

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2018.01000 vom 1. Juni 2019

ZH Sozialversicherungsgericht, 2019-06-01, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2018.01000

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2018.01000 du 1 juin 2019

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2018.01000 del 1 giugno 2019

Erwägungen

E. 1.1

Eine Rentenrevision im Sinne von Art. 17 Abs. 1 des Bundesgesetz es über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) setzt eine Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen voraus, die sich auf den Anspruch als solchen oder den Umfang auswirken kann und Anlass gibt, den Invaliditätsgrad neu zu ermitteln. Für eine Rentenanpassung genügt daher nicht «irgendeine» Änderung im Sachverhalt

(vgl. BGE 141 V 9 E. 2.3 und E. 5.2 mit Hinweis; vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_844/2016 vom 2. März 2017 E. 6.2 mit Hinweisen).

E. 1.2

Zeitlicher Referenzpunkt für die Prüfung einer anspruchserheblichen Änderung bildet die letzte (der versicherten Person eröffnete) rechtskräftige Verfügung, welche auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Durchführung eines Einkommensvergleichs (bei Anhaltspunkten für eine Änderung in den erwerblichen Auswirkungen des Gesundheitszustands) beruht; vorbehalten bleibt die Rechtsprechung zur Wiedererwägung und zur prozessualen Revision (BGE 133 V 108 E. 5.4). Da bei braucht es sich nicht um eine formelle Verfügung (Art. 49 ATSG) zu handeln. Ändert sich nach durchgeführter Rentenrevision als Ergebnis einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs nichts und eröffnet die IV-Stelle deswegen das Revisionsergebnis gestützt auf Art. 74 ter

lit. f der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV) auf dem Weg der blossen Mitteilung (Art. 51 ATSG), ist im darauffolgenden Revisionsverfahren zeitlich zu vergleichender Ausgangssachverhalt derjenige, welcher der Mitteilung zugrunde lag (Urteil des Bundesgerichts 9C_599/2016 vom 29. März 2017 E. 3.1.2 unter Hinweis auf 8C_441/2012 vom 25. Juli 2013 E. 3.1.2).

E. 1.3

Zur Frage des Bedeutungsgehalts des Art. 87 Abs. 2 und 3 IVV hat das Bundesgericht in BGE 130 V 64 E. 5.2.5 festgehalten, dass die versicherte Person mit dem Revisionsgesuch die massgebliche Tatsachenänderung glaubhaft machen muss, ihr mithin ausnahmsweise eine Beweisführungslast zukommt. 2.

E. 2

S.

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin begründete das am 24. September 2018 (Urk. 2) verfügte Nichteintreten damit, dass eine wesentliche Veränderung der beruflichen oder medizinischen Situation nicht festgestellt werden können. Der Beschwerdeführer habe nicht glaubhaft darlegen können, dass sich die Verhältnisse seit der letzten Verfügung wesentlich verändert hätten. Gemäss telefonischer Besprechung am 3. August 2018 habe der Beschwerdeführer angegeben, ihr einen schriftlichen Einwand zukommen zu lassen. Dies sei nicht geschehen.

E. 2.2

Der Beschwerdeführer stellte sich in seiner Beschwerde vom 16.

Oktober 2018 (Urk. 2) auf den Standpunkt (Urk. 1), er habe der Beschwerdegegnerin nach dem Telefonat im August 2018 einen Brief geschrieben mit allen Angaben über die ihn behandelnden Ärzte. Die Beschwerdegegnerin habe es aber unterlassen, die vorhandenen ärztlichen Berichte einzufordern.

E. 2.3

Strittig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin zu Recht nicht auf das Revisionsgesuch des Beschwerdeführers

eingetreten ist und in diesem Zusammenhang insbesondere, ob der Beschwerdeführer eine rentenrelevante Veränderung der tatsächlichen Verhältnisse glaubhaft gemacht hat.

Vergleichszeitpunkt bildet die Mitteilung vom 24. Januar 2014 (Urk. 7/133), mit welcher die Beschwerdegegnerin den weiterhin bestehenden Anspruch auf eine halbe Invalidenrente bestätigte (vgl. E. 1.2) . 3. 3.1

Die Beschwerdegegnerin stützte sich in ihrer Mitteilung vom 24.

