

SO_GERICHTE VSBES.2018.88 vom 5. Februar 2018

SO Obergericht, 2018-02-05, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2018.88

FR: SO_GERICHTE VSBES.2018.88 du 5 février 2018

IT: SO_GERICHTE VSBES.2018.88 del 5 febbraio 2018

Erwägungen

E. 1

1.1 Die Sachurteilsvoraussetzungen (Einhaltung von Frist und Form, örtliche und sachliche Zuständigkeit des angerufenen Gerichts) sind erfüllt. Auf die Beschwerde ist somit einzutreten.

1.2 Für die Beurteilung eines Falles hat das Sozialversicherungsgericht grundsätzlich auf den bis zum Zeitpunkt des Erlasses der streitigen Verfügung (hier: 5. Februar 2018) eingetretenen Sachverhalt abzustellen (BGE 131 V 242 E. 2.1 S. 243, 121 V 366 E. 1b).

2. Nach Art. 28 Abs. 1 Bundesgesetz über die Invalidenversicherung (IVG, SR 831.20) haben jene Versicherte Anspruch auf eine Rente, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a) und zusätzlich während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG, SR 830.1]) gewesen sind (lit. b) sowie nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind. Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG besteht der Anspruch auf eine ganze Rente, wenn die versicherte Person mindestens 70 %, derjenige auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens 60 % invalid ist. Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % ein solcher auf eine Viertelsrente.

2.1 Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Sie kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein. Die Invalidität gilt als eingetreten, sobald sie die für die Begründung des Anspruchs auf die jeweilige Leistung erforderliche Art und Schwere erreicht hat (Art. 4 IVG).

2.2 Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die Ärzte und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die Versicherten arbeitsunfähig sind. Im Weiteren sind ärztliche Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen den Versicherten noch zugemutet werden können (BGE 140 V 193 E. 3.2 S. 196, 132 V 93 E. 4 S. 99 f., 125 V 261 E. 4).

Demgegenüber fällt es nicht in den Aufgabenbereich des Arztes oder der Ärztin, sich zur Höhe einer allfälligen Rente zu äussern, da der Begriff der rentenanspruchsbegründenden Invalidität nicht nur von medizinischen, sondern auch von erwerblichen Faktoren bestimmt wird (vgl. Art. 16 ATSG).

2.3 Nach Art. 8 Abs. 1 IVG haben Invalide oder von einer Invalidität bedrohte Versicherte Anspruch auf Eingliederungsmassnahmen, soweit diese notwendig und geeignet sind, die Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, wieder herzustellen, zu erhalten oder zu verbessern (lit. a); und die Voraussetzungen für den Anspruch auf die einzelnen Massnahmen erfüllt sind (lit. b).

E. 3

3.1 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). Ob eine im Sinne dieser Bestimmungen erhebliche Tatsachenänderung eingetreten ist, beurteilt sich durch Vergleich der Verhältnisse im Zeitpunkt der Neuanmeldung mit denjenigen bei Erlass der letzten, auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Ermittlung des Invaliditätsgrades beruhenden Verfügung (BGE 130 V 71 E. 3.2.3; vgl. auch BGE 133 V 108).

3.2 Die Eintretensvoraussetzungen nach Art. 87 Abs. 2 IVV sollen verhindern, dass sich die Verwaltung nach vorangegangener rechtskräftiger Anspruchsprüfung 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 der seinerzeit beurteilte Sachverhalt sich in der Zwischenzeit nicht verändert hat. Die Verwaltung verfügt bei der Beurteilung der Eintretensvoraussetzungen über einen gewissen Spielraum. Bei der Prüfung der Frage, ob die Vorbringen der versicherten Person glaubhaft sind, berücksichtigt die Verwaltung u.a., ob seit der rechtskräftigen Erledigung des letzten Leistungsgesuchs lediglich kurze oder schon längere Zeit vergangen ist; je nachdem sind an die Glaubhaftmachung einer Änderung des rechtserheblichen Sachverhalts höhere oder weniger hohe Anforderungen zu stellen (SVR 2003 IV Nr. 25 S. 76, I 238/02 E. 2.2; Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts I 724/99 vom 5. Oktober 2001 E. 1c/aa, nicht publ. in: BGE 127 V 294, aber in: SVR 2002 IV Nr. 10 S. 25; Urteil des Bundesgerichts 9C_688/2007 vom 22. Januar 2008 E. 2.2).

3.3 Das gegenüber dem im Sozialversicherungsrecht sonst üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (BGE 126 V 353 E. 5b S. 360) herabgesetzte Beweismass des «Glaubhaftmachens» im Sinne von Art. 87 Abs. 2 IVV unterliegt weniger strengen Anforderungen als im Zivilprozessrecht (im Einzelnen: Urteil des Bundesgerichts 9C_68/2007 vom 19. Oktober 2007 E. 4.4.1 mit Hinweisen); 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 (Urteile des Eidg. Versicherungsgerichts I 724/99 vom 5. Oktober 2001 E. 1c/aa, nicht publiziert in BGE 127 V 294, aber in SVR 2002 IV Nr. 10; Urteile des Bundesgerichts 8C_325/2016 vom 31. August 2016 E. 2.1, 8C_406/2017 6. September 2017 E. 2.2). Erheblich ist eine Sachverhaltsänderung, wenn angenommen werden kann, der Anspruch auf eine Invalidenrente (oder deren Erhöhung) sei begründet, falls sich die geltend gemachten Umstände als richtig erweisen sollten (SVR 2003 IV Nr. 25 S. 76, I 238/02 E. 2.2 und 2.3, 2002 IV Nr. 10 S. 25, I 724/99 E. 1c/aa, Urteil des Bundesgerichts 9C_523/2014 vom 19. November 2014 E. 2).

