

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00463 vom 12. Dezember 2018

ZH Sozialversicherungsgericht, 2018-12-12, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2017.00463

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00463 du 12 décembre 2018

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00463 del 12 dicembre 2018

Erwägungen

E. 1.1

Ändert sich der Invaliditätsgrad eines Rentenbezügers erheblich, so wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben (Art. 17 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den All gemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG). Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen seit Zuspreehung der Rente, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Insbesondere ist die Rente bei einer wesentlichen Änderung des Gesundheitszustandes revidierbar. Weiter sind, auch bei an sich gleich gebliebenem Gesundheitszustand, veränderte Auswirkungen auf den Erwerbs- oder Aufgabebereich von Bedeutung (BGE 141 V 9 E. 2.3, 134 V 131 E. 3). Ferner kann ein Revisionsgrund unter Umständen auch in einer wesentlichen Änderung hinsichtlich des für die Methodenwahl massgeblichen (hypothetischen) Sachverhalts bestehen (BGE 144 I 28 E. 2.2, 130 V 343 E. 3.5, 117 V 198 E. 3b, je mit Hinweisen). Hingegen ist die lediglich unterschiedliche Beurteilung eines im Wesentlichen gleich gebliebenen Sachverhalts im revisionsrechtlichen Kontext unbeachtlich (BGE 141 V 9 E. 2.3 mit Hinweisen).

Liegt in diesem Sinne ein Revisionsgrund vor, ist der Rentenanspruch in rechtlicher und tatsächlicher Hinsicht umfassend («allseitig») zu prüfen, wobei keine Bindung an frühere Beurteilungen besteht (BGE 141 V 9 E. 2.3 mit Hinweisen).

E. 1.2

Verneint die Verwaltung die Glaubhaftmachung einer wesentlichen Veränderung des Invaliditätsgrades

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. 2.2 mit Hinweisen). Insofern steht ihr ein gewisser Beurteilungsspielraum zu, den das Gericht grundsätzlich zu respektieren hat.

E. 1.3

Mit dem Beweismass des Glaubhaftmachens im Sinne des Art. 87 Abs. 2 und 3 der Verordnung über die Invalidenversicherung (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.

2.1

Die Beschwerdegegnerin erwog im angefochtenen Entscheid, der Beschwerdeführer habe mit dem neuen Gesuch nicht glaubhaft dargelegt, dass sich die tatsächlichen Verhältnisse wesentlich verändert hätten. Sämtliche Diagnosen seien bereits bekannt und im Z.____ - Gutachten vom 15. Juni 2015 gewürdigt worden (Urk. 2). 2.2

Der Beschwerdeführer vertrat in seiner Beschwerde den Standpunkt, seit der Z.____ -Begutachtung vom 15. Juni 2015 sei es zu diversen Verschlechterungen des Gesundheitszustandes gekommen. Der Hörverlust nach Social Index sei auf beiden Seiten grösser geworden, der Tinnitus links habe sich verstärkt und sei von erneuten Schwindelattacken begleitet, die Diskusprotrusion führe neu zu einer rezessalen Tangierung der Nervenwurzel und in psychiatrischer Sicht liege nun zusätzliche eine Anpassungsstörung im Sinne einer depressiven Reaktion vor. Dies führe dazu, dass auf das Revisionsbegehren einzutreten sei (Urk. 1). 3. 3.1

Vorliegend gilt es zu prüfen, ob der Beschwerdeführer glaubhaft gemacht hat, dass sich der massgebliche Sachverhalt seit dem Erlass der Verfügung vom 28. Januar 2016 (Urk. 9/101, Urk. 11/93 [Verfügungsteil 2]) in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert hat (vgl. E. 1.1). 3.2

