

# ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.01343 vom 15. Januar 2018

ZH Sozialversicherungsgericht, 2018-01-15, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2016.01343](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2016.01343)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.01343 du 15 janvier 2018

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.01343 del 15 gennaio 2018

## Erwägungen

### E. 1

5. M a i 2016 meldete sich de r Versicherte erneut zum Leistungsbezug an (Urk. 10/131 ). Nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren ( Urk. 10/141 -142 , Urk. 10/177) trat die IV-Stelle mit Verfügung vom 3 1. Oktober

2016 (Urk. 10/180 = Urk. 2) auf die Neuanmeldung des Versicherten nicht ein.

#### E. 1.1

Anspruch auf eine Rente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) Versicherte, die: a.

ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu be tä tigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder her stellen, erhalten oder verbessern können; b.

während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich min destens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 des Bundesgesetzes über den All gemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts; ATSG) gewesen sind; und c.

nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind.

Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % besteht Anspruch auf eine Vier telsrente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % auf eine halbe Rente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 60 % auf eine Dreiviertels rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 70 % auf eine ganze Rente (Art. 28 Abs. 2 IVG).

#### E. 1.2

), wird eine neue Anmeldung nach einer Verneinung des Rentenanspruchs wegen eines zu geringen Invaliditätsgrades nur geprüft, wenn damit glaubhaft gemacht wird, dass sich der Grad der Invalidität in einer für den Leistungsanspruch erheblichen Weise geändert hat.

Dabei bildet die zeitliche Vergleichsbasis im Neuanmeldeverfahren für die Fra ge, ob eine rentenrelevante Veränderung des Sachverhalts glaubhaft ist, der Zeit punkt der letzten umfassenden materiellen Prüfung des Rentenanspruchs. Der Vergleichszeitraum erstreckt sich grundsätzlich bis zur Prüfung und Beurteilung des Gesuchs durch die Verwaltung und endet mit dem Erlass der Verfügung betreffend die Neuanmeldung. Für die beschwerdeweise Überprüfung einer Nicht eintretensverfügung ist somit der Sachverhalt, wie er sich der Verwaltung bot, beziehungsweise die Aktenlage bei Erlass dieser Verfügung massgeblich (BGE 130 V 64 E. 5.2.5; Urteile des Bundesgerichts 8C\_244/2016 vom 2 1. Juni 2016 E.

### **E. 1.3**

Nach Eingang einer Neuansmeldung ist die Verwaltung zunächst zur Prüfung verpflichtet, ob die Vorbringen der versicherten Person überhaupt glaubhaft sind; verneint sie dies, so erledigt sie das Gesuch ohne weitere Abklärungen durch Nichteintreten. Dabei wird sie unter anderem zu berücksichtigen haben, ob die frühere Verfügung nur kurze oder schon längere Zeit zurückliegt, und dementsprechend an die Glaubhaftmachung höhere oder weniger hohe Anforderungen stellen (ZAK 1966 S. 279, vgl. auch BGE 130 V 64 E. 5.2, 72 E.).

### **E. 1.4**

Zur Frage des Bedeutungsgehalts des Art. 87 Abs. 2 und 3 IVV hat das Bundesgericht in BGE 130 V 64 E. 5.2.5 festgehalten, dass die versicherte Person mit dem Revisionsgesuch oder der Neuansmeldung die massgebliche Tatsachenänderung glaubhaft machen muss, ihr mithin ausnahmsweise eine Beweisführungslast zukommt. Tritt die Verwaltung auf das erneute Leistungsbegehren ein, hat sie demgegenüber gestützt auf den Untersuchungsgrundsatz von Amtes wegen für die richtige und vollständige Abklärung des rechtserheblichen Sachverhaltes zu sorgen (Art. 43 ATSG, Art. 57 IVG in Verbindung mit Art.

69 ff. IVV; SVR 2006 IV Nr. 10 S. 39 E. 4.1 [I 457/04]; vgl. auch BGE 117 V 198 E. 3a).

### **E. 1.5**

Mit Art. 87 Abs. 3 in Verbindung mit Abs. 2 IVV soll verhindert werden, dass sich die Verwaltung nach vorangegangener rechtskräftiger Leistungsverweigerung immer wieder mit gleich lautenden und nicht näher begründeten, d. h. keine Veränderung des Sachverhalts darlegenden Gesuchen befassen muss (BGE 109 V 108 E. 2a, 264 E. 3). Hingegen kann diese Eintretensvorschrift nicht dahin gehend ausgelegt werden, dass die glaubhaft zu machende Änderung gerade jenes Anspruchselement betreffen muss, welches die Verwaltung der früheren rechtskräftigen Leistungsabweisung zugrunde legte. Vielmehr muss es genügen, wenn die versicherte Person zumindest die Änderung eines Sachverhalts aus dem gesamten für die Rentenberechtigung erheblichen Tatsachenspektrum glaubwürdig darlegt. Trifft dies zu, ist die Verwaltung verpflichtet, auf das neue Leistungsbegehren einzutreten und es in tatsächlicher (wie selbstverständlich auch in rechtlicher) Hinsicht allseitig zu prüfen (BGE 117 V 198 E. 3a und E. 4b; vgl. auch BGE 130 V 64 E. 5.2, 72 E. 2.2 mit Hinweisen).

