

# **SO\_GERICHTE VSBES.2016.140 vom 11. April 2016**

SO Obergericht, 2016-04-11, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so\\_gerichte\\_VSBES.2016.140](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2016.140)

FR: SO\_GERICHTE VSBES.2016.140 du 11 avril 2016

IT: SO\_GERICHTE VSBES.2016.140 del 11 aprile 2016

## **Erwägungen**

### **E. 1**

1.1 A.\_\_\_\_ (nachfolgend Beschwerdeführer), geb. 1971, meldete sich am 13. November 2000 bei der IV-Stelle des Kantons Solothurn (nachfolgend Beschwerdegegnerin) für den Leistungsbezug an (IV-Nr. [Akten der IV-Stelle Nr.] 1). Der damalige Hausarzt des Beschwerdeführers, Dr. med. B.\_\_\_\_, Spezialarzt für Innere Erkrankungen FMH, hielt hierzu in seinem Bericht vom 3. Dezember 2000 (IV-Nr. 9) fest, beim Beschwerdeführer bestünden mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ein chronisch-rezidivierendes, links betontes Lumbovertebral-Syndrom bei/mit mediolateral-linksseitiger, verkalkter Discushernie, leichter Fehlform des thorakolumbalen Überganges sowie leichter Fehlhaltung der LWS bei St. nach thorakolumbalem M. Scheuermann, leichter Beckenfehlstatik und lumbosakraler Übergangsanomalie (Sakralisation des L5 bds. mit beidseitiger Neoarthrose-Bildung zwischen dem Querfortsatz des L5 bds. und dem Sacrum). Für die angestammte Arbeitstätigkeit als Flachdach-Isoleur bestehe für dauernd eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit. Für körperlich leichte oder mittelschwere Arbeitstätigkeiten unter Vermeiden stereotyper Arbeitshaltungen, monotoner Arbeitsabläufe, langem Sitzen/Stehen sowie repetitiver Bück- und Hebebelastungen über 15 kg bestehe eine 50%ige, medizinisch theoretische Erwerbsfähigkeit. In der Folge veranlasste die Beschwerdegegnerin unter anderem eine Abklärung bei der C.\_\_\_\_ (IV-Nr. 24), ein rheumatologisches Gutachten beim D.\_\_\_\_ (IV-Nr. 71) sowie zwei psychiatrische Gutachten bei Dr. med. E.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH (IV-Nrn. 56 und 81).

1.2 Mit Verfügung vom 11. Mai 2005 (IV-Nr. 88) legte die Beschwerdegegnerin fest, der Beschwerdeführer habe vom 1. August 2001 bis 31. Januar 2002 und vom 1. Oktober 2002 bis 30. April 2003 Anspruch auf eine ganze IV-Rente sowie ab dem 1. Mai 2003 Anspruch auf eine halbe IV-Rente, bei einem errechneten Invaliditätsgrad von 59 %. Die am 13. Juni 2005 dagegen erhobene Einsprache (IV-Nr. 92) wies die IV-Stelle mit Einspracheentscheid vom 2. Dezember 2005 ab (IV-Nr. 107).

1.3 Die dagegen am 4. Januar 2006 erhobene Beschwerde (IV-Nr. 108.1) hiess das Versicherungsgericht des Kantons Solothurn mit Urteil vom 19. Januar 2007 (VSBES.2006.10) im Wesentlichen aufgrund der unvollständigen medizinischen Aktenlage sowie der mangelhaften psychiatrischen Abklärungsberichte gut und wies die Sache an die Beschwerdegegnerin zurück, damit diese die Arbeits- bzw. Erwerbsfähigkeit polydisziplinär - mit Vorteil durch eine MEDAS - medizinisch abklären lasse.

1.4 Infolgedessen veranlasste die Beschwerdegegnerin weitere Abklärungen und liess den Beschwerdeführer durch das F.\_\_\_\_, begutachten. Das Gutachten datiert vom 28. September 2007 (IV-Nr. 122.1).

1.5 Aufgrund einer möglichen gesundheitlichen Verschlechterung stellte die Beschwerdegegnerin dem Beschwerdeführer am 25. März 2010 in Aussicht, beim F.\_\_\_\_ ein aktuelles Verlaufsgutachten einzuholen. Da der Beschwerdeführer verlangte, es sei infolge Befangenheit eine andere Begutachtungsstelle zu beauftragen, hielt die Beschwerdegegnerin mit Verfügung vom 15. April 2010 (IV-Nr. 178) fest, man werde die Begutachtung beim F.\_\_\_\_ veranlassen. Die dagegen erhobene Beschwerde vom 26. April 2010 (IV-Nr. 179) wurde mit Urteil des Versicherungsgerichts vom 4. April 2011 (VSBES.2010.102) abgewiesen (IV-Nr. 188).

1.6 Gestützt auf das in der Folge veranlasste F.\_\_\_\_ -Gutachten vom 21. November 2011 (IV-Nr. 191.1) sowie die ergänzende Stellungnahme des F.\_\_\_\_ vom 27. August 2012 (IV-Nr. 205) kam die Beschwerdegegnerin nach durchgeführtem Vorbescheid-verfahren (IV-Nr. 198) mit Verfügung vom 7. November 2013 (IV-Nr. 208) zum Schluss, der Beschwerdeführer habe vom 1. August 2001 bis 31. Januar 2002 und vom 1. Oktober 2002 bis 30. April 2003 Anspruch auf eine ganze IV-Rente sowie vom 1. Mai 2003 bis 30. November 2007 Anspruch auf eine halbe IV-Rente. Ab dem 1. Dezember 2007 bestehe dagegen kein Rentenanspruch mehr.

1.7 Dagegen liess der Beschwerdeführer am 11. Dezember 2013 (IV-Nr. 210, S. 3) beim Versicherungsgericht des Kantons Solothurn Beschwerde erheben, welche mit Urteil des Versicherungsgerichts vom 25. Februar 2015 (VSBES.2013.347, IV-Nr. 218) abgewiesen wurde. Die dagegen erhobene Beschwerde schrieb das Bundesgericht infolge Rückzugs der Beschwerde ab (IV-Nr. 222).

2. Am 2. Dezember 2015 (Eingang bei der Beschwerdegegnerin) meldete sich der Beschwerdeführer erneut zum Rentenbezug an (IV-Nr. 223).

Mit Vorbescheid vom 14. Dezember 2015 (IV-Nr. 224) teilte die Beschwerdegegnerin dem Beschwerdeführer mit, voraussichtlich nicht auf das Leistungsbegehren einzutreten, da eine Veränderung des Gesundheitszustandes nicht glaubhaft dargelegt worden sei.

In der Folge erhob der Beschwerdeführer dagegen Einwendungen (IV-Nrn. 227 und 229) und reichte einen Bericht der G.\_\_\_\_, vom 15. Januar 2016 (IV-Nr. 229, S. 3) ein.

Mit Verfügung vom 11. April 2016 trat die Beschwerdegegnerin auf das Leistungsbegehren des Beschwerdeführers nicht ein (A.S. [Akten-Seite] 1 ff.).

3. Dagegen lässt der Beschwerdeführer am 13. Mai 2016 Beschwerde erheben. (A.S. 3 ff.) und die folgenden Rechtsbegehren stellen:

«

1. Es sei die Verfügung der IV-Stelle Solothurn vom 11. April 2016 aufzuheben.

2. Der Beschwerdeführer sei zu berenten.

3. Eventualiter seien dem Beschwerdeführer berufliche Eingliederungsmassnahmen zu gewähren.

4. Dem Beschwerdeführer sei die unentgeltliche Rechtspflege zu gewähren und der unterzeichnende Anwalt sei als sein unentgeltlicher Vertreter einzusetzen.»

4. Mit Beschwerdeantwort vom 23. Juni 2016 (A.S. 32 ff.) beantragt die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde.

5. Mit Verfügung vom 28. Juni 2016 (A.S. 35 f.) bewilligt der Präsident des Versicherungsgerichts das Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege unter Beiordnung von Rechtsanwalt Stefan Galligani als unentgeltlichen Rechtsbeistand.
6. Mit Stellungnahme vom 19. August 2016 (IV-Nr. 38 ff.) lässt sich der Beschwerdeführer abschliessend vernehmen.
7. Mit Stellungnahme vom 12. September 2016 (IV-Nr. 49 f.) lässt sich die Beschwerdegegnerin abschliessend vernehmen.
8. Auf die weiteren Ausführungen in den Rechtsschriften der Parteien wird, soweit erforderlich, in den folgenden Erwägungen eingegangen. Im Übrigen wird auf die Akten verwiesen.