Die Verfügung vom 28. Januar 2016 (Urk. 9/101, Urk. 11/93 [Verfügungsteil 2]) basierte in medizinischer Hinsicht auf dem polydisziplinären Z.____ -Gutachten vom 8. Juni 2015 (Urk. 11/83). Die Gutachter hielten folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit fest (Urk. 11/83/30): - Morbus Menière rechts (ICD-10 H81.0) - pantonale Schallempfindungsschwerhörigkeit rechts - tief- und hochtonakzentuierte Schallempfindungsschwerhörigkeit links (ICD-10 H90.5) - Tinnitus links (ICD-10 H93.1) - kompensiert - emotionale instabile Persönlichkeitsstörung vom impulsiven Typ (ICD-10 F60.3) - chronisches lumbovertebrales Schmerzsyndrom (ICD-10 M54.5) - radiologisch massive Osteochondrose LWK5/SWK1, massive Spondylarthrose und breitbasige

Diskusprotrusion LWK4/5/SWK1 ohne klaren Hinweis für Neurokompression (MRI 1. Juli 2014) - klinisch keine höhergradige Bewegungseinschränkung - chronisches zervikovertebrales Schmerzsyndrom (ICD-10 M54.2) - radiologisch gemäss Akten deutliche Osteochondrose HWK6/7 - klinisch keine höhergradige Bewegungseinschränkung

Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit hielten die Gutachter folgende fest (Urk. 11/83/30): - Verdacht auf arterielle Hypertonie (ICD-10 I10) - Status nach arthroskopischer medialer Teilmeniskektomie Knie links am 24. September 2009 (ICD-10

Z98.8) - radiologisch retropatel l äre Knorpelfissuren und mögliche Innenmenis kusion (Röntgen 1 0. März 2011 und MRI 2 8. April 2011) - klinisch unauffälliger Befund - Restbeschwerden im Bereich des dominanten rechten Ellbogens (ICD-10 T92.5/Z98.8) - Status nach Abriss der distalen Bizepssehne am 3. September 2010 - Status nach Reinsertion der distalen Bizepssehne am 1 3. Oktober 2010 (Dr. A.____, Spital B.____) - Status nach Resektion heterotoper Ossifikationen, Neurolyse des N ervus

radialis und transossärer

Reinsertion der distalen Bizepssehne am 9. Juni 2011 (PD

D r. C.____ , Spital D.____ , Zürich) - anschliessend antibiotische Behandlung aufgrund des in sämtlichen Gewebeproben nachgewiesenen Propionibacterium

acne

- radiologisch regelrechter postoperativer Befund (Röntgen 2 3. August 2011) - klinisch kein relevantes funktionelles Defizit - Zustand nach Augenverletzung 2003

Zur Arbeitsfähigkeit ist dem Gutachten zu entnehmen, a us Sicht des Bewe gungsapparates besteh e aufgrund eines chronischen lumbo - und zervikoverte bralen Schmerzsyndroms eine volle Arbeitsunfähigkeit für körperlich andauernd schwere Tätigkeiten. Für die angestammte Tätigkeit als Koch wie auch für jede andere, überwiegend im Stehen und Gehen zu verrichtende Tätigkeit besteh e eine Arbeits- und Leistungsfähigkeit von 80 % , wobei das wiederholte Heben und Tragen von Lasten über 10 kg bis intermittierend 15 kg vermieden werden sollte. Für körperlich leichte bis mittelschwere, ad aptierte Tätigkeiten unter Wechsel belastung besteh e dagegen eine 100%ige Arbeits- und Leistungsfähigkeit. Aus otorhinolaryngologischer Sicht könn t e n ein Morbus Meni è re rechts, eine tief- und hochtonakzentuierte Schallempfindungsschwerhörigkeit sowie ein Tinnitus links, aktuell kompensiert, festgestellt werden, welche zur auditiven und qualitativen Einschränkung der Arbeitsfähigkeit führ t en. So könnten Tätigkeiten, welche eine gute auditive Kapazität, ein gutes Sprachverständnis unter Störlärm und ein intaktes Richtungshören voraussetzen, dem Beschwerdeführer nicht zu ge mut et werden , ebenfalls sollten Tätigkeiten unter erhöhtem Störlärm mit möglicher Zunahme der auditiven Schwierigkeiten sowie des Tinnitus vermieden werden. Auf grund der intermittierenden Schwindelsymptomatik s ien sturzgefährdende Tätig keiten wie auch Tätigkeiten mit häufigen, schnellen Rotationsbewegungen für den Beschwerdeführer nicht geeignet. Dies g elte auch für das berufsmässige Führen eines Kraftfahrzeugs. Zusammenfassend besteh e somit für die ange st amnte Tätigkeit als Koch aus otorhinolaryngologischer Sicht eine volle Arbeitsun fähig keit. Dage gen bestehe für eine angepasste Tätigkeit unter Berücksichtigung der oben erwähnten qualitativen Einschränkungen eine Arbeits- und Leistungs fähig keit von 80 % . Die 20%ige Einschränkung sei teils durch Ausfälle, teils durch täglich erhöhten Pausenbedarf bedingt. Die neurologischen Diagnosen s ien schwer gewichtig in der HNO-ärztlichen und orthopädischen Untersuchung einbe zogen. Eine radikuläre Symptomatik besteh e nicht. Für leichte bis intermittierend mittelschwere, adaptierte Tätigkeiten liege keine Einschränkung der Arbeitsfähig keit vor . Aus psychiatrischer Sicht bestehe aufgrund der vorliegenden emotional instabilen Persönlichkeitsstörung vom impulsiven Typ eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 30 % , ganztätig realisierbar. Ein ruhiges Umfeld erhöh e die Umsetzbarkeit einer Tätigkeit, durch den Pausenbedarf sei ebenfalls durch Spannungsabbau eine bessere Gewährleistung der Arbeitsfähigkeit gegeben. Aus allgemeininternistischer Sicht f ä nden sich keine weiteren Befunde und Diag

