

SO_GERICHTE VSBES.2018.227 vom 6. August 2018

SO Obergericht, 2018-08-06, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2018.227

FR: SO_GERICHTE VSBES.2018.227 du 6 août 2018

IT: SO_GERICHTE VSBES.2018.227 del 6 agosto 2018

Erwägungen

E. 1

1.1 A.____ (nachfolgend: Beschwerdeführer), geboren 1960, [...], meldete sich am 28. November 2007 bei der IV-Stelle des Kantons Solothurn (nachfolgend: Beschwerdegegnerin) zum Leistungsbezug an. Als gesundheitliche Beeinträchtigungen wurden Thoraxbeschwerden, Schlaf- und Angststörungen sowie Kraftlosigkeit angegeben. Er habe am 8. November 2006 einen Unfall erlitten (IV-Stelle Beleg Nr. [IV-]Nr. 2). 1.2 Weil der Beschwerdeführer sich nicht in der Lage fühlte zu arbeiten, verzichtete die Beschwerdegegnerin auf berufliche Eingliederungsmassnahmen. Sie tätigte verschiedene medizinische Abklärungen und liess den Beschwerdeführer auf Empfehlung des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD) psychiatrisch und rheumatologisch begutachten. Das Gutachten wurde am 23. Juli 2010 von Dr. med. B.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, [...], sowie Dr. med. C.____, Facharzt für Rheumatologie, [...], erstattet (IV-Nr. 64 und 65). 1.3 Mit Verfügung vom 22. Juli 2011 (IV-Nr. 105) sprach die Beschwerdegegnerin dem Beschwerdeführer mit Wirkung ab 1. November 2007 eine Dreiviertelsrente sowie per 1. April 2008 eine ganze Invalidenrente, befristet bis 31. Juli 2009, zu. Für die Zeit ab 1. August 2009 verneinte sie einen Rentenanspruch. Eine vom Beschwerdeführer gegen die Rentenverfügung vom 22. Juli 2011 erhobene Beschwerde wies das Versicherungsgericht des Kantons Solothurn (nachfolgend: Versicherungsgericht) mit Urteil vom 19. September 2012 (IV-Nr. 121) ab. Die dagegen vom Beschwerdeführer am 25. Oktober 2012 an das Bundesgericht erhobene Beschwerde (IV-Nr. 124 S. 2 ff.) wies dieses mit Urteil vom 31. Januar 2013 ebenfalls ab (IV-Nr. 125).

E. 2

2.1 Am 9. Juni 2017 (Eingang am 13. Oktober 2017) meldete sich der Beschwerdeführer erneut bei der Beschwerdegegnerin zum Leistungsbezug an (IV-Nr. 133). Als gesundheitliche Beeinträchtigung wurden Schulterschmerzen, starke Rippenschmerzen sowie Knie- und Rückenschmerzen angegeben, bestehend seit dem Unfall 2006. Der Neuanmeldung wurden medizinische Unterlagen beigelegt (Bestätigung des Hausarztes, Dr. med. D.____, [...], vom 17. Mai 2017, IV-Nr. 136 S. 5; Bericht von E.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, [...], und Dr. phil. F.____, klinischer Psychologe, Zentrum G.____, [...], vom 13. Juni 2017, IV-Nr. 136 S. 1 ff.) 2.2 Die Beschwerdegegnerin trat auf das neue Leistungsgesuch ein und holte diverse Arztberichte ein; diese wurden dem RAD (Dr. med. H.____, Fachärztin für Arbeitsmedizin) unterbreitet, die am 19. Januar 2018 dazu Stellung nahm (IV-Nr. 143). 2.3 Mit Vorbescheid vom 6. Februar 2018 (IV-Nr. 144) stellte die Beschwerdegegnerin dem Beschwerdeführer in Aussicht, den Anspruch auf eine Rente und/oder berufliche Massnahmen zu verneinen; dagegen liess der Beschwerdeführer Einwand erheben (IV-Nrn. 146 und 149), woraufhin die RAD-Ärztin am 5. Juni 2018 noch einmal Stellung bezog (IV-Nr. 151). 3. Mit Verfügung vom 6. August 2018 (IV-Nr.

152; Aktenseite [A.S.] 1 ff.) wies die Beschwerdegegnerin einen Anspruch auf berufliche Massnahmen und/oder eine Rente ab. 4. Gegen diese Verfügung lässt der Beschwerdeführer am 13. September 2018 beim Versicherungsgericht Beschwerde erheben (A.S. 7 ff.) und folgende Rechtsbegehren stellen: 1. Die Verfügung der Beschwerdegegnerin vom

E. 4

4.1 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).

4.2 Das Administrativverfahren vor der IV-Stelle wie auch der kantonale Sozialversicherungsprozess sind vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht (Art. 43 Abs. 1 und 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 hinreichend 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 8C_308/2007 vom 9. April 2008 E. 2.2.1 mit vielen Hinweisen).

4.3 Der im Sozialversicherungsrecht massgebende Beweisgrad ist derjenige der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (BGE 117 V 194 E. 3b S. 194 f.). Das Bundesrecht schreibt nicht vor, wie die einzelnen Beweismittel zu würdigen sind. Für das gesamte Verwaltungs- und Verwaltungsgerichtsbeschwerdeverfahren gilt der Grundsatz der freien Beweiswürdigung (BGE 125 V 351 E. 3a S. 352). Der Sozialversicherungsrichter hat alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestatten. Insbesondere darf er bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum er auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten ■ d.h. der Anamnese ■ abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und in seinen Schlussfolgerungen begründet ist (AHI 1997 S. 121; BGE 122 V 157 E. 1c S. 160). Ausschlaggebend für den Beweiswert ist

grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten. Andererseits ist der Erfahrungstatsache Rechnung zu tragen, dass behandelnde Ärzte im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen mitunter eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 125 V 353).