## II.

1. Die Sachurteilsvoraussetzungen (Einhaltung von Frist und Form, örtliche und sachliche Zuständigkeit des angerufenen Gerichts) sind erfüllt. Auf die Beschwerde ist einzutreten.
2. Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG). Sie kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein. Die Invalidität gilt als eingetreten, sobald sie die für die Begründung des Anspruchs auf die jeweilige Leistung erforderliche Art und Schwere erreicht hat (Art. 4 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung, IVG).

### E. 2

Der Beschwerdeführer sei zu berenten.

### E. 3

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

3.2 Das Administrativverfahren vor der IV-Stelle wie auch der kantonale Sozialversicherungsprozess sind vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht (Art. 43 Abs. 1, Art. 61 lit. c ATSG). Danach haben IV-Stelle und Sozialversicherungsgericht den rechtserheblichen Sachverhalt von Amtes wegen festzustellen. Diese Untersuchungspflicht dauert so lange, bis über die für die Beurteilung des streitigen Anspruchs erforderlichen Tatsachen hinreichende Klarheit besteht. Der Untersuchungsgrundsatz weist enge Bezüge zum ■ auf Verwaltungs- und Gerichtsstufe ebenfalls in gleicher Weise geltenden ■ Prinzip der freien Beweiswürdigung (Art. 61 lit. c in fine ATSG) auf (einschliesslich die antizipierte Beweiswürdigung): Führt die pflichtgemässe, umfassende und sachbezogene Beweiswürdigung den Versicherungsträger oder das Gericht zur Überzeugung, der Sachverhalt sei hinreichend abgeklärt, darf von weiteren Untersuchungen (Beweismassnahmen) abgesehen werden. Ergibt die Beweiswürdigung jedoch, dass

erhebliche Zweifel an Vollständigkeit und/oder Richtigkeit der bisher getroffenen Tatsachenfeststellungen bestehen, ist weiter zu ermitteln, soweit von zusätzlichen Abklärungsmassnahmen noch neue wesentliche Erkenntnisse zu erwarten sind (Urteil des Bundesgerichts vom 9.4.2008, 8C\_308/2007, E. 2.2.1 mit vielen Hinweisen).

#### **E. 4**

4.1 Wurde eine Rente wegen eines fehlenden oder zu geringen Invaliditätsgrades bereits einmal verweigert, so wird eine neue Anmeldung nur geprüft, wenn die versicherte Person glaubhaft macht, dass sich der Grad der Invalidität in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert hat (Art. 87 Abs. 3 und 4 IVV). Dies gilt in analoger Weise auch für Revisionsgesuche im Sinne von Art. 17 Abs. 1 ATSG (BGE 130 V 351 E. 3.5.3) sowie dann, wenn die versicherte Person nach vorausgegangener rechtskräftiger Ablehnung erneut eine Eingliederungsmassnahme beantragt (BGE 113 V 27; ZAK 1991 S. 262 E. 1a). Mit dieser Bestimmung soll verhindert werden, dass sich die Verwaltung nach vorausgegangener rechtskräftiger Rentenverweigerung immer wieder mit gleichlautenden und nicht näher begründeten, d.h. keine Veränderung des Sachverhalts darlegenden Rentengesuchen befassen muss (BGE 130 V 68 E. 5.2.3, 125 V 412 E. 2b, 117 V 200 E. 4b).

Die glaubhaft zu machende Änderung muss nicht gerade jenes Anspruchselement betreffen, welches die Verwaltung der früheren rechtskräftigen Leistungsabweisung zugrunde legte. Vielmehr hat es zu genügen, wenn die versicherte Person zumindest die Änderung eines Sachverhalts aus dem gesamten für die Rentenberechtigung erheblichen Tatsachenspektrum glaubwürdig dartut. Trifft dies zu, ist die Verwaltung verpflichtet, auf das neue Leistungsbegehren einzutreten und es allseitig zu prüfen (BGE 117 V 200 E. 4b).

Diese Regeln zur Behandlung von Neuansmeldungen beziehen sich nur auf gleichlautende Leistungsgesuche (SVR 1999 IV Nr. 21).

4.2 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. Insofern steht ihr ein gewisser Beurteilungsspielraum zu, den der Richter grundsätzlich zu respektieren hat. Die Behandlung der Eintretensfrage durch die Verwaltung ist deshalb vom Gericht nur zu überprüfen, wenn das Eintreten streitig ist (BGE 109 V 114 E. 2b).

Die versicherte Person muss mit der Neuansmeldung (oder dem Revisionsgesuch) die massgebliche Tatsachenänderung glaubhaft machen. Der Untersuchungsgrundsatz, wonach das Gericht von Amtes wegen für die richtige und vollständige Abklärung des rechtserheblichen Sachverhalts zu sorgen hat, spielt insoweit nicht. Wird in der Neuansmeldung (oder dem Revisionsgesuch) kein Eintretenstatbestand geltend gemacht, sondern bloss auf ergänzende Beweismittel, insbesondere Arztberichte, hingewiesen, die noch beigebracht würden oder von der Verwaltung beizuziehen seien, ist der versicherten Person eine angemessene Frist zur Einreichung der Beweismittel anzusetzen. Diese Massnahme setzt voraus, dass die ergänzenden Beweisvorkehren geeignet sind, den entsprechenden Beweis zu erbringen. Sie ist mit der Androhung zu verbinden, dass ansonsten gegebenenfalls auf Nichteintreten zu erkennen sei. Ergeht eine

Nichteintretensverfügung im Rahmen eines Verwaltungsverfahrens, das diesen Erfordernissen betreffend Fristansetzung und Androhung der Säumnisfolgen genügt, legen die Gerichte ihrer beschwerdeweisen Überprüfung den Sachverhalt zu Grunde, wie er sich der Verwaltung bot (BGE 130 V 69 E. 5.2.5).

5. Gemäss den Ausführungen des Beschwerdeführers bestätige Dr. med. H. \_\_\_ im Bericht vom 15. Januar 2016 eine stationäre Behandlung des Beschwerdeführers vom 16. Dezember 2015 bis zum 15. Januar 2016 in den G. \_\_\_. Diesem Arztbericht sei zu entnehmen, dass der Beschwerdeführer zunehmend unter seinen gesundheitlichen Einschränkungen leide. Alleine schon die Bezeichnung der depressiven Störung als ■rezidivierend■ verdeutliche den Umstand des Wiederkehrens des psychischen Leidens. Dies wiederum setze voraus, dass das Leiden bereits einmal bestanden habe und sich nun entsprechend verschlimmert beziehungsweise festgesetzt habe. Die tatsächlichen Verhältnisse in der gesundheitlichen Beeinträchtigung des Beschwerdeführers hätten sich so verändert, dass der Invaliditätsgrad dadurch direkt beeinflusst werde. Vergleichsbasis für die anspruchsrelevante Veränderung des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers bilde die Verfügung der Beschwerdegegnerin vom 7. November 2013. Die Beschwerdegegnerin habe sich darin auf das Gutachten des F. \_\_\_ vom 24. November 2011 gestützt. Darin sei festgehalten worden, dass die Kriterien für eine mittelschwere Depression nach ICD-10 nicht erfüllt seien. Das Nichtvorhandensein einer mittelgradigen Depression bilde demnach den Ausgangspunkt für die weitere Verschlechterung des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers. In einem aktuellen Arztbericht vom 17. März 2016 lege die behandelnde Psychiaterin Dr. med. I. \_\_\_ den Gesundheitszustand des Beschwerdeführers per 24. Februar 2014 fest und würdige den Gesamtverlauf chronologisch. Zur aktuellen Situation angemerkt verdeutliche die Ärztin abermals, dass es sich diagnostisch um eine rezidivierende depressive Störung handle, wie dies auch die G. \_\_\_ in ihrem Austrittsbericht festgehalten hätten. Diese Diagnose impliziere kriterienlogisch, dass die postulierte Verschlechterung schon längere Zeit angedauert habe. Insgesamt zeige sich aufgrund der Berichte der behandelnden Ärzte, dass das psychische Leiden des Beschwerdeführers in Form einer aktuell mittelgradigen depressiven Störung vorderhand eindeutig bestehe, werde dieses doch seit nunmehr 5 Jahren durch die behandelnde Ärztin diagnostiziert und mittlerweile durch verschiedene behandelnde Ärzte bestätigt. Unterstrichen werde die Verschlechterung durch die erstmalige Notwendigkeit einer stationären Behandlung des Beschwerdeführers, zu welcher es aufgrund einer Exazerbation / Verschlechterung der depressiven Störung gekommen sei. Diese verlaufe kontinuierlich und sei deshalb auch seit letztmaliger Verfügung durch die Beschwerdegegnerin eindeutig nachgewiesen. Zusätzlich leide der Beschwerdeführer an einer chronischen Schmerzstörung mit physischen und psychischen Anteilen, welche ihn in seiner Arbeitsfähigkeit stark limitiere und welche von der Beschwerdegegnerin mit letztmaliger Verfügung ebenfalls nicht mit Einfluss auf seine Arbeitsfähigkeit festgestellt worden sei. Der Beschwerdeführer vermöge insgesamt wesentliche Änderungen in den tatsächlichen Verhältnissen seines Gesundheitszustandes seit letztmaliger Verfügung der Beschwerdegegnerin glaubhaft zu machen, welche seinen Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen vermöchten. Die zusätzlich glaubhaft gemachten akzentuierten Persönlichkeitszüge mit impulsiven Anteilen (ICD-10 Z73) reichten alleine schon aus, um eine wesentliche Änderung zu begründen. Schliesslich sei zu beachten, dass die angefochtene Verfügung vom 11. April 2016 zwei Dispositive beinhalte. Nach Auffassung der Beschwerdegegnerin solle es sich dabei um ein Versehen handeln. Nach

