

SO_GERICHTE VSBES.2016.217 vom 1. Juli 2016

SO Obergericht, 2016-07-01, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2016.217

FR: SO_GERICHTE VSBES.2016.217 du 1 juillet 2016

IT: SO_GERICHTE VSBES.2016.217 del 1 luglio 2016

Erwägungen

E. 4

4.1 Am 2. Mai 2016 liess der Beschwerdeführer unter Hinweis auf zwei neue Arztberichte ein Revisionsverfahren in dem Sinne beantragen, dass sich sein Gesundheitszustand seit der letzten Rentenverfügung verschlechtert habe (IV-Nr. 168).

4.1 Mit Vorbescheid vom 11. Mai 2016 kündigte die Beschwerdegegnerin an, auf das neue Leistungsbegehren nicht einzutreten. Gleichzeitig wie sie darauf hin, dass innerhalb der 30-tägigen Einwandfrist Beweismittel (Arztberichte, Therapieberichte, etc.) eingereicht werden könnten, welche eine Veränderung des Gesundheitszustands glaubhaft erscheinen liessen (IV-Nr. 169). Daraufhin liess der Beschwerdeführer am 20. Mai 2016 geltend machen, die beiden am 11. Mai 2016 eingereichten Berichte von Dr. med. B.____, Allgemeine Medizin FMH, [...], vom 15. Januar 2016 und des Spitals C.____ vom 14. April 2016 bestätigten eine Verschlechterung seines Gesundheitszustands (IV-Nr. 170). Am 21. Juni 2016 gelangte der Bericht von Dr. D.____, Gemeinschaftspraxis für Chiropraktik, [...], zu den Akten der Beschwerdegegnerin (IV-Nr. 172, S. 2), den der Beschwerdeführer am 28. Juni 2016 erneut einreichen liess (IV-Nr. 173).

4.2 Am 28. Juni 2016 nahm der Regionalärztliche Dienst (RAD), Dr. med. E.____, zur Frage der gesundheitlichen Verschlechterung Stellung (vgl. «Protokoll», S. 14 f.).

4.3 Am 1. Juli 2016 entschied die Beschwerdegegnerin im Sinne des Vorbescheids und trat auf das neue Leistungsbegehren nicht ein. Zur Begründung führte sie an, der Beschwerdeführer habe eine Veränderung des Gesundheitszustands nicht glaubhaft gemacht; daran vermöchten auch die nachträglich eingereichten Unterlagen nichts zu ändern (IV-Nr. 174).

5. Dagegen lässt der Beschwerdeführer am 29. August 2016 beim Versicherungsgericht Beschwerde erheben. Er stellt und begründet folgende Rechtsbegehren (Aktenseite [A.S.] 3 ff.): 1. Die angefochtene Verfügung sei aufzuheben. 2. Die Akten seien bezüglich der verbliebenen Arbeits- und Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers zur Neubeurteilung an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen; diese sei anzuweisen, vorgängig des Rentenentscheids ein polydisziplinäres Gutachten anzuordnen. Unter Kosten- und Entschädigungsfolge 6. Die Beschwerdegegnerin teilt am 29. September 2016 mit, dass sich eine umfassende Stellungnahme erübrige. So entsprächen die Rügegründe der Beschwerde im Wesentlichen jenen im Einwandverfahren. Es werde auf die Begründung in der angefochtenen Verfügung verwiesen. Ergänzend sei zu erwähnen, dass die vom Beschwerdeführer im Beschwerdeverfahren angesprochenen, medizinischen Berichte bereits im Verfügungszeitpunkt vorgelegen hätten und durch den RAD, Dr. med. E.____, am 28. Juni 2016 eingehend gewürdigt worden seien. Dr. med. E.____ habe dabei klar festgehalten, dass keine Verschlechterung des Gesundheitszustands ausgewiesen sei. Vielmehr handle es sich um eine subjektive Verschlechterung des Beschwerdeführers, die jedoch nicht objektiviert werden könne (A.S. 13).

7. Am 10. November 2016 reicht der Vertreter des Beschwerdeführers die Kostennote ein (A.S. 17 ff.). Auf die Ausführungen der Parteien in

ihren Rechtsschriften wird soweit erforderlich in den nachstehenden Erwägungen eingegangen. Im Übrigen wird auf die Akten verwiesen. II. 1. Die Sachurteilsvoraussetzungen (Einhaltung von Frist und Form, örtliche und sachliche Zuständigkeit des angerufenen Gerichts) sind erfüllt. Auf die Beschwerde ist einzutreten. 2.

2.1 Wurde eine Rente wegen eines zu geringen Invaliditätsgrades verweigert, so wird eine neue Anmeldung nur geprüft, wenn glaubhaft gemacht wird, dass sich der Invaliditätsgrad seither erheblich verändert hat (Art. 87 Abs. 3 in Verbindung mit Abs. 2 Verordnung über die Invalidenversicherung [IVV, SR 831.201]); dies gilt auch für berufliche Eingliederungsmassnahmen (BGE 113 V 22 E. 3b S. 27).

2.2 Die Eintretensvoraussetzung nach Art. 87 Abs. 2 und 3 IVV soll verhindern, dass sich die Verwaltung immer wieder mit gleichlautenden und nicht näher begründeten Rentengesuchen befassen muss (BGE 133 V 108 E. 5.3.1 S. 112). Die Rechtskraft der früheren Verfügung steht einer neuen Prüfung so lange entgegen, wie sich der seinerzeit beurteilte Sachverhalt in der Zwischenzeit nicht verändert hat. Die Verwaltung verfügt bei der Beurteilung dieser Eintretensvoraussetzung über einen gewissen Spielraum. So wird sie namentlich berücksichtigen, ob die frühere Verfügung nur kurze oder schon längere Zeit zurückliegt, und an die Glaubhaftmachung dementsprechend mehr oder weniger hohe Anforderungen stellen (Urteil des Bundesgerichts 8C_531/2013 vom 10. Juni 2014 E. 4.1.2).

2.3 Mit dem Beweismass des Glaubhaftmachens 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 S. 360) erstellt sein. Es genügt, dass für das Vorhandensein des geltend gemachten rechtserheblichen Sachumstands 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 Versicherungsleistung sei begründet, falls sich die geltend gemachten Umstände als gegeben erweisen (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_531/2013 vom 10. Juni 2014 E. 4.1.3 mit Hinweisen).

2.4 Wird in der Neuanmeldung bloss auf ergänzende Beweismittel, insbesondere Arztberichte, hingewiesen, die noch beigebracht würden oder von der Verwaltung beizuziehen seien, ist der versicherten Person unter Androhung des Nichteintretens eine angemessene Frist zur Einreichung der Beweismittel anzusetzen (BGE 130 V 64 E. 5.2.5 S. 69). Ähnlich zu verfahren ist, wenn der Neuanmeldung zwar ärztliche Berichte beiliegen, diese indessen so wenig substantiiert sind, dass sich eine neue Prüfung nur aufgrund weiterer Erkenntnisse allenfalls rechtfertigen würde. Diesfalls ist die IV-Stelle zur Nachforderung weiterer Angaben nur, aber immerhin 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 (Urteil des Bundesgerichts 8C_844/2012 vom 5. Juni 2013 E. 2.1). Wird auch innerhalb der Nachfrist keine erhebliche Veränderung glaubhaft gemacht, ist ein Nichteintretensentscheid zu fällen. Das Gericht prüft in dieser Konstellation im Beschwerdefall einzig, ob zu Recht ein Nichteintretensentscheid ergangen ist. Es legt dem Urteil den Sachverhalt zugrunde, der sich dem Versicherer geboten hat. Massgebend ist in dieser Konstellation auch für das Gericht im Beschwerdeverfahren die Aktenlage bei Erlass der Verfügung (BGE 130 V 64 E. 5 S. 66 f. und E. 5.2 S. 67 ff.; Urteil des Bundesgerichts 9C_799/2016 vom 21. März 2017 E. 2.1). Der Untersuchungsgrundsatz gilt in diesem Zusammenhang nicht (Urteil des Bundesgerichts 9C_755/2016 vom 16.

November 2016). 3. Streitig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin mit der angefochtenen Verfügung vom 1. Juli 2016 zu Recht auf die am 2. Mai 2016 in Form eines Revisionsgesuchs vorgenommene Neuanschuldung nicht eingetreten ist. In der Beschwerde wird geltend gemacht, aufgrund der Berichte der Dres. F.____, B.____ und D.____ vom 21. September 2015, 15. Januar, 14. April und 26. Mai 2016 sei die Verschlechterung des Gesundheitszustands des Beschwerdeführers ausgewiesen. Indem die Beschwerdegegnerin auf das Leistungsbegehren nicht eingetreten sei, habe sie Bundesrecht verletzt (A.S. 5 f.).

4. Zu untersuchen ist, ob aufgrund der mit dem Gesuch vom 2. Mai 2016 und der Zuschrift vom 28. Juni 2016 eingereichten Unterlagen (IV-Nr. 168, 173) eine erhebliche, anspruchrelevante Veränderung des Gesundheitszustands im Vergleich zum Zeitpunkt der im November 2012 erfolgten medizinischen Untersuchungen (vgl. IV-Nr. 145) als glaubhaft gemacht zu gelten hat und die Beschwerdegegnerin somit auf die Neuanschuldung hätte eintreten müssen. Dazu ist einleitend festzuhalten, dass die Beschwerdegegnerin mit dem im Vorbescheid enthaltenen Hinweis auf die Möglichkeit, weitere Berichte einzureichen (E. I. 4.1 hiervor), die verfahrensmässigen Vorgaben eingehalten hat. Die Überprüfungsbefugnis des Gerichts beschränkt sich daher auf die Aktenlage, die der Beschwerdegegnerin vorlag, als sie die angefochtene Verfügung erliess (vgl. E. II. 2.4 hiervor).

