

# **SO\_GERICHTE VSBES.2019.159 vom 23. April 2019**

SO Obergericht, 2019-04-23, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so\\_gerichte\\_VSBES.2019.159](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2019.159)

FR: SO\_GERICHTE VSBES.2019.159 du 23 avril 2019

IT: SO\_GERICHTE VSBES.2019.159 del 23 aprile 2019

## **Erwägungen**

### **E. 1**

1.1 A.\_\_\_\_ (nachfolgend Beschwerdeführer), geb. 1958, [...], meldete sich erstmals am 25. Oktober 2010 bei der IV-Stelle des Kantons Solothurn (nachfolgend Beschwerdegegnerin) zum Bezug von Leistungen an. Als Art der gesundheitlichen Beeinträchtigung gab er «CODP Atemnot, Diabetes, Bluthochdruck» an (IV-Stelle Beleg [IV-]Nr. 2). 1.2 Nach Einholen von erwerblichen und medizinischen Unterlagen (IV-Nr. 11 ff.), Durchführen eines Intake-Gesprächs (IV-Nr. 14) sowie beruflicher Massnahmen (IV-Nr. 19, 20.2) und Vorliegen einer Stellungnahme durch Dr. med. B.\_\_\_\_, Facharzt Allgemeine Medizin FMH, regionaler ärztlicher Dienst (RAD) BE-FR-SO (IV-Nr. 30, S. 2 ff.), wies die Beschwerdegegnerin mit Verfügung vom 13. September 2012 das Leistungsbegehren bezüglich weiterer beruflicher Massnahmen und Ausrichten einer Invalidenrente ab (IV-Nr. 31). 1.3 Die gegen diese Verfügung erhobene Beschwerde wies das Versicherungsgericht des Kantons Solothurn (nachfolgend Versicherungsgericht) am 21. November 2013 (IV-Nr. 42), das Bundesgericht wiederum die dagegen erhobene Beschwerde am 18. Februar 2014 ab (IV-Nr. 45).

### **E. 2**

2.1 Am 3. Oktober 2014 meldete sich der Beschwerdeführer erneut zum Bezug von IV-Leistungen an (IV-Nr. 47). 2.2 Mit Vorbescheid kündigte die Beschwerdegegnerin dem Beschwerdeführer an, sie werde auf das neue Leistungsbegehren nicht eintreten, sollte dieser keine neuen Beweismittel einreichen, die eine Veränderung glaubhaft machten (IV-Nr. 50). 2.3 Der Beschwerdeführer gab am 4. November 2014 einen Arztbericht von Dr. med. C.\_\_\_\_, Facharzt für Neurologie FMH, [...], zu den Akten und bat die Beschwerdegegnerin, sein Leistungsbegehren nochmals zu prüfen (IV-Nr. 51). Zu diesem Arztbericht nahm der RAD-Arzt Dr. med. B.\_\_\_\_ am 3. Dezember 2014 Stellung (IV-Nr. 54, S. 2 f.). 2.4 Mit Verfügung vom 18. Dezember 2014 trat die Beschwerdegegnerin auf das neue Leistungsbegehren nicht ein, weil es an einer wesentlichen Veränderung des medizinischen Befunds mangle (IV-Nr. 55).

### **E. 3**

ff.). Sein Vertreter stellt und begründet folgende Rechtsbegehren (A.S. 4): 1. Es sei die Verfügung der Beschwerdegegnerin vom 23. April 2019 aufzuheben, und es sei die Beschwerdegegnerin zu verpflichten, den Rentenanspruch des Beschwerdeführers neu abzuklären. 2. Es sei dem Beschwerdeführer für das vorliegende Verfahren die unentgeltliche Prozessführung mit Daniel Altermatt, Rechtsanwalt, als unentgeltlicher Rechtsbeistand zu gewähren. 3. Unter Kosten- und Entschädigungsfolge 5. Die Beschwerdegegnerin beantragt am 26. Juni 2019, die Beschwerde sei abzuweisen (A.S. 9). 6. Am 26. August 2019 zieht der Beschwerdeführer den Antrag auf unentgeltliche

Prozessführung zurück (A.S. 18); zur Beschwerdeantwort äussert er sich am 26. September 2019 und reicht gleichzeitig einen nach Erlass der angefochtenen Verfügung ergangenen Bericht von Prof. Dr. med. H.\_\_\_\_, F.\_\_\_\_, ein (A.S. 21 ff.). 7. Am 11. November 2019 teilt der Vertreter des Beschwerdeführers mit, auf das Einreichen einer Kostennote zu verzichten mit dem Antrag, die Parteientschädigung sei nach richterlichem Ermessen festzusetzen (A.S. 26). Auf die weiteren Ausführungen in den Rechtsschriften der Parteien wird, soweit erforderlich, in den folgenden Erwägungen eingegangen. Im Übrigen wird auf die Akten verwiesen.

II. 1. 1.1 Die Beschwerde ist rechtzeitig erhoben worden und erfüllt die formellen Voraussetzungen. Das angerufene Gericht ist sachlich, örtlich und funktionell zuständig. Auf die Beschwerde ist somit einzutreten. 1.2 In zeitlicher Hinsicht sind – vorbehältlich besonderer übergangsrechtlicher Regelungen – grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgeblich, die bei der Erfüllung des rechtlich zu ordnenden oder zu Rechtsfolgen führenden Tatbestands Geltung haben (BGE 132 V 215 E. 3.1.1 S. 220, 131 V 9 E. 1 S. 11 und 107 E. 1 S. 109, 127 V 466 E. 1 S. 467). Weil ferner das Sozialversicherungsgericht bei der Beurteilung eines Falls grundsätzlich auf den bis zum Zeitpunkt des Erlasses der streitigen Verfügung eingetretenen Sachverhalt – hier 23. April 2019 – abstellt (BGE 121 V 362 E. 1b S. 366), sind im vorliegenden Fall für die Prüfung eines allfälligen Anspruchs auf Leistungen der Invalidenversicherung die ab 1. Januar 2012 geltenden materiell-rechtlichen Bestimmungen anwendbar. 1.3 Streitig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin den durch den Beschwerdeführer mittels Beschwerde geltend gemachten Leistungsanspruch auf eine Invalidenrente und berufliche Massnahmen zu Recht abgewiesen hat.

