

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2019.00106 vom 7. September 2019

ZH Sozialversicherungsgericht, 2019-09-07, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2019.00106

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2019.00106 du 7 septembre 2019

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2019.00106 del 7 settembre 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 Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG). Die Invalidität 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 allgemeinen 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 % 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.

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 ATSG vorzugehen (BGE 117 V 198 E. 3a, vgl. auch BGE 133 V 108 E. 5.2).

E. 1.4

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). 2.

Die Beschwerde richtet sich gegen den vorinstanzlichen Nichteintretensentscheid. Das Sozialversicherungsgericht hat daher zu prüfen, ob die Vorinstanz zu Recht auf die bei ihr eingereichte Neuanmeldung

nicht eingetreten ist. Dagegen kann auf den in der Beschwerde gestellten materiellen Antrag mangels eines Anfechtungsobjektes nicht eingetreten werden. Mit diesen hat sich das Gericht nicht zu befassen (BGE 121 V 157 E. 2b, 116 V 265 E. 2a, SVR 1997, UV Nr. 66 S. 225 E. 1a). Daran ändert nichts, dass sich der Beschwerdeführer auf den Standpunkt stellt, indem die Beschwerdegegnerin die eingereichten Arztberichte dem Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD) mit der Fragestellung vorgelegt habe, ob die medizinischen Unterlagen eine Veränderung des Gesundheitszustandes begründeten, habe sie sich nicht auf die Prüfung der Glaubhaftmachung beschränkt, sondern den medizinischen Sachverhalt beurteilt. Damit sei auf das Begehren materiell eingetreten worden und die angefochtene Verfügung sei unzutreffend titulierte und begründet (Urk. 1 S. 3).

Ohne inhaltliche Bezugnahme auf den bisherigen Gesundheitszustand und die neu eingereichten ärztlichen Unterlagen kann die für das Eintreten auf das neue Leistungsbegehren vorausgesetzte Glaubhaftmachung einer wesentlichen Veränderung nicht beurteilt werden. Somit kann das Vorgehen der Beschwerdegegnerin, namentlich die Einholung einer Stellungnahme des RAD (Urk. 6/138/2 f.), nicht beanstandet werden (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_844/2012 vom 5. Juni 2013 E. 2.1). Da sie zum Schluss gelangte eine solche Veränderung sei nicht glaubhaft gemacht worden, trat sie folgerichtig auf die Neuanmeldung nicht ein. Die Prüfung im Beschwerdeverfahren hat sich damit auf die Eintretensfrage zu beschränken. 3.

Zu prüfen ist, ob der Beschwerdeführer mit den bei der Beschwerdegegnerin neu eingereichten medizinischen Unterlagen (Urk. 6/136 und 6/137) eine wesentliche Veränderung der tatsächlichen Verhältnisse seit Erlass der gerichtlich bestätigten Verfügung vom

E. 6

). Mit Verfügung vom 16. Februar 2010 sprach sie dem Versicherten aufgrund einer Integritätseinbusse von 23,2 % (betreffend das linke Knie; vgl. Urk. 6/18/6-12) eine Integritätsentschädigung von Fr. 22'550.40 zu (Urk. 6/20).

E. 9

(Urk. 2 = 6 / 139) auf das Leistungsbegehren nicht ein. 2.

Gegen die Verfügung vom 4. Januar 2019 erhob der Versicherte, vertreten durch Rechtsanwalt Volker Pribnow, mit Eingabe vom 4. Februar 2019 (Urk. 1) Beschwerde. Er beantragte, die angefochtene Verfügung sei aufzuheben und die Beschwerdegegnerin sei zu verpflichten, auf die Neuanmeldung einzutreten beziehungsweise die Leistungsansprüche des Beschwerdeführers zu prüfen und ihm eine Rente der Invalidenversicherung zuzusprechen

(Urk. 1 S. 2). Die IV-Stelle schloss am 13. März

2019 auf Abweisung der Beschwerde (Urk. 5). Davon wurde dem Beschwerdeführer mit Verfügung vom 19. März 2019 Kenntnis gegeben (Urk. 7).