Der Beweiswert von RAD-Berichten nach Art. 49 Abs. 2 IVV ist mit jenem externen medizinischen Sachverständigengutachten vergleichbar, sofern sie den praxisgemässen Anforderungen an ein ärztliches Gutachten genügen und die Arztperson über die notwendigen fachlichen Qualifikationen verfügt. Allerdings ist hinsichtlich des Beweiswerts wie folgt zu differenzieren: Bezüglich Gerichtsgutachten hat die Rechtsprechung ausgeführt, das Gericht weiche «nicht ohne zwingende Gründe» von den Einschätzungen des medizinischen Experten ab. Hinsichtlich von Versicherungsträgern im Verfahren nach Art. 44 ATSG eingeholter, den Anforderungen der Rechtsprechung entsprechender Gutachten externer Spezialärzte wurde festgehalten, das Gericht dürfe diesen Gutachten vollen Beweiswert zuerkennen, solange «nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit» der Expertise sprechen. Auf das Ergebnis versicherungsinterner ärztlicher Abklärungen ■ zu denen die RAD-Berichte gehören ■ kann nicht abgestellt werden, wenn auch nur geringe Zweifel an ihrer Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit bestehen (Urteil des Bundesgerichts 8C_336/2015 vom 25. August 2015 E. 4.3 mit Hinweisen).

E. 5

5.1 Der Leistungsanspruch des Beschwerdeführers wird durch den Vergleich des Sachverhalts, wie er im Zeitpunkt der letztmaligen materiellen Rentenprüfung ■ Verfügung vom 22. Juli 2011 (IV-Nr. 105) ■ und demjenigen, wie er zur Zeit der streitigen Verfügung vom 6. August 2018 (A.S. 1 ff.) bestanden hat, beurteilt (BGE 130 V 73 E. 3.1 mit Hinweisen, AHI 1999 S. 84 E. 1b).

5.2 Für den Zeitpunkt der letztmaligen Rentenbeurteilung (Verfügung vom 22. Juli 2011) kann auf das Urteil des Versicherungsgerichts vom 19. September 2012 (IV-Nr. 121) verwiesen werden, welches das Bundesgericht mit Urteil vom 31. Januar 2013 (IV-Nr. 125) bestätigte. Die Beschwerdegegnerin hatte bei der damaligen Rentenaufhebung im Wesentlichen auf das bidisziplinäre Gutachten von Dr. med. B. ___ und Dr. med. C. ___ vom 23. Juli 2010 (IV-Nrn. 64 und 65) abgestellt, das im Urteil des Versicherungsgerichts als vollumfänglich beweiswertig qualifiziert wurde. Der Entscheid des Versicherungsgerichts wurde vom Bundesgericht bestätigt. Der damals festgestellte medizinische Sachverhalt ist verbindlich, und es kann für die Frage des massgeblichen Gesundheitszustands zum Zeitpunkt der letztmaligen materiellen Rentenprüfung auf die Erwägungen aus dem zitierten Urteil abgestellt werden. Demgemäss lagen beim Beschwerdeführer folgende Diagnosen vor:

In der rheumatologischen Beurteilung wurde festgehalten, dass die geschilderten Schulterschmerzen und die feststellbare Funktionseinschränkung der Schulter rechts nur teilweise durch objektivierbare Befunde erklärbar seien. Die Diskordanz zwischen den Beschwerden sei bereits im Austrittsbericht der Reha-Klinik [...] vom 5. Januar 2009 erwähnt und diskutiert worden. Zudem würden die Röntgenaufnahmen keine Hinweise für eine Omarthrose liefern, und die klinische Untersuchung zeige nur eine Amyotrophie im Bereich vom Muskel Infraspinatus, welche zumindest teilweise durch die Schonhaltung erklärbar sei. Zudem hätten bei der Untersuchung Unterschiede zwischen aktiver und

passiver Beweglichkeit festgestellt werden können sowie Schmerzangaben, die medizinisch nicht erklärbar seien (z.B. Schulterschmerzen bei Greifkraftprüfung ohne Bewegung der Schulter). Eine ähnliche Diskordanz sei bei der Untersuchung der Lendenwirbelsäule beobachtet worden. Die diffusen Schmerzen der rechten oberen Extremität seien sodann nur teilweise durch ein Karpaltunnelsyndrom mit Reizsyndrom ohne Ausfälle erklärbar. Ein grosser Teil der Symptomatik sei auf eine Symptomausweitung mit Verdacht auf Aggravation zurückzuführen. Die Schmerzen bei Berührung, breit verteilt im Schulter/Thorax-Bereich, seien nicht reproduzierbar und teilweise verdächtig einer Aggravation bzw. Simulation. Die angegebenen Knieschmerzen rechts seien auf eine beginnende Gonarthrose zurückzuführen. Wegen der Knieinstabilität im anterioren Bereich sei eine Läsion bzw. Ruptur des vorderen Kreuzbandes möglich, weshalb eine Abklärung mit Magnetresonanz zu empfehlen sei. Die Kniebeschwerden seien jedoch aktuell gering, ohne Knieerguss und ohne Funktionseinschränkung, so dass diese Beschwerden, selbst wenn sich die Diagnose einer vorderen Kreuzbandruptur bestätigen würde, keine zusätzliche Einschränkung der Arbeitsfähigkeit nach sich ziehen würden.

Anlässlich der psychiatrischen Exploration konnte keine klassische Krankheitsdiagnose gestellt werden; insbesondere wurde keine Depression als gegeben erachtet. Hingegen wurden (erneut) eine moderate Benzodiazepin-Abhängigkeit ohne klinische Auswirkungen sowie akzentuierte Persönlichkeitszüge festgestellt. Die Diagnose akzentuierte Persönlichkeitszüge sei nach gutachterlicher Einschätzung mit einer narzisstischen und unreifen Art des Beschwerdeführers zu begründen. Es liege eine massive Kränkung durch den fremd-verursachten Unfall und das Verhalten von Versicherungen sowie behandelnden Ärzten vor. Mit «unreif» sei ein passives, auf Zuwendung von dritter Seite ausgerichtetes Verhalten bezeichnet. Der Beschwerdeführer stehe sich bei der Verwertung der erheblichen Restarbeitsfähigkeit mit seiner Anspruchshaltung, die überwiegend in den akzentuierten Persönlichkeitszügen begründet sei, selber im Weg. Deshalb könne zwar von einer längerdauernden (d.h. eventuell mehrjährigen) zusätzlichen, jedoch geringen Einschränkung der Arbeitsfähigkeit gesprochen werden. Diese zusätzliche Einschränkung der Arbeitsfähigkeit betrage zirka 10 %.

