

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2019.00281 vom 17. August 2020

ZH Sozialversicherungsgericht, 2020-08-17, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2019.00281

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2019.00281 du 17 août 2020

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2019.00281 del 17 agosto 2020

Erwägungen

E. 1.1

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 Neuanschuldung 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

Bundesgesetzes 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).

E. 1.2

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). 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 ausgeglichenen 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. 1.3

Anspruch auf eine Rente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 des

Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) Versicherte, die: a.

ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können; b.

während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art.

E. 2

Gegen die Verfügung vom 11. März 2019 erhob der Versicherte am 9. April 2019 Beschwerde und beantragte die Zusprache mindestens einer halben Rente der Invalidenversicherung. Eventualiter beantragte er eine Umschulung im Büro- oder Informatikbereich (Urk. 1). Seiner Beschwerde legte der Versicherte weitere medizinische Berichte bei (Urk. 3/2, Urk. 3/4-5). Mit Beschwerdeantwort vom 15. Mai 2019 schloss die IV-Stelle auf Abweisung der Beschwerde (Urk. 5) und reichte eine Stellungnahme des regionalen ärztlichen Dienstes (RAD) vom 14. Mai 2019 zu den Akten (Urk. 7). Mit Eingabe vom 10. Juni 2019 nahm der Beschwerdeführer – aufforderungsgemäss (Urk. 8) – dazu Stellung (Urk. 10). Die Beschwerdegegnerin verzichtete daraufhin auf die Erstattung einer Stellungnahme (Urk. 13), was dem Beschwerdeführer mit Verfügung vom 1. Juli 2019 angezeigt wurde (Urk. 14). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin führte in ihrem Entscheid aus, der Beschwerdeführer sei in seiner angestammten Tätigkeit als Paketbote zu 100 % arbeitsunfähig. Da in einer angepassten Tätigkeit (Tragebelastung von maximal 10 kg, Möglichkeit zur Wechselbelastung) aber eine Arbeitsfähigkeit von 100 % bestehe, ergebe sich ein Invaliditätsgrad von 1 % und damit kein Anspruch auf eine Invalidenrente (Urk. 2).

E. 2.2

Dagegen brachte der Beschwerdeführer vor, sein Gesundheitszustand habe sich weiter verschlechtert, da ein Medikament, welches er für seine Ursprungserkrankung habe einnehmen müssen, seine komplette Speiseröhre, den Magen, den Dünnsowie den Dickdarm entzündet habe. Zudem sei im Dünndarm ein Meckel-Divertikel entdeckt worden. Dadurch könne er die Rheumatabletten nicht mehr einnehmen und müsse einen Probelauf mit einem noch stärkeren Mittel durchlaufen, wobei unsicher sei, ob sein Körper dies vertrage. Bis zum heutigen Tag sei er von seinem Vertrauensarzt zu 100

% krankgeschrieben und sei nicht imstande, ein 100 %-Pensum als Logistiker oder Paketbote zu leisten (Urk. 1, Urk. 10).

E. 2.3

Streitig ist der Anspruch des Beschwerdeführers auf eine Invalidenrente. Dabei steht fest, dass die Beschwerdegegnerin auf die Neuanschuldung des Beschwerdeführers vom 18. April 2017 (Urk. 6/39) eingetreten ist. Letztmals materiell beurteilt wurde dessen Gesundheitszustand mit Verfügung vom 2. März

2012 (Urk. 6/25), mit welcher der Anspruch auf eine Invalidenrente verneint wurde. Zu prüfen ist somit, ob sich der massgebliche Sachverhalt zwischen der Verfügung vom 2. März 2012 und der angefochtenen Verfügung vom 11. März 2019 (Urk. 2) in für den Rentenanspruch erheblicher Weise geändert hat. 3. 3.1

Im Zeitpunkt der Verfügung vom 2. März 2012 präsentierte sich die medizinische Aktenlage im Wesentlichen wie folgt: 3.1.1

