

# **SO\_GERICHTE VSBES.2016.235 vom 21. Juli 2016**

SO Obergericht, 2016-07-21, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so\\_gerichte\\_VSBES.2016.235](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2016.235)

FR: SO\_GERICHTE VSBES.2016.235 du 21 juillet 2016

IT: SO\_GERICHTE VSBES.2016.235 del 21 luglio 2016

## **Erwägungen**

### **E. 1**

Die Verfügung der IV-Stelle Solothurn 21. Juli 2016 sei vollumfänglich aufzuheben.

### **E. 2**

a) Es seien dem Beschwerdeführer und Versicherten ab wann rechtens die gesetzlichen und medizinisch fachärztlich-empfohlenen Leistungen (berufliche Massnahmen u.a. im Sinne eines Belastbarkeitstrainings, allenfalls Invalidenrente) nach Massgabe einer Arbeitsunfähigkeit von derzeit 80 % und eines Invaliditätsgrades von derzeit mindestens 40 % zzgl. eines Verzugszinses zu 5 % ab wann rechtens auszurichten. b) Eventualiter: Die Rechtsstreitsache sei zur Vornahme weiterer medizinischer Abklärungen (unter Berücksichtigung mindestens der psychiatrischen und neuropsychologischen Fachrichtungen) und weiterer beruflich erwerbsbezogener Abklärungen an die IV-Stelle Solothurn zurückzuweisen. c) Subeventualiter: Es sei ein medizinisches Gerichtsgutachten zur Frage der Verschlechterung des Gesundheitszustandes des Versicherten in Auftrag zu geben.

### **E. 3**

Die vorliegende Beschwerde sei der Beschwerdegegnerin zuzustellen, damit diese zusicherungsgemäss die Verfügung vom 21. Juli 2016 neu beurteilen und allenfalls aufheben kann. Eventualiter: Das vorliegende Beschwerdeverfahren sei bis zum Vorliegen der weiteren Verlaufsberichte von Frau Dr. med. E.\_\_\_\_, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, zu sistieren.

### **E. 4**

Es sei eine öffentliche Verhandlung nach Art. 6 Ziff. 1 EMRK mit Publikums- und Presseanwesenheit durchzuführen.

### **E. 5**

Dem Beschwerdeführer sei die volle unentgeltliche Rechtspflege und Rechtsverbeiständung unter gleichzeitiger Einsetzung des unterzeichneten Rechtsanwalts als unentgeltlicher Rechtsbeistand zu gewähren. Von der Erhebung eines Gerichtskostenvorschusses sei abzusehen.

### **E. 6**

Vor der Eröffnung des materiellen Endentscheides sei dem unterzeichneten Rechtsanwalt Gelegenheit zur Einreichung einer detaillierten Kostennote zur Geltendmachung einer Parteientschädigung resp. einer armenrechtlichen Entschädigung zu geben (vgl. Art. 29 Abs. 2 BV).

### **E. 7**

Alles unter Kosten- und Entschädigungsfolge zu Lasten der Beschwerdegegnerin. 4. Mit Beschwerdeantwort vom 28. Oktober 2016 (A.S. 35 ff.) schliesst die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde sowie des Sistierungsbegehrens.

5. Mit Verfügung vom 2. November 2016 (A.S. 38 f.) wird dem Beschwerdeführer ab Prozessbeginn die unentgeltliche Rechtspflege bewilligt und Rechtsanwalt Rémy Wyssmann als unentgeltlicher Rechtsbeistand bestellt. Dagegen weist der Präsident des Versicherungsgerichts das Gesuch des Beschwerdeführers, das Verfahren sei bis zum Vorliegen der weiteren Verlaufsberichte von Dr. med. E.\_\_\_\_ zu sistieren, ab. 6. Am 24. April 2017 findet vor dem Versicherungsgericht eine Verhandlung statt. Anwesend ist der Beschwerdeführer sowie dessen Rechtsvertreter, Rechtsanwalt Rémy Wyssmann. Die Beschwerdegegnerin hat auf eine Teilnahme an der Verhandlung verzichtet; ihr ist denn auch das Erscheinen freigestellt worden. Anlässlich der Verhandlung reicht der Vertreter des Beschwerdeführers folgende Unterlagen zu den Akten: · Aktennotiz vom 23. November 2016 des RAD-Arztes Dr. med. H.\_\_\_\_ · Vorladung für ein I.\_\_\_\_-Gutachten im Haftpflichtverfahren · Neuer Verlaufsbericht von Dr. med. E.\_\_\_\_ vom 24. April 2017 Rechtsanwalt Wyssmann modifiziert Ziffer 3 der in der Beschwerde gestellten Rechtsbegehren folgendermassen: Das vorliegende Beschwerdeverfahren sei bis zum Vorliegen der weiteren Verlaufsberichte von Frau Dr. med. E.\_\_\_\_, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, sowie des I.\_\_\_\_-Gutachtens zu sistieren. 7. 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. Vorweg ist auf den Antrag des Beschwerdeführers einzugehen, wonach das Beschwerdeverfahren bis zum Vorliegen der weiteren Verlaufsberichte von Frau Dr. med. E.\_\_\_\_, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, sowie des I.\_\_\_\_-Gutachtens zu sistieren sei. Bezüglich der genannten Verlaufsberichte von Dr. med. E.\_\_\_\_ ist festzuhalten, dass der Vertreter des Beschwerdeführers anlässlich der Verhandlung einen aktuellen Verlaufsbericht von Dr. med. E.\_\_\_\_ vom 24. April 2017 eingereicht hat, womit der Antrag in diesem Punkt gegenstandslos geworden ist. Auf den Teilantrag, das Verfahren sei bis zum Vorliegen des I.\_\_\_\_-Gutachtens zu sistieren, ist sodann ebenfalls nicht einzutreten, da dieser erst nach Abschluss des Beweisverfahrens im Rahmen des Parteivortrages und damit verspätet gestellt worden ist. Eine Sistierung bis zum Vorliegen des I.\_\_\_\_-Gutachtens wäre zudem ohnehin abzuweisen, da dieses zur Beantwortung der vorliegend zu prüfenden Eintretensfrage nicht berücksichtigt werden kann, wie nachfolgende Erwägungen zeigen werden.

