

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2022.00157 vom 9. Januar 2023

ZH Sozialversicherungsgericht, 2023-01-09, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2022.00157

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2022.00157 du 9 janvier 2023

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2022.00157 del 9 gennaio 2023

Erwägungen

E. 1.1

Am 1. Januar 2022 sind die geänderten Bestimmungen des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG), der Verordnung über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSV), des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) sowie der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV) in Kraft getreten.

In zeitlicher Hinsicht sind vorbehältlich besonderer übergangsrechtlicher Regelungen grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgebend, die bei Erfüllung des rechtlich zu ordnenden oder zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben (BGE 146 V 364 E. 7.1, 144 V 210 E. 4.3.1, je mit Hinweisen). Da die angefochtene Verfügung vor dem 1. Januar 2022 erging, sind vorliegend die bis 31. Dezember 2021 gültig gewesenen Rechtsvorschriften anwendbar, die nach folgend auch in dieser Fassung zitiert werden (BGE 148 V 174 E. 4.1).

E. 1.2

), womit ein Rentenanspruch als Ergebnis einer materiellen Prüfung zuletzt verneint wurde ,

bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung vom 24. Juli 2021 (Urk. 2)

aufgrund der vorhandenen Akten hinreichend beurteilen lässt und beziehendenfalls, ob die Beschwerdegegnerin eine wesentliche Veränderung zu Recht verneint hat. 4.

E. 1.2.1

Zur Beschwerde ist berechtigt, wer durch die angefochtene Verfügung oder den Einspracheentscheid berührt ist und ein schutzwürdiges Interesse an deren beziehungsweise dessen Aufhebung oder Änderung hat (Art. 59 ATSG).

Besondere Bedeutung kommt dem Legitimationserfordernis zu, wenn nicht der Verfügung adressat im materiellen Sinn, sondern ein Dritter (Drittbeschwerdeführer) den Entscheid anfecht (BGE 127 V 80 E. 3a/ aa mit Hinweisen). Erforderlich ist ein spezifisches Rechtsschutzinteresse, welches nur bejaht wird, wenn der Dritte ein unmittelbares und konkretes Interesse an der Aufhebung oder Änderung der Verfügung hat oder eine spezifische, besonders nahe Beziehung zur Streitsache für sich in Anspruch nehmen kann. Das allgemeine Interesse an der richtigen Auslegung und Durchsetzung des Bundesrechts genügt nicht (BGE 133 V 188 E. 4.3.3 mit Hinweisen).

Eine Drittbeschwerdebefugnis der Sozialhilfebehörde ist zu bejahen, wenn sie die versicherte Person unterstützt und gestützt auf Art. 66 Abs. 1 IVV den IV Anspruch auch

im eigenen Namen geltend machen könnte (vgl. Kieser , ATSG-Kommentar, 4. Auflage, 2020, Art. 59 ATSG N 38 mit weite rem Hinweis).

Die Beschwerdeführerin unterstützt Y.____ mit wirtschaftlicher Sozialhilfe (Urk. 11), weshalb sie den IV-Anspruch gestützt auf Art. 66 Abs. 1 IVV auch im eigenen Namen geltend machen könnte und damit beschwerdelegitimiert ist

(Urteile des Bundesgerichts 8C_108/218 vom 16. April 2018 E.3, 8C_905/2014 E.2 je mit Hinweisen) .

E. 1.3

Im November 2017 ersuchte

Y.____

unter Hinweis auf den vorgenannten Gerichtsentscheid um einen Entscheid hinsichtlich seines Anspruchs auf berufliche Massnahmen (Urk. 7/218) , welches Begehren die IV-Stelle als Neuanmeldung entgegennahm (vgl. Feststellungsblatt, Urk. 7/222/1) . Nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren (Urk. 7/223, Urk. 7/225, Urk. 7/227) wies

sie

das Leistungsbegehren

mit Verfügung vom 20. März 2018 ab (Urk. 7/229).

E. 1.3.1

Die Beschwerde ist innerhalb von 30 Tagen nach der Eröffnung des Einspracheentscheides oder der Verfügung, gegen welche eine Einsprache ausgeschlossen ist, einzureichen (Art. 60 Abs. 1 ATSG).

Damit der Partei eine nicht eingehaltene Frist entgegengehalten werden kann, ist massgebend, dass die entsprechende Fristansetzung korrekt erfolgt (vgl. Kieser , a.a.O. , Art. 3

E. 1.3.2

Mangels Zustellungs nachweis (vgl. Urk. 6) und unter Würdigung

des beschwerdeweise eingereichten Begleitschreibens vom 15. Februar 2022, womit die Beschwerdegegnerin der Beschwerdeführerin die Verfügung vom 24. Juni 2021 auf deren Wunsch selbsttags zustellte (Urk. 3/3) , kann jedenfalls nicht als überwiegend wahrscheinlich gelten, dass der Beschwerdeführerin die angefochtene Verfügung bereits vor diesem Zeitpunkt zugestellt wurde. Mithin ist davon auszugehen, dass die Beschwerde vom 17. März 2022 rechtzeitig erfolgte.

E. 1.4

.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; vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_26/2022 vom 30. Mai 2022 E. 2.2 mit Hinweisen) .

E. 1.5

Liter am Tag persistiert e und ein aktives Zurück halten bei Stuhldrang auch unter diätischer Kontroll e nicht möglich war (vgl. Untersuchungsbericht vom 29. Juli 2020, Urk. 7/278/2) .

