

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00576 vom 1. März 2019

ZH Sozialversicherungsgericht, 2019-03-01, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2017.00576

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00576 du 1 mars 2019

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00576 del 1 marzo 2019

Erwägungen

E. 1

Der gelernte Koch X.____, geboren 1959, arbeitete bis Mai 2010 in einem Pensum von 100 % als Chauffeur (vgl. Urk. 11/2 S. 5 f.). Er meldete sich am 5. August 2010 unter Hinweis auf Fusschmerzen,

Osteoarthropathie Unter schen kel schwellung, Lymphödem, tiefe Veneninsuffizienz bei der Sozialver sicherungs anstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, zum Bezug von Leistun gen der Invaliden versicherung an (Urk.

11/

E. 1.1

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetz es über den Allge meinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG]). Sie kann Folge von Geburts gebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 des Bundesgesetz es

über die Invalidenversicherung [IVG]). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgegliche nen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beein trächtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG).

E. 1.2

Wurde eine Rente

wegen eines zu geringen Invaliditätsgrades verweigert, so wird nach Art. 87 Abs. 3 der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV) eine neue Anmeldung nur geprüft, wenn die Voraussetzungen gemäss Abs. 2 dieser Bestimmung erfüllt sind. Danach ist im Revisionsgesuch glaubhaft zu machen, dass sich der Grad der Invalidität der versicherten Person in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert hat.

E. 1.3

Mit Art. 87 Abs. 3 in Verbindung mit Abs. 2 IVV soll verhindert werden, dass sich die Verwaltung nach vorangegangener rechts kräftiger Leistungsver weige rung immer wieder mit gleich lautenden und nicht näher begründeten, das heisst 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 rechts kräftigen 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. 1.4

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 rechts erheblichen 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

). Bei einem Invaliditätsgrad von 51 % sprach

ihm die IV-Stelle mit Verfügung vom 16.

Juni 2011

eine halbe Invalidenrente ab 1. Juni 2011 zu (vgl. Urk. 11/43 -4

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin begründete das am 5. April 2017 (Urk. 2) verfügte Nicht eintreten auf das neue Leistungsbegehren damit, der Beschwerdeführer habe

nicht glaubhaft dargelegt, dass sich die tatsächlichen Verhältnisse seit der letzten Verfügung wesentlich verändert hätten (S. 1). Die mit den Einwänden eingereichten Arztberichte würden von einer ausgeprägten Beinvenenthrombose rechts bei vor bekanntem Phlebo-Lymphödem mit Betonung des linken Beins berichten. Auf Grund der Thrombose könne von einer vorübergehenden Arbeitsunfähigkeit aus gegangen werden. Eine dauerhafte Veränderung des Gesundheitszustandes sei damit nicht ausgewiesen. Die anderen dokumentierten Diagnosen seien bereits bekannt (S. 2).

E. 2.2

Der Beschwerdeführer stellte sich demgegenüber in seiner Beschwerde vom 22. Mai 2017 (Urk. 1) auf den Standpunkt, es lägen eindeutig Anhaltspunkte für eine gesundheitliche

Verschlechterung vor, was aus den der Wiederanmeldung beigelegten Arztberichten klar hervorgehe. Die behandelnden Ärzte der Y.____

des Z.____ hätten drauf hingewiesen, dass die der Beschwerdegegnerin bekannten Beschwerden, aufgrund derer bereits ein Rentenanspruch bestanden habe, eine Arbeitsunfähigkeit von 50 % begründeten. Nach den ausserdem eingereichten Berichten der A.____ und des

B.____ liege zusätzlich eine Schulterverletzung vor, die sich auf die bisherige und eine adaptierte Tätigkeit auswirke (S. 5). Es sei festzuhalten, dass sowohl aufgrund der der Beschwerdegegnerin bekannten gesundheitlichen Problematik als auch aufgrund der Schulterbeschwerden die Voraussetzungen für das Eintreten klar erfüllt seien (S. 6). Daneben machte er geltend, es sei angezeigt, dass die Beschwerdegegnerin eine Wiedererwägung der Verfügung vom 23. September 2015 (Urk. 11/128) prüfe (S. 6 f.).