3.4 In erster Linie ist es Sache der versicherten Person, substantielle Anhaltspunkte für eine allfällige neue Prüfung des Leistungsanspruchs darzulegen. Wenn die der Neuanmeldung beigelegten ärztlichen Berichte so substantiiert sind, dass sich eine neue Prüfung aufgrund weiterer Erkenntnisse allenfalls rechtfertigen würde, ist die IV-Stelle zur Nachforderung weiterer Angaben 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 (Urteile des Bundesgerichts 9C_616/2010 vom 12. Oktober 2010 E. 2.4, 8C_1025/2010 vom 28. März 2011 E. 2.4; zum Ganzen: SZS 2009 S. 397, 9C_286/2009 E. 2.2.3).

3.5 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).

E. 4

4.1 Streitig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin mit der angefochtenen Verfügung vom 5. Februar 2018 (A.S. 1 ff.) auf die Neuanmeldung des Beschwerdeführers vom 20. Oktober 2017 zu Recht nicht eingetreten ist. Dies hängt nach dem Gesagten davon ab, ob es dem Beschwerdeführer gelungen ist, im Verlauf des Verwaltungsverfahrens glaubhaft zu machen, dass sich sein Invaliditätsgrad seit dem Erlass der in Rechtskraft erwachsenen Verfügung vom 18. Februar 2015 (IV-Nr. 97) in anspruchserheblicher Weise verändert hat.

4.2 Mit dem Vorbescheid vom 29. November 2017 (IV-Nr. 180) wies die Beschwerdegegnerin den Beschwerdeführer darauf hin, dass mit der Neuanmeldung eine erhebliche Veränderung der tatsächlichen Verhältnisse nicht glaubhaft dargelegt worden sei. Weiter machte sie ihn darauf aufmerksam, dass innerhalb der 30-tägigen Einwandfrist weitere Beweismittel (Arztberichte, Therapieberichte, etc.) eingereicht werden könnten, welche eine Veränderung des Gesundheitszustandes als glaubhaft erscheinen liessen, wobei es nicht genüge, auf Beweismittel zu verweisen, ohne diese einzureichen. Damit verbunden war die Ankündigung, auf die Neuanmeldung nicht einzutreten, falls nicht weitere

Beweismittel eingereicht würden und der Eintretenstatbestand glaubhaft gemacht werde. Dieses Vorgehen wird der verfahrensmässigen Anforderungen (vgl. E. II. 3.5 hiervor) gerecht. Im Beschwerdeverfahren ist daher, entsprechend dem Gesagten, die Aktenlage massgebend, welche sich der Beschwerdegegnerin bot, als sie die Nichteintretensverfügung vom 5. Februar 2018 erliess.

5. Bei Erlass der Verfügung vom 18. Februar 2015 (IV-Nr. 97) stützte sich die Beschwerdegegnerin im Wesentlichen auf das polydisziplinäre Gutachten der Begutachtungsstelle F.____ vom 16. Juli 2014 (IV-Nr. 89). Die Gutachter Dr. med. G.____, Spezialarzt Orthopädie FMH, Dr. med. H.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Dr. med. I.____, Facharzt für Neurologie, und Dr. med. J.____, Spezialarzt FMH für Innere Medizin, hielten darin folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit fest (IV-Nr. 89 S. 53):

Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit seien:

Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit im polydisziplinären Konsens: Aufgrund der Angst und depressiven Störung gemischt bei Zustand nach Anpassungsstörung mit vorwiegender Beeinträchtigung von anderen Gefühlen bei zugrundeliegender kombinierter Persönlichkeitsstörung und Beeinträchtigung der emotionalen Belastbarkeit, der geistigen Flexibilität, des Antriebs, der Interessen, der Motivation, der Kontaktfähigkeit, der Anpassungsfähigkeit und der Dauerbelastbarkeit betrage die Arbeitsfähigkeit als Hilfsarbeiter im Baugewerbe seit Januar 2010 70 % (Arbeitsunfähigkeit 30 %) gesamthaft bei voller Stundenpräsenz. Vorangehend habe gesamthaft bei voller Stundenpräsenz seit November 2008 eine volle Arbeitsfähigkeit (Arbeitsunfähigkeit 0 %) bestanden. Arbeitsfähigkeit in einer leidensadaptierten Tätigkeit: Tätigkeiten ohne erhöhte emotionale Belastung, ohne Stressbelastung und ohne erforderliche geistige Flexibilität, ohne vermehrte Kundenkontakte und ohne überdurchschnittliche Dauerbelastung könnten gesamthaft bei voller Stundenpräsenz seit Januar 2010 zu 80 % (Arbeitsunfähigkeit 20 %) zugemutet werden. Berufliche Eingliederungsfähigkeit: Die volle Arbeitsfähigkeit bestehe seit November 2008 und eingeschränkt gesamthaft seit Januar 2010. Theoretisch stehe einer sofortigen beruflichen Eingliederung nichts entgegen, allerdings erschienen berufliche Eingliederungsmassnahmen bei mangelnder Motivation und Kooperation wenig aussichtsreich (S. 54).