Gesamtmedizinisch führten die Gutachter aus, zur bereits von der Suva anerkannten und aus rheumatologischer Sicht zu bestätigenden Einschränkung der Erwerbsfähigkeit von 19 % komme aus psychischen Gründen seit dem Unfall vom November 2006 eine leichte Einschränkung bei der Verwertung der erheblichen Restarbeitsfähigkeit hinzu. Diese Arbeitsunfähigkeit betrage 10 % und sei zur bisher erkannten Erwerbsunfähigkeit zu addieren, so dass eine Gesamt-Erwerbsunfähigkeit von 30 % resultiere. So sei dem Beschwerdeführer grundsätzlich ein Arbeitspensum von 100 % zuzumuten, dies jedoch mit um 30 % verminderter Leistung bzw. leichter und damit minderbezahlter Arbeit. Aus rheumatologischer Sicht sei eine leichte bis mittelschwere körperliche Arbeit ganztags möglich. Wegen der eingeschränkten Belastbarkeit der rechten Schulter bestünden allerdings inhaltliche Einschränkungen. Ausgeschlossen seien andauernde Tätigkeiten über der Horizontalen mit dem rechten Arm. Ferner sei das Heben und Tragen von Lasten über 5 kg mit dem rechten Arm bzw. der rechten Hand nicht möglich. Auszuschliessen seien auch Tätigkeiten an Geräten, die starke Vibrationen oder schockartige Krafteinwirkung ausübten. Generell seien grobmanuelle Tätigkeiten mit dem rechten Arm nicht zumutbar.

E. 6

6.1 Zum Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung lagen folgende medizinische Unterlagen vor:

6.1.1 Gemäss Bericht des Zentrums G.____ vom 13. Juni 2017 (IV-Nr. 136 S. 1 ff.) habe sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers seit 2010 bis heute verschlechtert. Die Schmerzen in der rechten Schulter und an der HWS (rechte Seite) hätten zugenommen. Zudem habe sich das depressive Syndrom seit 2013 bis heute verschlechtert; dies äussere sich in vermehrtem Rückzug, pessimistischen Gedanken, Hoffnungslosigkeit und Reizbarkeit. Der Beschwerdeführer beschreibe zunehmende Schmerzen beim Atmen im Brustbereich sowie Kopfschmerzen, Schweissausbrüche, Lust- und Interessenlosigkeit, Müdigkeit, Konzentrationsstörungen, Vergesslichkeit, Rückzug, Antriebslosigkeit, Verlust von Selbstvertrauen, Gedankenkreisen, Sinnlosigkeitsgedanken, Nervosität. Somatisch bestehe ansonsten gemäss Angaben des Beschwerdeführers seit dem Unfall eine Arbeitsunfähigkeit von 100 %. Insgesamt seien sieben Merkmale für eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode, gegeben. Die Stimmung sei deutlich depressiv-resigniert, das Vitalgefühl deutlich gestört. Kognitiv bestünden deutliche Einschränkungen. Affektiv sei der Beschwerdeführer kontrolliert, im Gesprächsverlauf verbal mitteilungsaktiv. Das Denken sei nicht eingeengt, inhaltlich aber problemzentriert.

Die richtigen Diagnosen lauteten 2017 (IV-Nr. 136 S. 3 f.):

Der Medikamentenspiegel zeige, dass der Beschwerdeführer die Medikamente zwar regelmässig einnehme, aber bei persistierend zu tiefen Medikamentenspiegeln. Die Arbeitsunfähigkeit betrage subjektiv 100 %, auch in einer angepassten Tätigkeit. Insgesamt sei seit 2010 eine deutliche Verschlechterung des Gesundheitszustands ausgewiesen. Der Beschwerdeführer leide eindeutig unter einer Depression und sei zusammen mit den Schmerzen nicht in der Lage zu arbeiten.

6.1.2 Im Arztbericht des behandelnden Therapeuten, Dr. med. M.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, [...], vom 3. November 2017 (IV-Nr. 140), werden folgende Diagnosen gestellt:

Seit dem letzten Bericht vom 20. September 2009 habe sich der psychische Zustand nicht verändert. Im Längsschnitt liege ein depressives, chronifiziertes Krankheitsbild vor mit Symptomen einer Dysthymia bei/mit komorbider Schmerzsymptomatik auf dem Boden einer akzentuierten narzisstischen Persönlichkeit. Die bisherigen stationären und ambulanten Behandlungsversuche hätten kaum etwas gebracht. Der Beschwerdeführer sei seit dem Arbeitsunfall 2006 arbeitsunfähig. Es liege noch eine klinisch relevante, affektiv-kognitive Vulnerabilität mit diversen somatischen Korrelaten und einer dysthym-dysphorischen Restsymptomatik vor. Abgesehen von leichten Unsicherheiten seien keine Sprachprobleme zu beobachten. Die affektive Modulation sei nicht eingeschränkt. Aufmerksamkeitsdefizite könnten nicht beobachtet werden. Die Konzentration sei etwas vermindert, die kognitive Umstellungsfähigkeit leicht bis mässig eingeschränkt. Der Antrieb sei leicht vermindert. Ein affektiver Rapport könne hergestellt werden. Die Affektlage wirke dysthym, ausgeglichen, adäquat. Der Gedankengang sei kohärent. Es bestehe eine verminderte affektive kognitive Steuerung mit einem allgemein reduzierten Lebensgefühl. Die Persönlichkeit sei akzentuiert mit narzisstischen Zügen und einem labilen Selbstwertgefühl.

6.1.3 Gemäss dem elektrophysiologischen Bericht von Dr. med. N.____, Leitender Arzt Neurologie des K.____, vom 9. Juli 2014 (IV-Nr. 141 S. 9 f.) sind beim Beschwerdeführer