### **E. 1.6**

Mit dem Beweismass des Glaubhaftmachens im Sinne des Art. 87 Abs. 2 und 3 IVV 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) erstellt sein. Es genügt, dass für das Vorhandensein des geltend gemachten rechtserheblichen Sachumstandes wenigstens gewisse Anhaltspunkte bestehen, auch wenn durchaus noch mit der Möglichkeit zu rechnen ist, bei eingehender Abklärung werde sich die behauptete Änderung nicht erstellen lassen (BGE 130 V 64 E. 5.2, 130 V 71 E. 2.2 mit Hinweisen). Erheblich ist eine Sachverhaltsänderung, wenn angenommen werden kann, der Anspruch auf eine (höhere) Invalidenrente sei begründet, falls sich die geltend gemachten Umstände als richtig erweisen sollten (Urteil des Bundesgerichts 8C\_844/2012 vom 5. Juni

2013 E. 2.3 mit Hinweisen auf 8C\_1009/2010 vom 7. April 2011 E. 2.2 und 9C\_838/2011 vom 28. Februar 2012 E. 3.3.2). 2.

## **E. 2**

Gegen die Verfügung vom

### **E. 2.1**

und 9C\_683/2013 vom 2. April

2014 E.

3.3; Ulrich Meyer, Rechtssprechung des Bundesgerichts zum IVG, 3. Aufl., Zürich 2014, Art. 30-31 IVG N 122). 4.2

Demnach ist im Folgenden zu prüfen, ob der Beschwerdeführer für den Zeitraum seit Erlass der ursprünglichen Verfügungen vom 26. April 2010 bis zum Zeitpunkt des Erlasses der angefochtenen Verfügung vom 31. Oktober 2016 (Urk. 2) eine anspruchsbeeinflussende Tatsachenänderung beziehungsweise eine für den Rentanspruch massgebliche Verschlechterung seines Gesundheitszustandes glaubhaft gemacht hat. 4.3

In ihrem Bericht vom 6. Dezember 2012 (Urk.

### **E. 2.2**

Der Beschwerdeführer bringt hiergegen vor, dass sich sein Gesundheitszustand seit Erlass der eine befristete Rente zusprechenden Verfügungen vom 26. April 2010 (Urk. 10/57, Urk. 10/63) verschlechtert habe, dass er sich im Jahre 2010 den Fuss gebrochen habe, und dass er sich im Jahre 2011 im Bereich seiner linken Leiste einer Operation unterziehen müssen. Des Weiteren leide er an Beschwerden im Bereich seiner rechten Leiste und habe im Juli 2015 eine Distorsion seines rechten oberen Sprunggelenks (OSG) erlitten (Urk. 1).

#### **E. 2.2.3**

und 8C\_759/2015 vom 25. Februar 2016 E. 2.2). 5.2

Die medizinischen Unterlagen sind soweit einzubeziehen, als sie einerseits Rückschlüsse auf die Entwicklung des Gesundheitszustandes bis zum 31. Oktober 2016 (vorstehend E. 4.2) zulassen und andererseits rechtzeitig in das Verfahren eingebracht wurden. 5.3

Den obenerwähnten medizinischen Akten bei Erlass der ursprünglichen Verfügungen vom 26. April 2010 ist zu entnehmen, dass der Beschwerdeführer zu diesem Zeitpunkt unter starken Leistenschmerzen stechenden Charakters litt (Urk. 10/39/1-45 S. 25). Der Beschwerdeführer litt zu diesem Zeitpunkt noch nicht unter Obstipation, sondern wies einen normalen Stuhlgang auf (Urk. 10/39/1-45 S. 16). Demgegenüber litt der Beschwerdeführer zum Zeitpunkt bei Erlass der Verfügung vom 31. Oktober 2016 unter Obstipation und gab an, seit Jahren täglich Darmspülungen durchzuführen (vorstehend E. 4.4 - 4.6). Während die Ärzte der J.\_\_\_\_, Fuss-/Sprunggelenk, in ihrem Bericht vom 7. März 2016 (vorstehend E. 4.5) die anamnestische Diagnose eines Verwachsungsbauchs mit chronischer Obstipation aufführten, diagnostizierte Dr. K.\_\_\_\_ in seinem Bericht vom 7. Juni 2016 (vorstehend E. 4.6) eine seit dem Jahre 2012 bestehende Proctocolitis ulcerosa. Bei der Obstipation und der von Dr. K.\_\_\_\_ diagnostizierten Proctocolitis

ulcerosa handelt es sich um einen vom früheren Befund abweichenden Befund. Für sich alleine sind die Beurteilungen durch Dr. I.\_\_\_\_, Dr. K.\_\_\_\_ und durch die Ärzte der J.\_\_\_\_ indes nicht geeignet, Glaubhaftigkeit zu begründen. Denn die Ärzte des Y.\_\_\_\_ stellten in ihrem Bericht vom 6. Dezember 2012 (vorstehend E. 4.3) fest, dass eine am 3. Dezember 2012 durchgeführte Ileokoloskopie keine entzündlichen Veränderungen, sondern eine reizlose und entzündungsfreie Schleimhaut im gesamten Kolon und ein vollständig unauffälliges Rektum, ohne Hinweise für eine Colitis ulcerosa, ergeben habe. 5.4