Januar 2014 (Urk. 7/133) in erster Linie auf das polydisziplinäre - internistische, orthopädische, neurologische, psychiatrische - Gutachten des Zentrums für Medizinische Begutachtung, Medizinische Abklärungsstelle der Eidgenössischen Invalidenversicherung (MEDAS), B.____, vom 17. Dezember 2013 ab (Urk. 7/129). Darin stellten die Gutachter beim Beschwerdeführer folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 29 f.): - Chronisches panvertebrales Schmerzsyndrom bei idiopathischer thorakolumbaler Skoliose - nach Spondylodese Th8-L1 (November 1987) - nach Skolioserevision

von ventral und dorsal mit partieller Metallentfernung und anschliessender Instrumentation Th4-L4 (August 2000) - Zeichen einer corticospinalen Läsion geringer Ausprägung an beiden unteren Extremitäten mit Linksbetonung (postinterventionell ?) - Idiopathische thorakolumbale Skoliose - Tendomyotisches Syndrom im Schulter-/Nackebereich rechts mehr als links - Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte bis mittelschwere Episode

Daneben nannten sie folgende Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 31): - Dyspepsie vom Refluxtyp - Diskrete chronische Bronchitis im Rahmen eines langjährigen Nikotinabusus - Adipositas (BMI 30,5) - Grosse, im linken oberen Hemiabdomen lokalisierte Bauchwandhernie bei: - Status nach linksthorakal abdominaler Inzision bei Status nach Skolioserevision Th4 bis L5 (28. April 2000) - Störungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum sonstiger psychotroper Substanzen (Cannabis, Codein, Opioide, Analgetika und Nikotin) - Probleme in Verbindung mit der sozialen Umgebung, Anpassungsproblem bei Veränderungen der Lebensumstände (atypische

familiäre Situation, alleinlebend) - Schwierigkeiten bei der kulturellen Eingewöhnung - Kleine Syringomyelie C5-C7 ohne klinische Manifestation - Migräniforme vasomotorische Kopfschmerzen mit Spannungskomponente

Die MEDAS -Gutachter führten aus, die letzte ausgeübte Tätigkeit in der freien Wirtschaft des Beschwerdeführers sei diejenige eines Railbar -Stewards gewesen. Aufgrund seiner Limitationen

sei die Einschränkung

der Arbeitsfähigkeit in dieser Tätigkeit nicht mehr gegeben (S. 32 Ziff. 10) .

In adaptierten Tätigkeiten bestehe eine gewisse Schmerzrestsymptomatik, die organisch erklärt werden könne, sowie eine depressive Symptomatik, die aber weitgehend auch mit den belastenden sozialen Umständen begründet werden könne. Aufgrund der chronischen Schmerzsymptomatik und der depressiven Symptomatik sei der Beschwerdeführer auch in adaptierten Tätigkeiten zu 50 % in seiner Arbeitsfähigkeit eingeschränkt (S. 33 Ziff. 11).
3.2

Dr. med. C.____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie FMH, vom Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD) führte in seiner Stellungnahme vom 13. Januar 2014 (Urk. 7/132 S.

4) aus, es werde empfohlen auf das MEDAS -Gutachten abzustellen. Gestützt darauf sei von einer 0%igen Arbeitsfähigkeit in zuletzt ausgeübter und von einer 50%igen Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit auszugehen. Das Belastungsprofil sehe so aus, dass wechselbelastende leichte bis mittelschwere Tätigkeiten ohne übermässigen Zeit- und Termindruck zumutbar seien. 3.3

Gestützt auf diese Aktenlage ging die Beschwerdegegnerin von einer Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers von 50 % in angepasster Tätigkeit aus. Im Einkommensvergleich stellte sie sowohl für das Validen- als auch für das Invaliden ein kommen auf die Tabelle TA1 des Bundesamtes für Statistik über die Schweizerische Lohnstrukturerhebung (LSE; Totalwert für Männer, Hilfsarbeiten [Zentralwert]) ab, sodass ein Invaliditätsgrad von 50 % resultierte und weiterhin ein Anspruch auf eine halbe Invalidenrente bestand (vgl. Urk. 7/131, Urk. 7/132 S. 4 f.). Dies teilte sie dem Beschwerdeführer am 24. Januar 2014 mit

(Urk. 7/133). 4.

E. 4

, Urk. 7/7). Am 14. März 2001 meldete er sich bei der Invalidenversicherung unter Hinweis auf eine Skoliose zum Leistungsbezug an (Urk.