Im Bericht der Universitätsklinik A.____ vom 3. August 2011 wurde eine Spondylarthropathie diagnostiziert. Der Beschwerdeführer leide seit einem Jahr an schubweise auftretenden Kreuzschmerzen. In den letzten vier Wochen sei es zu einer deutlichen Beschwerdezunahme gekommen. Es handle sich um Dauerschmerzen mit Exazerbation in der zweiten Nachthälfte. Es bestehe eine Morgensteifigkeit von circa 1 Stunde. Die Beweglichkeit der HWS und der BWS sei allseits zu einem Drittel eingeschränkt. Die LWS-Flexion sei zu zwei Dritteln eingeschränkt. Es sei mit persistierenden Beschwerden zu rechnen. Es bestehe eine Medikation mit NSAR, im Zeitpunkt der letzten Konsultation hätte noch keine Medikation mit Biologica bestanden. Die Schmerzen am Bewegungsapparat und die Funktionseinschränkungen würden sich bei der Arbeit auswirken. Die bisherige Tätigkeit sei aus medizinischer Sicht auch unter Einsatz von Biologica nicht mehr zumutbar. Eine behinderungsangepasste Tätigkeit sei halbtags möglich. Unter Einsatz von Biologica sei von einer vollen Arbeitsfähigkeit für eine leichte körperliche Arbeit auszugehen. Die bisherige Tätigkeit sei auch unter Einsatz von Biologica nicht mehr zumutbar (Urk. 6/10). 3.1.2

Dr. med. B.____, Facharzt FMH für Innere Medizin, stellte in seinem Bericht vom 18. August 2011

die Diagnose einer Spondylarthropathie. Der Beschwerdeführer leide seit circa einem Jahr an schubweisen lumbalen Rückenschmerzen mit Zunahme in den letzten Wochen. Weiter habe er Rückenschmerzen mit Erwachen um drei oder vier Uhr morgens und auch Schmerzen beim Aufstehen. Er habe weniger Beschwerden tagsüber. Seit einem Monat bestünden allerdings lokale Schmerzen am rechten Beckenkamm und an der rechten Leiste. Er habe Beschwerden beim Heben von Lasten während der Arbeit. Sitzen und längeres Stehen seien ungünstig. Aktuell nehme der Beschwerdeführer Brufen 800 und Vitamin D3 Tropfen ein. Für die zukünftige Therapie werde eventuell ein TNF-Alpha Blocker empfohlen. In der zuletzt ausgeübten Tätigkeit bestehe eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % vom 23. Mai bis am 5. Juni 2011 und eine solche von 50 % vom 24. Juni 2011 bis auf weiteres. Wegen der dokumentierten lumbalen degenerativen und entzündlichen Veränderungen würden Schmerzen beim Tragen von Lasten bestehen. Eine angepasste Tätigkeit ohne Heben von Lasten über 10 kg sei zu 100 % möglich (Urk. 6/12/5-6) . 3.2

Im Rahmen der vorliegenden Neuanmeldung wurden insbesondere folgende Arztberichte aufgelegt: 3.2. 1

In seinem Bericht vom 13. August 2017 diagnostizierte Dr. med. C.____, Facharzt FMH für Rheumatologie und Allgemeine Innere Medizin, eine Spondylarthritis sowie ein lumbovertebrales-spondylogenes Schmerzsyndrom bei Degenerationen. Die bisherige Tätigkeit als Paketbote sei dem Beschwerdeführer auf Dauer nicht mehr zumutbar. Eine körperlich leichte Tätigkeit (Gewichte bis 10 kg) mit Wechselbelastungen sei zu 100 % zumutbar (Urk. 6/107/10). 3.2.2

Dr. C.____ wies in seinem Bericht vom 23. September 2018 auf eine Spondylarthritis mit Fehlform/-Fehlhaltung hin und diagnostizierte eine Spondylitis ankylosans. Für eine angepasste Tätigkeit (maximale Gewichte bis 10 kg selten, Möglichkeit der Wechselbelastung) bestehe ab dem 22. Januar 2018 eine 80%ige und ab dem 1. März 2018

eine volle Arbeitsfähigkeit. Für eine Tätigkeit als Paketbote bestehe auf Dauer eine volle Arbeitsunfähigkeit. Gegenwärtig würde eine Behandlung unter TNF-alpha-Hemmern durchgeführt, wodurch ein Rückgang der Entzündungsaktivität resultiere. Durch die Erkrankung respektive deren Folgen mit Einschränkungen der Beweglichkeit (insbesondere auch Rotation, Beteiligung der Facettengelenke) sowie der Wirbelsäulenfehlform und -fehlhaltung würden Einschränkungen bei gewissen Tätigkeiten wie Paketbote bestehen (Urk. 6/107/6-7). 3.2. 3