4.1 Als die Beschwerdegegnerin mit der Verfügung vom 29. Januar 2014, die das Versicherungsgericht mit Urteil vom 27. Februar 2015 bestätigte (IV-Nr. 166), den Anspruch auf berufliche Massnahmen und eine Invalidenrente verneinte, stützte sie sich für die Beurteilung des medizinischen Sachverhalts in erster Linie auf das Gutachten der Begutachtungsstelle G.____ vom 11. Februar 2013 (IV-Nr. 145) sowie auf die Stellungnahmen der RAD-Ärzte Dr. med. H.____ vom 24. April 2013 (IV-Nr. 148) und Dr. med. E.____ vom 21. November 2013 (IV-Nr. 157). Diesen Unterlagen lässt sich im Wesentlichen Folgendes entnehmen (IV-Nr. 159):

4.1.1 Die Ärzte der Begutachtungsstelle G.____ stellten keine die Arbeitsfähigkeit beeinträchtigenden Diagnosen. Ohne Relevanz für die Arbeitsfähigkeit diagnostizierten sie eine beginnende Zervikalarthrose und Discopathie C5/6 ohne Neurokompression, eine unspezifische Lumbalgie, ein wahrscheinlich leichtgradiges Restless-legs-Syndrom, psychologische Faktoren oder Verhaltensstörungen bei andernorts klassifizierten Krankheiten sowie eine Primärpersönlichkeit mit leicht ängstlichen, abhängigen Anteilen (ohne Krankheitswert). Anlässlich der allgemeinmedizinischen Untersuchung habe der Beschwerdeführer erklärt, er leide an Depressionen. Sein Körper sei schwach. Vor allem die Bewegungen der Halswirbelsäule seien schmerzhaft eingeschränkt. Er fühle sich wegen seiner Schmerzen zu keiner Arbeit in der Lage, auch keiner leichten in Schonhaltung. Internistisch liege keine eigenständige Erkrankung vor. In der neurologischen Untersuchung habe der Beschwerdeführer vor allem über Schmerzen im Nacken, im linken Schulterbereich sowie im Kreuz mit Ausstrahlung in das linke Bein geklagt. Die Schmerzen hätten sich seit dem ersten Auftreten im Jahr 2004 von Lokalisation und Qualität her nicht grundlegend verändert, seien aber stärker geworden. Im linken Arm habe der Beschwerdeführer wenig Kraft. Die Oberflächensensibilität dort sowie im linken Bein sei unauffällig. Motorische Funktionen seien nicht beeinträchtigt. Weder aus der Anamnese noch aus den objektivierbaren Untersuchungsbefunden habe sich ein Hinweis auf eine radikuläre C6-Störung oder eine andere zervikal-radikuläre Symptomatik ergeben. Der Beschwerdeführer habe keine Ausstrahlung in den linken Daumen resp. über die Oberarmbeugeseite oder die Unterarmradialseite (was dem Segment C6 entsprechen würde) geschildert, sondern in den Aussenbereich des Armes und zu den Fingern D2-5; dies entspräche den Segmenten C7 und

C8, wo freilich ein radiologisches Korrelat fehle. Beschrieben worden sei eine diffuse allgemeine Schwäche, nicht ein segmentales Defizit wie eine Beugeparese. Sensomotorische Defizite fehlten. Die Reflexe seien symmetrisch und reproduzierbar gut auslösbar, inkl. Scapular-Reflex (C5-Kennreflex) und Bizepssehnen-Reflex (C6-Kennreflex). Auch beim Foramen-Okklusionsmanöver der Halswirbelsäule seien keine radikulären Schmerzen angegeben worden. Der obere und mittlere Trapezius sei objektiv weich und locker verschieblich gewesen. Der bei gezielter Untersuchung geklagte subjektive Druckschmerz sei bei Ablenkung nicht mehr erwähnt worden. Weiter seien die Angaben teils inkongruent gewesen; so, wenn der Beschwerdeführer angegeben habe, er neige den Kopf zur Schmerzvermeidung eher nach rechts, während der zweistündigen Anamnese den Kopf dann aber überwiegend nach links halte. Eine reduzierte Beweglichkeit der Halswirbelsäule sei zu keinem Zeitpunkt erkennbar gewesen; einzig in der gezielten Untersuchung seien Bewegungen zögerlich und eingeschränkt ausgeführt worden, die zuvor unbeobachtet bestens möglich gewesen seien. Beim An- und Entkleiden sei keine eingeschränkte Beweglichkeit aufgefallen: Die Arme seien seitengleich, locker und flüssig bewegt worden, während in der gezielten Untersuchung der linke Arm nur langsam und mit Mühe über Kopfhöhe gehoben worden sei. Auch lumbal habe sich kein konkretes radikuläres Beschwerdebild erkennen lassen. Die Sensomotorik sei normal, der Reflexstatus symmetrisch gewesen, inkl. Tibialis-posterior-Reflex (L5-Kennreflex). Das Gehen sei als unbeeinträchtigt erschienen. Sitzen sei während zwei Stunden ruhig und ohne Ausgleichbewegungen möglich gewesen. Ein leichtes Restless-legs-Syndrom sei möglich, aber behandelbar und für die Arbeitsfähigkeit nicht relevant. Der Beschwerdeführer habe seine Medikamente nicht angeben können. Die Behauptung, er nehme sie jeden Tag ein (s.a. den Medikamentenplan), stehe im Widerspruch zur Laboruntersuchung, wo für Schmerzmittel wie für Antidepressiva keine messbaren Wirkspiegel hätten nachgewiesen werden können. Entweder liege eine Non-Compliance vor, oder die Beschwerden würden in Ausmass und Intensität hinter der Darstellung des Beschwerdeführers zurückbleiben. Zusammenfassend fehle es sowohl aktuell als auch retrospektiv an einer zerviko- oder lumbo-radikulären Symptomatik. Die in den Akten erwähnte C6-Symptomatik sei nicht nachvollziehbar und basiere wahrscheinlich auf einer unkritischen Wertung der Schmerzangaben. Ein unspezifischer Schmerz aus dem Diskusfach sei zwar möglich. Ein radikulärer Schmerz im C6-Segment sei aber nicht beschrieben worden. Keiner der anderen Ärzte habe eine fassbare Neurokompression festgestellt. Auch die MRI-Untersuchung von 2011 habe die Befundlage nicht verändert. Bei zervikalen degenerativen Veränderungen würden statistisch betrachtet körperlich schwere Verrichtungen wie das Heben von Gewichten eine mechanische Belastung bis zur Schultergürtelhöhe bewirken, während die Halswirbelsäule nur indirekt, durch Anspannung der Nackenmuskulatur, und deutlich geringer belastet werde. Diese Einwirkung lasse sich durch eine korrekte ergonomische Haltung, d.h. Vermeiden einer Kopfreklination, reduzieren. Daher sollte es möglich sein, einen Grossteil der früheren Arbeit als Bauhelfer weiterhin zu verrichten. Ausschliesslich mittelschwere oder schwere Tätigkeiten seien indes zu vermeiden. In der orthopädischen Untersuchung habe der Beschwerdeführer erzählt, er leide fast dauernd unter Schmerzen, die vom Nacken in den linken Arm ausstrahlten, auch bei leichter Arbeit. Die Diskrepanz zwischen der Selbsteinschätzung des Beschwerdeführers und den objektivierbaren Befunden ziehe sich wie ein roter Faden durch die Krankengeschichte. Die Überzeugung, nicht mehr arbeiten zu können, lasse sich nicht begründen. Abnützungerscheinungen der mittleren Halswirbelsäule seien bei Schwerarbeitern mittleren Alters normal und müssten

erfahrungsgemäss nicht einmal zu Beschwerden führen; so zeige sich hier nach langjährigem Verlauf nur eine geringe Bewegungseinschränkung der Halswirbelsäule. Der linke Arm weise keine sicheren motorischen oder sensiblen Ausfälle mit radikulärem Muster auf; namentlich fehle ein Plexusdehnungsschmerz. Gelenkbeweglichkeit und Muskelumfang seien an beiden Armen symmetrisch. Vermutlich habe sich das Schmerzerleben nach dem langwierigen Verlauf ziemlich weit von somatischen Schmerzursachen entfernt. Leichte bis mittelschwere Tätigkeiten seien zu 100 % zumutbar. Die bisherige Arbeit im Strassenbau, z.B. als Maschinenführer, komme ohne Einschränkung in Frage. Anlässlich der psychiatrischen Untersuchung habe der Beschwerdeführer angegeben, bis heute starke Schmerzen im Nacken-Schultergürtelbereich, in der linken Schulter mit Ausstrahlung in den linken Arm sowie im Rücken mit Ausstrahlung ins linke Bein zu haben. Nachts liege er mehrere Stunden wach und sei unruhig. Das linke Bein koche vor Wärme. Die Schulter und der Nacken würden brennen. Die Stimmung sei teilweise schlecht. Er fühle sich traurig, weil er langsam alles verliere. Die Schmerzen würden ihn depressiv machen. Er habe nur wenige soziale Kontakte, da er grössere Gruppen meide, verkehre aber doch noch mit einzelnen Kollegen. Tagsüber nehme er seine Termine beim Arzt etc. wahr. Am Vormittag mache er kleinere Einkäufe. Nach dem (von der Tochter zubereiteten) Mittagessen schlafe er 30 bis 60 Minuten; anschliessend sei er bei schönem Wetter 20 bis 30 Minuten mit dem Velo unterwegs. Die Familie schaue zusammen fern und unterhalte sich. Sie wüssten, dass sie ruhig bleiben sollten, damit er sich beherrschen könne und nicht mit der Faust auf den Tisch schlage. Beim Erscheinen habe der Beschwerdeführer etwas verschüchtert und leicht unsicher gewirkt, aber freundlich und höflich. Zeitweise sei der Eindruck entstanden, dass das Zittern an den Beinen selber induziert werde. Der Beschwerdeführer sei allseits orientiert gewesen. Das Ich-Bewusstsein sei ungestört gewesen. Psychotische Störungen seien nicht explorierbar gewesen. Für Störungen von Aufmerksamkeit und Konzentration habe es keine relevanten Hinweise gegeben. Einige Daten sei etwas ungenau angegeben worden; doch die meisten seien aus dem ausgefüllten Formular hervorgegangen. Die Sprache sei gut moduliert gewesen. Es hätten sich keine formalen oder inhaltlichen Denkstörungen gefunden. Die Intelligenz habe unter Berücksichtigung der Schulbildung, des beruflichen Werdegangs und der allgemeinen Sozialisation durchschnittlich gewirkt. Psychomotorisch sei der Beschwerdeführer unruhig gewesen, wobei das Beinzittern unter Ablenkung etwas sistiert habe. Gestik und Mimik seien lebhaft gewesen. Die Stimmungslage habe sich als indifferent, jedoch nicht als depressiv präsentiert. Die Primärpersönlichkeit habe ängstlich und leicht abhängig gewirkt. Für Zwangsstörungen gebe es keine Hinweise. Die berichteten Angstzustände würden keiner spezifischen Angststörung entsprechen. Die Willenskräfte seien strukturiert. Es hätten sich keine Antriebshemmung oder eine andere Antriebsstörung gefunden. Was den Wiedereinstieg in eine Berufstätigkeit angehe, so seien Realitätsorientierung und Motivation vermindert. Im Gutachten der Begutachtungsstelle I.____ von 2009 sei aus der somatoformen Schmerzstörung in Verbindung mit einer leichten depressiven Störung eine Reduktion der Leistungsfähigkeit um 10 % abgeleitet worden. Dieser Meinung könne man sich mit gewissen Einschränkungen anschliessen. Auch sie, die Ärzte der Begutachtungsstelle G.____, gingen von einer dysfunktionalen Schmerzverarbeitung aus. Von einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung könne man allerdings nicht ausgehen, da die Voraussetzung eines fehlenden oder unzureichend belegbaren physiologischen Prozesses resp. einer körperlichen Störung nicht erfüllt seien. Auch für eine relevante affektive Störung gebe es