2. 2.1 Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG, SR 830.1). Sie kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein. Die Invalidität gilt als eingetreten, sobald sie die für die Begründung des Anspruchs auf die jeweilige Leistung erforderliche Art und Schwere erreicht hat (Art. 4 Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, IVG; SR 831.20). 2.2 Gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG haben jene Versicherten Anspruch auf eine Rente, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wiederherstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a), und die zusätzlich während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind (lit. b und c). Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG besteht der Anspruch auf eine ganze Rente, wenn die versicherte Person mindestens 70 %, derjenige auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens 60 % invalid ist. Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % ein solcher auf eine Viertelsrente. Der Rentenanspruch entsteht frühestens nach Ablauf von sechs Monaten nach Geltendmachung des Leistungsanspruchs nach Artikel 29 Absatz 1 ATSG, jedoch frühestens im Monat, der auf die Vollendung des 18. Altersjahres folgt (Art. 29 Abs. 1 IVG). 3. Bei erwerbstätigen Versicherten ist der Invaliditätsgrad aufgrund eines Einkommensvergleichs zu bestimmen. Dazu 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 (Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Valideneinkommen, Art. 16 ATSG).

## E. 4

4.1 Sowohl im Verwaltungsverfahren wie auch im kantonalen Sozialversicherungsprozess gilt der Untersuchungsgrundsatz (Art. 43 Abs. 1 und Art. 61 lit. c ATSG). Danach haben Verwaltung 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 geltenden – Grundsatz der freien Beweiswürdigung auf. Führen die im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes von Amtes wegen vorzunehmenden Abklärungen den Versicherungsträger oder das Gericht bei umfassender, sorgfältiger, objektiver und inhaltsbezogener Beweiswürdigung (BGE 132 V 393 E. 4.1 S. 400) zur Überzeugung, ein bestimmter Sachverhalt sei als überwiegend wahrscheinlich (BGE 126 V 353 E. 5b S. 360, 125 V 193 E. 2 S. 195, je mit Hinweisen) zu betrachten, und es könnten weitere Beweismassnahmen an diesem feststehenden Ergebnis nichts mehr ändern, so liegt im Verzicht auf die Abnahme weiterer Beweise keine Verletzung des Anspruchs auf rechtliches Gehör (antizipierte Beweiswürdigung; BGE 134 I 140 E. 5.3 S. 148, 124 V 90 E. 4b S. 94). Bleiben jedoch erhebliche Zweifel an Vollständigkeit und/oder Richtigkeit der bisher getroffenen Tatsachenfeststellung bestehen, ist weiter zu ermitteln, soweit von zusätzlichen Abklärungsmassnahmen noch neue wesentliche Erkenntnisse zu erwarten sind (Urteile des Bundesgerichts 8C\_909/2010 vom 1. März 2011 E. 4.1, 8C\_1021/2009 vom 3. November 2010 E. 4.2, 8C\_101/2010 vom 3. Mai 2010 E. 4.1 und 9C\_167/2009 vom 28. Mai 2009 E. 3.1).

4.2 Versicherungsträger und Sozialversicherungsrichter haben die Beweise frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen (Art. 61 lit. c ATSG; BGE 125 V 352 E. 3a). 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 Rechtsanspruchs 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. Der Beweiswert eines ärztlichen Berichts hängt davon ab, 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 Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1 S. 232, 125 V 351 E. 3a S. 352).

4.3 Bei der Beurteilung der Arbeits(un)fähigkeit stützt sich die Verwaltung und im Beschwerdefall das Gericht auf Unterlagen, die von ärztlichen und gegebenenfalls auch anderen Fachleuten zur Verfügung zu stellen sind. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist.

4.4 Die regionalen ärztlichen Dienste (RAD) setzen gemäss Art. 59 Abs. 2 bis IVG die für die Invalidenversicherung nach Artikel 6 ATSG massgebende funktionelle Leistungsfähigkeit der Versicherten fest, eine zumutbare Erwerbstätigkeit oder Tätigkeit im Aufgabenbereich auszuüben. Nach Art. 49 IVV beurteilen sie die medizinischen Voraussetzungen des Leistungsanspruchs. Die geeigneten Prüfmethode können sie im Rahmen ihrer medizinischen Fachkompetenz und der allgemeinen fachlichen Weisungen des

Bundesamtes frei wählen (Abs. 1). Die regionalen ärztlichen Dienste können bei Bedarf selber ärztliche Untersuchungen von Versicherten durchführen. Sie halten die Untersuchungsergebnisse schriftlich fest (Abs. 2). Sie stehen den IV-Stellen der Region beratend zur Seite (Abs. 3). Sofern die RAD-Untersuchungsberichte den Anforderungen an ein ärztliches Gutachten genügen, auch hinsichtlich der erforderlichen ärztlichen Qualifikationen, haben sie einen vergleichbaren Beweiswert wie ein anderes Gutachten (Urteile des Bundesgerichts 9C\_1053/2010 vom 28. Januar 2011 E. 4.2 und 9C\_204/2009 vom 6. Juli 2009 E. 3.3.2 mit zahlreichen Hinweisen). 4.5 Nach Art. 43 Abs. 1 ATSG prüft der Versicherungsträger die Begehren, nimmt die notwendigen Abklärungen von Amtes wegen vor und holt die erforderlichen Auskünfte ein. Mündlich erteilte Auskünfte sind schriftlich festzuhalten.

## E. 5

Der Beschwerdeführer habe die Persistenz von lumbalen Schmerzen mit claudicativem Charakter bestätigt, wobei letzterer nicht im Vordergrund stehe. Am 28. März 2017 sei in Bauchlage und unter a.p. BV-Kontrolle eine bilaterale Facettengelenksinfiltration L4/5 in steriler No-Touch-Technik erfolgt, mit Injektion von jeweils 1 ml (20 mg) Triamject und 1 ml Bupivacain. Bei Platzierung der Nadeln habe der Patient bilateral das Auslösen der bekannten Schmerzen in dieser Lokalisation bestätigt. Postinterventionell habe er eine immediate Beschwerdelinderung lumbal beschrieben (IV-Nr. 59, S. 5 f.). Eine weitere Facettengelenksinfiltration von L4/5 im F.\_\_\_\_ erfolgte am 25. April 2017 (IV-Nr. 59, S. 3 f.).