nosen, welche eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit begründete n. Zusammenfassend besteht für die angestammte Tätigkeit als Koch wie auch für körperlich schwere Tätigkeiten eine volle und bleibende Arbeitsunfähigkeit. Dagegen liegt für körperlich leichte bis mittelschwere, adaptierte Tätigkeiten unter wechsellastiger Belastung, unter Berücksichtigung der oben erwähnten qualitativen Einschränkungen, eine Arbeits- und Leistungsfähigkeit von 60 % vor. Das Pensum könnte vollschichtig umgesetzt werden mit erhöhtem Pausenbedarf von 10-15 Minuten pro Stunde und reduziertem Rendement. Die Einschränkungen aus psychiatrischer und otorhinolaryngologischer Sicht ergänzen sich teilweise, da Pausen und Erholungsphasen in den gleichen Zeitabschnitten genutzt werden könnten, teilweise ergibt sich ein additiver Effekt aufgrund der wiederholten Ausfälle beim Morbus Menière. Aufgrund der anamnestischen Angaben, der Untersuchungsbefunde, der vorliegenden Dokumente sowie der früher attestierten Arbeitsunfähigkeiten sei davon auszugehen, dass von oben genanntem Arbeits- und Leistungsprofil möglicherweise seit dem Jahr 2007 ausgegangen werden könnte, dem Zeitpunkt des Auftretens der aktuell bestehenden otorhinolaryngologischen Beschwerdesymptomatik. Mit Sicherheit sei dies ab Mai 2015 zu bestätigen, habe

jedoch mit Wahrscheinlichkeit seit der letzten IV-Anmeldung vom März 2013 bestanden (Urk. 11/83/31-32). 3.3

Im Zusammenhang mit der am 8. September 2016 (Urk. 11/133, Urk. 11/135) geltend gemachten Verschlechterung seines Gesundheitszustands reichte der Beschwerdeführer die folgenden medizinischen Berichte zu den Akten:

3.3.1

Dem Bericht von Dr. med. E.____, FMH Ohren-, Nasen- und Halskrankheiten, Hals- und Gesichtschirurgie, undatiert (Eingangsdatum 26. April 2016)

zu Händen der Beschwerdegegnerin (Urk. 11/128) ist zu entnehmen, der Hörverlust nach Reintonaudiogramm rechts betrage 60,1%, links 14,8% und nach Sprachaudiogramm rechts 100%, links 23,4%. Der Gesamthörverlust betrage 49,5% (Urk. 11/128/1). 3.3.2