Aus dem Kurzaustrittsbericht des Spitals D.____ vom 7. Dezember 2018 geht her vor, dass der Beschwerdeführer aufgrund einer Hämatochezie notfallmässig stationär aufgenommen wurde. Während der initialen Überwachung auf der Notfallstation habe er synkopiert, die Ursache dafür sei am ehesten im Rahmen einer hämodynamisch relevanten gastrointestinalen Blutung gesehen worden. Im durchgeführten CT Abdomen habe sich ein hochgradiger Verdacht auf eine Meckel-Divertikulitis ohne Hinweis auf eine aktive Blutung gezeigt, so dass eine antibiotische Therapie mit Co-Amoxicillin begonnen und bei fehlenden Entzündungszeichen wieder gestoppt worden sei. Zur Suche der Blutungsquelle sei eine Gastro- und Koloskopie durchgeführt worden, welche Erosionen im Magen und Duodenum, eine Ileitis terminalis mit Ulzera sowie eine Prokto-Kolitis ohne aktive Blutungsquelle nahegelegt hätten. Die histologische Untersuchung der Magenbiopsie habe eine ausgeprägte chronisch mässig aktive Entzündung mit Nachweis von *Helicobacter pylori* ergeben, während die Untersuchung der Biopsien im Dünn- und Dickdarm die Genese eines Morbus Crohn oder einer Colitis ulcerosa als unwahrscheinlich, jedoch als Medikamenten-assoziierte Ileitis/Colitis im Rahmen der vorangehenden NSAR- und Etanercept-Einnahme habe erscheinen lassen. Aufgrund der unklaren Blutungsquelle sei in Rücksprache mit den Kollegen der Chirurgie auf eine operative Intervention verzichtet worden, so dass zur weiteren Diagnostik eine Szintigraphie erfolgt sei, welche ein morphologisches Korrelat einer Blutungsquelle im Coecum nicht bestätigen können. Infolge dessen sei eine Kapselendoskopie erfolgt, welche den hochgradigen Verdacht auf einen Meckeldivertikel bestätigt habe. Da durch die vorangehende Szintigraphie vom 26. November 2018 dieser Verdacht nicht bestätigt werden können, sei eine Meckeldivertikel-spezifische Szintigraphie durchgeführt worden, welche wiederum keine Hinweise hierfür gezeigt habe. Aufgrund der neu aufgetretenen Hypophosphatämie, welche am ehesten nutritiv bedingt sei, sei eine Substitutions-therapie begonnen worden. Zur Analgesie der Rückenschmerzen im Rahmen der Spondylarthropathie mit Sakroiliitis sei dem Beschwerdeführer Paracetamol sowie Novalgin verabreicht worden, worunter eine suffiziente Schmerzlinderung habe erreicht werden können. Die Einnahme jeglicher nichtsteroidaler Antirheumatika sei dem Beschwerdeführer strikt verboten worden. Die PPI-Therapie werde bis auf weiteres weitergeführt

(Urk. 3/2) . 3.2.4

Im Bericht der Sprechstunde Gastroenterologie und Hepatologie des Spitals D.____

vom 21. Februar 2019 wurden folgende Diagnosen gestellt (Urk. 3/4) : - Hochgradiger Verdacht auf Meckel-Divertikel - *Helicobacter pylori*-Gastritis - Spondylarthropathie mit Sakroiliitis Hinweise für eine Blutung würden anamnestisch aktuell nicht vorliegen. Im Labor habe sich keine Anämie mehr gezeigt ohne relevanten Eisenmangel. Da die rheumatischen Schmerzen aktuell ungenügend eingestellt seien, werde der Beschwerdeführer in Kombination mit Esomeprazol wieder einen Therapieversuch mit Ibuprofen 2 x 800 mg durchführen. Falls es im Verlauf zu einer erneuten Blutungsepisode komme, müsse eine

operative Versorgung des Mecke I -Divertikels ins Auge gefasst werden. Da der Beschwerdeführer wieder NSAR einnehmen werde, werde eine Dauer-PPI-Therapie empfohlen, solange NSAR eingenommen werde (Urk. 3/4). 3.2.5