8.7 Im Bericht vom 6. Juni 2017 hielt Dr. med. N.\_\_\_\_ fest, der Beschwerdeführer habe erneut über ein nur sehr kurzfristiges, wenn auch deutliches Ansprechen auf die Infiltrationsmassnahme berichtet. Bereits im Rahmen der letzten Konsultation sei die relative Operationsindikation zur Sprache gebracht worden, die jedoch im Einverständnis des Patienten nur als Ultima ratio-Massnahme im Fall einer weiteren Schmerzdekomensation mit Beeinträchtigung der residuellen Arbeitsfähigkeit zu sehen sei. Der Beschwerdeführer sei weiterhin zu 50 % als Museumswächter arbeitstätig und mit einer Analgesie, bestehend aus NSAR und Dafalgan (Brufen bis 1■200 mg/tgl. und Dafalgan bis 2 g/tgl.) angesichts der damit verbundenen körperlichen Belastung relativ schmerz kompensiert. Es persistierten die residuellen Defizite bei cervikaler Myelopathie, welche ihn im Alltag beeinträchtigten; insbesondere bestehe eine Störung der Feinmotorik der oberen Extremitäten und der Propriozeption mit Auswirkung auf das Gleichgewicht. In Anbetracht der Gesamtsituation stelle die aktuelle Arbeitsfähigkeit des Patienten zu 50 % die maximal zumutbare Belastung dar. In einer lumbalen Operation sei aktuell kein signifikanter Nutzen zu sehen. Beim Beschwerdeführer sei bereits vor der Erstoperation eine IV-Abklärung eingeleitet und anamnestisch abgelehnt worden, jedoch ohne Vorliegen der aktuell objektivierbaren Befunde. Sie, die Ärzte des F.\_\_\_\_, unterstützten somit in Anbetracht der aktuellen klinischen und radiologischen Situation die Intention des Patienten zur Einreichung eines Wiedererwägungsgesuchs. Konkret möchte er seine bis anhin bestehende 50%ige Arbeitsunfähigkeit (gemeint wohl: Arbeitsfähigkeit) in der genannten Tätigkeit längst möglich erhalten. Für die verbleibenden 50 % sollte der Anspruch auf eine berufliche Integrationsrente erwogen werden (IV-Nr. 59, S. 1 f.).

8.8 Im Bericht vom 6. Oktober 2017 diagnostizierte Dr. med. D.\_\_\_\_ ■ mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ■ eine Spinalkanalstenose L4/5 und C3/4 mit zervikaler Myelopathie, einen Status nach Teillaminektomie und eine persistierende Myelopathie. Den

Gesundheitszustand des Beschwerdeführers bezeichnete er als sich verschlechternd. Bezüglich der Myelopathie und der Schilddrüse werde der Patient vollumfänglich durch das F.\_\_\_\_) betreut. Bei langem Stehen und Sitzen als Museumswärter komme es zu erheblichen Schmerz- und Gefühlsstörungen in beiden Beinen. Die bisherige Tätigkeit sei ihm zu 40 % zuzumuten. Über die Zumutbarkeit anderer Tätigkeiten machte Dr. med. D.\_\_\_\_ keine Angaben (IV-Nr. 67).

8.9 Am 19. Juli 2017 nahm der RAD-Arzt Dr. med. G.\_\_\_\_ zur medizinischen Situation wie folgt Stellung (IV-Nr. 74, S. 2 ff.): Die neueren Arztberichte liessen den Schluss zu, dass sich der Gesundheitszustand im Vergleich zu Dezember 2014 verschlechtert habe. Es würden neue Diagnosen aufgelistet (s. nachfolgend). In der bisherigen Tätigkeit als Museumswärter sei wegen Schmerzen und Gefühlsstörungen eine 40%ige Arbeitsfähigkeit nachvollziehbar. Er verweise auf den RAD-Bericht vom 20. Juli 2012: «(angepasst ist) keine Arbeit in längerer stehender und kniender Position. Keine körperlich anstrengenden Arbeiten. Günstig sind leichte Arbeiten sitzend und in Wechselposition, beispielsweise in der Montage, Büroarbeit, Kontrollfunktionen, Lieferfahrten ohne körperliche Belastung». Die gegenwärtige berufliche Tätigkeit sei somit als nicht optimal angepasst anzusehen. In einer Tätigkeit, die den funktionellen Einschränkungen besser entspräche, wäre die Arbeitsfähigkeit höher. Zu diagnostizieren seien ■ mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit ■ ein chronisches Lumbovertebralsyndrom bei Spinalkanalstenose L4/5 bei degenerativer Spondylolisthesis, ein Status nach Spinalkanalstenose C3/4 mit zervikaler Myelopathie mit dorsaler zervikaler Teillaminektomie C3 und C4 und Freilegen des Neuroforamens C3 links mit Sequestrektomie unter Neuromonitoring am 17. November 2015 sowie eine klinisch und radiologisch persistierende Myelopathie. Ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit blieben ein metabolisches Syndrom, ein Diabetes mellitus Typ 2, ein COPD GOLD 1, eine Struma multinodosa, ein Status nach Hemithyroidektomie, euthyreote Stoffwechsellage unter Substitutionstherapie. Was die Angaben zur Arbeitsfähigkeit / funktionelle Einschränkungen anbelangt, verwies der RAD-Arzt auf den RAD-Bericht vom 20. Juli 2012 (vgl. IV-Nr. 30, S. 2 ff.). Die Fragen der Beschwerdegegnerin (IV-Nr. 74, S. 1 f.) beantwortete Dr. med. G.\_\_\_\_ wie folgt: Es lägen (wie vorstehend erwähnt) Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit vor, und zwar ab zirka 17. November 2015 für die Myelopathie und ab März 2017 (?) für das chronische Lumbovertebralsyndrom (mit Spinalkanalstenose und Spondylolisthesis). Die Arbeitsfähigkeit in der Tätigkeit als Museumswärter betrage 40 %. In einer optimalen angepassten Tätigkeit wäre die Arbeitsfähigkeit sehr wahrscheinlich höher als 70 % (IV-Nr. 74, S. 2 ff.).