Dem Bericht des F.____, vom 3. Mai 2016 zu Händen von Dr. E.____ (Urk. 11/132) können folgende Diagnosen entnommen werden (Urk. 11/132/1): - eindeutiger Morbus Menière links nach AAO-HNS 1995 mit/bei: - leichtgradiger Tiefton- und leicht- bis mittelgradige Hochton- Innenohrschwerhörigkeit links - Tinnitus links, welcher sich im Schwindelanfall verstärkte - wahrscheinlicher Morbus

Menière rechts nach AAO-HNS 1995 mit/bei: - hochgradiger pantonale

sensorineurale Schwerhörigkeit rechts, welche im Anfall zunahm - kein Tinnitus - MRI vom 26. März 2015: Hydrops vestibuli Grad II, Hydrops cochleae Grad I rechts, links

bland

Sodann wurde festgehalten, der Beschwerdeführer

habe über eine Verstärkung seines Tinnitus links, sowie des Druckgefühls links, anfallsweise auch mit begleitender Hörminderung, berichtet. Eine Schwindelattacke mit Übelkeit oder Erbrechen sei seit knapp einem Jahr nicht mehr aufgetreten. Betaserc nehme er nach wie vor

48

mg ein, welches ihn vor einer erneuten Schwindelattacke für gut ein Jahr bewahrt habe, jedoch habe er nun zwischen den Konsultationen erneut eine Schwindelattacke für gut eine Stunde erlebt. Ein verstärkter Tinnitus auf der linken Seite sei diesem Anfall wenige Tage vorausgegangen. Der Beschwerdeführer sei darüber hinaus in regelmässiger psychiatrischer Betreuung in zwei wöchigen Abständen, unter anderem auch seit der Trennung von seiner Frau. Eine antidepressive Therapie lehne der Beschwerdeführer nach seinen Angaben aktuell ab. Ausser Betaserc nehme er keine weiteren Medikamente ein (Urk. 11/132/1). Beim Beschwerdeführer

sei bereits ein Morbus Menière bekannt. Unter der Betaserc-Therapie sei es über ein Jahr lang zu keinen Schwindelattacken mehr gekommen, mit Ausnahme einer Schwindelattacke vom 12. Mai von gut einer Stunde. Es werde eine Fortführung der Betaserc-Therapie von mindestens 3

x

48

mg empfohlen. Mit dem Beschwerdeführer sei auch eine Erhöhung auf 3

x 72

mg besprochen worden, wenn diese gut vertragen werde. Intratympanalen

Dexamethason-Injektionen stehe der Beschwerdeführer eher kritisch gegenüber und wünsche diese aktuell nicht (Urk. 11/132/2). 3.3.3

Dr. med. G.____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, führte in seinem durch die Beschwerdegegnerin

als Neuanmeldung entgegengenommenen Bericht vom 8. September 2016 (Urk. 11/133) aus, der Gesundheitszustand habe sich seit der letzten Berichterstattung vom 11. März 2014 und 23. September 2013 verschlechtert. Zu der bereits vorhandenen emotional instabilen Persönlichkeitsstörung vom impulsiven Typ (ICD-10 F60.30) habe sich eine Anpassungsstörung im Sinne einer depressiven Reaktion (ICD-10 F43.2) gesellt, welche bislang kaum auf eine Therapie angesprochen habe. Weit schlimmer seien aber die Gleichgewichtsstörungen durch den Morbus Menière, die Schwerhörigkeit rechts und die Taubheit links sowie die oft quälenden Rückenschmerzen (Urk. 11/133/1). 3.3.4

Dem Bericht des Zentrums H.____, vom 20. September 2016 zu Händen von Dr. med. I.____, FMH Physikalische Medizin und Rehabilitation (Urk. 11/140/2) kann entnommen werden, es lägen weitgehend stationäre degenerative Veränderungen bei rechts konvexer Lendenwirbelsäulen (LWS)-Skoliose, multisegmentaler osteodiskaler Degeneration mit Hauptbefund im Segment L5/S1 bei zirkulärer Protrusion, hypertrophen Facettengelenksarthrosen mit konsekutiv massiger foraminaler Enge für die Nervenwurzeln L5 beidseits und rezessaler Tangierung der Nervenwurzeln S1 beidseits vor (Urk. 11/140/2). 3.3.5