Prognose: Nachdem die Beschwerden im linken Daumen nicht nachvollzogen werden könnten und sämtliche bisherigen Behandlungsmassnahmen dementsprechend erfolglos gewesen seien, könne kein weiterer Therapieversuch unterbreitet werden. Die Prognose sei folgerichtig schlecht. Aus internistischer Sicht sei die Prognose gut. Aufgrund der doch erheblichen Symptomausweitung mit Sensibilitätsstörungen im Gesicht, im gesamten linken Arm, der Schulter pektoralseitig, aber auch der subjektiv empfundenen kognitiven Beeinträchtigungen mit Vergesslichkeit aufgrund der langjährigen Therapieresistenz der chronifizierten Schmerzen seit 2008 sei die Prognose aus neurologischer Sicht ungünstig. Die Prognose erscheine aus psychiatrischer Sicht nach dem bisherigen Krankheitsverlauf eher ungünstig und bei Anforderungen oder Änderungen der sozialen Situation sei mit einer Verschlechterung des psychischen Zustandsbildes mit vermehrter Fixierung auf die körperlichen Beschwerden zu rechnen. Es sei eine konsequente psychiatrische und psychotherapeutische Behandlung, wenn möglich in der Muttersprache, kombiniert mit antidepressiver Medikation zu empfehlen. Nachdem bisher ambulante therapeutische Massnahmen wenig erfolgreich gewesen seien, sei eine teilstationäre oder stationäre

psychiatrische, psychotherapeutische oder psychosomatische Therapie sinnvoll, wobei aufgrund der vorliegenden Persönlichkeitsstörung nicht absehbar sei, in wieweit eine Besserung und Leistungssteigerung eintreten werde (S. 55).

Die Arbeitsfähigkeit sei durch ein psychisches Leiden mit Krankheitswert eingeschränkt. Ein Überwiegen von psychosozialen Faktoren sei nicht anzunehmen, obwohl an psychosozialen Faktoren vor allem Arbeitslosigkeit, finanzielle Belastungen, mangelnde Integration und fehlende Sprachbeherrschung nach zweiundzwanzig Jahren (?!) in der Deutschschweiz zu erheben seien. Für das Vorliegen einer Suchterkrankung fänden sich keine Hinweise (S. 55 f.).

Der Beweiswert dieses polydisziplinären Gutachtens wurde in der Folge sowohl durch das Kantonsgericht [...] vom 2. Juni 2016 (IV-Nr. 156) als auch durch das Bundesgericht mit Urteil 9C_632/2016 (IV-Nr. 167) bestätigt. So führte das Kantonsgericht [...] in seinem Urteil aus, es stehe fest, dass das polydisziplinäre Gutachten der Begutachtungsstelle F.____ vom 16. Juli 2014 eine zuverlässige Beurteilung des medizinischen Sachverhalts im Zeitpunkt des Verfügungserlasses erlaube (IV-Nr. 156 S. 16).

6. Im Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung vom 5. Februar 2018 (A.S. 1 ff.) präsentierten sich die medizinischen Akten im Wesentlichen wie folgt:

6.1 Im ärztlichen Verlaufsbericht vom 28. Juni 2017 (IV-Nr. 171 S. 8 f.) gab Dr. med. K.____, Facharzt FMH für Orthopädische Chirurgie, speziell Handchirurgie, L.____, folgende Diagnosen an:

Einkrallkontraktur des linken Daumens, Zustand nach Hammerschlag mit Nagelkranzfraktur 2008, sekundäre Arthrodese des Daumen IP-Gelenkes

Die funktionelle Situation sei etwa gleich geblieben. Der Beschwerdeführer könne sich mit der linken Hand beim Kleiden nicht helfen, könne nicht schreiben, keinen Pinzetten-Griff durchführen. Der Unfallversicherer D.____ habe nun eine Kostengutsprache gegeben für eine Arthrodese des Daumengrundgelenkes links in Streckstellung, dies als Versuch, die Funktion mindestens teilweise für den Pinchgriff und für die Funktion wieder herzustellen. Klinisch bestehe eine Sensibilität an der Daumenkappe. Die Beschwerden am Daumensattelgelenk seien gering.

Es sei die Indikation zur Arthrodese des linken Daumengrundgelenkes mit Platte und Cerclage am 10. August 2017 ambulant in einer Vollnarkose gestellt worden. Es werde bis zur knöchernen Konsolidation mit einer Rehabilitationszeit von acht bis zehn Wochen gerechnet.

6.2 Im Operationsbericht ambulant vom 10. August 2017 (IV-Nr. 175 S. 8 f.) legte Dr. med. K.____ dar, es sei am 10. August 2017 ein operativer Eingriff im Sinne einer «Korrekturarthrodese des linken Daumengrundgelenkes mit Platte und interfragmentärer Zugschraube» durchgeführt worden. Die Indikation dazu sei wegen der lang vorbestehenden Krallstellung mit funktioneller Invalidität gegeben. Es sei bereits die Arthrodese des Daumen IP Gelenkes erfolgt, das Sattelgelenk sei klinisch und radiologisch gut. Es wurde folgende Diagnose gestellt: «Einkralltendenz und Adduktionskontraktur im linken Daumengrundgelenk, Zustand nach Quetschtrauma 2008 und zweimal Voroperationen».