Da indes der Bericht der Ärzte des Y.\_\_\_\_ vom 6. Dezember 2012 (vorstehend E. 4.3) schon einige Jahre zurücklag, und da die Ärzte des Y.\_\_\_\_

in diesem Bericht feststellten, dass die histologischen Befunde auf eine sich in Remission befindende chronisch-entzündliche Darmerkrankung (IBD) hindeuteten, war ein erneutes Auftreten eines Krankheits schubes im Rahmen einer rezidivierenden chronisch-entzündlichen Darmerkrankung

beziehungsweise einer Colitis ulcerosa nicht gänzlich auszuschliessen, weshalb die Beschwerdegegnerin bei Prüfung der vom Beschwerdeführer eingereichten medizinischen Unterlagen gehalten gewesen wäre, den Beschwerdeführer diesbezüglich zu weiteren Angaben aufzufordern. Aus diesem Grunde ist der Bericht von Dr. L.\_\_\_\_ vom 5. September 2016 (vorstehend E. 4.8) vorliegend zu berücksichtigen, obwohl dieser Bericht, welchen der Beschwerdeführer mit seiner Beschwerde beim hiesigen Gericht einreichte, der Beschwerdegegnerin bei Erlass der Verfügung vom 31. Oktober 2016 nicht bekannt war. 5.5

In seinem Bericht vom 5. September 2016 (vorstehend E. 4.8) stellte Dr. L.\_\_\_\_ fest, dass die gleichentags durchgeführte n

Gastro- und Koloskopien normale Befunde ergeben hätten, dass die Beschwerden im Bereich des Abdomens mit chronischer Obstipation, welche den Beschwerdeführer regelmässig zur Durchführung von Einläufen veranlassten, nicht zu erklären seien, und dass von einer funktionellen Symptomatik im Sinne eines Colon irritabile vom Obstipationstyp auszugehen sei. Dr

L.\_\_\_\_

empfahl dem Beschwerdeführer sodann eine ausreichende Stuhlregulation mit Ballaststoffen beziehungsweise mit „Meta mucil“ oder „Colosan

mitte“. Des Weiteren lässt sich dem Bericht von Dr. L.\_\_\_\_ entnehmen, dass der Beschwerdeführer zur Vorbereitung der Darmspiegelung seinen Darm mittels eines medikamentösen Laxantiums („Movi prep“ 3 Liter) gereinigt habe, und dass die Vorbereitung der Koloskopie beziehungsweise die Darmreinigung von guter Qualität gewesen sei (Urk.

3/33 S. 1). Dieser Umstand stellt ein Indiz dafür dar, dass der Beschwerdeführer allfällige Obstipationen mittels medikamentöser Laxantien hätte behandeln können, und dass dafür Darmspülungen, von der Art, wie sie vom Beschwerdeführer gemäss seinen Angaben praktiziert wurden, weder erforderlich noch angezeigt waren. In Würdigung der blanden

Ergebnisse der am 5. September 2016 durchgeführten Gastro - und Koloskopien und der weiteren Umstände erscheint in Bezug auf das Abdomen beziehungsweise den Gastrointestinaltrakt des Beschwerdeführers eine hinsichtlich des Rentenanspruchs massgebliche Verschlechterung des Gesundheitszustandes

daher nicht als rechtsgenügend glaubhaft gemacht. 5.6

Eine erhebliche Verschlechterung des Gesundheitszustandes erscheint auch hinsichtlich des rechten OSG nicht als hinreichend glaubhaft gemacht. Denn obwohl Dr. K.\_\_\_\_ in seinem Bericht vom 7. Juni 2016 (vorstehend E. 4.6) eine symptomatische Distorsion des rechten OSG mit subjektivem Instabilitätsgefühl diagnostizierte, stellten die Ärzte der J.\_\_\_\_, Fuss-/Sprunggelenk, am 7. März 2016 (vorstehend E. 4.5) fest, dass eine am 1. März 2016 durchgeführte MRI des rechten Vor- und Rückfusses für die vom Beschwerdeführer angegebenen Beschwerden im Bereich des rechten OSG kein Korrelat ergeben habe. Diesbezüglich hatte die Beschwerdegegnerin daher keine Veranlassung beim Beschwerdeführer weitere Angaben einzuholen, weshalb die Aktenlage bei Erlass der angefochtenen Verfügung vom 31. Oktober 2016 diesbezüglich massgeblich ist (vorstehend E. 4.2). Der vom Beschwerdeführer erst mit seiner Beschwerde vom 29. November 2016 (Urk. 1) eingereichte Bericht der Ärzte des Y.\_\_\_\_, Departement Chirurgie, vom 21. November 2016 (Urk. 3/35) ist bei der Prüfung der streitigen Frage nach der Glaubhaftmachung einer

anspruchsbeflussenden Tatsachenänderung somit nicht zu berücksichtigen. 5.7

Zu prüfen ist, ob der Beschwerdeführer in psychischer Hinsicht eine hinsichtlich des Rentenanspruchs erhebliche Verschlechterung des Gesundheitszustandes glaubhaft machte. Dr. K.\_\_\_\_

diagnostizierte in seinem Bericht vom 7. Juni

2016 (vorstehend E.

4.6) eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leicht- bis mittelgradige Episode, eine Anpassungsstörung bei anhaltender Schmerzsymptomatik und eine Persönlichkeitsveränderung bei einem chronischen Schmerzsyndrom. Diesbezüglich gilt es indes zu beachten, dass nach der Rechtsprechung (BGE 141 V 281 E. 2; Urteil des Bundesgerichts 8C\_841/2016 vom 30. November

2017 E.

4.5.2) eine rentenbegründende Invalidität eine psychiatrische, lege artis gestellte Diagnose voraussetzt. Insofern Dr. K.\_\_\_\_, welcher Facharzt für Allgemeine Innere Medizin und nicht Psychiater ist, einen psychiatrischen Befund erhob und psychiatrische Diagnosen stellte, erscheint seine Beurteilung mangels einer Weiterbildung als Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie daher nicht als geeignet, Glaubhaftigkeit zu begründen. 5.8