Auf die einzelnen Ausführungen in den Rechtsschriften wird, soweit erforderlich, in den Erwägungen eingegangen. Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 10

. April 2014, mit welcher ein Rentenanspruch verneint worden war (Urk. 6/111; vgl. auch Urk. 6/117 und 6/124), glaubhaft gemacht hat. Die Beschwerdegegnerin verneinte selbiges (Urk. 2 S. 2), während der Beschwerdeführer den Standpunkt vertritt, durch die eingereichten Arztberichte sei eine wesentliche Verschlechterung des Gesundheitszustandes dargetan (Urk. 1 S. 3 ff.). 4. 4.1

Die Verfügung vom 10. April 2014

beruhte

im Wesentlichen auf dem Gutachten der Y.____ vom 12. Juli 2013 (Urk. 6/86; vgl. Urk. 6/88, 6/103,

6/117 und 6/124).

Darin wurden folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gestellt: 1. Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10: F45.41) 2. Leichte depressive Episode (ICD-10: F32.0) - Verdacht auf Aggravation 3. Gonarthrose links (M 17.0) - Status nach offener medialer Menishektomie 1982 - Status nach arthroskopischer Teilmenishektomie 1997 4. Geringe mehrsegmentale HWS- Osteochondrose und Spondylophyten (M 42.12) 5. Beginnende Coxarthrose links > rechts (M 16.0) 6. Beginnende Gonarthrose rechts (M 17.0) 7. Inhomogene Knochenstruktur Achillessehne links (M 67.97) 8. Chronisch intermittierendes Lumbovertrebralsyndrom mit Spondylarthrose (M 53.86) 9. MCP II-Arthrose links.

Überdies wurden ein Diabetes mellitus und eine arterielle Hypertonie diagnostiziert, welchen keine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit zugemessen wurde (Urk. 6/86/25).

Die Gutachter hielten fest, die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Hilfsmechaniker sei seit Ende Februar 2008 nicht mehr zumutbar. In einer angepassten Tätigkeit, die dem Suva-Profil von Februar 2008 entspreche, bestehe eine 10%ige Leistungsminderung aufgrund der gering ausgeprägten psychischen Störung, Schmerzstörung (Urk. 6/86/28-29).

Der Suva-Kreisarzt Dr. med. A.____, Facharzt FMH für orthopädische Chirurgie, hatte den Versicherten im Februar 2008 als für wechselbelastende leichte Tätigkeiten, welche überwiegend im Sitzen geleistet werden, zu 100% arbeitsfähig beurteilt. Ein Aufstehen bis mehrmals in der Stunde mit Gehleistungen bis 30 m oder 50 m beurteilte Dr. A.____ nicht nur als zumutbar, sondern als günstig, und eine Zusatzbelastung beim Gehen bis 12 kg als

möglich. Nicht möglich seien alle Tätigkeiten in der Höhe mit der Gefahr eines Absturzes, insbesondere Arbeiten auf Leitern oder auf Gerüsten. Treppensteigen sei nur selten zumutbar, desgleichen Tätigkeiten, welche eine Flexion beider Kniegelenke verlangten, insbesondere längerdauerndes Knien (Urk. 6/18/111). Dr. A. ___ bestätigte das formulierte Zumutbarkeitsprofil am 18. November 2008 (Urk. 6/18/81). 4.2

Die IV-Stelle und die Gerichte verneinten in der Folge gestützt auf die als überzeugend beurteilten ärztlichen Darlegungen einen invaliditätsrelevanten psychischen Gesundheitsschaden, zumal im Gutachten der Y. ___ vom 12. Juli 2013 eine deutliche Tendenz zur Aggravation festgehalten worden sei, und ermittelten unter Berücksichtigung der physischen Beschwerden einen rentenausschliessenden Invaliditätsgrad (vgl. Urk. 6/111, 6/117 und 6/124). 5.5.1