6.3 Dr. med. K.____ stellte im Bericht vom 6. September 2017 (IV-Nr. 175 S. 10) folgende Diagnosen:

Status nach korrigierender Platten- und Schrauben-Arthrodeese des linken Daumengrundgelenkes vom 10. August 2017 nach Quetschtrauma und zweimal Voroperation 2008

Knappe 6 Wochen nach der Operation sei die Arthrodeese klinisch und radiologisch fest, der Beschwerdeführer trage noch eine Nachtschiene für weitere zwei Wochen und dürfe sie dann wegnehmen. Tagsüber sei der Daumen frei, die Narbe sei nach einer minimalen sekundären Wundheilungsstörung schön verheilt. Der Beschwerdeführer brauche den Daumen und habe wieder einen Pinchgriff zum Zeige- und Mittelfinger und im Zuge der Remobilisation noch diverse Schmerzen und Tonisierung an den Muskelgruppen an der oberen Extremität bis zur Schulter hin, weswegen mit der detonisierenden Physiotherapie weitergefahren werden sollte. Die Belastung dürfe ab 20. September auf das volle Mass gesteigert werden.

6.4 Im Bericht vom 19. Oktober 2017 (IV-Nr. 171 S. 4 f.) hielt Dr. med. K.____ folgende Diagnose fest:

Komplexes posttraumatisches Schmerzsyndrom in der linken oberen Extremität, Zustand nach Arthrodeese des linken Daumengrundgelenkes in Streckstellung am 10. August 2017, bei Adduktionskontraktur des Daumens in der Hohlhand nach Quetschtrauma 2008

Die Vorgeschichte bei diesem 61-jährigen, ursprünglich handwerklich Tätigen, sei komplex. Wegen der kompletten Abduktion des Daumens in der Hohlhand sei u.a. auch ein hygienisches Problem entstanden und eine völlige Funktionslosigkeit des linken Daumens. Nachdem der Unfallversicherer D.____ den Fall 2011 mit Hinweisen auf psychosomatische Ausweitung abgeschlossen gehabt habe, habe der Beschwerdeführer sich zurückgezogen, depressiv mit Selbstmordgedanken. Nach erneuter Beurteilung habe der Unfallversicherer D.____ dann für die Daumengelenksarthrodese in Streckstellung eingewilligt, welche am 10. August 2017 durchgeführt worden sei (vgl. E. II. 6.2 hiervor). Unglücklicherweise habe sich nun eine Hyperpathie der Greiffläche des Daumens entwickelt, welche den Pinch-Griff im funktionellen Alltag empfindlicher einschränke und vergesellschaftet sei, mit teilweise brennenden und stechenden Schmerzen entlang der oberen Extremität. Die Hausärztin des Beschwerdeführers, Dr. med. B.____, werde gebeten, zusätzlich zu den laufenden Massnahmen mit einer Physiotherapie eine Akupunkturtherapie durchzuführen.

6.5 Im Schreiben vom 15. November 2017 (IV-Nr. 176, A.S. 43) führte Dr. med. K.____ aus, wie bereits von der Schwiegertochter des Beschwerdeführers erfahren, leide der Beschwerdeführer nach dem Quetschtrauma, der resultierenden Arbeitslosigkeit und jahrelangen gerichtlichen Verhandlungen wegen Kostenübernahme seiner Behandlung unter einer schweren Depression. Dr. med. K.____ behandle den Beschwerdeführer gegenwärtig nach einer Daumengrundgelenksarthrodese, welche die Stellung des Daumens sehr wesentlich verbessert habe. Derzeit würden sie aber wegen einer Überempfindlichkeit des Daumens und dem Zeigefinger mit einem Schmerzsyndrom im Arm kämpfen. Das Gesuch um Abgabe einer IV-Rente sei wegen der geistigen Störung nochmals in Erwägung zu ziehen.

6.6 Dr. med. K.____ hielt im Schreiben an den Unfallversicherer D.____ vom 15. November 2017 (Beschwerdebeilage Nr. 5) die folgenden Diagnosen fest:

Obwohl die Stellungskorrektur beim 61-jährigen gelungen sei und ein Pinchgriff nun auch möglich sei, scheitere die funktionelle Rehabilitation im Moment an einer neuen

Hyperpathie der Greiffläche in der Mitte der Daumenkuppe und einer solchen über dem dorsalradialen Rücken des Zeigefingers. Es sei ein Versuch mit Akupunkturbehandlung ambulant in der Nähe am Laufen, diese habe aber aus terminlichen Gründen noch nicht richtig stattfinden können. Daher werde angefragt, ob eine stationäre Schmerzbehandlung möglich wäre. Bis zur Entscheidung werde versucht, lokal mit EMLA-Patches, die Hyperpathie anzugehen und die Greiffunktion etwas zu verbessern.

6.7 Dr. med. B. ____, Fachärztin Allgemeine Innere Medizin, führte im Bericht vom 6. Dezember 2017 (IV-Nr. 181 S. 3 f.) die folgenden Diagnosen auf:

Dr. med. B. ____ bestätige, dass der Beschwerdeführer weiterhin in einem Zustand sei, der eine Arbeitsaufnahme verhindere. Es bestünden Passivität und Hilflosigkeit. Durch die Einschränkung wegen seines Daumens sei der Beschwerdeführer traurig und deprimiert. Die psychische Situation sei in dem Sinne verändert, dass neu Schuldvorwürfe gegenüber den Ärzten erhoben würden (Wut, warum ihm mit dem Daumen nicht früher geholfen worden sei, es sei jetzt doch deutlich besser). Die Schmerzen seien unverändert. Durch die letzte Operation am 10. August 2017 bei Dr. med. K. ____ (Korrekturarthrodese des linken Daumengrundgelenkes mit Platte und interfragmentärer Zugschraube, vgl. E. II. 6.2 hiervor), habe sich das Äussere zwar verbessert, aber die Schmerzen seien weiterhin stark vorhanden.

