

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2018.00542 vom 17. September 2019

ZH Sozialversicherungsgericht, 2019-09-17, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2018.00542

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2018.00542 du 17 septembre 2019

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2018.00542 del 17 settembre 2019

Erwägungen

E. 1.1

Der 1968 geborene X.____ meldete sich nach einem am 4. März 2005 erlittenen Auffahrunfall (Urk. 6/20) am 20. Januar 2006 (Eingangsdatum) unter anderem wegen einer Halswirbelsäulen-Distorsion, Kopfweh, Nackenschmerzen sowie eines Schulter- und Rückenleidens bei der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, zum Bezug von Leistungen an (Urk. 6/7). Die Schweizerische Unfallversicherungsanstalt (Suva) als zuständige Unfallversicherung erbrachte ihrerseits zunächst die gesetzlichen Leistungen, stellte dann aber mit Verfügung vom 26. Juni 2006 ihre Versicherungsleistungen infolge fehlender Leistungspflicht per 31. Juli 2006 ein (Urk. 6/26 /4-6).

Die IV-Stelle sprach dem Versicherten nach medizinischen und erwerblichen Abklärungen rückwirkend ab 1. März 2006 eine unbefristete Dreiviertelsrente der Invalidenversicherung bei einem Invaliditätsgrad von 60 % zu (Verfügung vom 4. April 2008, Urk. 6/74; Verfügungsteil 2, Urk. 6/68). Diese Verfügung erwuchs unangefochten in Rechtskraft.

E. 1.2

Anlässlich der Ende des Jahres 2008 eingeleiteten Rentenrevision (Revisionsfragebogen vom 15. Dezember 2008, Urk.

E. 1.3

Anlässlich der im Jahr 2013 von Amtes wegen eingeleiteten Rentenrevision holte die IV-Stelle einen kurzen Revisionsfragebogen des Versicherten sowie des behandelnden Allgemeinmediziners ein (Urk.

E. 1.4

Am 9. November 2017 (Eingangsdatum) meldete sich der Versicherte erneut bei der IV-Stelle zum Leistungsbezug an (Urk. 6/232). Nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren (Vorbescheid vom 25. Januar 2018, Urk. 6/241; Einwand vom 13. Februar 2018, Urk. 6/245; ergänzende Einwandbegründung vom 22. März 2018, Urk. 6/248) verfügte die IV-Stelle am 14. Mai 2018, dass auf das Leistungsbegehren nicht eingetreten werde (Urk. 2). 2.

Hiergegen erhob der Versicherte am 15. Juni 2018 Beschwerde und beantragte, es sei die Verfügung vom 14. Mai 2018 aufzuheben, auf das Leistungsbegehren einzutreten und es seien ihm die gesetzlichen Leistungen zu erbringen (Urk. 1). Mit Beschwerdeantwort vom 3. August 2018 (Urk. 5 unter Beilage ihrer Akten, Urk. 6/1-253) schloss die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde, was dem Beschwerdeführer am 6. August 2018 zur Kenntnis gebracht wurde (Urk. 7). 3.

Auf die Vorbringen der Parteien und die eingereichten Unterlagen wird, soweit erforderlich, im Rahmen der nachfolgenden Erwägungen eingegangen. Das Gericht zieht in Erwägung:
1.

Die Beschwerdegegnerin hielt in der angefochtenen Verfügung dafür, dass sie keine wesentlichen Veränderungen der beruflichen oder medizinischen Situation habe feststellen können. Daran ändere auch der Bericht von Dr. med. Z.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 19. Februar 2018 nichts (Urk. 2), der keinen ausführlichen psychopathologischen Befund erhoben und unkommentiert die Aussagen des Beschwerdeführers übernommen habe.

Der Beschwerdeführer machte demgegenüber geltend, dass er sich seit dem 21. November 2015 einer psychotherapeutischen Behandlung bei Dr. Z.____ unterziehe, welcher 1) eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mit teils gradiger Episode mit somatischem Syndrom (ICD-10 F33.11), 2) eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41) sowie 3) eine somatoforme autonome Funktionsstörung (ICD-10 F45.32) diagnostiziert. Eine rezidivierende depressive Störung sei im Gutachten des Y.____ nicht festgehalten worden, vielmehr hätten die Gutachter konstatiert, dass keine Hinweise auf eine eindeutige depressive Problematik habe gefunden werden können und er in keiner psychotherapeutischen Behandlung stehe. Damit sei eine Veränderung glaubhaft gemacht und es sei auf das Leistungsbegehren einzutreten (Urk. 1).
2.

2.1

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.