Dr. med. J.____, FMH Orthopädische Chirurgie, hielt mit Bericht vom 29. September 2016 zu Händen von Dr. I.____ (Urk. 11/140/1) fest, der Beschwerdeführer berichte seit längerer Zeit über tieflumbale Beschwerden mit einer Ausstrahlung in die rechte Gesässhälfte und teilweise ins rechte Bein. Die Kernspintomographie der LWS vom 20. September 2016

zeige spondylarthrotische Veränderungen im Bereich der unteren LWS. Des Weiteren bestünden bei L4/5 und L5/S1 durch die Kombination dieser spondylarthrotischen Veränderungen mit Protrusionen der Bandscheiben Pelottierungen beziehungsweise Kompressionen der Nervenwurzeln von L5 beidseits und S1 beidseits. Da der Beschwerdeführer unter den Beschwerden recht stark leide, werde mit ihm die Möglichkeit einer schmerztherapeutischen Intervention besprochen (Urk. 11/140/1). 3.3 .6

Dr. I.____ führte mit Bericht vom 13. Oktober 2016 zu Händen der Beschwerdegegnerin (Urk. 11/139) aus, seines Erachtens sei eine eindeutige subjektive wie auch objektive Verschlechterung eingetreten, die Beweglichkeit der LWS und Halswirbelsäule (HWS) sei mässig eingeschränkt. Der Beschwerdeführer sei seit vielen Jahren zu 100 % arbeitsunfähig. Nach Ansicht von Dr. I.____ sei der Beschwerdeführer mindestens wegen der depressiven Verstimmung und des Status nach HWS-Trauma im Jahr 2006 bis auf weiteres zu 70 % arbeitsunfähig. Eine Umschulung beziehungsweise Tätigkeit in anderen Berufen werde sicherlich vor allem wegen seiner Rückenbeschwerden wie auch des Morbus Menière, nicht möglich sein (Urk. 11/139). 3.3 .7

Dr. E.____ berichtete am 31. Oktober 2016 zu Händen der Beschwerdegegnerin (Urk. 11/141), beim Beschwerdeführer lägen folgende Diagnosen vor: - Morbus Menière links - sehr wahrscheinlicher Morbus Menière rechts - mittelgradige Hochtoninnenohrschwerhörigkeit links - hochgradige Innenohrschwerhörigkeit rechts - intermittierender, beidseitiger, hochfrequenter Tinnitus - linksseitige Hörgeräteversorgung - invalidisierende, mit Nausea und Erbrechen verbundene Drehschwindelanfälle

Dr. E.____ hielt zudem fest, seit der Mitte Dezember 2015 verordneten Dosierung von 3 x 48

mg Betaserc hätten sich die Schwindelepisoden deutlich verbessert. Es lägen nach wie vor inkonstant auftretende, über Minuten dauernde Anfälle vor. Die Intensität habe jedoch deutlich nachgelassen. Allerdings leide der Beschwerdeführer zunehmend unter den Nebenwirkungen der relativ hohen Dosierung mit Betaserc und habe diese auf 2 x 48

mg täglich reduzieren müssen. Massiv störend sei eine konstant auftretende Gangunsicherheit, sowie ein permanent schwammiges Gleichgewichtsgefühl. Nach wie vor störe ein rechtsseitiger Tinnitus bei reintonaudiometrisch praktisch vorliegender Taubheit. Begleitend bestehe eine ausgesprochene Lärmempfindlichkeit, welche dem Beschwerdeführer das Aufhalten in lärmiger Umgebung praktisch verunmögliche. Die linksseitige Hörschwelle schwanke immer noch beträchtlich, sodass teilweise die angepasste Hörhilfe nachjustiert werden müsse oder sie dem Beschwerdeführer nur sehr wenig nütze (Urk. 11/141/1-2). 3.3 .8