E. 2.3

Strittig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin zu Recht nicht auf die Neuanmeldung vom 6. Januar 2016 (Urk. 11/135) eingetreten ist, weil es dem Beschwerdeführer nicht gelungen ist, eine rentenrelevante Veränderung glaubhaft zu machen. Vergleichszeitpunkt bildet die Verfügung vom 24. März 2015 (Urk. 11/103), mit welcher die Beschwerdegegnerin die damals halbe Rente einstellte. 3. 3.1

Die

Beschwerdegegnerin stützte sich in ihrer Verfügung vom 24. März 2015 (Urk. 11/103) auf folgende medizinische Berichte (vgl. Urk. 11 / 100 S. 3 f.): 3.2

Ärztin

C.____ von der Y.____ des Z.____ nannte in ihrem Bericht vom

E. 4

).

Das Gesuch vom

21. Mai 2012 (Urk. 11/55)

um Rentenerhöhung wies die IV Stelle am 20. November 2012 (Urk. 11/77) unter Hinweis auf einen Invaliditätsgrad von unverändert 51 % ab.

Im Zuge eines von Amtes wegen im Mai 2014 eingeleiteten Revisionsverfahrens (Urk. 11/82) stellte die IV-Stelle mit Verfügung vom 24. März 2015 (Urk. 11/103) die Invalidenrente des Versicherten bei einem Invaliditätsgrad von 19 % ein.

E. 4.1

Im Zug des Verfahrens bezüglich der Neuanmeldung vom 6. Januar 2016 (Urk. 11/135) legte der Beschwerdeführer folgende medizinische Berichte auf:

E. 4.2

und E. 4.4.1), sodass nicht von einer dauerhaften auf das Lymphödem zurückgehenden Verschlechterung des

Gesundheitszustandes auszugehen ist, beziehungsweise eine solche

nicht glaubhaft dargelegt wurde . Daran ändert auch die

zurückhaltendere Einschätzung der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers durch Dr . J.____ und Dr.

I.____ nichts (vgl. E. 4.4.2 und E. 4.4.3). Diese führ ten nur aus, sie könnten die Einschätzung von Dr. C.____ nicht nachvoll ziehen und

d er Gesundheitszustand habe sich in keiner Weise verbessert, sondern eher verschlechtert. Inwiefern sich dieser bezüglich des Lymphödems verschlech tert haben soll te, legten sie jedoch nicht dar.

Die von Dr. F.____ und Dr. L.____ diagnostizierte Rotatorenmanschette nruptur rechts (vgl. E. 4.3 und E. 4.5) ist älteren Datums und war

MR - tomographisch bereits im Januar 2015 dokumentiert (vgl. E. 4.3, E. 4.5 und Urk. 11/134/5).

Selbst der Beschwerdeführer gab gegenüber Dr. L.____ an, die entsprechenden Schmer zen und Funktionseinschränkungen bestünden seit Dezember 2014 (vgl. E. 4.5) und damit zeitlich wesentlich vor Erlass der rentenaufhebenden Verfügung vom 24. März 201 5. Damit ist keine Verschlechterung des Gesundheitszustandes im Hinblick auf das Schulterleiden dargetan .

In Bezug auf das von Dr. M.____ und Dr. N.____

diagnostizierte lumboradikuläre Syndrom S1 links mit leichtem sensomotorischem Ausfall (Erstdiagnose Juni 2016) gaben diese an, dass sich im Zeitpunkt der Verlaufskontrolle im September 2016 die Schmerzsymptomatik bereits praktisch gänzlich regredient gezeigt habe, womit diesbezüglich nicht von einer dauerhaften Verschlechterung auszugehen ist .

