



Entscheid des Kantonsgerichts Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht

vom 7. Juni 2012 (720 12 106 / 155)

Invalidenversicherung

Neuanmeldung zum Leistungsbezug nach vorangegangener Leistungsverweigerung

Besetzung Vizepräsident Christof Enderle, Kantonsrichter Yves Thommen, Kantonsrichter Jgnaz Jermann, Gerichtsschreiberin Laura Manz

Parteien **A.**____, Beschwerdeführer

gegen

IV-Stelle Basel-Landschaft, Hauptstrasse 109, 4102 Binningen,
Beschwerdegegnerin

Betreff IV-Rente (756.9001.4677.39)

A. Der 1954 geborene A.____ meldete sich erstmals am 18. Juni 2009 unter Hinweis auf einen Herzinfarkt im Dezember 2008 sowie die anschliessende Bypassoperation bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug an. Nach Abklärung der medizinischen und erwerblichen Umstände ermittelte die IV-Stelle Basel-Landschaft (IV-Stelle) mit Verfügung vom 17. August 2010 einen Invaliditätsgrad von 19% und lehnte einen Anspruch auf Rentenleistungen ab. Die Verfügung erwuchs in der Folge unangefochten in Rechtskraft.

Am 2. Dezember 2011 meldete sich A.____ erneut zum Leistungsbezug an, mit dem Hinweis, dass sich sein Gesundheitszustand erheblich verschlechtert habe. Auf entsprechende Aufforderung der IV-Stelle brachte der Versicherte zwei Arztberichte bei. Nach einer Beurteilung durch den Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD) trat die IV-Stelle mit Verfügung vom 7. März 2012 auf das Leistungsbegehren von A.____ nicht ein, mit der Begründung, es sei keine wesentliche Veränderung des Gesundheitszustands glaubhaft gemacht.

B. Gegen diese Verfügung erhob A.____ mit Eingabe vom 22. März 2012 Beschwerde beim Kantonsgericht des Kantons Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht (Kantonsgericht), und beantragte sinngemäss deren Aufhebung sowie eine erneute Überprüfung seines Leistungsbegehrens. Zudem beantragte er die unentgeltliche Prozessführung. Zur Begründung führt er im Wesentlichen an, dass der Zustand seines Herzens seit der letzten Leistungsabweisung eine Verschlechterung erfahren habe, was aus den beigebrachten Arztberichten ersichtlich sei.

C. Mit Verfügung vom 10. April 2012 bewilligte das instruierende Präsidium des Kantonsgerichts die unentgeltliche Prozessführung.

D. In ihrer Vernehmlassung vom 25. April 2012 hielt die IV-Stelle an ihrer Verfügung fest und beantragte die Abweisung der Beschwerde.

Das Kantonsgericht zieht **in Erwägung** :

1. Gemäss Art. 69 Abs. 1 lit. a des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) vom 19. Juni 1959 können Verfügungen der kantonalen IV-Stellen direkt vor dem Versicherungsgericht am Ort der IV-Stelle angefochten werden. Anfechtungsobjekt des vorliegenden Verfahrens bildet eine Verfügung der IV-Stelle Basel-Landschaft, sodass die örtliche Zuständigkeit des Kantonsgerichts Basel-Landschaft zu bejahen ist. Laut § 54 Abs. 1 lit. b des Gesetzes über die Verfassungs- und Verwaltungsprozessordnung (VPO) vom 16. Dezember 1993 beurteilt das Kantonsgericht als Versicherungsgericht als einzige gerichtliche Instanz des Kantons Beschwerden gegen Verfügungen der kantonalen IV-Stelle. Es ist somit auch sachlich zur Behandlung der vorliegenden Beschwerde zuständig. Auf die im Übrigen frist- und formgerecht erhobene Beschwerde ist einzutreten.

2.1 Strittig und zu prüfen ist, ob seit der letzten verfükten materiellrechtlichen Leistungsprüfung und Leistungsverweigerung am 17. August 2010 bis zum Verfügungszeitpunkt vom 7. März 2012 eine anspruchserhebliche Veränderung glaubhaft gemacht worden ist.