keine Hinweise. Es fehle an nennenswerten Störungen bei der Anpassung an Regeln und Routinen sowie bei der Planung und Strukturierung von Aufgaben. Der Beschwerdeführer scheine über eine gute fachliche Kompetenz zu verfügen. Sein Durchhaltevermögen in den verschiedenen Untersuchungen lasse auf ein allgemein gutes Durchhaltevermögen schliessen. Die Kontaktfähigkeit, die Flexibilität sowie die Gruppenfähigkeit seien etwas eingeschränkt, während die Fähigkeit zu familiären und ausserberuflichen Aktivitäten und zur Selbstversorgung sowie die Wegefähigkeit intakt blieben. Weder die Leistungsfähigkeit noch das Arbeitspensum seien eingeschränkt. Gemäss der interdisziplinären Beurteilung bestehe als Bauhelfer resp. im Strassenbau eine volle Arbeitsfähigkeit (z.B. als Maschinenführer), je nach Schwere der durchzuführenden Arbeit. Durchgehend mittelschwere und schwere Tätigkeiten, insbesondere mit Belastung der Halswirbelsäule, seien angesichts der degenerativen Veränderungen nicht mehr zumutbar. Für eine Neurokompression, eine Wurzelreizung oder eine Defizitsymptomatik gebe es keine Hinweise, was mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auch retrospektiv seit 2004 gelte. Eine angepasste, körperlich leichte bis mittelschwere Tätigkeit sei uneingeschränkt möglich, was ebenfalls retrospektiv zutrefte (vgl. Urteil Versicherungsgericht vom 27. Februar 2015, S. 9 ff. bzw. IV-Nr. 166, S. 10 ff.).

4.1.2 Der RAD-Arzt Dr. med. H.____, Facharzt für allgemeine Medizin FMH, hielt in seiner Stellungnahme vom 24. April 2013 fest, dem Gutachten könne gefolgt werden. Der Einwand des Beschwerdeführers, im Labor sei nach den falschen Wirkstoffen gesucht worden, treffe nicht zu: Tramundin enthalte den Wirkstoff Tramadol, und Desmethylvenlafaxin sei das wichtigste Stoffwechselprodukt von Venlafaxin (IV-Nr. 148, S. 2). Nachdem der Beschwerdeführer Einwände erhoben hatte (IV-Nr. 153), holte die Beschwerdegegnerin eine weitere Stellungnahme von Dr. med. E.____ vom RAD ein; dieser schloss sich der Beurteilung von Dr. med. H.____ an (Notiz vom 21. November 2013, IV-Nr. 157, S. 2).

4.2 Den im Neuanmeldungsverfahren eingereichten Arztberichten sind im Wesentlichen folgende Angaben zu entnehmen:

4.2.1 Dr. med. B.____ bejaht in seinem Schreiben vom 15. Januar 2016 die Frage, ob sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers seit dem Verfassen des interdisziplinären Gutachtens von November 2012 verändert habe. Während der letzten Jahre hätten sich die Klagen über Schmerzen, depressive Verstimmungen und finanzielle Probleme tendenziell verstärkt. Die Schmerzen lokalisierten sich hauptsächlich im Nackenbereich mit Ausstrahlung in den linken Arm, in letzter Zeit aber auch Ausweitung in die ganze linke Körperhälfte. Grundsätzlich seien – so Dr. med. B.____ – Schmerzen und Depressionen behandelbar. Beim Beschwerdeführer lasse sich aber kaum ein Behandlungserfolg nachweisen. Er dürfte kaum noch in der Lage sein, die von ihm in früheren Jahren ausgeführten Arbeiten im Strassen- und Tunnelbau ausüben zu können. Aufgrund von früheren Erfahrungen sei er offenbar auch nicht mehr in der Lage, mittelschwere Arbeiten (damals Verpacken von Kaffeemaschinen in Kartonbehälter) auszuführen (IV-Nr. 168 S. 4).

4.2.2 Dem Bericht von Dr. med. F.____ und Dr. med. J.____, Orthopädische Klinik, C.____, [...], vom 14. April 2016 an den Vertreter des Beschwerdeführers lässt sich Folgendes entnehmen: Wie in ihren bisherigen Berichten bereits erwähnt, leide der Beschwerdeführer unter Nackenschmerzen mit Ausstrahlungen in das linke Schultergelenk und in den Arm bis in die Finger. Die gesundheitliche Situation habe sich während den letzten Jahren sukzessive verschlechtert. Die medizinische Situation der Bandscheibe auf Höhe C5/6 habe sich radiologisch wie auch klinisch langsam und deutlich verschlechtert. Die bisherigen Behandlungen mit Infiltrationen, Physiotherapie und analgetischer Medikation hätten leider keine Besserung erbracht. Der gesamte Verlauf sei frustrierend gewesen. Für allfällige

Fragen, weitere Diagnosen sowie zusätzliche Informationen bätten sie – Dr. med. F.____ und Dr. med. J.____ – den Vertreter des Beschwerdeführers, sich in ihren bisherigen Berichten zu informieren, die ihm bereits zugekommen seien (IV-Nr. 168, S. 3). Als solcher «bisheriger Bericht» aus dem hier relevanten Vergleichszeitraum wurde in der Folge ein Schreiben von Dr. med. F.____ und Dr. med. J.____ an Dr. med. B.____ vom 1. Oktober 2015 (IV-Nr. 172 S. 3 [nur erste Seite; vollständiges Exemplar vgl. IV-Nr. 177, S. 8 f., Beilage zur Beschwerde]) aufgelegt; dieses nennt als Diagnose ein chronisches Zerviko-Brachialgiesyndrom linksbetont (Diskushernie C5/6 mit Myelonkontakt ohne Myelopathie; multisegmentale Degeneration). Weiter wird ausgeführt, die zwischenzeitlich durchgeführten MRI-Bilder der HWS zeigten eine Zunahme der Diskushernie auf Höhe C5/6 sowie multisegmentale degenerative Veränderungen. Bei der klinischen Untersuchung vom 25. September 2015 hätten sich keine Anzeichen neurologischer Ausfälle oder einer Retikulopathie nachweisen lassen. Das Hauptproblem für den Patienten seien die Schmerzen im linken Arm, bis zu den Fingergelenken reichend, sowie das Einschlafgefühl des gesamten linken Armes, der Fingergelenke linksseitig und entlang des linken Beines dorsolateral bis zum Fuss ausstrahlend. Zu einer genaueren Optimierung der Diagnostik und Objektivierung der beklagten Symptome habe man den Patienten an den Neurologen im Hause verwiesen. Man werde den Beschwerdeführer in acht Wochen erneut nachkontrollieren und Dr. med. B.____ dann entsprechend benachrichtigen. Wie die neurologische Untersuchung ausfiel, geht aus den Akten nicht hervor.

4.2.3 Im unvollständig (nur erste Seite, auch im Beschwerdeverfahren) eingereichten Bericht des Instituts für Medizinische Radiologie, C.____, vom 21. September 2015 (IV-Nr. 172, S. 4) über die gleichentags durchgeführte MRI-Untersuchung der Wirbelsäule wird erklärt, die letzte MR der HWS vom 27. August 2015 sei nur ungenügend beurteilbar, weil der Patient nicht habe ruhig halten können. Auch in der aktuellen Untersuchung sei der Patient sehr unruhig. In der Beurteilung wird ausgeführt, im zeitlichen Verlauf seit den Voruntersuchungen aus dem Jahre 2006 und 2011 zeigten sich zunehmende degenerative Veränderungen mit zunehmender Verschmälerung des Bandscheibenfaches vor allem auf Niveau HWK 5/6. Dort bestünden eine stärkere Unkarthrose und subligamentäre Diskusprotrusion. Von dorsal wirkten die Ligamenta flava auf diesem Niveau ebenfalls diskret minim verdickt, was allerdings in den axialen Sequenzen kaum zur Geltung komme. Insgesamt bestehe aber eine Engstellung des Spinalkanals auf dieser Höhe im Vergleich zu den übrigen Höhen. Die Unkarthrose führe beidseits intraforaminal zu einer Einengung des Foramens. Eine Nervenwurzelkompression scheine beidseits vorzuliegen, lasse sich aber nicht eindeutig beweisen.

4.2.4 Am 26. Mai 2016 teilte der Chiropraktor Dr. D.____ dem Vertreter des Beschwerdeführers mit, bezüglich der objektiven Befunde der chiropraktischen Untersuchung hätten sich die muskuloskelettalen Beschwerden leider seit November 2012 nicht verändert. Vor allem der Foraminakompressionstest löse jetzt, wie damals, Schmerzen im zweiten und dritten Drittel links mehr als rechts aus sowie teilweise auch radikuläre Ausstrahlungen in die oberen Extremitäten links mehr als rechts. Dazu bestehe immer noch eine segmentale Blockierung/Hypomobilität der mittleren und unteren HWS. Mit der Therapie könne jeweils eine temporäre Linderung der Beschwerden erreicht werden. Die radiologischen Befunde des HWS-MRI vom 21. September 2015 zeigten eine progressive Verschlechterung des Zustands im Vergleich zu den früheren MRI-Untersuchungen. Subjektiv habe die Schmerzintensität zugenommen. Deshalb habe der Patient die Dosis der Medikamente erhöht, was zu mehreren Episoden von gastrointestinalen Beschwerden geführt habe. Aufgrund dieser Tatsachen habe sich der

physische und psychische Allgemeinzustand des Patienten seit November 2012 verschlechtert. Aufgrund seiner Beschwerden sei der Beschwerdeführer in seiner Arbeits- und Leistungsfähigkeit stark eingeschränkt (IV-Nr. 172, S. 2).