Bei der von Dr. P.____ diagnostizierten 3-Etagen-Beinvenenthrombose handelt es sich nicht um eine wesentliche Veränderung des Gesundheitszustandes mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit. Dr. P.____ legte dar, dass die

Venent hrom bose durch Medikation und Kompressionstherapie behandelbar ist.

Dr. P.____ s Bericht lässt sich denn auch keine allenfalls durch die Thrombose verursachte Einschränkung der Arbeitsfähigkeit entnehmen. Damit ist es dem Beschwerde führer auch diesbezüglich nicht gelungen, eine dauerhafte Verschlechterung seines Gesundheitszustandes mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit glaubhaft darzulegen. 5. 3

Wie dargelegt (vgl. vorstehend E. 5. 1 und E. 5.2) vermochte der Beschwerdeführer mit den im vorinstanzlichen Verfahren eingereichten Berichten (E . 4.2 - 8) keine rentenrelevante Veränderung der tatsächlichen Ve rhältnisse glaubhaft zu machen.

Es ist daher nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin auf die Neuan meldung des Beschwerdeführers nicht eingetreten ist. Die Beschwerde ist in der Folge abzuweisen. 6 .

Der Beschwerdeführer brachte im Übrigen vor , es sei angezeigt, dass die Beschwerdegegnerin eine Wiede rerrägung der Verfügung vom 23. Septemb er 2015 (Urk.

11/128) prüfe, da die Ärzte in der Y.____ des Z.____ in ihren Schreiben vom 8. März 2016 (E. 4.4.2) die Einschätzung der Arbeitsfä higkeit durch die Ärztin

C.____ (E. 3.2) als nicht nachvollziehbar bezeichnet hätten. Zudem habe diese ihre Angaben in einem Verlaufsbericht gemacht, was praxisgemäss in ordentlichen Revisionsverfahren noch nicht einmal als rechtskonforme materielle Prüfung qualifiziert werde (S. 6 f.).

Soweit auf dieses Begehren einzutreten ist, ist dazu zu bemerken, dass der Entscheid über die Vornahme der Wiedererwägung in das Ermessen des Versicherungsträgers gestellt ist. Ein gerichtlich durchsetzbarer Anspruch auf eine Wiedererwägung besteht nicht. Der Versicherungsträger kann also weder von einer Partei noch vom Gericht zu einer Wiedererwägung angehalten werden (Urteil des Bundesgerichts 8C_ 634/2017 vom 20. Februar 2018 E. 5.4 ; und die nicht veröffentlichte E. 3 des BGE 134 V 401) . 7 .

7.1

Da es um die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig und sind die Gerichtskosten gemäss Art. 69 Abs. 1 bis

IVG ermessensweise auf Fr. 750.-- festzusetzen. Ausgangsgemäss sind die Gerichtskosten dem Beschwerdeführer aufzuerlegen und mit dem geleisteten Kostenvorschuss (Urk. 13) zu verrechnen. 7.2

Der Mehrbetrag der Kautions von Fr. 250.-- wird mit den im Verfahren BV.2015.00072 in Sachen des Beschwerdeführers offen gebliebenen Gerichtskosten in eben dieser Höhe verrechnet (§ 28 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht in Verbindung mit Art. 111 Abs. 1 der Schweizerischen Zivilprozessordnung [ZPO]; Basler Kommentar, Viktor Rüegg, N 3 zu Art. 111 ZPO) . Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 750.-- werden dem Beschwerdeführer auferlegt und nach Eintritt der Rechtskraft mit der geleisteten Kautions verrechnet.

Der Mehrbetrag der Kautions von Fr. 250.-- wird mit den im Verfahren BV.2015.00072 in Sachen des Beschwerdeführers offen gebliebenen Gerichtskosten von Fr. 250.-- verrechnet. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Advokatin Karin Wüthrich - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - Bundesamt für Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft) 4.