E. 4.1

Im Rahmen

der vorliegend zu beurteilenden Glaubhaftmachung einer gesundheitlichen Verschlechterung wurden der Beschwerdegegnerin

folgende medizinische Unterlagen durch Dr. A.____ eingereicht (vgl. Urk. 7/136) :

E. 4.2

Oberarzt Wirbelsäulenchirurgie Dr. med. D.____

von der E. ___ nannte in seinem Sprechstundenbericht vom 18. April 2018 (Urk. 7/135/1-2) folgende Diagnosen : - Persistierende paravertebrale Schmerzen mit/bei: - Dorsalverlagerung des C7-Lotes - Status nach Skolioserevision von ventral und dorsal, mit Instrumentation Th4-L4 von ventral August 2000 - Status nach ausgeprägter idiopathischer Skoliose thorakal Th7-L2 linkskonvex 80°, mit zunehmender Lotdekompensation und chronischen lumbalen Schmerzen - Status nach CD- Spondylodese Th8 -L 1 (November 1987, im Hause) - Kleine Syringomyelie C5-C7 - Narbenbruch linkes Abdomen

Dazu führte Dr. D. ___ aus, im Befund fänden sich keine neuen Aspekte.

Die aktuell durchgeführte MRI-Untersuchung der Halswirbelsäule (HWS) ergebe keinen Hinweis für eine relevante spinale Impulsleitstörung bei vorbestehender Zentralkanalverengung/ Syringomyelie von Segmentunterkante 4 bis C6 reichend. Es ergebe sich kein Hinweis für foraminale Engen.

Im Vergleich zu den Voraufnahmen vom März 2017 zeige sich ein stationärer Befund mit kleiner Syringohydromyelie C5-C 7. Es bestehe kein Hinweis auf eine Neurokompression im Bereich der HWS.

E. 4.3

Institutsdirektorin Prof. Dr. med. F. ___ , Oberarzt i.V. G. ___ , Assistenzärztin prakt. med.

H. ___ und Assistenzarzt prakt. med. I. ___

vom J. ___ des K. ___

nannten in ihrem

Austrittsbericht vom

E. 4.4

Oberarzt Dr. med. L. ___ vom M. ___ des K. ___ hielt in seinem Biopsie-Bericht vom 15. Mai 2018 (Urk. 7/135/7-8) über den endoskopischen Befund fest, dass eine Antrumgastritis und eine ausgefranste

Z-Linie mit narbiger Einziehung habe festgestellt werden können. Es bestehe zudem der Verdacht auf eine Glykogenakanthose

ösophageal . 5. 5.1

Vorwegzuschicken ist, dass sich die Ärzte in den eingereichten Berichten weder zur Arbeitsfähigkeit noch zu funktionellen Einschränkungen äusserten (vgl. E. 4.2-4). Es ist daher allein anhand der erhobenen Befunde zu eruieren, ob eine wesentliche Veränderung des Gesundheitszustandes glaubhaft dargelegt worden ist.

Entscheidend dabei sind allfällige zusätzliche funktionelle Einschränkungen mit Auswirkung auf die Erwerbsfähigkeit. 5.2

Betreffend das chronische paravertebrale Schmerzsyndrom fanden sich im Befund von Dr. D. ___ keine neuen Aspekte. Das HWS-MRI hat keinen Hinweis für eine relevante spinale Impulsleitstörung oder foraminale Engen ergeben. Der Befund bezüglich der kleinen Syringohydromyelie C5-C7 zeigte sich stationär. Anhaltspunkte für eine Neurokompression im Bereich der HWS bestehen keine (vgl. E. 4.2). Neue zusätzliche funktionelle Einschränkungen mit Auswirkung auf die Erwerbsfähigkeit wurden keine beschrieben und sind somit nicht glaubhaft dargestellt.

Was die Oberbauchschmerzen angeht, konnten die Ärzte des K.____ keine Anhaltspunkte für eine Cholestase, Cholelithiasis oder Cholezystitis finden und die Laborparameter waren unauffällig. Sie entliessen den notfallmässig vorstelligen gewordenen Beschwerdeführer denn auch unter adäquater Schmerztherapie wieder nach Hause (E. 4.3).

Die von Dr. L.____

(E. 4.4) festgestellte Antrumgastritis (Magenschleimhautentzündung) lässt sich in der Regel medikamentös behandeln und weist

– wenn überhaupt – auf keine dauerhaften funktionellen Einschränkungen hin (vgl. zur Antrumgastritis : <https://www.gastritisbehandlung.com/was-ist-eine-antrumgastritis/>

).

Auch der von Dr. L.____

geäusserte Verdacht auf eine

Glykogenakanthose (benigne, flache Läsionen mit Glykogen einlagerungen) verursacht in der Regel keine Symptome und bedarf keiner Therapie (vgl.

online Pschyrembel; Stichwort: Glykogenakanthose

[<https://www.pschyrembel.de/>

Glykogenakanthose /K0R07/ doc /]). Die ausgefranste Z-Linie (Grenze zwischen der Schleimhaut der Speiseröhre und der Schleimhaut des Magens) mit narbiger Einziehung führt ebenfalls zu keiner funktionellen Einschränkung.