Nicht überzeugend ist auch, wenn Dr. B.____ – jenseits seiner fachlichen Kompetenz – im Gutachten vom 5. März 2021 dafürhielt, eine somatische Verschlechterung sei nicht objektivierbar (Urk. 7/288/24).

Im Gegenteil bestehen nach dem Gesagten zumindest konkrete Anhaltspunkte dafür , dass im mass geblichen Zeitraum Veränderungen eingetreten sein könnten , welche die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit des Beigeladenen über das 2015 gutachterlich festgestellte Ausmass hinaus einschränken könnten .

Mithin lag der angefochtenen Verfügung jedenfalls in somatischer Hinsicht kein hinreichend abgeklärter medizinischer Sachverhalt zugrunde, welcher eine abschliessende Beurteilung des Gesundheitszustandes sowie dessen Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit des Beigeladenen erlaubt hätte. 5.3

In Anbetracht dieser Erwägungen ist eine sämtliche Aspekte des vorliegenden Falls umfassende somatische Abklärung unter Einschluss der Frage, ob im mass geblichen Zeitraum eine Verschlechterung eingetreten ist und bejahendenfalls wie sich diese im zeitlichen Verlauf auf das Zumutbarkeitsprofil auswirkt hat resp. auswirkt , angezeigt. Mangels Entscheiderrelevanz erübrigen sich Weiterungen in psychiatrischer Hinsicht .

Nach dem Gesagten ist die angefochtene Verfügung in Gutheissung der Beschwerde aufzuheben und die Sache zur somatischen Abklärung an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. Dies steht auch im Einklang damit, dass in erster Linie die IV-Stelle für die richtige und vollständige Sachverhaltsabklärung zu sorgen hat.

In Nachachtung des materiellrechtlichen Grundsatzes «Eingliederung vor Rente» wird die Beschwerdegegnerin auch über einen allfälligen Anspruch des Beigeladenen auf Eingliederungsmassnahmen zu entscheiden haben. 6. 6.1

Da es im vorliegenden Verfahren um die Bewilligung oder Verweigerung von IV Leistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG) und auf Fr. 800.-- anzusetzen. Ausgangsgemäss sind sie der Beschwerdegegnerin aufzuerlegen. 6.2

Gemäss § 34 Abs. 2 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht (GSVGer) steht den Versicherungsträgern und den Gemeinwesen ein Anspruch auf Ersatz der Parteikosten nur zu, soweit er von andern Gesetzen nicht ausgeschlossen ist.

Art. 61 lit. g ATSG, wonach die obsiegende Beschwerde führende Person Anspruch auf Ersatz der Parteikosten hat, ist mit Art. 68 Abs. 3 des Bundesgesetzes über das Bundesgericht (BGG) übereinstimmend auszulegen (Urteil des Bundesgerichts 9C_67/2008 vom 16. Februar 2009 E. 2.3).

Für das bundesgerichtliche Verfahren sieht Art. 68 Abs. 3 BGG vor, dass Bund, Kantone und Gemeinden sowie mit öffentlich-rechtlichen Aufgaben betrauten Organisationen in der Regel keine Parteientschädigung zugesprochen wird, wenn sie in ihrem amtlichen Wirkungskreis obsiegen. Nach der bundesgerichtlichen Rechtsprechung sind Ausnahmen vom grundsätzlichen ("in der Regel") Ausschluss einer Parteientschädigung nur in einem engen Rahmen zuzulassen (vgl. BGE 134II 117 E. 7 S. 119 [mit Bezug auf Gemeinden]; Urteil 2C_212/2007 vom 1. Dezember 2007 E. 5 [betreffend eine kantonale Gebäudeversicherung]). Sozialversicherer wie die SUVA, die anderen UVG-Versicherer, die Krankenkassen und die Pensionskassen gehören zu den im Sinne von Art. 68 Abs. 3 BGG mit öffentlich-rechtlichen Aufgaben betrauten Organisationen (BGE 126 V 143 E. 4a S. 150; 123 V 290 E. 10 S. 309), nicht aber private Versicherer, soweit ihre Rechtsposition auf einem rein privatrechtlich geregelten Versicherungsverhältnis beruht (Urteil des Bundesgerichts 9C_67/2008 vom 16. Februar 2009 E. 2.2).

Die rechtsanwaltschaftlich vertretene Beschwerdeführerin handelte in eigenem Interesse als zur Sozialhilfe verpflichtete öffentlich-rechtliche Körperschaft, weshalb sie nach dem Gesagten keinen Anspruch auf Prozessentschädigung hat

Das Gericht erkennt: 1.

In Gutheissung der Beschwerde wird die Verfügung vom 24. Juni 2021 aufgehoben und die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen, damit diese nach Abklärungen im Sinne der Erwägungen über den Leistungsanspruch des

Beigeladenen neu verfüge. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 800.-- werden der Beschwerdegegnerin auferlegt.

Rechnung und Einzahlungsschein werden der Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zu gestellt. 3.

