aufgelegt, zufolge Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung jedoch einstweilen auf die Gerichtskasse genommen. Der Beschwerdeführer wird

auf die Nachzahlungspflicht gemäss § 16 Abs. 4 GSVGer hingewiesen. 3.

Die unentgeltliche Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers, Rechtsanwältin Stephanie C. Elms, Zug,

wird mit Fr. 1'700.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) aus der Gerichtskasse entschädigt. Der Beschwerdeführer wird

auf die Nachzahlungspflicht gemäss § 16 Abs. 4 GSVGer hingewiesen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwältin Stephanie C. Elms - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - Bundesamt für Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse 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 Die Vorsitzende Der Gerichtsschreiber Grünig Würsch

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