Die von den Ärzten des K.____ festgestellte (E. 4.3) arterielle Hypertonie ist durch Umstellung der Lebensgewohnheiten sowie allenfalls medikamentöse Therapie behandelbar (vgl. Pschyrembel, Klinisches Wörterbuch, 25. 9. Aufl., S. 752 f.).

Der Narbenbruch des linken Abdomens

entspricht der Bauchwandhernie, welche bereits von den MEDAS-Gutachtern festgestellt wurde (vgl. E. 3.1 und E. 4.2).

Weiter legte die Beschwerdegegnerin die eingereichten Unterlagen dem RAD vor. Dr. med. N.____ äusserte sich als einzige medizinische Fachperson zur Frage, ob es zu einer wesentlichen gesundheitlichen Veränderung gekommen ist, und legte überzeugend dar, dass sich aus den eingereichten medizinischen Berichten keine objektiven Befunde oder funktionellen Einschränkungen ableiten liessen, die eine dauerhafte Verschlechterung des Gesundheitszustandes nachvollziehbar begründen könnten (Urk. 7/146 S. 2). 5.3

Was das Vorbringen des Beschwerdeführers angeht, er habe der Beschwerdegegnerin alle Angaben über die ihn behandelnden Ärzte gemacht und diese habe es unterlassen die vorhandenen ärztlichen Berichte einzufordern, ist darauf hin zu weisen, dass er für das Glaubhaftmachen eines Revisionsgrundes die Beweislast trägt (vgl. E. 1.3). Folglich wäre es an ihm gelegen, die dafür notwendigen Beweismittel (Arztberichte) der Beschwerdegegnerin vorzulegen. Anlässlich des Telefonates mit Frau O.____ von der Beschwerdegegnerin am 3. August 2018 wurde er zudem explizit darauf aufmerksam gemacht, dass er selber

einen Bericht von dem ihn behandelnden Dr. med. P.____ vom Q.____ einzureichen hat. Dies sicherte er denn auch zu, reichte einen solchen jedoch nie ein (vgl. Urk. 7/148). Darüber hinaus ist festzuhalten, dass es sich vorliegend bereits um das vierte vom Beschwerdeführer eingeleitete Revisionsverfahren (Ren tenerhöhungsgesuch) handelt und er den Verfahrensablauf respektive den Umstand, dass er einen Revisionsgrund glaubhaft machen muss, kennen muss. 5.4

Nach dem Gesagten vermochte der Beschwerdeführer mit den im Verwaltungsverfahren eingereichten Berichten (E. 4.2-4) keine rentenrelevante Veränderung der tatsächlichen Verhältnisse glaubhaft zu machen. Es ist daher nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin auf das Revisionsbegehren nicht eingetreten ist. Die Beschwerde ist in der Folge abzuweisen. 6.

Da es um die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig und sind die Gerichtskosten gemäss Art. 69 Abs. 1 bis IVG ermessensweise auf Fr. 500.-- festzusetzen. Ausgangsgemäss sind die Gerichtskosten dem 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 zu gestellt. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - X.____ - 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 dem 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 Der Gerichtsschreiber GräubMüller

E. 7

/ 133) mit,

es bestehe weiterhin ein Anspruch auf eine halbe Invalidenrente bei einem Invaliditätsgrad von neu

50 %.

E. 9

. Mai 2018 (Urk. 7/135/ 3 - 5) folgende Diagnosen (verkürzt wiedergegeben) : - Unklare Oberbauchschmerzen, Erstdiagnose 9. Mai 2018 - Arterielle Hypertonie - Aktuell nicht unter medikamentöser Behandlung

Dazu führten

die Ärzte des K.____ aus, der Beschwerdeführer sei , bei seit drei Wochen bestehenden rechtsseitigen Oberbauchschmerzen , auf dem Notfall vorstellig geworden. Bei blauen Laborparametern hätten sie eine sonographische

Abdomenuntersuchung (vgl. Urk. 7/135/6) durchgeführt , die keine Anhaltspunkte für eine Cholestase, Cholelithiasis oder

Cholezystitis gezeigt habe . Nach Rücksprache mit dem diensthabenden Gastroenterologen

hätten sie daher eine Gastroskopie zur weiteren Abklärung der unklaren Oberbauchbeschwerden geplant.

Der Beschwerdeführer habe unter adäquater Schmerztherapie

wieder nach Hause entlassen werden können .

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