8.10 Dres. med. M.\_\_\_\_ und N.\_\_\_\_ berichteten Dr. med. D.\_\_\_\_ am 22. Juli 2017 über den Besuch des Beschwerdeführers in ihrer Sprechstunde vom 18. Juli 2017; dabei führten sie ■ bei unveränderter Diagnosestellung ■ im Wesentlichen aus, der Patient sei schon seit längerer Zeit nur zu einem maximalen Pensum von 50 % arbeitsfähig, was durch die genannten Komorbiditäten aus medizinischer Sicht absolut gerechtfertigt sei. Er habe aktuell nach einem Arbeitstag als Museumswärter, wo er zu einem grossen Teil eine stehende Position beibehalten müsse, zunehmende Schmerzen. Er arbeite aktuell zu einem Pensum von 50 %, was mit Absolvierung von ganzen Arbeitstagen auf ein Monatsvoll verteilt werde, zumal bei dieser Tätigkeit eine Teilzeitarbeit mit Reduktion der Gesamtstunden an einem Tag nicht möglich erscheine. Sie, die Ärzte des F.\_\_\_\_, hätten mit dem Beschwerdeführer eine Reduktion von 20 % vom bisherigen 50%-Pensum besprochen,

womit sich insgesamt eine 60%ige Arbeitsunfähigkeit ergebe (IV-Nr. 72, S. 6 f.).

8.11 Am 24. Oktober 2018 berichtete Dr. med. O.\_\_\_\_, Oberarzt Spinale Chirurgie, F.\_\_\_\_, Dr. med. D.\_\_\_\_ über den Sprechstundenbesuch des Beschwerdeführers vom 18. Oktober 2018. Bei unveränderter Diagnosestellung führte Dr. med. O.\_\_\_\_ dabei aus, der Beschwerdeführer habe über folgende Probleme im Zusammenhang mit den vorstehenden Diagnosen berichtet: Beim Gehen müsse er immer wieder wegen Gleichgewichtsstörungen stolpern. Bei geschlossenen Augen nähmen die Gleichgewichtsstörungen sofort massiv zu. Auch nach der Dekompression an der HWS sei die Feinmotorik der Hände weiterhin eingeschränkt. Mehrmals pro Tag lasse er Gegenstände fallen. Handwerkliches Arbeiten sei deutlich erschwert. Es bestehe eine Hyposensibilität mit Kribbeln und Allodynie am linken Fuss sowie diffus am rechten Bein. Der Beschwerdeführer habe zu 40 % als Museumswärter gearbeitet und sei aktuell in einem Bestattungsinstitut für leichte Arbeiten (Kirchendekoration, Transport von Urnen) zuständig. Er lasse sich momentan für die Spinalkanalstenose alle drei bis vier Monate bei Dr. med. P.\_\_\_\_ infiltrieren, was ihm bisher schon viermal gut geholfen habe. Beim Befund machte Dr. med. O.\_\_\_\_ Ausführungen zur verschiedenen bildgebenden Untersuchungen, die an bereits erfolgte Berichte des F.\_\_\_\_ anlehnen. Schliesslich hielt er fest, dass der Beschwerdeführer an einer zervikalen Myelopathie mit deutlicher Gangunsicherheit und Störung der Feinmotorik leide. Zudem bestehe eine Spinalkanalstenose lumbal; eine Operation der letzteren habe die Claudicatio spinalis-Symptome lindern oder gar beheben können. Für die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers sei aber vor allem die zervikale Myelopathie limitierend, und diese lasse sich nicht verbessern. Somit gehe er, Dr. med. O.\_\_\_\_, weiterhin von einer 60%igen Arbeitsunfähigkeit aus und einer Arbeitsfähigkeit von 40 % für eine angepasste Arbeit (IV-Nr. 81).

8.12 Dr. med. P.\_\_\_\_, Facharzt Anästhesiologie und Intensivmedizin FMH, [...], stellte in seinem Sprechstundenbericht vom 6. November 2018 fest, bei aktuell erneut symptomatischer Spinalkanalstenose und gutem Ansprechen auf Infiltrationen (Episteroidgaben) in der Vergangenheit sei die Indikation für eine erneute Episteroidgabe gegeben gewesen. Während den kommenden vier Monaten sei ein Schmerzprotokoll zu führen. Bei Schmerzprogredienz habe sich der Patient in der Praxis zu melden. Sollte es zu akuten Ausfällen kommen, hätte er sofort eine Notfallstation aufzusuchen (IV-Nr. 81, S. 2 ff.).

8.13 Am 6. Februar 2019 äusserte sich der RAD-Arzt Dr. med. G.\_\_\_\_ ■ auf Anfrage der Beschwerdegegnerin hin (IV-Nr. 83, S. 1) ■ erneut zum medizinischen Sachverhalt. Vorab verwies er dabei auf die RAD-Stellungnahme vom 19. Juli 2018 (dessen Schlussfolgerung bezüglich der Arbeitsfähigkeit folgenderweise gelautet habe: AF als Museumswärter 40 %, AF in einer optimal angepassten Tätigkeit: mindestens 70 %). In der Sendung des Rechtsvertreters finde sich ein Bericht der Sprechstunde Schmerzmedizin vom 6. November 2018: Claudicatio spinalis bei bekannter Spinalkanalstenose L4/5 mit degenerativer Spondylolisthesis Meyerding Grad 1, St.n. interlaminärer LA- und Steroidinjektion in den Epiduralraum Höhe L2/3 rechts (Dr. P.\_\_\_\_) sowie ein Bericht der spinalen Chirurgie vom 24. Oktober 2018 (F.\_\_\_\_, Dr. med. O.\_\_\_\_): Zervikale Myelopathie mit St.n. zervikaler, Teil-Laminektomie C3 und C4 im Jahre 2015 und Claudicatio spinalis bei Spinalkanalstenose L4/5 auf dem Boden einer degenerativen Spondylolisthesis Meyerding Grad I-II. In diesem Bericht werde argumentiert, dass der Versicherte vor allem unter den Folgen einer zervikalen Myelopathie mit deutlicher Gangunsicherheit und

Störung der Feinmotorik leide (MRI HWS 1. Februar 2017, Myelopathie hochzervikal, Status nach Dekompression; MRI LWS 8. Juli 2016, Spinalkanalstenose ■ degenerative Spondylarthrose, Listhesis Grad I L4/5). Aus den Berichten vom 24. Oktober und 6. November 2018 ergäben sich keine neuen Erkenntnisse, die einen anderen Sachverhalt darstellten, als durch den RAD am 19. Juli 2018 beurteilt, weil die Angaben bezüglich der eingeschränkten Feinmotorik widersprüchlich und sehr summarisch seien. Sie würden keineswegs die Frage beantworten, warum eine angepasste Tätigkeit in einer belastungswechselnden/vorwiegend sitzenden Tätigkeit in einem höheren Pensum nicht zumutbar wäre (IV-Nr. 83, S. 2).