ein Status nach traumatischer Läsion der Nn. supraspinatus und thoracicus longus rechts (S 44.7) mit/bei atrophisierender Parese des M. infraspinatus und leichter Scapula alata rechts sowie eine Brachialgie rechts (M 79.61) mit/bei vorwiegend bewegungs- und belastungsabhängigen Schmerzen, zu diagnostizieren, dies ohne Hinweise auf eine radikuläre Ausfallsymptomatik. Es würden einerseits eine Bewegungseinschränkung und Schwäche der Schulter angegeben, andererseits Schmerzen im Schulterbereich selbst mit Ausstrahlung in den proximalen Oberarm und zum Hals, ohne dass dabei sensomotorische Ausfälle auftreten würden. Die Schulter rechts könne nicht einmal bis zur Horizontalen aktiv angehoben werden, und auch bei passivem Strecken des Oberarms über Kopf lasse sich das Eigengewicht des Arms nur schlecht kontrollieren. Im Rahmen der Befunderhebung weise die Nadelmyographie des M. supraspinatus rechts ein leicht gelichtetes Willküraktivitätsmuster auf als Ausdruck einer möglichen minimalen Schädigung des N. suprascapularis rechts. In der Nadelmyographie des M. infraspinatus zeige sich ein kleinamplitudiges, gelichtetes Willküraktivitätsmuster, keine pathologische Spontanaktivität. Ebenso zeige sich ein gelichtetes und niedrig amplitudiges Muskelsummenpotential bei der nadelmyographischen Untersuchung des M. serratus anterior rechts. Klinisch und elektrophysiologisch könne der bereits bekannte Befund einer Läsion des N. supraspinatus distal des Durchtritts dieses Nervs im Bereich der incisura scapulae bestätigt werden. Zusätzlich finde sich eine partielle Läsion des N. thoracicus longus rechts. Theoretisch sollte der Beschwerdeführerin die Schulter über die Horizontale heben können. Aus neuromuskulärer Sicht seien die Ausfälle zu gering, dass nicht auch aktiv der Arm gehoben werden könnte. Die Schmerzen seien aus seiner Sicht nicht mit einer Nervenkompression oder Radikulopathie erklärbar.

6.1.4 Im Bericht von Dr. med. O.____ (orthopädische Sprechstunde), K.____, vom 9. August 2014 (IV-Nr. 141 S. 7 f.) werden folgende Diagnosen gestellt:

6.1.5 Dr. med. P.____, Uniklinik [...], [...] führt in seinem Sprechstundenbericht vom 3. Oktober 2014 (IV-Nr. 141 S. 5 f.) folgende Diagnosen an:

Ein MRI vom 21. März 2014 zeige eine klare Denervation des Infraspinatus, Subscapularis mit Ruptur in Kontinuität. Selbst wenn in Bezug auf die Ruptur eine Rekonstruktion möglich wäre, schienen die generelle berufliche Situation und die juristische Situation deutlich gegen eine solche Operation zu sprechen; eine solche würde wohl kaum zur Wiedererlangung der Arbeitsfähigkeit führen. Allenfalls könnte die Rekonstruktion der Subscapularissehne zusammen mit einer Bizepsstenotomie eine Verbesserung der Situation bringen, vor allem eine Schmerzlinderung.

6.1.6 Im Arztbericht des Hausarztes, Dr. med. D.____, vom 5. bzw. 11. November 2017 (IV-Nr. 141 S. 1 ff.) wird festgehalten, die Schmerzsituation sei unverändert schlecht. Eine konkrete Arbeitsunfähigkeit wird nicht angegeben. Es wird auf den Bericht von Dezember 2007 verwiesen. Folgende Diagnosen werden erhoben:

mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit

ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit

6.1.7 Beschwerdeweise wird ein Austrittsbericht der I.____ vom 23. Mai 2018 (Beilage 10 zu Beschwerde vom 13. September 2018) ins Recht gelegt, der der Beschwerdegegnerin zum Zeitpunkt des Erlasses der angefochtenen Verfügung nicht vorgelegen hat; dieser äussert sich über eine zweite Hospitalisation des Beschwerdeführers vom 29. März bis 23.

Mai 2018. Diagnostiziert werden in psychiatrischer Hinsicht eine mittelgradige depressive Episode (F32.1), eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (F45.40) und eine Benzodiazepinabhängigkeit (F13.2). Der Beschwerdeführer sei wegen zunehmender depressiver Symptomatik zugewiesen worden. Er habe sich bei der Aufnahme niedergestimmt und sehr reizbar präsentiert. Er habe diese Reizbarkeit als plötzlich auftretende, nicht kontrollierbare Explosionen beschrieben; dies sei fremdanamnestisch bestätigt worden. Zudem habe er unter Durchschlafstörungen und morgendlichem Früherwachen gelitten sowie diffuse Ängste beklagt. Unter entsprechender Medikation habe sich die Reizbarkeit sehr schnell sistiert. Es habe sich während des Aufenthalts gezeigt, dass Beschäftigung für den Beschwerdeführer gut sei. Auch die Medikation gegen die Schlafstörungen habe gute Wirkungen erzielt. Seit dem Arbeitsunfall 2006 bestehe eine anhaltende Schmerzsymptomatik im rechten Knie, der rechten Schulter und in den Rippen rechts. Der Beschwerdeführer nehme seit Jahren Schmerzmittel ein und sei schon bei etlichen Ärzten in Behandlung gewesen. Es bestehe eine Fixierung auf Schmerzmittel und eine Einengung auf die Probleme mit der Suva. Er wünsche sich ein Schmerzensgeld. Aufgrund der Sprachdefizite sei eine Psychotherapie sehr schwierig. Der Beschwerdeführer habe drei Jahre lang täglich Temesta eingenommen. Drei Monate vor der Hospitalisation habe er mit der Einnahme aufgehört und sei zunehmend aggressiv und angespannt gewesen. Während des Aufenthalts habe er über Brustschmerzen geklagt, die nach Einnahme von Temesta immer regredient gewesen seien. Man habe das Temesta während des Aufenthalts erfolgreich ausschleichen können. Die Arbeitsunfähigkeit habe vom 29. März bis 23. Mai 2018 100 % betragen. Die weitergehende Arbeitsfähigkeit sei durch den behandelnden Psychiater zu attestieren.