Eine Prozessentschädigung wird nicht zugesprochen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Sebastian Lorentz - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, unter Beilage je einer Kopie von Urk. 19, Urk. 20/1-2 - Y.____ - Bundesamt für Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft) 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 Der Vorsitzende Die Gerichtsschreiberin HurstHediger

E. 1.6

Das Gericht kann die Angelegenheit zu neuer Entscheidung an die Vorinstanz zurückweisen, besonders wenn mit dem angefochtenen Entscheid nicht auf die Sache eingetreten oder der Sachverhalt ungenügend festgestellt wurde (§ 26 Abs. 1 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht, GSVGer). 2. 2.1

Im angefochtenen Entscheid erwog die Beschwerdegegnerin, seit dem Gerichts urteil vom 7. September 2017 sei keine längerdauernde Verschlechterung des Gesundheitszustandes ausgewiesen. Aktuell sei der Beigeladene in einer angepassten Verweistätigkeit zu 50 % arbeitsfähig, wobei nach entsprechender Adaptierung an den Arbeitsplatz eine Steigerung auf 80 % zu erwarten sei. Aus dem Einkommensvergleich ergebe sich ein rentenausschliessender Invaliditätsgrad von 20 % (Urk. 2). 2.2

Die Beschwerdeführerin führte aus, der Beigeladene habe in seiner Kindheit eine Poliomyelitis untere Extremität erlitten; 2018 sei ein Postpoliosyndrom diagnostiziert worden. Entsprechende klinische Symptome seien bereits 2014 ärztlich dokumentiert worden.

Dass anno 2015 gutachterlicherseits ein Postpoliosyndrom verneint worden sei,

bedeute nicht, dass ein Postpoliosyndrom auch im Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung habe ausgeschlossen werden können. Insbesondere sei zu bedenken, dass eine 70%ige Wahrscheinlichkeit bestehe, daran zu erkranken. Entsprechende Abklärungen habe die Beschwerdegegnerin indes nicht getätigt. Vielmehr habe sie sich mit einer psychiatrischen Begutachtung begnügt. Demgegenüber sei die Beschwerdegegnerin aufgrund des Untersuchungsgrundsatzes verpflichtet, den Sachverhalt vollständig zu ermitteln. Mithin habe sie auch das Postpoliosyndrom abzuklären (Urk. 1). 3.

Die IV-Stelle ist auf die Neuanmeldung vom 20. Mai 2019 (Urk. 7/239) eingetreten. Strittig und zu prüfen ist, ob sich die Frage nach einer rentenwirksamen Veränderung seit der gerichtlich bestätigten Verfügung vom 22. August 2016 (Urk. 7/200; vgl. Sachverhalt Ziff.

E. 4

. August 2011 bis zum Verkehrsunfall vom 19. Januar 2013 als Schulbuschauffeur beim Transportunternehmen Z.____

tätig (50 % , Urk.

E. 4.1

Der Verfügung vom 22. August 2016 lag im Wesentlichen das polydisziplinäre Gutachten des Zentrums A.____ vom 6. August 2015 zugrunde. Darin hielten die beurteilenden Fachärzte folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit fest

(Urk. 7/157 /66): - rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige depressive Episode, bestehend seit etwa Januar 2013, (ICD-10 F33.1) - anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4) - Zustand nach posttraumatischer Belastungsstörung, bestehend von etwa Januar 2013 bis Dezember 2014, ICD-10 F43.1)

Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit diagnostizierten die Gutachter (1) ein Lumbovertebralsyndrom bei Diskushernie L3/4 und Th 11/12 ohne neurale Kompression, (2) eine

Schmerzpersistenz der rechten Hüfte nach arthroskopischem Labrumdebridement mit Pfannenrand- und Kopf/Schenkelhalstrimmung im Juni 2009, (3) einen Status nach Poliomyelitis im 8. Lebensmonat mit Atrophie der linken Oberschenkel- und Unterschenkelmuskulatur, mit leichtgradiger Schwäche linkes Bein mit Symptomexazerbation und Verdacht auf zusätzliche Inaktivitäts atrophie bei Status nach Kniegelenksverletzung (2005) und Hüftarthroskopie rechts (2009) sowie Beinverkürzung, (4) Status nach leichter traumatischer Hirnverletzung durch Autounfall mit Frontalkollision am 19. Januar 2013, (5) rezidivierend auftretende Spannungskopfschmerzen bei Verspannungen im Schulter-/Nackebereich, verstärkt auftretend seit Personenwagen-Frontalkollision vom 19. Januar 2013, Röntgen-HWS vom 20. Januar 2013 ohne Hinweise für knöcherne Verletzungen, (6) arterielle Hypertonie, (7) Nikotinabusus sowie

(8) eine Urge -Urininkontinenz.

In internistischer Hinsicht hätten sich weder subjektive noch objektive Einschränkungen ergeben (Urk. 6/157/77).

Gegenüber dem orthopädischen Gutachter habe der Beigeladene seit Juni 2009 bestehende und nach einem Verkehrsunfall 2013 zunehmende lumbale Schmerzen berichtet . Das Sitzen sei auf 20 Minuten und das Laufen auf 30 Minuten limitiert. Zudem verwende er einen Gehstock (Urk. 6/157/4). Der begutachtende Orthopäde hielt fest, die berichteten Schmerzen und Einschränkungen seien beim fast unauffälligen MRI-Befund der LWS, wo sich nur eine kleine Diskushernie Th11/12 und L3/4 ohne neurale Kompression zeige, nicht objektivierbar. Damit habe sich aus rein orthopädischer Sicht keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit ergeben (Urk. 6/157/9 f.).