2.2 Gemäss Art. 87 Abs. 3 in Verbindung mit Abs. 4 der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV) vom 17. Januar 1961 hat die IV-Stelle eine Neuanmeldung zum Leistungsbezug nach vorangegangener Leistungsverweigerung nur dann materiell-rechtlich zu prüfen, wenn die versicherte Person eine seit der letztmaligen Leistungsablehnung für den Leistungsanspruch relevante Veränderung der tatsächlichen Umstände hat glaubhaft machen können

(vgl. zum Ganzen auch BGE 130 V 64 E. 5.2 mit weiteren Hinweisen). Dabei kann es sich bei der glaubhaft zu machenden anspruchrelevanten Änderung auch um eine neue Diagnose handeln. Eine Änderung ist ferner dann gegeben, wenn sich ein Leiden – bei gleicher Diagnose – in seiner Intensität und in seinen Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit verändert hat, wie dies etwa bei der Chronifizierung einer psychischen Störung zutreffen kann (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_1025/2010 vom 28. März 2011 E. 4.2 mit weiteren Hinweisen).

2.3 Art. 87 Abs. 3 und 4 IVV beruhen auf dem Grundgedanken, dass die Rechtskraft der früheren Verfügung einer neuen Prüfung so lange entgegensteht, als der seinerzeit beurteilte Sachverhalt sich in der Zwischenzeit nicht verändert hat. Um zu verhindern, dass sich die Verwaltung mit gleich lautenden und nicht näher begründeten, d.h. keine Veränderung des Sachverhaltes darlegenden Rentengesuchen befassen muss, ist sie nach Eingang einer Neuanschuldung zunächst zur Prüfung verpflichtet, ob die Vorbringen der versicherten Person überhaupt glaubhaft sind; verneint sie dies, so erledigt sie das Gesuch ohne weitere Abklärungen durch Nichteintreten. Dabei verfügt sie bei der Beurteilung der Eintretensvoraussetzungen über einen gewissen Ermessensspielraum und wird unter anderem berücksichtigen, ob die frühere Verfügung nur kurze oder schon längere Zeit zurückliegt, und dementsprechend an die Glaubhaftmachung höhere oder weniger hohe Anforderungen stellen (vgl. BGE 109 V 108 E. 2b; Urteil des Bundesgerichts 8C_1025 vom 28. März 2011 E. 2.2 mit weiteren Hinweisen).

2.4 Unter Glaubhaftmachen ist nicht der Beweis nach dem im Sozialversicherungsrecht sonst üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit gemeint (vgl. BGE 126 V 353 E. 5b S. 360). Die Beweisforderungen sind vielmehr herabgesetzt, indem nicht im Sinne eines vollen Beweises die Überzeugung der Verwaltung begründet zu werden braucht, dass seit der letzten, rechtskräftigen Entscheidung tatsächlich eine relevante Änderung eingetreten ist. 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 Invalidenrente sei begründet, falls sich die geltend gemachten Umstände als richtig erweisen sollten (vgl. Urteile des Bundesgerichts 8C_1009/2010 vom 7. April 2011 E. 2.2 mit Hinweisen und 8C_341/2011 vom 27. Juni 2011 E. 2.2.1).

2.5 Es ist in erster Linie Sache der versicherten Person, mit der Neuanschuldung substantielle Anhaltspunkte für eine allfällige neue Prüfung des Leistungsanspruchs darzulegen (vgl. auch bezüglich Nachfristansetzung zur Einreichung ergänzender, in der Neuanschuldung lediglich in Aussicht gestellter Beweismittel BGE 130 V 64 E. 5.2.5). Wenn die dem abermaligen Leistungsersuchen beigelegten ärztlichen Berichte so wenig substantiiert sind, dass sich eine neue Prüfung einzig auf Grund weiterer Erkenntnisse allenfalls rechtfertigen würde, ist die IV-Stelle zur Nachforderung weiterer Angaben nur, aber immerhin dann verpflichtet, wenn den – für sich allein genommen nicht Glaubhaftigkeit begründenden – Arztberichten konkrete Hinweise entnommen werden können, wonach möglicherweise eine mit weiteren Erhebungen erstellbare rechtserhebliche Änderung vorliegt (vgl. zum Ganzen: Urteile des Bundesgerichts

8C_1009/2010 vom 7. April 2011 E. 2.3 und 9C_286/2009 vom 28. Mai 2009 E. 2.2.3, in: Schweizerische Zeitschrift für Sozialversicherung und berufliche Vorsorge [SZS] 2009 S. 397).

2.6 Zeitliche Vergleichsbasis für die Prüfung einer anspruchserheblichen Änderung des Invaliditätsgrades 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 Gesundheitszustandes) beruht (vgl. BGE 133 V 114 E. 5.4; vgl. auch BGE 130 V 75 ff. E. 3.2.3).