E. 7

7.1 Die Beschwerdegegnerin stellt im angefochtenen und rentenablehnenden Entscheid im Wesentlichen auf die Einschätzungen der RAD-Ärztin, Dr. med. H.____, vom 19. Januar 2018 (IV-Nr. 143) und 5. Juni 2018 (IV-Nr. 151) ab; darin wird festgehalten, dass eine wesentliche Verschlechterung des Gesundheitszustands des Beschwerdeführers trotz neuer Diagnose (Schädigung des Nervus suprascapularis rechts) nicht ausgewiesen sei. Die neue Diagnose habe keine zusätzliche Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit, da sie letztlich die bisher bekannten funktionellen Einschränkungen der rechten Schulter beschreibe und bestätige. In psychiatrischer Hinsicht werde keine Veränderung der gesundheitlichen Situation bestätigt. Insgesamt sei seit dem letzten Verfügungszeitpunkt keine gesundheitliche Verschlechterung ausgewiesen. Die Untersuchung der rechten Schulter und Armfunktion im Bericht vom 3. Oktober 2014 (Uniklinik [...]) entspreche dem Vorbefund im Rahmen des Gutachtens von Dr. med. C.____ (Schulter Schonhaltung, Aussenrotation aktiv und passiv eingeschränkt, Flexion / Abduktion aktiv und passiv eingeschränkt, Schürzengriff eingeschränkt, Muskelatrophie des M. supraspinatus). Bezüglich der linken Schulter sei der klinische Verdacht auf eine Subscapularisruptur erhoben und weitere Abklärungen empfohlen worden (MRI). Eine Schädigung des Nervus suprascapularis habe folgende Auswirkung: Durch die Störung der Innervation der betreffenden Muskeln (M. suprascapularis und / oder M. infrascapularis) ■ je nachdem, wo die Schädigung der Nerven liege ■ könne es zu einer Verminderung der Kraft bei der Aussenrotation im Arm und/oder zu einer Verminderung der Kraft beim seitlichen Anheben des Arms und Heben des Arms über den Kopf kommen; dies zeige sich beim Beschwerdeführer nicht nur in der klinischen Untersuchung in den Berichten von 2014, sondern bereits schon in der Begutachtungssituation bei Dr. med. C.____. Somit sei mit Vorliegen einer neuen Diagnose

die (funktionelle) Auswirkung derselben zu bewerten. Die Diagnose liefere letztlich nur die Erklärung der bereits bekannten funktionellen Einschränkungen in der rechten Schulter und am rechten Arm. Neu hingegen sei auch der Verdacht auf die Subscapularisläsion links erhoben worden, wozu dem RAD die abschliessende Abklärung (empfohlenes MRI) nicht vorliege, sofern diese noch durchgeführt worden sei. In den nachfolgenden Berichten von Dr. med. D. ___ vom 5. November 2017 seien bezüglich der linken Schulter keinerlei Angaben zu finden. Die Beweglichkeit der linken Schulter sei im Rahmen der Untersuchung vom September 2014 mit einer Abduktion von 130 Grad eben leicht eingeschränkt. Weitergehende Abklärungen könnten durch den RAD nicht gewürdigt werden. Ausgehend von einer Schulterfunktion links, die eine Abduktion auf 130 Grad ermögliche, sei eine Tätigkeit wie im Suva-Kreisarzt-Bericht vom 2. Juni 2009 für die rechte Seite formuliert möglich, was ebenfalls für die linke Seite gelte: keine Arbeiten unter Vibration oder mit dem Presslufthammer, keine repetitiven Rotationen in den Schultergelenken, keine grobmanuellen Tätigkeiten. Das zumutbare Profil habe sich aus somatischer Sicht nicht relevant geändert. Zur psychischen Situation sei Folgendes zu sagen: Dr. med. M. ___ beschreibe in seinen Befunden einen Patienten mit dysthymen Affektlage. Der psychische Zustand habe sich seit seinem Bericht vom 20. September 2009 nicht verändert. Die Dysthymie werde ausschliesslich als sonstige depressive Störung F32.8 codiert. Allein die Codierung resp. das Aufführen einer neuen Diagnose (deren Codierung in Frage zu stellen sei, wenn man die Ausführungen im Bericht betrachte, dass die Situation unverändert sei) belege nicht das Vorliegen einer Verschlechterung des Gesundheitszustands.

7.2 Die von der RAD-Ärztin getroffene Beurteilung erweist sich als nachvollziehbar: In Bezug auf den somatischen Zustand wird das Vorliegen einer neuen Diagnose (Nervenläsion der rechten Schulter) genannt und auch erklärt, wie sich eine solche im Allgemeinen auswirkt. Den zum Zeitpunkt der erneuten Rentenprüfung vorliegenden Berichten lassen sich bezüglich der rechten Schulter die gleichen Befunde entnehmen wie im Rahmen der letztmaligen Rentenprüfung. Schon im Gutachten von Dr. med. C. ___ vom 23. Juli 2010 wurde von einer eingeschränkten Belastbarkeit der rechten Schulter ausgegangen. Die diesbezüglich geltend gemachten Beschwerden wurden ■ trotz Annahme einer Symptorausweitung bzw. Tendenz zur Aggravation / Simulation ■ berücksichtigt. Dass mittlerweile eine Nervenschädigung diagnostiziert wird, ändert nichts daran, dass die geschilderten Schulterschmerzen nach wie vornur teilweise durch objektivierbare Befunde erklärbar sind. Der Neurologe Dr. med. N. ___ (vgl. E. II 6.1.3) kann sich in seinem Bericht vom 9. Juli 2014 trotz bestätigter Nervenläsion die angegebene Bewegungseinschränkung und Schwäche der Schulter (Die Schulter rechts könne nicht einmal bis zur Horizontalen aktiv angehoben werden) nicht erklären. Die Schlussfolgerung der RAD-Ärztin, dass sich das dem Beschwerdeführer zumutbare Tätigkeitsprofil gleich präsentiere wie bei der letzten materiellen Rentenprüfung, bleibt damit unzweifelhaft. Das Vorliegen einer neuen Diagnose begründet denn auch nicht zwingend eine anspruchserhebliche Verschlechterung des Gesundheitszustands. Vielmehr muss darüber hinaus aufgrund der neuen Diagnosen auch eine Veränderung des Invaliditätsgrades bzw. eine Veränderung in der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit eingetreten sein; dies ist vorliegend nicht der Fall.

In Bezug auf die linke Schulter führt die RAD-Ärztin sodann aus, es lägen keine Unterlagen zu einer empfohlenen MRI-Untersuchung vor. Im Bericht der Uniklinik [...] vom 3. Oktober 2014 wird indessen lediglich eine Verdachtsdiagnose (V.a. Subscapularisläsion

links) geäußert. Im Bericht wird festgehalten, dass der Verdacht rein klinisch sei. Die empfohlene MRI-Untersuchung ist nach Lage der Akten nicht durchgeführt worden. Im Arztbericht des Hausarztes vom 5. bzw. 11. November 2017 wird in Bezug auf die linke Schulter keine Problematik erwähnt, und es wird keine entsprechende Diagnose gestellt. Die Diagnoseliste des vom Beschwerdeführer ins Recht gelegten Berichts des Zentrums G. ___ vom 13. Juni 2017 nennt in Bezug auf die Schulterschmerzen links einen unauffälligen Befund; insofern lässt sich auch aus dieser, nur von der Uniklinik [...] geäußerten Verdachtsdiagnose keine relevante Veränderung des Gesundheitszustands ableiten. Auch lässt sich die Beurteilung der RAD-Ärztin, dass eine allenfalls gegebene Läsion der linken Schulter auf das gleiche Tätigkeitsprofil schliessen lassen würde wie es aufgrund der Problematik der rechten Schulter bereits gegeben ist, nicht beanstanden.