Im Rahmen der neurologischen Untersuchungen hätten sich keine Paresen im Bereich des linken Beines gezeigt ; lediglich eine sakkadierte maximale Willkür- Innervation, am ehesten bedingt durch die subjektiven Schmerzen im linken Bein. Elektroneurographisch hätten sich ebenfalls keine Hinweise für einen degenerativen spinalen oder radikulären Prozess, eine pathologische Denervation saktivität oder für akute neurogene Veränderungen ergeben . Auch hätten Hinweise für eine andersartige spinale oder radikuläre Symptomatologie oder für ein radikuläres Ausfallmuster gefehlt.

Aufgrund der Schmerzen habe sich eine verspannte thorako -lumbale Paravertebralmuskulatur gezeigt ; ebenso Verspannungen im Schulter-Nacken-Bereich sowie eine hypertrophierte Ober- und Unterschenkel muskulatur rechts im Vergleich zu links als Zeichen der muskulären Kompensation des rechten Beines zum linken Bein bei Status nach Poliomyelitis und Muskelatrophie. Aufgrund der klinisch neurologischen und elektromyographischen Untersuchung ergebe sich kein Hinweis für ein sogenanntes Postpoliosyndrom, welches mit einer progredienten Atrophie und Parese, aber auch elektrophysiologischen Veränderungen einhergehen würde. Der klinisch neurologische Befund habe zwar im Bereich des linken Beines eine durch die Poliomyelitis-Erkrankung im Kindesalter bedingte leichte Atrophie der Ober- und Unterschenkelmuskulatur links ergeben , jedoch keinen Nachweis von Paresen und somit von neurologischer Seite her

keine funktionelle Beeinträchtigung (Urk. 10/155/64).

Aus psychiatrischer Sicht hätten sich im Zusammenhang mit Hüftbeschwerden rechts mit operativer Behandlung im Juni 2009 und psychosozialen Problemen mit Arbeitsverlust Anpassungsstörungen mit längerer depressiver Reaktion ergeben lassen, die sich mit der Arbeitswiederaufnahme 2011 gebessert hätten. In der Folge habe der Beigeladene im Zusammenhang mit einem Autounfall mit Frontalkollision am 19. Januar 2012

E. 4.2

Im Rahmen der Neuanschuldung stellte sich die Aktenlage im Wesentlichen wie folgt dar:

E. 4.2.1

Im Urodynamik und neuro-urologischen Untersuchungsbericht vom 27. März 2019 hielten die behandelnden Fachärzte des

C._____

als Hauptdiagnosen im Wesentlichen eine neurogene Harnblasen-, Sexual- und Darmfunktionsstörung (mit imperativem StuhlDrang) bei Diagnosen 2 und 3, (2) Verdacht auf Postpolio syndrom, (3) Diabetes mellitus Typ 2, (4) Periarthropathie

humeroscapularis rechts vom Supraspinatussehnentyp sowie (5) chronische Schmerzen im Rücken, den Knien und den Hüften

fest (Urk. 7/240/5 f.). Die neurophysiologische Kontrolle im Oktober 2018 habe eine pathologische SEP tibialis

links sowie verlängerte zentral-motorische Laufzeit ergeben; ein im Februar 2019 durchgeführtes Schädel-MRI habe zudem eine unklare Läsion im Pons zur Darstellung gebracht. Zur Therapie der überaktiven Harnblase würden Injektionen von Botulinum-A-Toxin (100 I.E.) in den Detrusor durchgeführt. Die Harnblasenentleerung erfolge mittels intermittierendem Selbstkatheterismus. Unverändert komme es zum Auftreten einer imperativen Harndrangsymptomatik mit tropfenweisem Urinverlust. Die Harnblasenentleerung selbst bedürfe einer längeren Miktionsdauer mit häufigem Einsatz von Pressen (Urk. 7/240/6; vgl. etwa auch den neuro-urologischen Untersuchungsbericht vom 6. Februar 2020, Urk. 7/265).

E. 4.2.2

Dem Austrittsbericht der Psychiatrie D._____

vom 29. April 2019 sind in psychiatrischer Hinsicht als Hauptdiagnosen eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode, sowie absichtliche Selbstbeschädigung zu entnehmen. Der Beigeladene sei vom 1. bis 12. April 2019 auf ärztliche Zuweisung hin aufgrund akuter Selbstgefährdung (erstmalig)

stationär behandelt worden. Im Vorfeld habe sich die depressive Symptomatik infolge einer medikamentösen Umstellung (Absetzen von Sertralin wegen Nebenwirkungen) verschlechtert. Unter Wiedereinsetzen von Sertralin 50 mg und Eindosierung sei es zu einer Stabilisierung gekommen und der – sich bei Austritt klar und eindeutig von Suizidalität distanzierende – Beigeladene habe ins angestammte Umfeld entlassen werden können (Urk. 7/249/6 ff.; vgl. auch Urk. 7/240/4).

E. 4.2.3

Gemäss Bericht von Dr. med. E.____ , Fachärztin FMH für Urologie und Oberärztin,
C.____ ,

vom 28. Juni 2019 habe bei der Detrusorüberaktivitätsinkontinenz bisher keine zufriedenstellende Therapie erzielt werden können. Aus neuro-urologischer Sicht sei infolge des intermittierenden Selbstkatheterismus eine Beschränkung bzw. Anpassung des Arbeitsplatzes notwendig; ebenso eine Pause von ca. je weils 20 Minuten zur Durchführung des intermittierenden Selbstkatheterismus 6-8 Mal am Tag (Urk. 7/248/2).