4.2.5 In der Stellungnahme vom 28. Juni 2016 erklärte Dr. med. E. ___ (RAD), im vorliegenden Bericht des MRI der HWS vom 21. September 2015 werde lediglich eine Zunahme der degenerativen Veränderungen der HWS und der Verschmälerung der Bandscheibe C5/6 beschrieben. Von einer Zunahme einer Diskushernie C5/6, wie Dr. med. J. ___ am 1. Oktober 2015 geschrieben habe, sei keine Rede. Im Bericht vom 14. April 2016 stehe dann nur noch, es gebe eine Zunahme der «Veränderung», was korrekt sei (IV-Nr. 168, S. 3). Ferner seien im Bericht vom 1. Oktober 2015 radikuläre Ausfälle verneint (IV-Nr. 172, S. 3) und im Bericht vom 14. April 2016 ebenso wenig erwähnt worden. Eine Zunahme radiologischer pathologischer Veränderungen sei nur im Zusammenhang mit der Zunahme entsprechender klinischer Befunde relevant. Relevante klinische Befunde wären in diesem Fall radikuläre pathologische klinische Ausfallerscheinungen, die hier nicht bestünden. Die von Dr. med. J. ___ und dem Chiropraktor geltend gemachte klinische Verschlechterung basiere alleine auf den subjektiven Schmerzangaben des Beschwerdeführers, womit keine Relevanz ausgewiesen werden könne. Ferner sei die Feststellung des Hausarztes im Bericht vom 15. Januar 2016 zu beachten, dass die Beschwerden grundsätzlich behandelbar wären, sich beim Beschwerdeführer aber kaum ein Behandlungserfolg nachweisen lasse. Diese Feststellung weise auf den Einfluss IV-fremder Faktoren wie psychosoziale Probleme und Aggravationsverhalten hin; auf Letzteres sei bereits bei der orthopädischen Begutachtung vom 11. Februar 2013 (IV-Nr. 145, S. 33) hingewiesen worden. Insgesamt habe sich der Zustand des Beschwerdeführers seit der Begutachtung also nicht in relevanter Weise verändert (vgl. «Protokoll», S. 14 f.).

4.3 Zu prüfen ist, ob die neu eingereichten Unterlagen (E. II 4.2 hiervor) geeignet sind, gegenüber den Vorberichten (E. II 4.1 hiervor) eine erhebliche Veränderung des Gesundheitszustands glaubhaft zu machen.

4.3.1 Dem MRI-Bericht vom 21. September 2015 (E. 4.2.3 hiervor) lässt sich entnehmen, dass die Aufnahmen – wie bereits diejenigen aus dem Jahr 2011, vgl. IV-Nr. 128 S. 5 [«sehr schlechte Beurteilbarkeit»]) wegen Bewegungsartefakten nur eingeschränkt beurteilbar sind. Der Radiologe schloss auf zunehmende degenerative Veränderungen mit zunehmender Verschmälerung des Bandscheibenfaches vor allem auf Niveau HWK 5/6. Eine Zunahme der bereits im Jahr 2004 festgestellten Diskushernie C5/6 ist, wie der RAD-Arzt Dr. med. E. ___ zu Recht festhält, nicht beschrieben. Die in den MRI-Aufnahmen ersichtliche Veränderung ist, wie der RAD-Arzt weiter darlegt, nur in Verbindung mit objektivierbaren klinischen Befunden geeignet, eine Verschlechterung des Gesundheitszustands mit Auswirkungen auf das Leistungsvermögen als glaubhaft erscheinen zu lassen.

4.3.2 Das Schreiben von Dr. med. F. ___ und Dr. med. J. ___ vom 24. April 2016 (E. II. 4.2.2 hiervor) erwähnt eine sukzessive radiologische wie auch klinische langsame Verschlechterung der medizinischen Situation der Bandscheibe auf Höhe C5/6. Die bisherige Behandlung sei erfolglos geblieben, der Verlauf frustrierend. Diese Angaben sind nicht geeignet, eine erhebliche Veränderung als glaubhaft erscheinen zu lassen. Namentlich ist darauf hinzuweisen, dass Dr. med. J. ___ dem Beschwerdeführer bereits im Jahr 2008 im Zusammenhang mit der bereits damals vorliegenden Diskushernie C5/6 eine Operation (Diskektomie und Cage-Fusion C5/6) vorgeschlagen hatte (vgl. IV-Nr. 82 sowie 93.3, S. 3 f.). Aus dem Bericht vom 24. April 2016 ergibt sich keine hinreichend substantiiert beschriebene Verschlechterung. Statt näherer Angaben, verweisen die Ärzte auf ihre früheren Berichte, von welchen derjenige vom 1. Oktober 2015 aktenkundig ist.

Dort wird ausgeführt, es hätten sich keine Anzeichen neurologischer Ausfälle gefunden, und es werden die vom Beschwerdeführer genannten Symptome geschildert. Es erfolgt eine Weiterverweisung an die Neurologen desselben Spitals «zur genaueren Optimierung der Diagnostik und Objektivierung der beklagten Symptome». Im internen Auftrag am Ende des Schreibens wird um ein Aufgebot gebeten «für eine neurophysiologische Untersuchung zur Objektivierung der Symptome und mit der Frage, ob ein Zusammenhang mit der HWS-Problematik besteht» (IV-Nr. 177, S. 9). Daraus wird deutlich, dass die Ärzte der Orthopädischen Klinik, Dr. med. F.____ und Dr. med. J.____, selbst keine Objektivierung der Symptome vornehmen konnten und hierfür eine ergänzende neurologische Abklärung für erforderlich hielten. Wenn sich die Ärzte also auf die Schmerzangaben des Beschwerdeführers stützten, welche sie nicht zu objektivieren vermochten, ist dies nicht geeignet, eine Verschlechterung glaubhaft zu machen; dies insbesondere auch mit Blick darauf, dass u.a. im Gutachten der Begutachtungsstelle G.____ vom 11. Februar 2013 festgestellt worden war, die Diskrepanz zwischen der Selbsteinschätzung des Beschwerdeführers und den objektivierbaren Befunden ziehe sich wie ein roter Faden durch die Krankengeschichte (IV-Nr. 145, S. 34; E. II. 4.1.1 hiervor). Dr. med. F.____ und Dr. med. J.____ versprachen sich von den durch sie veranlassten neurologischen Abklärungen eine mögliche Objektivierung der Symptome. Die Ergebnisse dieser neurologischen Abklärungen könnten daher grundsätzlich geeignet sein, eine erhebliche Veränderung glaubhaft erscheinen zu lassen. Ob diese Abklärungen vorgenommen wurden und zu welchen Resultaten sie führten, ist jedoch nicht aktenkundig. Dem Gericht ist es im Neuanmeldungsverfahren verwehrt, zusätzliche Akten zu berücksichtigen oder von sich aus beizuziehen (vgl. E. II. 2.4 hiervor am Ende). Auch mit den im Neuanmeldungsverfahren aufgelegten Berichten von Dr. med. F.____ und Dr. med. J.____ wird demnach eine erhebliche Veränderung nicht glaubhaft gemacht. Namentlich bleibt unklar, inwiefern die Feststellungen im Gutachten der Begutachtungsstelle G.____, es fänden sich keine sicheren motorischen oder sensiblen Ausfälle mit radikulärem Muster am linken Arm (IV-Nr. 145, S. 34), nicht mehr zutreffen sollten.

4.3.3 Weiter beruft sich der Beschwerdeführer auf den Bericht von Dr. med. B.____ vom 15. Januar 2016 (E. II. 4.2.1 hiervor). Dr. med. B.____ bejaht einleitend die Frage nach einer Veränderung im Zeitraum seit November 2012 (IV-Nr. 168, S. 4). Wie er gleich anschliessend festhält, besteht diese Veränderung jedoch im Wesentlichen aus einer tendenziellen Verstärkung der Klagen über Schmerzen (mit Ausweitung in die ganze linke Körperhälfte), depressive Verstimmungen und finanzielle Probleme. Die Annahme einer Verschlechterung basiert also nicht auf den Feststellungen des Arztes, sondern auf den Angaben des Beschwerdeführers. Zur Arbeitsfähigkeit äussert sich Dr. med. B.____ eher vage. In seinen früheren Stellungnahmen beschrieb Dr. med. B.____ die Symptomatik mit «Schmerzen auf der linken Seite, blockiert, Tag und Nacht» (IV-Nr. 93.5, S. 8). Er bescheinigte dem Beschwerdeführer ab 1. April 2008 während längerer Zeit eine vollständige Arbeitsunfähigkeit (IV-Nr. 93.3, S. 1). In seinem Bericht vom 22. Juli 2009 erwähnte er eine Ausdehnung und Intensivierung von Schmerzen in die ganze linke Körperhälfte. Bezüglich der Leistungsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit verwies er auf die Ergebnisse des Einsatzes (manuelle Arbeiten, Montage, Kontrolle, Verpackung, etc.) in der Institution K.____, welche eine Leistungsfähigkeit von zirka 30 % ergeben hatte (vgl. IV-Nr. 91). In seiner Stellungnahme vom 10. Juni 2010 (IV-Nr. 104, S. 7) hielt Dr. med. B.____ fest, die aus seiner Sicht überzeugendste Beurteilung sei jene im Qualifizierungsbericht der erwähnten Institution, der eine deutlich eingeschränkte Leistungsfähigkeit von 20 – 30 % festhalte, und dies in Bereichen von Kontroll- und

Verpackungsarbeiten, einfachen Montagearbeiten sowie Qualitätssicherung. Im Arztbericht vom 5. April 2012 verwies Dr. med. B.____ auf seinen Vorbericht vom Juli 2009. Den Gesundheitszustand bezeichnete er als stationär (IV-Nr. 131). Verglichen mit diesen früheren Einschätzungen lassen sich dem Bericht vom 15. Januar 2016 keine substantiierten, über die Wiedergabe der Schmerzangaben des Beschwerdeführers hinausgehenden Hinweise auf eine Verschlechterung entnehmen. Es kommt hinzu, dass der Beschwerdeführer, wie vorstehend wiedergegeben, bereits früher über Schmerzen in der gesamten linken Körperhälfte geklagt hatte. Zur Arbeitsfähigkeit äussert sich Dr. med. B.____ nur zurückhaltend. Weiter fällt auf, dass der Medikamentenplan (IV-Nr. 168, S. 5), den der Beschwerdeführer zusammen mit dem Schreiben von Dr. med. B.____ vom 15. Januar 2016 (IV-Nr. 168, S. 4) einreichen liess, das Datum des 26. Februar 2013 trägt und denn auch vollkommen identisch ist mit demjenigen Dokument (IV-Nr. 147, S. 3), das der Beschwerdeführer im früheren Verwaltungsverfahren mit seinem Schreiben vom 4. März 2013 hatte einreichen lassen (IV-Nr. 147, S. 1 f.). Auch dieser Umstand spricht gegen eine erhebliche Veränderung. Vor diesem Hintergrund ist das Schreiben vom 15. Januar 2016 weder für sich allein genommen noch in Verbindung mit anderen Unterlagen geeignet, eine erhebliche Veränderung des Gesundheitszustands im Vergleich zur Situation im November 2012 (vgl. IV-Nr. 145, S. 1) glaubhaft zu machen.