In psychiatrischer Hinsicht hält der den Beschwerdeführer behandelnde Psychotherapeut in seinem Arztbericht vom 3. November 2017 explizit fest, dass sich der Gesundheitszustand seit seinem letzten Arztbericht vom 20. September 2009 nicht verändert habe. Daran ändert auch die Tatsache nichts, dass als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nunmehr eine chronifizierte depressive Störung mit dysthym-dysphorischer Restsymptomatik genannt wird. Gerade wenn gegenüber der früheren Berichterstattung eine neue Diagnose gestellt wird, müsste sich der behandelnde Arzt darüber äussern können, inwiefern eine Verschlechterung des Gesundheitszustands vorliegt; dies tut der behandelnde Therapeut nicht, sondern er führt aus, dass im Längsschnitt ein chronifiziertes, depressives Krankheitsbild vorliege. Daraus ergibt sich klar, dass er von einem gleich gebliebenen Zustand ausgeht. Auch der Austrittsbericht der I. ___, der erst nach Erlass der angefochtenen Verfügung vorlag, lässt an dieser Einschätzung keine Zweifel aufkommen. Der Beschwerdeführer befand sich zwar vom 29. März bis 23. Mai 2018 in einem stationären Aufenthalt. Im Austrittsbericht wird indessen einerseits festgehalten, dass sich der Zustand während des Aufenthalts verbessert habe. Andererseits wird keine über die Dauer des Klinikaufenthalts hinausgehende Arbeitsunfähigkeit attestiert. Gemäss dem behandelnden Arzt Dr. med. M. ___ hätten bereits frühere stationäre Aufenthalte keine Veränderung der Situation gebracht. Somit vermag auch die Tatsache, dass der Beschwerdeführer wiederum einen stationären Aufenthalt hinter sich hat, keine relevante Veränderung des psychischen Zustands erkennen lassen. Dr. med. M. ___ legt in seinem aktuellen Arztbericht in einer den (somatischen) Leiden angepassten Tätigkeit eine Restarbeitsfähigkeit von 50 ■ 60 % fest. In seinem Bericht vom 20. September 2009 attestierte er eine Arbeitsunfähigkeit von 50 % ab Mitte Juni bis Anfang September 2009 sowie von 40 % seit Oktober 2009. Auch darin zeigt sich, dass von einem unveränderten Zustand ausgegangen wird. Von einer Verschlechterung des psychischen Zustands wird explizit einzig im Bericht des Zentrums G. ___ vom 13. Juni 2017 gesprochen und eine rezidivierende depressive Störung, ggw. mittelgradige Episode, diagnostiziert, was mit Blick auf die dort erhobenen Befunde kaum nachvollziehbar erscheint. Es ist einerseits die Rede von einer deutlich depressiv-resignierten Stimmung, Störung des Vitalgefühls und Verlangsamung von Aufmerksamkeit, Konzentration und Merkfähigkeit. Andererseits sei der Beschwerdeführer affektiv kontrolliert, ohne Auffassungsstörungen, mit formal beweglichem Denken ohne Denkverlangsamung, -einengung oder ■drängen. Selbst der langjährig behandelnde Arzt stellt keine derartige Diagnose. Auch der Bericht des Zentrums G. ___ vermag daher keine rentenrelevante Veränderung des Gesundheitszustands aufzuzeigen.

7.3 Nach dem Gesagten zeigt sich, dass die Beschwerdegegnerin für die Beurteilung der Frage, ob beim Beschwerdeführer hinsichtlich des Gesundheitszustands eine relevante Verschlechterung vorliegt, zu Recht auf die Einschätzung des RAD abgestellt hat, denn an der Schlüssigkeit der Ausführungen von Dr. med. H. ___ bestehen keine Zweifel. Eine (renten)relevante Veränderung des Gesundheitszustands im Vergleich zur letzten materiellen Rentenprüfung liegt klar nicht vor, weshalb auch die Tatsache, dass die RAD-Ärztin über einen Facharztstitel in der Arbeitsmedizin verfügt, nicht aber in Rheumatologie oder Psychiatrie, keine Zweifel an ihrer Beurteilung zu wecken vermag. Der Beschwerdegegnerin kann auch nicht vorgeworfen werden, sie habe die (glaubhaft gemachte) Veränderung des Gesundheitszustands nicht genügend abgeklärt. Wie die in E. II 6.1 wiedergegebenen medizinischen Unterlagen zeigen, haben der Beschwerdegegnerin entsprechende Berichte vorgelegen, einerseits vom Beschwerdeführer eingereichte, andererseits von ihr selber eingeholte. Sämtliche Unterlagen sind dem RAD unterbreitet worden, der diese umfassend und nachvollziehbar beurteilt hat. Unter den gegebenen Umständen war die Beschwerdegegnerin nicht gehalten, weitere Abklärungen zu tätigen bzw. ein Gutachten einzuholen. Ebenso wenig stellt sich die Frage nach der Durchführung eines strukturierten Beweisverfahrens gemäss BGE 141 V 281. Zwar sind rechtsprechungsgemäss grundsätzlich sämtliche psychischen Erkrankungen einem strukturierten Beweisverfahren zu unterziehen. Liegt jedoch keine Änderung der tatsächlichen Verhältnisse vor, wie für eine Neuurteilung des Leistungsanspruchs vorausgesetzt, spielt es keine Rolle, ob allenfalls ein rechtskräftig beurteilter, unveränderter Sachverhalt nach einer neuen Rechtsprechung rechtlich anders eingeordnet würde (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_587/2017 vom 14. Mai 2018 E. 5.3 mit Hinweisen). Die Beschwerde ist damit abzuweisen.

E. 8

8.1 Bei diesem Verfahrensausgang besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung. Dem Beschwerdeführer ist indessen ab Prozessbeginn die unentgeltliche Rechtspflege gewährt worden (vgl. E. I 6 hiervoor).

8.2 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).