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 GräubMüller

E. 4.3

Dr. med. F.____, leitender Arzt Chirurgie, vom B.____

nannte in seinem Bericht vom

9. Oktober

2015 (Urk. 11 / 134 / 5 - 6) als Diagnose eine höher gradige

Rotatorenmanschettenmassenruptur rechts älteren Datums und berichtete, MR tomographisch habe bereits im Januar 2015 eine höhergradige

Rotatorenmanschettenruptur mit deutlicher fettiger Degeneration der Muskelbäuche bestanden.

E. 4.4.1

Oberärztin PD Dr. med. G.____, Leitung Y.____,

Oberärztin Dr. med. H.____ und Assistenzärztin Dr. sc. nat. und Dr. med. I.____ von der Y.____ des Z.____, wo der Beschwerdeführer am 4. Januar 2016 in Behandlung war, nannten in ihrem Bericht vom 20. Februar 2016 (Urk. 11/148/16-18) folgende Diagnosen (S. 1): - Metabolisches Syndrom - Essentielle arterielle Hypertonie - Adipositas WHO Grad III - Diabetes mellitus Typ 2 - Dyslipidämie - Lebersteatose (Erstdiagnose 2013) - Gemischtes Phlebo-Lymphödem rechtsbetont (Erstdiagnose 2009) - Chronisch venöse Insuffizienz im Widdmer Stadium II beidseits - Sekundäres Lymphödem bei Status nach Knie-Operation rechts 1980 - Dependency-Syndrom - Im Rahmen der Adipositas - Subklinische Hypothyreose - Schwere depressive Episode Juli 2015

Zudem führten sie aus, bei der Neuaufnahme am 4. Januar 2016 habe sich ein

im Vergleich zu links - auf doppelten Umfang angeschwollen rechter Unterschenkel, mit braunen Hautindurationen und leichter Rötung durch die chronische Stauungsdermatitis gezeigt. Auf genaue Befragung habe sich herausgestellt, dass die in der A.____ nach Mass bestellten Kompressionsstrümpfe noch nicht abgeholt und dass die Lymphdrainage wegen Ferienabwesenheit des Physiotherapeuten eingestellt worden

seien.

Bei der dritten und letzten Konsultation sei das subjektive Wohlbefinden des Beschwerdeführers nach Nachholen dieser Massnahmen deutlich besser. In Bezug auf finanzielle und private Angelegenheiten (IV-Rente und Fahreignung) habe sich ein extrem zielgerichteter und instrumentalisierender Beschwerdeführer gezeigt. Das metabolische Syndrom zeigte sich unauffällig (S. 2).

E. 4.4.2

Oberärztin Dr. med. J.____ und

Assistenzärztin Dr. sc.

nat. und Dr. med. I.____ von der Y.____ des Z.____ führten in ihrem Schreiben vom 8. März 2016 (Urk. 11/134/2) an die Procap, Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers,

aus, der Beschwerdeführer werde seit Jahren von der Y.____ betreut. Gemäss deren Bericht vom 12. August 2014 bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 80-100%. Sie könnten diese Einschätzung nicht nachvollziehen. Der Gesundheitszustand habe sich in keiner Weise

gebessert, sondern eher verschlechtert. Das Phlebolympheödem sei stark ausgeprägt und so sei der Beschwerdeführer weiterhin auf regelmässige Lymphdrainage sowie dermatologische Kontrollen angewiesen. Weiter sei im Sommer 2015 eine psychiatrische Hospitalisation notwendig gewesen. Auf der Y. ___ würden die Patienten von Assistenzärzten betreut, welche aufgrund ihrer Ausbildung meist nach einigen Wochen bis Monaten die Abteilung wechseln würden. Die Ärztin

C. ___ habe den Beschwerdeführer - gemäss Angaben im Bericht - erst seit dem 3. Juli 2014 betreut und seine gesundheitliche Situation wohl auf grund der kurzen Betreuungszeit nicht richtig eingeschätzt.

E. 4.4.3

In einem weiteren an die Procap gerichteten Schreiben vom 26. April 2016 (Urk. 11/134/1) ergänzten

Dr. J. ___ und Dr.