3. 3.1 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).

3.2 Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die Ärzte und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die Versicherten arbeitsunfähig sind. Im Weiteren sind ärztliche Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage,

welche Arbeitsleistungen den Versicherten noch zugemutet werden können (BGE 132 V 99 f. E. 4, 125 V 261 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 Erw. 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 Erw. 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 Erw. 5.2.3, 125 V 412 Erw. 2b, 117 V 200 Erw. 4b). Eine Verschlechterung der Erwerbsfähigkeit oder der Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen ist zudem erst dann zu berücksichtigen, sobald sie ohne wesentliche Unterbrechung drei Monate gedauert hat (Art. 88a Abs. 2 IVV). Die glaubhaft zu machende Änderung muss nicht gerade jenes Anspruchselement betreffen, welches die Verwaltung der früheren rechtskräftigen Leistungsabweisung bzw. rechtskräftigen Rentenzusprechung 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). 4.2 Nach Eingang einer Neuanschuldung 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 (vgl. BGE 109 V 114 E. 2b). 4.3 Die versicherte Person muss mit der Neuanschuldung 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 Neuanschuldung (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 habe am 2. September 2016 bei Frau Dr. med. E.\_\_\_\_, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, eine psychiatrische Untersuchung des Versicherten

stattgefunden. Mit Bericht vom 9. September 2016 sei die Psychiaterin zur Auffassung gelangt, dass beim Versicherten eine krankheitswertige selbständige Störung im Sinne eines berufsrelevanten depressiven Syndroms mit mittelschwerer objektiver Ausprägung im Rahmen einer progredienten depressiven Entwicklung klinisch phänomenologisch im Sinne einer depressiven posttraumatischen Entwicklung bei Status nach HWS-Distorsionstrauma 2004 ausgewiesen sei. Bei einer Arbeitsunfähigkeit von derzeit rund 80 % sei eine Wiedereingliederung im Sinne einer Belastungserprobung durchzuführen und die Arbeitsfähigkeit sei im weiteren Verlauf auf 50 % in den nächsten 3 bis 6 Monaten zu steigern. Fachärztlich sei eine psychiatrischpsychotherapeutische Behandlung dringend indiziert. Sodann habe der Vater des Versicherten zwischenzeitlich anscheinend mit Frau Regierungsrätin Esther Gassler Verbindung aufgenommen. Darauf habe sich der Leiter der IV-Stelle Solothurn, Herr F.\_\_\_\_, mit dem Vater des Versicherten telefonisch in Verbindung gesetzt und diesem zugesichert, den Fall neu zu beurteilen, sobald der Bericht der behandelnden Psychiaterin vorliege. Bei dieser behördlichen Zusicherung sei die Beschwerdegegnerin zu behaften. Des Weiteren sei festzuhalten, dass der medizinische Sachverhalt noch nicht abschliessend geklärt gewesen sei, als sich die Invalidenversicherung angeschickt habe, in Bezug auf das neue Leistungsbegehren des Versicherten nicht einzutreten. Bekanntlich habe Dr. med. D.\_\_\_\_ die Diagnose des Verdachts auf eine mittelgradige depressive Episode mit somatischem Syndrom gestellt. Eine Verdachtsdiagnose sei immer provisorischer Natur. Es entspreche dem grundsätzlichen Wesen eines Verdachts, dass noch weitere Abklärungen folgen würden. Diese weiteren Abklärungen seien durchaus geeignet, den entsprechenden Glaubhaftsnachweis zu erbringen. Die Verwaltung hätte deshalb eine Frist ansetzen müssen, dies mit der Androhung verbunden, dass ansonsten auf Nichteintreten erkannt werde. Eine solche Androhung und eine solche Fristansetzung erfolgten aber im vorliegenden Fall nicht. Auch seien solche nicht aktenkundig. Die Verwaltung sei vielmehr ohne weiteten Verzug zur abweisenden Verfügung geschritten. Überhaupt sei seit der letzten Begutachtung im Jahre 2010 eine völlig neue Befundlage eingetreten. Im entsprechenden Gutachten der C.\_\_\_\_ vom 26. Mai 2010 sei noch festgehalten worden, dass in psychiatrischer Hinsicht keine Diagnosen mit und ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit festzustellen seien. Die nun von Frau Dr. med. E.