Den nach der Neuanmeldung vom August 2018

eingereichten Unterlagen lässt sich entnehmen, dass der Versicherte am 1. April 2016 eine Totalexzision eines Basalzellkarzinoms vom nodulären Typ, infraorbital links, durchführen liess (Urk. 6/136/23). 5.2

Am

6. Dezember 2016 wurde am rechten Auge des Versicherten eine Venenastthrombose mit Maculaödem und ein deutlich reduzierter Visus von 0.16 diagnostiziert (Urk. 6/136/10 und 6/136/15-22). 5.3

Wegen linksseitiger Flankenschmerzen begab sich der Versicherte am

E. 15

September 2017 notfallmässig ins Spital B. ___ , wo eine Urolithiasis mit Nierenstau Grad II diagnostiziert wurde (Urk. 6/136/12). Am 25. Oktober 2017 unterzog sich der Versicherte einer retrograden Pyelographie, um ein Konkrement nach dem mutmasslich spontanen Abgang des Harnleitersteins auszuschliessen (Urk. 6/136/11). 5.4

Dr. med. C. ___ , Facharzt FMH für Orthopädische Chirurgie, untersuchte den Versicherten am 9. Dezember 2017 wegen unklarer OSG-Schmerzen links ohne Trauma-Vorgeschichte. Er erhob klinisch einen Bewegungsschmerz und eine Druckempfindlichkeit und radiologisch einen guten Befund. Aktuell vermutete er

keine wesentliche organische Pathologie. Der Versicherte sollte sich bewegen, dies sei eine der wichtigsten Massnahmen, die Selbständigkeit und Gehfähigkeit in einem vernünftigen Ausmass zu erhalten. Sehe er dem Versicherten heute zu, so bewege sich dieser wie ein alter gebrechlicher Mann, was nicht zum organischen Schaden passe (Urk. 6/136/25-26). 5.5

Dem Bericht der Klinik für Rheumatologie des D. ___ vom 31. Mai 2018 (Urk. 6/136/1-4) ist zu entnehmen, dass der Versicherte über Schmerzen im linken Knie, in der linken Hand und in der linken Schulter klagte (Urk. 6/136/2). Die letztgenannten Beschwerden liessen sich durch die – am 8.

Mai 2018 (vgl. Urk. 6/136/9)

– sonographisch festgestellte eindeutige Tendinopathie links mit Partialrupturen sowie eine chronische Bursitis gut erklären. Eine sonographisch-gesteuerte Infiltration der Bursa sei eine gute Therapieoption (Urk. 6/136/3).

Aufgrund der nachgewiesenen degenerativen Veränderungen im Bereich des Kniegelenkes sowie der Wirbelsäule sei eine Arbeitsunfähigkeit für schwere Tätigkeiten begründbar. Bei der Durchführung einer adäquaten medizinischen Behandlung inkl. Physiotherapie und Heimprogramm komme eine leichte bis mittelschwere Tätigkeit ohne Heben und Tragen schwerer Lasten sowie Verharren in Zwangshaltungen und längerer Überkopfarbeiten in Frage. Eine genaue Einschätzung der Arbeitsfähigkeit sei allerdings im Rahmen der routinemässigen rheumatologischen Konsultation nur schwer durchführbar und bedürfte einer erneuten Begutachtung. Gegebenenfalls könnte in diesem Rahmen auch eine EFL-Untersuchung sinnvoll sein (Urk. 6/136/3-4).