Treu und Glauben müsse man die Beschwerdegegnerin aber an den beiden Dispositiven der angefochtenen Verfügung behaften. Die angefochtene Verfügung sei im Sinne der Evidenztheorie ohnehin nichtig, da sie an einem sehr schweren Mangel leidet, denn das Dispositiv sei das wichtigste einer Verfügung (vgl. Steuergericht BL, 530 10 61, E. 4.). Deshalb müsste die Eintretens-Frage in einem neuen Verfahren vor der Beschwerdegegnerin beurteilt werden.

6. Vorweg ist auf den Umstand einzugehen, dass die angefochtene Verfügung vom 11. April 2016 zwei Dispositive enthält. Unmittelbar nach der Verfügungsbegründung hielt die Beschwerdegegnerin im ersten Dispositiv fest:

«Wir entscheiden deshalb:

1. Auf das Leistungsbegehren in Bezug auf berufliche Eingliederungsmassnahmen wird nicht eingetreten.

2. Auf das Leistungsbegehren in Bezug auf die Ausrichtung einer Invalidenrente wird nicht eingetreten.»

Danach folgte folgendes Dispositiv:

«Wir entscheiden deshalb:

1. Berufliche Massnahmen werden abgewiesen.

2. Das Leistungsbegehren in Bezug auf eine Invalidenrente wird abgewiesen.»

Der Beschwerdeführer stellt sich diesbezüglich auf den Standpunkt, nach Treu und Glauben müsse man die Beschwerdegegnerin auf die beiden Dispositiven der angefochtenen Verfügung behaften. Die angefochtene Verfügung sei im Sinne der Evidenztheorie ohnehin nichtig, da sie an einem sehr schweren Mangel leide, denn das Dispositiv sei das wichtigste einer Verfügung (vgl. Steuergericht BL, 530 10 61, E. 4.). Deshalb müsste die Eintretens-Frage in einem neuen Verfahren vor der Beschwerdegegnerin beurteilt werden. Dem ist entgegenzuhalten, dass es gerade im Licht des Grundsatzes von Treu und Glauben aufgrund des Vorbescheides und der Verfügungsbegründung unzweifelhaft ist, dass nur das erstgenannte Dispositiv korrekt sein kann und es sich beim zweiten um ein Versehen handelt. So wurde bereits im Vorbescheid festgehalten, dass beabsichtigt sei, auf die Neuanmeldung des Beschwerdeführers nicht einzutreten. Sodann lautet der Titel der angefochtenen Verfügung «Auf ihr neues Leistungsbegehren wird nicht eingetreten». Auch aus der darauffolgenden Verfügungsbegründung geht klar hervor, dass die Beschwerdegegnerin auf die Neuanmeldung nicht eintritt. Der Beschwerdeführer kann sich demnach nicht darauf berufen, die Verfügung sei nichtig, zumal er durch einen Rechtsanwalt vertreten ist, der ohne weiteres erkennen konnte, dass nur das erstgenannte Dispositiv Gültigkeit haben kann. Damit ist vorliegend nur die Rechtmässigkeit des Nichteintretens zu prüfen.

7. Streitig und zu prüfen ist demnach, ob die Beschwerdegegnerin auf die Neuanmeldung des Beschwerdeführers zu Recht nicht eingetreten ist bzw. ob der Beschwerdeführer eine entsprechende Verschlechterung seines Gesundheitszustandes glaubhaft gemacht hat.

7.1 Was die vom Beschwerdeführer erst im Rahmen des Beschwerdeverfahrens eingereichten Arztberichte anbelangt, ist vorweg Folgendes festzuhalten: Gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung muss die versicherte Person mit dem Revisionsgesuch

oder der Neuanschuldung die massgebliche Tatsachenänderung glaubhaft machen. Der Untersuchungsgrundsatz, wonach das Gericht von Amtes wegen für die richtige und vollständige Abklärung des rechtserheblichen Sachverhalts zu sorgen hat (BGE 125 V 195 Erw. 2, BGE 122 V 158 Erw. 1a, je mit Hinweisen), spielt insoweit nicht (BGE 130 V 64). Wird in der Neuanschuldung kein Eintretenstatbestand glaubhaft gemacht, sondern bloss auf ergänzende Beweismittel hingewiesen, die noch beigebracht würden oder von der Verwaltung beizuziehen seien, so ist der versicherten Person nach höchstrichterlicher Rechtsprechung eine angemessene Frist zur Einreichung der Beweismittel anzusetzen und ihr gleichzeitig anzudrohen, dass ansonsten gegebenenfalls auf Nichteintreten zu erkennen sei. Dem Beschwerdeführer wurde mit Vorbescheid vom 14. Dezember 2015 das Nichteintreten angedroht, wenn er innert der 30-tägigen Frist keine Beweismittel einreiche, welche eine Veränderung des Gesundheitszustandes glaubhaft erscheinen liessen. Lediglich auf Beweismittel zu verweisen ohne diese einzureichen genüge nicht. Somit erging die nachfolgende Nichteintretensverfügung im Rahmen eines Verwaltungsverfahrens, das den vorgenannten Erfordernissen betreffend Fristansetzung und Androhung der Säumnisfolgen genüge, weshalb das Versicherungsgericht seiner beschwerdeweisen Überprüfung den Sachverhalt zu Grunde legt, wie er sich der Verwaltung bot (BGE 130 V 64 E. 5.2.5). Das Versicherungsgericht hat demnach nur zu prüfen, ob der Nichteintretensentscheid auf Grund der bis zum Erlass der Nichteintretensverfügung vorhandenen Akten korrekt war. Das Gericht hat neue, erst während des Beschwerdeverfahrens beigebrachte Beweismittel grundsätzlich auch dann nicht zu berücksichtigen, wenn sie geeignet sind, die Beurteilung im massgeblichen Zeitpunkt des Verfügungserlasses zu beeinflussen. Nur diejenigen Beweismittel, welche die versicherte Person der Verwaltung erst nach Ablauf der angesetzten Frist eingereicht hat, welche die Verwaltung aber ungeachtet dieser Verspätung in die Beurteilung der Eintretensfrage einbezogen hat, wären auch im Gerichtsverfahren zu beachten (vgl. BGer-Urteil vom 10. Februar 2005, I 619/04, E. 2.2). Die vom Beschwerdeführer erst im Beschwerdeverfahren eingereichten Arztberichte sind demnach vorliegend nicht in die Beurteilung mit einzubeziehen.

## 7.2

7.2.1 Bei ihrer letzten leistungsabweisenden Verfügung vom 7. November 2013, welche vom Versicherungsgericht mit Urteil vom 25. Februar 2015 bestätigt wurde, stellte die Beschwerdegegnerin im Wesentlichen auf das F.\_\_\_\_-Gutachten vom 21. November 2011 (IV-Nr. 191.1) sowie die Stellungnahme der F.\_\_\_\_-Gutachter vom 27. August 2012 (IV-Nr. 205) ab. Darin wurden folgende Diagnosen gestellt:

Mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit:

- 1.Chronisches lumbovertebrales Schmerzsyndrom (ICD-10 M54.5)
- 2.Status nach traumatischer Amputation von Mittel- und Ringfinger im DIP-Gelenk sowie des Kleinfingers im Endglied links nach Arbeitsunfall 08/2000 (ICD-10 T92.6)

Ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit

- 1.Anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4)
- 2.Inkomplettes metabolisches Syndrom (ICD-10 E88.9)
- 3.Status nach Nasenmuscheloperation Mai 2011
- 4.Status nach Nikotinabusus

Aufgrund der erhobenen Befunde und gestellten Diagnosen, mit nachgewiesener Segmentdegeneration L4/5, seien dem Beschwerdeführer körperlich schwere und mittelschwere Tätigkeiten mit starker und mittelstarker Rückenbelastung und somit die von ihm früher durchgeführten Tätigkeiten bleibend nicht mehr zumutbar. Körperlich leichte Tätigkeiten mit nur leichter Rückenbelastung sowie der Möglichkeit zu Wechselpositionen, ohne gehäuftes Bücken und Überkopfarbeiten sowie ohne monoton-repetitive Haltungen und Bewegungen könnten dem Beschwerdeführer ganztags zugemutet werden, mit einer Einschränkung der Leistungsfähigkeit, bedingt durch die nachvollziehbare Schmerzsymptomatik, von 20 %.

