

# **SO\_GERICHTE VSBES.2019.132 vom 19. März 2019**

SO Obergericht, 2019-03-19, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so\\_gerichte\\_VSBES.2019.132](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2019.132)

FR: SO\_GERICHTE VSBES.2019.132 du 19 mars 2019

IT: SO\_GERICHTE VSBES.2019.132 del 19 marzo 2019

## **Erwägungen**

### **E. 1**

1.1 Der 1957 geborene A.\_\_\_\_ (im Folgenden Beschwerdeführer) war zuletzt vom 1. Februar 1996 bis 31. März 2004 als Maschinist bei der B.\_\_\_\_ bzw. C.\_\_\_\_, [...], angestellt. Am 28. August 2004 meldete er sich bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug an. Die IV-Stelle des Kantons Solothurn (im Folgenden: Beschwerdegegnerin) gewährte ihm daraufhin mit Verfügung vom 27. Dezember 2004 berufliche Massnahmen (Beratung und Unterstützung bei der Stellensuche), welche am 11. April 2005 eingestellt wurden (IV-St. Beleg Nr. [IV-Nr.] 13, 21 und 22). In der Folge wurde der Beschwerdeführer am 27. und 28. Februar 2007 in der D.\_\_\_\_, Luzern, polydisziplinär begutachtet (IV-Nr. 41). Die Beschwerdegegnerin erteilte Kostengutsprache für zwei Hörgeräte (Mitteilung vom 31. August 2007; IV-Nr. 48). Ferner sprach sie dem Beschwerdeführer mit Verfügung vom 4. März 2008 aufgrund eines Invaliditätsgrades von 100 % eine befristete ganze Invalidenrente vom 1. November 2004 bis 28. Februar 2007 zu (IV-Nr. 56). Die dagegen erhobene Beschwerde wies das Versicherungsgericht des Kantons Solothurn (im Folgenden: Versicherungsgericht) mit rechtskräftigem Urteil vom 19. Februar 2009 ab (VSBES.2008.82; IV-Nr. 66 S. 2 ff.). Am 1. April 2009 übernahm die Beschwerdegegnerin Frühinterventionsmassnahmen in Form eines Assessments in der E.\_\_\_\_ vom 14. bis 30. April 2009. Da der Beschwerdeführer innert angemessener Frist nicht in den Arbeitsmarkt integriert werden konnte, schloss sie die Arbeitsvermittlung mit rechtskräftiger Verfügung vom 14. Dezember 2009 ab (IV-Nr. 81).

1.3 Mit Eingabe vom 13. August 2014 liess der Beschwerdeführer der Beschwerdegegnerin verschiedene medizinische Unterlagen zukommen und geltend machen, seine Gesundheitslage habe sich seit dem Referenzzeitpunkt (Verfügung vom 16. August 2012) erheblich verschlechtert; seine Eingabe sei als Neuanschuldung entgegen zu nehmen (IV-Nr. 172). Daraufhin stellte die Beschwerdegegnerin dem Beschwerdeführer mit Vorbescheid vom 11. September 2014 in Aussicht, auf das neue Leistungsbegehren mangels neuer Tatsachen nicht einzutreten (IV-Nr. 173 S. 2 f.). Am 15. Oktober 2014 liess der Beschwerdeführer Einwand erheben und geltend machen, es sei der IV-Leistungsanspruch (berufliche Eingliederungsmassnahmen, Invalidenrente, etc.) materiell neu abzuklären (IV-Nr. 174). Mit Eingabe vom 4. November 2014 liess er der Beschwerdegegnerin sodann einen Bericht des F.\_\_\_\_ vom 12. Mai 2014 einreichen (IV-Nr. 176). Nach Rücksprache mit dem Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD) veranlasste die Beschwerdegegnerin am 19. Januar 2015 eine konsiliarische elektrophysiologische Kontrolluntersuchung bei G.\_\_\_\_ (IV-Nr. 178 und 179). Daraufhin liess der Beschwerdeführer am 11. Februar 2015 einwenden, es gehöre nicht zu seinen Pflichten, sich einer solchen Konsiliaruntersuchung zu unterziehen, welche nicht notwendig sei. Für ein medizinisches Gutachten stehe er jedoch zur Verfügung (IV-Nr. 183). Am 19. Februar

2015 teilte die Beschwerdegegnerin dem Beschwerdeführer mit, die konsiliarische Untersuchung komme ihm insofern entgegen, als eine umfangreiche neurologische Begutachtung für ihn einen grösseren medizinischen Eingriff darstellen würde. An der Untersuchung werde festgehalten (IV-Nr. 184). Am 3. März 2015 liess der Beschwerdeführer G.\_\_\_\_ mitteilen, er sei mit dem Entscheid der Beschwerdegegnerin nicht einverstanden und sein Termin vom 31. März 2015 sei zu annullieren (IV-Nr. 186 S. 3 f.).

Die Beschwerdegegnerin teilte dem Beschwerdeführer am 11. März 2015 im Rahmen eines Mahn- und Bedenkzeitverfahrens mit, er habe sich bis spätestens am 25. März 2015 mit der Praxis von G.\_\_\_\_ in Verbindung zu setzen, ansonsten ein Entscheid aufgrund der Akten gefällt werde (IV-Nr. 188). Am 31. März 2015 orientierte die Beschwerdegegnerin den Beschwerdeführer dahingehend, die angesetzte Frist für die Terminvereinbarung sei ungenutzt verstrichen (IV-Nr. 193). Daraufhin trat die Beschwerdegegnerin mit Verfügung vom 27. Mai 2015 auf das neue Leistungsbegehren vom 13. August 2014 nicht ein (IV-Nr. 195). Die dagegen erhobene Beschwerde hiess das Versicherungsgericht mit Urteil vom 22. September 2016 gut, hob die angefochtene Nichteintretensverfügung auf und wies die Sache an die Beschwerdegegnerin zurück, damit sie auf das Leistungsbegehren eintrete, die Abklärungen im Sinne der Erwägungen veranlasse und über den Anspruch des Beschwerdeführers auf berufliche Massnahmen sowie eine Invalidenrente entscheide (VSBES.2015.178; IV-Nr. 223 S. 2 f.). Dieses Urteil erwuchs in der Folge unangefochten in Rechtskraft.

1.4 Am 4. Oktober 2016 liess der Beschwerdeführer der Beschwerdegegnerin verschiedene medizinische Unterlagen einreichen (IV-Nr. 224). Nach Rücksprache mit dem RAD veranlasste die Beschwerdegegnerin eine bidisziplinäre (neurologische und psychiatrische) Begutachtung im G.\_\_\_\_ (Verfügung vom 19. Mai 2017, IV-Nr. 242), welche am 30. August 2017 durchgeführt wurde (Gutachten vom 25. September 2017, IV-Nr. 244 S. 2 ff.). Nach Durchführung des Vorbescheidverfahrens, Beizug des RAD, Veranlassung einer ambulant durchzuführenden Elektroneurographie (ENG), Einholung eines psychiatrischen Berichts beim behandelnden Psychiater Dr. med. H.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, [...], und Durchsetzung einer medizinischen Auflage (Blutentnahme zur Spiegelmessung) im Rahmen eines Mahn- und Bedenkzeitverfahrens wies die Beschwerdegegnerin den Anspruch des Beschwerdeführers auf eine Invalidenrente sowie berufliche Eingliederungsmassnahmen mit Verfügung vom 19. März 2019 ab. Zur Begründung wurde im Wesentlichen dargelegt, gemäss den Abklärungen sei der Beschwerdeführer in seiner Erwerbsfähigkeit eingeschränkt. In der angestammten Tätigkeit sowie in jeder anderen angepassten Verweistätigkeit bestehe gemäss den vorhandenen medizinischen Unterlagen eine Arbeits- und Leistungsfähigkeit von 80 %. Möglich seien leichte bis mittelschwere, leicht adaptierte Tätigkeiten. Eine solche Tätigkeit sei ihm zeitlich vollschichtig möglich, dabei bestehe ein leicht erhöhter Pausenbedarf bei leicht reduzierter Einsetzbarkeit auf Leitern und Tritten sowie beim Besteigen von Gerüsten bei vorhandenen Gleichgewichtsstörungen. Die Leistungseinschränkung sei gemäss den vorhandenen medizinischen Unterlagen vor allem psychisch bedingt. Der Invaliditätsgrad betrage 20 %. Berufliche Massnahmen seien aufgrund der ausgeprägten subjektiven Krankheits- und Behinderungsüberzeugung des Beschwerdeführers nicht angezeigt (IV-Nr. 285; Aktenseiten [A.S.] 1 ff.).

## **E. 1.2**

Am 26. Januar 2010 liess sich der Beschwerdeführer bei der IV zum Leistungsbezug neu anmelden (IV-Nr. 85). Am 4. Februar 2011 ordnete die Beschwerdegegnerin eine polydisziplinäre Verlaufsbeurteilung erneut in der D.\_\_\_\_, an, welche am 15. und 16. November 2011 durchgeführt wurde (Gutachten vom 26. Januar 2012; IV-Nr. 118). Mangels eines rentenbegründenden Invaliditätsgrades von 33 % wurde dem Beschwerdeführer mit Vorbescheid vom 21. Februar 2012 die Abweisung des Leistungsbegehrens in Aussicht gestellt (IV-Nr. 120 S. 2 f.). Nach erhobenem Einwand holte die Beschwerdegegnerin am 16. Mai 2012 eine Stellungnahme bei der D.\_\_\_\_ ein (Stellungnahme vom 22. Mai 2012; IV-Nr. 133). Daraufhin wies sie das Leistungsbegehren des Beschwerdeführers auf berufliche Eingliederungsmassnahmen und eine Invalidenrente infolge eines ermittelten IV-Grades von 33 % mit Verfügung vom 16. August 2012 ab (IV-Nr. 144). Die dagegen erhobene Beschwerde wurde mit Urteil des Versicherungsgerichts vom 26. September 2013 abgewiesen (VSBES.2012.245; IV-Nr. 166 S. 2 ff.). Das Bundesgericht wies die dagegen gerichtete Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten mit Urteil vom 24. Februar 2014 ebenfalls ab (9C\_830/2013; IV-Nr. 171). 1.3 Mit Eingabe vom 13. August 2014 liess der Beschwerdeführer der Beschwerdegegnerin verschiedene medizinische Unterlagen zukommen und geltend machen, seine Gesundheitslage habe sich seit dem Referenzzeitpunkt (Verfügung vom 16. August 2012) erheblich verschlechtert; seine Eingabe sei als Neuanmeldung entgegen zu nehmen (IV-Nr. 172). Daraufhin stellte die Beschwerdegegnerin dem Beschwerdeführer mit Vorbescheid vom 11. September 2014 in Aussicht, auf das neue Leistungsbegehren mangels neuer Tatsachen nicht einzutreten (IV-Nr. 173 S. 2 f.). Am 15. Oktober 2014 liess der Beschwerdeführer Einwand erheben und geltend machen, es sei der IV-Leistungsanspruch (berufliche Eingliederungsmassnahmen, Invalidenrente, etc.) materiell neu abzuklären (IV-Nr. 174). Mit Eingabe vom 4. November 2014 liess er der Beschwerdegegnerin sodann einen Bericht des F.\_\_\_\_ vom 12. Mai 2014 einreichen (IV-Nr. 176). Nach Rücksprache mit dem Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD) veranlasste die Beschwerdegegnerin am 19. Januar 2015 eine konsiliarische elektrophysiologische Kontrolluntersuchung bei G.\_\_\_\_ (IV-Nr. 178 und 179). Daraufhin liess der Beschwerdeführer am 11. Februar 2015 einwenden, es gehöre nicht zu seinen Pflichten, sich einer solchen Konsiliaruntersuchung zu unterziehen, welche nicht notwendig sei. Für ein medizinisches Gutachten stehe er jedoch zur Verfügung (IV-Nr. 183). Am 19. Februar 2015 teilte die Beschwerdegegnerin dem Beschwerdeführer mit, die konsiliarische Untersuchung komme ihm insofern entgegen, als eine umfangreiche neurologische Begutachtung für ihn einen grösseren medizinischen Eingriff darstellen würde. An der Untersuchung werde festgehalten (IV-Nr. 184). Am 3. März 2015 liess der Beschwerdeführer G.\_\_\_\_ mitteilen, er sei mit dem Entscheid der Beschwerdegegnerin nicht einverstanden und sein Termin vom 31. März 2015 sei zu annullieren (IV-Nr. 186 S. 3 f.). Die Beschwerdegegnerin teilte dem Beschwerdeführer am 11. März 2015 im Rahmen eines Mahn- und Bedenkzeitverfahrens mit, er habe sich bis spätestens am 25. März 2015 mit der Praxis von G.\_\_\_\_ in Verbindung zu setzen, ansonsten ein Entscheid aufgrund der Akten gefällt werde (IV-Nr. 188). Am 31. März 2015 orientierte die Beschwerdegegnerin den Beschwerdeführer dahingehend, die angesetzte Frist für die Terminvereinbarung sei ungenutzt verstrichen (IV-Nr. 193). Daraufhin trat die Beschwerdegegnerin mit Verfügung vom 27. Mai 2015 auf das neue Leistungsbegehren vom 13. August 2014 nicht ein (IV-Nr. 195). Die dagegen erhobene Beschwerde hiess das Versicherungsgericht mit Urteil vom 22. September 2016 gut, hob

die angefochtene Nichteintretensverfügung auf und wies die Sache an die Beschwerdegegnerin zurück, damit sie auf das Leistungsbegehren eintrete, die Abklärungen im Sinne der Erwägungen veranlasse und über den Anspruch des Beschwerdeführers auf berufliche Massnahmen sowie eine Invalidenrente entscheide (VSBES.2015.178; IV-Nr. 223 S. 2 f.). Dieses Urteil erwuchs in der Folge unangefochten in Rechtskraft. 1.4 Am 4. Oktober 2016 liess der Beschwerdeführer der Beschwerdegegnerin verschiedene medizinische Unterlagen einreichen (IV-Nr. 224). Nach Rücksprache mit dem RAD veranlasste die Beschwerdegegnerin eine bidisziplinäre (neurologische und psychiatrische) Begutachtung im G.\_\_\_\_ (Verfügung vom 19. Mai 2017, IV-Nr. 242), welche am 30. August 2017 durchgeführt wurde (Gutachten vom 25. September 2017, IV-Nr. 244 S. 2 ff.). Nach Durchführung des Vorbescheidverfahrens, Beizug des RAD, Veranlassung einer ambulant durchzuführenden Elektroneurographie (ENG), Einholung eines psychiatrischen Berichts beim behandelnden Psychiater Dr. med. H.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, [...], und Durchsetzung einer medizinischen Auflage (Blutentnahme zur Spiegelmessung) im Rahmen eines Mahn- und Bedenkzeitverfahrens wies die Beschwerdegegnerin den Anspruch des Beschwerdeführers auf eine Invalidenrente sowie berufliche Eingliederungsmassnahmen mit Verfügung vom 19. März 2019 ab. Zur Begründung wurde im Wesentlichen dargelegt, gemäss den Abklärungen sei der Beschwerdeführer in seiner Erwerbsfähigkeit eingeschränkt. In der angestammten Tätigkeit sowie in jeder anderen angepassten Verweistätigkeit bestehe gemäss den vorhandenen medizinischen Unterlagen eine Arbeits- und Leistungsfähigkeit von 80 %. Möglich seien leichte bis mittelschwere, leicht adaptierte Tätigkeiten. Eine solche Tätigkeit sei ihm zeitlich vollschichtig möglich, dabei bestehe ein leicht erhöhter Pausenbedarf bei leicht reduzierter Einsetzbarkeit auf Leitern und Tritten sowie beim Besteigen von Gerüsten bei vorhandenen Gleichgewichtsstörungen. Die Leistungseinschränkung sei gemäss den vorhandenen medizinischen Unterlagen vor allem psychisch bedingt. Der Invaliditätsgrad betrage 20 %. Berufliche Massnahmen seien aufgrund der ausgeprägten subjektiven Krankheits- und Behinderungsüberzeugung des Beschwerdeführers nicht angezeigt (IV-Nr. 285; Aktenseiten [A.S.] 1 ff.).

## **E. 2**

2.1 Als Invalidität im Sinne des Gesetzes gilt gemäss Art. 8 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG, SR 830.1) die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit andauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit. Sie kann nach Art. 4 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG, SR 831.20) Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein. Anspruch auf eine Rente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG Versicherte, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a), während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind (lit. b) und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind (lit. c).

Für die Bestimmung des Invaliditätsgrades wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte, in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Art. 16

ATSG).

### **E. 2.1**

Als Invalidität im Sinne des Gesetzes gilt gemäss Art. 8 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG, SR 830.1) die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit andauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit. Sie kann nach Art. 4 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG, SR 831.20) Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein. Anspruch auf eine Rente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG Versicherte, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a), während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind (lit. b) und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind (lit. c).

### **E. 2.2**

Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG besteht bei einem Invaliditätsgrad ab 40 % ein Anspruch auf eine Viertelsrente, ab 50 % auf eine halbe Rente, ab 60 % auf eine Dreiviertelsrente und ab 70 % auf eine ganze Rente. Für die Bestimmung des Invaliditätsgrades wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte, in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Art. 16 ATSG).