6.8 Dr. med. K. ____ hielt im Bericht vom 21. Dezember 2017 (IV-Nr. 183 S. 1 f.) folgende Diagnosen fest:

Beim 61-jährigen Beschwerdeführer seien nach der Arthrodese des Grundgelenkes zwar wieder Griffformen möglich, aber durch die Hyperpathie der Daumenkuppe und die neuropathischen Schmerzen sei der Beschwerdeführer weiterhin funktionell extrem eingeschränkt. Zudem sei er durch den Entscheidungsprozess des Unfallversicherers D. ____ mit Fallabschluss und Verweigerung einer Rente traumatisiert worden und leide unter einer seit Jahren bestehenden schweren Depression.

6.9 Dr. med. N. ____, Oberarzt, Klinik für Schmerztherapie, Kantonsspital [...], hielt im Bericht vom 7. März 2018 (A.S. 28 ff.) aufgrund der ambulanten Sprechstunde vom 5. März 2018 folgende Diagnosen fest:

Nebendiagnosen:

Der Beschwerdeführer sei in einem guten Allgemein- und Ernährungszustand. Die nähere Untersuchung der linken Hand zeige keine Schwellung oder Überwärmung, dennoch leichte bläuliche Verfärbungen der Daumenkuppen. Bei der aktuellen Untersuchung keine Allodynie. Unvollständige Handfaust, da Fingerkuppe D2 - Handballen circa 2 cm. Regelrechte Abduktion / Adduktion des Daumens, dennoch sei die Opposition vorzuführen nicht möglich, dadurch sei der Pinzettengriff nicht durchführbar. Druckdolenz im Bereich des Handballens und des Handrückens lateral, Einschränkung der Beweglichkeit des proximalen Pharyngealgelenks mit Flexion 70° und im distalen Phalangealgelenk Flexion 30°.

Es handle sich in diesem Fall mit Sicherheit um eine Schmerzchronifizierung mit der Indikation einer stationären multimodalen Schmerztherapie. Dieses Therapiekonzept beinhalte verschiedene Behandlungen und Therapien. Hier würden unter anderem Schmerzbewältigungsstrategien mit dem Beschwerdeführer erarbeitet. Leider könnten sie ihm diese Form der Therapie nicht anbieten, da er nicht über Deutschkenntnisse verfüge,

die aber zwingend notwendig seien, da der Beschwerdeführer aktiv in die Strategie miteinbezogen werde. Es sei zunächst die Schmerzmedikation angepasst worden, das Zaldiar sei auf Targin 5/2,5 mg (1-0-1) umgestellt worden. Des Weiteren sei dem Beschwerdeführer eine ambulante Ergotherapie rezeptiert worden.

6.10 Im Bericht betreffend die Ergotherapie vom 9. April 2018 (Beschwerdebeilage Nr. 4) hielt die dipl. Ergotherapeutin HF P.____, Kantonsspital [...], fest, die Schwerpunkte lägen bei der Desensibilisierung, Mobilisation, Beratung sowie Suche nach Betätigungsmöglichkeiten und Ressourcen. Der Beschwerdeführer leide offensichtlich unter sehr starken, einschliessenden, stechenden Schmerzen im Bereich von Daumenballen und D II links. Er halte beide gestreckt in Schutzhaltung und könne nur mit D III, IV und V greifen. Jede Aktivität mit der linken Hand bewirke extreme Schmerzen in der ganzen linken oberen Extremität, bis und mit Hals und Kopf. Bereits das Eigengewicht des Arms (hängend) löse starke Schmerzen im Schulter / Nacken / Kopfbereich aus, so dass er die Hand in die Tasche stecke, um sich davor zu schützen. Somit sei weder eine Mobilisation noch Betätigung möglich, ohne stärkere Schmerzen auszulösen. Desensibilisierung wäre nur mit ganz weichen und feinen Stoffen / Oberflächen möglich. Der psychische Zustand und die mangelnden vorhandenen Ressourcen (er wirke verzweifelt, tief depressiv, sich aufgebend und vielleicht sogar suizidgefährdet ■ sehe keinen Sinn) verunmöglichten leider eine zielführende Therapie. Daher habe die Ergotherapeutin den Beschwerdeführer nur dreimal gesehen. Es sei unverständlich, weshalb er noch keine IV-Rente zugesprochen bekommen habe.

6.11 Im «Bericht: Psychologische Beratung / Begleitung» vom 12. Juni 2018 (Beschwerdebeilage Nr. 7) führte die psychologische Beraterin Q.____, R.____, aufgrund der Erstsitzung unter Anwesenheit der Schwiegertochter des Beschwerdeführers aus, dieser habe in den vergangenen 10 Jahren mehrere Operationen und Behandlungen durchzustehen gehabt. Seit dem Unfall und der Operation, welche die Immobilität seines Daumens zur Folge gehabt habe, sei es ihm nicht mehr möglich gewesen, einer Erwerbstätigkeit nachzugehen, die es ihm ermöglicht hätte, seine Familie zu ernähren. Einerseits werde über grosse physische Schmerzen berichtet und andererseits über psychische Beeinträchtigungen, unter welchen der Beschwerdeführer seit dem Unfall leide.

Die Schwiegertochter berichte weiter von einem beinahe unerträglichem inneren Druck, Gedankenkreisen und einer grossen Hoffnungslosigkeit.