\_\_\_\_ diagnostizierte krankheitswertige selbständige Störung im Sinne eines berufsrelevanten depressiven Syndroms mit mittelschwerer objektiver Ausprägung einhergehend mit einer Arbeitsunfähigkeit von 80 % stelle eine komplett neue Befundlage dar, dies sowohl in qualitativer wie auch in quantitativer Hinsicht. Damit habe die Psychiaterin eine Verschlechterung des gesundheitlichen Zustandes bestätigt. Die Ergebnisse der empfohlenen medizinischen Behandlungsmassnahmen lägen noch nicht vor. Auf jeden Fall seien die Ergebnisse dieser Behandlungsmassnahmen abzuwarten, bevor definitiv über das Gesuch des Versicherten entschieden werde. Überhaupt sei bei der Prüfung des Gesuchs für den Versicherten erleichternd zu berücksichtigen, dass seit der letzten gutachterlichen Beurteilung im Jahre 2010 zwischenzeitlich über 6 Jahre vergangen seien. Die Anforderungen an das Glaubhaftmachen einer gesundheitlichen Verschlechterung seien deshalb wesentlich tiefer anzusetzen, als dies bei einem Versicherten der Fall wäre, wo die letztmalige Beurteilung lediglich 1 oder 2 Jahre zurückliege. Schliesslich hielt der Vertreter des Beschwerdeführers in seinem Parteivortrag ergänzend fest, die bundesgerichtliche Rechtsprechung, wonach leichte bis höchstens mittelschwere psychische Störungen auch grundsätzlich als therapeutisch angehebbar gelten würden, dürfe nicht einfach ohne Prüfung des konkreten

Einzelfalls übernommen werden. So seien episodenhafte rezidivierende Störungen nur bei ca. einem Drittel der Patienten therapierbar. Im vorliegenden Fall sei eine progrediente psychische Erkrankung erstellt. Demgegenüber vertritt die Beschwerdegegnerin die Ansicht, Dr. med. D. \_\_\_ habe in seinem Bericht vom 12. Juli 2016 die Diagnose «Verdacht auf mittelgradige depressive Episode mit somatischem Syndrom (F32.11)» gestellt und habe gleichzeitig klargestellt, dass es sich dabei um eine «Verdachtsdiagnose mit Vorbehalt» handle. Dr. med. D. \_\_\_ habe ferner betont, dass es sich bei seinem Bericht nicht um eine Begutachtung oder Beurteilung, sondern lediglich um eine Bestätigung der Konsultationen mit den Verdachtsdiagnosen handle. Selbst wenn man davon ausgehe, dass die geltend gemachte mittelschwere depressive Episode neu hinzugekommen sei, so hätten im Verfügungszeitpunkt keine Indizien für eine anspruchrelevante Erheblichkeit dieser Änderung vorgelegen, da Dr. med. D. \_\_\_ Bericht weder eine Befunderhebung noch eine Beurteilung enthalte. Genau solche Indizien seien aber für das Glaubhaftmachen einer Veränderung und deren Erheblichkeit unabdingbar. Die angefochtene Nichteintretensverfügung sei folglich zu Recht ergangen. Des Weiteren datiere der Bericht von Frau Dr. med. E. \_\_\_ vom 9. September 2016 und sei damit klar jüngeren Datums als die angefochtene Verfügung vom 21. Juli 2016. Sie sei folglich für das vorliegende Verfahren unbeachtlich. Sie teile keinen Befund mit. Somit sei unklar, wie sie zu ihrer Diagnose gelangt sei, respektive sei diese nicht nachvollziehbar. Somit sei es fraglich, ob ein anderer Entscheid überhaupt möglich gewesen wäre - selbst wenn Dr. med. E. \_\_\_ Bericht innert Frist eingereicht worden wäre. Er erscheine nicht als besser geeignet, eine Veränderung des Gesundheitszustandes glaubhaft zu machen als der Bericht der G. \_\_\_ vom 12. Juli 2016. Anzumerken bleibe ausserdem, dass die von Dr. med. E. \_\_\_ gestellte Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung (gegenwärtig mittelgradige Episode) praxisgemäss keine Invalidität zu begründen vermöge (Urteil des Bundesgerichts SC\_68/2013 vom 14.05.2013 E. 3.5; Urteil 9C\_736/2011 vom 07.02.2012 E. 4.2.2.1, je mit Hinweisen). Vor dem Hintergrund der Möglichkeit eines erneuten Revisionsgesuches sei auch die am 23. August 2016 durch den IV-Stellenleiter erteilte Auskunft, man werde den damals in Aussicht gestellten psychiatrischen Bericht würdigen und je nach dem eine Neubeurteilung vornehmen (vgl. Protokolleintrag), zu verstehen. 6. Streitig und zu prüfen ist somit die Frage, ob die Beschwerdegegnerin auf die Neuanschuldung des Beschwerdeführers vom 6. Mai 2016 hätte eintreten müssen, bzw. ob der Beschwerdeführer eine entsprechende Verschlechterung seines Gesundheitszustandes glaubhaft gemacht hat.