Am 21. Februar 2019 wurde in der Universitätsklinik A.____

ein MR I des Beckens sowie ein MRI der LWS durchgeführt. Die deutlichen Knochen mark ödeme der Segmente L1/L2, L2/L3 und L4/L5 sprächen aktuell für eine Aktivität der Spondylarthritis in ähnlicher Ausprägung wie anlässlich der Voruntersuchung vom 5. April 2017 festgestellt. Es liege ein vollständig ankylosiertes ISG beidseits vor. Es sei keine ossäre Läsion des rechten Beckens abgrenzbar. Die Knochenläsion im linken Os ilium entspreche am ehesten einer kleinen Kortikalisinsel, es sei keine malignomsuspekten Knochenläsion des Beckens abgrenzbar (Urk. 3/5). 3.2.6

Med. pract. E.____, Fachärztin FMH für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, hielt in ihrer RAD-Stellungnahme vom 14. Mai 2019 fest, nach

der Behandlung vom 19. November bis am 7. Dezember 2018 aufgrund einer gastrointestinalen Blutung seien im weiteren Verlauf keine unerwünschten Ereignisse mehr eingetreten. Die Schmerztherapie mit Ibuprofen habe wiederaufgenommen werden können. Der Bericht der Universitätsklinik A.____ vom 21. Februar 2019 über ein MRI der LWS und des Beckens beschreibe eine gegenüber April 2017 ähnliche Aktivität der bekannten Spondylitis ankylosans

(Urk. 7). 3.2.7

Dr. C.____ hielt in seinem Bericht vom 29. Mai 2019 fest, NSAR sei nicht mehr eingesetzt worden, da diese nach Rücksprache mit Fachärzten der Gastroenterologie auch unter PPI-Einnahme eher kontraindiziert seien. Der Vergleich der MRI-Untersuchungen vom 21. Februar 2019 mit den Voraufnahmen vom April 2017 sei zwar geeignet, Hinweise über die bildgebend zur Darstellung kommende Entzündungsaktivität zu erhalten, vermöge aber keine Hinweise bezüglich den Schmerzen und den Einschränkungen auf der Funktions- und der Partizipationsebene

zu geben. Im Übrigen zeige die MRI-Untersuchung vom Februar 2019 auch nur Ausschnitte vom ISG und der LWS, wobei beim Beschwerdeführer auch eine Beteiligung der übrigen Wirbelsäule (HWS, BWS) wie auch Enthesitiden an peripheren Lokalisationen bestehen würden. Zusammenfassend bestehe beim Beschwerdeführer eine weiterhin entzündungsaktive Spondylitis ankylosans, bestätigt durch die nachvollziehbaren Schmerzen und durch die Bildgebung, ferner seien durch die jahrelange Entzündungsaktivität Haltungsschäden und Bewegungseinschränkungen feststellbar. Die Belastbarkeit sei dadurch eingeschränkt. Die Tätigkeit im Paketzustelldienst sei auf Dauer nicht zumutbar

(Urk. 11/1). 4.4.1

In Bezug auf das rheumatische Leiden

ist anhand einer Gegenüberstellung des medizinischen Sachverhaltes in den Vergleichszeitpunkten (E. 1.1, E. 2.3) keine wesentliche Veränderung festzustellen. So liegt nach wie vor eine entzündungsaktive Spondylarthropathie (Spondylitis ankylosans) vor. Den im Rahmen der Neuanschuldung aufgelegten Berichten von Dr. C.____ ist zu entnehmen, dass dieser den Beschwerdeführer

in einer angepassten Tätigkeit in der Zeitspanne vom 22. Januar bis am 1. März 2018
als zu 20 % eingeschränkt

erachtete. Daneben ging er durchwegs von einer vollumfänglichen Arbeitsfähigkeit in einer leidensangepassten Tätigkeit aus (E. 3.2.1-3.2.2; Urk. 6/110). Diese Einschätzung revidierte er sodann auch nicht in Kenntnis der beschwerdeweise eingereichten Berichte mitsamt dem MRI der LWS und des Beckens vom 21. Februar 2019 (vgl. E. 3.2.3-3.2.5), sondern wies ausschliesslich auf Einschränkungen in der bisherigen Tätigkeit hin (E. 3.2.7).