### **E. 3.1**

Gemäss Art. 17 Abs. 1 ATSG (vgl. auch Art. 86 ter -88 bis der Verordnung über die Invalidenversicherung [IVV, SR 831.201] sowie Art. 31 IVG) wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben, wenn sich der Invaliditätsgrad einer Rentenbezügerin oder eines Rentenbezügers erheblich ändert. Anlass zur Revision einer Invalidenrente im Sinne von Art. 17 Abs. 1 ATSG gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen (BGE 134 V 131 E. 3 S. 132 mit Hinweisen). Die Invalidenrente ist deshalb nicht nur bei einer wesentlichen Veränderung des Gesundheitszustands revidierbar, sondern auch dann, wenn sich die erwerblichen Auswirkungen des an sich gleich gebliebenen Gesundheitszustandes erheblich verändert haben. Ein Revisionsgrund ist ferner unter Umständen auch dann gegeben, wenn eine andere Art der Bemessung der Invalidität zur Anwendung gelangt oder eine Wandlung des Aufgabenbereichs eingetreten ist (BGE 130 V 343 E. 3.5 S. 349 f. mit Hinweisen). Unerheblich unter revisionsrechtlichem Gesichtswinkel ist dagegen nach ständiger Rechtsprechung die unterschiedliche Beurteilung eines im Wesentlichen unverändert gebliebenen Sachverhaltes (BGE 112 V 371 E. 2b S. 372; vgl. auch BGE 135 V 201 E. 5.2 S. 205). 3.2 Wird ein Gesuch um Revision eingereicht, ist darin glaubhaft zu machen, dass sich der Grad der Invalidität des Versicherten in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert hat (Art. 87 Abs. 2 IVV). Wurde eine Rente wegen eines zu geringen Invaliditätsgrades verweigert, so wird eine neue Anmeldung nur geprüft, wenn die Voraussetzungen nach Absatz 2 erfüllt sind (Art. 87 Abs. 3 IVV). Tritt der Versicherungsträger auf die Neuanmeldung ein, hat er – analog zu einem Revisionsfall nach

Art. 17 ATSG – abzuklären, ob die glaubhaft gemachte Veränderung des Invaliditätsgrades auch tatsächlich eingetreten ist. Dies beurteilt sich durch Vergleich der Verhältnisse im Zeitpunkt der Neuanschuldung mit denjenigen bei Erlass der letzten, auf einer materiellen Prüfung des Anspruchs beruhenden Verfügung (BGE 130 V 71 E. 3.2.3 S. 75 ff.; vgl. auch BGE 133 V 108). Stellt der Versicherer fest, dass der Invaliditätsgrad keine Veränderung erfahren hat, so weist er das Gesuch ab. Andernfalls prüft er, ob die festgestellte Veränderung genügt, um eine anspruchsbegründende Invalidität zu bejahen, und entscheidet anschliessend über den Anspruch (Urteil des Bundesgerichts 8C\_282/2012 vom 11. Mai 2012 E. 2). Analog zur erstmaligen Anspruchsbeurteilung sind zudem allfällige anspruchswirksame Veränderungen bis zum Verfügungserlass zu berücksichtigen (vgl. BGE 129 V 222).

#### **E. 4**

4.1 Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung auf Unterlagen angewiesen, die Arztpersonen und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist. Im Weiteren bilden die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 140 V 193 E. 3.2 S. 196, 105 V 156 E. 1 S. 158 f.).

4.2 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 8C\_308/2007 vom 9. April 2008 E. 2.2.1 mit vielen Hinweisen).

4.3 Versicherungsträger und Sozialversicherungsgericht haben die Beweise frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Für das Beschwerdeverfahren bedeutet dies, dass der Sozialversicherungsrichter alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, 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 (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten begründet sind (BGE 125 V 351 E. 3a S. 352).

4.4 Die Rechtsprechung erachtet es jedoch als mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung vereinbar, in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten Richtlinien für die Beweiswürdigung aufzustellen (BGE 125 V 351 E. 3b S. 352). So ist einem im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten medizinischen Gutachten durch externe Spezialärzte, welches auf Grund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten erstellt wurde und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangt, in der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 137 V 210 E. 2.2.2 S. 232, 125 V 351 E. 3b/bb S. 353).

## **E. 5**

5.1 Der Beschwerdeführer rügt zunächst eine Verletzung seines Anspruchs auf rechtliches Gehör. Er macht geltend, die Beschwerdegegnerin habe ihm vor dem Erlass der angefochtenen Verfügung vom 19. März 2019 die Stellungnahme des RAD gleichen Datums (IV-Nr. 286) und den Bericht über die elektroneurographische Untersuchung des G.\_\_\_\_-Gutachters vom 21. August 2018 (IV-Nr. 271) weder zur Kenntnis- noch zur Stellungnahme unterbreitet. Damit liege eine schwere Gehörsverletzung vor. Angesichts der Schwere der Gehörsverletzung(en) rechtfertige sich eine Rückweisung der Sache an die Beschwerdegegnerin. Dies werde nicht als «formalistischer Leerlauf» angesehen (Beschwerde, S. 6 f. Ziff. 8.).

Die Beschwerdegegnerin hält dem in ihrer Beschwerdeantwort vom 25. Juni 2019 entgegen, bei der RAD-Stellungnahme vom 19. März 2019 handle es sich um eine Würdigung bereits vorhandener medizinischer Akten. Da diese Stellungnahme zu keinem anderen Ergebnis geführt habe und am vorgesehenen Entscheid festgehalten worden sei, sei eine vorgängige Zustellung des Berichts an den Beschwerdeführer nicht notwendig gewesen. Im Weiteren sei der Bericht über die elektroneurographische Untersuchung vom 21. August 2018 tatsächlich nicht vorgängig zur Stellungnahme zugestellt worden. Er sei jedoch als integrierender Bestandteil der angefochtenen Verfügung erklärt worden. Somit könne der Beschwerdeführer dazu im Rahmen des Beschwerdeverfahrens Stellung nehmen. Eine allfällige Verletzung des rechtlichen Gehörs könnte auch hier geheilt werden, da das Gericht über eine volle Kognition verfüge. Eine Rückweisung der Sache wäre als formalistischer Leerlauf zu qualifizieren (A.S. 35).

5.2 Nach Art. 29 Abs. 2 BV und Art. 42 Satz 1 ATSG haben die Parteien Anspruch auf rechtliches Gehör. Das rechtliche Gehör dient einerseits der Sachaufklärung, andererseits stellt es ein persönlichkeitsbezogenes Mitwirkungsrecht beim Erlass eines Entscheides dar, welcher in die Rechtsstellung des Einzelnen eingreift. Dazu gehört insbesondere das Recht des Betroffenen, sich vor Erlass eines solchen Entscheids zur Sache zu äussern, erhebliche Beweise beizubringen und Einsicht in die Akten zu nehmen. Der Anspruch auf rechtliches Gehör umfasst als Mitwirkungsrecht somit alle Befugnisse, die einer Partei einzuräumen sind, damit sie in einem Verfahren ihren Standpunkt wirksam zur Geltung bringen kann. Voraussetzung des Äusserungsrechts sind genügende Kenntnisse über den Verfahrensverlauf, was auf das Recht hinausläuft, in geeigneter Weise über die entscheidungswesentlichen Vorgänge und Grundlagen vorweg orientiert zu werden. Wie weit

dieses Recht geht, lässt sich nicht generell, sondern nur unter Würdigung der konkreten Umstände beurteilen. Entscheidend ist, ob dem Betroffenen ermöglicht wurde, seinen Standpunkt wirksam zur Geltung zu bringen (Urteil des Bundesgerichts 9C\_162/2019, 9C\_191/2019 vom 29. Mai 2019 E. 5.3.3.1 mit Hinweisen).

5.3 Die Beschwerdegegnerin stellte dem Beschwerdeführer mit Vorbescheid vom 12. Februar 2018 in Aussicht, den Anspruch auf eine Invalidenrente sowie denjenigen auf berufliche Eingliederungsmassnahmen abzuweisen (IV-Nr. 249 S. 2 ff.). In seinem Einwand vom 16. März 2018 liess der Beschwerdeführer gegenüber der Beschwerdegegnerin geltend machen, es seien ihm die vollständigen IV-Akten (inkl. detailliertem Verlaufsprotokoll, RAD-Berichte etc.) seit seiner letzten Akteneinsicht vom 8. Oktober 2016 zukommen zu lassen (IV-Nr. 262 S. 1 f.). Mit Einwandbegründung vom 25. April 2018 wurde gerügt, das von der Beschwerdegegnerin veranlasste G.\_\_\_-Gutachten vom 25. September 2017 sei mangels Durchführung einer erforderlichen Elektroneurographie mangelhaft und auch unvollständig, weil es ein Arterienleiden nicht berücksichtige. Dies lasse sich dem beiliegenden Bericht der I.\_\_\_ vom 3. Januar 2018 entnehmen. Ohne weitere angiologische und kardiologische Untersuchungen liessen sich u.a. auch die Beinbeschwerden und deren Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit nicht abschliessend klären (IV-Nr. 266). Dazu nahm der RAD (Dr. med. J.\_\_\_, Fachärztin für Allgemeinmedizin und Arbeitsmedizin) am 11. Mai 2018 dahingehend Stellung, es sei beim neurologischen Gutachter Dr. med. K.\_\_\_ eine Elektroneurographie (ENG) mit Bewertung durchzuführen, welche dann dem RAD vorzulegen sei (IV-Nr. 268 S. 2). Diese Untersuchung wurde am 20. August 2018 in der Neurologischen Praxis am L.\_\_\_, [...], durchgeführt (Bericht vom 21. August 2018, IV-Nr. 271). Dazu nahm der RAD am 25. September 2018 erneut Stellung (IV-Nr. 273). In der vorliegend angefochtenen Verfügung vom 19. März 2019 wurde dargelegt, Dr. med. K.\_\_\_ halte im Bericht über die nun durchgeführte Elektroneurographie vom 21. August 2018 fest, dass gegenüber der Voruntersuchung vom 30. August 2017 keine signifikante Veränderung vorliege. Es könne weiterhin auf die Einschätzung im G.\_\_\_-Gutachten abgestellt werden. Der Bericht vom 21. August 2018 bilde integrierender Bestandteil der Verfügung. Bezüglich des Arterienleidens wurde auf die Aktennotiz des RAD vom 19. März 2019 (IV-Nr. 286) verwiesen und ausgeführt, der mit Einwandbegründung eingereichte Bericht der I.\_\_\_ vom 3. Januar 2018 (IV-Nr. 266 S. 6 f.) sei vom RAD gewürdigt worden. Daraus könne kein Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit abgeleitet werden. Die Aktennotiz des RAD vom 19. März 2019 bilde ebenfalls integrierender Bestandteil der Verfügung (IV-Nr. 285).

5.4 Zur Aktennotiz des RAD vom 19. März 2019 ist festzuhalten, dass sich der Beschwerdeführer dazu vor Erlass der vorliegend angefochtenen Verfügung vom 19. März 2019 offensichtlich nicht äussern konnte, da diese am gleichen Tag erstellt und dem Beschwerdeführer erst zusammen mit der angefochtenen Verfügung zugestellt wurde. Bei dieser Aktennotiz handelt es sich unbestrittenermassen nicht um eine eigenständige fachmedizinische Einschätzung des RAD, sondern um dessen Würdigung des Berichts der I.\_\_\_ vom 3. Januar 2018, zu dem sich der Beschwerdeführer bereits mit Einwandbegründung vom 25. April 2018 äussern konnte. Das Bundesgericht hat einen kantonalen Entscheid bestätigt, laut welchem die IV-Stelle Berichte des RAD, die im Rahmen von dessen beratender Funktion (Art. 49 Abs. 3 IVV) gestützt auf die Akten erstattet werden, der betroffenen Partei nicht vor dem Verfügungserlass unterbreiten muss, wenn es sich um eine blosser «Beweiswürdigung» der medizinischen Aktenlage zuhanden

der verfügenden Instanz handelt. Das rechtliche Gehör ist jedoch zu gewähren, wenn die RAD-Stellungnahme eine neue medizinische Erkenntnis oder Behauptung enthält, welche nicht den Akten entnommen werden kann (VersG SG IV 2009/280 vom 6. April 2011, bestätigt durch das Urteil des Bundesgerichts 9C\_436/2011 vom 5. August 2011, E. 3.1; Urteil des Bundesgerichts 8C\_501/2012 vom 24. Juli 2012, E. 4.2). Die in der Aktennotiz vom 19. März 2019 enthaltene Würdigung des Berichts der I.\_\_\_\_ vom 3. Januar 2018 durch den RAD enthält keine neue medizinische Erkenntnis oder Behauptung, welche nicht den Akten entnommen werden kann (vgl. IV-Nr. 286). Bezüglich der Aktennotiz des RAD vom 19. März 2019 dürfte daher eher keine Verletzung des rechtlichen Gehörs vorliegen. Die Frage kann jedoch offen bleiben, da es sich jedenfalls um einen heilbaren Mangel handeln würde und eine Gehörsverletzung aus den nachfolgend darzulegenden Gründen ohnehin vorliegt.

5.5 Anders zu beurteilen ist die ebenfalls nicht vor Verfügungserlass erfolgte Zustellung des von der Beschwerdegegnerin beim neurologischen Gutachter Dr. med. K.\_\_\_\_ veranlassten Berichts über die elektroneurographische Untersuchung vom 20. August 2018 (Bericht vom 21. August 2018, IV-Nr. 271). Nachdem der Beschwerdeführer mit Einwandbegründung vom 25. April 2018 dargelegt hatte, das G.\_\_\_\_-Gutachten vom 25. September 2017 enthalte, insbesondere im neurologischen Teil, Mängel, welche es als beweisrechtlich unverwertbar erscheinen liessen, da der neurologische Gutachter auf eine notwendige Elektroneurographie ohne erkennbaren und kommunizierten Grund verzichtet habe (IV-Nr. 266 S. 2 f. Ziff. 1), ordnete die Beschwerdegegnerin nach Rücksprache mit dem RAD die noch ausstehende Untersuchung an (IV-Nr. 269 ff.). Auch der entsprechende Bericht vom 21. August 2018 wurde dem Beschwerdeführer vor Erlass der angefochtenen Verfügung nicht zur Kenntnis- und Stellungnahme zugestellt. Dies wäre jedoch erforderlich gewesen, da der neurologische Gutachter aufgrund der elektroneurographischen Untersuchung vom 20. August 2018 eine aktuelle Beurteilung vornehmen konnte, zu welcher der RAD am 25. September 2018 Stellung nahm (IV-Nr. 273). Der Bericht enthielt somit neue Tatsachen, weshalb auch dem Beschwerdeführer die Gelegenheit hätte gegeben werden müssen, sich dazu vor Erlass der angefochtenen Verfügung zu äussern. Der Gehörsanspruch ist grundsätzlich vor (d.h. nicht mit oder nach) dem Verfügungserlass zu gewähren (Urteil des Bundesgerichts 9C\_411/2018 vom 24. Oktober 2018 E. 2.2 mit Hinweis). Demnach ist bezüglich des Abklärungsberichts vom 21. August 2018 von einer Gehörsverletzung auszugehen, was von der Beschwerdegegnerin in ihrer Beschwerdeantwort vom 25. Juni 2019 denn auch nicht bestritten wird (A.S. 35).

5.6 Nach der Rechtsprechung kann eine nicht besonders schwerwiegende Verletzung des rechtlichen Gehörs ausnahmsweise als geheilt gelten, wenn die betroffene Person die Möglichkeit erhält, sich vor einer Beschwerdeinstanz zu äussern, die sowohl den Sachverhalt als auch die Rechtslage frei überprüfen kann. Unter dieser Voraussetzung ist darüber hinaus ■ im Sinne einer Heilung des Mangels ■ selbst bei einer schwerwiegenden Verletzung des rechtlichen Gehörs von einer Rückweisung der Sache an die Vorinstanz abzusehen, wenn und soweit die Rückweisung zu einem formalistischen Leerlauf und damit zu unnötigen Verzögerungen führen würde, die mit dem (der Anhörung gleichgestellten) Interesse der betroffenen Partei an einer beförderlichen Beurteilung der Sache nicht zu vereinbaren wären (BGE 133 I 201 E. 2.2 S. 204, 132 V 387 E. 5.1 S. 390 mit Hinweis; Urs Müller, Das Verwaltungsverfahren in der Invalidenversicherung, 2010, S. 252 Rz. 1331 ff.). Dass sich der Beschwerdeführer zum Bericht des neurologischen Gutachters über die

elektroneurographische Untersuchung vom 21. August 2018 vor Verfügungserlass nicht äussern konnte, stellt eine nicht besonders schwerwiegende Gehörsverletzung dar, welche im vorliegenden Beschwerdeverfahren geheilt werden kann, da das Versicherungsgericht über volle Kognition verfügt. Im vorliegenden Beschwerdeverfahren gelten der Untersuchungsgrundsatz und das Prinzip der freien Beweiswürdigung (Art. 61 lit. c ATSG). Im Verlauf des Verfahrens, das seit der Neuanmeldung vom August 2014 bereits mehr als fünf Jahre dauert, wurden umfassende medizinische Abklärungen getätigt. Weitere Untersuchungen sind nicht erforderlich. Prozessthema bildet ausschliesslich die Beurteilung des streitigen Anspruchs auf der Grundlage der vorhandenen Unterlagen. Die Positionen der Parteien gehen aus den Akten klar hervor und erscheinen als gefestigt. Eine (erneute) Rückweisung müsste unter diesen Umständen als prozessualer Leerlauf qualifiziert werden, der eine weitere Verzögerung des Verfahrens nach sich zöge, ohne dass irgendein Nutzen erkennbar wäre. Dies gilt es zu vermeiden. Die von der Beschwerdegegnerin begangene Gehörsverletzung wird jedoch bei der Festsetzung der Parteientschädigung zu berücksichtigen sein.