Psychotherapie-Methode: Körperzentrierte Psychologische Therapie IKP ■ erweiterte Gestalttherapie (systemisch, tiefenpsychologisch orientiert), Kinesiologie sowie Psychodynamisch-integrative Traumatherapie. Therapieziel sei die Erarbeitung von Copingstrategien zur Bewältigung der vegetativen Atemsymptome und Schmerzen und die Bewältigung der psychosozialen Situation. Gemäss der psychologischen Beraterin wäre es wünschenswert und sinnvoll, eine erneute Rentenprüfung bei der Beschwerdegegnerin zu beantragen. Sie würde es begrüßen, wenn sich der Beschwerdeführer nebst der medizinischen Unterstützung auch psychologisch begleiten liesse.

7. Wie bereits in E. II. 4 ausgeführt, ist nachfolgend zu prüfen, ob sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers seit dem letzten rechtskräftigen Entscheid der Beschwerdegegnerin vom 18. Februar 2015 (IV-Nr. 97) im Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung vom 5. Februar 2018 (A.S. 1 ff.) in anspruchsrelevanter Weise verändert hat:

7.1 Es ist zunächst auf die psychische gesundheitliche Situation des Beschwerdeführers einzugehen:

7.1.1 Dem Beschwerdeführer wurde im Zeitpunkt der rentenablehnenden Verfügung vom 18. Februar 2015 (vgl. E. II. 5 hiervor) gestützt auf die psychiatrischen Diagnosen einer «Angst und depressiven Störung gemischt nach Anpassungsstörungen mit vorwiegender Beeinträchtigung von anderen Gefühlen, bestehend seit etwa Januar 2010, ICD-Nr. F41.2, F43.23» sowie einer «kombinierten Persönlichkeitsstörung mit ängstlich vermeidenden, abhängigen, passiv aggressiven Persönlichkeitszügen, ICD-Nr. F61.0» eine Arbeitsfähigkeit von 80 % ab circa Januar 2010 in einer adaptierten Tätigkeit attestiert. Folglich ergab sich die Einschränkung der Arbeitsfähigkeit durch ein psychisches Leiden mit Krankheitswert.

7.1.2 Im Zeitpunkt der Verfügung vom 5. Februar 2018 wurden in den vorliegenden medizinischen Akten zwar wiederum psychiatrische Diagnosen ausgewiesen, welche indes nicht durch auf das medizinische Fachgebiet der Psychiatrie spezialisierte Fachpersonen gestellt wurden. Daher kommt diesen Diagnosestellungen nicht derselbe Beweiswert zu, wie wenn diese durch einen Psychiater diagnostiziert worden wären. So gab der behandelnde orthopädische Chirurg Dr. med. K. ___ in seinem Bericht vom 19. Oktober 2017 (vgl. E. II. 6.4 hiervor) an, der Beschwerdeführer habe sich nach dem Abschluss des Falles durch den Unfallversicherer D. ___ 2011 zurückgezogen, sei depressiv und habe Selbstmordgedanken. In seinem darauffolgenden Schreiben vom 15. November 2017 (vgl. E. II. 6.5 hiervor) ging Dr. med. K. ___ beim Beschwerdeführer sodann aufgrund des Quetschtraumas, der resultierenden Arbeitslosigkeit und der jahrelangen gerichtlichen Verhandlungen wegen der Kostenübernahme seiner Behandlung von einer schweren Depression aus. Den Schweregrad dieser Diagnose bekräftigte er sodann auch in seinem Bericht vom 21. Dezember 2017 (vgl. E. II. 6.8 hiervor), indem er einen «schweren depressiven posttraumatischen Zustand» auswies und darlegte, dass die schwere Depression seit Jahren bestehe. Die Traumatisierung führte er auf den Entscheidungsprozess des Unfallversicherers D. ___ mit Fallabschluss und Verweigerung einer Rente zurück. Ähnlich verhält es sich bei den durch die Hausärztin des Beschwerdeführers, Dr. med. B. ___, im Bericht vom 6. Dezember 2017 (vgl. E. II. 6.7 hiervor) ausgewiesenen Diagnosen einer «Depression, gegenwärtig mittelgradig», einer «Anpassungsstörung mit gemischten Gefühlen» sowie einer «Somatisierungsstörung». Ihrer Ansicht nach habe sich die psychische Situation in dem Sinne verändert, dass neu Schuldvorwürfe gegenüber den Ärzten erhoben würden (Wut, warum ihm mit dem Daumen nicht früher geholfen worden sei). Die Ärzte schildern in erster Linie psychosoziale Belastungsfaktoren und normalpsychologisch erklärable Reaktionen. Psychiatrische Befunde, welche im Vergleich zur Situation im Februar 2015 hinzugetreten wäre oder sich erheblich intensiviert hätten, ergeben sich aus ihren Stellungnahmen nicht. So wurde bereits im Rahmen des polydisziplinären Gutachtens der Begutachtungsstelle F. ___ vom 14. Juli 2014 darauf hingewiesen, dass der Beschwerdeführer in seinem Denken negativistisch auf seine körperlichen Beschwerden und seine soziale Situation eingeengt sei, bei fehlenden Zukunftsperspektiven und -ängsten (IV-Nr. 89 S. 91). Auch in Bezug auf die durch Dr. med. K. ___ im Bericht vom 19. Oktober 2017 ausgewiesenen Selbstmordgedanken (vgl. E. II. 6.4 hiervor) lässt sich keine Veränderung feststellen. So hielt der psychiatrische Gutachter der Begutachtungsstelle F. ___, Dr. med. H. ___, bereits im Rahmen seines psychiatrischen Teilgutachtens fest, es würden Suizidgedanken angegeben, aber ohne