I. ___ , in seiner aktuellen Tätigkeit als Koch sei der Beschwerdeführer nur zu 50 % arbeitsfähig aufgrund der ausgeprägten Lymphödeme. Vermehrte Pausen seien notwendig, da das lange Stehen die Lymphödeme im Tagesverlauf verstärke. In einer optimal angepassten, leichten bis mittelschweren, wechselbelastenden Tätigkeit mit der Möglichkeit zu vermehrten Pausen und Aktivierung der Beine sowie Zeit für regelmässige Lymphdrainagen erachteten sie ihn als zu 50 % arbeitsfähig. Allerdings müsse unbedingt eine dermatologische und gegebenenfalls angiologische Stellung nahme eingeholt werden.

E. 4.4.4

Am 22. Dezember 2016 (Urk. 11/148/7-8) berichteten PD Dr. G. ___ , Dr. H. ___ und Dr. K. ___ zum metabolischen Syndrom, in der Beobach tungsperiode (23. Mai bis 12. Dezember 2016) sei die in - office-Blutdruckmessung im Zielbereich gewesen. Die Blutzuckerwerte hätten sich bei

einer fraglichen Compliance zunehmend schlecht gezeigt (S. 2).

E. 4.5

Oberarzt der Orthopädie Dr. med

L. ___ von der A. ___ nannte in seinem B ericht vom 6. Mai 2016 (Urk. 11/134/3-4) über eine nach Zuweisung des B. ___ erfolgte ambulante Schulter-Sprechstunde am 2. Mai 201 6 als Diagnose unter anderem eine Pseudoparalyse und eine chronische Massen ruptur der Rotatorenmanschette rechts mit spontaner Ruptur des langen Biceps . Er führte aus, der Beschwerdeführer sei seit Dezember 2014 mit bestehenden Schmerzen in seiner rechten Schulter sowie Funktionsein schränkungen in die Sprechstunde gekommen (S. 1). A us chirurgi scher Sicht wäre eine i nverse Schul terttotalprothese eine Möglichkeit, um die Schmerzen sowie auch die Funktion (Flexion) deutlich zu verbessern. Jedoch sei der Beschwerdeführer mit einer i nversen Schul terttotalprothese als Chauffeur und auch in der Küche nicht voll einsatzfähig (S. 2).

E. 4.6

Oberarzt Dr. med. M. ___ und Assistenzärztin Dr. med. N. ___ v on der O. ___ des Z. ___ nannten in ihrem Bericht vom 9 . September 2016 (Urk. 11/148/

E. 4.7

Dr. med. P.____, Facharzt für Angiologie

FMH, untersuchte den Beschwerdeführer am 11. Januar 2017

phlebologisch und nannte in seinem Bericht vom 12. Januar 2017 (Urk. 11/148/3-6) folgende Diagnosen (S. 1; verkürzt wiedergegeben): - Thromboembolische Erkrankung - Gemischtes

Phlebo-Lymphödem Beine beidseits rechtsbetont (Erstdiagnose 2009) - Metabolisches Syndrom - Status nach schwerer depressiver Episode im Juli 2015

Zudem führte er aus, anatomisch müsse von einer unprovokierten Thrombose ausgegangen werden. Rechts kämen sonographisch ältere, postthrombotische Veränderungen zur Darstellung, so dass ursächlich eine hereditäre Thrombophilie vorliegen dürfe (S. 2).