Im Kurzaustrittsbericht des Spitals D.____ vom 7. Dezember 2018 wurde festgehalten, beim Beschwerdeführer habe unter Verabreichung von Paracetamol sowie Novalgin eine suffiziente Schmerzlinderung erreicht werden können (E. 3.2.3), was –

insbesondere unter Berücksichtigung, dass im Bericht der Universitätsklinik A.____ vom 3. August 2011 noch ein fehlendes substantielles Ansprechen auf die rheumatologische Medikation festgehalten worden war (Urk. 6/10) – ebenfalls nicht auf eine massgebliche Verschlechterung des Rückenleidens schliessen lässt. Wie dem Bericht des Spitals D.____ vom 21. Februar 2019 zu entnehmen ist, wurde die Behandlung mit Ibuprofen wieder aufgenommen (Urk. 3/4). Soweit der Beschwerdeführer zur Begründung einer Verschlechterung seines Gesundheitszustandes vorbringt, er sei bis zum heutigen Tag von seinem Vertrauensarzt zu 100 % krankgeschrieben (Urk. 10),

ist ihm entgegenzuhalten, dass die betreffenden Atteste von Dr. C.____ zuhanden der Krankentaggeldversicherung erstattet wurden und sich nur auf die bisherige Tätigkeit als Paketbote beziehen (vgl. Urk. 3/1, Urk. 6/107). Eine andauernde Einschränkung in einer leidensangepassten Tätigkeit wurde von Dr. C.____ verneint (E. 3.2.1-3.2.2, Urk. 6/110). Ferner schadet es nicht, dass

sich das in der Universitätsklinik A.____ erstellte MRI auf die LWS und das Becken beschränkt (vgl. E. 3.2.7). So wirkten sich die Bewegungseinschränkungen im Vergleichszeitpunkt im Bereich der LWS am stärksten aus (vgl. E. 3.1.1) und haben sich anhand der neuen Berichte, insbesondere aufgrund der fachärztlichen Einschätzung der funktionellen Leistungsfähigkeit durch den behandelnden Arzt, keine Hinweise auf neue massgebliche Limitierungen ergeben. Dementsprechend ist in diesem Zusammenhang kein weiterer medizinischer Abklärungsbedarf auszumachen.

Damit ist anhand der medizinischen Aktenlage erstellt, dass sich die Spondylarthropathie beim Beschwerdeführer lediglich in der angestammten Tätigkeit als Paketbote auswirkt.

In einer körperlich angepassten, leichten Tätigkeit ohne Heben und Tragen von Lasten über 10 kg schränkt sie seine Arbeitsfähigkeit hin gegen nach wie vor nicht langandauernd ein.

Diesbezüglich liegt somit keine Veränderung in den tatsächlichen Verhältnissen vor (vgl. E. 1.1). 4.2

Am 19. November 2018 wurde der Beschwerdeführer aufgrund einer Hämatochezie notfallmässig im Spital D.____ aufgenommen und hielt sich dort bis am 7. Dezember 2018 auf (Urk. 3/2).

Trotz umfassenden Untersuchungen (CT Abdomen, Gastro- und Koloskopie, histologische Untersuchung der Biopsien von Magen, Dünn- und Dickdarm, Szintigraphie, erneute

Koloskopie, Kapselenoskopie, meckeldivertikel-spezifische Szintigraphie) konnte keine Blutungsquelle eruiert werden. Die Ärzte diagnostizierten einen Verdacht auf Meckel-Divertikel, eine Helicobacter pylori Gastritis sowie eine normochrome, normozytäre Anämie (Urk. 3/2).

Damit liegen zwar neue – im Vergleichszeitpunkt noch nicht bestehende – Diagnosen vor. Daraus kann jedoch nicht automatisch auf eine relevante Änderung der tatsächlichen Verhältnisse geschlossen werden. Aus invalidenversicherungsrechtlicher Sicht entscheidend ist nicht die Diagnose, sondern einzig, welche Auswirkungen einer Erkrankung auf die Arbeitsfähigkeit zukommt (BGE 136 V 279 E. 3.2.1). Eine Verdachtsdiagnose vermag sodann eine Erkrankung

nicht mit dem erforderlichen Beweisgrad der Überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachzuweisen (Urteil des Bundesgerichts 8C_454/2013 vom 24. September 2013 E. 6.3 mit Hinweis).