8.14 In dem durch den Vertreter des Beschwerdeführers am 26. September 2019 eingereichten Bericht vom 28. Juni 2019 hat Dr. med. O.\_\_\_\_, F.\_\_\_\_, im Rahmen der Beurteilung ausgeführt, der Patient leide an einer schwerwiegenden zervikalen Myelopathie mit erheblichen neurologischen Defiziten im Bereich der Feinmotorik und der Gangsicherheit. Der Patient sei in einer angepassten Tätigkeit, die kein Steigen auf Leitern oder Arbeiten über Kopfhöhe beinhalten dürfe, zu 40 % arbeitsfähig. Mit einer Steigerung der Arbeitsfähigkeit sei im Verlauf nicht zu rechnen, da es sich bei der zervikalen Myelopathie um einen Zustand handle, der sich nun nicht mehr verbessern werde (Beilage zur Replik vom 26. September 2019, A.S. 21 f.).

9. Im vorliegenden Fall lässt sich nach Lage der Akten die Arbeitsfähigkeit bzw. Arbeitsunfähigkeit des Beschwerdeführers im rechtsrelevanten Zeitpunkt nicht schlüssig beurteilen:

9.1 Die Ärzte des F.\_\_\_\_ haben in zahlreichen Berichten ■ wie den diesbezüglichen Ausführungen in Erwägung II 8 hiervon entnommen werden kann ■ beim Beschwerdeführer im Wesentlichen stets ein chronisches Lumbovertebralsyndrom ( ) und einen Status nach Spinalkanalstenose C3/4 mit zervikaler Myelopathie ( ) bzw. eine zervikale Myelopathie mit Status nach zervikaler Teil-Laminektomie C3 und C4 im Jahre 2015 sowie eine Claudicatio spinalis bei Spinalkanalstenose L4/5 auf dem Boden einer degenerativen Spondylolisthesis Meyerding Grad I-II diagnostiziert und mehrheitlich ■ wie auch in den aktuellsten Berichten vom 24. Oktober 2018 und 28. Juni 2019 (IV-Nr. 81, S. 6; Beilage zur Replik) ■ eine Arbeitsunfähigkeit von 60 % attestiert bzw. eine 40%ige Arbeitsfähigkeit für Verweistätigkeiten postuliert. Der Hausarzt des Beschwerdeführers, Dr. med. D.\_\_\_\_, hat sich in seinem Bericht vom 6. Oktober 2017 lediglich zur Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit als Museumswächter ■ zumutbar sei ein Arbeitspensum von 40 % ■ geäußert und die Frage bezüglich jener in Verweistätigkeiten unbeantwortet gelassen (vgl. IV-Nr. 67). Diese Berichte vermögen jedoch den höchstrichterlichen Anforderungen an einen Arztbericht im Sinne der vorstehenden Erwägungen (II E. 4.2 hiervon) nicht zu genügen. Im Übrigen gilt es zu beachten, dass die behandelnden Ärztinnen und Ärzte in einem auftragsrechtlichen Verhältnis zur versicherten Person stehen und sich denn auch in erster Linie auf die Behandlung zu konzentrieren haben (Urteil des Bundesgerichts 9C\_559/2012 vom 27. November 2012 E. 1.4 mit Hinweis).

9.2

9.2.1 Die Beschwerdegegnerin hat sich zur Begründung der angefochtenen Verfügung vor allem auf die Beurteilung des RAD-Arztbeschlusses abgestützt. Nach der Rechtsprechung ist es denn auch zulässig, im Wesentlichen oder einzig auf versicherungsinterne medizinische

Unterlagen abzustellen. In solchen Fällen sind an die Beweiswürdigung jedoch strenge Anforderungen in dem Sinne zu stellen, dass bei auch nur geringen Zweifeln an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der ärztlichen Feststellungen ergänzende Abklärungen vorzunehmen sind (139 V 225 E. 5.2 S. 229; 122 V 157 E. 1d S. 162). Dabei ist es nicht zwingend erforderlich, dass der RAD-Arzt die versicherte Person persönlich untersucht. Nach Art. 49 Abs. 2 IVV (vgl. E. II 4.4. hiervor) führt der RAD für die Beurteilung der medizinischen Voraussetzungen des Leistungsanspruchs nur «bei Bedarf» selber ärztliche Untersuchungen durch. In den übrigen Fällen stützt er seine Beurteilung auf die vorhandenen ärztlichen Unterlagen ab. Berichte und Stellungnahmen regionaler ärztlicher Dienste, welche nicht auf eigenen Untersuchungen beruhen, können beweiskräftig sein, sofern ein lückenloser Befund vorliegt, und es im Wesentlichen nur um die Beurteilung eines an sich feststehenden medizinischen Sachverhalts geht, mithin die direkte fachärztliche Befassung mit der versicherten Person in den Hintergrund rückt (Urteil des Bundesgerichts 9C\_309/2015 vom 27. Oktober 2015 E. 1).

9.2.2 Die Stellungnahme von Dr. med. B.\_\_\_\_ vom 6. Februar 2019 (IV-Nr. 83, S. 2) hat aus medizinischer Sicht ■ gewissermassen als Hilfestellung für die medizinischen Laien in Verwaltung und Gerichten, die in der Folge über den Leistungsanspruch zu entscheiden haben ■ den medizinischen Sachverhalt zusammenzufassen und zu würdigen; dazu gehört namentlich auch, bei widersprüchlichen medizinischen Akten eine Wertung vorzunehmen und zu beurteilen, ob auf die eine oder die andere Ansicht abzustellen oder aber eine zusätzliche Untersuchung vorzunehmen sei (vgl. Urteile des Bundesgerichts 8C\_971/2012 vom 11. Juni 2013 E. 3.2 und 8C\_880/2011 vom 21. März 2012 E. 4.1 je mit Hinweisen). Soweit die RAD-Ärzte ■ wie hier ■ nicht selber medizinische Befunde erheben, sondern die vorhandenen Befunde aus medizinischer Sicht würdigen, müssen die Akten für die streitigen Belange beweistaugliche Unterlagen enthalten; ist dies nicht der Fall, kann die RAD-Stellungnahme in der Regel keine abschliessende Beurteilungsgrundlage bilden, sondern nur zu weitergehenden Abklärungen Anlass geben (Urteil des Bundesgerichts 9C\_58/2011 vom 25. März 2011 E. 3.3).