Des Weiteren hat vorliegend bereits der psychiatrische Teilgutachter im polydisziplinären Gutachten der Ärzte des H.\_\_\_\_ vom

18. Juli 2009 (vorstehend E.

### **E. 2.3**

Prozessthema bildet die Frage, ob die Beschwerdegegnerin zu Recht auf die Neuanmeldung vom 15. Mai 2016 (Urk. 10/131) nicht eingetreten ist beziehungsweise die

Frage, ob der Beschwerdeführer glaubhaft gemacht hat, dass sich seine gesundheitlichen Verhältnisse im massgebenden Zeitraum seit der letzten rechtskräftigen materiellen Prüfung des Rentenanspruchs bei Erlass der mit

Urteil des hiesigen Gerichts vom 11. Oktober 2011 (Prozess Nr. IV.2010.00506; Urk. 10/100)

bestätigten Verfügungen vom 26. April 2010 (Urk. 10/57, Urk. 10/63) bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung vom 31. Oktober 2016 (Urk. 2) in einer für den Rentenanspruch erheblichen Weise verändert haben. 3.

### **E. 3**

1. Oktober 2016 (Urk. 2) erhob der Versicherte am 29. November 2016 Beschwerde (Urk. 1) und beantragte, diese sei aufzuheben, und es sei die IV-Stelle anzuweisen, auf die Neuanmeldung vom 15. Mai 201

#### **E. 3.1**

Die massgebende medizinische Aktenlage bei Erlass der ursprünglichen Verfügungen vom 26. April 2010 (Urk. 10/57, Urk. 10/63) stellt sich wie folgt dar:

#### **E. 3.2**

Laut dem am 30. Juni 2008 erstatteten Bericht (Urk. 10/20) wurde der Beschwerdeführer von Mai 2007 bis am 4. März 2008 in der Urologischen Klinik des Y.\_\_\_\_ behandelt (Ziff. 3.1), insbesondere wurden - gemäss den gestellten Diagnosen (Ziff. 1.1) - am 31. Mai 2007 eine laparoskopische Nierenbeckenplastik, am 5. November 2007 ein Inguinalhernienrepair und am 10. Januar 2008 eine offene Pyelolithotomie, Narbenexzision und Nierenbeckenplastik vorgenommen. Im Rahmen der Abschlusskontrolle wurden noch wetterabhängige inguinale Schmerzen links angegeben (Ziff. 3.4), worauf die urologische Behandlung abgeschlossen wurde (Ziff. 5.5).

#### **E. 3.3**

Dr. med. Z.\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, stellte in seinem Bericht vom 6. Mai 2008 (Urk. 10/23/6-7) die folgenden Diagnosen (Ziff. 1): - ausgeprägte pyeloureterale Vernarbung und Nephrolithiasis mit / bei - Status nach laparoskopischer Nierenbeckenplastik Mai 2007 - postoperativem Urinombi bei Pigtaildysfunktion - Status nach offener Pyelolithotomie, Narbenexzision und Nierenbeckenplastik links am 10. Januar 2008, Y.\_\_\_\_ - unklarer Kraftverlust Hand / Arm links - Status nach operativer Sanierung einer Inguinalhernie links November 2007 - Pollinosis

nasi

Zu den subjektiven Beschwerden führte Dr. Z.\_\_\_\_ aus, nebst den anhaltenden Narbenbeschwerden in der Flanke links klage der Beschwerdeführer über Gefühlstörungen und Kraftverlust im linken Arm beziehungsweise der linken Hand (Ziff. 2a). Als objektive Beschwerden nannte er eine beim Faustschluss links deutlich verminderte Kraft gegenüber der rechten Seite (Ziff. 2b). Die Arbeitsunfähigkeit als Schreiner bezifferte Dr. Z.\_\_\_\_ mit 100 % (Ziff. 4).

Sodann führte er aus, in anderer Tätigkeit ohne Heben und Tragen von schweren Gewichten wäre eine Arbeitsfähigkeit von mindestens 50 % denkbar (Ziff. 5).

#### **E. 3.4**

In ihrem Bericht vom

9. September 2008 ( Urk. 10/30/6-10) stellten die Ärzte der Klinik und Poliklinik für Innere Medizin des

A. \_\_\_ die folgenden Diagnosen (S. 1): - intermittierende, linksseitige Beinschmerzen unklarer Ätiologie - muskuläre Dysbalance im Ansatzbereich der Hüftadduktoren links und im Bereich des M. Quadratus

lumborum links - Differentialdiagnosen (DD): myofaszial geprägtes Schmerzsyndrom - Reizsyndrom N. ilioinguinalis / N. genitofemoralis links bei Status nach Nierenbeckenplastik, Dekonditionierung - funktionell - kleine, asymptomatische Inguinalhernie rechts (Sonographie 23. Juni 2008) - Status nach operativer Sanierung einer Inguinalhernie links November 2007 - irritative Miktionsbeschwerden bei - Status nach offener Pyelolithotomie, Narbenexzision und Nierenbeckenplastik links am 10. Januar 2008 ( Y. \_\_\_ ) - bei ausgeprägter pyeloureteraler Vernarbung und Nephrolithiasis - Status nach laparoskopischer Nierenbeckenplastik Mai 2007 mit postoperativem Urinom bei Pigtaildysfunktion - zwei Episoden einer unklaren Bewusstseinsstörung - DD: funktionell, epileptogen - intermittierende linksseitige Armschmerzen unklarer Ätiologie - Pollinose - Allergien / Unverträglichkeiten: Kontrastmittel (Hautrötung)

Die Ärzte berichteten, der Beschwerdeführer klagte über intermittierende Schmerzen im Bereich der linken Leiste, welche seit der Inguinalhernienoperation im November 2007 bestünden und nie ganz sistiert hätten, sowie über seit 2 Monaten intermittierende Schmerzen im linken Arm und der linken Hand und einen Drehschwindel beim Aufwachen (S. 2).