7.2.2 Im Rahmen des Vorbescheidverfahrens reichte der Beschwerdeführer zur Glaubhaftmachung der behaupteten Verschlechterung lediglich einen Bericht der G.\_\_\_\_ vom 15. Januar 2016 (IV-Nr. 229, S. 3) ein. Darin wurden folgende psychiatrische Diagnosen gestellt:

-Rezidivierende depressive Störung, aktuell mittelgradige Episode mit somatischem Syndrom (ICD-10 F33.11)

-Chronische Schmerzstörung mit physischen und psychischen Anteilen (ICD-10 F45.51)

-Akzentuierte Persönlichkeitszüge mit impulsiven Anteilen (ICD-10 Z73)

Dazu wurde im Bericht festgehalten, der Beschwerdeführer sei vom 16. Dezember 2015 bis 15. Januar 2016 bei ihnen in stationärer Behandlung gewesen. Insgesamt sei es für den Patienten schwierig gewesen, konkrete Veränderungsschritte anzugehen und er sei trotz wiederholter Ermutigungen Neues auszuprobieren, überwiegend in den alten bekannten Denkstrukturen und Handlungsmustern verharret. Im Selbstbild sei trotz der positiven Erfahrung der vorherigen Hospitalisation eine psychische Erkrankung nur schwer vermittelbar. Es habe sich im stationären Verlauf gezeigt, dass sich der Beschwerdeführer trotz aller Gesprächs- und Hilfsangebote zunehmend zurückgezogen habe und sich wenig auf das therapeutische Setting im Sinne einer Eigeninitiative zum Erlernen neuer Bewältigungsstrategien habe einlassen können. Dennoch habe eine affektive Stabilisierung mit Orfiril erreicht werden können. Der Beschwerdeführer habe seine Gefühlslage im Vorfeld dahingehend beschrieben, dass er sich häufig von den eigenen Emotionen überschwemmt fühle und dann auch wenig Kontrolle seiner Reaktion bei auch kleinen Belastungen habe.

7.2.3 Stellt man den Ausführungen der F.\_\_\_\_ -Gutachter die Angaben aus dem vorgenannten Bericht der G.\_\_\_\_ vom 15. Januar 2016 gegenüber, wird deutlich, dass keine erhebliche Veränderung glaubhaft gemacht wurde, welche sich auf den Rentenanspruch auswirken könnte. Diesbezüglich ist darauf hinzuweisen, dass neu gestellte Diagnosen per se nicht genügen, um eine erhebliche Veränderung des Gesundheitszustandes glaubhaft zu machen, da damit über das quantitative Element einer relevanten, die Arbeitsfähigkeit schmälern den Veränderung des Gesundheitszustandes nicht zwingend etwas ausgesagt wird (vgl. dazu BGE 141 V 9 E. 5.2 S. 12). Aus dem Bericht der G.\_\_\_\_, deren Einschätzung mit Blick auf die beweisrechtlich bedeutsame Verschiedenheit von Behandlungs-/Therapieauftrag einerseits und Begutachtungsauftrag andererseits besonders sorgfältig zu würdigen ist (BGE 125 V 351 E. 3b/cc S. 353), ergeben sich keine Hinweise, die glaubhaft machen würden, dass sich die psychische Situation in anspruchrelevantem Ausmass verändert hätte. Es wird nicht dargelegt, inwiefern die geschilderte psychische Problematik die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers beeinflussen würde. Die attestierte

Arbeitsunfähigkeit vom 16. Dezember 2015 bis 15. Januar 2016 ergab sich aus dem stationären Aufenthalt. Wie die Beschwerdegegnerin sodann zu Recht geltend macht, wurde bereits im Austrittsbericht der G.\_\_\_\_ vom 30. Dezember 2013 (IV-Nr. 211/9) eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (F33.1) bei bekannter somatoformer Störung mit Schmerzen diagnostiziert. Das Versicherungsgericht kam jedoch in seinem Urteil vom 25. Februar 2015 diesbezüglich zum Schluss, die Diagnose «rezidivierende depressive Störung mittelgradige Episode» werde nicht weiter begründet. Diese impliziere zwar eine Störung, die schon länger vorliege, es fehle aber an einer konkreten Begründung dieser Diagnose, weshalb eine gesundheitliche Verschlechterung seit der F.\_\_\_\_-Begutachtung nicht erstellt sei. Wie oben dargelegt, fehlt auch im aktuellen Bericht der G.\_\_\_\_ vom 15. Januar 2016 eine nachvollziehbare Begründung einer Verschlechterung. Wie die Beschwerdegegnerin des Weiteren korrekt angeführt hat, ist auch die Diagnose «Akzentuierte Persönlichkeitszüge mit impulsiven Anteilen (ICD-10 Z73)» nicht geeignet, eine wesentliche Veränderung der Verhältnisse seit der rechtskräftigen Verfügung vom 7. November 2013 glaubhaft zu machen. So gelten akzentuierte Persönlichkeitszüge nach den diagnostischen Kriterien, nicht als psychische Erkrankung etwa im Sinne einer Persönlichkeitsstörung. Akzentuierte Persönlichkeitszüge stellen Belastungen dar, die als solche nicht unter den Begriff des rechtserheblichen Gesundheitsschadens fallen (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C\_506/2014 vom 10. November 2014 E. 4.2 mit Hinweisen).

Schliesslich argumentiert der Beschwerdeführer, aufgrund der Berichte der behandelnden Ärzte zeige sich, dass sein psychisches Leiden in Form einer aktuell mittelgradigen depressiven Störung eindeutig bestehe, werde dieses doch seit nunmehr fünf Jahren durch die behandelnde Ärztin Dr. med. I.\_\_\_\_, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, diagnostiziert und sei mittlerweile durch verschiedene behandelnde Ärzte bestätigt worden. Dem ist jedoch entgegenzuhalten, dass das Versicherungsgericht im Urteil vom 25. Februar 2015 festhielt, die Berichte der behandelnden Psychiaterin Dr. med. I.\_\_\_\_, welche eine Verschlechterung geltend mache, vermöchten nur bedingt zu überzeugen. So hätten sich in der Stellungnahme vom 27. August 2012 (IV-Nr. 205) die F.\_\_\_\_-Gutachter zum Bericht von Dr. med. I.\_\_\_\_ vom 19. Januar 2012 geäussert und unter anderem einleuchtend ausgeführt, die psychopathologischen Befunde würden die von ihr gestellten Diagnosen nicht nachvollziehbar begründen. Aufgrund der von ihr erhobenen Befunde wäre die Diagnose einer leichten depressiven Episode gerechtfertigt. Bei einer mittelgradigen depressiven Episode würden deutliche affektive Symptome wie Konzentrationsstörungen, Antriebsstörung, Schlafstörungen, Appetitverminderung mit relevantem Körpergewichtsverlust auftreten und Aktivitäten wären nur noch mit grosser Mühe möglich. Nachdem den Berichten von Dr. med. I.\_\_\_\_ im vorgenannten Urteil des Versicherungsgerichts somit nur geringer Beweiswert zuerkannt wurde, kann sich der Beschwerdeführer nun nicht darauf berufen, eine mittelgradige depressive Störung bestehe eindeutig, da diese doch seit nunmehr fünf Jahren durch die behandelnde Ärztin diagnostiziert werde. So müsste das Vorhandensein dieser depressiven Störung im Bericht der G.\_\_\_\_ vom 15. Januar 2016 zumindest nachvollziehbar begründet werden. Es reicht nicht aus, wenn lediglich die vorherigen Diagnosen der behandelnden Psychiaterin übernommen werden, zumal deren Schlüssigkeit im vorgehenden F.\_\_\_\_-Gutachten bzw. im Urteil des Versicherungsgerichts verneint wurde.

Somit ist die vom Beschwerdeführer geltend gemachte gesundheitliche Verschlechterung nicht glaubhaft gemacht worden, womit die angefochtene Verfügung vom 11. April 2016 nicht zu beanstanden und die dagegen erhobene Beschwerde abzuweisen ist.