2.7 Die letzte rechtskräftige Verfügung vom 17. August 2010 stützte sich auf eine durch den Krankenversicherer in Auftrag gegebene Begutachtung des B.____-Zentrums vom 4. Dezember 2009 und blieb unangefochten. Demgemäss beurteilt sich die Frage, ob eine Änderung der tatsächlichen Verhältnissen eingetreten ist, die ein revisionsweise Eintreten auf die Neuankündigung rechtfertigt, durch Vergleich des Sachverhalts, wie er im Zeitpunkt der Rentenverfügung vom 17. August 2010 bestanden hat, mit demjenigen im Zeitpunkt der vorliegend angefochtenen Verfügung vom 7. März 2012.

3.1 Für die Beurteilung der Frage, ob der Beschwerdeführer eine anspruchserhebliche Verschlechterung des Gesundheitszustands glaubhaft machen kann, liegen folgende ärztliche Berichte vor:

3.2 Im Rahmen der bidisziplinären Begutachten durch Dr. med. C.____, FMH Allgemeine Medizin und Dr. med. D.____, FMH Kardiologie, des B.____-Zentrums vom 4. Dezember 2009 wurde eine koronare 3-Ast-Erkrankung bei einem Status nach anteriorem STEMI am 12. Dezember 2008, notfallmässiger PTCA am 12. Dezember 2008 mit Implantation eines BMS im mittleren RIVA, einer 3-fachen aortokoronare Bypassoperation am 19. Januar 2009 mit LIMA auf RIVA, Arteria radialis auf RCX und ein Venenbypass ACD diagnostiziert. Die linksventrikuläre Pumpleistung bezeichnete Dr. D.____ bei 41% als leicht eingeschränkt mit anteroseptopikaler Ischämie und stellte einen inkompletten Rechtsschenkelblock und einen linksanterioren Hemiblock fest. Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit wurde eine Hyperlipidaemie, eine arterielle Hypertonie sowie ein Status nach Appendektomie bemerkt. Dr. D.____ beurteilte die Arbeitsfähigkeit des Versicherten in einer körperlich leichten Arbeit, beispielsweise im bereits ausgeübten Beruf, als nicht eingeschränkt. Demgegenüber sei der Versicherte für schwere körperliche Arbeiten zu 100% arbeitsunfähig, eine mittelschwere körperliche Tätigkeit sei dem Versicherten zu 50% zumutbar.

3.3 Mit Schreiben vom 22. Dezember 2011 an Dr. med. E.____, FMH Innere Medizin, berichtete Dr. med. F.____, FMH Kardiologie, über den Versicherten. Im Unterschied zur Begutachtung durch das B.____-Zentrum vom 4. Dezember 2009 stellte Dr. F.____ eine linksventrikuläre Pumpfunktion von 37% fest und beschrieb diese als beginnend schwer eingeschränkt. Zwischenzeitlich seien sämtliche Rehabilitationsversuche gescheitert, der Patient leide nicht nur unter einer eingeschränkten Herzfunktion, sondern auch an einer zunehmenden Dekonditionierung. Hinzu komme ein schweres metabolisches Syndrom mit Adipositas, Diabetes mellitus,

arterieller Hypertonie und Dyslipidämie zum Tragen. Des Weiteren sei es durch die schwere Herzkrankheit reaktiv zu einer depressiven Entwicklung mit einer somatoformen autonomen Funktionsstörung gekommen. Dr. F.____ hielt abschliessend fest, dass er keine Verbesserung des Gesundheitszustands des Patienten erwarte und deshalb empfehle, ihn zu 100% arbeitsunfähig einzuschätzen.

3.4 Dr. E.____ griff die Diagnosen und Ausführungen von Dr. F.____ in seinem medizinischen Bericht vom 27. Januar 2012 auf und erklärte den Versicherten aus hausärztlicher Sicht zu 100% arbeitsunfähig.

3.5 Mit Berichten vom 11. Januar 2012 und 6. März 2012 nahm Dr. med. G.____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, RAD, zu den eingereichten ärztlichen Berichten von Dr. F.____ und Dr. E.____ Stellung. Dabei wies er darauf hin, dass die gestellten Diagnosen fast ausschliesslich bereits zum erstmaligen Verfügungszeitpunkt am 17. August 2010 bekannt gewesen seien und somit keine Verschlechterung des Gesundheitszustands begründen könnten. Bei der Verschlechterung der linksventrikulären Pumpfunktion von 41% auf 37% handle es sich um vergleichbare Werte. Die Dekonditionierung aufgrund langer Arbeitskarenz müsse den invaliditätsfremden Faktoren zugeordnet werden und hätte zudem ohnehin keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit in einer körperlich leichten Tätigkeit. Bezüglich der erwähnten depressiven Entwicklung lägen keine psychopathologischen Befunde vor, die diese Diagnose belegen würden. Es sei zudem bei der erstmaligen Begutachtung durch das B.____-Zentrum bereits berücksichtigt worden, dass der Versicherte in einer körperlich schweren Arbeitstätigkeit zu 100% arbeitsunfähig sei. Zusammenfassend seien die aufgeführten Diagnosen durchwegs bekannt, eine markante Verschlechterung des Gesundheitszustands sei nicht ersichtlich, weshalb die Arbeitsfähigkeit für die Verweistätigkeit unverändert bei 100% liege.