6. Im Folgenden ist zu prüfen, ob beim Beschwerdeführer seit dem Referenzzeitpunkt (Verfügung vom 16. August 2012) eine erhebliche Verschlechterung des Gesundheitszustands eingetreten ist. Damals stellte die Beschwerdegegnerin primär auf das polydisziplinäre (internistische, rheumatologische und psychiatrische) Gutachten der M.\_\_\_\_ ab (Gutachten vom 26. Januar 2012, IV-Nr. 118). Diesem Gutachten kann im Wesentlichen Folgendes entnommen werden:

6.1 Die Gutachter der M.\_\_\_\_ (Dr. med. N.\_\_\_\_, Innere Medizin & Endokrinologie/Diabetologie FMH; Dr. med. O.\_\_\_\_, Facharzt FMH Rheumatologie; Dr. med. P.\_\_\_\_, Psychiatrie und Psychotherapie FMH) stellten folgende Diagnosen mit wesentlicher Einschränkung der Arbeitsfähigkeit: «Komplizierte, protrahierte Trauerreaktion (ICD-10 F38.8), Unter Therapie teilweise remittierte Depression, aktuell leichte bis mittelgradige depressive Episode ohne somatisches Syndrom (ICD-10 F32.10)». Die weiteren Diagnosen (Adipositas «simplex», Diabetes Mellitus Typ 2, Dislipidämie, Schlaf-Apnoe-Syndrom, Schwerhörigkeit [mit Hörgeräten behandelt], Psychologische Faktoren oder Verhaltensfaktoren bei andernorts diagnostizierten Erkrankungen [ICD-10 F54], Ulnarisrinnen-Syndrom links, Verdacht auf emotional instabile Persönlichkeitsstörung vom impulsiven Typ [ICD-10 F60.30], Verdacht auf Myopathie M. tibialis anterior links bei Diabetes mellitus und Statin-Therapie [eventuell chronisches Kompartiment-Syndrom], Schädlicher Nikotinkonsum) haben ■ ebenso wie die angegebenen Nebenfunde ■ nach den gutachterlichen Angaben keine wesentliche Einschränkung der Arbeitsfähigkeit zur Folge.

Die Arbeitsfähigkeit wurde dahingehend beurteilt, für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Maschinenführer werde die Arbeitsfähigkeit auf 70 % der Norm geschätzt, wobei die psychiatrischen Gegebenheiten die Grenzen setzten. Für Verweistätigkeiten ohne besondere Anforderungen an Aufmerksamkeit, Konzentrationsfähigkeit und Belastbarkeit betrage die Arbeitsfähigkeit 75 % der Norm, wiederum aus psychiatrischen Gründen (IV-Nr. 118.1 S. 19 ff.).

6.2 Aus der Stellungnahme der M.\_\_\_\_ vom 22. Mai 2012 geht im Wesentlichen hervor, Dr. med. D.\_\_\_\_ habe vier Monate nach der Untersuchung der M.\_\_\_\_ eine mittelschwere bis schwere axonale demyelinisierende Polyneuropathie sowie ein zervicoradikuläres Reizsyndrom C6 links diagnostiziert. Dazu sei festzuhalten, dass eine in seinem Bericht

erwähnte Magnetresonanztomographie der HWS und der LWS vom 29. März 2012 keine Kompression neuraler Strukturen gezeigt habe. Die Beschreibung der Elektroneurographiebefunde vom 20. März 2012 sei insofern vage, als der Neurologe keine absoluten Masse erwähne, sondern lediglich Umschreibungen wie «die distale motorische Latenz des Nervus ulnaris links ist mässig verlängert», «die distale motorische Latenz der Nervus peroneus links ist mässig verlängert», «die motorische Nervenleitgeschwindigkeit am Unterschenkel ist leicht verlangsamt» und «die distale antidrom-sensible Neurographie des Nervus suralis beidseits ist deutlich verlangsamt». Daraus eine «mittelschwere bis schwere demyelinisierende Polyneuropathie» zu interpretieren, sei übertrieben. Anlässlich der Untersuchungen der M.\_\_\_\_ vom 15. November 2011 (Dr. med. N.\_\_\_\_, Endokrinologe und Diabetologe) und 16. November 2011 (Dr. med. O.\_\_\_\_, Rheumatologe) seien die Muskeleigenreflexe seitengleich auslösbar gewesen. Beide hätten eine Hypästhesie des Nervus ulnaris links beschrieben, wie sie später auch Dr. med. D.\_\_\_\_ gefunden habe. Dass sowohl der erfahrene Endokrinologe und Diabetologe als auch der erfahrene Rheumatologe eine mittelschwere bis schwere Polyneuropathie verpasst hätten, halte man für äusserst unwahrscheinlich. Insbesondere der Endokrinologe und Diabetologe Dr. med. N.\_\_\_\_ habe ein sehr scharfes Auge auf diabetische Spätschäden. Insgesamt könnten die gegen das M.\_\_\_\_-Gutachten vorgebrachten Einwände die Gutachter nicht von ihrer damaligen Einschätzung abbringen. Eine angiologische Beurteilung sei zur Einschätzung der Arbeitsfähigkeit nicht zwingend notwendig. Deshalb habe man auch im Rahmen der Begutachtung darauf verzichtet (IV-Nr. 133).

7. Der aktuelle medizinische Sachverhalt präsentiert sich demgegenüber wie folgt:

7.1 Das Versicherungsgericht hielt in seinem rechtskräftigen Urteil vom 22. September 2016 (VSBES.2015.178), worin die angefochtene Nichteintretensverfügung vom 27. Mai 2015 aufgehoben und die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen wurde, damit sie bezüglich der «invalidisierenden» Schmerzen im Kniebereich links (allenfalls Tumoroperation), der degenerativen LWS-Veränderungen sowie allfälliger weiterer, in der Zwischenzeit aufgetretener Leiden auf die Neuanschuldung vom 13. August 2014 eintrete, weitere medizinische Abklärungen veranlasse und danach über den Leistungsanspruch des Beschwerdeführers (berufliche Massnahmen, Invalidenrente) entscheide, auf S. 19 f. in den E. II. 4.5 (IV-Nr. 223 S. 20 f.) Folgendes fest:

In Bezug auf die Polyneuropathie ist festzuhalten, dass Dr. med. J.\_\_\_\_ bereits in seinem Bericht vom 25. April 2012 u.a. die Diagnose «Mittelschwere bis schwere axonale demyelinisierende Polyneuropathie, am ehesten diabetogener Genese» stellte. Der behandelnde Neurologe hielt schon damals fest, der Patient klage seit längerer Zeit über Parästhesien bzw. Dysästhesien an mehreren Extremitäten, vor allem im linken Bein (Wade links bis ventro-lateralem Unterschenkel bis zum Knie). Intermittierend sei eine Blockierung des linken Unterschenkels mit Sturzgefahr aufgetreten. Im Weiteren bestehe ein Taubheitsgefühl der Finger III bis V links bzw. am linken Unterarm bis zum Ellbogen. Anamnestisch sei eine Polyarthralgie intermittierend bei mehreren Gelenken vorhanden. Nach längerem Gehen (3 bis 4 Stunden) bestünden zunehmende Beinschmerzen sowie Müdigkeit und Sturzgefahr, der Patient müsse dann eine Pause einlegen. In der Nacht leide er unter «kalten Füßen», wie gefroren, Schlafstörungen, Parästhesien beider Unterschenkel linksbetont sowie unruhigen Beinen (IV-Nr. 136 S. 7 ff.). Die Diagnose «mittelschwere bis schwere demyelinisierende Polyneuropathie» wurde von den Gutachtern der M.\_\_\_\_ als «übertrieben» qualifiziert (IV-Nr. 133). Aufgrund des neuen Berichts von Dr. med. D.\_\_\_\_

vom 21. Mai 2014, worin eine Zunahme der neuropathischen Schmerzen bein- und distalbetont sowie im Kniebereich links, eine Meralgia parästhetica links bei deutlicher Läsion des Nervus cutaneus femoris lateralis sowie eine Zunahme der bekannten sensomotorischen Polyneuropathie beschrieben wurden, war die von der IV-Stelle veranlasste konsiliarische elektrophysiologische Kontrolluntersuchung angezeigt, um beurteilen zu können, ob dadurch allenfalls eine Verschlechterung des Gesundheitszustands eingetreten sein könnte. Indem der Beschwerdeführer seine Mitwirkung an dieser Kontrolluntersuchung ungerechtfertigterweise verweigerte, kann er in Bezug auf dieses Leiden keine Verschlechterung seines Gesundheitszustands glaubhaft machen.

Anders zu beurteilen sind jedoch die im Bericht von Dr. med. J.\_\_\_\_ vom 21. Mai 2014 sowie im Bericht des Röntgeninstituts F.\_\_\_\_ vom 14. April 2014 erwähnten invalidisierenden Schmerzen rechts ventro-lateral mit enormer Druckdolenz an der Tuberositas tibiae links bei festgestellter spindelförmiger tumoröser Auftreibung (vgl. IV-Nr. 172 S. 2 und 12). Der von der RAD-Ärztin Dr. med. H.\_\_\_\_ in ihrer Stellungnahme vom 16. Januar 2015 verlangte Operationsbericht (IV-Nr. 178 S. 2) wurde von der Beschwerdegegnerin nie eingeholt. Demnach konnte die IV-Stelle nicht beurteilen, ob der Tumor im Tibiabereich zwischenzeitlich operativ entfernt wurde und ob sich mit diesem Leiden allenfalls eine relevante Verschlechterung des Gesundheitszustands eingestellt haben könnte. Ebenso wenig nahm die IV-Stelle zum von Dr. med. J.\_\_\_\_ in seinem Bericht vom 21. Mai 2014 erstmals erwähnten Lumbo-vertebralen Syndrom mit seltener Ischialgie links bei magnetomographisch nachgewiesenen deutlichen degenerativen LWS-Veränderungen auf mehreren Etagen Stellung und veranlasste dementsprechend auch keine weiteren Abklärungen. Solche wären indessen angezeigt gewesen, nachdem im MRI vom 12. Mai 2014 eine leichte Spondylarthrose zwischen L4 und S1, rechtsseitig eine geringgradige Foramenenge in L5/S1 sowie eine Nearthrose links vermutlich in L5/S1 festgestellt worden war (vgl. auch Bericht des Röntgeninstituts F.\_\_\_\_ vom 12. Mai 2014; IV-Nr. 176 S. 3). Zumindest wäre es zwingend gewesen, medizinisch zu begründen, weshalb mit dieser neuen Diagnose keine relevante Verschlechterung glaubhaft gemacht wurde. Mit den im Rahmen des Neuanmeldeverfahrens eingereichten medizinischen Berichten wurden «invalidisierende» Schmerzen im Kniebereich links sowie degenerative LWS-Veränderungen und damit eine gesundheitliche Verschlechterung glaubhaft gemacht, weshalb die IV-Stelle diesbezüglich weitere Abklärungen hätte veranlassen müssen.

7.2 Dr. med. Q.\_\_\_\_, Facharzt für Endokrinologie und Diabetologie, stellte in seinem Bericht vom 4. April 2016 (diabetologische Kontrolle vom 31. März 2016) folgende Diagnosen: «Diabetes mellitus 2, Erstdiagnose 1997, periphere Polyneuropathie, Mikroalbuminurie; Dyslipidämie; Schlafapnoesyndrom, CPAP-Therapie; anamnestisch Depression». Im Weiteren hielt er zur Zwischenanamnese fest, zwischenzeitlich sei offenbar im R.\_\_\_\_ ein gutartiger Tumor im Bereich des linken Knies entfernt worden, was zu einer Verbesserung der Beschwerden geführt habe. Zur Verlaufsbeurteilung gab er an, mit der Intensivierung der Insulintherapie habe sich eine Verbesserung der Blutzuckereinstellung ergeben, was vor allem auch hinsichtlich der zunehmenden peripheren Polyneuropathie von Bedeutung sei (IV-Nr. 228 S. 13).

Gegenüber dem Rechtsvertreter des Beschwerdeführers hielt Dr. med. Q.\_\_\_\_ gleichentags fest, anlässlich der Kontrolle vom 31. März 2016 habe sich beim Patienten eine deutliche Verschlechterung der peripheren Polyneuropathie als Komplikation des nun seit knapp 20 Jahren bekannten Typ 2 Diabetes eingestellt; dies als neue Entwicklung der

Komplikationen des Diabetes mellitus (IV-Nr. 228 S. 12).

7.3 Dr. med. D.\_\_\_\_ hielt in seinem ENG-Bericht Nr. 4853 vom 15. bzw. 18. November 2016 fest, die motorische Neurographie des Nervus peroneus rechts sei normal. Es bestünden keine ableitbaren F-Wellen. Die motorische Neurographie des Nervus tibialis rechts sei ebenfalls normal. Die F-Wellen seien an der obersten Normgrenze. Die distale antidrom-sensible Neurographie des Nervus suralis rechts sei normal. Nach beidseitiger Stimulation des Nervus tibialis am Sprunggelenk oder hinter dem Malleolus medialis stellten sich pathologisch verzögerte (deutlich linksdominant) kortikale Antworten dar. Somit bestehe im Vergleich zur Voruntersuchung vor 6 Monaten praktisch ein Status quo (IV-Nr. 228 S. 9).

7.4 Dem Bericht von Dr. med. S.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Lungenkrankheiten und Innere Medizin, vom 16. November 2016 können folgende Diagnosen entnommen werden: «Chronische Sinusitis maxillaris rechts, Status nach Sinuskopie beidseits und Paracentese mit Röhrcheneinlage am 10.08.2016; Leichtes, in Rückenlage schweres gemischtes Schlafapnoesyndrom, Polysomnographie Klinik T.\_\_\_\_ am 15.1.04, schwere Hypersomnolenz (ESS 18/24), CPAP-Therapie seit 16.1.04; Metabolisches Syndrom, Diabetes mellitus Typ 2, Erstdiagnose 1997, sekundär insulinpflichtig, Adipositas BMI 33, Dyslipidämie; Nicht näher beschriebene psychische Probleme, Psychiatrische Behandlung bei Frau Dr. U.\_\_\_\_». Zur Beurteilung wurde angegeben, der Patient sei wegen Toleranzproblemen mit der CPAP-Therapie nach einer Sinuskopie mit Paracentese und Röhrcheneinlage von Dr. med. V.\_\_\_\_ am 10. August 2016 zugewiesen worden. In Anschluss an diesen Eingriff habe der Patient die CPAP-Therapie wegen Schmerzen im Bereich der Kieferhöhlen nicht mehr toleriert und habe zeitweise pausieren müssen. Entsprechend sei er auch wieder vermehrt müde, was sich in einem pathologischen Epworth Sleepness Score von 18/24 Punkten manifestiere. Offensichtlich habe die CPAP-Therapie via Ventilationsröhrchen zu einer Druckerhöhung im Sinus mit entsprechenden Schmerzen geführt. Nach Entfernung der Ventilationsröhrchen sei dieses Phänomen nach Angabe des Patienten wieder verschwunden. Aktuell toleriere er die CPAP-Therapie wieder ohne Schmerzen. Es sei ihm empfohlen worden, sie jetzt wieder regelmässig anzuwenden. Mit einem Apnoe-Hypopnoeindex von 0.4/h und einem Desaturationsindex von 7/h bestehe ein guter Therapieeffekt (IV-Nr. 228 S. 7 f.).

7.5 Dem Untersuchungsbericht des W.\_\_\_\_ (Dr. med. X.\_\_\_\_, FMH Radiologie) vom 16. November 2016 (MRT der LWS und ISG vom 16.11.2016) kann folgender Befund entnommen werden: «Vergleich mit dem Vorbefund vom 12.05.2014. Leichte Reizreaktion an der vorbeschriebenen an der vorbeschriebenen Nearthrose linksseitig in S1/2 bei lumbosakraler Übergangsstörung. Conus medullaris mit physiologischem Signal auf TH12/L1-Niveau. Unverändert unauffällige Darstellung Bandscheibensegmente der LWS. Unverändert minimale Spondylarthrose L4/5 und L5/S1 mit dezenter rechtsseitiger foraminale Enge. Insgesamt keine hochgradige degenerative Veränderung mit Kompression neuraler Strukturen im Untersuchungsbereich. Unauffällige Weite des Spinalkanals. ISG regelrecht.» Die Beurteilung lautete dahingehend, es bestehe eine minimale Reizreaktion an der linksseitigen Nearthrose S1/2 bei lumbosakraler Übergangsstörung. Es seien keine fortgeschrittenen degenerativen Veränderungen mit Kompression neuraler Strukturen und keine Stenose des Spinalkanals im Untersuchungsbereich festzustellen (IV-Nr. 228 S. 6).

7.6 Die Beurteilung des EEG-Berichts Nr. 1615 von Dr. med. D.\_\_\_\_ vom 7. bzw. 9. Dezember 2016 lautete wie folgt: «Normale Grundaktivität. Keine Herdstörungen. Keine epileptiformen Potentiale nachweisbar. Intermittierend Schläfrigkeit» (IV-Nr. 228 S. 5).