8.3 Die unentgeltliche Rechtsbeiständin hat am 7. Dezember 2018 eine Kostennote eingereicht (A.S. 41 ff.), worin sie einen Kostenersatz von insgesamt CHF3'499.35 (bei einem Stundenansatz von CHF 250.00) geltend macht. Der geltend gemachte Aufwand von insgesamt 12:40 Stunden erweist sich gemessen an Aufwand und Schwierigkeit des Prozesses grundsätzlich als angemessen. Nicht zu entschädigen sind allerdings Positionen wie «Schreiben an Kl.», «Kurzbrief an Kl.» oder «E-Mail von und an Kl.» im Umfang von insgesamt 1 ¼ Stunden. Hierbei handelt es sich um Kanzleiaufwand, der im Stundenansatz eines Anwalts bereits inbegriffen und praxisgemäss nicht zu vergüten ist. Nicht zu ersetzen ist ferner der Zeitaufwand für im Verfahren nicht beteiligte Personen (Sozialdienst; 0:10). Folglich bleibt ein Zeitaufwand von 11:15 Stunden zum Ansatz als unentgeltlicher Rechtsbeistand nach § 179 Abs. 3 Gebührentarif (GT) bzw. zu CHF 180.00 pro Stunde zu entschädigen. Die in der Kostennote geltend gemachten Auslagen von CHF 82.50 sind ausgewiesen. Somit ist die Kostenforderung der unentgeltlichen Rechtsbeiständin auf CHF 2'270.00 (inkl. Auslagen und MwSt) festzusetzen, zahlbar durch die Zentrale

Gerichtskasse des Kantons Solothurn. Vorbehalten bleibt der Rückforderungsanspruch des Staates sowie der Nachzahlungsanspruch der unentgeltlichen Rechtsbeiständin (Differenz zum Stundenansatz von CHF 230.00 [keine Honorarvereinbarung über CHF 250.00/h]) im Betrag von CHF 606.00 während zehn Jahren, wenn A. ___ zur Nachzahlung in der Lage ist (§ 123 ZPO).

9. 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 die gesamten Verfahrenskosten 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 wird erkannt:

2. Die Kostenforderung der unentgeltlichen Rechtsbeiständin, Rechtsanwältin Anouck Zehntner, [...], wird auf CHF 2 ■ 270.00 (inkl. Auslagen und MwSt) festgesetzt, zahlbar durch die Zentrale Gerichtskasse des Kantons Solothurn. Vorbehalten bleibt der Rückforderungsanspruch des Staates sowie der Nachzahlungsanspruch der unentgeltlichen Rechtsbeiständin im Betrag von CHF 606.00 während zehn Jahren, 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 zehn 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

Der Präsident

Der Gerichtsschreiber

Flückiger

Häfliger

E. 9

Juli 2014 trotz bestätigter Nervenläsion die angegebene Bewegungseinschränkung und Schwäche der Schulter (Die Schulter rechts könne nicht einmal bis zur Horizontalen aktiv angehoben werden) nicht erklären. Die Schlussfolgerung der RAD-Ärztin, dass sich das dem Beschwerdeführer zumutbare Tätigkeitsprofil gleich präsentiere wie bei der letzten materiellen Rentenprüfung, bleibt damit unzweifelhaft. Das Vorliegen einer neuen

Diagnose begründet denn auch nicht zwingend eine anspruchserhebliche Verschlechterung des Gesundheitszustands. Vielmehr muss darüber hinaus aufgrund der neuen Diagnosen auch eine Veränderung des Invaliditätsgrades bzw. eine Veränderung in der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit eingetreten sein; dies ist vorliegend nicht der Fall. In Bezug auf die linke Schulter führt die RAD-Ärztin sodann aus, es lägen keine Unterlagen zu einer empfohlenen MRI-Untersuchung vor. Im Bericht der Uniklinik [...] vom 3. Oktober 2014 wird indessen lediglich eine Verdachtsdiagnose (V.a. Subscapularisläsion links) geäussert. Im Bericht wird festgehalten, dass der Verdacht rein klinisch sei. Die empfohlene MRI-Untersuchung ist nach Lage der Akten nicht durchgeführt worden. Im Arztbericht des Hausarztes vom 5. bzw. 11. November 2017 wird in Bezug auf die linke Schulter keine Problematik erwähnt, und es wird keine entsprechende Diagnose gestellt. Die Diagnoseliste des vom Beschwerdeführer ins Recht gelegten Berichts des Zentrums G.____ vom 13. Juni 2017 nennt in Bezug auf die Schulterschmerzen links einen unauffälligen Befund; insofern lässt sich auch aus dieser, nur von der Uniklinik [...] geäusserten Verdachtsdiagnose keine relevante Veränderung des Gesundheitszustands ableiten. Auch lässt sich die Beurteilung der RAD-Ärztin, dass eine allenfalls gegebene Läsion der linken Schulter auf das gleiche Tätigkeitsprofil schliessen lassen würde wie es aufgrund der Problematik der rechten Schulter bereits gegeben ist, nicht beanstanden. In psychiatrischer Hinsicht hält der den Beschwerdeführer behandelnde Psychotherapeut in seinem Arztbericht vom 3. November 2017 explizit fest, dass sich der Gesundheitszustand seit seinem letzten Arztbericht vom 20. September 2009 nicht verändert habe. Daran ändert auch die Tatsache nichts, dass als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nunmehr eine chronifizierte depressive Störung mit dysthym-dysphorischer Restsymptomatik genannt wird. Gerade wenn gegenüber der früheren Berichterstattung eine neue Diagnose gestellt wird, müsste sich der behandelnde Arzt darüber äussern können, inwiefern eine Verschlechterung des Gesundheitszustands vorliegt; dies tut der behandelnde Therapeut nicht, sondern er führt aus, dass im Längsschnitt ein chronifiziertes, depressives Krankheitsbild vorliege. Daraus ergibt sich klar, dass er von einem gleich gebliebenen Zustand ausgeht. Auch der Austrittsbericht der I.____, der erst nach Erlass der angefochtenen Verfügung vorlag, lässt an dieser Einschätzung keine Zweifel aufkommen. Der Beschwerdeführer befand sich zwar vom 29. März bis 23. Mai 2018 in einem stationären Aufenthalt. Im Austrittsbericht wird indessen einerseits festgehalten, dass sich der Zustand während des Aufenthalts verbessert habe. Andererseits wird keine über die Dauer des Klinikaufenthalts hinausgehende Arbeitsunfähigkeit attestiert. Gemäss dem behandelnden Arzt Dr. med. M.____ hätten bereits frühere stationäre Aufenthalte keine Veränderung der Situation gebracht. Somit vermag auch die Tatsache, dass der Beschwerdeführer wiederum einen stationären Aufenthalt hinter sich hat, keine relevante Veränderung des psychischen Zustands erkennen lassen. Dr. med. M.____ legt in seinem aktuellen Arztbericht in einer den (somatischen) Leiden angepassten Tätigkeit eine Restarbeitsfähigkeit von 50 – 60 % fest. In seinem Bericht vom 20. September 2009 attestierte er eine Arbeitsunfähigkeit von 50 % ab Mitte Juni bis Anfang September 2009 sowie von 40 % seit Oktober 2009. Auch darin zeigt sich, dass von einem unveränderten Zustand ausgegangen wird. Von einer Verschlechterung des psychischen Zustands wird explizit einzig im Bericht des Zentrums G.____ vom 13. Juni 2017 gesprochen und eine rezidivierende depressive Störung, ggw. mittelgradige Episode, diagnostiziert, was mit Blick auf die dort erhobenen Befunde kaum nachvollziehbar erscheint. Es ist einerseits die Rede von einer deutlich depressiv-resignierten Stimmung, Störung des Vitalgefühls und Verlangsamung von Aufmerksamkeit, Konzentration und