5.6

Der Hausarzt Dr. Z. ___ hielt am 13. November 2018 fest, er habe den Versicherten am 1. November 2018 untersucht und eine deutliche Verschlechterung des Gesundheitszustands festgestellt. Es sei eine Vielzahl von Diagnosen hinzugekommen. Aus medizinischer Sicht erscheine eine Arbeitsfähigkeit auch für körperlich leichte Arbeiten nicht mehr gegeben (Urk. 6/137/1-4). 6.6.1

In der Beschwerdeschrift wurde insoweit richtig erkannt, dass neu Schulterbeschwerden hinzugekommen sind, welche sich mit organischen Befunden, namentlich der sonographisch festgestellten Tendinopathie links mit Partialruptur im vorderen Drittel der Supraspinatussehne, einer AC-Gelenkarthrose und einer chronischen Bursitis erklären lassen (Urk. 1 S. 7; vgl. Urk. 6/86/52, 6/136/3 und 6/163/9). Weiter lässt sich dem Bericht der Rheumaklinik des D. ___ vom 31. Mai 2018 entnehmen, dass es sich um ein rein degeneratives und nicht um ein entzündlich rheumatisches Geschehen handelt. Als Massnahme schlugen die Ärzte eine Schmerzbehandlung, nicht aber eine operative Intervention vor. Sodann stehen die Schulterbeschwerden auch subjektiv nicht im Vordergrund. Abschliessend hielten die Ärzte fest, eine leichte bis mittelschwere Tätigkeit ohne das Heben und Tragen von schweren Lasten, ohne Verharren in Zwangshaltungen und ohne längere Überkopfarbeiten sei zumutbar. Zweifel an einer Reintegration in den Arbeitsprozess ergaben sich für sie nicht aufgrund des Leidens, sondern aufgrund der langen Absenz vom Arbeitsmarkt, aufgrund des Alters und aufgrund mangelnder beruflicher Qualifikationen. Dies aber sind invaliditätsfremde Aspekte (Urk. 6/136/3 f.).

Da für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen sind (Art. 7 Abs. 2 ATSG), ist wesentlich, wie sich das Schulterleiden auf die erwerbliche Leistungsfähigkeit auswirkt. Die Ärzte des D. ___ kamen zum Schluss, dass nach wie vor eine leichte bis mittelschwere Tätigkeit zumutbar sei. Dies geht über das bisher gültige Anforderungsprofil (leichte wechselbelastende und vorwiegend sitzende Tätigkeiten; vgl. vorstehende E. 4.1 f.) nicht hinaus. Auch mit Bezug auf die OSG-Arthrose ohne wesentliche Pathologie und die Venenasthrombose mit Maculaödem legen die ärztlichen Ausführungen in den eingereichten Berichten keine weitergehenden Auswirkungen auf die Arbeits- und Leistungsfähigkeit nahe. Im Gegenteil rieten die Ärzte zu mehr Bewegung und nicht zu weiterer Schonung (vgl. Urk. 6/136/15-22, Urk. 6/136/25-26).

Der Hausarzt Dr. Z.____ schloss seine Ausführungen zwar mit dem Hinweis, es liege eine deutliche Verschlechterung des Gesundheitszustandes vor, weswegen auch bezüglich einer leichten Tätigkeit keine Arbeitsfähigkeit mehr gegeben sei (Urk. 6/137/4), allerdings beruht diese Beurteilung nicht in erster Linie auf objektiven Befunden, sondern gibt die subjektive Einschätzung des Beschwerdeführers wieder (vgl. Urk. 6/137/1-3). Diese indessen vermag eine wesentliche Änderung nicht glaubhaft zu machen.

Eine wesentliche Verschlechterung ist nach dem Gesagten nicht glaubhaft gemacht worden. Es ist demnach nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin auf die Neuanmeldung nicht eingetreten ist. Die gegen diesen Entscheid erhobene Beschwerde ist unbegründet und demzufolge abzuweisen. 7.

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. 600.-- festzusetzen. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind die Kosten 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: - Rechtsanwalt Dr. Volker Pribnow - 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 Vorsitzende Die Gerichtsschreiberin FehrGohl Zschokke

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