9.2.3 Der RAD-Arzt hat in seiner Beurteilung vom 6. Februar 2019 ■ wie bereits angeführt ■ die Angaben der Ärzte des F.\_\_\_\_ bezüglich der eingeschränkten Feinmotorik als widersprüchlich und summarisch taxiert. Auf die verschiedenen Berichte der Fachärzte des F.\_\_\_\_ ist er, insbesondere auch was die darin angeführten abweichenden Angaben zur Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers anbelangt, nicht weiter eingegangen. Er hat es lediglich bei der Feststellung bewenden lassen, diese Berichte liessen die Frage der Zumutbarkeit eines höheren Arbeitspensums in einer angepassten Tätigkeit unbeantwortet. Im Weiteren hat er in seiner Stellungnahme vom 19. Juli 2018 davon gesprochen, die neueren Arztberichte liessen auf eine Verschlechterung des Gesundheitszustands des Beschwerdeführers schliessen (IV-Nr. 74, S. 3). Vor diesem Hintergrund hat er dann ■ mit Verweis auf seine Beurteilung vom 20 Juli 2012 ■ es einzig und ohne weitere Begründung als sehr wahrscheinlich bezeichnet, dass die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers in einer optimal angepassten Tätigkeit höher als 70 % wäre (IV-Nr. 74, S. 4); darauf kann, insbesondere mit Blick auf die Berichterstattung der Ärzte des F.\_\_\_\_ bzw. auf die geänderte Situation in gesundheitlicher Hinsicht ■ nicht abgestellt werden. Zusammenfassend mangelt es im vorliegenden Fall an einer beweistauglichen Beurteilungsgrundlage.

10. Demnach ist festzustellen, dass hinsichtlich der medizinischen Situation Abklärungsdefizite bestehen. Eine widerspruchsfreie und schlüssige Beurteilung, welche

Arbeiten in welchem Ausmass und Zeitpunkt dem Beschwerdeführer zuzumuten sind, ist nach derzeitiger Lage der Akten nicht möglich. Nach bundesrichterlicher Rechtsprechung ist eine Rückweisung an den Versicherungsträger möglich, wenn sie allein im notwendigen Erheben einer bisher vollständig ungeklärten Frage begründet ist (BGE 137 V 210 E.

4.4.1.4). Eine solche Situation ist im vorliegenden Fall gegeben. Es liegen Sachverhaltslücken vor, die die Beschwerdegegnerin zu schliessen hat. Zu diesem Zweck sind die Akten an sie zurückzuweisen. Danach hat die Beschwerdegegnerin über den geltend gemachten Leistungsanspruch des Beschwerdeführers erneut zu entscheiden.

Folglich ist die angefochtene Verfügung vom 23. April 2019 aufzuheben; die dagegen erhobene Beschwerde ist im Sinne der vorstehenden Erwägungen ■ und wie beschwerdeweise beantragt ■ gutzuheissen.

11.

11.1 Unter dem Gesichtspunkt des (bundesrechtlichen) Anspruchs auf eine Parteientschädigung im Streit um eine Sozialversicherungsleistung gilt das Aufheben einer ablehnenden Verfügung und die Rückweisung der Sache an die Verwaltung zu ergänzender Abklärung und neuer Beurteilung als Obsiegen der versicherten Person (BGE 132 V 215 E. 6.2 S. 235 f.). Dem Beschwerdeführer steht somit eine ordentliche Parteientschädigung zu, die durch die Beschwerdegegnerin zu bezahlen ist.

11.2 Der Vertreter des Beschwerdeführers hat am 11. November 2019 beantragt, die Parteientschädigung sei nach richterlichem Ermessen festzusetzen. In Beachtung von § 158 Abs. 1 und 2 Kantonaler Gebührentarif (GT; BGS 615.11) erscheint eine Parteientschädigung von CHF 1'800.00 (inkl. Auslagen und MwSt) als angemessen.

12. Aufgrund von Art. 69 Abs. 1bis IVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von CHF 200.00 ■ 1'000.00 festgelegt. Nach dem Ausgang des vorliegenden Verfahrens hat die Beschwerdegegnerin die Verfahrenskosten von CHF 600.00 zu bezahlen. Folglich ist dem Beschwerdeführer der geleistete Kostenvorschuss von CHF 600.00 zurückzuerstatten.

Demnach wird erkannt:

1. Die Beschwerde wird in dem Sinne gutgeheissen, dass die Verfügung der IV-Stelle des Kantons Solothurn vom 23. April 2019 aufgehoben und die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen wird, damit diese die erforderlichen medizinischen Abklärungen im Sinne der Erwägungen vornehme und hierauf über den Leistungsanspruch des Beschwerdeführers neu entscheide.

2. Die IV-Stelle des Kantons Solothurn hat dem Beschwerdeführer eine Parteientschädigung von CHF 1'800.00 (inkl. Auslagen und MwSt) zu bezahlen.

3. Die IV-Stelle des Kantons Solothurn hat die Verfahrenskosten von CHF 600.00 zu bezahlen. Der geleistete Kostenvorschuss von CHF 600.00 wird dem Beschwerdeführer zurückerstattet.

Rechtsmittel

Gegen diesen Entscheid kann innerhalb 30 Tagenseit der Mitteilung beim Bundesgericht Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten eingereicht werden

(Adresse: Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern). Die Frist beginnt am Tag nach dem Empfang des Urteils zu laufen und wird durch rechtzeitige Aufgabe bei der Post gewahrt. Die Frist ist nicht erstreckbar (vgl. Art. 39 ff., 82 ff. und 90 ff. des Bundesgerichtsgesetzes, BGG). Bei Vor- und Zwischenentscheiden (dazu gehört auch die Rückweisung zu weiteren Abklärungen) sind die zusätzlichen Voraussetzungen nach Art. 92 oder 93 BGG zu beachten.

Versicherungsgericht des Kantons Solothurn

Der Präsident

Der Gerichtsschreiber

Flückiger

Häfliger

## **E. 5.2**

S. 111). Referenzpunkt für die Prüfung einer anspruchserheblichen Änderung bildet dabei lediglich eine rechtskräftige Verfügung, die auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Durchführung eines Einkommensvergleichs beruht (BGE 133 V 108 E. 5.4 S. 114). Liegt keine entsprechende Verfügung vor, fehlt es an einem Vergleichsobjekt (Urteil des Bundesgerichts 8C\_519/2007 vom 10. September 2008 E. 3.2).