6.1 In ihrer Rentenverfügung vom 25. Februar 2013 stellte die Beschwerdegegnerin hauptsächlich auf das polydisziplinäre Gutachten der C. \_\_\_ vom 26. Mai 2010 (IV-Nr. 122.2) ab. Darin diagnostizierten die Gutachter im Wesentlichen ein Chronisches zervikales Schmerzsyndrom sowie eine leichte neuropsychische Störung (Aufmerksamkeit). Für körperlich leichte bis mittelschwere Tätigkeiten ohne Zwangshaltungen und ohne anhaltende Überkopparbeiten bestehe in einem Vollpensum eine Leistungseinschränkung von 10 – 20 %. Dagegen wurden das Vorliegen einer psychiatrischen Diagnose und damit auch eine diesbezügliche Einschränkung der Arbeitsfähigkeit verneint (IV-Nr. 126).

6.2 Im vorliegenden Fall hat der Beschwerdeführer mit seiner Neuanschuldung bzw. innert der ihm von der Beschwerdegegnerin im Vorbescheidverfahren gesetzten und einmal erstreckten Frist (IV-Nrn. 141 und 146) folgende medizinische Unterlagen eingereicht:

6.2.1 Dr. med. B. \_\_\_ attestierte dem Beschwerdeführer mit den Arztzeugnissen vom 26. Februar 2016 und 23. März 2016 (IV-Nr. 139) je eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit vom 1. Februar – 31. März 2016 sowie vom 1. April – 30. April 2016.

6.2.2 Mit Arztzeugnis vom

10. Februar 2016 (IV-Nr. 145) hielt Dr. med. H.\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Medizin FMH, fest, er bestätige hiermit, dass sich der Beschwerdeführer vom 2. April 2014 bis 9. Februar 2016 bei ihm in der Neuraltherapie nach Huneke befunden habe. Als Diagnosen hielt Dr. med. H.\_\_\_\_ eine Chronische occipitalgie bds mit begleitenden Kopfschmerzen, rezidivierend sowie ein Status nach 2x Neuraltherapie wegen Sinusitis maxillaris bds. fest. Dr. med. H.\_\_\_\_ habe mehrere Neuraltherapie-Sitzungen vorgenommen. Die Resultate seien positiv, aber noch nicht zufriedenstellend, es würden ein- bis zweimonatige Ruhepausen ohne Schmerzen auftreten, aber nach Patientenangaben würden die Schmerzen unter Stress und Belastung zurückkehren. Die Occipitalnerven seien heute nur noch leicht druckschmerzhaft. Ob sich die Erholungspausen nach durchgeführten neuraltherapeutischen Behandlungen verlängern würden und ob es schlussendlich zur Heilung kommen werde, bleibe abzuwarten.

6.2.3 Dr. med. B.\_\_\_\_ hielt in seinem Bericht vom 8. Juli 2016 (IV-Nr. 148, S. 2) fest, der Beschwerdeführer sei seit dem 9. Oktober 2004 wegen den Folgen eines Schleudertraumas in seiner Behandlung. Seine Arbeit habe er damals aufgeben müssen. Er habe zwischenzeitlich eine Umschulung durchgeführt. Leider habe er anschliessend trotzdem nicht Tritt im Leben fassen können. Dr. med. B.\_\_\_\_ habe ihn ab 2014 dann nicht mehr gesehen. Er sei bei Dr. med. H.\_\_\_\_ in Neuraltherapie gewesen. Als er den Beschwerdeführer jetzt, nach 2 Jahren, wieder in der Sprechstunde gesehen habe, sei er erschrocken. Der psychische Zustand des Beschwerdeführers sei viel schlechter als beim letzten Mal. Er benötige dringend fachärztliche Betreuung. Nach Meinung von Dr. med. B.\_\_\_\_ leide der Beschwerdeführer unter einer Depression. Aus diesem Grund habe er den Beschwerdeführer an den EPD überwiesen. Die Kollegen meinten auch, dass eine Behandlung indiziert sei. Die Diagnose einer Depression sei im Vergleich zu den Diagnosen 2013 neu. Dr. med. B.\_\_\_\_ denke, dass eine Begutachtung eines Psychiaters zur Beurteilung einer IV-relevanten Gesundheitseinschränkung nötig wäre.