E. 4.2.4

Laut Bericht von PD Dr. med. F.____ , Facharzt FMH für Allgemeine Innere Medizin sowie Magen- und Darmkrankheiten, Leitender Arzt des Spitals G.____ ,

vom 5. August 2019

leide der Beigeladene

anamnestisch seit Jahren an Stuhlinkontinenz, wobei sich diese aktuell aggraviert habe. Er habe täglich Stuhldrang, welchen er kaum halten könne. Am schlimmsten sei die Problematik, wenn er extern gehe; der Beigeladene müsse immer nach Toiletten Ausschau halten. Es sei auch schon oft vorgekommen, dass der Beigeladene die Hose verstuhlt habe. Aufgrund der bisherigen Abklärung sei ein

insuffizienter externer Sphinkter für die Problematik hauptursächlich (Urk. 7/257/2 ff., vgl. auch Urk. 7/252/4 ff., wonach die im Juli 2019 durchgeführte Koloskopie den Ausschluss einer endoskopischen Inflammation erbrachte und drei kleine Polypen entfernt wurden, vgl. Bericht vom 19. Juli 2019).

E. 4.2.5

Im psychiatrischen Gutachten vom 5. März 2021 diagnostizierte Dr. B.____ (1) eine Dysthymia (ICD-10: F34.1), (2) eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10: F45.8), (3) sonstige somatoforme Störungen (ICD-10: F45.8) sowie (4) eine Persönlichkeitsakzentuierung (ICD-10: Z73.1, Urk. 7/288/17). Der Beigeladene habe berichtet, er habe die Lust am Leben verloren und seelisch keine Kraft mehr. Er vermeide jede Aktivität und habe alle Interessen verloren. Nebst seinen Problemen mit Wasserlassen, Stuhlgang, Sexualität und Rückenschmerzen leide er an Erschöpfung, Müdigkeit, Konzentrations- und Gedächtnisstörungen, Zwangshandlungen, Selbstverletzungs- und Suizidgedanken. Seine Tage seien ganz einfach «Horror». Tagsüber sei er zu Hause und müsse meistens liegen, weil beim Sitzen und Gehen die Schmerzen zunehmen würden. Nachts könne er kaum schlafen wegen des unkontrollierten Stuhlgangs, Wasserlassens sowie Schmerzen. Er schaue viel Fernsehen, manchmal lese er auch etwas. Alsdann müsse er für die Familie mit dem Auto regelmässig einkaufen gehen. Zudem habe er die ganze Woche über ausserhäussliche Arzttermine. Auch seine Frau habe Termine, zu welchen er sie jeweils hinfahren

musse (Urk. 7/288/11, Urk. 7/288/15). Gleich zu Beginn der Untersuchung habe der pünktlich erschienene und ordentlich gekleidete Beigeladene dringend die Toilette aufsuchen müssen. Dies habe ca. 10 Minuten in Anspruch genommen. Aus objektiver Sicht seien die psychischen Grundfunktionen intakt. Es hätten sich keine Hinweise für Störungen der Aufmerksamkeits-, Konzentrations-, Merk- und Gedächtnisfähigkeit ergeben. Während der zweistündigen Exploration hätten sich auch keine Ermüdungszeichen ergeben; dies

im Gegensatz zur geklagten chronischen Müdigkeit. Der Beigeladene habe durchgehend eine veräusserte Beeinträchtigungs- und Vorwurfshaltung gezeigt; «man gibt alles, bekommt nichts». Er müsse viel schlucken, wappne sich dagegen mit Geduld und stehe innerlich unter Stress. Dabei hätten sich auch Anzeichen einer etwas theatralischen Selbstidealisation ergeben. So habe der Beigeladene ausgeführt, früher sei er zwei Meter gross und ein sadistisches «Horrorkind», das der Vater einmal mit der Pistole habe umbringen wollen, gewesen. Früher sei er von Ehrgeiz getrieben gewesen und habe immer der Beste und Stärkste sein wollen. Das habe ihn nach eigenen Angaben innerlich kaputt gemacht. Der Gedankengang des Beigeladenen sei kohärent, wenn auch erheblich sprunghaft; die Stimmung deprimiert. Er habe keine Lust mehr zu leben und auch keine Hoffnung infolge der Schmerzen und zunehmenden funktionellen Ausfälle. Dabei seien der Antrieb und die affektive Modulationsfähigkeit ausreichend erhalten, so dass das Verhalten und die Äusserungen des Beigeladenen einen leicht demonstrativen Charakter annehmen würden (Urk. 7/288/

E. 7

ff.) eine Verschlechterung seines Gesundheitszustandes geltend und beantragte abermals IV-Leistungen

(Rente/Integrationsmassnahmen). Die IV-Stelle tätigte erneut Abklärungen. Insbesondere veranlasste sie das psychiatrische Gutachten von Dr. med. B.____, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 8. März 2021 (Eingang, Urk. 7/288/1-24). Mit Vorbescheid vom 16. März 2021 stellte sie

Y.____

die Abweisung seines Rentenbegehrens in Aussicht (Urk. 7/293). Dagegen erhob die Gemeinde X.____ Einwände

(Urk. 7/296). Mit Verfügung vom 24. Juni 2021 verneinte

die IV-Stelle wie vor beschiedenen einen Leistungsanspruch von Y.____

(Urk. 2) . 2.