Bezüglich der Beinschmerzen könne - zusammengefasst - keine sichere Zuordnung vorgenommen werden; eine zusätzliche orthopädische Abklärung sei noch vorgesehen (S. 4 Ziff. 1). Bezüglich Inguinalhernie habe die Sonographie keinen Hinweis auf ein linksseitiges Rezidiv ergeben, jedoch eine kleine und asymptomatische Inguinalhernie rechtsseitig (S. 4). Die urologische Abklärung habe keine Hinweise auf eine Nierenstauung ergeben; der zeitliche Zusammenhang der Schmerzen mit der Nierenoperation und Pigtail-Einlage, der vom Beschwerdeführer angegeben werde, scheine bei unauffälligem Urin und der vom Beschwerdeführer geschilderten Klinik eher unwahrscheinlich (S. 5). Bezüglich der Bewusstseinsstörungen sei, in Übereinstimmung mit der neurologischen Beurteilung, im Rahmen der psychosozialen Situation mit erfolgter Kündigung, Vereinsamung und finanziellen Problemen am ehesten an eine psychogene Genese zu denken; dafür spreche unter anderem die geschilderte Länge der Bewusstseinsstörung von fast 9 Stunden (S. 5 Ziff. 4).

Zusammenfassend könne gesagt werden, dass beim Beschwerdeführer eine komplexe Problematik vorliege. Bisher habe keine der zahlreichen Untersuchungen eine abschliessende Beurteilung der Situation beziehungsweise Symptome erlaubt. Aufgrund des prolongierten Verlaufes, der diffusen Symptome, der immer wieder neu auftretenden Symptome, der psychosozialen Situation mit Kündigung, Schmerzbeginn mit Kündigung, Vereinsamung sowie finanziellen Problemen und dem unermüdlichen Aktivismus des Beschwerdeführers für weiterführende Abklärungen sowie Interventionen stehe differentialdiagnostisch eine somatoforme Schmerzstörung im Vordergrund (S. 5).

### **E. 3.5**

Am 15. Oktober 2008 (Urk. 10/30/4-5) stellte der Leitende Arzt der Urologischen Klinik des Y.\_\_\_\_

die folgenden Diagnosen (S. 1): - multiple polyneuropathische Schmerzsyndrome, insbesondere der linken Körperhälfte - Status nach offener Pyelolithotomie, Narbenexzision und Nierenbeckenplastik links Januar 2008 bei Status nach laparoskopischer Nierenbeckenplastik Mai 2007 mit postoperativem Urinom bei Pigtaildysfunktion - Status nach Netzimplantation bei Inguinalhernie links November 2007

Als Beurteilung führte der Arzt aus, von urologischer Seite her liege eine erfreuliche Situation vor, der obere Harntrakt funktioniere regelrecht bei besten Abflussverhältnissen, ohne erneute Konkremente. Leider verhinderten die diversen genannten Schmerzsyndrome und häufig auch die morgendliche Übelkeit eine Arbeitsaufnahme des Beschwerdeführers (S. 2 oben).

### **E. 3.6**

Gemäss Eintrittsbericht des B.\_\_\_\_ vom 5. Dezember 2008 (Urk.

### **E. 3.7**

Vom 12. Februar bis 19. März 2009 weilte der Beschwerdeführer stationär in der C.\_\_\_\_, worüber am 19. März 2009 berichtet wurde (Urk. 10/39/50-52).

Dabei wurden die folgenden Diagnosen gestellt

(S. 1): - Anpassungsstörung mit Angst und Depression gemischt - chronische Schmerzstörung mit / bei - intermittierend linksseitigen Armschmerzen und linksseitigen Bein schmerzen - muskulärer Dysbalance im Ansatzbereich der Hüftadduktoren links und im Bereich des M. Quadratus

lumborum links, DD: myofaszial geprägtes Schmerzsyndrom - Reizsyndrom N. ilioinguinalis / N. genitofemoralis links bei Status nach Nierenbeckenplastik, Dekonditionierung - irritative Miktionsbeschwerden mit / bei - Status nach offener Pyelolithotomie, Narbenexzision und Nierenbeckenplastik links (10. Januar 2008, Y.\_\_\_\_) bei ausgeprägter pyeloureteraler Vernarbung und Nephrolithiasis - Status nach laparoskopischer Nierenbeckenplastik (Mai 2007) mit postoperativem Urinom bei Pigtaildysfunktion - zwei Episoden einer unklaren Bewusstseinsstörung November 2008; DD: funktionell, epileptogen - asymptotische Inguinalhernie rechts (Sonographie 23. Juni 2008) - Status nach operativer Sanierung einer Inguinalhernie links November 2007 - Pollinose

Als Beurteilung wurde eine Anpassungsstörung mit Angst und Depression gemischt sowie chronischer Schmerzstörung und irritativen Miktionsbeschwerden bei Status nach mehrfachen Eingriffen im Nierenbereich linksseitig sowie Status nach einer operativen Sanierung einer Inguinalhernie linksseitig festgehalten. Der Beschwerdeführer habe - unter anderem - sich psychophysisch beginnend regenerieren können (S. 3). Bei Austritt habe noch eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit bis einschliesslich 29. März 2009 bestanden (S. 3).