4.3.4 Dem Schreiben des Chiropraktors Dr. D.____ vom 26. Mai 2016 (E. II. 4.2.4 hiervor) ist schliesslich gleich einleitend zu entnehmen, bezüglich der objektiven Befunde der chiropraktorischen Untersuchung hätten sich die muskuloskelettalen Beschwerden seit November 2012 nicht verändert. Eine Veränderung bejaht Dr. D.____ in Bezug auf die radiologischen Befunde und die subjektiv wahrgenommene Schmerzintensität. Auch dieser Bericht weist somit nicht auf Befunde hin, die sich erheblich verschlechtert hätten und durch Dr. D.____ objektiviert worden wären. Er bildet daher ebenfalls keine Grundlage für die Annahme, eine erhebliche Veränderung sei glaubhaft gemacht worden. Die von Dr. D.____ erwähnte Veränderung der Medikation hat nach Lage der Akten jedenfalls nicht dauerhaft stattgefunden, denn der im Neuanmeldungsverfahren eingereichte Medikamentenplan (IV-Nr. 168 S. 5) ist, wie bereits erwähnt, identisch mit dem Medikamentenplan, den mit der Eingabe vom 4. März 2013 aufgelegt wurde (IV-Nr. 147 S. 3) und im damals laufenden, mit der Verfügung vom 29. Januar 2014 (IV-Nr. 159) abgeschlossenen Verfahren berücksichtigt werden konnte.

5. Zusammenfassend ist der Beurteilung des RAD-Arztes Dr. med. E.____ vom 28. Juni 2016 beizupflichten: Es bestehen keine genügenden Anhaltspunkte für eine erhebliche Veränderung des Gesundheitszustands, um eine solche als glaubhaft gemacht anzusehen. Folglich ist festzustellen, dass die Verfügung der Beschwerdegegnerin vom 1. Juli 2016, worin diese auf das Leistungsbegehren bzw. die Neuanmeldung des Beschwerdeführers vom 2. Mai 2016 nicht eingetreten ist, korrekt ist. Angesichts der vorliegenden medizinischen Akten und mit Blick auf die beweisrechtlichen Anforderungen hat die Beschwerdegegnerin keinen zu hohen Massstab an das Glaubhaftmachen im Sinne von Art. 87 Abs. 3 IVV gestellt. Die Beschwerde erweist sich somit als unbegründet. Sie ist abzuweisen.

6. Bei diesem Verfahrensausgang besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung.

7. Aufgrund von 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 CHF 200.00 - 1'000.00 festgelegt. Im vorliegenden Fall hat der Beschwerdeführer die Verfahrenskosten von CHF 600.00 zu bezahlen, die mit dem geleisteten Kostenvorschuss in

gleicher Höhe zu verrechnen sind.

E. 14

April und 26. Mai 2016 sei die Verschlechterung des Gesundheitszustands des Beschwerdeführers ausgewiesen. Indem die Beschwerdegegnerin auf das Leistungsbegehren nicht eingetreten sei, habe sie Bundesrecht verletzt (A.S. 5 f.).

4. Zu untersuchen ist, ob aufgrund der mit dem Gesuch vom 2. Mai 2016 und der Zuschrift vom 28. Juni 2016 eingereichten Unterlagen (IV-Nr. 168, 173) eine erhebliche, anspruchsrelevante Veränderung des Gesundheitszustands im Vergleich zum Zeitpunkt der im November 2012 erfolgten medizinischen Untersuchungen (vgl. IV-Nr. 145) als glaubhaft gemacht zu gelten hat und die Beschwerdegegnerin somit auf die Neuanschuldung hätte eintreten müssen. Dazu ist einleitend festzuhalten, dass die Beschwerdegegnerin mit dem im Vorbescheid enthaltenen Hinweis auf die Möglichkeit, weitere Berichte einzureichen (E. I. 4.1 hiervor), die verfahrensmässigen Vorgaben eingehalten hat. Die Überprüfungsbefugnis des Gerichts beschränkt sich daher auf die Aktenlage, die der Beschwerdegegnerin vorlag, als sie die angefochtene Verfügung erliess (vgl. E. II. 2.4 hiervor).

4.1 Als die Beschwerdegegnerin mit der Verfügung vom 29. Januar 2014, die das Versicherungsgericht mit Urteil vom 27. Februar 2015 bestätigte (IV-Nr. 166), den Anspruch auf berufliche Massnahmen und eine Invalidenrente verneinte, stützte sie sich für die Beurteilung des medizinischen Sachverhalts in erster Linie auf das Gutachten der Begutachtungsstelle G.____ vom 11. Februar 2013 (IV-Nr. 145) sowie auf die Stellungnahmen der RAD-Ärzte Dr. med. H.____ vom 24. April 2013 (IV-Nr. 148) und Dr. med. E.____ vom 21. November 2013 (IV-Nr. 157). Diesen Unterlagen lässt sich im Wesentlichen Folgendes entnehmen (IV-Nr. 159):

4.1.1 Die Ärzte der Begutachtungsstelle G.____ stellten keine die Arbeitsfähigkeit beeinträchtigenden Diagnosen. Ohne Relevanz für die Arbeitsfähigkeit diagnostizierten sie eine beginnende Zervikalarthrose und Discopathie C5/6 ohne Neurokompression, eine unspezifische Lumbalgie, ein wahrscheinlich leichtgradiges Restless-legs-Syndrom, psychologische Faktoren oder Verhaltensstörungen bei andernorts klassifizierten Krankheiten sowie eine Primärpersönlichkeit mit leicht ängstlichen, abhängigen Anteilen (ohne Krankheitswert). Anlässlich der allgemeinmedizinischen Untersuchung habe der Beschwerdeführer erklärt, er leide an Depressionen. Sein Körper sei schwach. Vor allem die Bewegungen der Halswirbelsäule seien schmerzhaft eingeschränkt. Er fühle sich wegen seiner Schmerzen zu keiner Arbeit in der Lage, auch keiner leichten in Schonhaltung. Internistisch liege keine eigenständige Erkrankung vor. In der neurologischen Untersuchung habe der Beschwerdeführer vor allem über Schmerzen im Nacken, im linken Schulterbereich sowie im Kreuz mit Ausstrahlung in das linke Bein geklagt. Die Schmerzen hätten sich seit dem ersten Auftreten im Jahr 2004 von Lokalisation und Qualität her nicht grundlegend verändert, seien aber stärker geworden. Im linken Arm habe der Beschwerdeführer wenig Kraft. Die Oberflächensensibilität dort sowie im linken Bein sei unauffällig. Motorische Funktionen seien nicht beeinträchtigt. Weder aus der Anamnese noch aus den objektivierbaren Untersuchungsbefunden habe sich ein Hinweis auf eine radikuläre C6-Störung oder eine andere zervikal-radikuläre Symptomatik ergeben. Der Beschwerdeführer habe keine Ausstrahlung in den linken Daumen resp. über die Oberarmbeugeseite oder die Unterarmradialseite (was dem Segment C6 entsprechen würde)

geschildert, sondern in den Aussenbereich des Armes und zu den Fingern D2-5; dies entspräche den Segmenten C7 und C8, wo freilich ein radiologisches Korrelat fehle. Beschrieben worden sei eine diffuse allgemeine Schwäche, nicht ein segmentales Defizit wie eine Beugeparese. Sensomotorische Defizite fehlten. Die Reflexe seien symmetrisch und reproduzierbar gut auslösbar, inkl. Scapular-Reflex (C5-Kennreflex) und Bizepssehnen-Reflex (C6-Kennreflex). Auch beim Foramen-Okklusionsmanöver der Halswirbelsäule seien keine radikulären Schmerzen angegeben worden. Der obere und mittlere Trapezius sei objektiv weich und locker verschieblich gewesen. Der bei gezielter Untersuchung geklagte subjektive Druckschmerz sei bei Ablenkung nicht mehr erwähnt worden. Weiter seien die Angaben teils inkongruent gewesen; so, wenn der Beschwerdeführer angegeben habe, er neige den Kopf zur Schmerzvermeidung eher nach rechts, während der zweistündigen Anamnese den Kopf dann aber überwiegend nach links halte. Eine reduzierte Beweglichkeit der Halswirbelsäule sei zu keinem Zeitpunkt erkennbar gewesen; einzig in der gezielten Untersuchung seien Bewegungen zögerlich und eingeschränkt ausgeführt worden, die zuvor unbeobachtet bestens möglich gewesen seien. Beim An- und Entkleiden sei keine eingeschränkte Beweglichkeit aufgefallen: Die Arme seien seitengleich, locker und flüssig bewegt worden, während in der gezielten Untersuchung der linke Arm nur langsam und mit Mühe über Kopfhöhe gehoben worden sei. Auch lumbal habe sich kein konkretes radikuläres Beschwerdebild erkennen lassen. Die Sensomotorik sei normal, der Reflexstatus symmetrisch gewesen, inkl. Tibialis-posterior-Reflex (L5-Kennreflex). Das Gehen sei als unbeeinträchtigt erschienen. Sitzen sei während zwei Stunden ruhig und ohne Ausgleichbewegungen möglich gewesen. Ein leichtes Restless-legs-Syndrom sei möglich, aber behandelbar und für die Arbeitsfähigkeit nicht relevant. Der Beschwerdeführer habe seine Medikamente nicht angeben können. Die Behauptung, er nehme sie jeden Tag ein (s.a. den Medikamentenplan), stehe im Widerspruch zur Laboruntersuchung, wo für Schmerzmittel wie für Antidepressiva keine messbaren Wirkspiegel hätten nachgewiesen werden können. Entweder liege eine Non-Compliance vor, oder die Beschwerden würden in Ausmass und Intensität hinter der Darstellung des Beschwerdeführers zurückbleiben. Zusammenfassend fehle es sowohl aktuell als auch retrospektiv an einer zerviko- oder lumbo-radikulären Symptomatik. Die in den Akten erwähnte C6-Symptomatik sei nicht nachvollziehbar und basiere wahrscheinlich auf einer unkritischen Wertung der Schmerzangaben. Ein unspezifischer Schmerz aus dem Diskusfach sei zwar möglich. Ein radikulärer Schmerz im C6-Segment sei aber nicht beschrieben worden. Keiner der anderen Ärzte habe eine fassbare Neurokompression festgestellt. Auch die MRI-Untersuchung von 2011 habe die Befundlage nicht verändert. Bei zervikalen degenerativen Veränderungen würden statistisch betrachtet körperlich schwere Verrichtungen wie das Heben von Gewichten eine mechanische Belastung bis zur Schultergürtelhöhe bewirken, während die Halswirbelsäule nur indirekt, durch Anspannung der Nackenmuskulatur, und deutlich geringer belastet werde. Diese Einwirkung lasse sich durch eine korrekte ergonomische Haltung, d.h. Vermeiden einer Kopfreklination, reduzieren. Daher sollte es möglich sein, einen Grossteil der früheren Arbeit als Bauhelfer weiterhin zu verrichten. Ausschliesslich mittelschwere oder schwere Tätigkeiten seien indes zu vermeiden. In der orthopädischen Untersuchung habe der Beschwerdeführer erzählt, er leide fast dauernd unter Schmerzen, die vom Nacken in den linken Arm ausstrahlten, auch bei leichter Arbeit. Die Diskrepanz zwischen der Selbsteinschätzung des Beschwerdeführers und den objektivierbaren Befunden ziehe sich wie ein roter Faden durch die Krankengeschichte. Die Überzeugung, nicht mehr arbeiten zu