8. Der Beschwerdeführer steht ab Prozessbeginn im Genusse der unentgeltlichen Rechtspflege (vgl. I. 5. hiervor).

Die Kostenforderung ist bei Unterliegen der Partei mit unentgeltlichem Rechtsbeistand vom Gericht festzusetzen. Der Kanton entschädigt die unentgeltliche Rechtsbeistandin oder den unentgeltlichen Rechtsbeistand angemessen (Art. 122 Abs. 1 lit. a ZPO). Der Vertreter des Beschwerdeführers hat am 21. September 2016 eine Kostennote eingereicht, worin er einen Kostenersatz von insgesamt CHF 2'825.25 geltend macht. Der Stundenansatz beträgt gemäss § 160 Abs. 3 Gebührentarif (GT) CHF 180.00. In Anbetracht von Aufwand und Schwierigkeit des Prozesses ist die Kostenforderung auf CHF 2'090.90 festzusetzen (10 Stunden, 15 Minuten, zu CHF 180.00, zuzügl. Auslagen und MwSt), zahlbar durch die Zentrale Gerichtskasse des Kantons Solothurn. Vorbehalten bleibt der Rückforderungsanspruch des Staates sowie der Nachzahlungsanspruch des unentgeltlichen Rechtsbeistandes im Umfang von CHF 715.50 (Differenz zum vollen Honorar [10.25 x CHF 230.00 + CHF 91.00 + 8 % MwSt. = 2'644.40; - 2'090.90 = CHF 553.50]) während zehn Jahren, wenn A.\_\_\_\_, zur Nachzahlung in der Lage ist (§ 123 ZPO).

Der Nachzahlungsanspruch wird praxisgemäss basierend auf den Stundenansatz von CHF 230.00 festgesetzt (vgl. § 160 Abs. 2 GT), wenn wie vorliegend keine Honorarvereinbarung mit dem Klienten vorgelegt wird, in der ein höherer Ansatz vereinbart worden ist. Andernfalls wäre das rechtliche Gehör des Beschwerdeführers, der sich zur Höhe des Stundenansatzes nicht äussern konnte, verletzt.

Die Differenz zur eingereichten Kostennote begründet sich einerseits damit, dass der geltend gemachte Zeitaufwand in Anbetracht von Aufwand und Schwierigkeit des Prozesses bzw. des Aufwandes in vergleichbaren Fällen als überhöht erscheint, weshalb der Aufwand für die Redaktion der Beschwerde auf 5 Stunden zu kürzen ist. Andererseits handelte es sich bei den Positionen vom 30. Mai 2016 (Einreichung der UP-Unterlagen) sowie vom 29. Juni 2016 (Orientierungsschreiben an Klient) um reine Kanzleiarbeiten, welche im Stundenansatz eines Anwaltes bereits inbegriffen und nicht separat zu vergüten sind. Bezüglich der Auslagen ist eine Kopie nur mit 50 Rappen zu veranschlagen (§ 160 Abs. 5 GebT). Eine Kopie ist in der Kostennote zwar mit CHF 0.50 veranschlagt, bei der Berechnung scheint der Vertreter des Beschwerdeführers aber dennoch von einem anderen Ansatz auszugehen. Die Auslagen reduzieren sich so auf CHF 91.00. Einschliesslich CHF 198.10 Mehrwertsteuer beläuft sich die Parteientschädigung folglich auf total CHF 2'090.90.

Aufgrund von Art. 69 Abs. 1 bis IVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von CHF 200.00 bis 1'000.00 festgelegt. Im vorliegenden Fall hat der Beschwerdeführer an die gesamten Verfahrenskosten einen Betrag von CHF 600.00 zu bezahlen, die jedoch infolge Bewilligung der unentgeltlichen Rechtspflege durch den Kanton Solothurn zu übernehmen sind (Art. 122 Abs. 1 lit. b ZPO). Vorbehalten bleibt der Rückforderungsanspruch des Staates während zehn Jahren, wenn A.\_\_\_\_ zur Nachzahlung in der Lage ist (Art. 123 ZPO).

Demnach widerkannt:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.

2. Die Kostenforderung des unentgeltlichen Rechtsbeistandes, Rechtsanwalt Stefan Galligani, wird auf CHF 2'090.90 (inkl. Auslagen und MwSt) festgesetzt, zahlbar durch die Zentrale Gerichtskasse des Kantons Solothurn. Vorbehalten bleibt der Rückforderungsanspruch des Staates während zehn Jahren sowie der Nachzahlungsanspruch des unentgeltlichen Rechtsbeistandes im Umfang von CHF 553.50, wenn A.\_\_\_\_, zur Nachzahlung in der Lage ist (Art. 123 ZPO).

3. Der Beschwerdeführer hat die Verfahrenskosten von CHF 600.00 zu bezahlen, die infolge Bewilligung der unentgeltlichen Rechtspflege durch den Staat Solothurn zu übernehmen sind. Vorbehalten bleibt der Rückforderungsanspruch des Staates während 10 Jahren, wenn A.\_\_\_\_ zur Nachzahlung in der Lage ist (Art. 123 ZPO).

Rechtsmittel

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

Versicherungsgericht des Kantons Solothurn

Die Vizepräsidentin                      Der Gerichtsschreiber

Weber-Probst                              Isch

## E. 5

Gemäss den Ausführungen des Beschwerdeführers bestätige Dr. med. H.\_\_\_\_ im Bericht vom 15. Januar 2016 eine stationäre Behandlung des Beschwerdeführers vom 16. Dezember 2015 bis zum 15. Januar 2016 in den G.\_\_\_\_. Diesem Arztbericht sei zu entnehmen, dass der Beschwerdeführer zunehmend unter seinen gesundheitlichen Einschränkungen leide. Alleine schon die Bezeichnung der depressiven Störung als „rezidivierend“ verdeutliche den Umstand des Wiederkehrens des psychischen Leidens. Dies wiederum setze voraus, dass das Leiden bereits einmal bestanden habe und sich nun entsprechend verschlimmert beziehungsweise festgesetzt habe. Die tatsächlichen Verhältnisse in der gesundheitlichen Beeinträchtigung des Beschwerdeführers hätten sich so verändert, dass der Invaliditätsgrad dadurch direkt beeinflusst werde. Vergleichsbasis für die anspruchrelevante Veränderung des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers bilde die Verfügung der Beschwerdegegnerin vom 7. November 2013. Die Beschwerdegegnerin habe sich darin auf das Gutachten des F.\_\_\_\_ vom 24. November 2011 gestützt. Darin sei festgehalten worden, dass die Kriterien für eine mittelschwere Depression nach ICD-10 nicht erfüllt seien. Das Nichtvorhandensein einer mittelgradigen Depression bilde demnach den Ausgangspunkt für die weitere Verschlechterung des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers. In einem aktuellen Arztbericht vom 17. März 2016 lege die behandelnde Psychiaterin Dr. med. I.\_\_\_\_ den Gesundheitszustand