E. 4.8

Am 17. März 2017 (Urk. 11/148/1; vgl. auch Bericht vom 16. Januar 2017 [Urk. 11/148/2]) berichtete die seit 11. Januar 2017 behandelnde Hausärztin Dr. med. Q.____, Fachärztin für Allgemeine Medizin FMH, in einem Schreiben an die Procap, beim Beschwerdeführer bestehe seit 6 Jahren ein Diabetes mellitus Typ II mit nachweisbaren Gefäß- und Nervenkomplikationen, insbesondere auch einer Polyneuropathie. Diese, sowie das seit 2009 bekannte gemischte Phlebo-Lymphödem rechtsbetont, die beginnenden diabetischen Fußveränderungen bei einer starken Adipositas und neu seit Januar die Dreietagenvenenthrombose des linken Beins würden die Beweglichkeit des Beschwerdeführers stark beeinträchtigen. Zusätzlich bestünden eine höhergradige

Rotatorenmanschettenruptur seit Dezember 2014 sowie ein lumboradikuläres Syndrom S1 links mit sensomotorischem Ausfall (Diagnose Juni 2016). Eine essentielle arterielle Hypertonie sowie Dyslipidämie und subklinische Hypothyreose seien aktuell gut eingestellt beziehungsweise substituiert. In Zusammenschau der Diagnosen sei zum aktuellen Zeitpunkt und bis auf weiteres keine Arbeitsfähigkeit gegeben. 5.5.1

Was das psychische Leiden anbelangt durchlebte der Beschwerdeführer im Juli 2015 eine schwere depressive Episode (vgl. E. 4.1). Es finden sich jedoch keine Hinweise in den von ihm vorgelegten medizinischen Unterlagen, dass diese von Dauer war. Vielmehr sprachen alle befassten Ärzte übereinstimmend von der depressiven Episode vom Juli 2015 (vorstehend E. 4.4.1, E. 4.7). Zudem ist auch weder ersichtlich noch behauptet, dass nach dem 31. Juli 2015 noch eine psychiatrische Behandlung stattgefunden hätte (vgl. dazu E. 4.2). Unter dem Blickwinkel der Neuanmeldung vom 6. Januar 1996 ist daher nicht glaubhaft gemacht, dass der Beschwerdeführer unter einer

psychischen Krankheit leidet, welche einen dauerhaften Einfluss auf seine Arbeits- respektive Erwerbsfähigkeit hat

(vgl.

E. 4.2-8). 5.2

In den vom Beschwerdeführer im Zuge seiner Neuanmeldung vom 6. Januar 2016 (Urk. 11/135) eingereichten medizinischen Berichten wurden verschiedene somatische Leiden diagnostiziert.

Was das im Wesentlichen bereits im Zeitpunkt der Renteneinstellung bestehende (vorstehend E. 3.2) metabolische Syndrom und die damit verbundene

essentielle arterielle Hypertonie, Adipositas, Diabetes mellitus, Dyslipidämie

sowie Leber steatose angeht, lässt sich den vom Beschwerdeführer eingereichten medizinischen Berichten keine Verschlechterung des Gesundheitszustandes entnehmen (vgl.

E. 4.4.1, E. 4.4.4 und E. 4.8). So hielten PD Dr. G.____, Dr.

H.____ und Dr. K.____ zum metabolischen Syndrom fest, dass in der Beobachtungsperiode (23. Mai bis 12. Dezember 2016) die Blutdruckmessungen im Zielbereich waren (E. 4.4.4). Zudem führten sie die damaligen zunehmend schlechten Blutzuckerwerte auf die fragliche Compliance zurück, was dafür

spricht, dass diese sich bei Compliance ebenfalls als im vorgesehenen Wertebereich befindlich zeigen dürften. Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit wurden bezüglich des metabolischen Syndroms in allen vom Beschwerdeführer eingereichten fachärztlichen Berichten keine beschrieben. Zwar sprach die Hausärztin von beginnenden diabetischen Fußveränderungen (E. 4.8), doch führte sie die eingeschränkte Beweglichkeit des Beschwerdeführers nicht darauf, sondern insbesondere auf die vorbestehende Adipositas und die Thrombose zurück, was hinsichtlich der Fußbeschwerden nicht auf eine wesentliche Veränderung schließen lässt. Zudem berichtete die Hausärztin Dr. Q.____, dass der Beschwerdeführer hinsichtlich der arteriellen Hypertonie, der Dyslipidämie und der subklinischen Hypothyreose gut eingestellt respektive substituiert ist (vgl. E. 4.8).