können, lasse sich nicht begründen. Abnützungerscheinungen der mittleren Halswirbelsäule seien bei Schwerarbeitern mittleren Alters normal und müssten erfahrungsgemäss nicht einmal zu Beschwerden führen; so zeige sich hier nach langjährigem Verlauf nur eine geringe Bewegungseinschränkung der Halswirbelsäule. Der linke Arm weise keine sicheren motorischen oder sensiblen Ausfälle mit radikulärem Muster auf; namentlich fehle ein Plexusdehnungsschmerz. Gelenkbeweglichkeit und Muskelumfang seien an beiden Armen symmetrisch. Vermutlich habe sich das Schmerzerleben nach dem langwierigen Verlauf ziemlich weit von somatischen Schmerzursachen entfernt. Leichte bis mittelschwere Tätigkeiten seien zu 100 % zumutbar. Die bisherige Arbeit im Strassenbau, z.B. als Maschinenführer, komme ohne Einschränkung in Frage. Anlässlich der psychiatrischen Untersuchung habe der Beschwerdeführer angegeben, bis heute starke Schmerzen im Nacken-Schultergürtelbereich, in der linken Schulter mit Ausstrahlung in den linken Arm sowie im Rücken mit Ausstrahlung ins linke Bein zu haben. Nachts liege er mehrere Stunden wach und sei unruhig. Das linke Bein koche vor Wärme. Die Schulter und der Nacken würden brennen. Die Stimmung sei teilweise schlecht. Er fühle sich traurig, weil er langsam alles verliere. Die Schmerzen würden ihn depressiv machen. Er habe nur wenige soziale Kontakte, da er grössere Gruppen meide, verkehre aber doch noch mit einzelnen Kollegen. Tagsüber nehme er seine Termine beim Arzt etc. wahr. Am Vormittag mache er kleinere Einkäufe. Nach dem (von der Tochter zubereiteten) Mittagessen schlafe er 30 bis 60 Minuten; anschliessend sei er bei schönem Wetter 20 bis 30 Minuten mit dem Velo unterwegs. Die Familie schaue zusammen fern und unterhalte sich. Sie wüssten, dass sie ruhig bleiben sollten, damit er sich beherrschen könne und nicht mit der Faust auf den Tisch schlage. Beim Erscheinen habe der Beschwerdeführer etwas verschüchtert und leicht unsicher gewirkt, aber freundlich und höflich. Zeitweise sei der Eindruck entstanden, dass das Zittern an den Beinen selber induziert werde. Der Beschwerdeführer sei allseits orientiert gewesen. Das Ich-Bewusstsein sei ungestört gewesen. Psychotische Störungen seien nicht explorierbar gewesen. Für Störungen von Aufmerksamkeit und Konzentration habe es keine relevanten Hinweise gegeben. Einige Daten sei etwas ungenau angegeben worden; doch die meisten seien aus dem ausgefüllten Formular hervorgegangen. Die Sprache sei gut moduliert gewesen. Es hätten sich keine formalen oder inhaltlichen Denkstörungen gefunden. Die Intelligenz habe unter Berücksichtigung der Schulbildung, des beruflichen Werdegangs und der allgemeinen Sozialisation durchschnittlich gewirkt. Psychomotorisch sei der Beschwerdeführer unruhig gewesen, wobei das Beinzittern unter Ablenkung etwas sistiert habe. Gestik und Mimik seien lebhaft gewesen. Die Stimmungslage habe sich als indifferent, jedoch nicht als depressiv präsentiert. Die Primärpersönlichkeit habe ängstlich und leicht abhängig gewirkt. Für Zwangsstörungen gebe es keine Hinweise. Die berichteten Angstzustände würden keiner spezifischen Angststörung entsprechen. Die Willenskräfte seien strukturiert. Es hätten sich keine Antriebshemmung oder eine andere Antriebsstörung gefunden. Was den Wiedereinstieg in eine Berufstätigkeit angehe, so seien Realitätsorientierung und Motivation vermindert. Im Gutachten der Begutachtungsstelle I. ___ von 2009 sei aus der somatoformen Schmerzstörung in Verbindung mit einer leichten depressiven Störung eine Reduktion der Leistungsfähigkeit um 10 % abgeleitet worden. Dieser Meinung könne man sich mit gewissen Einschränkungen anschliessen. Auch sie, die Ärzte der Begutachtungsstelle G. ___, gingen von einer dysfunktionalen Schmerzverarbeitung aus. Von einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung könne man allerdings nicht ausgehen, da die Voraussetzung

eines fehlenden oder unzureichend belegbaren physiologischen Prozesses resp. einer körperlichen Störung nicht erfüllt seien. Auch für eine relevante affektive Störung gebe es keine Hinweise. Es fehle an nennenswerten Störungen bei der Anpassung an Regeln und Routinen sowie bei der Planung und Strukturierung von Aufgaben. Der Beschwerdeführer scheine über eine gute fachliche Kompetenz zu verfügen. Sein Durchhaltevermögen in den verschiedenen Untersuchungen lasse auf ein allgemein gutes Durchhaltevermögen schliessen. Die Kontaktfähigkeit, die Flexibilität sowie die Gruppenfähigkeit seien etwas eingeschränkt, während die Fähigkeit zu familiären und ausserberuflichen Aktivitäten und zur Selbstversorgung sowie die Wegefähigkeit intakt blieben. Weder die Leistungsfähigkeit noch das Arbeitspensum seien eingeschränkt. Gemäss der interdisziplinären Beurteilung bestehe als Bauhelfer resp. im Strassenbau eine volle Arbeitsfähigkeit (z.B. als Maschinenführer), je nach Schwere der durchzuführenden Arbeit. Durchgehend mittelschwere und schwere Tätigkeiten, insbesondere mit Belastung der Halswirbelsäule, seien angesichts der degenerativen Veränderungen nicht mehr zumutbar. Für eine Neurokompression, eine Wurzelreizung oder eine Defizitsymptomatik gebe es keine Hinweise, was mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auch retrospektiv seit 2004 gelte. Eine angepasste, körperlich leichte bis mittelschwere Tätigkeit sei uneingeschränkt möglich, was ebenfalls retrospektiv zutrefte (vgl. Urteil Versicherungsgericht vom 27. Februar 2015, S. 9 ff. bzw. IV-Nr. 166, S. 10 ff.).

4.1.2 Der RAD-Arzt Dr. med. H.____, Facharzt für allgemeine Medizin FMH, hielt in seiner Stellungnahme vom 24. April 2013 fest, dem Gutachten könne gefolgt werden. Der Einwand des Beschwerdeführers, im Labor sei nach den falschen Wirkstoffen gesucht worden, treffe nicht zu: Tramundin enthalte den Wirkstoff Tramadol, und Desmethylvenlafaxin sei das wichtigste Stoffwechselprodukt von Venlafaxin (IV-Nr. 148, S. 2). Nachdem der Beschwerdeführer Einwände erhoben hatte (IV-Nr. 153), holte die Beschwerdegegnerin eine weitere Stellungnahme von Dr. med. E.____ vom RAD ein; dieser schloss sich der Beurteilung von Dr. med. H.____ an (Notiz vom 21. November 2013, IV-Nr. 157, S. 2).

4.2 Den im Neuanmeldungsverfahren eingereichten Arztberichten sind im Wesentlichen folgende Angaben zu entnehmen:

4.2.1 Dr. med. B.____ bejaht in seinem Schreiben vom 15. Januar 2016 die Frage, ob sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers seit dem Verfassen des interdisziplinären Gutachtens von November 2012 verändert habe. Während der letzten Jahre hätten sich die Klagen über Schmerzen, depressive Verstimmungen und finanzielle Probleme tendenziell verstärkt. Die Schmerzen lokalisierten sich hauptsächlich im Nackenbereich mit Ausstrahlung in den linken Arm, in letzter Zeit aber auch Ausweitung in die ganze linke Körperhälfte. Grundsätzlich seien ■ so Dr. med. B.____ ■ Schmerzen und Depressionen behandelbar. Beim Beschwerdeführer lasse sich aber kaum ein Behandlungserfolg nachweisen. Er dürfte kaum noch in der Lage sein, die von ihm in früheren Jahren ausgeführten Arbeiten im Strassen- und Tunnelbau ausüben zu können. Aufgrund von früheren Erfahrungen sei er offenbar auch nicht mehr in der Lage, mittelschwere Arbeiten (damals Verpacken von Kaffeemaschinen in Kartonbehälter) auszuführen (IV-Nr. 168 S. 4).