des Beschwerdeführers per 24. Februar 2014 fest und würdige den Gesamtverlauf chronologisch. Zur aktuellen Situation angemerkt verdeutliche die Ärztin abermals, dass es sich diagnostisch um eine rezidivierende depressive Störung handle, wie dies auch die G. \_\_\_ in ihrem Austrittsbericht festgehalten hätten. Diese Diagnose impliziere kriterienlogisch, dass die postulierte Verschlechterung schon längere Zeit angedauert habe. Insgesamt zeige sich aufgrund der Berichte der behandelnden Ärzte, dass das psychische Leiden des Beschwerdeführers in Form einer aktuell mittelgradigen depressiven Störung vorderhand eindeutig bestehe, werde dieses doch seit nunmehr 5 Jahren durch die behandelnde Ärztin diagnostiziert und mittlerweile durch verschiedene behandelnde Ärzte bestätigt. Unterstrichen werde die Verschlechterung durch die erstmalige Notwendigkeit einer stationären Behandlung des Beschwerdeführers, zu welcher es aufgrund einer Exazerbation / Verschlechterung der depressiven Störung gekommen sei. Diese verlaufe kontinuierlich und sei deshalb auch seit letztmaliger Verfügung durch die Beschwerdegegnerin eindeutig nachgewiesen. Zusätzlich leide der Beschwerdeführer an einer chronischen Schmerzstörung mit physischen und psychischen Anteilen, welche ihn in seiner Arbeitsfähigkeit stark limitiere und welche von der Beschwerdegegnerin mit letztmaliger Verfügung ebenfalls nicht mit Einfluss auf seine Arbeitsfähigkeit festgestellt worden sei. Der Beschwerdeführer vermöge insgesamt wesentliche Änderungen in den tatsächlichen Verhältnissen seines Gesundheitszustandes seit letztmaliger Verfügung der Beschwerdegegnerin glaubhaft zu machen, welche seinen Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen vermöchten. Die zusätzlich glaubhaft gemachten akzentuierten Persönlichkeitszüge mit impulsiven Anteilen (ICD-10 Z73) reichten alleine schon aus, um eine wesentliche Änderung zu begründen. Schliesslich sei zu beachten, dass die angefochtene Verfügung vom 11. April 2016 zwei Dispositive beinhalte. Nach Auffassung der Beschwerdegegnerin solle es sich dabei um ein Versehen handeln. Nach Treu und Glauben müsse man die Beschwerdegegnerin aber an den beiden Dispositiven der angefochtenen Verfügung behaften. Die angefochtene Verfügung sei im Sinne der Evidenztheorie ohnehin nichtig, da sie an einem sehr schweren Mangel leidet, denn das Dispositiv sei das wichtigste einer Verfügung (vgl. Steuergericht BL, 530 10 61, E. 4.). Deshalb müsste die Eintretens-Frage in einem neuen Verfahren vor der Beschwerdegegnerin beurteilt werden. Demgegenüber vertritt die Beschwerdegegnerin die Ansicht, der Beschwerdeführer habe es unterlassen, innerhalb der 30-tägigen Einwandfrist eine Veränderung des Gesundheitszustandes glaubhaft darzulegen. Entsprechend dem Vorbescheid vom 14. Dezember 2015 werde auf seine Neuanmeldung nicht eingetreten. Der Austrittsbericht der Psychiatrischen Dienste vom 30. Dezember 2013 zur 1. Hospitalisation vom 2. Dezember 2013 bis 10. Dezember 2013 habe dem Versicherungsgericht des Kantons Solothurn im Beschwerdeverfahren vorgelegen. Das Versicherungsgericht habe unter anderem zu prüfen gehabt, ob aufgrund dieses Berichtes und den Berichten der behandelnden Psychiaterin Frau Dr. med. I. \_\_\_ vom 19. Januar 2012 und 24. Februar 2014 eine gesundheitliche Verschlechterung vor Erlass der Verfügung vom 7. November 2013 eingetreten sei. Das Gericht sei zum Schluss gekommen, dass sich eine Verschlechterung aufgrund der vorliegenden Akten nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit begründen lassen würde. Nachdem im Bericht der G. \_\_\_ vom 15. Januar 2016 eine rezidivierende, depressive Störung, aktuell mittelgradige Episode mit somatischem Syndrom (ICD-10 F33.11) sowie ferner eine chronische Schmerzstörung mit physischen und psychischen Anteilen (ICD-10 F45.51) diagnostiziert würden und bereits im Austrittsbericht der G. \_\_\_ vom 30. Dezember 2013 eine rezidivierende depressive

Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (F33.1) bei bekannter somatoformer Störung mit Schmerzen diagnostiziert worden sei, sei keine relevante gesundheitliche Verschlechterung seit der rechtskräftigen Verfügung vom 7. November 2013 glaubhaft gemacht worden. Des Weiteren würden im Austrittsbericht der G.\_\_\_\_ vom 1. März 2016 akzentuierte Persönlichkeitszüge mit impulsiven Anteilen (Z73) lediglich noch als Verdachtsdiagnose gestellt. Dazu sei anzumerken, dass eine neu gestellte Diagnose per se nicht genüge, um eine erhebliche Veränderung des Gesundheitszustandes glaubhaft zu machen, da damit über das quantitative Element einer relevanten, die Arbeitsfähigkeit schmälern den Veränderung des Gesundheitszustandes nicht zwingend etwas ausgesagt werde (Urteil des Bundesgerichtes 8C\_244/2016 vom 21. Juni 2016 E. 3.5 mit Hinweis). Die im Austrittsbericht der G.\_\_\_\_ vom 15. Januar 2016 im Vergleich zum früheren Austrittsbericht vom 30. Dezember 2013 neu gestellte Diagnose «akzentuierte Persönlichkeitszüge mit impulsiven Anteilen (ICD-10 Z73)» sei nicht geeignet, eine wesentliche Veränderung der Verhältnisse seit der rechtskräftigen Verfügung vom 7. November 2013 glaubhaft zu machen: Akzentuierte Persönlichkeitszüge stellen keine psychische Erkrankung nach den diagnostischen Kriterien, etwa im Sinne einer Persönlichkeitsstörung, dar. Akzentuierte Persönlichkeitszüge stellen Belastungen dar, die als solche nicht unter den Begriff des rechtserheblichen Gesundheitsschadens fallen würden (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C\_506/2014 vom 10. November 2014 E. 4.2 mit Hinweisen). Die vom Beschwerdeführer angegebenen Schlafstörungen und psychosozialen Belastungsfaktoren seien zudem bereits anlässlich der Begutachtung im F.\_\_\_\_ vorgebracht worden. Aus dem Bericht gehe hervor, dass das Medikament Cymbalta, welches sich in der Vergangenheit bewährt habe, vom Beschwerdeführer jedoch abgesetzt worden sei, während der 3. Hospitalisation wieder reinstalliert worden sei. Unter Einnahme dieses Medikamentes hätten sich die Stimmung und der Antrieb des Beschwerdeführers zunehmend verbessert. Zusätzlich habe eine affektive Stabilisierung mit Orfiril stattgefunden. Der Beschwerdeführer sei in einer stabilen psychischen Verfassung entlassen worden. Sodann falle auf, dass der Bericht von Frau Dr. med. I.\_\_\_\_ vom 17. März 2016 wortwörtlich ihrem Bericht vom 24. Februar 2014 entspreche. Zu letzterem habe das Versicherungsgericht im Urteil vom 25. Februar 2015 festgehalten, die Befunderhebung von Frau Dr. med. I.\_\_\_\_ würde nicht für eine gesundheitliche Verschlechterung sprechen. Gleiches müsse für den aktuellen Bericht von Frau Dr. med. I.\_\_\_\_ vom 17. März 2016 gelten. Daraus folge, dass auch die erst im Beschwerdeverfahren eingereichten Berichte nicht geeignet seien, eine langandauernde IV-relevante gesundheitliche Verschlechterung glaubhaft zu machen. Insofern die angefochtene Verfügung zwei Dispositive enthalte, handle es sich um ein Versehen. Das Dispositiv «Berufliche Massnahmen werden abgewiesen.» (Ziff. 1) und «Das Leistungsbegehren in Bezug auf eine Invalidenrente wird abgewiesen» (Ziff. 2) sei offensichtlich falsch. 6. Vorweg ist auf den Umstand einzugehen, dass die angefochtene Verfügung vom 11. April 2016 zwei Dispositive enthält. Unmittelbar nach der Verfügungsbegründung hielt die Beschwerdegegnerin im ersten Dispositiv fest: «Wir entscheiden deshalb: 1. Auf das Leistungsbegehren in Bezug auf berufliche Eingliederungsmassnahmen wird nicht eingetreten. 2. Auf das Leistungsbegehren in Bezug auf die Ausrichtung einer Invalidenrente wird nicht eingetreten.» Danach folgte folgendes Dispositiv: «Wir entscheiden deshalb: 1. Berufliche Massnahmen werden abgewiesen. 2. Das Leistungsbegehren in Bezug auf eine Invalidenrente wird abgewiesen.» Der Beschwerdeführer stellt sich diesbezüglich auf den Standpunkt, nach Treu und Glauben müsse man die Beschwerdegegnerin auf die beiden Dispositiven der angefochtenen