### **E. 3.8**

Im Bericht des radiologischen Instituts des Y.\_\_\_\_ vom 24. Dezember 2008 über eine am Vortag erstellte Magnetresonanztomographie (MRI) des kleinen Beckens wurde

ausgeführt, es zeige sich im distalen Verlauf des Nervus

ilioinguinalis links keine Raumforderung, die eine Kompression verursachen würde. Allerdings verlaufe dieser in naher anatomischer Beziehung zur Niere, so dass sich in Zusammenschau mit der Anamnese die Frage stelle, ob es im Rahmen postinterventioneller Vernarbungen zu einer Beeinträchtigung des proximalen Anteiles des Nervus ilioinguinalis komme; dies wäre bildgebend nur schwierig darzustellen (Urk. 10/39/55).

### **E. 3.9**

) e in psychisches Leiden im Sinne einer

Anpassungsstörung mit Angst und depressiver Reaktion gemischt sowie

akzentuierte r

histrionische r, hypochondrische r und ängstliche r Persönlichkeitszüge diagnostiziert und festgehalten, dass dieses die Arbeitsfähigkeit nicht beeinträchtigt. Im Vergleich dazu ist die Beurteilung durch Dr. K.\_\_\_\_, welcher eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leicht- bis mittelgradige Episode, eine Anpassungsstörung bei anhaltender Schmerzsymptomatik und eine Persönlichkeitsveränderung bei einem chronischen Schmerzsyndrom postulierte, auch in inhaltlicher Hinsicht nicht geeignet, eine Verschlechterung des psychischen Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers mit Einfluss auf dessen Leistungsfähigkeit glaubhaft zu machen. 5.9

Da sich dem Bericht von Dr. K.\_\_\_\_ vom 7. Juni 2016 (vorstehend E. 4.6) und den weiteren, vor Erlass der angefochtenen Verfügung vom 31. Oktober 2016

(Urk. 2) der Beschwerdegegnerin eingereichten Unterlagen keine konkreten Hinweise entnehmen werden können, wonach möglicherweise eine mit weiteren Erhebungen erstellbare rechtserhebliche Veränderung des psychischen Gesundheitszustandes vorliege, war die Beschwerdegegnerin nicht verpflichtet, den Beschwerdeführer zur Nachforderung weiterer Angaben in psychischer Hinsicht aufzufordern. Demzufolge ist in psychischer Hinsicht die Aktenlage bei Erlass der angefochtenen Verfügung vom 31. Oktober 2016 maßgeblich (vorstehend E.

4.2), und es ist der vom Beschwerdeführer erst während des vorliegenden Beschwerdeverfahrens mit Eingabe vom 9. März 2017 (Urk. 15) eingereichte psychiatrische Bericht der Ärzte des B.\_\_\_\_ vom 1. Februar 2017 (Urk. 16/2) bei der Prüfung der Frage, ob der Beschwerdeführer eine

anspruchsbeeinflussende Tatsachenänderung glaubhaft gemacht hat, nicht zu berücksichtigen. 6.

6.1

Nach Gesagtem lassen sich den vom Beschwerdeführer

bis zum Zeitpunkt des Erlasses der Verfügung vom 31. Oktober 2016 eingereichten medizinischen Unterlagen keine genügenden Anhaltspunkte für eine in Bezug auf den Rentenanspruch erhebliche, die Arbeitsfähigkeit beeinflussende Veränderung seines Gesundheitszustandes entnehmen.

### **E. 3.10**

Am 26. März 2010 berichteten die Ärzte des Spitals Wetzikon über die gleichen tags erfolgte Behandlung (Urk. 10/67/32-33) . Anlass der Behandlung sei die notfallmässige Selbstzuweisung per Ambulanz bei exazerbierten Schmerzen bei seit drei Jahren bestehender unklarer, multipelst abgeklärter Schmerzsymptomatik der linken Flanke (S. 1). Anamnestisch wurde unter anderem ausgeführt, im Herbst 2009 habe ein dreiwöchiger stationärer Aufenthalt in der Klinik Kirschgarten stattgefunden. Im März 2010 sei durch einen bisher nicht involvierten, in den Augen des Beschwerdeführers unbelasteten Urologen eine Blasenspiegelung durchgeführt worden, wobei eine streifige Rötung beim Ureterostium gesehen worden sei, worauf für 30 Tage ein Medikament verschrieben worden sei (S. 1).

Diagnostiziert wurde ein Verdacht auf somatoforme Schmerzstörung bei chirurgisch sanierter pyeloureteraler Abgangsstenose mit Hydronephrose links (S. 1). In der Beurteilung wurde ausgeführt, das chronische Schmerzsyndrom der linken

Körperseite sei seit Jahren bekannt und multipelst abgeklärt ohne wesentliche Diagnose. Klinisch präsentiere sich der Beschwerdeführer nur leicht eingeschränkt. Die Behandlung habe in Absprache mit dem Beschwerdeführer aus symptomatischer Analgesie bestanden (S. 2). 4. 4.1

Wie bereits erwähnt (vorstehend E.

## **E. 6**

einzutreten, sodann seien bei den behandelnden Ärzten aktuelle Berichte und ein interdisziplinäres Medizinalgutachten einzuholen (S. 2). In prozessualer Hinsicht beantragte der Versicherte gleichzeitig die Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung und Rechtsvertretung (S. 3).