4.2.2 Dem Bericht von Dr. med. F.____ und Dr. med. J.____, Orthopädische Klinik, C.____, [...], vom 14. April 2016 an den Vertreter des Beschwerdeführers lässt sich Folgendes entnehmen: Wie in ihren bisherigen Berichten bereits erwähnt, leide der Beschwerdeführer unter Nackenschmerzen mit Ausstrahlungen in das linke Schultergelenk und in den Arm bis

in die Finger. Die gesundheitliche Situation habe sich während den letzten Jahren sukzessive verschlechtert. Die medizinische Situation der Bandscheibe auf Höhe C5/6 habe sich radiologisch wie auch klinisch langsam und deutlich verschlechtert. Die bisherigen Behandlungen mit Infiltrationen ■ Physiotherapie und analgetischer Medikation hätten leider keine Besserung erbracht. Der gesamte Verlauf sei frustrierend gewesen. Für allfällige Fragen, weitere Diagnosen sowie zusätzliche Informationen bäten sie ■ Dr. med. F. ___ und Dr. med. J. ___ ■ den Vertreter des Beschwerdeführers, sich in ihren bisherigen Berichten zu informieren, die ihm bereits zugekommen seien (IV-Nr. 168, S. 3).

Als solcher «bisheriger Bericht» aus dem hier relevanten Vergleichszeitraum wurde in der Folge ein Schreiben von Dr. med. F. ___ und Dr. med. J. ___ an Dr. med. B. ___ vom 1. Oktober 2015 (IV-Nr. 172 S. 3 [nur erste Seite; vollständiges Exemplar vgl. IV-Nr. 177, S. 8 f., Beilage zur Beschwerde]) aufgelegt; dieses nennt als Diagnose ein chronisches Zerviko-Brachialgiesyndrom linksbetont (Diskushernie C5/6 mit Myelonkontakt ohne Myelopathie; multisegmentale Degeneration). Weiter wird ausgeführt, die zwischenzeitlich durchgeführten MRI-Bilder der HWS zeigten eine Zunahme der Diskushernie auf Höhe C5/6 sowie multisegmentale degenerative Veränderungen. Bei der klinischen Untersuchung vom 25. September 2015 hätten sich keine Anzeichen neurologischer Ausfälle oder einer Retikulopathie nachweisen lassen. Das Hauptproblem für den Patienten seien die Schmerzen im linken Arm, bis zu den Fingergelenken reichend, sowie das Einschlafgefühl des gesamten linken Armes, der Fingergelenke linksseitig und entlang des linken Beines dorsolateral bis zum Fuss ausstrahlend. Zu einer genaueren Optimierung der Diagnostik und Objektivierung der beklagten Symptome habe man den Patienten an den Neurologen im Hause verwiesen. Man werde den Beschwerdeführer in acht Wochen erneut nachkontrollieren und Dr. med. B. ___ dann entsprechend benachrichtigen. Wie die neurologische Untersuchung ausfiel, geht aus den Akten nicht hervor.

4.2.3 Im unvollständig (nur erste Seite, auch im Beschwerdeverfahren) eingereichten Bericht des Instituts für Medizinische Radiologie, C. ___, vom 21. September 2015 (IV-Nr. 172, S. 4) über die gleichentags durchgeführte MRI-Untersuchung der Wirbelsäule wird erklärt, die letzte MR der HWS vom 27. August 2015 sei nur ungenügend beurteilbar, weil der Patient nicht ruhig halten können. Auch in der aktuellen Untersuchung sei der Patient sehr unruhig. In der Beurteilung wird ausgeführt, im zeitlichen Verlauf seit den Voruntersuchungen aus dem Jahre 2006 und 2011 zeigten sich zunehmende degenerative Veränderungen mit zunehmender Verschmälerung des Bandscheibenfaches vor allem auf Niveau HWK 5/6. Dort bestünden eine stärkere Unkarthrose und subligamentäre Diskusprotrusion. Von dorsal wirkten die Ligamenta flava auf diesem Niveau ebenfalls diskret minim verdickt, was allerdings in den axialen Sequenzen kaum zur Geltung komme. Insgesamt bestehe aber eine Engstellung des Spinalkanals auf dieser Höhe im Vergleich zu den übrigen Höhen. Die Unkarthrose führe beidseits intraforaminal zu einer Einengung des Foramens. Eine Nervenwurzelkompression scheine beidseits vorzuliegen, lasse sich aber nicht eindeutig beweisen.

4.2.4 Am 26. Mai 2016 teilte der Chiropraktor Dr. D. ___ dem Vertreter des Beschwerdeführers mit, bezüglich der objektiven Befunde der chiropraktorisches Untersuchung hätten sich die muskuloskelettalen Beschwerden leider seit November 2012 nicht verändert. Vor allem der Foraminakompressionstest löse jetzt, wie damals, Schmerzen im zweiten und dritten Drittel links mehr als rechts aus sowie teilweise auch radikuläre Ausstrahlungen in die oberen Extremitäten links mehr als rechts. Dazu bestehe immer noch

eine segmentale Blockierung/Hypomobilität der mittleren und unteren HWS. Mit der Therapie könne jeweils eine temporäre Linderung der Beschwerden erreicht werden. Die radiologischen Befunde des HWS-MRI vom 21. September 2015 zeigten eine progressive Verschlechterung des Zustands im Vergleich zu den früheren MRI-Untersuchungen. Subjektiv habe die Schmerzintensität zugenommen. Deshalb habe der Patient die Dosis der Medikamente erhöht, was zu mehreren Episoden von gastrointestinalen Beschwerden geführt habe. Aufgrund dieser Tatsachen habe sich der physische und psychische Allgemeinzustand des Patienten seit November 2012 verschlechtert. Aufgrund seiner Beschwerden sei der Beschwerdeführer in seiner Arbeits- und Leistungsfähigkeit stark eingeschränkt (IV-Nr. 172, S. 2).

4.2.5 In der Stellungnahme vom 28. Juni 2016 erklärte Dr. med. E.____ (RAD), im vorliegenden Bericht des MRI der HWS vom 21. September 2015 werde lediglich eine Zunahme der degenerativen Veränderungen der HWS und der Verschmälerung der Bandscheibe C5/6 beschrieben. Von einer Zunahme einer Diskushernie C5/6, wie Dr. med. J.____ am 1. Oktober 2015 geschrieben habe, sei keine Rede. Im Bericht vom 14. April 2016 stehe dann nur noch, es gebe eine Zunahme der «Veränderung»■ was korrekt sei (IV-Nr. 168, S. 3). Ferner seien im Bericht vom 1. Oktober 2015 radikuläre Ausfälle verneint (IV-Nr. 172, S. 3) und im Bericht vom 14. April 2016 ebenso wenig erwähnt worden. Eine Zunahme radiologischer pathologischer Veränderungen sei nur im Zusammenhang mit der Zunahme entsprechender klinischer Befunde relevant. Relevante klinische Befunde wären in diesem Fall radikuläre pathologische klinische Ausfallerscheinungen, die hier nicht bestünden. Die von Dr. med. J.____ und dem Chiropraktor geltend gemachte klinische Verschlechterung basiere alleine auf den subjektiven Schmerzangaben des Beschwerdeführers, womit keine Relevanz ausgewiesen werden könne. Ferner sei die Feststellung des Hausarztes im Bericht vom 15. Januar 2016 zu beachten, dass die Beschwerden grundsätzlich behandelbar wären, sich beim Beschwerdeführer aber kaum ein Behandlungserfolg nachweisen lasse. Diese Feststellung weise auf den Einfluss IV-fremder Faktoren wie psychosoziale Probleme und Aggravationsverhalten hin; auf Letzteres sei bereits bei der orthopädischen Begutachtung vom 11. Februar 2013 (IV-Nr. 145, S. 33) hingewiesen worden. Insgesamt habe sich der Zustand des Beschwerdeführers seit der Begutachtung also nicht in relevanter Weise verändert (vgl. «Protokoll», S. 14 f.).

4.3 Zu prüfen ist, ob die neu eingereichten Unterlagen (E. II 4.2 hiervor) geeignet sind, gegenüber den Vorberichten (E. II 4.1 hiervor) eine erhebliche Veränderung des Gesundheitszustands glaubhaft zu machen.

4.3.1 Dem MRI-Bericht vom 21. September 2015 (E. 4.2.3 hiervor) lässt sich entnehmen, dass die Aufnahmen ■ wie bereits diejenigen aus dem Jahr 2011, vgl. IV-Nr. 128 S. 5 [«sehr schlechte Beurteilbarkeit»] wegen Bewegungsartefakten nur eingeschränkt beurteilbar sind. Der Radiologe schloss auf zunehmende degenerative Veränderungen mit zunehmender Verschmälerung des Bandscheibenfaches vor allem auf Niveau HWK 5/6. Eine Zunahme der bereits im Jahr 2004 festgestellten Diskushernie C5/6 ist, wie der RAD-Arzt Dr. med. E.____ zu Recht festhält, nicht beschrieben. Die in den MRI-Aufnahmen ersichtliche Veränderung ist, wie der RAD-Arzt weiter darlegt, nur in Verbindung mit objektivierbaren klinischen Befunden geeignet, eine Verschlechterung des Gesundheitszustands mit Auswirkungen auf das Leistungsvermögen als glaubhaft erscheinen zu lassen.