Im Bericht des F.____, vom 6. Dezember 2016 zu Händen von Dr. E.____ (Urk. 11/146/1-2) wurde festgehalten, beim Beschwerdeführer bestehe unter der Therapie mit 3

x 48

mg Betaserc eine stabile Situation mit leichtem Schwankschwindel. Der Beschwerdeführer arbeite schon seit längerem nicht mehr. Eine Dexamethason-Injektion wäre möglich. Der Beschwerdeführer werde sich wieder melden, falls er die Injektionen durchführen möchte (Urk. 11/146/2). 3.3 .9

Dem Einwandschreiben von Dr. I.____ vom 27. Dezember 2016 (Urk. 11/146/3) ist zu entnehmen, dass im Vorbescheid gewisse Dinge nicht berücksichtigt worden seien. Der

Beschwerdeführer habe bei Dr. J.____ im Jahr 2016 wegen ausgeprägten spondylarthrotischen Veränderungen mit Reizung S1 beidseits

x Infiltrationen der L4/L5, die nur mittelmässig und kurzfristig geholfen hätten, erhalten. Zudem leide der Beschwerdeführer unter einem chronischen Schwindel mit Gleichgewichtsstörungen und sei diesbezüglich auswärts in Behandlung wie auch beim Psychiater Dr. G.____ wegen Schlaflosigkeit und Schmerzverarbeitung, wogegen er Temesta zwei- bis dreimal pro Tag einnehme. Wegen eines Tinnitus und Hörstörungen nehme er auch Betaserc

x

2 Tabletten à 24

mg, ein Versuch mit 3

x

3 habe sistiert werden müssen wegen ausgeprägten Nebenwirkungen und Gleichgewichtsproblemen (Urk. 11/146/3). 3.3.10

Am 17. Januar

2017 berichtete Dr. G.____ zu Händen der Beschwerdegegnerin (Urk. 11/147), zu der bereits vorhandenen emotional instabilen Persönlichkeitsstörung vom impulsiven Typ (ICD-10 F60.30) habe sich eine Anpassungsstörung im Sinne einer depressiven Reaktion (ICD-10 F43.2) gesellt, welche sich chronifiziert habe und recht eigentlich als etwa mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F32.11) bezeichnet werden müsse. Leider habe der Beschwerdeführer bisher kaum auf eine Therapie angesprochen (Urk. 11/147/1-2). 4.1.1

Wie die nachfolgenden Ausführungen zeigen, enthalten die im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingereichten Berichte (vgl. 3.3.1-3.3.10) keine substantiellen Anhaltspunkte für eine massgebliche Verschlechterung des Gesundheitszustandes sowie der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers. 4.1.2

Es gilt zu beachten, dass eine neu hinzugesetzte Diagnose nicht unbeschadet eine höhere Arbeitsunfähigkeit bewirkt. Massgebend für den Grad der Arbeitsunfähigkeit ist nicht die Diagnose oder die Zahl der erhobenen Diagnosen, sondern die daraus resultierende Leistungseinschränkung, welche sich auch durch eine zusätzliche Beeinträchtigung nicht zwangsläufig erhöhen muss (vgl. Urteil des Bundesgerichtes 9C_804/2015 vom 21. Juni 2016 E. 3.2). Für eine Neuanschuldung reicht es daher nicht aus, eine ausschliesslich gesundheitliche Verschlechterung geltend zu machen. Insbesondere genügt eine neu hinzugesetzte Diagnose per se nicht, um eine erhebliche Verschlechterung glaubhaft zu machen, da damit über das quantitative Element einer relevanten, die Arbeitsfähigkeit schmälernde Veränderung des Gesundheitszustandes nicht zwingend etwas ausgesagt wird (vgl. Urteil des Bundesgerichtes 8C_244/201

E. 5

) und reichte verschiedene medizinische Berichte zu den Akten (Urk. 11/139-141). Nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren (Vorbescheid vom 9. Dezember 2016 [Urk. 11/143], Einwände vom 27. Dezember 2016 [Urk. 11/144-145] und 17. Januar 2017 [Urk. 11/146-147])

trat die IV-Stelle mit Verfügung vom 24. März 2017 auf das Revisionsbegehren nicht ein (Urk. 11/149 = Urk. 2). 2.