7.7 Dr. med. D.\_\_\_\_ stellte in seinem Bericht zu Handen der Beschwerdegegnerin vom 21. Dezember 2016 die Diagnosen eines Diabetes Mellitus, einer diabetischen Polyneuropathie, eines lumbospondylogenen Syndroms bei LWS-Veränderungen, eines schweren Schlaf-Apnoe-Syndroms, einer mittelschweren depressiven Episode, eines neuropathischen Unterschenkels bei Status nach Entfernung eines Glomustumors im Oktober 2015 sowie einer Bewusstseinsstörung unklarer Genese. Im Weiteren gab er eine Arbeitsunfähigkeit in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit von 50 % vom 31. März 2014 bis auf weiteres an. Der Gesundheitszustand verschlechtere sich. Die bisherige Tätigkeit sei nicht mehr zumutbar. Eine leichte bis mittelschwere, wechselnd-belastende Verweistätigkeit mit der Möglichkeit zu Haltungsverwechslungen im geschützten Rahmen wäre jedoch zuzumuten. Die den Störungen angepassten Tätigkeiten seien mit einem Pensum von 4 bis 6 Stunden pro Tag ■ unter Einlegung von Pausen ■ zuzumuten. Aufgrund der gemachten Ausführungen lasse sich beim Patienten im besten Fall eine 50%ige Arbeitsfähigkeit für angepasste Tätigkeiten im geschützten Rahmen erreichen (IV-Nr. 228 S. 1 ff.).

7.8 Aus der Stellungnahme der RAD-Ärztin Dr. med. Y.\_\_\_\_, Fachärztin für Allgemeine Medizin, vom 15. Februar 2017 geht hervor, laut dem Bericht des behandelnden Endokrinologen Dr. med. Q.\_\_\_\_ vom 4. April 2016 sei beim Versicherten zwischenzeitlich ein gutartiger Tumor im Bereich des linken Kniegelenks entfernt worden, was zu einer Verbesserung der Beschwerden am linken Bein geführt habe. Trotz dieser Aussage sollten der histologische Bericht und der Verlaufsbericht des involvierten Chirurgen eingeholt werden. Die von Dr. med. Q.\_\_\_\_ präsentierte Untersuchung des Versicherten auf eine periphere Polyneuropathie beruhe auf subjektiven Angaben des Versicherten und sei nicht eindeutig. Nach den Angaben von Dr. med. Q.\_\_\_\_ habe sich mit der Intensivierung der Insulintherapie eine Verbesserung der Blutzuckereinstellung ergeben. Die Auswirkungen der peripheren Polyneuropathie auf die Arbeitsfähigkeit sollte jedoch im Rahmen eines neurologischen Gutachtens abgeklärt werden. Der begutachtende Neurologe sollte auch die schwere Hypersomnolenz mitbeurteilen. Die Therapie der Schlafapnoe mit dem CPAP-Gerät habe laut Dr. med. S.\_\_\_\_ einen guten Behandlungseffekt bewirkt.

Eine MRT-Untersuchung der LWS vom 16. November 2016 habe keine Verschlechterung im Vergleich zum Vorbefund vom 12. Mai 2014 gezeigt: Es bestünden eine unverändert unauffällige Darstellung der Bandscheibensegmente der LWS, keine fortgeschrittenen degenerativen Veränderungen und keine Stenose des Spinalkanals. Es sei nur eine minimale Reizreaktion an der linksseitigen Nearthrose bei bekannter lumbosakraler Übergangsstörung festzustellen. Da ausser von Dr. med. D.\_\_\_\_, der in seinem Bericht vom 21. Oktober 2016 lumbospondylogene Beschwerden beschrieben habe, in den Arztberichten der behandelnden Ärzte weiter keine Beschwerden des Skelettsystems erwähnt worden seien (der Versicherte befinde sich auch nicht in rheumatologischer Behandlung), sei aufgrund der kernspintomographisch nur minim degenerativ veränderten LWS keine weitere rheumatologische Begutachtung indiziert. Im Rahmen des rheumatologischen Konsiliums vom 21. November 2011, initiiert von der M.\_\_\_\_, habe der Rheumatologe Dr. med. O.\_\_\_\_, keine Erkrankung in seinem Fachgebiet mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit festgestellt. Der Versicherte befinde sich immer noch in psychiatrischer Behandlung bei Dr. med. U.\_\_\_\_. Die aktuelle Stimmungslage des

Versicherten sollte im Rahmen eines IV-Berichts von der Psychiaterin erfragt werden. Gegebenenfalls sei eine bidisziplinäre (neurologische und psychiatrische) Begutachtung anzuregen (IV-Nr. 230).

7.9 Dr. med. U.\_\_\_\_, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, stellte in ihrem Bericht zu Händen der Beschwerdegegnerin vom 15. März 2017 folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit: «Rezidivierende depressive Störung, ggw. unter Medikation teilremittierte mittelgradige Episode ICD10 F33.1, Diabetes mellitus, Typ II, sekundär insulinpflichtig mit peripheren Neuropathien, Obstruktives Schlafapnoesyndrom». Im Weiteren gab die vormals behandelnde Psychiaterin an, der Gesundheitszustand sei stationär. Der Patient befinde sich bei ihr seit dem 19. September 2010 in ambulanter Behandlung. Therapeutisch sei diese ambulante Therapie die Fortführung einer stationären Therapie, die der Patient zuerst vollstationär vom 9. Juni bis 30. Juli 2010 und danach teilstationär vom 2. bis 28. August 2010 in der Z.\_\_\_\_ absolviert habe. Zu den angegebenen Beschwerden wurde ausgeführt, es bestünden phasenweise auftretende Ein- und Durchschlafstörungen, Niedergeschlagenheit, psychomotorische Hemmung, erhöhte Ermüdbarkeit und situativ bedingte Stimmungsschwankungen. Der Patient fühle sich gereizt, nervös und seit längerem leide er an Hoffnungslosigkeit und negativen Zukunftsperspektiven, was zu einem grossen psychosozialen Leidensdruck führe und kombiniert mit Scham- und Schuldgefühlen und tieferem Selbstwertgefühl assoziiert sei.

Die Befunderhebung lautete wie folgt: Es handle sich um einen 59-jährigen, adipösen Patienten mit gepflegtem Erscheinungsbild und in gutem Allgemeinzustand. Er sei wach, bewusstseinsklar und allseits orientiert. Konzentrationsschwierigkeiten sowie Aufmerksamkeits- und Gedächtnisstörungen seien anamnestisch anerkannt, im Gespräch jedoch nicht explizit auffällig. Im formalen Denken sei er eingeengt auf die seit längerer Zeit bestehende Anhedonie, Grübeltendenzen und seine soziale Situation. Er habe vor allem Zukunftsängste. Aktuell bestünden keine Anhaltspunkte für inhaltliche Denkstörungen, Sinnestäuschungen oder Ich-Störungen. Affektiv sei er phasenweise niedergestimmt, ängstlich und innerlich unruhig, klagsam, mit Störung der Vitalgefühle und reduzierter Schwingungsfähigkeit. Der Antrieb sei unauffällig. Suizidalität werde verneint.

Prognostisch betrachtet wäre theoretisch die depressive Symptomatik besserungsfähig, da die Medikamentenkombination und die psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung, vor allem die Entwicklung neuer Bewältigungsstrategien, den therapeutischen Prozess intensiviert hätten. Die gesamte psychosoziale Belastungssituation, die in den letzten Jahren angedauert habe, müsse sich für den Patienten zum Positiven verändern. Die Prognose bezüglich einer Wiedereingliederung in den 1. Arbeitsmarkt sei angesichts des Alters, des niedrigen Ausbildungsgrades und der ausgeprägten Defizite sowie der psychosozialen Faktoren eher ungünstig.

Auf dem Beiblatt zum Arztbericht wurde angegeben, der Patient habe seit Jahren keinen Arbeitsplatz mehr, welchen er aufgrund seiner Erkrankung verloren habe. Der Verlust der Arbeitsstelle sei für ihn ein einschneidendes Erlebnis, von welchem er sich nicht erholte. In den letzten Jahren hätten mehrere Arbeitsprojekte und Belastungstrainings stattgefunden, jedoch erfolglos. Die Minderung der Arbeitsfähigkeit sei aktuell bedingt durch ein deutlich verlangsamtes Arbeitstempo, erhöhte Stressanfälligkeit, Aufmerksamkeitsdefizite, schnelle Ermüdbarkeit wie auch Defizite in exekutiven Funktionen. Der Patient fühle sich stets minderwertig, schwach und wenig belastbar, geplagt von seinem negativen Selbstbild, mangelndem Selbstvertrauen und zeige sich

inkompetent wegen seines massiven sozialen Abstiegs in den letzten Jahren. Tätigkeiten in geschütztem Rahmen seien grundsätzlich als zumutbar und strukturgebend zu erachten. Da aber der Patient sich vom Arbeitsprozess sehr entfremdet habe, wäre allerdings auch das in der Praxis zu prüfen. Aus diesem Grund wäre die Prognose in erster Linie für den 1. Arbeitsmarkt als ungünstig zu bezeichnen. Der Patient zeige eine Neigung zur Isolierung, sozialer Abschottung und Dekonditionierung (IV-Nr. 231).

7.10 Gemäss dem von der Beschwerdegegnerin veranlassten bidisziplinären (neurologischen und psychiatrischen) Gutachten des G.\_\_\_\_, [...], vom 25. September 2017 erfolgte die Untersuchung des Beschwerdeführers am 30. August 2017. Es wurden folgende bidisziplinäre Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit gestellt: «1. Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leicht- bis mittelgradige Episode (ICD-10 F33.0/33.1); 2. Vorwiegend sensible Polyneuropathie bei Diabetes mellitus (ICD-10 G62)». Die weiteren Diagnosen (1. Psychologische Faktoren bei andernorts klassifizierten Krankheiten [ICD-10 F54]; 2. Leichtes, in Rückenlage schweres gemischtes Schlafapnoesyndrom [ICD-10 G47.31], Polysomnographie Klinik T.\_\_\_\_ 15.01.2004, CPAP seit 16.01.2004; 3. Verdacht auf Restless Legs Syndrom [ICD-10 G25.8], möglicherweise symptomatisch bei Diagnose 3; 4. Neuropathie des Nervus cutaneus femoris lateralis links [ICD-10 G57]; 5. Status nach Entfernung eines Glomustumors 10/2015 am linken Unterschenkel) haben nach den gutachterlichen Angaben keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit.

Im Rahmen der bidisziplinären Beurteilung wurde dargelegt, der 1957 in [...] geborene Patient habe dort nach der Grundschule eine Ausbildung als Servicefachangestellter durchgeführt. Er sei im Jahr 1987 in die Schweiz gekommen und habe hier Anstellungen im angestammten Bereich bis zum Jahr 1996 gehabt. Danach sei er als Elektronikapparatemonteur tätig gewesen. Ab April 2000 habe er beim letzten Arbeitgeber als Maschinen-Operateur gearbeitet, zuletzt als Lagerarbeiter. Ab 4. September 2003 sei er andauernd arbeitsunfähig geschrieben worden. Seither sei er keiner Erwerbstätigkeit mehr nachgegangen. Er halte sich für arbeitsunfähig. Im Vordergrund stehe die Evaluation aus psychiatrischer Sicht. Beim Exploranden könne auf affektiver Ebene eine gegenwärtig leichte bis mittelgradige Episode bei einer rezidivierenden depressiven Störung festgestellt werden. Gewisse somatisierende Tendenzen seien psychologische Faktoren bei andernorts klassifizierten Krankheiten zuzuordnen, eine eigentliche somatoforme Schmerzstörung könne nicht diagnostiziert werden. Das Ausmass der rezidivierenden depressiven Störung sei über die Zeit gemittelt derart, dass anhaltend eine verminderte Belastbarkeit begründet werden könne. Das Ausmass sei allerdings mässig, es bestehe eine Einschränkung von über die Zeit gemittelt maximal 20 % aus psychiatrischer Sicht. Aus neurologischer Sicht sei beim Exploranden ein leichtes, in Rückenlage schweres gemischtes Schlafapnoesyndrom zur Kenntnis zu nehmen, welches seit Jahren adäquat mit einer CPAP-Therapie unter Kontrolle stehe. Es bestehe der Verdacht auf ein Restless Legs-Syndrom, welches hinsichtlich Arbeitsfähigkeit nicht relevant sei. Die vorwiegend sensible Polyneuropathie sei als leicht einzustufen, als Begleiterkrankung des grundsätzlich gut eingestellten Diabetes mellitus, klinisch ohne wesentliche Auswirkungen. Es könne allenfalls eine gewisse qualitative Einschränkung begründet werden. Gefährliche Tätigkeiten seien wegen der eingeschränkten Gleichgewichtsfunktion ungeeignet, wie z.B. das Gehen auf Leitern und Tritten sowie das Besteigen von Gerüsten. Für andere Tätigkeiten, so auch in der angestammten Tätigkeit, bestehe aus neurologischer Sicht keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Zusammenfassend resultiere aus bidisziplinärer Sicht, dass beim

Exploranden aktuell wie auch seit Jahren (übereinstimmend mit früheren MEDAS-Gutachten) in leichten bis mittelschweren, gering adaptierten Tätigkeiten eine 80%ige Arbeits- und Leistungsfähigkeit bestehe. Das Pensum könnte vollschichtig umgesetzt werden mit leicht erhöhtem Pausenbedarf und leicht reduziertem Rendement. Dies gelte auch für die früher vom Exploranden durchgeführten Arbeiten. Zu früheren ärztlichen Einschätzungen sei in den Teilgutachten Stellung bezogen worden, allfällige Diskrepanzen seien diskutiert worden. Aus neurologischer Sicht bestünden keine spezifischen Massnahmen, ausser einer gelegentliche Evaluation des Restless Legs-Syndroms und die Kontrollen beim behandelnden Arzt bezüglich des Schlafapnoesyndroms. Aus psychiatrischer Sicht könne auf die ambulante Behandlung verwiesen werden. Das Antidepressivum sollte regelmässiger eingenommen werden. Berufliche Massnahmen könnten bei der ausgeprägten subjektiven Krankheits- und Behinderungsüberzeugung nicht vorgeschlagen werden (IV-Nr. 244 S. 2 ff.).

7.11 RAD-Ärztin Dr. med. J. \_\_\_ hielt in ihrer Stellungnahme vom 5. Dezember 2017 fest, das bidisziplinäre Gutachten sei schlüssig und nachvollziehbar sowie für die weitere versicherungsmedizinische Begutachtung verwertbar. Es bestehe eine rezidivierende depressive Störung, leicht bis mittelgradige Episode, sowie eine sensible Polyneuropathie bei Diabetes mellitus. Versicherungsmedizinisch könne sie sich der bidisziplinären Begutachtung anschliessen: In der angestammten und zuletzt ausgeübten Tätigkeit sowie in einer angepassten Verweistätigkeit betrage die Arbeits- und Leistungsfähigkeit 80 % bei leicht reduziertem Pausenbedarf und reduzierter Einsetzbarkeit auf Leitern und Tritten und beim Besteigen von Gerüsten bei vorhandenen Gleichgewichtsstörungen. Insgesamt könne neurologischerseits jedoch keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit begründet werden. Die Reduktion der Arbeits- und Leistungsfähigkeit beruhe aufgrund der psychiatrischen Begutachtung bei rezidivierenden depressiven Störungen. Allerdings sei bereits im Gutachten erwähnt worden, dass auch hier der Leidensdruck fraglich erscheine, da der Versicherte laut den objektivierbaren Blutuntersuchungen entgegen seiner Angaben die antidepressive Medikation nur unzureichend einnehme. In Einklang mit den Gutachtern könnten berufliche Massnahmen bei ausgeprägter subjektiver Krankheits- und Behinderungsüberzeugung als nicht sinnvoll erachtet werden (IV-Nr. 248 S. 2).

7.12 Dem Bericht der I. \_\_\_ (Dr. med. AA. \_\_\_) vom 3. Januar 2018 können folgend Diagnosen entnommen werden: «1. Belastungsabhängige Beinbeschwerden, vor allem Anlaufschmerzen, aktuell Ausschluss einer arteriellen Ursache (Dg 2); 2. Beginnende Atheromatose der Aorta, Becken- und Beinarterien beidseits, formal PAVK Stadium I, hämodynamisch normale arterielle Ruheperfusion, Verdacht auf Mediasklerose im Bereich der Unterschenkelarterien, duplexsonographisch leichte Atheromatose der Aorta abdominalis und Femoralbifurkation, Ausschluss von hämodynamisch relevanten Stenosen; 3. Diabetes mellitus Typ 2 (anamnestisch seit 25 Jahren), Verdacht auf periphere Polyneuropathie, insulinpflichtig; 4. Anamnestisch Rückenbeschwerden und chronische Gelenkbeschwerden; 5. Schlafapnoe-Syndrom, CPAP-Beatmung nachts; 6. IV-Bezüger seit vielen Jahren». Es wurden folgende Befunde erhoben: übergewichtiger Patient, auffallendes ataktisches Gangbild, Sensibilität an den Füssen und Fingern vermindert, Rekapillarisation und Venenfüllung normal, Pulsstatus an den unteren und oberen Extremitäten symmetrisch und normal, keine Strömungsgeräusche. Zur Beurteilung und zum Procedere wurde dargelegt, beim Patienten könne eine klinisch relevante arterielle Ursache für die Beinbeschwerden ausgeschlossen werden. Es liege jedoch eine Atheromatose der

Beinarterien vor mit Verdacht auf eine beginnende Mediasklerose im Bereich der Unterschenkelarterien aufgrund der hohen Verschlussdruckwerte. Die Beschwerden des Patienten seien möglicherweise teilweise auf eine Polyneuropathie zurückzuführen und anderweitige Beschwerden aus dem muskuloskelettalen Formenkreis (IV-Nr. 266 S. 6 f.).