Betreffend

die im Bericht der

E.____ des Z.____ am 31. Juli 2015 genannten Diagnosen war der Beschwerdeführer hinsichtlich der Refluxösophagitis beschwerdefrei und bezüglich der Hyperurikämie fand der letzte Schub 2010 statt (vgl. E. 4.2).

Hinsichtlich des gemischten Phlebotromboses und der damit verbundenen Stauungsdermatitis im Unterschenkel rechts im Juli 2015 sowie im Januar 2016, hat sich die Situation jeweils kontinuierlich verbessert bei Befolgung der empfohlenen Massnahmen (Lymphdrainage und Kompressionsstrümpfe ;

vgl. E.

E. 6

(Urk.

E. 11

/ 143, Urk. 11/ 146 und Urk. 11/149) trat die IV Stelle mit Verfügung vom 5. April 2017 (Urk. 2) auf das Leistungsbegehren mangels Glaubhaftmachens einer wesentlichen Veränderung der tatsächlichen Verhältnisse nicht ein. 2.

Dagegen erhob der Versicherte am 22.

Mai 2017 Beschwerde (Urk.

1) mit den Anträgen, es sei die Verfügung vom 5. April 2017 aufzuheben und die Beschwerdegegnerin zu verpflichten, auf das Leistungsbegehren einzutreten. Zudem sei ihm die unentgeltliche Prozessführung zu bewilligen, er sei von allfälligen Vor- und

Sicherheitsleistungen zu befreien und es sei ihm die unentgeltliche Rechtsverteidigung durch Advokatin Karin Wüthrich von der Procap Schweiz, Olten, zu gewähren (S.

2).

Am 27. Juni 2017 (Urk. 6) reichte der Beschwerdeführer ein ausgefülltes Formular zur Abklärung der prozessualen Bedürftigkeit mit Belegen zu seiner aktuellen finanziellen Situation ein (Urk. 7 und Urk. 8).

Mit Vernehmlassung vom 12. Juli 2017 (Urk. 10) beantragte die Beschwerde gegen die Abweisung der Beschwerde. Diese wurde dem Beschwerdeführer mit Verfügung vom 21. Juli 2017 (Urk. 11) zur Kenntnis zugestellt. Mit

selbiger Verfügung wurde das Gesuch des Beschwerdeführers vom 22. Mai 2017 um Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung sowie um Rechtsverteidigung abgewiesen und ihm eine Frist zur Leistung eines Kostenvorschusses von Fr. 1'000.-- gesetzt, welchen er am 14. August 2017 leistete (vgl. Urk. 13). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 12

. August

2014 (Urk. 11/88/1-5) folgende Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 1 vgl. dazu auch Austrittsbericht derselben Klinik vom 6. Juni 2014, Urk. 11/88/6-7): - Gemischtes Phlebo-Lymphödem (seit ca. 2009) - Chronische venöse Insuffizienz Widmer Stadium II - Sekundäres Lymphödem bei Status nach Knie-Operation rechts 1980 - Dependency-Syndrom - Adipositas

Zudem nannte sie folgende Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 1): - Arterielle Hypertonie - Adipositas Grad III (seit ca. 1980) - Diabetes mellitus Typ 2 (seit 2011) - Subklinische Hypothyreose - Gicht

Ärztin

C.____ führte aus, es bestehe beim Beschwerdeführer in seiner zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Chauffeur eine medizinische begründete Arbeitsunfähigkeit von mindestens 20% (S. 2). Eine behinderungsangepasste Tätigkeit könne er zu 80-100% ausüben. Er brauche jedoch eine abwechselnd sitzend/stehende Tätigkeit (stehend maximal 2-3 Stunden pro Tag). Dies sei ihm ab sofort möglich (S. 3). Zumutbar seien ihm unter Berücksichtigung seiner gesundheitlichen Einschränkungen wechselbelastende Tätigkeiten