Dagegen erhob die Gemeinde X.____

am 17. März 2022 (Eingang) Beschwerde und beantragte, es sei die Verfügung vom 24. Juni 2021 aufzuheben und die Streitsache zur weiteren Sachverhaltsabklärung,

insbesondere zur Durchführung eines neurologischen Gutachtens, an die

Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. In prozessualer Hinsicht ersuchte die

Beschwerdeführerin um Durchführung eines zweiten Schriftenwechsels (Urk. 1 S. 2). Mit Verfügung vom 24. März 2022 forderte das Gericht die Beschwerdegegnerin auf, sich zur Beschwerde und unter Beilage

entsprechender Nachweise dazu zu äussern, wann die angefochtene Verfügung Y.____

und

der Beschwerdeführerin zugestellt worden ist (Urk. 5). Mit Beschwerdeantwort vom 13.

Mai 2022 schloss die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde und teilte mit,

sie könne die Zustellung der angefochtenen Verfügung an die Beschwerdegegnerin und

Y.____ nicht belegen (Urk. 6), was der Beschwerdeführerin zur Kenntnis gebracht wurde (

Urk. 18). Mit Verfügung vom 24. Mai 2022 forderte das Gericht die Beschwerdeführerin

im Hinblick auf ihre Beschwerdelegitimation auf, ihre Unterstützungsleistungen an Y.____ zu belegen (Urk. 8), welcher Aufforderung diese innert angesetzter Frist nachkam (Urk. 10, Urk. 11). Am 14. Juni 2022 wurde Y.____ zum Pro zess beigela den, unter Zustellung je einer Kopie der Eingaben der Parteien (Urk. 12). Der Bei geladene liess sich in der Folge nicht vernehmen, was den Par teien am 2 6. September 2022 angezeigt wu rde ; zeitgleich teilte das Gericht der Beschwerdeführerin mit, die Anordnung eines zweiten Schriftenwechsel s

werde nicht als notwendig erachte t (Urk. 14). Am 5. Oktober 2022 reichte die Beschwer deführerin den neurologischen und neurophy - siologischen Untersuchungsbericht der Universitätsklinik C.____

(nachfolgend: C.____) vom 4. Juli 2022 ein (Urk. 15, Urk. 16); je eine Kopie dieser Eingaben wurde der Beschwerdegegnerin zur Kenntnisnahmen zugestellt (Urk. 17) . Am 2 4. November 2022 gab die Beschwerdeführerin weitere Arztberichte zu den Akten (Urk. 19, Urk. 20/1-2). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 9

N 61).

E. 013

eine rezidi vierende depressive Störung mit mittelgradigen depressiven Episoden entwickelt und zusätzlich sei es aufgrund dieses lebensbedrohlichen, traumatisierenden Ereignisses zu einer posttraumati schen Belastungsstörung gekommen, welche sich unter Traumatherapie seit etwa vier bis fünf Monaten gebessert habe. Die mittelgradigen depressiven Episoden seien gekennzeichnet durch niedergeschla gene Stimmung mit Lustlosigkeit, Freudlosigkeit, fehlender Unternehmungslust, verbunden mit Affektlabilität, teils mitschwingend, teils vermindert mitschwin gend, teils wei nerlich, und hinzu kämen psycho motorische Unruhe mit Reizbar keit, Erregbarkeit b is Aggressivität sowie Antriebs minderung. Sodann hätten sich kognitive Störungen mit Konzent rationsschwierigkeiten und erschwerten Gedächtnisleistungen, vor allem mit ungenauen zeitlichen Angaben, ergeben; ausserdem Denkstörungen mit vermehr ter Nachdenklichkeit, Grübeln und negativistisch eingengtem Denken auf seine körperlichen Beschwerden und seine soziale Situation mit Zukunftsängsten und Existenzängsten. Demgegenüber hätten sich keine Hinweise für vermehrte Müdigkeit oder Erschöpfung ergeben . Der

Beigeladene habe sozial zurückgezogen und klagsam , durch die körperlichen Beschwerden und sozialen Probleme ent täuscht und gekränkt gewirkt . Sodann hätten sich im Zusammenhang mit dem schweren Autounfall am 19. Januar 2013 nach anfänglichem „Schockzustand“ Symptome einer posttraumatischen Belastungsreaktion gezeigt. Unter einer Trau matherapie hätten sich diese Symptome einer posttraumatischen Belastungsstö rung seit etwa vier bis fünf Monaten deutlich gebessert und es hätten sich zum Untersuchungszeitpunkt diesbezüglich keinerlei Symptome mehr erheben lassen. Aufgrund der multiplen Schmerzsymptomatik mit schweren und quälenden Schmerzen bestehe jedoch eine anhaltende somatoforme Schmerz störung sowie rezidivierende depressive Störung mit mittelgradigen depressiven Episoden. Damit könne inzwischen eine von der Schmerzsymptomatik unabhängige, sich verselbständigende depressive Erkrankung mit mittelgradigen depressiven Episo d en angenommen werden.