6.2.4 Mit Verlaufsbericht vom 12. Juli 2016 (IV-Nr. 147) stellte Dr. med. D.\_\_\_\_, Oberarzt der G.\_\_\_\_, folgende Diagnosen: - Verdacht auf mittelgradige depressive Episode mit somatischem Syndrom (F32.11) - St. n. HWS- Beschleunigungstrauma 2004 DD: Chronische Schmerzen mit somatischen und psychischen Faktoren (F45.41) - Schädlicher Gebrauch von Cannabis (F12.1) Der Behandlungsverlauf erstreckte sich bislang über drei Sitzungen vom 9. Mai 2016 bis 27. Juni 2016 und eine Abschlussbesprechung vom 12. Juli 2016. Bei der gesetzten Diagnose der Depression handle es sich aufgrund der nur kurzen Behandlungsepisode um eine Verdachtsdiagnose mit Vorbehalt. Es handle sich beim vorliegenden Schreiben nicht um eine Begutachtung oder Beurteilung, sondern lediglich um eine Bestätigung der Konsultationen mit den Verdachtsdiagnosen.

7. Zu prüfen ist, ob der Beschwerdeführer eine anspruchserhebliche Verschlechterung seines Gesundheitszustandes glaubhaft gemacht hat und die Beschwerdegegnerin daher am 21. Juli 2016 auf die Neuanmeldung vom 6. Mai 2016 hätte eintreten müssen. Ob eine in diesem Sinn erhebliche Veränderung glaubhaft gemacht wurde, beurteilt sich durch einen Vergleich mit dem Sachverhalt bei Erlass der Verfügung vom 25. Februar 2013.

7.1 In formeller Hinsicht ist festzuhalten, dass der Beschwerdeführer mit der Neuanmeldung vom 6. Mai 2016 lediglich die vorgenannten Arztzeugnisse von Dr. med. B.\_\_\_\_ vom 26. Februar und 23. März 2016 eingereicht hat. Mit Vorbescheid vom 18. Mai 2016 hat die Beschwerdegegnerin sodann festgehalten, der Beschwerdeführer habe mit seiner Neuanmeldung und den eingereichten Arbeitsunfähigkeitszeugnissen nicht glaubhaft dargelegt, dass sich die tatsächlichen Verhältnisse seit der letzten Verfügung wesentlich verändert hätten. Innerhalb der 30-tägigen Einwandfrist könnten jedoch Beweismittel (Arzt,