Verfügung behaften. Die angefochtene Verfügung sei im Sinne der Evidenztheorie ohnehin nichtig, da sie an einem sehr schweren Mangel leide, denn das Dispositiv sei das wichtigste einer Verfügung (vgl. Steuergericht BL, 530 10 61, E. 4.). Deshalb müsste die Eintretens-Frage in einem neuen Verfahren vor der Beschwerdegegnerin beurteilt werden. Dem ist entgegenzuhalten, dass es gerade im Licht des Grundsatzes von Treu und Glauben aufgrund des Vorbescheides und der Verfügungsbegründung unzweifelhaft ist, dass nur das erstgenannte Dispositiv korrekt sein kann und es sich beim zweiten um ein Versehen handelt. So wurde bereits im Vorbescheid festgehalten, dass beabsichtigt sei, auf die Neuanschuldung des Beschwerdeführers nicht einzutreten. Sodann lautet der Titel der angefochtenen Verfügung «Auf ihr neues Leistungsbegehren wird nicht eingetreten». Auch aus der darauffolgenden Verfügungsbegründung geht klar hervor, dass die Beschwerdegegnerin auf die Neuanschuldung nicht eintritt. Der Beschwerdeführer kann sich demnach nicht darauf berufen, die Verfügung sei nichtig, zumal er durch einen Rechtsanwalt vertreten ist, der ohne weiteres erkennen konnte, dass nur das erstgenannte Dispositiv Gültigkeit haben kann. Damit ist vorliegend nur die Rechtmässigkeit des Nichteintretens zu prüfen. 7. Streitig und zu prüfen ist demnach, ob die Beschwerdegegnerin auf die Neuanschuldung des Beschwerdeführers zu Recht nicht eingetreten ist bzw. ob der Beschwerdeführer eine entsprechende Verschlechterung seines Gesundheitszustandes glaubhaft gemacht hat. 7.1 Was die vom Beschwerdeführer erst im Rahmen des Beschwerdeverfahrens eingereichten Arztberichte anbelangt, ist vorweg Folgendes festzuhalten: Gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung muss die versicherte Person mit dem Revisionsgesuch oder der Neuanschuldung die massgebliche Tatsachenänderung glaubhaft machen. Der Untersuchungsgrundsatz, wonach das Gericht von Amtes wegen für die richtige und vollständige Abklärung des rechtserheblichen Sachverhalts zu sorgen hat (BGE 125 V 195 Erw. 2, BGE 122 V 158 Erw. 1a, je mit Hinweisen), spielt insoweit nicht (BGE 130 V 64). Wird in der Neuanschuldung kein Eintretenstatbestand glaubhaft gemacht, sondern bloss auf ergänzende Beweismittel hingewiesen, die noch beigebracht würden oder von der Verwaltung beizuziehen seien, so ist der versicherten Person nach höchstrichterlicher Rechtsprechung eine angemessene Frist zur Einreichung der Beweismittel anzusetzen und ihr gleichzeitig anzudrohen, dass ansonsten gegebenenfalls auf Nichteintreten zu erkennen sei. Dem Beschwerdeführer wurde mit Vorbescheid vom 14. Dezember 2015 das Nichteintreten angedroht, wenn er innert der 30-tägigen Frist keine Beweismittel einreiche, welche eine Veränderung des Gesundheitszustandes glaubhaft erscheinen liessen. Lediglich auf Beweismittel zu verweisen ohne diese einzureichen genüge nicht. Somit erging die nachfolgende Nichteintretensverfügung im Rahmen eines Verwaltungsverfahrens, das den vorgenannten Erfordernissen betreffend Fristansetzung und Androhung der Säumnisfolgen genüge, weshalb das Versicherungsgericht seiner beschwerdeweisen Überprüfung den Sachverhalt zu Grunde legt, wie er sich der Verwaltung bot (BGE 130 V 64 E. 5.2.5). Das Versicherungsgericht hat demnach nur zu prüfen, ob der Nichteintretensentscheid auf Grund der bis zum Erlass der Nichteintretensverfügung vorhandenen Akten korrekt war. Das Gericht hat neue, erst während des Beschwerdeverfahrens beigebrachte Beweismittel grundsätzlich auch dann nicht zu berücksichtigen, wenn sie geeignet sind, die Beurteilung im massgeblichen Zeitpunkt des Verfügungserlasses zu beeinflussen. Nur diejenigen Beweismittel, welche die versicherte Person der Verwaltung erst nach Ablauf der angesetzten Frist eingereicht hat, welche die Verwaltung aber ungeachtet dieser Verspätung in die Beurteilung der Eintretensfrage einbezogen hat, wären auch im Gerichtsverfahren zu

beachten (vgl. BGer-Urteil vom 10. Februar 2005, I 619/04, E. 2.2). Die vom Beschwerdeführer erst im Beschwerdeverfahren eingereichten Arztberichte sind demnach vorliegend nicht in die Beurteilung mit einzubeziehen.

7.2 7.2.1 Bei ihrer letzten leistungsabweisenden Verfügung vom 7. November 2013, welche vom Versicherungsgericht mit Urteil vom 25. Februar 2015 bestätigt wurde, stellte die Beschwerdegegnerin im Wesentlichen auf das F.\_\_\_\_-Gutachten vom 21. November 2011 (IV-Nr. 191.1) sowie die Stellungnahme der F.\_\_\_\_-Gutachter vom 27. August 2012 (IV-Nr. 205) ab. Darin wurden folgende Diagnosen gestellt: Mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit: 1. Chronisches lumbovertebrales Schmerzsyndrom (ICD-10 M54.5) Status nach Sequestrektomie bei luxierter Diskushernie L4/5 rechts 5/07 Status nach transforaminaler lumbaler intersomatischer Fusion L4/5 11/2009 bei Postdiskektomiesyndrom L4/5 und bei akuter Fussheberparese rechts 2. Status nach traumatischer Amputation von Mittel- und Ringfinger im DIP-Gelenk sowie des Kleinfingers im Endglied links nach Arbeitsunfall 08/2000 (ICD-10 T92.6) Status nach Neurom- und Rezidivneuromexstirpation Februar und November 2001 ohne Anhaltspunkt für weitere Rezidive Ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit 1. Anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4) 2. Inkomplettes metabolisches Syndrom (ICD-10 E88.9) Adipositas Diabetes mellitus Hyperlipidämie 3. Status nach Nasenmuscheloperation Mai 2011 4. Status nach Nikotinabusus Aufgrund der erhobenen Befunde und gestellten Diagnosen, mit nachgewiesener Segmentdegeneration L4/5, seien dem Beschwerdeführer körperlich schwere und mittelschwere Tätigkeiten mit starker und mittelstarker Rückenbelastung und somit die von ihm früher durchgeführten Tätigkeiten bleibend nicht mehr zumutbar. Körperlich leichte Tätigkeiten mit nur leichter Rückenbelastung sowie der Möglichkeit zu Wechselpositionen, ohne gehäuftes Bücken und Überkopfarbeiten sowie ohne monoton-repetitive Haltungen und Bewegungen könnten dem Beschwerdeführer ganztags zugemutet werden, mit einer Einschränkung der Leistungsfähigkeit, bedingt durch die nachvollziehbare Schmerzsymptomatik, von 20 %.

7.2.2 Im Rahmen des Vorbescheidverfahrens reichte der Beschwerdeführer zur Glaubhaftmachung der behaupteten Verschlechterung lediglich einen Bericht der G.\_\_\_\_ vom 15. Januar 2016 (IV-Nr. 229, S. 3) ein. Darin wurden folgende psychiatrische Diagnosen gestellt: - Rezidivierende depressive Störung, aktuell mittelgradige Episode mit somatischem Syndrom (ICD-10 F33.11) - Chronische Schmerzstörung mit physischen und psychischen Anteilen (ICD-10 F45.51) - Akzentuierte Persönlichkeitszüge mit impulsiven Anteilen (ICD-10 Z73) Dazu wurde im Bericht festgehalten, der Beschwerdeführer sei vom 16. Dezember 2015 bis 15. Januar 2016 bei ihnen in stationärer Behandlung gewesen. Insgesamt sei es für den Patienten schwierig gewesen, konkrete Veränderungsschritte anzugehen und er sei trotz wiederholter Ermutigungen Neues auszuprobieren, überwiegend in den alten bekannten Denkstrukturen und Handlungsmustern verharret. Im Selbstbild sei trotz der positiven Erfahrung der vorherigen Hospitalisation eine psychische Erkrankung nur schwer vermittelbar. Es habe sich im stationären Verlauf gezeigt, dass sich der Beschwerdeführer trotz aller Gesprächs- und Hilfsangebote zunehmend zurückgezogen habe und sich wenig auf das therapeutische Setting im Sinne einer Eigeninitiative zum Erlernen neuer Bewältigungsstrategien habe einlassen können. Dennoch habe eine affektive Stabilisierung mit Orfiril erreicht werden können. Der Beschwerdeführer habe seine Gefühlslage im Vorfeld dahingehend beschrieben, dass er sich häufig von den eigenen Emotionen überschwemmt fühle und dann auch wenig Kontrolle seiner Reaktion bei auch kleinen Belastungen habe.