Mit Beschwerdeantwort vom 11. Januar 2017 (Urk.

### **E. 6.2**

In Würdigung der gesamten Umstände ist daher davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer eine (voraussichtlich dauerhafte) für den Anspruch auf eine Invalidenrente erhebliche Verschlechterung seines Gesundheitszustandes im massgeblichen Zeitraum nach Erlass der Verfügungen vom 26. April 2010 (Urk. 10/57, Urk. 10/63) bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung vom 31. Oktober 2016 (Urk. 2) nicht rechtsgenügend glaubhaft gemacht hat. Es ist folglich nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin mit der Verfügung vom 31. Oktober 2016 auf die Neuanmeldung des Beschwerdeführers nicht eingetreten ist, weshalb die Beschwerde abzuweisen ist. 7.

Gestützt auf Art. 69 Abs. 1 bis IVG ist das Beschwerdeverfahren vor dem kantonalen Versicherungsgericht bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen kostenpflichtig. Die Kosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert unter Berücksichtigung des gesetzlichen Rahmens (Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.--) auf Fr. 800.-- festzusetzen und

dem unterliegenden Beschwerdeführer aufzuerlegen.

Zufolge der Gewährung der

unentgeltlichen Prozessführung sind sie jedoch einstweilen auf die Gerichtskasse zu nehmen. 8. 8.1

Zu prüfen bleibt das Gesuch des Beschwerdeführers um Gewährung der unentgeltlichen Rechtsvertretung. 8.2

Nach § 34 Abs. 3 GSVGer bemisst sich die Höhe der gerichtlich festzusetzenden Entschädigung nach der Bedeutung der Streitsache, der Schwierigkeit des Prozesses und dem Mass des Obsiegens, jedoch ohne Rücksicht auf den Streitwert. Gemäss § 8 in Verbindung mit § 7 Abs. 1 der Verordnung über die Gebühren, Kosten und Entschädigungen vor dem Sozialversicherungsgericht (GebV

SVGer) wird - auch im Rahmen der unentgeltlichen Rechtsvertretung - namentlich für unnötigen Aufwand kein Ersatz gewährt. 8.3

Für den Beschwerdeführer, welcher von seiner Wohngemeinde wirtschaftliche Hilfe bezieht (Urk. 3/40-41), sind die Voraussetzungen zur Bestellung einer unentgeltlichen Rechtsvertretung gemäss §

### **E. 9**

) beantragte die IV - Stelle die Abweisung der Beschwerde. Mit Verfügung vom 1. Februar 2017 (Urk. 12) wurde dem Beschwerdeführer eine Kopie der Beschwerdeantwort zugestellt und es wurde ihm die unentgeltliche Prozessführung bewilligt. Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

### **E. 10**

/161/1-3) stellten die Ärzte des Y. \_\_\_ fest, dass eine am 3. Dezember 2012 durchgeführte Ileokoloskopie keine entzündlichen Veränderungen, sondern eine reizlose und entzündungsfreie Schleimhaut im gesamten Kolon und ein vollständig unauffälliges Rektum (S. 1) ohne Hinweise für eine Colitis ulcerosa ergeben habe. Da die histologischen Befunde indes auf eine sich in Remission befindende chronisch-entzündliche Darmerkrankung (IBD) hindeuteten, wäre grundsätzlich eine remissionserhaltende Behandlung angezeigt (S. 2).

### **4.4**

Dr. med. I. \_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, führte in seiner Stellungnahme vom 30. Dezember 2015 (Urk. 10/171/1-2) aus, dass der Beschwerdeführer der Ansicht sei, dass er urologisch fehlerhaft behandelt worden sei, und dass die früheren IV-Akten nicht zu berücksichtigen seien, da andernfalls eine objektive Beurteilung nicht möglich sei. Seit Jahren müsse er regelmässig täglich Darmspülungen durchführen, um seinen Darm entleeren zu können. Er sei sodann negativ gegenüber „ausländischen“ Ärzten eingestellt, da diese ihn nicht richtig verstünden (S. 1). 4.5

Die Ärzte der J. \_\_\_, Fuss-/Sprunggelenk, stellten mit Bericht vom 7. März 2016 (Urk. 10/136/10-11) die folgenden Diagnosen (S. 1): - unklare Schmerzen im Bereich des rechten OSG - Metatarsalgien

Dig. I und V rechts mit/bei: - Status nach alter Fraktur im Bereich des Processus anterior

calcanei mit/bei Status nach OSG-Distorsion rechts im Juli 2015 - anamnestisch Verwachsungsbauch mit chronischer Obstipation mit/bei: - täglich notwendigen Darmspülungen - Arbeitsunfähigkeit seit dem Jahre 2008 mit/bei Status nach mehreren urologischen und abdominalen Eingriffen

Sie erwähnten, dass eine am 1. März 2016 durchgeführte MRI des rechten Vor- und Rückfußes ein diffuses Knochenmark s ödem in den Lisfranc -Gelenken und tarsal sowie eine beginnende Arthrose im Tarsometatarsalgelenk I ( Fußwurzel- Mittelfuß-Gelenke, TMT I-Gelenk) ergeben habe. Für die geschilderten Beschwerden im Bereich des rechten OSG habe das MRI indes kein Korrelat ergeben . Dem Beschwerdeführer seien orthopädische Serienschuhe mit Fußbett nach Mass und Abrollhilfe verschrieben worden (S. 2). 4. 6