4.3.2 Das Schreiben von Dr. med. F.____ und Dr. med. J.____ vom 24. April 2016 (E. II. 4.2.2 hiervor) erwähnt eine sukzessive radiologische wie auch klinische langsame Verschlechterung der medizinischen Situation der Bandscheibe auf Höhe C5/6. Die bisherige Behandlung sei erfolglos geblieben, der Verlauf frustrierend. Diese Angaben sind nicht geeignet, eine erhebliche Veränderung als glaubhaft erscheinen zu lassen. Namentlich ist darauf hinzuweisen, dass Dr. med. J.____ dem Beschwerdeführer bereits im Jahr 2008 im Zusammenhang mit der bereits damals vorliegenden Diskushernie C5/6 eine Operation (Diskektomie und Cage-Fusion C5/6) vorgeschlagen hatte (vgl. IV-Nr. 82 sowie 93.3, S. 3 f.). Aus dem Bericht vom 24. April 2016 ergibt sich keine hinreichend substantiiert beschriebene Verschlechterung. Statt näherer Angaben, verweisen die Ärzte auf ihre früheren Berichte, von welchen derjenige vom 1. Oktober 2015 aktenkundig ist. Dort wird ausgeführt, es hätten sich keine Anzeichen neurologischer Ausfälle gefunden, und es werden die vom Beschwerdeführer genannten Symptome geschildert. Es erfolgt eine Weiterverweisung an die Neurologen desselben Spitals «zur genaueren Optimierung der Diagnostik und Objektivierung der beklagten Symptome». Im internen Auftrag am Ende des Schreibens wird um ein Aufgebot gebeten «für eine neurophysiologische Untersuchung zur Objektivierung der Symptome und mit der Frage, ob ein Zusammenhang mit der HWS-Problematik besteht» (IV-Nr. 177, S. 9). Daraus wird deutlich, dass die Ärzte der Orthopädischen Klinik, Dr. med. F.____ und Dr. med. J.____, selbst keine Objektivierung der Symptome vornehmen konnten und hierfür eine ergänzende neurologische Abklärung für erforderlich hielten. Wenn sich die Ärzte also auf die Schmerzangaben des Beschwerdeführers stützten, welche sie nicht zu objektivieren vermochten, ist dies nicht geeignet, eine Verschlechterung glaubhaft zu machen; dies insbesondere auch mit Blick darauf, dass u.a. im Gutachten der Begutachtungsstelle G.____ vom 11. Februar 2013 festgestellt worden war, die Diskrepanz zwischen der Selbsteinschätzung des Beschwerdeführers und den objektivierbaren Befunden ziehe sich wie ein roter Faden durch die Krankengeschichte (IV-Nr. 145, S. 34; E. II. 4.1.1 hiervor).

Dr. med. F.____ und Dr. med. J.____ versprachen sich von den durch sie veranlassten neurologischen Abklärungen eine mögliche Objektivierung der Symptome. Die Ergebnisse dieser neurologischen Abklärungen könnten daher grundsätzlich geeignet sein, eine erhebliche Veränderung glaubhaft erscheinen zu lassen. Ob diese Abklärungen vorgenommen wurden und zu welchen Resultaten sie führten, ist jedoch nicht aktenkundig. Dem Gericht ist es im Neuanmeldungsverfahren verwehrt, zusätzliche Akten zu berücksichtigen oder von sich aus beizuziehen (vgl. E. II. 2.4 hiervor am Ende). Auch mit den im Neuanmeldungsverfahren aufgelegten Berichten von Dr. med. F.____ und Dr. med. J.____ wird demnach eine erhebliche Veränderung nicht glaubhaft gemacht. Namentlich bleibt unklar, inwiefern die Feststellungen im Gutachten der Begutachtungsstelle G.____, es fänden sich keine sicheren motorischen oder sensiblen Ausfälle mit radikulärem Muster am linken Arm (IV-Nr. 145, S. 34), nicht mehr zutreffen sollten.

4.3.3 Weiter beruft sich der Beschwerdeführer auf den Bericht von Dr. med. B.____ vom 15. Januar 2016 (E. II. 4.2.1 hiervor). Dr. med. B.____ bejaht einleitend die Frage nach einer Veränderung im Zeitraum seit November 2012 (IV-Nr. 168, S. 4). Wie er gleich anschliessend festhält, besteht diese Veränderung jedoch im Wesentlichen aus einer tendenziellen Verstärkung der Klagen über Schmerzen (mit Ausweitung in die ganze linke Körperhälfte), depressive Verstimmungen und finanzielle Probleme. Die Annahme einer Verschlechterung basiert also nicht auf den Feststellungen des Arztes, sondern auf den

Angaben des Beschwerdeführers. Zur Arbeitsfähigkeit äussert sich Dr. med. B.____ eher vage. In seinen früheren Stellungnahmen beschrieb Dr. med. B.____ die Symptomatik mit «Schmerzen auf der linken Seite, blockiert, Tag und Nacht» (IV-Nr. 93.5, S. 8). Er bescheinigte dem Beschwerdeführer ab 1. April 2008 während längerer Zeit eine vollständige Arbeitsunfähigkeit (IV-Nr. 93.3, S. 1). In seinem Bericht vom 22. Juli 2009 erwähnte er eine Ausdehnung und Intensivierung von Schmerzen in die ganze linke Körperhälfte. Bezüglich der Leistungsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit verwies er auf die Ergebnisse des Einsatzes (manuelle Arbeiten, Montage, Kontrolle, Verpackung, etc.) in der Institution K.____, welche eine Leistungsfähigkeit von zirka 30 % ergeben hatte (vgl. IV-Nr. 91). In seiner Stellungnahme vom 10. Juni 2010 (IV-Nr. 104, S. 7) hielt Dr. med. B.____ fest, die aus seiner Sicht überzeugendste Beurteilung sei jene im Qualifizierungsbericht der erwähnten Institution, der eine deutlich eingeschränkte Leistungsfähigkeit von 20 ■ 30 % festhalte, und dies in Bereichen von Kontroll- und Verpackungsarbeiten, einfachen Montagearbeiten sowie Qualitätssicherung. Im Arztbericht vom 5. April 2012 verwies Dr. med. B.____ auf seinen Vorbericht vom Juli 2009. Den Gesundheitszustand bezeichnete er als stationär (IV-Nr. 131). Verglichen mit diesen früheren Einschätzungen lassen sich dem Bericht vom 15. Januar 2016 keine substantiierten, über die Wiedergabe der Schmerzangaben des Beschwerdeführers hinausgehenden Hinweise auf eine Verschlechterung entnehmen. Es kommt hinzu, dass der Beschwerdeführer, wie vorstehend wiedergegeben, bereits früher über Schmerzen in der gesamten linken Körperhälfte geklagt hatte. Zur Arbeitsfähigkeit äussert sich Dr. med. B.____ nur zurückhaltend. Weiter fällt auf, dass der Medikamentenplan (IV-Nr. 168, S. 5), den der Beschwerdeführer zusammen mit dem Schreiben von Dr. med. B.____ vom 15. Januar 2016 (IV-Nr. 168, S. 4) einreichen liess, das Datum des 26. Februar 2013 trägt und denn auch vollkommen identisch ist mit demjenigen Dokument (IV-Nr. 147, S. 3), das der Beschwerdeführer im früheren Verwaltungsverfahren mit seinem Schreiben vom 4. März 2013 hatte einreichen lassen (IV-Nr. 147, S. 1 f.). Auch dieser Umstand spricht gegen eine erhebliche Veränderung. Vor diesem Hintergrund ist das Schreiben vom 15. Januar 2016 weder für sich allein genommen noch in Verbindung mit anderen Unterlagen geeignet, eine erhebliche Veränderung des Gesundheitszustands im Vergleich zur Situation im November 2012 (vgl. IV-Nr. 145, S. 1) glaubhaft zu machen.

4.3.4 Dem Schreiben des Chiropraktors Dr. D.____ vom 26. Mai 2016 (E. II. 4.2.4 hiavor) ist schliesslich gleich einleitend zu entnehmen, bezüglich der objektiven Befunde der chiropraktorisches Untersuchung hätten sich die muskuloskelettalen Beschwerden seit November 2012 nicht verändert. Eine Veränderung bejaht Dr. D.____ in Bezug auf die radiologischen Befunde und die subjektiv wahrgenommene Schmerzintensität. Auch dieser Bericht weist somit nicht auf Befunde hin, die sich erheblich verschlechtert hätten und durch Dr. D.____ objektiviert worden wären. Er bildet daher ebenfalls keine Grundlage für die Annahme, eine erhebliche Veränderung sei glaubhaft gemacht worden. Die von Dr. D.____ erwähnte Veränderung der Medikation hat nach Lage der Akten jedenfalls nicht dauerhaft stattgefunden, denn der im Neuanmeldungsverfahren eingereichte Medikamentenplan (IV-Nr. 168 S. 5) ist, wie bereits erwähnt, identisch mit dem Medikamentenplan, den mit der Eingabe vom 4. März 2013 aufgelegt wurde (IV-Nr. 147 S. 3) und im damals laufenden, mit der Verfügung vom 29. Januar 2014 (IV-Nr. 159) abgeschlossenen Verfahren berücksichtigt werden konnte.

5. Zusammenfassend ist der Beurteilung des RAD-Arztes Dr. med. E. ___ vom 28. Juni 2016 beizupflichten: Es bestehen keine genügenden Anhaltspunkte für eine erhebliche Veränderung des Gesundheitszustands, um eine solche als glaubhaft gemacht anzusehen. Folglich ist festzustellen, dass die Verfügung der Beschwerdegegnerin vom 1. Juli 2016, worin diese auf das Leistungsbegehren bzw. die Neuanschuldung des Beschwerdeführers vom 2. Mai 2016 nicht eingetreten ist, korrekt ist. Angesichts der vorliegenden medizinischen Akten und mit Blick auf die beweisrechtlichen Anforderungen hat die Beschwerdegegnerin keinen zu hohen Massstab an das Glaubhaftmachen im Sinne von Art. 87 Abs. 3 IVV gestellt. Die Beschwerde erweist sich somit als unbegründet. Sie ist abzuweisen.

6. Bei diesem Verfahrensausgang besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung.

7. Aufgrund von Art. 69 Abs. 1bis 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 CHF 200.00 - 1'000.00 festgelegt. Im vorliegenden Fall hat der Beschwerdeführer die Verfahrenskosten von CHF 600.00 zu bezahlen, die mit dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe zu verrechnen sind.

Demnach wird erkannt:

3. Der Beschwerdeführer hat Verfahrenskosten von CHF 600.00 zu bezahlen, die mit dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe verrechnet werden.

Rechtsmittel

Gegen diesen Entscheid kann innerhalb 30 Tagenseit der Mitteilung beim Bundesgericht Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten eingereicht werden (Adresse: Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern). Die Frist beginnt am Tag nach dem Empfang des Urteils zu laufen und wird durch rechtzeitige Aufgabe bei der Post gewahrt. Die Frist ist nicht erstreckbar (vgl. Art. 39 ff., 82 ff. und 90 ff. des Bundesgerichtsgesetzes, BGG). Bei Vor- und Zwischenentscheiden (dazu gehört auch die Rückweisung zu weiteren Abklärungen) sind die zusätzlichen Voraussetzungen nach Art. 92 oder 93 BGG zu beachten.

Versicherungsgericht des Kantons Solothurn

Der Präsident

Der Gerichtsschreiber

Flückiger

Häfliger

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