Ergibt die Prüfung durch die Verwaltung, dass die Vorbringen der versicherten Person nicht glaubhaft sind, so erledigt sie das Gesuch ohne weitere Abklärungen durch Nichteintreten. 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 des Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (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).
2.2

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. 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; vgl. auch BGE 130 V 64 E. 5.2, 130 V 71 E. 2.2). 3.

3.1

Der Verfügung vom 26. November 2015 sowie dem Urteil des hiesigen Gerichts vom 28. Februar 2017 lag in medizinischer Hinsicht das Y.____-Gutachten vom 15. Mai 2014 zugrunde. 3.1.1

Die begutachtenden Ärzte hielten zusammenfassend folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit fest (Urk. 6/190/56): - Chronische Cervikalgie mit Verdacht auf cervikogene Kopfschmerzen - Status nach

cranio-cervikalem Beschleunigungstrauma am 4. März 2005 (ICD-10: M54.2) - Kombinierte pantonale Schwerhörigkeit rechts (ICD-10 H90.8) bei - Status nach

Mastoido-Epitympanektomie rechts am 31. Mai 2002 bei chronischer Otitis media cholesteatomatosa rechts - Tinnitus rechts (ICD-10 H93.1) - aktuell mittelgradig kompensiert - Hochtonschallempfindungsschwerhörigkeit links (ICD-10 H90.5)

Ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit notierten sie folgende Diagnosen: - Hyposmie (ICD-10 R43.0) - Anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4) - Status nach depressiver Episode - Femoro-patelläre Irritation beidseits - Coccygodynie

- Spreizfüsse 3.1.2

Dr. med. A.____, Facharzt für Ohren-, Nasen-, und Halskrankheiten, hielt fest, dass im Rahmen der otoneurologischen Befunde, mit kombinierter pantonaler Schwerhörigkeit rechts und leichtgradiger Hochtonschwerhörigkeit links sowie mittelgradig kompensiertem Tinnitus rechts, zurzeit auditive Einschränkungen bestünden, so dass Tätigkeiten, welche ein intaktes Gehör oder Richtungshören voraussetzen, für den Beschwerdeführer nicht geeignet seien. Zusätzlich sollten in Anbetracht des Tinnitus Tätigkeiten unter erhöhtem Störgeräusch, mit möglicher Akzentuierung des Tinnitus, gemieden werden. Zusammenfassend bestehe aber aus rein otorhinolaryngologischer Sicht in einer angepassten Tätigkeit, unter Berücksichtigung der oben erwähnten qualitativen Einschränkungen, keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Im Rahmen der anamnestischen Angaben sowie der schriftlichen Unterlagen könne der Zeitpunkt des Auftretens der audiologischen Beschwerdesymptomatik auf das Jahr 2002 bei Zustand nach Mastoido-Epitympanektomie rechts

zurückgeführt werden, so dass auch der Beginn dieser vorgängig erwähnten qualitativen Einschränkungen auf diesen Zeitraum zurückgeführt werden könne, auch wenn anamnestisch die Beschwerdesymptomatik seitens des Tinnitus erst im Jahre 2005 aufgetreten sei (Urk. 6/190/31). 3.1.3

Dr. med. B.____, Facharzt für Rheumatologie, konstatierte nach der rheumatologischen Begutachtung, dass aus rheumatologischer Sicht weiterhin keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit bestehe, entsprechend sei der Beschwerdeführer auch aus psychiatrischen Gründen teilberentet. Weder aufgrund von klinischen

Untersuchungsbefunden noch aufgrund von Angaben in der Aktenlage sei eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit begründbar, d.h. aus rein rheumatologischer Sicht bestehe nicht nur eine Arbeitsfähigkeit für eine körperlich leichte und bezüglich der Halswirbelsäule adaptierte Tätigkeit, sondern es könnten keine Einschränkungen weder qualitativ noch quantitativ genannt werden. Bei dieser Beurteilung würden insbesondere auch die beobachteten Spontanbewegungen mitberücksichtigt, und sie beziehe sich rein auf den rheumatologischen Fachbereich. Abgesehen von einer kurzen Phase nach dem Unfall (Größenordnung wenige Monate), könne auch retrospektiv aus rheumatologischer Sicht keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit begründet werden (Urk.

E. 6

00.-- 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. 600.-- werden dem Beschwerdeführer auferlegt.

Rechnung und Einzahlungsschein werden dem

Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Fortuna Rechtsschutz-Versicherungs-Gesellschaft AG - 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 Der Vorsitzende Die Gerichtsschreiberin HurstCasanova

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