Hinweise auf eine akute suizidale Einengung (IV-Nr. 89 S. 91). Dr. med. K. ___ hält denn auch fest, die Depression bestehe seit Jahren, was durch die Akten bestätigt wird, hatte doch die damalige behandelnde Psychiaterin schon in den Jahren 2012 bis 2015 eine Depression diagnostiziert und dem Beschwerdeführer eine vollständige Arbeitsunfähigkeit attestiert (vgl. IV-Nr. 49 S. 8, 68 S. 6, 143 S. 12), während in der Folgezeit bis zur angefochtenen Verfügung keine spezialärztliche psychiatrische Behandlung dokumentiert ist. Dr. med. B. ___ erklärt in ihrem Beschwerdeschreiben (datiert vom 15. Februar 2018) denn auch ausdrücklich, sie könne eine direkte Änderung der gesundheitlichen Situation nicht geltend machen. Eine psychische Symptomatik, welche erheblich gravierender wäre als bei Erlass der Verfügung vom 18. Februar 2015, wurde durch die Stellungnahmen von Dr. med. K. ___ und Dr. med. B. ___ nicht glaubhaft gemacht. Die erst nach der Verfügung vom 5. Februar 2018 verfassten Berichte (vgl. E. II. 6.9 ff. hiervor) sind im vorliegenden Verfahren unbeachtlich (vgl. E. II. 3.5 und 4.2 hiervor), weshalb nicht auf sie einzugehen ist.

7.1.3 Zusammenfassend sind den bei Erlass der Verfügung vom 5. Februar 2018 vorliegenden medizinischen Berichten keine erheblichen Veränderungen der psychischen Gesundheit gegenüber dem Gutachten der Begutachtungsstelle F. ___ vom 16. Juli 2014 zu entnehmen. In diesem Sinn hielt auch bereits die RAD-Ärztin Dr. med. S. ___ in ihrem Protokolleintrag vom 8. Januar 2018 fest, die geltend gemachten Beschwerden ■ insbesondere die psychische Beeinträchtigung (gemäss der Hausärztin Depression mittleren Schweregrades) ■ seien vorbestehend. Bereits in der Begutachtung von 2014 werde die Angst und depressive Störung gemischt, mittleren Schweregrades, aufgeführt, ebenso eine kombinierte Persönlichkeitsstörung mit ängstlich vermeidenden Persönlichkeitszügen.

7.2 Es ist auf den somatischen Gesundheitszustand des Beschwerdeführers einzugehen.

7.2.1 Im Zeitpunkt der Verfügung vom 18. Februar 2015 wurden im Gutachten der Begutachtungsstelle F. ___ vom 16. Juli 2014 (vgl. E. II. 5 hiervor) folgende Diagnosen ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit ausgewiesen: «Status nach Tenodese der Extensor pollicis longus Sehne auf Höhe der Interphalangealgelenksarthrodese sowie Ringbandsplattung A1 des Daumens links November 2009 und Zustand nach zweifacher Voroperation; Adipositas; arterielle Hypertonie mit Verdacht auf hypertensive Herzkrankheit mit linksventrikulärer Herzinsuffizienz; chronifiziertes Schmerzsyndrom linker Daumen bei Status nach Unfallereignis am 31. Januar 2008 mit Nagelkranzfraktur Daumen links, seither massiv eingeschränkte Daumenbeweglichkeit mit fehlender Daumenstreckung, Sensibilitätsstörungen linke Gesichtshälfte mit medianer Begrenzung sowie linker Schulter-Arm-Bereich ohne periphere oder radikuläre Zuordnung bei subjektiv berichteter kognitiver Beeinträchtigung ohne Hinweise für eine neurologische Ursache».

7.2.2 Aufgrund der im ärztlichen Verlaufsbericht vom 28. Juni 2017 (vgl. E. II. 6.1 hiervor) durch den behandelnden orthopädischen Chirurgen Dr. med. K. ___ beschriebenen funktionellen Beeinträchtigung der Situation am linken Daumen, welche dieser als «gleich geblieben» qualifizierte, wurde am 10. August 2017 (vgl. E. II. 6.2 hiervor) ein operativer Eingriff im Sinne einer «Korrekturarthrodese des linken Daumengrundgelenkes mit Platte und interfragmentärer Zugschraube» durchgeführt. Der postoperative Verlauf gestaltete sich in der Folge komplikationslos. So wurde die Arthrodese sechs Wochen nach der Operation als klinisch und radiologisch fest beschrieben (vgl. Bericht vom 6. September 2017, E. II. 6.3 hiervor). Dennoch wurden bereits im Bericht vom 6. September 2017 diverse Schmerzen und Tonisierungen an den Muskelgruppen der oberen Extremität