7.13 RAD-Ärztin Dr. med. J.\_\_\_\_ nahm dazu am 11. Mai 2018 dahingehend Stellung, es sei eine Elektroneurographie (ENG) beim neurologischen G.\_\_\_\_-Gutachter Dr. med. K.\_\_\_\_ mit Bewertung durchzuführen, danach sei ihr diese vorzulegen (IV-Nr. 268 S. 2).

7.14 Dem Bericht von Dr. med. K.\_\_\_\_, Neurologische Praxis am L.\_\_\_\_, [...], vom 21. August 2018 über die elektroneurographische Untersuchung vom 20. August 2018 kann folgende Beurteilung entnommen werden: Die neurographische Untersuchung bestätige den Vorbefund der Universitätsklinik für Neurologie am R.\_\_\_\_ (23. April 2018), indem eine Polyneuropathie, die grosskalibrigen Nervenfasern betreffend, nicht objektiviert werden könne. Ergänzend sei am R.\_\_\_\_ eine Hautbiopsie erfolgt, welche eine verminderte Anzahl intraepidermaler Nervenfasern gezeigt habe, was auf eine Small Fiber-Neuropathie hinweise. Tatsächlich könnten derartige Neuropathien im Rahmen des Diabetes mellitus auftreten. Das klinische Bild sei für eine Small Fiber-Neuropathie jedoch nicht typisch (Angabe eines stark verminderten Vibrationssinnes und Verminderung der Berührungsempfindlichkeit). Trotzdem könne aufgrund der vorliegenden Daten davon ausgegangen werden, dass eine Polyneuropathie aufgrund des langjährigen Diabetes mellitus vorliege. Der klinische Befund zeige gegenüber der Voruntersuchung vom 30. August 2017 keine signifikante Veränderung. Auch wenn nun objektiv eine Small Fiber-Neuropathie nachweisbar sei, könnten alleine daraus keine Rückschlüsse auf allfällige funktionelle Einschränkungen gezogen werden. Da sich der klinische Befund, wie erwähnt, inzwischen nicht relevant verändert habe, ergäben sich keine neuen Aspekte in Bezug auf die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit im neurologischen Bereich, wie dies im Gutachten festgehalten worden sei (IV-Nr. 271).

7.15 Aus der Stellungnahme des RAD (Dr. med. J.\_\_\_\_) vom 25. September 2018 geht hervor, der RAD halte an seiner Beurteilung vom 5. Dezember 2017 (IV-Nr. 248) fest (IV-Nr. 273).

7.16 Aus dem Bericht von Dr. med. H.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, [...] AG, vom 15. Januar 2019 geht hervor, die ambulante Behandlung des Beschwerdeführers erfolge seit dem 19. März 2018. Frühere Kontrollen seien von Dr. med. U.\_\_\_\_ durchgeführt worden. Die Therapie des Patienten beinhalte eine Einzelpsychotherapie sowie eine Behandlung mit Psychopharmaka. Weiterhin sei eine kognitiv-verhaltenstherapeutisch orientierte delegierte Psychotherapie etabliert worden. Der Abstand der Sitzungen betrage in der Regel drei- bis vier Wochen, entsprechend dem aktuellen Zustand bzw. den Bedürfnissen des Patienten, wobei der Abstand von vier Wochen überwiege. Zur Vorgeschichte und Entwicklung des Patienten wurde im Wesentlichen dargelegt, subjektiv habe der Patient in erster Linie über die Nervosität und Angst geklagt, als sein Vater (im Jahr 1985) und später sein älterer Bruder je bei einem Verkehrsunfall gestorben seien. Er habe damals die Lust zu leben verloren und begonnen, vermehrt Alkohol zu trinken. Nach dem Unfalltod seines Bruders im Jahr 1991 sei er während 6 Monaten psychotherapeutisch behandelt worden. Es habe sich um mehrere Verluste nacheinander gehandelt, erweitert durch den Besuch im Krisengebiet im Jahr 1992 und die Flucht seiner Mutter und Geschwister sowie die Zerstörung seines Dorfes und Hauses. Dies habe den psychischen Zustand verschlechtert. Die Schliessung des Betriebes

und der Verlust des Arbeitsplatzes im Jahr 2003 seien weitere Verluste gewesen. Im Verlauf seien weitere Belastungen hinzugekommen, wie der Verlust des Einkommens und der Anerkennung sowie finanzielle Sorgen. Er habe psychiatrische Hilfe aufgesucht und befinde sich seit dem Jahr 2004 in fachärztlicher Behandlung, zunächst bei Dr. med. AB.\_\_\_\_. Eine weitere Verschlechterung habe sich ergeben, als sich seine in Kroatien lebende Schwester im Herbst 2009 suizidiert habe. Es seien im Jahr 2010 zweimal eine stationäre Behandlung in der Z.\_\_\_\_ mit der Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode, erfolgt und anschliessend am gleichen Ort eine teilstationäre psychiatrische Therapie. Der Verlauf der Störung sei gesamthaft durch eine weitgehende Fixierung der Beschwerden im Sinne einer Chronifizierung der depressiven Symptomatik gekennzeichnet, die durch Gehemmtheit und Passivität sowie einer resignativen Grundhaltung und einen resultierenden sozialen Rückzug bestimmt werde.

Zur aktuellen medizinischen Symptomatik und Situation wurde angegeben, der Patient habe keine Ziele, keine Lebenslust, Schlafapnoe, er schwitze nachts stark, der Blutzucker sei stabil und er habe viele Probleme. Sobald etwas nicht laufe wie gewohnt, werde er nervös. Er habe eine innere Leere und rede teilweise während 2 Tagen am Stück nichts. Was er früher gern getan habe, dazu habe er aktuell keine Lust mehr. Er müsse sich regelrecht dazu zwingen. Am besten gehe es ihm, wenn er in Ruhe gelassen werde. Sobald er mit jemandem in Kontakt trete, werde er aggressiv. Der Patient beschreibe weiterhin, dass er kraft- und lustlos sei. Er fühle sich wie ein altes Auto, ohne Energie und ausgelaugt. Er beschreibe Schlafstörungen, wobei der die Schlafmaske als störend empfinde. Er fühle sich verwirrt, als ob er keinen Platz mehr habe. Er drehe sich um sich herum und könne sich nicht mehr finden. Seit 15 Jahren sei er aus dem System gefallen und kämpfe darum, dass sein Zustand anerkannt werde. Es fühle sich an, als ob er sich im Kreis drehe. Für sich sehe er keine Zukunft. Wenn er keine Kinder hätte, hätte er sich schon längst suizidiert. Er könne nicht mehr kämpfen und habe sich mit seinem Zustand abgefunden. Er habe sozusagen aufgegeben. Im Leben sehe er eigentlich keinen Sinn mehr. Seitdem seine Ehefrau im Sommer an Brustkrebs erkrankt und operiert worden sei, mache er sich noch mehr Sorgen.

Es handle sich um einen 61-jährigen, vorgealtert aussehenden, durchschnittlich gepflegten, bewusstseinsklaren Mann, der allseits orientiert sei. Subjektiv und objektiv bestünden schwergradige Konzentrations- und Merkfähigkeitsprobleme. Das formale Denken sei schwergradig eingeengt, teilweise verlangsamt, grübelnd, haftend und kreisend auf Kränkungerleben mit Autonomieverlust, sozialer Abstieg und Vertrauensverlust sowie inhaltlich auf die Sorge um die gesundheitlichen und psychischen Beschwerden und den eigenen Leistungsabfall fokussiert. Die Stimmung sei mittel- bis schwergradig depressiv, leidend, traurig, besorgt und verzweifelt. Es bestünden schwergradige Störungen der Vitalgefühle, Insuffizienz-, Schuld- sowie erdrückende Erschöpfungsgefühle. Es bestehe eine Schmerz-Symptomatik und eine deutliche Belastung durch den Diabetes mellitus und die Folgeerkrankungen sowie Bewegungseinschränkungen. Ein schwergradiger sozialer Rückzug sei vorhanden, ebenso bestünden mittelschwere Ein- und Durchschlafstörungen. Der Antrieb und die Psychomotorik seien deutlich reduziert und es bestehe eine innere Unruhe. Der Patient könne sich von Selbst- oder Fremdgefährdung distanzieren.

Es wurden folgend Diagnosen gestellt: «Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode mit somatischem Syndrom ICD10 F33.11 seit ca. 2003 nach komplizierter, protrazierter Trauerreaktion; St.n. wiederkehrend psychotischen Anteilen,

aktuell keine Hinweise, bei vorliegender her. Belastung; Chronisches multilokuläres Schmerzsyndrom mit/bei Lumbo-vertebrales Syndrom mit seltener Ischialgie links bei/mit: degenerativen LWS-Veränderungen auf mehreren Etagen; Diabetes mellitus Typ II, sekundär Insulinpflichtig mit peripherer Neuropathie seit 1997, sensomotorische bein- und distal betonte Polyneuropathie; Obstruktives Schlafapnoe-Syndrom seit 2003». Als Diagnose ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit wurden ein «Verdacht auf eine emotional instabile Persönlichkeitsstörung; impulsiver Typ (F60.30)» sowie ein «Alkoholabhängigkeitssyndrom, seit Jahren abstinent (Vollremission) (F10.202)» angegeben. Zur Prognose wurde festgehalten, aufgrund des langjährigen Verlaufs mit einer schon beginnenden Chronifizierungstendenz, der nur bedingt vorhandenen Ressourcen und Copingstrategien des Patienten aber auch aufgrund der noch anhaltenden körperlich bedingten Schmerzsymptomatik, welche die depressive Störung negativ verstärke, müsse von einer schlechten Prognose ausgegangen werden. Aus therapeutischer Sicht werde die Weiterführung der bestehenden Gesprächstherapie mit vor allem auch verhaltenstherapeutischen Ansätzen zur Veränderung der dysfunktionalen Bewältigungsstrategien empfohlen sowie die psycho-pharmakologische Medikation. Der Patient sei sowohl in der angestammten als auch in einer angepassten Tätigkeit nicht arbeitsfähig. Krankheitsbedingt habe eine Eingliederung derzeit keine Erfolgsaussichten (IV-Nr. 276).

7.17 In der Stellungnahme vom 18. Februar 2019 hielt Dr. med. J. \_\_\_ fest, an der G. \_\_\_-Begutachtung könne weiterhin festgehalten werden (IV-Nr. 282 S. 2). In einer Aktennotiz gleichen Datums gab sie an, der im Rahmen des durchgeführten Mahn- und Bedenkzeitverfahrens gemessene Duloxetine-Spiegel des Antidepressivums Cymbalta sei weiterhin ■ wie bereits im G. \_\_\_-Gutachten bemerkt ■ stark unterhalb des Referenzwertes, um therapeutisch wirksam bzw. eine regelmässige Einnahme und somit Compliance nachweisen zu können (IV-Nr. 283).

7.18 In der Aktennotiz vom 19. März 2019 äusserte sich die vorerwähnte RAD-Ärztin noch dahingehend, der Bericht der I. \_\_\_ vom 3. Januar 2018 schliesse eine arterielle Ursache bei unauffälligen Perfusionsverhältnissen (d.h. Durchblutungsverhältnissen) aus. Die beginnende Atheromatose (d.h. Ablagerungen an der inneren Gefässwand) bestünden lediglich formal (PAVK1), bei unauffälliger «normaler arterieller Ruheperfusion». Ebenso bestehe ein «Ausschluss von hämodynamisch (d.h. strömungswirksamen und somit klinisch wirksamen) relevanten Stenosen» (Verengungen). Dies werde auch unterstützt durch die (lediglich) formal vorhandene Diagnose einer sogenannten PAVK Typ 1, die definiert sei als «symptomfrei, meist klinischer Zufallsbefund». Insofern seien die Befunde weder klinisch wirksam bzw. relevant noch hätten sie gar Auswirkungen (bei fehlender Klinik) auf die Arbeitsfähigkeit (IV-Nr. 286).

7.19 Dem vom Rechtsvertreter des Beschwerdeführers an der öffentlichen Hauptverhandlung vom 21. November 2019 eingereichten Bericht von Dr. med. H. \_\_\_ vom 14. Mai 2019 kann im Wesentlichen entnommen werden, der Patient beschreibe weiterhin, dass er kraft- und lustlos sei. Er fühle sich wie ein altes Auto, ohne Energie und ausgelaugt. Er beschreibe Schlafstörungen, wobei er die Schlafmaske als störend empfinde. Er fühle sich verwirrt, als ob er keinen Platz mehr habe. Er drehe sich um sich herum und könne sich nicht mehr finden. Er könne nicht mehr kämpfen und habe sich mit seinem Zustand abgefunden; er habe sozusagen aufgegeben.

Unter dem Titel «ICF (nur psychiatrisch beurteilt)» wurde dargelegt, die Fähigkeit zur Anpassung an Regeln und Routinen sei nicht beeinträchtigt. Die Fähigkeit zur Planung und Strukturierung von Aufgaben sei mittelgradig bis schwer beeinträchtigt. Es fehle ihm der Antrieb für die Durchführung und die Beendigung der Aktivitäten. Die Flexibilität und die Umstellungsfähigkeit seien schwer beeinträchtigt, da er depressionsbedingt nicht flexibel und im formalen Denken sehr verlangsamt sei. Die fachliche Kompetenz sei schwer beeinträchtigt. Die verminderte Konzentrationsfähigkeit und Aufmerksamkeit sowie das verstärkte Gedankenkreisen wirkten hierbei stark erschwerend. Die Entscheidungs- und Urteilsfähigkeit seien stark beeinträchtigt, da er depressionsbedingt fast keine Entscheidungen fassen könne. Die Durchhaltefähigkeit und die Selbstbehauptungsfähigkeit seien schwer beeinträchtigt, da durch die aktuelle depressive Episode ein stark vermindertes Selbstwertgefühl bestehe. Die Kontaktfähigkeit zu Dritten sei schwer beeinträchtigt, wobei die starke Nervosität, Impulsivität und Aggressivität stark erschwerend wirkten. Die Gruppenfähigkeit und die Fähigkeit zu familiären und intimen Beziehungen seien aus den gleichen Gründen schwer beeinträchtigt. Die Fähigkeit zu ausserberuflichen Aktivitäten sei schwer beeinträchtigt. Die Wegefähigkeit sei leicht beeinträchtigt.

Zur Behandlung wurde angegeben, die Therapie beinhalte eine Einzelpsychotherapie sowie eine Behandlung mit Psychopharmaka. Weiterhin sei eine kognitiv-verhaltenstherapeutisch orientierte delegierte Psychotherapie etabliert worden. Der Abstand der Sitzungen betrage in der Regel drei bis vier Wochen, entsprechend dem aktuellen Zustand bzw. den Bedürfnissen des Patienten, wobei der Abstand von vier Wochen überwiege. Zurzeit fanden die therapeutischen Sitzungen zweiwöchentlich statt. Im Weiteren hielt der behandelnde Psychiater fest, die ambulante fachärztliche Behandlung habe seit dem Jahr 2011 bei Dr. med. U. \_\_\_ stattgefunden, seit dem 19. März 2018 befinde er sich bei ihm in fachärztlicher Behandlung. Trotz des schwierigen und chronischen Verlaufs und den belastenden Rahmenbedingungen habe bis jetzt durch adäquate Massnahmen einer anhaltenden Verschlechterung entgegengewirkt werden können. Eine Erhöhung der Belastbarkeit habe jedoch nicht erreicht werden können.