Die neuen Diagnosen bewirken vorliegend keine andauernde zusätzliche funktionelle Beeinträchtigung des Beschwerdeführers in einer leidensangepassten Tätigkeit, zumal solches weder von den Ärzten der Gastroenterologie noch von Dr. C.____ festgehalten wurde (E. 3.2.3-3.2.5, E. 3.2.7). Gemäss dem Sprechstundenbericht vom 21. Februar 2019 fanden sich bereits am 20. Februar 2019 keine Hinweise mehr für eine Blutung und war anhand der Laborwerte auch keine Anämie mehr auszumachen (E. 3.2.4).

Vor diesem Hintergrund erweist sich die Einschätzung in der RAD-Stellungnahme vom 14. Mai 2019, wonach sich auch anhand der beschwerdeweise eingereichten Berichte zu den gastrointestinalen Abklärungen keine Hinweise auf dauerhafte anspruchrelevante Veränderungen des medizinischen Sachverhaltes ergeben hätten (Urk. 7), als nachvollziehbar und es kann darauf abgestellt werden. 4.3

Aus dem Gesagten ergibt sich, dass eine massgebliche Veränderung in den tatsächlichen Verhältnissen seit der letztmaligen Verneinung eines Rentenanspruchs nicht ausgewiesen ist. Die von Dr. C.____ attestierte Arbeitsunfähigkeit von 20 % in einer angepassten Tätigkeit vom 22. Januar bis am 28. Februar

2018 (E. 3.2.2) sowie auch die volle Arbeitsunfähigkeit während des stationären Aufenthaltes im Spital D.____ vom 19. November bis am 7. Dezember 2018 (Urk. 3/2) waren nicht von längerer Dauer und fallen deshalb ausser Betracht. Da sich im massgeblichen Zeitraum beim Grad der Arbeitsunfähigkeit in adaptierter Tätigkeit keine wesentliche Änderung ergeben hat, erübrigt sich die Durchführung eines neuerlichen Einkommensvergleichs (Urteil des Bundesgerichts 8C_259/2014 vom 31. Juli 2014 E. 4). Damit hat die Beschwerdegegnerin einen Rentenanspruch zu Recht wiederum verneint. 4.4

Im verwaltungsgerichtlichen Beschwerdeverfahren sind grundsätzlich nur Rechtsverhältnisse zu überprüfen bzw. zu beurteilen, zu denen die zuständige Verwaltungsbehörde vorgängig verbindlich – in Form einer Verfügung – Stellung genommen hat. Insoweit bestimmt die Verfügung den beschwerdeweise weiterziehbaren Anfechtungsgegenstand. Umgekehrt fehlt es an einem Anfechtungsgegenstand und somit an einer Sachurteilsvoraussetzung, wenn und insoweit keine Verfügung ergangen ist (BGE 119 Ib 33 E. 1b, 118 V 31 I E. 3b, je mit Hinweisen).

Hinsichtlich des Begehrens des Beschwerdeführers auf Gewährung beruflicher Massnahmen (Umschulung) hat die Beschwerdegegnerin nicht verfügt, weshalb ein

diesbezüglicher Anspruch nicht Gegenstand des vorliegenden Beschwerde verfahrens bilden kann. Auf die Beschwerde ist insoweit nicht einzutreten. 5.

Nach dem Dargelegten ist die Beschwerde abzuweisen, soweit darauf einzutreten ist. 6.

Da es um die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig (Art. 69 Abs. 1 bis IVG). Ausgangsgemäss sind die Gerichtskosten in der Höhe von Fr. 600.-- dem unterliegenden Beschwerdeführer aufzuerlegen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen, soweit auf sie eingetreten wird. 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: - 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 1 5. Juli bis und mit 1 5. August sowie vom 1 8. 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 Beweis mittel 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 VorsitzendeDer Gerichtsschreiber VogelKübler

E. 6

ATSG) gewesen sind; und c.

nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art.

E. 8

ATSG) sind.

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). 2.

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