ausgewiesen. Diese Schmerzproblematik im Bereich des linken Daumens und der linken oberen Extremität persistierte in der Folge trotz der durchgeführten Physiotherapie und ins Auge gefassten Akupunktur. Es entwickelte sich eine Hyperpathie der Greiffläche des Daumens (vgl. E. II. 6.4 ff. hiervor), die in die gesamte obere linke Extremität ausstrahlte (vgl. E. II. 6.6 hiervor). Es kann in diesem Zusammenhang der Einschätzung der Hausärztin Dr. med. B. ___ vom 6. Dezember 2017 (vgl. E. II. 6.7 hiervor) gefolgt werden, wonach sich durch die Operation zwar das Äussere verbessert habe, aber die Schmerzen weiterhin stark vorhanden seien. Diese wurden durch den Handchirurgen Dr. med. K. ___ als «diffuse neuropathische Schmerzen» bezeichnet (vgl. E. II. 6.8 hiervor), ohne dass Anhaltspunkte für eine Verschlechterung gegenüber der früheren Situation bestünden. Gestützt auf diese Ausführungen lässt sich seit dem polydisziplinären Gutachten der Begutachtungsstelle F. ___ keine wesentliche Veränderung, jedenfalls aber keine Verschlechterung des somatischen Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers erkennen. So wurde bereits damals u.a. ein chronifiziertes Schmerzsyndrom am linken Daumen und Sensibilitätsstörungen am linken Schulter-Arm-Bereich ohne Hinweise für eine neurologische Ursache ausgewiesen. Eine rentenrelevante Veränderung des somatischen Gesundheitszustandes ist somit nicht glaubhaft gemacht. Es kann ergänzend darauf hingewiesen werden, dass der Spezialist für Handchirurgie, Dr. med. K. ___, sah den Grund für die IV-Rente auch nicht in seinem medizinischen Fachgebiet begründet, sondern in der Depression bzw. «geistigen Störung» (vgl. E. II. 6.5 hiervor).

7.2.3 Zusammenfassend sind im Zeitpunkt vom 5. Februar 2018 auch keine somatischen gesundheitlichen Veränderungen gegenüber dem Gutachten der Begutachtungsstelle F. ___ vom 16. Juli 2014 ausgewiesen. In diesem Sinn legte auch Dr. med. S. ___, Regionaler Ärztlicher Dienst (RAD), im Protokolleintrag vom 20. November 2017 dar, die vorgelegten Unterlagen gäben keine Anhaltspunkte für eine relevante Verschlechterung des Gesundheitszustandes ■ durch die Operation sei eine leichte Verbesserung der Handfunktion eingetreten (Pinzettengriff nun möglich), die Schmerzen bestünden aber unverändert. Andere relevante Diagnosen, die über die Unfallfolgen hinausgingen, würden nicht geltend gemacht. Ergänzend hielt sie sodann im Protokolleintrag vom 8. Januar 2018 fest, die Situation in der Hand (funktionell) habe sich seit dem letzten handchirurgischen Eingriff deutlich verbessert.

7.3 Insgesamt vermag der Beschwerdeführer seit der in Rechtskraft erwachsenen Verfügung vom 18. Februar 2015 durch die ab der Neuanmeldung vom 20. Oktober 2017 bis zur Verfügung vom 5. Februar 2018 eingereichten medizinischen Berichte keine Verschlechterung seines Gesundheitszustandes glaubhaft zu machen. Dies entspricht auch der Ansicht der RAD-Ärztin Dr. med. S. ___, die gemäss dem Protokolleintrag vom 8. Januar 2018 von sich einer insgesamt unverändert darstellenden medizinischen Situation ausging. In diesem Sinn hielt auch die den Beschwerdeführer im vorliegenden Verfahren vertretende Hausärztin Dr. med. B. ___ in der Beschwerdeschrift vom 15. Februar 2018 (Eingang: 20. März 2018, A.S. 6) fest, sie könne keine direkte Änderung der gesundheitlichen Situation des Beschwerdeführers geltend machen. Es ist daher nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin mit Verfügung vom 5. Februar 2018 nicht auf die Neuanmeldung des Beschwerdeführers eingetreten ist.

8. Folglich ist die angefochtene Verfügung vom 5. Februar 2018 (A.S. 1 ff.) zu bestätigen und die dagegen erhobene Beschwerde abzuweisen.

9. Ausgangsgemäss besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung.

10.

10.1 Der Beschwerdeführer steht ab Prozessbeginn im Genusse der unentgeltlichen Rechtspflege (Befreiung von sämtlichen Gerichtskosten und von der Kostenvorschusspflicht; vgl. E. I. 9 hiervor).

10.2 Aufgrund von Art. 69 Abs. 1bisIVG 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 an die gesamten Verfahrenskosten einen Betrag von CHF 600.00 zu bezahlen, die jedoch infolge Bewilligung der unentgeltlichen Rechtspflege durch den Kanton Solothurn zu übernehmen sind (Art. 122 Abs. 1 lit. b Schweizerische Zivilprozessordnung [ZPO, SR 272]). Vorbehalten bleibt der Rückforderungsanspruch des Staates während zehn Jahren, wenn A.____ zur Nachzahlung in der Lage ist (Art. 123 ZPO).

Demnach wird erkannt:

3. Der Beschwerdeführer hat die Verfahrenskosten von CHF 600.00 zu bezahlen, die infolge Bewilligung der unentgeltlichen Rechtspflege durch den Staat Solothurn zu übernehmen sind. Vorbehalten bleibt der Rückforderungsanspruch des Staates während zehn Jahren, wenn A.____ zur Nachzahlung in der Lage ist (Art. 123 ZPO).

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	Die Gerichtsschreiberin
Flückiger	Jäggi

Auf die gegen den vorliegenden Entscheid erhobene Beschwerde trat das Bundesgericht mit Urteil 9C_13/2019 vom 28. Januar 2019 nicht ein.

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