Therapieberichte, etc.) eingereicht werden, welche eine Veränderung des Gesundheitszustandes glaubhaft erscheinen liessen. Lediglich auf Beweismittel zu verweisen ohne diese einzureichen, genüge nicht. Zudem kündigte die Beschwerdegegnerin dem Beschwerdeführer mit dem Vorbescheid an, dass sie beabsichtige, auf das Leistungsbegehren nicht einzutreten. Mit Einwand von 16. Juni 2016 (IV-Nr. 145) hat der Beschwerdeführer sodann das Arztzeugnis von Dr. med. H.\_\_\_\_ vom 10. Februar 2016 eingereicht und Fristverlängerung verlangt, um Berichte des Hausarztes Dr. med. B.\_\_\_\_ und von Dr. med. D.\_\_\_\_ nachreichen zu können. Die Beschwerdegegnerin hat ihm sodann die Frist zur Einreichung der medizinischen Unterlagen bis zum 15. Juli 2016 erstreckt (IV-Nr. 146). In der Folge reichte der Beschwerdeführer innert dieser Frist den Bericht von Dr. med. B.\_\_\_\_ vom 8. Juli 2016 sowie den Bericht von Dr. med. D.\_\_\_\_ vom 12. Juli 2016 mit der Verdachtsdiagnose einer mittelgradigen depressiven Episode ein. Das Vorgehen der Beschwerdegegnerin genügt den Anforderungen der Rechtsprechung (BGE 130 V 68; vgl. Ziff. II/ 3.2 hiervor; vgl. Urteil I 710/02 vom 11. Dezember 2003 E. 2.4.3). Die Beschwerdegegnerin hat dem Beschwerdeführer mitgeteilt, sein Gesuch um Bezug einer Rente könne nur geprüft werden, wenn er eine Verschlechterung seines Gesundheitszustandes glaubhaft mache. Sie hat ihm mitgeteilt, dass die eingereichten Arbeitsunfähigkeitszeugnisse dazu nicht ausreichen würden, hat ihm eine Frist zur Einreichen weiteren Arztberichte angesetzt und das Nichteintreten angedroht. Dass ihm die Beschwerdegegnerin nach Einreichung der weiteren Arztberichte der Dr. med. B.\_\_\_\_ und Dr. med. D.\_\_\_\_ wiederum hätte mitteilen sollen, dass die Unterlagen für eine Glaubhaftmachung nicht ausreichten bzw. ihm wiederum eine Fristerstreckung zur Einreichung weiterer Arztbericht hätte setzen müssen, geht aus der genannten Rechtsprechung nicht hervor. Zudem war aufgrund des Vorbescheides klar, dass die Beschwerdegegnerin das Nichteintreten beabsichtigt, falls die gesundheitliche Verschlechterung nicht innert der gesetzten bzw. erstreckten Frist glaubhaft gemacht wird. Somit ist das Versicherungsgericht gehalten, den vorliegenden Fall unter dem Blickwinkel desjenigen Sachverhalts und der Aktenlage zu beurteilen, wie er sich der Beschwerdegegnerin bei Erlass der Nichteintretensverfügung vom 21. Juli 2016 geboten hat. Demzufolge können der nachträglich eingereichte Arztbericht von Dr. med. E.\_\_\_\_, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, vom 9. September 2016 (IV-Nr. 154) sowie die anlässlich der Verhandlung eingereichten Unterlagen nicht berücksichtigt werden. Ob sich diese Berichte bzw. Unterlagen – wie vom Beschwerdeführer geltend macht – auf den Sachverhalt beziehen, wie er schon vor Erlass der angefochtenen Verfügung Bestand hatte, ist in diesem Zusammenhang nicht von Belang. 7.2 Die Verfügung vom 25. Februar 2013, die den Vergleichszeitpunkt bestimmt, basierte in den hier relevanten Punkten auf dem polydisziplinären Gutachten der C.\_\_\_\_ vom 26. Mai 2010. Vorweg ist diesbezüglich festzuhalten, dass aus somatischer Sicht keine Verschlechterung geltend gemacht wird und eine solche aufgrund der vorliegenden Akten auch nicht ersichtlich ist. So wurden im C.\_\_\_\_ -Gutachten diesbezüglich im Wesentlichen ein Chronisches zervikales Schmerzsyndrom sowie eine leichte neuropsychische Störung (Aufmerksamkeit) diagnostiziert und ein eingeschränktes Zumutbarkeitsprofil formuliert. So bestehe für körperlich leichte bis mittelschwere Tätigkeiten ohne Zwangshaltungen und ohne anhaltende Überkopfarbeiten in einem Vollpensum eine Leistungseinschränkung von 10 – 20 %. Aus somatischer Sicht wurde im vorliegenden Neuanmeldungsverfahren lediglich der Bericht von Dr. med. H.\_\_\_\_ vom 10. Februar 2016 eingereicht, worin dieser die knapp zwei Jahre dauernde Neuraltherapie zur Behandlung der Kopfschmerzen

bestätigt. Eine somatische Verschlechterung ist damit nicht dargetan. Dagegen wird vom Beschwerdeführer sowie von Seiten der behandelnden Ärzte eine Verschlechterung aus psychiatrischer Sicht geltend gemacht. Im psychiatrischen Teilgutachten (IV-Nr. 122.6) zum C.\_\_\_\_-Gutachten vom 26. Mai 2010 wurde keine Diagnose gestellt. Es wurde festgehalten, aus rein psychiatrischer Sicht sei der Beschwerdeführer in seiner Arbeitsfähigkeit nicht beeinträchtigt. Momentan ergäben sich keine Anhaltspunkte für das Vorliegen einer nach ICD-10 diagnostizierbaren psychischen Störung. Stellt man den Ausführungen des psychiatrischen Gutachters die Angaben aus den vom Beschwerdeführer im Rahmen des Neuanmeldungsverfahrens eingereichten Berichte gegenüber, wird deutlich, dass keine erhebliche Veränderung erstellt ist, welche sich auf den Rentenanspruch auswirken könnte: Die Arbeitsunfähigkeitszeugnisse vom 26. Februar 2016 und vom 23. März 2016 sowie der Bericht von Dr. med. B.\_\_\_\_ vom 8. Juli 2016 enthalten keine ausreichende Begründung, damit eine Verschlechterung glaubhaft gemacht wäre. Dr. med. B.\_\_\_\_ hält in seinem Bericht zwar fest, als er den Beschwerdeführer jetzt, nach 2 Jahren, wieder in der Sprechstunde gesehen habe sei er erschrocken. Der psychische Zustand des Beschwerdeführers sei viel schlechter als beim letzten Mal. Nach Meinung von Dr. med. B.\_\_\_\_ leide der Beschwerdeführer unter einer Depression. Dr. med. B.\_\_\_\_ verfügt jedoch nicht über einen psychiatrischen Facharztstitel, weshalb seine diesbezügliche Einschätzung bereits aus diesem Grund nicht ausreicht, um eine Verschlechterung aus psychiatrischer Sicht glaubhaft zu machen. Des Weiteren reicht auch der Verlaufsbericht des Psychiaters Dr. med. D.\_\_\_\_ vom 12. Juli 2016 für eine Glaubhaftmachung einer Verschlechterung nicht aus. So stellte er lediglich die Verdachtsdiagnose einer mittelgradigen depressiven Episode mit somatischem Syndrom (F32.11) und hielt zusätzlich einschränkend fest, bei der gesetzten Diagnose der Depression handle es sich aufgrund der nur kurzen Behandlungsepisode um eine Verdachtsdiagnose mit Vorbehalt. Es handle sich beim vorliegenden Schreiben nicht um eine Begutachtung oder Beurteilung, sondern lediglich um eine Bestätigung der Konsultationen mit den Verdachtsdiagnosen. Damit bringt Dr. med. D.\_\_\_\_ zum Ausdruck, dass er bezüglich des psychischen Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers noch keine verlässliche Aussage machen kann. Eine wesentliche, dauerhafte und damit anspruchrelevante Verschlechterung ist mit einer reinen Verdachtsdiagnose, die zudem nicht weiter begründet wurde, nicht glaubhaft gemacht.