Dr. med. K.\_\_\_\_ , Facharzt für Allgemeine Innere Medizin , stellte in seinem Bericht vom 7. Juni 2016 ( Urk. 10/135/1-3) die folgenden Diagnosen (S. 1 f.) : psychiatrische Diagnosen: - rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leicht- bis mittelgradige Episode - Anpassungsstörung bei anhaltender Schmerzsymptomatik - Persönlichkeitsveränderung bei chronischem Schmerzsyndrom

somatische Diagnosen : - chronische Leistenschmerzen links - Proctocolitis ulcerosa (Erstdiagnose am 25. April 20

## **E. 12**

) - symptomatische Distorsion des rechten OSG mit subjektivem Instabilitätsgefühl - Verdacht auf alte Fraktur im Bereich des Processus

anterius

calcanei

Aus psychiatrischer Sicht sei grundsätzlich von einer schwierigen Persönlichkeitsstruktur auszugehen. Dazu komme die Chronizität der Schmerzproblematik, welche im Verlauf zu einer zunehmenden Anpassungsstörung und Persönlichkeitsveränderung mit unflexiblem und unangepasstem Verhalten geführt habe. Die Symptomatik äussere sich unter anderem in einem sozialen Rückzug, einer feindlichen und misstrauischen Haltung gegenüber der Umgebung und lasse eine berufliche Integration nicht mehr zu.

Seit dem Jahre 2007 seien viele abdominal-chirurgische Eingriffe durchgeführt worden. Der Beschwerdeführer leide an chronischen , täglich vorhandenen abdominalen Beschwerden, auch in Ruhestellung , und könne daher keine kurz- oder langfristigen Unternehmungen planen. Praktisch täglich müssten Darmspülungen vorgenommen werden, um den Darm entleeren zu können. Erschwerend wirke sich sodann die

Proctocolitis

ulcerosa aus (S. 2) . Eine berufliche Integration sei dem Beschwerdeführer nicht möglich (S. 3) . 4. 7

Mit Bericht vom 16. Juni 2016 ( Urk. 10/176/1-3) erwähnten die Ärzte der J.\_\_\_\_ , Zentrum für Paraplegie, dass eine anamnestic durchgeführte MRI des Schädels sowie eine Elektroenzephalografie (EEG ) unauffällige Befunde ergeben hätten. Die am 26. Mai 2016 durchgeführten neurologischen und neurophysiologischen Untersuchungen hätten sodann keine Hinweise auf eine neurogene Ursache der beschriebenen Symptomatik (im Bereich des rechten OSG) und insbesondere keine Hinweise auf eine Polyneuropathie ergeben (S. 2). 4.8

Dr. med. L.\_\_\_\_ , Facharzt für Allgemeine Innere Medizin und für Gastroenterologie, stellte in seinem Bericht vom 5. September 2016 ( Urk. 3/33) fest, dass gleichentags

durchgeführte Gastro - und Koloskopien einen normalen Befund ergeben hätten (S. 1), und dass die Ergebnisse der histologischen Untersuchungen die Beschwerden im Bereich des Abdomens mit chronischer Obstipation, welche den Beschwerdeführer regelmässig zur Durchführung von Einläufen veranlassten, nicht zu erklären seien. Angesichts der Anamnese sei von einer funktionellen Symptomatik im Sinne eines Colon irritabile vom Obstipationstyp auszugehen (S. 2). 5. 5.1

In erster Linie ist es Sache der versicherten Person, substantielle Anhaltspunkte für eine allfällige neue Prüfung des Leistungsanspruchs darzulegen (vgl. BGE 130 V 64 E. 5.2.5). Wenn die der Neuanschuldung beigelegten ärztlichen Berichte so wenig substantiiert sind, dass sich eine neue Prüfung nur aufgrund weiterer Erkenntnisse allenfalls rechtfertigen würde, ist die IV-Stelle indes unter Umständen zur Nachforderung weiterer Angaben gehalten. Dies ist nur, aber immer hin dann der Fall, wenn den für sich allein genommen nicht Glaubhaftigkeit begründenden Arztberichten konkrete Hinweise entnommen werden können, wonach möglicherweise eine mit weiteren Erhebungen erstellbare rechts erhebliche Änderung vorliegt (Urteile des Bundesgerichts 8C\_244/2016 vom 21. Juni 2016 E. 2.3; 9C\_286/2009

vom 28. Mai 2009 E.

## **E. 16**

Abs. 4 GSVGer aufmerksam gemacht, wonach eine Partei, der die unentgeltliche Rechtspflege gewährt wurde, zur Nachzahlung verpflichtet ist, sobald sie dazu in der Lage ist. und erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 800.-- werden dem Beschwerdeführer auferlegt, zufolge Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung jedoch einstweilen auf die Gerichtskasse genommen. Der Beschwerdeführer wird auf die Nachzahlungspflicht gemäss § 16 Abs. 4 GSVGer hingewiesen. 3.

Der unentgeltliche Rechtsvertreter des Beschwerdeführers, Rechtsanwalt Dr. Pierre Heusser, Zürich, wird mit Fr. 1'055.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) aus der Gerichtskasse entschädigt. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Dr. Pierre Heusser - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - Bundesamt für Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse 5.

Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden (Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern, vom 15. Juli bis und mit 15. August sowie vom 18. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG).

Die Beschwerdeschrift ist dem Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, zuzustellen.

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift des Beschwerdeführers oder seines Vertreters zu enthalten; der angefochtene Entscheid sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind beizulegen,

soweit die Partei sie in Händen hat ( Art. 42 BGG). Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich Der VorsitzendeDer Gerichtsschreiber MosimannVolz

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