Aufgrund der rezidivierenden depressiven Störung mit mittelgradigen depressiven Episoden und der anhaltenden somatoformen Schmerzstörung seien die emotionale Belastbarkeit, die geistige Flexibilität, der Antrieb, die Interessen, die Motivation, die Kontaktfähigkeit und die Dauerbelastbarkeit beeinträchtigt. Es liessen sich aber gewisse Ressourcen erheben. Die berichteten und beklagten Beschwerden seien in sich überwiegend konsistent, jedoch fänden sich Hinweise für eine psychogene Überlagerung der körperlichen Beschwerden mit Verdeutlichungstendenzen. Aus psychiatrischer Sicht sei der Beigeladene in seiner zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Schulbuschauffeur auf grund der erhöhten Lenkerverantwortung seit Januar 2013 zu 100 % arbeitsunfähig; hinsichtlich einer – näher umschriebenen - angepassten Verweistätigkeit bestehe ebenfalls seit Januar 2013

eine 50%ige Arbeitsfähigkeit (Urk. 6 / 157/31 ff.).

Im Rahmen der interdisziplinären Konsensbeurteilung kamen die begutachtenden Fachärzte zum Schluss, der Beigeladene

sei aufgrund der rezidivierenden depressiven Störung mit mittelgradigen depressiven Episoden, der anhaltenden somatoformen Schmerzstörung und dem Zustand nach posttraumatischer Belastungsstörung mit Beeinträchtigung der emotionalen Belastbarkeit, der geistigen Flexibilität, des Antriebs, der Interessen, der Motivation, der Kontaktfähigkeit und der Dauerbelastbarkeit, als Schulbuschauffeur gesamthaft bei voller Stundenpräsenz seit Januar 2013 zu 100 % arbeitsunfähig; das Lenken eines Schulbusses mit erhöhter Lenkerverantwortung sei aufgrund der depressiven Störung ohnehin nicht zu verantworten. Tätigkeiten ohne erhöhte emotionale Belastung, ohne Stressbelastung, ohne erforderliche geistige Flexibilität, ohne vermehrte Kundenkontakte, ohne Lenken eines Kraftfahrzeuges mit erhöhter Lenkerverantwortung und ohne überdurchschnittliche Dauerbelastung, könnten ihm gesamthaft bei voller Stundenpräsenz seit Januar 2013 zu 50 % (Arbeitsunfähigkeit 50 %) zugemutet werden (Urk. 7/157/67 f.).

E. 16

f.).

Für eine gravierende depressive Störung hätten sich aktuell keine ausreichenden Anhaltspunkte finden lassen. Zwar habe der Beigeladene sein schweres Schicksal beklagt und quasi angegeben, mit dem Leben abgeschlossen zu haben. Jedoch gebe es weder in der Stimmung noch im Antrieb oder der affektiven Modulation ausreichende, objektive Befunde für eine klinisch relevante Depression. Selbstbewusstsein und Kontaktfähigkeit seien ebenfalls erhalten. Die geklagte Müdigkeit sowie Störung der Konzentration und Gedächtnisleistung seien nicht objektivierbar. Die wesentlichen Aufgaben des Alltags meistere der Beigeladene ohne Schwierigkeiten. Die inzwischen langjährigen Verstimmungen, welche einen angenähert normalen Alltag dennoch ermöglichten, gehörten zu einer Dysthymia. Passend zur aktuell festgestellten Beeinträchtigung s- und Vorwurfshaltung ergäbe sich auch aktenanamnestisch eine Dramatisierungstendenz. Schliesslich wies Dr. B. ___ auf – näher umschriebene – Diskrepanzen und Inkonsistenzen hin (Urk. 7/288/20). Als Buschauffeur sei der Beigeladene infolge der erhöhten Verantwortung zu 100 % arbeitsunfähig. In einer leidensangepassten Verweistätigkeit ohne besondere körperliche Anstrengung, ohne besondere Anforderungen an die Aufmerksamkeits-, Konzentrations-, Merk-, Gedächtnisfähigkeit, ohne Übernahme von besonderer Verantwortung und mit der Möglichkeit, regelmässige Pausen aufgrund der Inkontinenzproblematik und chronischen Müdigkeit einzulegen, bestehe eine 50%ige

resp. – nach einer Einarbeitungszeit von ca. drei Monaten infolge der mehrjährigen Arbeitsunfähigkeit – 80 % ige Arbeitsfähigkeit (Urk. 7/288/21 f.). Aus subjektiver Sicht habe sich der Gesundheitszustand deutlich verschlechtert, insbesondere hinsichtlich der Inkontinenzprobleme. Dies sei indes nicht objektivierbar. Es seien auch in psychiatrischer Hinsicht keine Veränderungen von klinischer Relevanz erkennbar. Somit sei der Zustand im Wesentlichen unverändert (Urk. 7/288/24).

5.

5.1

Aufgrund der medizinischen Akten kann nicht abschliessend beurteilt werden, ob beim Beigeladenen

in somatischer Hinsicht eine revisionsrelevante Veränderung eingetreten ist. 5.2

Festzuhalten ist vorab, dass eine allenfalls neu hinzugetretene Diagnose, etwa das beschwerdeweise bemühte Postpoliosyndrom,

nicht per se eine relevante Gesundheitsverschlechterung darzustellen vermöchte (BGE 141 V 9 E. 5.2; 141 V 385 E. 4.2).