## **E. 6**

6.1 Der Vertreter des Beschwerdeführers hat in der Neuanmeldung vom 26. Juli 2017 im Wesentlichen geltend gemacht, dass sich der Gesundheitszustand seines Mandanten – mit Verweis auf die beiliegenden Arztberichte – seit Erlass der Verfügung vom 13. September 2012 erheblich verschlechtert habe (IV-Nr. 58). In der Beschwerde wird zusammenfassend vorgebracht, der RAD habe in seiner Beurteilung vom 19. Juli 2018 explizit bestätigt, dass es zu einer Verschlechterung des Gesundheitszustands gekommen sei; trotzdem empfehle dieser keine medizinische Begutachtung des Beschwerdeführers. Vielmehr sei festgehalten worden, die Arbeitsfähigkeit in angepassten Tätigkeiten betrage 70 %. Eine medizinische Begutachtung hätte jedoch zwingend angeordnet werden müssen (A.S. 6). 6.2 In der angefochtenen Verfügung hat die Beschwerdegegnerin im Rahmen eines Einkommensvergleichs einen Invaliditätsgrad von 36 % errechnet, dies auf der Basis einer Arbeitsfähigkeit in leidensadaptierten Tätigkeiten von 70 %. Die mit dem Einwand eingereichten neuen medizinischen Berichte rechtfertigten keine andere Beurteilung des Sachverhalts (IV-Nr. 84). In der Beschwerdeantwort hat die Beschwerdegegnerin auf die Begründung im angefochtenen Entscheid verwiesen. Weshalb zwingend eine medizinische Begutachtung hätte angeordnet werden müssen, sei nicht ersichtlich (A.S. 9).

## **E. 7**

7.1 Hinsichtlich des relevanten medizinischen Sachverhalts im Zeitpunkt des letzten rechtskräftigen Entscheids vom 13. September 2012 (IV-Nr. 31) kann auf die Erwägungen im Urteil des Versicherungsgerichts vom 21. November 2013 in gleicher Sache verwiesen werden (IV-Nr. 42, S. 2 ff.); darin wird u.a. festgehalten, Dr. med. B. \_\_\_\_, Facharzt Allgemeine Medizin FMH, RAD, habe am 20. Juli 2012 folgende Diagnosen gestellt (IV-Nr. 30): mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit - Diabetes mellitus Typ II, Erstdiagnose 2006 - klinisch sensible, neurografisch sensomotorische Polyneuropathie - COPD (chronisch obstruktive Pneumopathie) bei Nikotinabusus ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit - Meralgia parästhetica mit deutlicher Rechtsbetonung bzw. Läsion des Nervus cutaneus femoris lateralis - leichte Enzephalopathie, wahrscheinlich gemischt

bedingt vaskuläre/leichte Hirn-atrophie nach Alkoholabusus - Alkoholabusus bis 2011, Zustand nach Abhängigkeitssyndrom - arterielle Hypertonie - Hypercholesterinämie - rezidivierende Harnwegsinfekte bei Phimose Dr. med. B.\_\_\_\_ sei zum Schluss gekommen, dass beim Beschwerdeführer sowohl eine reduzierte Belastbarkeit der Füße als auch eine reduzierte pulmonale Belastbarkeit gegeben seien. Damit bestehe insgesamt eine reduzierte körperliche Belastbarkeit. Als Ressourcen seien das Fachwissen sowie die Arbeitsmotivation zu bezeichnen. Laut Dr. med. B.\_\_\_\_ sei dem Beschwerdeführer keine Arbeit in längerer, stehender und kniender Position zuzumuten, ebenso wenig wie körperlich anstrengende Arbeiten. Hingegen seien ihm leichte Arbeiten sitzend und in Wechselposition, beispielsweise in der Montage, Büroarbeit, Kontrollfunktionen, Lieferfahrten ohne körperliche Belastung, zuzumuten. Ab 23. August 2010 (gemäss Bericht Dr. med. I.\_\_\_\_) sei der Beschwerdeführer daher in der Tätigkeit als Plattenleger zu 0 % arbeitsfähig. Ab 1. Dezember 2010 betrage indes die Arbeitsfähigkeit sowohl in der Tätigkeit als Fernmeldespezialist als auch in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Verkaufsfahrer ohne Leistungseinschränkungen 100 % (bis Ende November 2010 Klinikaufenthalt), sofern diese Arbeiten das Zumutbarkeitsprofil erfüllten, und er keine schweren Lasten kontinuierlich schleppen müsse. Auch in einer entsprechenden Verweistätigkeit sei dem Beschwerdeführer gemäss Zumutbarkeitsprofil ab 1. Dezember 2010 eine 100%ige Arbeitsfähigkeit ohne Leistungseinschränkung zuzumuten. Dr. med. B.\_\_\_\_ erachte weitere medizinische Abklärungen als nicht angezeigt. Aufgrund der vorliegenden medizinischen Unterlagen könne festgehalten werden, dass beim Beschwerdeführer hauptsächlich somatische Diagnosen gestellt worden seien. Da keine aktuellen Berichte vorlägen, die eine Verschlechterung des psychischen Gesundheitszustands aufzeigten, und dies der Beschwerdeführer denn auch nicht geltend gemacht habe, sei nachfolgend lediglich auf den somatischen Gesundheitszustand einzugehen (IV-Nr. 42, S. 13). Zusammenfassend lägen – so hielt das Versicherungsgericht schliesslich fest – angesichts der vorliegenden Akten keine Arztberichte vor, die die Diagnosen und Einschätzungen des RAD-Arztes Dr. med. B.\_\_\_\_ vom 20. Juli 2012 zu entkräften vermöchten. Daher sei dieser Stellungnahme voller Beweiswert beizumessen. Folglich habe sich die Beschwerdegegnerin zu Recht auf die Stellungnahme des RAD gestützt, und es sei korrekterweise von einer 100%igen Arbeitsfähigkeit in einer geeigneten Verweistätigkeit des Beschwerdeführers ab 1. Dezember 2010 – nach dem stationären Aufenthalt in der J.\_\_\_\_, [...] – auszugehen. Der Beschwerdeführer könne dabei u.a. sowohl die bereits ausgeübten Tätigkeiten als Verkaufsfahrer, ohne das Schleppen von schweren Lasten, als auch als Fernmeldespezialist ausüben. Somit erübrige sich das Durchführen eines Einkommensvergleichs (IV-Nr. 42, S. 17). Die gegen dieses Urteil erhobene Beschwerde hat das Bundesgericht – wie bereits erwähnt – am 18. Februar 2014 als offensichtlich unbegründet abgewiesen (IV-Nr. 45). 7.2 Auf die am 18. Dezember 2014 erlassene Verfügung ist bezüglich des medizinischen Sachverhalts nicht weiter einzugehen, nachdem die Beschwerdegegnerin mangels Vorliegen einer wesentlichen Veränderung des Gesundheitszustands auf das neue Leistungsbegehren nicht eintrat (IV-Nr. 55). 8. Der angefochtenen Verfügung vom 23. April 2019 liegt im Wesentlichen folgender medizinischer Sachverhalt zugrunde: 8.1 Prof. Dr. med. H.\_\_\_\_, Chefarzt Spinale Chirurgie, F.\_\_\_\_, diagnostizierte in seinem Bericht vom 26. Oktober 2015 an Dr. med. D.\_\_\_\_, [...], eine Spinalstenose C3/4 mit cervicaler Myelopathie, eine Spinalstenose L4/5 mit degenerativer Spondylolisthesis sowie ein metabolisches Syndrom bei Diabetes mellitus Typ 2 COPD GOLD 1. Der Beschwerdeführer leide seit längerem an einer