7.2.3 Stellt man den Ausführungen der F.\_\_\_\_-Gutachter die

Angaben aus dem vorgenannten Bericht der G.\_\_\_\_ vom 15. Januar 2016 gegenüber, wird deutlich, dass keine erhebliche Veränderung glaubhaft gemacht wurde, welche sich auf den Rentenanspruch auswirken könnte. Diesbezüglich ist darauf hinzuweisen, dass neu gestellte Diagnosen per se nicht genügen, um eine erhebliche Veränderung des Gesundheitszustandes glaubhaft zu machen, da damit über das quantitative Element einer relevanten, die Arbeitsfähigkeit schmälern den Veränderung des Gesundheitszustandes nicht zwingend etwas ausgesagt wird (vgl. dazu BGE 141 V 9 E. 5.2 S. 12). Aus dem Bericht der G.\_\_\_\_, deren Einschätzung mit Blick auf die beweisrechtlich bedeutsame Verschiedenheit von Behandlungs-/Therapieauftrag einerseits und Begutachtungsauftrag andererseits besonders sorgfältig zu würdigen ist (BGE 125 V 351 E. 3b/cc S. 353), ergeben sich keine Hinweise, die glaubhaft machen würden, dass sich die psychische Situation in anspruchrelevantem Ausmass verändert hätte. Es wird nicht dargelegt, inwiefern die geschilderte psychische Problematik die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers beeinflussen würde. Die attestierte Arbeitsunfähigkeit vom 16. Dezember 2015 bis 15. Januar 2016 ergab sich aus dem stationären Aufenthalt. Wie die Beschwerdegegnerin sodann zu Recht geltend macht, wurde bereits im Austrittsbericht der G.\_\_\_\_ vom 30. Dezember 2013 (IV-Nr. 211/9) eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (F33.1) bei bekannter somatoformer Störung mit Schmerzen diagnostiziert. Das Versicherungsgericht kam jedoch in seinem Urteil vom 25. Februar 2015 diesbezüglich zum Schluss, die Diagnose «rezidivierende depressive Störung mittelgradige Episode» werde nicht weiter begründet. Diese impliziere zwar eine Störung, die schon länger vorliege, es fehle aber an einer konkreten Begründung dieser Diagnose, weshalb eine gesundheitliche Verschlechterung seit der F.\_\_\_\_ -Begutachtung nicht erstellt sei. Wie oben dargelegt, fehlt auch im aktuellen Bericht der G.\_\_\_\_ vom 15. Januar 2016 eine nachvollziehbare Begründung einer Verschlechterung. Wie die Beschwerdegegnerin des Weiteren korrekt angeführt hat, ist auch die Diagnose «Akzentuierte Persönlichkeitszüge mit impulsiven Anteilen (ICD-10 Z73)» nicht geeignet, eine wesentliche Veränderung der Verhältnisse seit der rechtskräftigen Verfügung vom 7. November 2013 glaubhaft zu machen. So gelten akzentuierte Persönlichkeitszüge nach den diagnostischen Kriterien, nicht als psychische Erkrankung etwa im Sinne einer Persönlichkeitsstörung. Akzentuierte Persönlichkeitszüge stellen Belastungen dar, die als solche nicht unter den Begriff des rechtserheblichen Gesundheitsschadens fallen (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C\_506/2014 vom 10. November 2014 E. 4.2 mit Hinweisen). Schliesslich argumentiert der Beschwerdeführer, aufgrund der Berichte der behandelnden Ärzte zeige sich, dass sein psychisches Leiden in Form einer aktuell mittelgradigen depressiven Störung eindeutig bestehe, werde dieses doch seit nunmehr fünf Jahren durch die behandelnde Ärztin Dr. med. I.\_\_\_\_, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, diagnostiziert und sei mittlerweile durch verschiedene behandelnde Ärzte bestätigt worden. Dem ist jedoch entgegenzuhalten, dass das Versicherungsgericht im Urteil vom 25. Februar 2015 festhielt, die Berichte der behandelnden Psychiaterin Dr. med. I.\_\_\_\_, welche eine Verschlechterung geltend mache, vermöchten nur bedingt zu überzeugen. So hätten sich in der Stellungnahme vom 27. August 2012 (IV-Nr. 205) die F.\_\_\_\_ -Gutachter zum Bericht von Dr. med. I.\_\_\_\_ vom 19. Januar 2012 geäussert und unter anderem einleuchtend ausgeführt, die psychopathologischen Befunde würden die von ihr gestellten Diagnosen nicht nachvollziehbar begründen. Aufgrund der von ihr erhobenen Befunde wäre die Diagnose einer leichten depressiven Episode gerechtfertigt. Bei einer mittelgradigen depressiven Episode würden deutliche affektive Symptome wie Konzentrationsstörungen,

Antriebsstörung, Schlafstörungen, Appetitverminderung mit relevantem Körpergewichtsverlust auftreten und Aktivitäten wären nur noch mit grosser Mühe möglich. Nachdem den Berichten von Dr. med. I.\_\_\_\_ im vorgenannten Urteil des Versicherungsgerichts somit nur geringer Beweiswert zuerkannt wurde, kann sich der Beschwerdeführer nun nicht darauf berufen, eine mittelgradige depressive Störung bestehe eindeutig, da diese doch seit nunmehr fünf Jahren durch die behandelnde Ärztin diagnostiziert werde. So müsste das Vorhandensein dieser depressiven Störung im Bericht der G.\_\_\_\_ vom 15. Januar 2016 zumindest nachvollziehbar begründet werden. Es reicht nicht aus, wenn lediglich die vorherigen Diagnosen der behandelnden Psychiaterin übernommen werden, zumal deren Schlüssigkeit im vorgehenden F.\_\_\_\_-Gutachten bzw. im Urteil des Versicherungsgerichts verneint wurde. Somit ist die vom Beschwerdeführer geltend gemachte gesundheitliche Verschlechterung nicht glaubhaft gemacht worden, womit die angefochtene Verfügung vom 11. April 2016 nicht zu beanstanden und die dagegen erhobene Beschwerde abzuweisen ist. 8. Der Beschwerdeführer steht ab Prozessbeginn im Genusse der unentgeltlichen Rechtspflege (vgl. I. 5. hiervor). Die Kostenforderung ist bei Unterliegen der Partei mit unentgeltlichem Rechtsbeistand vom Gericht festzusetzen. Der Kanton entschädigt die unentgeltliche Rechtsbeistandin oder den unentgeltlichen Rechtsbeistand angemessen (Art. 122 Abs. 1 lit. a ZPO). Der Vertreter des Beschwerdeführers hat am 21. September 2016 eine Kostennote eingereicht, worin er einen Kostenersatz von insgesamt CHF 2'825.25 geltend macht. Der Stundenansatz beträgt gemäss § 160 Abs. 3 Gebührentarif (GT) CHF 180.00. In Anbetracht von Aufwand und Schwierigkeit des Prozesses ist die Kostenforderung auf CHF 2'090.90 festzusetzen (10 Stunden, 15 Minuten, zu CHF 180.00, zuzügl. Auslagen und MwSt), zahlbar durch die Zentrale Gerichtskasse des Kantons Solothurn. Vorbehalten bleibt der Rückforderungsanspruch des Staates sowie der Nachzahlungsanspruch des unentgeltlichen Rechtsbeistandes im Umfang von CHF 715.50 (Differenz zum vollen Honorar [ $10.25 \times \text{CHF } 230.00 + \text{CHF } 91.00 + 8 \% \text{ MwSt.} = 2'644.40; - 2'090.90 = \text{CHF } 553.50$ ]) während zehn Jahren, wenn A.\_\_\_\_, zur Nachzahlung in der Lage ist (§ 123 ZPO). Der Nachzahlungsanspruch wird praxisgemäss basierend auf den Stundenansatz von CHF 230.00 festgesetzt (vgl. § 160 Abs. 2 GT), wenn wie vorliegend keine Honorarvereinbarung mit dem Klienten vorgelegt wird, in der ein höherer Ansatz vereinbart worden ist. Andernfalls wäre das rechtliche Gehör des Beschwerdeführers, der sich zur Höhe des Stundenansatzes nicht äussern konnte, verletzt. Die Differenz zur eingereichten Kostennote begründet sich einerseits damit, dass der geltend gemachte Zeitaufwand in Anbetracht von Aufwand und Schwierigkeit des Prozesses bzw. des Aufwandes in vergleichbaren Fällen als überhöht erscheint, weshalb der Aufwand für die Redaktion der Beschwerde auf 5 Stunden zu kürzen ist. Andererseits handelt es sich bei den Positionen vom 30. Mai 2016 (Einreichung der UP-Unterlagen) sowie vom 29. Juni 2016 (Orientierungsschreiben an Klient) um reine Kanzleiarbeiten, welche im Stundenansatz eines Anwaltes bereits inbegriffen und nicht separat zu vergüten sind. Bezüglich der Auslagen ist eine Kopie nur mit 50 Rappen zu veranschlagen (§ 160 Abs. 5 GebT). Eine Kopie ist in der Kostennote zwar mit CHF 0.50 veranschlagt, bei der Berechnung scheint der Vertreter des Beschwerdeführers aber dennoch von einem anderen Ansatz auszugehen. Die Auslagen reduzieren sich so auf CHF 91.00. Einschliesslich CHF 198.10 Mehrwertsteuer beläuft sich die Parteientschädigung folglich auf total CHF 2'090.90. Aufgrund von Art. 69 Abs. 1 bis IVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht

kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von CHF 200.00 – 1'000.00 festgelegt. Im vorliegenden Fall hat der Beschwerdeführer an die gesamten Verfahrenskosten einen Betrag von CHF 600.00 zu bezahlen, die jedoch infolge Bewilligung der unentgeltlichen Rechtspflege durch den Kanton Solothurn zu übernehmen sind (Art. 122 Abs. 1 lit. b ZPO). Vorbehalten bleibt der Rückforderungsanspruch des Staates während zehn Jahren, wenn A.\_\_\_\_ zur Nachzahlung in der Lage ist (Art. 123 ZPO).

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