Insbesondere waren die mit einem Postpoliosyndrom assoziierten Befunde, namentlich Atrophie der Beinmuskulatur links mit Schwächegefühl und dadurch Gangstörung

jedenfalls seit 2006 (vgl. etwa das internistisch-rheumatologische Gutachten von Dr. med. H.____, Fachärztin FMH für Innere Medizin, spez. Rheumaerkrankungen, vom 13. Oktober 2009 [Eingang], Urk. 7/50/17; den Austrittsbericht der Rehaklinik I.____

vom 19. November 2013, Urk. 7/116/15, mit neurologischem Konsilium vom 24. Oktober 2013, Urk. 7/116/38; den Physiotherapiebericht vom 16. Mai 2014, Urk. 7/116/3 ff.; den Austrittsbericht des Spital J.____

vom 7. November 2015, Urk. 7/188) und auch im Zeitpunkt der Exploration 2015

vorbestehend. So berichtete der Beigeladene eine Beinschwäche links (vgl. etwa Urk. 7/157/23) und hielt an

die Zentrums A.____ - Gutachter eine durch die Poliomyelitis-erkrankung im Kindesalter bedingte Atrophie des linken Beins mit reduzierten Quadrizeptonus (Urk. 7/157/7) resp. deutlich hypertrophe Ober- und Unterschenkelmuskulatur des linken Beins (Urk. 7/157/93) sowie

ein hinkendes Gangbild (Urk. 7/157/51, Urk. 7/157/54 ff., Urk. 7/157/64, Urk. 7/157/87) fest.

Der neurologische Gutachter kam zum Schluss, es bestünden Zeichen alter, chronisch neurogener Veränderungen mit sogenannten Riesenpotentialen, entsprechend einem Status nach Poliomyelitis (Urk. 7/157/51 f.). Allerdings ergab es sich im Oktober 2018 – konkordant mit der berichteten Progredienz der Beinschwäche – eine pathologische SEP tibialis sowie verlängerte zentral-motorische Laufzeit (vgl. etwa Bericht vom 12. März 2019, Urk. 7/240/12), wohingegen

eine pathologische Denervationsaktivität des Musculus tibialis links aufgrund der elektromyographischen Untersuchung anlässlich der Begutachtung 2015 noch verneint werden konnte

(vgl. Urk. 7/157/51). Dazu passend kam RAD - Ärztin Dr. med. K.____ , Fachärztin FMH für orthopädische Chirurgie und Traumatologie, mit interner Stellungnahme vom 7. Juni 2019 zum Schluss, eine (somatische und/oder psychiatrische) Verschlechterung sei jedenfalls nicht auszuschliessen

und es seien weitere Arztberichte einzuholen (Urk. 7/291/2). Aus letzteren erhellt , dass der Beigeladene jedenfalls seit Oktober 2018 engmaschig neuro -uro logisch behandelt und kontrolliert wurde (vgl. Urk. 7/248/2) und die Harnblasenent leerung jedenfalls seit anfangs 2020 ausschliesslich über den intermittierenden Selbstkatheterismus erfolgte (vgl. neuro-urologische r Untersuchungsbericht vom 6. Februar 2020, Urk. 7/265). Die behandelnden Ärzte wiesen zudem ausdrücklich auf arbeitsrelevante Veränderungen hin . Es sei unter anderem eine schnell erreichbare Toilette am Arbeitsplatz notwendig; ebenso eine zur Durchführung des intermittierenden Selbstkatheterismus 6-8 Mal am Tag benötigte Pause von ca. jeweils 20 Minuten (vgl. Bericht vom 28. Juni 2019, Urk. 7/248/2). Demgegenüber hielten die

Zentrums A.____ -Gutachter anno 2015 in somatischer Sicht keine irgendwie gearteten Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit fest . Insbesondere lag dem gutachterlichen Zumutbarkeits- resp. Belastungsprofil

eine

– damals lediglich durch Stress und Kälte provozierte und jedenfalls nicht fachärztlich behandelte - Urge -Urininkontinenz zugrunde , welche nach internistischer Einschätzung keinerlei Einschränkungen auf die Arbeitsfähigkeit zeitigte (Urk. 7/157/6 , Urk. 7/157/61) . Auf erneute Vorlage räumte RAD-Ärztin Dr. med. L.____ , Fachärztin FMH für Innere Medizin, am 29. August 2019 ein , ein zusätzlicher Zeitauf wand zur Selbstkatheterisierung sei nachvollziehbar und begründe allenfalls eine 20%ige Arbeitsunfähigkeit in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit. Weshalb sie gleichzeitig eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes verneinte (Urk. 7/291 /4), ist nicht nachvollziehbar. Kommt

weiter hinzu die seit 2

E. 019

dokumentierte Stuhlinkontinenz (Urk. 7/240/11, Urk. 7/257/2; vgl. demgegenüber Urk. 7/157/45, wonach der Stuhlgang nach Angaben des Beigeladenen anno 2015 problemlos war). Da ss RAD-Ärztin Dr. med. M.____ , Fachärztin FMH für Neurologie, mit Stellungnahme vom 2. Juni 2021 eine urodynamische Verschlechterung verneinte und dies damit begründete,

die Einhaltung von diätischen Massnahmen sowie Trinkmengenrestriktion

führe zu einer Symptomregression , vermag nicht zu überzeugen (Urk. 7/298/3). Letzteres umso weniger , wenn die Dranginkontinenz bereits bei Unterschreitung der für Erwachsene empfohlenen Mindesttrinkmenge von

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