Dr. med. H. \_\_\_ stellte folgende Diagnosen: «Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode mit somatischem Syndrom ICD10 F33.11 seit 1985, St.n. wiederkehrend psychotischen Anteilen, aktuell keine Hinweise, bei vorliegender her. Belastung, Verdacht auf emotional instabile Persönlichkeitsstörung; impulsiver Typ (F60.30), Alkoholabhängigkeitssyndrom, seit Jahren abstinent (Vollremission) (F10.202), Chr. Schmerzstörung mit psychischen und somatischen Faktoren (ICD-10 F45.41) mit/ bei lumbo-vertebrales Syndrom mit Ischialgie links bei/mit: degenerativen LWS-Veränderungen auf mehreren Etagen, Diabetes mellitus Typ II, sekundär insulinpflichtig mit peripherer Neuropathie seit 1997, sensomoforische Bein- und distal betonte Polyneuropathie, Obstruktives Schlafapnoe-Syndrom seit 2003». Unter dem Titel «Prozedere und Prognose hielt der behandelnde Psychiater sodann fest, der Patient leide an einer rezidivierenden mittel- bis schwergradigen depressiven Störung und chronischen Schmerzstörung, wobei sich die Beschwerden wechselseitig verstärkten. Es bestehe eine Co-Morbidität mit lumbo-vertebralem Syndrom mit Ischialgie links bei degenerativen LWS-Veränderungen auf mehreren Etagen, ein Diabetes mellitus Typ II, sekundär insulinpflichtig mit peripherer Neuropathie, eine sensomoforische Bein- und distal betonte Polyneuropathie sowie ein obstruktives Schlafapnoe-Syndrom. Diese Faktoren seien psychiatrischerseits sekundär, dürften jedoch den Verlauf beeinflusst haben. Der

Gesundheitszustand des Patienten habe sich mittlerweile aus fachärztlicher Sicht wesentlich verschlechtert. Bei der aktuellen Exploration mit der bestehenden Symptomatik dreier Hauptsymptome (gedrückt, depressive Stimmung und Antriebsmangel, Interessenverlust, Freudlosigkeit) sowie mehr Zusatzsymptomen (vermindertes Selbstvertrauen, Schlafstörungen, verminderte Konzentration, Gefühle von Schuld und pessimistische Zukunftsperspektiven) sei die Diagnose einer schwergradigen Episode nach ICD-10 zu stellen. Zudem bestünden weiterhin anhaltende, somatoforme Schmerzstörungen. Der Verlaufsscharakter der vorliegenden Störung, folge man den Arztberichten, spreche für eine depressive Entwicklung seit dem Jahr 1985, ohne vollständige Remission im Verlauf. Als erhebliche biographische Belastungsfaktoren wirkten einerseits traumatische Kindheitserfahrungen, welche durch Angst und Gewalt durch den alkoholkranken Vater, der die Familie jahrelang terrorisiert habe, entstanden seien, andererseits eine Reihe von gewaltsamen Todesfällen der nächsten Angehörigen sowie der Suizid einer Schwester, welche unter Depressionen gelitten habe. Der Patient habe früh gelernt, Probleme mit sich alleine auszumachen, was er selber als sehr anstrengend erlebt und jahrelang durch exzessives Alkoholtrinken aufrechterhalten habe. Auf der anderen Seite habe der Patient als Kind Gewalt am eigenen Leib erfahren, sodass die Vulnerabilität für ein erhöhtes Schmerzempfinden im Erwachsenenalter bereits früh biographisch verankert worden sei. Der Verlauf deute darauf hin, dass sich die Depression mittlerweile in eine eigenständige, depressive Störung mit einer sich verselbstständigten Dynamik entwickelt habe und nicht in einem direkten sozialen Kontext angesiedelt sei. Der Patient sei aus psychiatrischer Sicht in seiner Leistungsfähigkeit eingeschränkt und vermindert belastbar. Die mittel- bis schwergradige Depression bewirke eine Arbeitsunfähigkeit von 50 % auch für leichte Tätigkeiten, sowohl in angestammter als auch in angepasster Tätigkeit, wie im Mini-ICF dargelegt. Durch die Schmerzstörung erhöhe sich die Einschränkung jedoch noch relevant. Aus psychiatrischer Sicht sei prognostisch, in Anbetracht der Komorbidität des langjährigen Krankheitsverlaufs mit Tendenz zur Verschlechterung und der generell verminderten psychischen Belastbarkeit und regressiven Abwehrhaltung auf absehbare Zeit keine weitere Besserung der Arbeitsfähigkeit zu erwarten (Beschwerdebeilagen [BB] 4).

## **E. 8.1**

8.1.1 Die Beschwerdegegnerin lehnte den Anspruch des Beschwerdeführers auf eine Invalidenrente sowie berufliche Eingliederungsmassnahmen mit vorliegend angefochtener Verfügung vom 19. März 2019 im Wesentlichen mit der Begründung ab, in der angestammten Tätigkeit sowie in jeder anderen angepassten Verweistätigkeit bestehe gemäss den vorhandenen medizinischen Unterlagen eine Arbeits- und Leistungsfähigkeit von 80 %. Möglich seien leichte bis mittelschwere, leicht adaptierte Tätigkeiten. Eine solche Tätigkeit sei dem Beschwerdeführer zeitlich vollschichtig möglich, dabei bestehe ein leicht erhöhter Pausenbedarf bei leicht reduzierter Einsetzbarkeit auf Leitern und Tritten sowie beim Besteigen von Gerüsten bei vorhandenen Gleichgewichtsstörungen. Die Leistungseinschränkung sei gemäss den medizinischen Unterlagen vor allem psychisch bedingt. Der Invaliditätsgrad betrage 20 %. Berufliche Massnahmen seien aufgrund der ausgeprägten subjektiven Krankheits- und Behinderungsüberzeugung nicht angezeigt. Im Bericht von Dr. med. K. \_\_\_ vom 21. August 2018 sei festgehalten worden, dass gegenüber der Voruntersuchung vom 30. August 2017 keine signifikante Veränderung vorliege. Auch wenn nun objektiv eine Small Fibre-Neuropathie nachweisbar sei, könne allein daraus kein Rückschluss auf allfällige funktionelle Einschränkungen gezogen werden. Da sich der klinische Befund inzwischen nicht relevant verändert habe, ergäben sich keine neuen

Aspekte in Bezug auf die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit im neurologischen Bereich. Somit sei weiterhin auf die Einschätzung im G.\_\_\_\_-Gutachten vom 23. Oktober 2017 abzustellen. Bezüglich des Arterienleidens sei der mit Einwandbegründung eingereichte Bericht der I.\_\_\_\_ vom 3. Januar 2018 vom RAD mit Aktennotiz vom 19. März 2019 gewürdigt worden. Nach Auffassung des RAD könne daraus kein Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit abgeleitet werden. Somit erübrigten sich diesbezüglich weitere Abklärungen. Bezüglich der Ablehnung der beruflichen Massnahmen sei auf die Stellungnahme der beruflichen Eingliederung vom 3. Oktober 2018 zu verweisen. Daraus könne geschlossen werden, dass keine Anhaltspunkte für eine Änderung bei der subjektiven Eingliederungsfähigkeit vorhanden seien (IV-Nr. 285; A.S. 1 ff.).

8.1.2 Der Beschwerdeführer lässt demgegenüber eventualiter geltend machen, es seien ihm die gesetzlichen IV-Leistungen (berufliche Eingliederungsmassnahmen, inkl. vorgängige Integrationsmassnahmen nach Art. 14a IVG in Form eines Belastbarkeits- und Aufbautrainings, ev. Invalidenrente) nach Massgabe eines Invaliditätsgrades von mindestens 40 % zuzusprechen. Subeventualiter sei ein medizinisches Gerichtsgutachten in Auftrag zu geben. Subsubeventualiter sei die Beschwerdesache zu ergänzenden medizinischen und beruflich-konkreten Abklärungen an die IV-Stelle zurückzuweisen. Dies wird im Wesentlichen damit begründet, der medizinische Sachverhalt sei von der Beschwerdegegnerin weder gemäss dem Urteil des Versicherungsgerichts vom 22. September 2016 noch nach den rechtlichen Vorgaben abgeklärt worden. So habe das Versicherungsgericht der Beschwerdegegnerin aufgetragen, die LWS-Beschwerden des Beschwerdeführers abzuklären. Davon könne in Form der versicherungsinternen Aktenbeurteilung des RAD vom 15. Februar 2017 keine Rede sein. Gemäss der auch bei Depressionen anwendbaren Indikatorenpraxis dürften sich die Gutachter, die IV und die Gerichte nicht allein auf die ärztliche Diagnose abstützen, um die Arbeitsfähigkeit einzuschätzen, denn diese sage allein nichts darüber aus, wie stark die Person in ihrer Arbeits- und Leistungsfähigkeit eingeschränkt sei. Eine fachgerecht gestellte medizinische Diagnose und eine entsprechende Einordnung sei für den Anspruch auf eine IV-Rente nach wie vor, aber eben nur Voraussetzung. Es müsse vielmehr geprüft werden, was die erkrankte Person noch zu leisten vermöge. Dabei gelte es, das tatsächliche berufliche Leistungsvermögen gesamthaft und ergebnisoffen abzuklären. Zu berücksichtigen seien die medizinischen Befunde, allfällige Therapien und deren Wirkung, berufliche Eingliederungsbemühungen, mögliche Begleiterkrankungen, das soziale Umfeld des Versicherten und dessen geltend gemachte Einschränkungen im Alltag. Der psychiatrische G.\_\_\_\_-Gutachter habe seine Einschätzung offensichtlich rein diagnoseabhängig abgegeben. Dies werde bereits schon deutlich, dass diese Einschätzung unter Ziff. 3.5 abgegeben worden sei, bevor der Gutachter unter den Ziff. 3.10.1 ff. Feststellungen zu den Indikatoren abgegeben habe. Diese Feststellungen seien aber wiederum derart oberflächlich und nichtssagend, dass nicht von einer ergebnisoffenen und umfassenden Klärung der Ressourcen die Rede sein könne. So könne nicht beurteilt werden, ob beispielsweise die Fähigkeit zur Planung und Strukturierung von Aufgaben reduziert sei und falls ja, wie schwer. Auch nachvollziehbare Aussagen zur Durchhaltefähigkeit, zur Kontaktfähigkeit zu Dritten, zur Selbstbehauptungsfähigkeit, zur Fähigkeit zu ausserberuflichen Aktivitäten wie Haushalt und Hobbies seien nicht entnehmbar. Wenn der Gutachter ausserdem festhalte, es bestünden keine Hinweise auf eine emotional instabile Persönlichkeitsstörung (S. 15 des Gutachtens), so verwirre dies, denn es gebe ja auch andere Arten von Persönlichkeitsstörungen. Es verstöre aber auch deshalb, weil im Vordergutachten von

Dr. med. P.\_\_\_\_ immerhin die Verdachtsdiagnose einer emotional instabilen Persönlichkeitsstörung gestellt worden sei. Es fehle im G.\_\_\_\_-Gutachten auch eine Erfassung sämtlicher somatischer Befunde, so der klinischen Befunde die LWS-Beschwerden betreffend. Nicht nur aufgrund der Indikatorenpraxis, auch gemäss den Qualitätsleitlinien für psychiatrische Gutachten in der IV seien auch im Rahmen eines monodisziplinären psychiatrischen Gutachtens in jedem Fall vorliegende somatische Befunde in der Beurteilung zu berücksichtigen. Das psychiatrische G.\_\_\_\_-Gutachten erweise sich damit als unvollständig. Es müsse daher eine polydisziplinäre Begutachtung in Auftrag gegeben werden.

## **E. 8.2**

8.2.1 Zum Einwand des Beschwerdeführers, die Beschwerdegegnerin habe den medizinischen Sachverhalt nicht genügend abgeklärt, ist bezüglich des operativen Eingriffs zur Entfernung des Tumors am linken Knie Folgendes festzuhalten: Die Beschwerdegegnerin holte aufgrund des Berichts von Dr. med. Q.\_\_\_\_ (vgl. E. II. 7.2 hiervor) am 23. März 2017 beim R.\_\_\_\_ den Operationsbericht vom 26. Oktober 2015 ein. Daraus geht hervor, dass der Beschwerdeführer am 21. Oktober 2015 wegen eines unklaren Tumors am linken Knie operiert wurde (Exzisionsbiopsie Tumor aus der Tibialis anterior Loge links; IV-Nr. 234 ff.). Gegenüber dem neurologischen G.\_\_\_\_-Gutachter Dr. med. K.\_\_\_\_ gab der Beschwerdeführer im Rahmen der neurologischen Untersuchung vom 30. August 2017 an, er habe vor ca. zwei Jahren eine Operation wegen eines Nerventumors am linken Knie gehabt. Dies habe zu einer Besserung der damals vorhandenen Beschwerden geführt (IV-Nr. 244 S. 18). Der neurologische Gutachter stellte hierzu fest, beim operativ entfernten Glomustumor am linken Unterschenkel handle es sich meist um einen benignen, d.h. gutartigen, Tumor, welcher zu lokalen Schmerzen führe. In den Akten sei eine längerdauernde Einschränkung der Arbeitsfähigkeit allein aufgrund dieser Beschwerden nicht beschrieben. Laut den Angaben des Exploranden sei die Operation im Oktober 2015 erfolgreich gewesen. Im Rahmen der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit sowohl aus neurologischer als auch aus bidisziplinärer Sicht spielte die erwähnte Knieoperation keine Rolle. So wurde zur Arbeitsfähigkeit aus neurologischer Sicht angegeben, in der angestammten beruflichen Tätigkeit als Hilfsarbeiter in einem Fabrikationsbetrieb oder als Lagermitarbeiter ergäben sich aufgrund der neurologischen Diagnosen keine relevanten Einschränkungen. Die leichte Einschränkung der Gleichgewichtsfunktionen sei auf die Polyneuropathie zurückzuführen, wodurch der Beschwerdeführer im Alltag jedoch nicht relevant eingeschränkt werde (IV-Nr. 244 S. 20). Das Restless Legs-Syndrom ist nach den gutachterlichen Angaben im Allgemeinen eine gut behandelbare Erkrankung; aufgrund dieser Diagnose sei keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit zu erwarten (IV-Nr. 244 S. 21). Aus bidisziplinärer Sicht stehen die psychischen Beschwerden im Vordergrund, welche eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 20 % begründen, die neurologische Symptomatik wird durch das Schlafapnoe-Syndrom beherrscht, welches aber seit Jahren mit einer CPAP-Therapie unter Kontrolle stehe. Die festgestellte vorwiegend sensible Polyneuropathie wird von den Gutachtern als leicht eingestuft. Demnach kann aufgrund der Untersuchungsergebnisse der G.\_\_\_\_-Gutachter nicht davon ausgegangen werden, dass die Entfernung des gutartigen Tumors, die zu einer Verbesserung der Beschwerden geführt habe, eine relevante Einschränkung der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers verursacht habe könnte. Dies wird vom Beschwerdeführer denn auch nicht geltend gemacht. Auch in den übrigen vorliegend ins Recht gelegten medizinischen Akten wird die Tumorentfernung vom

Oktober 2015 nicht thematisiert, sodass es damit sein Bewenden hat.

8.2.2 Zu dem von Dr. med. D.\_\_\_\_ in seinem Bericht vom 21. Mai 2014 (IV-Nr. 172 S. 2 f.) erstmals erwähnten Lumbo-vertebralen Syndrom mit seltener Ischialgie links bei magnetotomographisch nachgewiesenen deutlichen degenerativen LWS-Veränderungen auf mehreren Etagen (MRI vom 12. Mai 2014: leichte Spondylarthrose zwischen L4 und S1, rechtsseitig geringgradig Foramenenge in L5/S1 sowie Nearthrose links vermutlich in L5/S1; IV-Nr. 176 S. 3) ist festzuhalten, dass die entsprechenden Untersuchungen (MRT der LWS und ISG vom 16. November 2016) keine relevante Verschlechterung zum Vorbefund vom 12. Mai 2014 ergaben: Es bestehe eine leichte Reizreaktion an der Nearthrose linksseitig in S1/2 bei lumbosakraler Übergangsstörung, ein Conus medullaris mit physiologischem Signal auf TH12/L1-Niveau, eine unverändert unauffällige Darstellung der Bandscheibensegmente der LWS und eine unverändert minimale Spondylarthrose L4/5 und L5/S1 mit dezenter rechtsseitiger foraminale Enge. Insgesamt könne keine hochgradige degenerative Veränderung mit Kompression neuraler Strukturen im Untersuchungsbereich festgestellt werden. Es bestehe eine unauffällige Weite des lumbalen Spinalkanals. Das Iliosakralgelenk (ISG) sei regelrecht. Dementsprechend lautete die Beurteilung des Radiologen wie folgt: «Minimale Reizreaktion an der linksseitigen Nearthrose S1/2 bei lumbosakraler Übergangsstörung. Keine fortgeschrittene degenerative Veränderung mit Kompression neuraler Strukturen, keine Stenose des Spinalkanals im Untersuchungsbereich» (vgl. Bericht des W.\_\_\_\_ vom 16. November 2016, IV-Nr. 228 S. 6; vgl. E. II. 7.5 hiervor). Dazu nahm die RAD-Ärztin Dr. med. Y.\_\_\_\_ am 15. Februar 2017 dahingehend Stellung, die MRT-Untersuchung der LWS vom 16. November 2016 habe keine Verschlechterung im Vergleich zum Vorbefund vom 12. Mai 2014 gezeigt. Da ■ mit Ausnahme von Dr. med. D.\_\_\_\_, der in seinem Bericht vom 21. Oktober (recte: Dezember) 2016 lumbospondylogene Beschwerden beschrieben habe (vgl. E. II. 7.7 hiervor) ■ von den behandelnden Ärzten keine Beschwerden des Skelettsystems erwähnt worden seien, und der Versicherte sich auch nicht in rheumatologischer Behandlung befinde, sei aufgrund der kernspintomographisch nur minim degenerativ veränderten LWS keine weitere rheumatologische Begutachtung indiziert. Im Rahmen des rheumatologischen Konsiliums vom 21. November 2011, welches von der M.\_\_\_\_ initiiert worden sei (vgl. IV-Nr. 118.4), habe der Rheumatologe Dr. med. O.\_\_\_\_ keine Erkrankung seines Fachgebietes mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit festgestellt (IV-Nr. 230 S. 2). Damit in Übereinstimmung stehen die eigenen Angaben des Beschwerdeführers im Rahmen der bidisziplinären G.\_\_\_\_-Begutachtung. Anlässlich der psychiatrischen Abklärung vom 30. August 2017 gab er zu seinen aktuellen Leiden an, es gehe immer gleich, er leide an einer Zuckerkrankheit, einer Schlafapnoe, einer Epilepsie sowie an Depressionen. Er sei oft müde, kraftlos und nervös, schlafe nicht gut, schwitze oft und leide manchmal unter Verstopfung (IV-Nr. 244 S. 10 f.). Bei der neurologischen Untersuchung gleichen Datums berichtete er, er leide im Wesentlichen unter psychischen Problemen. Im somatischen Bereich bestehe eine Diabetes mellitus. Wegen einer Schlafapnoe unterziehe er sich einer CPAP-Therapie, im Weiteren trage er wegen Schwerhörigkeit Hörgeräte. Wegen Atemproblemen sei er in HNO-ärztlicher Behandlung gewesen. Ab und zu erwache er wegen eines Erstickungsgefühls; eine weitere Kontrolle sei beim Pneumologen Dr. med. S.\_\_\_\_ vorgesehen (IV-Nr. 244 S. 17). Der Beschwerdeführer gab gegenüber den beiden Gutachtern somit seine sämtlichen aktuellen somatischen und psychischen Leiden an. Zu einem Rückenleiden, insbesondere zu einem solchen im Bereich der Lendenwirbelsäule, machte er keine Angaben. Demnach kann auch aufgrund seiner eigenen Angaben nicht von

einer relevanten Verschlechterung des Rückenleidens ausgegangen werden und es ist nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin diesbezüglich auf weitere Abklärungen verzichtet hat.