Merkfähigkeit. Andererseits sei der Beschwerdeführer affektiv kontrolliert, ohne Auffassungsstörungen, mit formal beweglichem Denken ohne Denkverlangsamung, -einengung oder -drängen. Selbst der langjährig behandelnde Arzt stellt keine derartige Diagnose. Auch der Bericht des Zentrums G. ___ vermag daher keine rentenrelevante Veränderung des Gesundheitszustands aufzuzeigen.

7.3 Nach dem Gesagten zeigt sich, dass die Beschwerdegegnerin für die Beurteilung der Frage, ob beim Beschwerdeführer hinsichtlich des Gesundheitszustands eine relevante Verschlechterung vorliegt, zu Recht auf die Einschätzung des RAD abgestellt hat, denn an der Schlüssigkeit der Ausführungen von Dr. med. H. ___ bestehen keine Zweifel. Eine (renten)relevante Veränderung des Gesundheitszustands im Vergleich zur letzten materiellen Rentenprüfung liegt klar nicht vor, weshalb auch die Tatsache, dass die RAD-Ärztin über einen Facharztstitel in der Arbeitsmedizin verfügt, nicht aber in Rheumatologie oder Psychiatrie, keine Zweifel an ihrer Beurteilung zu wecken vermag. Der Beschwerdegegnerin kann auch nicht vorgeworfen werden, sie habe die (glaubhaft gemachte) Veränderung des Gesundheitszustands nicht genügend abgeklärt. Wie die in E. II 6.1 wiedergegebenen medizinischen Unterlagen zeigen, haben der Beschwerdegegnerin entsprechende Berichte vorgelegen, einerseits vom Beschwerdeführer eingereichte, andererseits von ihr selber eingeholte. Sämtliche Unterlagen sind dem RAD unterbreitet worden, der diese umfassend und nachvollziehbar beurteilt hat. Unter den gegebenen Umständen war die Beschwerdegegnerin nicht gehalten, weitere Abklärungen zu tätigen bzw. ein Gutachten einzuholen. Ebenso wenig stellt sich die Frage nach der Durchführung eines strukturierten Beweisverfahrens gemäss BGE 141 V 281. Zwar sind rechtsprechungsgemäss grundsätzlich sämtliche psychischen Erkrankungen einem strukturierten Beweisverfahren zu unterziehen. Liegt jedoch keine Änderung der tatsächlichen Verhältnisse vor, wie für eine Neubeurteilung des Leistungsanspruchs vorausgesetzt, spielt es keine Rolle, ob allenfalls ein rechtskräftig beurteilter, unveränderter Sachverhalt nach einer neuen Rechtsprechung rechtlich anders eingeordnet würde (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_587/2017 vom 14. Mai 2018 E. 5.3 mit Hinweisen). Die Beschwerde ist damit abzuweisen.

8. 8.1 Bei diesem Verfahrensausgang besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung. Dem Beschwerdeführer ist indessen ab Prozessbeginn die unentgeltliche Rechtspflege gewährt worden (vgl. E. I 6 hiervor).

8.2 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).

8.3 Die unentgeltliche Rechtsbeiständin hat am 7. Dezember 2018 eine Kostennote eingereicht (A.S. 41 ff.), worin sie einen Kostenersatz von insgesamt CHF 3'499.35 (bei einem Stundenansatz von CHF 250.00) geltend macht. Der geltend gemachte Aufwand von insgesamt 12:40 Stunden erweist sich gemessen an Aufwand und Schwierigkeit des Prozesses grundsätzlich als angemessen. Nicht zu entschädigen sind allerdings Positionen wie «Schreiben an Kl.», «Kurzbrief an Kl.» oder «E-Mail von und an Kl.» im Umfang von insgesamt 1 ¼ Stunden. Hierbei handelt es sich um Kanzleiaufwand, der im Stundenansatz eines Anwalts bereits inbegriffen und praxisgemäss nicht zu vergüten ist. Nicht zu ersetzen ist ferner der Zeitaufwand für im Verfahren nicht beteiligte Personen (Sozialdienst; 0:10). Folglich bleibt ein Zeitaufwand von 11:15 Stunden zum Ansatz als unentgeltlicher Rechtsbeistand nach § 179 Abs. 3 Gebührentarif (GT) bzw. zu CHF 180.00 pro Stunde zu entschädigen. Die in der Kostennote geltend gemachten Auslagen von CHF 82.50 sind ausgewiesen. Somit ist die Kostenforderung der unentgeltlichen Rechtsbeiständin auf CHF

2'270.00 (inkl. Auslagen und MwSt) festzusetzen, zahlbar durch die Zentrale Gerichtskasse des Kantons Solothurn. Vorbehalten bleibt der Rückforderungsanspruch des Staates sowie der Nachzahlungsanspruch der unentgeltlichen Rechtsbeiständin (Differenz zum Stundenansatz von CHF 230.00 [keine Honorarvereinbarung über CHF 250.00/h]) im Betrag von CHF 606.00 während zehn Jahren, wenn A.____ zur Nachzahlung in der Lage ist (§ 123 ZPO). 9. 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 die gesamten Verfahrenskosten 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.