7.3 Sodann bringt der Vertreter des Beschwerdeführers vor, der Leiter der IV-Stelle Solothurn, Herr F.\_\_\_\_, habe sich mit dem Vater des Beschwerdeführers telefonisch in Verbindung gesetzt und diesem zugesichert, den Fall neu zu beurteilen, sobald der Bericht der behandelnden Psychiaterin vorliege. Bei dieser behördlichen Zusicherung sei die Beschwerdegegnerin zu behaften. Dem ist entgegenzuhalten, dass die Verfügung im Zeitpunkt des betreffenden Telefongesprächs vom 23. August 2016 (vgl. Protokoll der IV-Stelle, S. 23) bereits ergangen war und die Beschwerdegegnerin diese in der Folge auch nicht in Wiedererwägung zog. Eine allfällige Zusicherung wäre demnach im vorliegenden Verfahren nicht von Belang, zumal der betreffende Bericht der Psychiaterin Dr. med. E.\_\_\_\_, wie vorgehend bereits festgehalten, vorliegend ohnehin nicht zu berücksichtigen ist. Dieser Bericht wäre von der Beschwerdegegnerin allenfalls im Rahmen einer Neuanmeldung zu würdigen. So ist denn auch die vom Leiter der IV-Stelle gegenüber dem Vater des Beschwerdeführers gemachte Aussage wohl in diesem Sinne zu verstehen. Dies geht so ebenfalls aus dem Wortlaut des Protokolleintrages vom 23. August 2016 hervor.

7.4 Schliesslich lässt der Beschwerdeführer beantragen, die Rechtsstreitsache sei zur Vornahme weiterer medizinischer Abklärungen (unter Berücksichtigung mindestens der

psychiatrischen und neuropsychologischen Fachrichtungen) und weiterer beruflich erwerbsbezogener Abklärungen an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. Allenfalls sei ein medizinisches Gerichtsgutachten zur Frage der Verschlechterung des Gesundheitszustandes des Versicherten in Auftrag zu geben. Wie jedoch bereits festgehalten, muss die versicherte Person mit der Neuanmeldung die massgebliche Tatsachenänderung glaubhaft machen. Der Untersuchungsgrundsatz, wonach das Gericht oder die Verwaltung von Amtes wegen für die richtige und vollständige Abklärung des rechtserheblichen Sachverhalts zu sorgen hat, spielt insoweit nicht. Aufgrund des Gesagten konnte der Beschwerdeführer gestützt auf die eingereichten Unterlagen eine erhebliche Verschlechterung des Gesundheitszustandes nicht glaubhaft machen. Somit ist die Beschwerde abzuweisen. 7.5 Auf das Rechtsbegehren Ziffer 2 kann im Übrigen nicht eingetreten werden, da es sich hierbei um materielle Aspekte handelt, die vorliegend – da die Beschwerdegegnerin zu Recht nicht auf die Neuanmeldung des Beschwerdeführers eingetreten ist – nicht zu prüfen sind.