### **E. 8.3**

8.3.1 Gemäss dem von der Beschwerdegegnerin veranlassten bidisziplinären Gutachten vom 25. September 2017 stehen ■ wie erwähnt ■ psychiatrische und neurologische Beschwerden im Vordergrund. Die G.\_\_\_\_-Gutachter stellten die Diagnosen (mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit) einer rezidivierenden, depressiven Störung, gegenwärtig leicht- bis mittelgradige Episode (ICD-10 F33.0/33.1), sowie einer vorwiegend sensiblen Polyneuropathie bei Diabetes mellitus (ICD-10 G62) und setzten die Arbeits- und Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers aus bidisziplinärer Sicht in leichten bis mittelschweren, gering adaptierten Tätigkeiten auf 80 % fest, wobei das Pensum vollschichtig umgesetzt werden könnte mit leicht erhöhtem Pausenbedarf und leicht reduziertem Rendement; dies gelte auch für die früher vom Beschwerdeführer ausgeübten Tätigkeiten (IV-Nr. 244 S. 22 f.). Dem Einwand des Beschwerdeführers, der medizinische Sachverhalt sei ungenügend abgeklärt worden und der psychiatrische G.\_\_\_\_-Gutachter habe seine Einschätzung offensichtlich rein diagnoseabhängig abgegeben (Beschwerde, S. 7 f. Ziff. 9), kann nicht gefolgt werden. So berücksichtigte Dr. med. AC.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, bei seiner Begutachtung die Sozial- und Arbeitsanamnese, die medizinische Anamnese sowie die Vorakten, nahm im Rahmen der Untersuchung vom 30. August 2017 die subjektiven Angaben des Beschwerdeführers auf, erhob den psychiatrischen Befund nach dem System der AMDP (Arbeitsgemeinschaft für Methodik und Dokumentation in der Psychiatrie) und nahm eine psychiatrische Beurteilung vor, wobei er feststellte, der Beschwerdeführer befinde sich zwar seit Jahren in ambulanter psychiatrischer Behandlung und sei im Jahr 2010 auch stationär psychiatrisch behandelt worden (Einnahme von Antidepressiva), der Blutspiegel des eingenommenen Antidepressivums sei aber viel zu tief. Dr. med. AC.\_\_\_\_ stellte die psychiatrischen Diagnosen und gab die Arbeitsfähigkeiten in der bisherigen Tätigkeit sowie in einer angepassten Tätigkeit (inkl. zeitlicher Verlauf) wieder, wobei er angab, der Grad der Arbeitsunfähigkeit habe sich in den letzten Jahren nicht verändert (S. 13 Ziff. 3.5). Nach der Wiedergabe der Selbsteinschätzung des Beschwerdeführers und der Stellungnahme zu früheren ärztlichen Einschätzungen würdigte der psychiatrische Gutachter die Indikatoren gemäss BGE 141 V 281. Zur Ausprägung und Schwere der objektiven Befunde hielt er fest, im Rahmen der psychiatrischen Untersuchung habe ein leicht- bis gelegentlich mittelgradiges depressives Zustandsbild beobachtet werden können. Der Beschwerdeführer sei im Alltag durch die depressiven Verstimmungen, die leichte Antriebsminderung und die verminderte psychische Belastbarkeit beeinträchtigt. Der 60-jährige Beschwerdeführer sei seit Jahren arbeitslos und davon überzeugt, nicht arbeiten zu können, wobei die Wirtschaftslage schwierig sei. All dies könne dazu beitragen, dass er sich durch seine Beschwerden mehr eingeschränkt fühle, als dass es den objektivierbaren Befunden entspreche. Er neige dazu, seine Beschwerden zu verdeutlichen. Aktuell bestünden keine Hinweise auf eine Alkoholabhängigkeit und/oder irreversibler Gesundheitsschäden nach langjähriger Alkoholabhängigkeit. Die psychosoziale Entwicklung sei unauffällig verlaufen und der Beschwerdeführer habe während Jahren mit guter Leistung gearbeitet. Von seiner Persönlichkeit her sei die Arbeitsfähigkeit nicht beeinträchtigt. Man finde keinerlei Hinweise auf das Vorhandensein einer emotional instabilen Persönlichkeitsstörung. Der Beschwerdeführer sei im Alltag und in der Umsetzung seiner Ressourcen durch die

psychiatrische Störung geringgradig beeinträchtigt. Zum sozialen Kontext legte der Gutachter dar, die im Rahmen des Arbeitstrainings gezeigten bescheidenen Leistungen liessen sich nicht durch eine psychiatrische Störung begründen. Der Beschwerdeführer werde durch seine Ehefrau unterstützt. Sozial lebe er etwas zurückgezogen, vor allem seit ein langjähriger Kollege nach Serbien zurückgekehrt sei. Die Kommunikationsfähigkeit sei aufgrund der Depression leichtgradig beeinträchtigt. Es bestehe keine Motivation, einer beruflichen Tätigkeit nachzugehen. Zur Behandlung und Eingliederung gab der Gutachter sodann an, die bisherige Therapie sei lege artis durchgeführt worden. Die Kooperation des Beschwerdeführers sei vorhanden gewesen und weitere Therapieoptionen bestünden nicht. Aus psychiatrischer Sicht lasse sich die geringe Leistungsbereitschaft bei den gescheiterten Eingliederungsbemühungen nicht erklären. Aufgrund der psychiatrischen Störung sei die Eingliederungsfähigkeit nur geringgradig, nämlich um 20 %, beeinträchtigt. Eingliederungsmassnahmen seien ganztags mit leicht vermindertem Rendement zumutbar. Aufgrund der ausgeprägten subjektiven Krankheits- und Behinderungsüberzeugung, die nur teilweise Krankheitswert habe, seien Eingliederungsmassnahmen kaum erfolgversprechend durchführbar. Zur Konsistenz gab der Gutachter schliesslich an, im Gegensatz zu seinen Angaben nehme der Explorand gemäss den durchgeführten Blutuntersuchungen die verordneten Antidepressiva kaum ein. Er unternehme regelmässig längere Spaziergänge, arbeite im Garten und fische regelmässig. Die Beziehung zu seiner Ehefrau sei gut. Aufgrund der genannten Aktivitäten sei es nicht nachvollziehbar, dass er sich nicht arbeitsfähig fühle. Er habe seine Berufstätigkeit aufgegeben und zeige auch einen leichten sozialen Rückzug. Therapeutische Optionen nehme er wahr (S. 15 ff. Ziff. 3.10.1 ff.).

Weshalb diese fachärztlichen Feststellungen und Untersuchungsergebnisse nach den Angaben des Beschwerdeführers «oberflächlich und nichtssagend» sein sollen, weshalb «nicht von einer ergebnisoffenen und umfassenden Klärung der Ressourcen die Rede sein» könne, ist unklar und wird vom Beschwerdeführer nicht nachvollziehbar begründet. Zu seinem Einwand, der G. \_\_\_-Gutachter habe die Parameter der funktionellen Leistungsfähigkeit nicht in Anlehnung an den Mini-ICF-P geprüft und die Qualitätsleitlinien für psychiatrische Gutachten in der Eidgenössischen Invalidenversicherung der Schweizerischen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie (SGPP) vom Februar 2012 seien angesichts der fehlenden Beurteilung somatischer Befunde nicht berücksichtigt worden, weshalb eine polydisziplinäre Begutachtung in Auftrag zu geben sei, ist Folgendes festzuhalten: Die Rechtsprechung hat die Qualitätsleitlinien als anerkannten Standard für eine sachgerechte und rechtsgleiche (versicherungs-)psychiatrische Begutachtung bezeichnet. Sie verstehen sich als Empfehlung, von welcher im begründeten Einzelfall abgewichen werden kann. Dem Rechtsanwender soll sie bei der Beurteilung der Gutachterqualität nützlich sein. Weder Gesetz noch Rechtsprechung schreiben den Psychiatern eine Begutachtung nach den entsprechenden Richtlinien vor. Ein Gutachten verliert nicht automatisch seinen Beweiswert, wenn es sich nicht an die erwähnten Qualitätsleitlinien anlehnt. Einem testmässigen Erfassen der Psychopathologien im Rahmen der psychiatrischen Exploration kann generell nur ergänzende Funktion beigemessen werden, während die klinische Untersuchung mit Anamneseerhebung, Symptomerfassung und Verhaltensbeobachtung ausschlaggebend ist. Es liegt im Ermessen der medizinischen Fachperson, ob sie psychologische Test durchführen will. Aus diesem Grund ist es dem Beweiswert des psychiatrischen Teilgutachtens nicht abträglich, dass keine Mini-ICF-APP durchgeführt wurde. Da den Experten bei der Wahl der Methode zur Erstellung des Gutachtens ein

grosses Ermessen zukommt, kann nicht gesagt werden, dass nur die Anwendung einer Methode zulässig ist. Massgebend ist vielmehr, dass das Gutachten gesamthaft gesehen nachvollziehbar begründet und überzeugend ist. Inwiefern der durch den G.\_\_\_\_-Psychiater erhobene Psychostatus mangelhaft sein soll, vermag der Beschwerdeführer nicht überzeugend darzutun. Dauer der Untersuchung und Anzahl der psychiatrischen Explorationen unterliegen grundsätzlich ebenfalls der Fachkenntnis und dem Ermessensspielraum des Experten. Dasselbe gilt für das Einholen fremdanamnestischer Auskünfte und die Frage, ob eine Persönlichkeitsdiagnostik im Einzelfall Sinn macht (Urteil des Bundesgerichts 8C\_466/2017 vom 9. November 2017 E. 5.1 mit Hinweisen). Nach dem Gesagten zielen die vorerwähnten Einwände des Beschwerdeführers ins Leere. Dass der psychiatrische Gutachter keinen Hinweis auf das Vorhandensein einer emotional instabilen Persönlichkeitsstörung (oder anderer Persönlichkeitsstörungen) finden konnte, schmälert den Beweiswert des Gutachtens nicht. Daran ändert auch der Umstand nichts, dass im psychiatrischen Gutachten von Dr. med. AD. \_\_\_\_ vom 1. Dezember 2011 im Rahmen der Begutachtung durch die M.\_\_\_\_ die Verdachtsdiagnose (ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit) einer emotional instabilen Persönlichkeitsstörung, impulsiver Typ (F60.30,) gestellt wurde (vgl. IV-Nr. 118.3 S. 3).

Dem anlässlich der öffentlichen Hauptverhandlung vom 21. November 2019 erneut erhobenen Einwand des Beschwerdeführers, der psychiatrische G.\_\_\_\_-Gutachter habe seine Einschätzung offensichtlich rein diagnoseabhängig abgegeben, die im Rahmen der Indikatorenprüfung abgegebenen Feststellungen seien «oberflächlich und nichtssagend» und es fehle ein genügender Bezug zu den Indikatoren (vgl. Verhandlungsprotokoll vom 21. November 2019), kann nicht gefolgt werden. Der psychiatrische G.\_\_\_\_-Gutachter legte anhand der Indikatoren gemäss BGE 141 V 281 klar, verständlich und nachvollziehbar dar, weshalb er aufgrund seiner Untersuchungsergebnisse und unter Berücksichtigung der früheren ärztlichen Einschätzungen die Einschränkungen des Beschwerdeführers durch die rezidivierende depressive Störung als geringgradig einstufte. Dabei verwies er u.a. auf die Neigung des Beschwerdeführers, seine Beschwerden zu verdeutlichen, seine unauffällige psychosoziale Entwicklung, seinen sozialen Kontext, die ungenügende Einnahme der verordneten Antidepressiva, seine nur teilweise vorhandene Kooperation bei den gescheiterten Eingliederungsbemühungen sowie seine Aktivitäten in allen vergleichbaren Lebensbereichen. Es besteht kein Hinweis, dass sich der G.\_\_\_\_-Gutachter bereits vor der Indikatorenprüfung festgelegt haben soll, wie dies vom Beschwerdeführer behauptet wird. Das G.\_\_\_\_-Gutachten erscheint insgesamt als konsistent und schlüssig, weshalb aus dem Umstand, dass die psychiatrische Diagnose und die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit (S. 13 Ziff. 3.4 f.) vor der Indikatorenprüfung (S. 14 ff. Ziff. 3.10.1 bis 3.10.4) dargelegt wurde, nichts abgeleitet werden kann, was den Beweiswert des Gutachtens schmälern würde.

8.3.2 Der neurologische Gutachter, Dr. med. K.\_\_\_\_, stellte aufgrund seiner fachärztlichen Untersuchung vom 30. August 2017 die Diagnose (mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit) einer vorwiegend sensiblen Polyneuropathie bei Diabetes mellitus (ICD-10 G62) und hielt zur Arbeitsfähigkeit aus neurologischer Sicht fest, in der angestammten Tätigkeit als Hilfsarbeiter in einem Fabrikationsbetrieb oder als Lagerarbeiter ergäben sich aufgrund der neurologischen Diagnosen keine relevanten Einschränkungen. Es müsse jedoch berücksichtigt werden, dass der Explorand etwas eingeschränkte Gleichgewichtsfunktionen habe, sodass er nicht auf Leitern und Tritten sowie Gerüsten eingesetzt werden könne.

Unter Berücksichtigung dieser Einschränkungen bestehe weder zeitlich noch leistungsmässig eine relevante Einschränkung der Arbeitsfähigkeit (IV-Nr. 244 S. 19 ff.). Auch diesen nachvollziehbaren Untersuchungsergebnissen des neurologischen Gutachters ist zu folgen. Der Einwand des Beschwerdeführers, es fehle die Erfassung sämtlicher somatischer Befunde, insbesondere auch der LWS-Beschwerden, zielt ins Leere.

8.4 Gemäss dem bidisziplinären Begutachtungsergebnis ist davon auszugehen, dass beim Beschwerdeführer aktuell wie auch seit Jahren (übereinstimmend mit früheren M.\_\_\_-Gutachten) in leichten bis mittelschweren, gering adaptierten Tätigkeiten eine 80%ige Arbeits- und Leistungsfähigkeit besteht, wobei das Pensum vollschichtig umgesetzt werden könnte mit leicht erhöhtem Pausenbedarf und leicht reduziertem Rendement; dies gelte auch für die früher vom Beschwerdeführer durchgeführten Arbeiten (vgl. IV-Nr. 244 S. 22 f.). Dieses umfassende bidisziplinäre Gutachten beruht auf allseitigen Untersuchungen vom 30. August 2017, berücksichtigt die geklagten Beschwerden, wurde in Kenntnis der Vorakten abgegeben und ist in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtend. Die Schlussfolgerungen der Experten sind hinreichend begründet und überzeugend. Demnach kommt diesem Gutachten volle Beweiskraft zu (vgl. E. II. 4.3 hiervor). Die Berichte der behandelnden Ärzte von Dr. med. D.\_\_\_ vom 21. Dezember 2012 (E. II. 7.7 hiervor), Dr. med. U.\_\_\_ vom 15. März 2017 (E. II. 7.9 hiervor) und Dr. med. H.\_\_\_ vom 15. Januar 2019 (E. II. 7.16 hiervor) vermögen den Beweiswert des G.\_\_\_-Gutachtens von 25. September 2017 nicht zu schmälern. Auch aus dem an der öffentlichen Hauptverhandlung vom 21. November 2019 eingereichten Bericht von Dr. med. H.\_\_\_ vom 14. Mai 2019 (E. II. 7.19 hiervor) geht nichts hervor, was das G.\_\_\_-Gutachten in Frage stellen könnte. Dr. med. H.\_\_\_ stellte zwar ■ unter Berücksichtigung der Testergebnisse des Mini-ICF ■ fest, der Beschwerdeführer leide an einer rezidivierenden mittel- bis schwergradigen depressiven Störung und an einer chronischen Schmerzstörung, wobei sich die Beschwerden wechselseitig verstärkten, sowie an somatischen, den Krankheitsverlauf beeinflussenden Komorbiditäten, und führte aus, der Gesundheitszustand habe sich mittlerweile aus fachärztlicher Sicht wesentlich verschlechtert (vgl. E. II. 7.19 hiervor), es gilt jedoch zu beachten, dass wichtige, nicht rein subjektiver ärztlicher Interpretation entspringende Aspekte, die im Rahmen der G.\_\_\_-Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben wären, auch von ihm als behandelnden Psychiater nicht genannt wurden. Die Berichte von Dr. med. H.\_\_\_ vom 15. Januar und 14. Mai 2019 können ■ wie (unter E. II. 4.5 hiervor) erwähnt ■ nicht denselben Stellenwert beanspruchen, zumal der behandelnde Psychiater auf die Begutachtungsergebnisse des G.\_\_\_ überhaupt nicht eingeht. Der psychiatrische G.\_\_\_-Gutachter legte aufgrund seiner Untersuchungsergebnisse nachvollziehbar und schlüssig dar, beim Beschwerdeführer bestünden keine Hinweise auf eine andauernd mittelgradige oder schwergradige depressive Störung, sodass aus psychiatrischer Sicht nur eine geringgradige Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit attestiert werden könne; der Grad der Arbeitsfähigkeit habe sich in den letzten Jahren nicht verändert (IV-Nr. 244 S. 14 f. Ziff. 3.5 f.). Eine eigentliche somatoforme Schmerzstörung konnte nicht diagnostiziert werden. Aus neurologischer Sicht ist nach den überzeugenden fachärztlichen Angaben die vorwiegend sensible Polyneuropathie als Begleiterkrankung des grundsätzlich gut eingestellten Diabetes mellitus als leicht einzustufen und hat klinisch keine wesentlichen Auswirkungen. Das Schlafapnoesyndrom steht seit Jahren adäquat mit CPAP-Therapie unter Kontrolle und der bestehende Verdacht auf ein Restless legs Syndrom hat ebenfalls keine Auswirkung auf die