4.1 Auch wenn mit dem Beweismass des Glaubhaftmachens herabgesetzte Anforderungen an den Beweis verbunden sind, zeigt eine Würdigung der vorhandenen medizinischen Akten, dass – entgegen den Vorbringen in der Beschwerde – keine hinreichenden Anhaltspunkte für eine rechtserhebliche Sachverhaltsänderung auszumachen sind. So führte der RAD-Arzt Dr. G.____ zutreffend aus, dass bereits im Rahmen der B.____-Zentrum-Begutachtung im Jahr 2009 eine koronare Herzkrankheit mit eingeschränkter linksventrikulärer Pumpfunktion diagnostiziert wurde. Die übrigen gestellten Diagnosen waren – mit Ausnahme der depressiven Entwicklung – ebenfalls bereits vor dem erstmaligen Verfügungszeitpunkt aktenkundig. Die depressive Entwicklung ist sodann nicht genügend glaubhaft gemacht, insbesondere fehlt es an einem glaubhaft gemachten Psychostatus und an der Dauerhaftigkeit der behaupteten depressiven Entwicklung. Des Weiteren lassen die Einschätzungen der Arbeitsfähigkeit durch Dr. F.____ und Dr. E.____ eine Differenzierung hinsichtlich körperlich schwerer und leichter Arbeitstätigkeit vermissen. Demgegenüber weist Dr. G.____ zu Recht darauf hin, dass selbst die geltend gemachte Dekonditionierung, das metabolische Syndrom mit Adipositas, der Diabetes mellitus, die arterieller Hypertonie, Dyslipidämie sowie die Verschlechterung der Pumpfunktion um 4% hinsichtlich einer körperlich leichten Arbeitstätigkeit nicht ins Gewicht fallen würden. Damit legt der RAD-Arzt Dr. G.____ überzeugend dar, dass dem Versicherten körperlich leichte, nach Möglichkeit mehrheitlich sitzende, Arbeiten weiterhin im bisherigen Umfang zumutbar

sind. Demgegenüber liefern die vom Beschwerdeführer beigebrachten medizinischen Berichte weder Anhaltspunkte für eine anspruchserhebliche Verschlechterung der Arbeitsfähigkeit in Verweistätigkeiten, noch vermögen sie die vom RAD-Arzt Dr. G.____ vorgenommene Einschätzung in Frage zu stellen.

4.2 Da der Beschwerdeführer nicht glaubhaft machen konnte, dass sich sein Gesundheitszustand seit Erlass der Rentenverfügung vom 17. August 2010 in einer für den Anspruch erheblichen Weise verschlechtert hat, ist die IV-Stelle nach dem Gesagten zu Recht auf sein Leistungsbegehren vom 2. Dezember 2011 nicht eingetreten. Die gegen die Nichteintretensverfügung vom 7. März 2012 erhobene Beschwerde erweist sich als unbegründet, weshalb sie abzuweisen ist.

5. Gemäss Art. 69 Abs. 1^{bis} IVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festgelegt. Bei Fällen wie dem vorliegenden, in denen ein durchschnittlicher Verfahrensaufwand entstanden ist, setzt das Gericht die Verfahrenskosten in Berücksichtigung des bundesrechtlichen Kostenrahmens einheitlich auf Fr. 600.-- fest. Nach § 20 Abs. 3 VPO werden die Verfahrenskosten in der Regel der unterliegenden Partei in angemessenem Ausmass auferlegt. Vorliegend ist der Beschwerdeführer unterliegende Partei, weshalb die Verfahrenskosten ihm aufzuerlegen sind. Da dem Beschwerdeführer mit Verfügung vom 10. April 2012 die unentgeltliche Prozessführung bewilligt wurde, gehen die Verfahrenskosten zu Lasten der Gerichtskasse. Die ausserordentlichen Kosten sind dem Prozessausgang entsprechend wettzuschlagen.

Demgemäss wird **e r k a n n t** :

://:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Die Verfahrenskosten in der Höhe von Fr. 600.-- werden dem Beschwerdeführer auferlegt.

Zufolge Bewilligung der unentgeltlichen Prozessführung gehen die Verfahrenskosten zu Lasten der Gerichtskasse.

3. Die ausserordentlichen Kosten werden wettgeschlagen.