Gegen diese Verfügung erhob der Beschwerdeführer mit Eingabe vom 28. April 2017 Beschwerde (Urk. 1) und beantragte, es sei die angefochtene Verfügung aufgehoben und die Beschwerdegegnerin anzuweisen, auf das Leistungsbegehren des Beschwerdeführers einzutreten und dieses materiell zu prüfen. In prozessualer Hinsicht sei dem Beschwerdeführer die unentgeltliche Prozessführung zu gewährt und ihm in der Person der Unterzeichnenden eine unentgeltliche Rechtsvertreterin beizugeben. Eventualiter

sei der Beschwerdeführer persönlich anzuhören (Urk. 1 S. 2). Die Beschwerdegegnerin beantragte mit Beschwerdeantwort vom 14. Juni 2017 Abweisung der Beschwerde (Urk. 10, unter Beilage ihrer Akten [Urk. 11/1-153]), was dem Beschwerdeführer mit Verfügung vom 20. Juni 2017 angezeigt wurde (Urk. 12). 3.

Auf die Ausführungen der Parteien und die eingereichten Unterlagen wird, soweit erforderlich, in den nachfolgenden Erwägungen eingegangen. Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 6

.2

Gemäss Art. 69 Abs. 1 bis

des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von Leistungen der Invalidenversicherung vor dem kantonalen Versicherungsgericht in Abweichung von Art. 61 lit. a ATSG kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festgelegt.

Die Kosten des Verfahrens sind auf Fr.

E. 6.1

Mit Beschwerde vom 28. April 2017 ersuchte der Beschwerdeführer um Gewährung der unentgeltlichen Rechtspflege (Urk. 1 S. 2).

Vorliegend sind die Voraussetzungen zur Bewilligung der unentgeltlichen Rechtspflege gemäss § 16 Abs. 1 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht (GSVGer) erfüllt (vgl. Urk.

4-5). Antragsgemäss ist dem Beschwerdeführer deshalb die unentgeltliche Prozessführung zu bewilligen und Rechtsanwältin Petra Oehmke, Affoltern am Albis, als unentgeltliche Rechtsvertreterin für das vorliegende Verfahren zu bestellen.

E. 6.3

Mit Verfügung vom 20. Juni 2017 wurde Rechtsanwältin Oehmke in Aussicht gestellt, dass – sofern sie keine Honorarnote einreicht – das Gericht die Entschädigung nach Ermessen festlegt (Urk. 12). Mangels Einreichen einer Honorarnote ist die Entschädigung unter Berücksichtigung der Bedeutung der Streitsache, der Schwierigkeit des Prozesses sowie des gerichtlichen Ansatzes von Fr. 220.-- auf Fr. 1'000.-- festgelegt.

E. 7

00.-- festzulegen. Ausgangsgemäss sind die Kosten der Beschwerde für er aufzuerlegen, zufolge Bewilligung der unentgeltlichen Prozessführung jedoch einstweilen auf die Gerichtskasse zu nehmen.

E. 8

00.-- aus der Gerichtskasse zu entschädigen. 6.4

Der Beschwerdeführer ist auf § 16 Abs. 4 GSVGer hinzuweisen, wonach er zur Nachzahlung der Gerichtskosten und der Entschädigung an den unentgeltlichen Rechtsvertreter verpflichtet ist, sobald er dazu in der Lage ist. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 700.-- 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.

Die unentgeltliche Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers, Rechtsanwältin Petra Oehmke, Affoltern am Albis, wird mit Fr. 1'800.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) aus der Gerichtskasse entschädigt. Der Beschwerdeführer wird auf die Nachzahlungspflicht gemäss § 16 Abs. 4 GSVGer hingewiesen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwältin Petra Oehmke - 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 Vorsitzende Der Gerichtsschreiber Hurst Hausammann

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