Arbeitsfähigkeit (IV-Nr. 244 S. 22 Ziff. 6). Es bestehen nach dem Gesagten somit keine konkreten Indizien, die gegen die Zuverlässigkeit des bidisziplinären Gutachtens sprechen, zumal dessen Untersuchungsergebnisse auch durch den Bericht der I.\_\_\_\_ vom 3. Januar 2018 (vgl. E. II. 7.12 und 7.18) sowie den Bericht von Dr. med. K.\_\_\_\_ vom 21. August 2018 (E. II. 7.14 und 7.15) erhärtet werden (vgl. E. II. 4.4 hiervor). Demnach besteht kein Anlass für eine weitere Begutachtung, wie dies vom Beschwerdeführer verlangt wird. Ein Vergleich der aktuellen medizinischen Situation mit dem Gesundheitszustand im Referenzzeitpunkt (rechtskräftige Verfügung vom 16. August 2012) ergibt keine relevante Verschlechterung des Gesundheitszustands des Beschwerdeführers. Damals wurden im polydisziplinären Gutachten der M.\_\_\_\_ vom 26. Januar 2012 die Diagnosen (mit wesentlicher Einschränkung der zumutbaren Arbeitsfähigkeit) «komplizierte, protrahierte Trauerreaktion (ICD-10 F38.8)» sowie «unter Therapie teilweise remittierte Depression, aktuell leichte bis mittelgradige depressive Episode ohne somatisches Syndrom (ICD-10 F32.10)» gestellt und die Arbeitsfähigkeit in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Maschinenführer auf 70 % sowie diejenige in einer angepassten Verweistätigkeit auf 75 % festgesetzt (IV-Nr. 118.1 S. 19 ff.; E. II. 6.1 hiervor). In der Stellungnahme vom 22. Mai 2012 hielten die Gutachter an den Begutachtungsergebnissen fest (IV-Nr. 133; vgl. E. II. 6.2 hiervor). Gestützt auf diese Abklärungsergebnisse ermittelte die Beschwerdegegnerin damals einen Invaliditätsgrad von 33 % (IV-Nr. 144 S. 2). Demnach hat sich gesundheitliche Situation des Beschwerdeführers seit der rechtskräftigen Verfügung vom 16. August 2012 nicht relevant verschlechtert. Soweit der Beschwerdeführer auf das Alter des G.\_\_\_\_-Gutachtens hinweist und rügt, die seitherige gesundheitliche Entwicklung sei nicht berücksichtigt worden, ist ihm zu entgegnen, dass eine relevante Verschlechterung seines Gesundheitszustands ■ auch unter Berücksichtigung des vorliegend jüngsten Berichts von Dr. med. H.\_\_\_\_ vom 14. Mai 2019 ■ nicht ersichtlich ist. Auch sonst besteht kein Hinweis für eine relevante Veränderung seiner tatsächlichen Verhältnisse.

## **E. 9**

9.1 Der Beschwerdeführer beantragt im Weiteren die Gewährung beruflicher Massnahmen und macht geltend, die Eintretenshürde der Glaubhaftmachung gemäss Art. 87 Abs. 3 IVV beziehe sich nur auf eine Invalidenrente, eine Hilflosenentschädigung oder einen Assistenzbeitrag. Berufliche Massnahmen könnten ohne diese Hürde wieder neu geltend gemacht werden (vgl. Beschwerde, S. 9 Ziff. 10).

9.2 Nach Art. 87 Abs. 3 IVV wird, wenn eine Rente wegen eines zu geringen Invaliditätsgrades verweigert wurde, eine neue Anmeldung nur geprüft, wenn die Voraussetzungen gemäss Abs. 2 erfüllt sind. Danach ist von der versicherten Person glaubhaft zu machen, dass sich der Grad der Invalidität in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert hat. Dieselben Grundsätze gelten praxisgemäss in analoger Weise auch für Eingliederungsleistungen (Urteil des Bundesgerichts 9C\_291/2017, 9C\_482/2018 vom 20. September 2018 E. 7.2 mit Hinweis u.a. auf BGE 130 V 64 E. 2 S. 66 und 109 V 119 E. 3a S. 122).

9.3 Im vorliegenden Fall wies das Versicherungsgericht die Sache mit rechtskräftigem Urteil vom 22. September 2016 (VSBES.2015.178) an die Beschwerdegegnerin zurück, «damit sie bezüglich der «invalidisierenden» Schmerzen im Kniebereich links (allenfalls Tumoroperation), der degenerativen LWS-Veränderungen sowie allfälliger weiterer, in der Zwischenzeit aufgetretener Leiden auf die Neuanmeldung vom 13. August 2014 eintrete, weitere medizinische Abklärungen veranlasse und danach über den Leistungsanspruch des

Beschwerdeführers (berufliche Massnahmen, Invalidenrente) entscheide» (S. 20 E. II. 5.; S. 21 Dispositiv Ziff. 1; IV-Nr. 223 S. 21 f.). Dementsprechend trat die Beschwerdegegnerin auf die Leistungsbegehren des Beschwerdeführers ein, nahm weitere medizinische Abklärungen vor und wies den Anspruch auf berufliche Eingliederungsmassnahmen sowie eine Invalidenrente mit vorliegend angefochtener Verfügung ab (IV-Nr. 285). Aufgrund dieser Abklärungen kann seit dem Referenzzeitpunkt keine relevante Veränderung bzw. Verschlechterung des Gesundheitszustands des Beschwerdeführers festgestellt werden, weshalb auch keine beruflichen Eingliederungsmassnahmen zu gewähren sind. Die Revisionsgrundsätze gelten in analoger Weise auch für berufliche Eingliederungsleistungen (vgl. E. II. 3. und 9.2 hiervor). Dem Einwand des Beschwerdeführers unter Hinweis auf die Anmerkungen im Jahrbuch zum Sozialversicherungsrecht (JaSo 2019, Hrsg. Ueli Kieser und Miriam Lendfers, S. 95 Ziff. 14), wonach der rein verfahrensökonomisch begründete Schutzbedarf sich nach dem Wortlaut von Art. 87 Abs. 3 IVV nur auf eine Rentenleistung, eine Hilflösenentschädigung und einen Assistenzbeitrag beziehe, jedoch nicht auf berufliche Eingliederungsmassnahmen, kann nicht gefolgt werden. Eine solche Interpretation entspricht nicht der bundesgerichtlichen Rechtsprechung.

Im Übrigen kann angesichts der Äusserungen des Beschwerdeführers im Rahmen der Begutachtung vom 30. August 2017, wonach er sich aufgrund seiner depressiven Verstimmungen und seiner zahlreichen somatischen Erkrankungen seit Jahren nicht mehr in der Lage fühle, einer beruflichen Tätigkeit nachzugehen (vgl. IV-Nr. 244 S. 11, 14, 18, 22 und 23; berufliche Massnahmen konnten bei der ausgeprägten subjektiven Krankheits- und Behinderungsüberzeugung nicht vorgeschlagen werden), nach wie vor nicht von seiner subjektiven Eingliederungsfähigkeit ausgegangen werden (vgl. auch Aktennotiz der Teamleiterin der beruflichen Eingliederung vom 3. Oktober 2018, IV-Nr. 274). Dass der Beschwerdeführer gemäss den vorliegenden Unterlagen lediglich im Februar/März 2018 gegenüber dem Regionalen Arbeitsvermittlungszentrum (RAV) Stellenbemühungen nachgewiesen hat (vgl. IV-Nr. 266 S. 9 f.), ändert daran nichts. Auch nach den Angaben des aktuell behandelnden Psychiaters, Dr. med. H. \_\_\_\_, vom 15. Januar 2019 hat eine Eingliederung des Beschwerdeführers derzeit keine Erfolgsaussichten und die diesbezügliche Prognose wird als ungünstig eingestuft (IV-Nr. 276 S. 7). Gemäss dem neusten Bericht des behandelnden Psychiaters vom 14. Mai 2019 ist der Verlauf gesamthaft (nach wie vor) durch eine weitgehende Fixierung auf die Beschwerden, eine resignative Grundhaltung und einen daraus resultierenden sozialen Rückzug gekennzeichnet. Eine Erhöhung der Belastbarkeit konnte nicht erreicht werden (BB 4, S. 3 unten). Es besteht kein Hinweis, dass der Beschwerdeführer nun bereit wäre, berufliche Eingliederungsmassnahmen durchzuführen. Nach den Angaben der beruflichen Eingliederung vom 3. Oktober 2018 war ein persönliches Abklärungsgespräch nicht angezeigt (IV-Nr. 274). Dass sich diesbezüglich etwas geändert haben könnte, ist nicht ersichtlich. Die resignative und passive Grundhaltung des Beschwerdeführers wird auch durch die von der Beschwerdegegnerin am 30. Januar 2019 im Rahmen eines Mahn- und Bedenkzeitverfahrens veranlasste medizinische Auflage, sich einer einmaligen Blutentnahme zur Spiegelmessung des Antidepressivums Cymbalta zu unterziehen, untermauert, welche ergab, dass der gemessene Duloxetin-Spiegel des genannten Antidepressivums weiterhin ■ wie bereits im G. \_\_\_-Gutachten festgestellt ■ stark unterhalb des Referenzwertes lag, um therapeutisch wirksam sein zu können. Eine regelmässige Einnahme und damit auch ein Compliance konnte daher nicht nachgewiesen

werden (vgl. IV-Nr. 278 ff. und 284). Unter den gegebenen Umständen bestand für die Beschwerdegegnerin somit kein Anlass, auch bezüglich der verlangten beruflichen Eingliederungsmassnahmen eine weiteres Mahn- und Bedenkzeitverfahren durchzuführen.

10. Nach dem Gesagten ist die vorliegend angefochtene Verfügung vom 19. März 2019, worin der Anspruch des Beschwerdeführers auf eine Invalidenrente sowie berufliche Eingliederungsmassnahmen mangels einer relevanten gesundheitlichen Verschlechterung abgewiesen wurde, nicht zu beanstanden. Die dagegen erhobene Beschwerde ist abzuweisen.

## **E. 11**

11.1 Da der Beschwerdeführer nicht obsiegt, hat er grundsätzlich keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung (Art. 61 lit. g ATSG). Die festgestellte Gehörsverletzung (E. II. 5. hiervor) rechtfertigt es allerdings, dem Beschwerdeführer zu Lasten der Beschwerdegegnerin jenen Aufwand zu entschädigen, der für das Erheben der entsprechenden Rüge angefallen ist. Als angemessen erscheint eine Parteientschädigung von CHF 280.00 (1 Stunde à CHF 240.00 plus Auslagen von pauschal CHF 20.00 sowie Mehrwertsteuer von CHF 20.00).

11.2 Der Beschwerdeführer steht ab Prozessbeginn im Genuss der unentgeltlichen Rechtspflege (Verfügung vom 13. September 2019; A.S. 37 f.; vgl. E. I. 2.4 hiervor). Die Kostenforderung ist bei Unterliegen der Partei mit unentgeltlichem Rechtsbeistand vom Gericht festzusetzen. Der Kanton entschädigt den unentgeltlichen Rechtsbeistand angemessen (Art. 122 Abs. 1 lit. a ZPO). Rechtsanwalt Wyssmann hat am 21. November 2019 seine Kostennote eingereicht, worin er einen Kostenersatz von insgesamt CHF 2'597.70 (9.5 Std. x CHF 240.00 pro Std. zuzüglich Spesenersatz von CHF 132.00 und Mehrwertsteuer) geltend macht (A.S. 43 f.).

Reine Kanzleiarbeit wie die Weiterleitung von Dokumenten an die Klientschaft, das Einfordern von Akten, die Kenntnisnahme von Verfügungen und das Stellen von Fristerstreckungsgesuchen etc. gelten praxisgemäss als Kanzleiaufwand, der im Stundenansatz eines Anwalts bereits inbegriffen und nicht separat zu vergüten ist. Demnach können die unter den Daten vom 7. und 9. Mai, 5. Juni und 16. September 2019 angegebenen Positionen von jeweils 0.17 Stunden nicht berücksichtigt werden, da hier von der Zustellung von Orientierungskopien an die Klientschaft auszugehen ist. Damit verbleibt ■ unter Berücksichtigung eines Zeitaufwands für die Vorbereitung auf die Verhandlung von 30 Minuten sowie für die öffentliche Verhandlung selbst von 46 Minuten ■ ein Zeitaufwand von insgesamt 7.59 Stunden. Davon wurde 1 Stunde bereits unter dem Titel der Parteientschädigung vergütet (E. II. 11.1 hiervor), sodass ein geltend gemachter Aufwand von 6.59 Stunden verbleibt. Der Stundenansatz gemäss § 161 i.V.m § 160 Abs. 3 des Gebührentarifs (GT, BGS 615.11) beträgt CHF 180.00. Ferner sind bei den Auslagen die Kopien nur mit CHF 0.50 zu vergüten (§ 160 Abs. 5 GT) und nicht mit CHF 1.00, wie dies vom Vertreter des Beschwerdeführers in seinen Kostennoten stets geltend gemacht wird. Für die Fahrspesen sind CHF 0.70 pro Kilometer einzusetzen (vgl. § 161 in Verbindung mit § 160 Abs. 5 und § 157 Abs. 3 GT sowie § 161 lit. a des Gesamtarbeitsvertrages [GAV, BGS 126.3]). Somit sind Auslagen von insgesamt CHF 83.90 zu vergüten, wobei CHF 20.00 bereits unter dem Titel der Parteientschädigung vergütet wurden, weshalb hier noch Auslagen von CHF 63.90 zu entschädigen sind. Damit beläuft sich die Kostenforderung auf insgesamt CHF 1'346.35 (Honorar von CHF 1'186.20

zuzüglich Auslagen von CHF 63.90 und MwSt. von CHF 96.25 [7.7 %]). Dieser Betrag ist von der Zentralen Gerichtskasse des Kantons Solothurn zu bezahlen. Vorbehalten bleibt der Rückforderungsanspruch des Staates während zehn Jahren sowie der Nachzahlungsanspruch des unentgeltlichen Rechtsvertreters im Umfang von CHF 354.90 (Differenz zu dem mit einem Stundenansatz von CHF 230.00 ermittelten Honorar; eine Honorarvereinbarung mit einem Stundenansatz von CHF 240.00 liegt nicht vor), wenn der Beschwerdeführer zur Nachzahlung in der Lage ist (Art. 123 ZPO).

11.3 Aufgrund von Art. 69 Abs. 1bisIVG 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. Die Kosten sind grundsätzlich dem unterliegenden Beschwerdeführer aufzuerlegen, wobei der festgestellten Gehörsverletzung (E. II. 5. hiervor) mit einem Kostenanteil von CHF 150.00 zu Lasten der Beschwerdegegnerin Rechnung zu tragen ist. Der Beschwerdeführer hat die verbleibenden Verfahrenskosten von CHF 850.00 zu bezahlen, welche 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 der Beschwerdeführer zur Nachzahlung in der Lage ist (Art. 123 ZPO).

Demnach wird erkannt:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.

2. Die Beschwerdegegnerin hat dem Beschwerdeführer eine reduzierte Parteientschädigung von CHF 280.00 (inkl. Auslagen und MwSt) zu bezahlen.

3. Die Kostenforderung des unentgeltlichen Rechtsbeistands, Rechtsanwalt Claude Wyssmann, [...], wird auf CHF 1'346.35 (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 Rechtsvertreters im Umfang von CHF 354.90, wenn der Beschwerdeführer zur Nachzahlung in der Lage ist (Art. 123 ZPO).

4. Die Verfahrenskosten von CHF 1'000.00 werden zu CHF 150.00 der Beschwerdegegnerin und zu CHF 850.00 dem Beschwerdeführer auferlegt. Der Anteil des Beschwerdeführers von CHF 850.00 ist infolge Bewilligung der unentgeltlichen Rechtspflege durch den Staat Solothurn zu übernehmen. Vorbehalten bleibt der Rückforderungsanspruch des Staates während zehn Jahren, wenn der Beschwerdeführer 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

Schmidhauser

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