## **E. 8**

Bei diesem Verfahrensausgang besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung (Art. 61 lit. g ATSG). Der Beschwerdeführer steht im Genuss der unentgeltlichen Rechtspflege und Verbeiständung. Die Kostenforderung ist bei Unterliegen der Partei mit unentgeltlichem Rechtsbeistand vom Gericht festzusetzen. Der Kanton entschädigt die unentgeltliche Rechtsbeiständin oder den unentgeltlichen Rechtsbeistand angemessen (Art. 122 Abs. 1 lit. a ZPO). Der Richter setzt die Kosten für die Entschädigung der unentgeltlichen Rechtsbeistände nach dem Aufwand fest, welcher für eine sorgfältige und pflichtgemässe Vertretung erforderlich ist (§ 160 Abs. 1 Satz 1 in Verbindung mit § 161 des kantonalen Gebührentarifs [GT, BGS 615.11]). Der Stundenansatz für die Bestimmung der Entschädigung der unentgeltlichen Rechtsbeistände sowie für die Ausfallhaftung des Staates beträgt 180 Franken zuzüglich Mehrwertsteuer (§ 160 Abs. 3 GT). Rechtsanwalt Wyssmann macht in seiner Kostennote vom 24. April 2017 einen Zeitaufwand von 14.12 Stunden geltend. Bei der Beurteilung ist die besondere prozessuale Konstellation zu berücksichtigen: Da die Beschwerdegegnerin auf die Neuanmeldung nicht eingetreten war und die in diesem Zusammenhang massgebenden Verfahrensregeln eingehalten worden waren, hatte das Gericht seiner beschwerdeweisen Überprüfung den Sachverhalt zugrunde zu legen, wie er sich der Verwaltung bot. Der Untersuchungsgrundsatz, wonach das Gericht von Amtes wegen für die richtige und vollständige Abklärung des rechtserheblichen Sachverhalts zu sorgen hat, gilt insoweit nicht (BGE 130 V 64 E. 5.2.5 S. 68 f.). Da somit für die gerichtliche Beurteilung die Aktenlage massgebend ist, welche bei Erlass der angefochtenen Verfügung bestand, können anwaltliche Bemühungen, welche sich nicht auf diese Aktenlage beziehen, nicht als Aufwand gelten, welcher für eine sorgfältige und pflichtgemässe Vertretung im vorliegenden Beschwerdeverfahren erforderlich ist bzw. war. Dies trifft hier auf einen sehr erheblichen Teil des geltend gemachten Aufwands zu. Sowohl die Beschwerdeschrift als auch der Parteivortrag bezogen sich in weiten Teilen auf Unterlagen, welche erst nach dem Erlass der angefochtenen Verfügung erstellt oder beigebracht wurden. Dasselbe gilt für weitere in der Kostennote aufgeführte Bemühungen, beispielsweise die Kontakte mit Dr. med. E. \_\_\_ und dem IV-Stellenleiter F. \_\_\_, und die Eingaben anlässlich der öffentlichen Verhandlung. Angesichts des Inhalts des Parteivortrags und der gestellten Anträge muss davon ausgegangen werden, dass auch die Vorbereitung auf die öffentliche Verhandlung zu einem guten Teil Aspekte betraf, welche für das vorliegende Verfahren nicht entscheidend sein können. Weiter ist zu

berücksichtigen, dass die Verhandlung als solche lediglich eine halbe Stunde dauerte und dass bei den Kleinpositionen unter der Bezeichnung «Brief an Klient» praxisgemäss von Kanzleiaufwand ausgegangen wird, der im Stundenansatz eines Anwalts inbegriffen ist. Der für eine sorgfältige und pflichtgemässe Vertretung erforderlicher Aufwand im Sinne von § 160 Abs. 1 Satz 1 des Gebührentarifs ist vor diesem Hintergrund auf 7 Stunden festzusetzen. Das Honorar des unentgeltlichen Rechtsbeistand beläuft sich somit auch CHF 1'260.00 (7 x CHF 180.00). Bei den Auslagen ist zu berücksichtigen, dass Kopien mit 50 Rappen pro Stück entschädigt werden (§ 160 Abs. 5 GT) und der Ansatz für die Vergütung von Fahrspesen 70 Rappen pro Kilometer beträgt (§ 157 Abs. 3 GT i.V.m. § 161 lit. a GAV). Die Auslagen reduzieren sich damit auf CHF 80.20. Mit der Mehrwertsteuer von 8 % resultiert eine Kostenforderung von CHF 1'447.40 (CHF 1'260.00 plus CHF 80.20 plus CHF 107.20 Mehrwertsteuer). Vorbehalten bleibt der Rückforderungsanspruch des Staates sowie der Nachzahlungsanspruch des unentgeltlichen Rechtsbeistandes im Umfang von CHF 378.00 (Differenz zum vollen Honorar) während zehn Jahren, wenn A.\_\_\_\_, zur Nachzahlung in der Lage ist (§ 123 ZPO). Der Nachzahlungsanspruch wird praxisgemäss basierend auf dem 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. 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 1'000.00 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.