mit

Rotation im Sitzen/Stehe zu 80-100%, Bücken, Überkopf-Arbeiten, Heben/Tragen (Gewichtslimit: 15 kg) sowie Treppens teigen zu 50%. Nicht zumutbar seien ihm rein sitzende, rein stehende (zumutbar 2-3 Stunden) und vorwiegend im Gehen ausgeübte (zumutbar 2-3 Stunden) Tätigkeiten sowie Knien, Kauern und auf Leitern/Gerüsten Steigen. Uneingeschränkt seien seine Konzentrations- und sein Auffassungsvermögen sowie seine Anpassungsfähigkeit. Eingeschränkt sei seine Belastungsfähigkeit, da ihm kein zu langes Stehen zumutbar sei (S. 5). 3.3

Dr. med. und Dr. rer. pol. D.____, Facharzt für Innere Medizin, vom Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD) führte in seiner versicherungsmedizinischen Beurteilung vom 13. Dezember 2014 (Urk. 11/100 S. 4) aus, seit der letzten Hospitalisation im Z.____ vom 13. Mai bis zum

5. Juni 2014 (vgl. dazu Urk. 11/88/6-9) sei eine Verbesserung des Gesundheitszustandes beim Beschwerdeführer eingetreten. Die Arbeitsfähigkeit für die zuletzt ausgeführte Tätigkeit sei weiterhin nicht mehr möglich. Die Arbeitsfähigkeit für eine adaptierte Tätigkeit betrage 80-100 % seit der letzten Hospitalisation .

Gestützt auf diese Aktenlage ging die Beschwerdegegnerin von einer gesundheitlichen Verbesserung und einer Arbeitsfähigkeit von 90 % (Mittelwert von 80 100 %) in einer Verweistätigkeit aus und ermittelte dergestalt einen Invaliditätsgrad von 19 % (Urk. 11/103). 4.

E. 13

-

E. 15

) über ihre Konsultationen vom 18. Juli und 6. September 2016 neben den bekannten die folgenden neuen Diagnosen (S. 1): - Lumboradikuläres Syndrom S1 links mit leichtem sensomotorischem Ausfall (Erstmanifestation Juni 2016) - Klinisch: Schmerzausstrahlung Ober-

und Unterschenkel lateral links sowie lateraler Fussrand links, diskretes

molonsches Defizit der Zehensensoren links (M4+) Lendenwirbelsäule

(LWS) -Quadrantentest links mit radikulärer Ausstrahlung, Lasègue links positiv ab 50? - MRI

LWS

vom 26. Juli 2016: erosive

Osteochondrose mit Diskusextrusion Lendenwirbelkörper

(LWK)5/Sakralwirbelkörper

(SWK)1 mit nach kaudal umgeschlagenen, abgelöstem Sequester paramedian links mit rezessaler Kompression von S1 links - Therapie: Physiotherapie seit Juli 2016 - Paracetamol-Überkonsum von Juni bis Juli 2016

Zudem führten sie zum lumboradikulären Syndrom S1 aus, bei glutealen Schmerzen links mit Ausstrahlung in den lateralen Ober- und Unterschenkel habe sich zum Verlaufszeitpunkt am 6. September 2016 eine diskrete Parese der Zehensensoren links sowie eine diskrete Hyposensibilität im Bereich des lateralen und medialen Fussrandes links gezeigt. Die radikulären Provokationsmanöver hätten sich linksseitig positiv gezeigt, ebenso der Lasègue. In Zusammenschau mit der im MRI objektivierten

Diskusprotrusion LWK5/SWK1 mit nach kaudal abgelöstem Sequester und dortiger rezessaler Kompression S1 links interpretierten sie die Beschwerden im Rahmen eines lumboradikulären Schmerzsyndroms S1 links mit leichtem sensomotorischem Ausfall. Zum Zeitpunkt der Verlaufskontrolle September 2016 habe sich die Schmerzsymptomatik bereits praktisch gänzlich regredient gezeigt (S. 2).

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