Gangunsicherheit mit zeitweiser Sturzgefahr. Die Beschwerden hätten in den letzten Jahren zugenommen. Hinzu kämen Ausstrahlungen von lumbal über beide Beine dorsal, gelegentlich bis in die Füße. Beim Stehen und Gehen habe er zusätzlich Parästhesien in beiden Füßen, rechts mehr als links. Die Gehstrecke sei aber nicht wirklich eingeschränkt. Im Sitzen persistierten die Beschwerden. Im Liegen gingen die Beschwerden allmählich zurück. Ausstrahlungen in die Arme habe er keine. Er habe aber über eine leichte Kraftlosigkeit in den Händen geklagt und lasse immer wieder Dinge fallen. Hinzu kämen Parästhesien an allen Fingerkuppen. Beim Befund hielt Prof. Dr. med. H.\_\_\_\_ Folgendes fest: «Kleinschrittiger, breitbasiger Gang mit leichtem Schonhinken rechts Zehen- und Fersengang intakt. Die Wirbelsäule ist im Lot. Die LWS-Beweglichkeit ist praktisch frei. HWS-Beweglichkeit frei. Reflexe sehr lebhaft und symmetrisch. Babinski beidseits positiv. Leichte Spastizität. Druckdolenz über beiden Vorfüßen, rechts betont. Motorik und Sensibilität seitengleich intakt.» In radiologischer Hinsicht habe die MRI der HWS vom 10. September 2015 (IMAMED) eine hochgradige Spinalstenose C3/4 mit beginnender cervical Myelopathie gezeigt. Die MRI der LWS vom 11. August 2015 habe eine degenerative Spondylolisthesis L4/5 mit einer hochgradigen rezessusbetonten Spinalstenose gezeigt. Zum weiteren Vorgehen erklärte Prof. Dr. med. H.\_\_\_\_, beim Beschwerdeführer bestehe eine langsam zunehmende Gangunsicherheit. Hinzu kämen Rückenbeschwerden, tief lumbal, mit Ausstrahlungen in beide Beine im Sinne einer Claudicatio. Die Bildgebung habe eine cervicale Myelopathie auf Höhe C3/4 sowie eine degenerative Spondylolisthesis L4/5 mit hochgradiger Spinalstenose gezeigt. Therapeutisch stehe die cervicale Myelopathie im Vordergrund, da diese irreversibel sei. Er habe dem Beschwerdeführer deshalb empfohlen, zuerst die Spinalstenose cervical zu dekomprimieren und dann im weiteren Verlauf ggf. die Stenose L4/5 anzugehen, womit dieser einverstanden sei (IV-Nr. 59, S. 23 f.). Am 17. November 2015 führte Dr. med. K.\_\_\_\_, Oberarzt, F.\_\_\_\_, eine dorsale cervikale Teillaminektomie C3 und C4 mit Freilegen des Neuroforamen C3 links und Sequestrektomie unter Neuromonitoring aus (IV-Nr. 59, S. 21 f.). 8.2 Im Bericht vom 7. Juli 2016 führte Prof. Dr. med. H.\_\_\_\_ – bei unveränderter Diagnosestellung – im Rahmen von Beurteilung und Procedere aus, dass sich der Patient nach erfolgreich behandelter cervikaler Spinalkanalstenose nun zunehmend durch die lumbalen Schmerzen mit ischialgiformen Ausstrahlungen, insbesondere morgens, in den rechten Oberschenkel eingeschränkt fühle. Aufgrund letztmalig durchgeführter Bildgebung der LWS im August 2015 mit nachweislicher Spinalkanalstenose L4/5 und degenerativer Spondylolisthesis werde die Bildgebung mit einer aktuellen MRI der LWS sowie Röntgen der LWS ap/lateral und Funktionsaufnahmen erneuert (IV-Nr. 59, S. 15 f.). 8.3 Dr. med. L.\_\_\_\_, Oberarzt Stv., F.\_\_\_\_, hielt im Bericht vom 15. Juli 2016 – bei identischer Diagnosestellung – als Befund Folgendes fest: «MRI vom 12.7.2016: Im Vergleich zu den Voraufnahmen aus dem Jahr 2015 zeigt sich nach wie vor eine gleichbleibende Anterolisthese L4/5 (Meyerding Grad 1) mit osteodiskoligamentär bedingter Spinalkanalstenose. Röntgen der LWS a.p. lateral und Funktion vom 12.7.2016: Anterolisthesis L4 gegenüber L5 um ca. 10 mm in Neutralstellung und ohne relevante Dynamik in Inklination und Reklination (Meyerding Grad 1). Keine Höhenminderung der Wirbelkörper.» Beim Beschwerdeführer bestehe ein am ehesten muskulär bedingtes Lumbovertebralsyndrom mit insbesondere morgendlichen Blockaden sowie lokalen Rückenschmerzen und mit zum Teil pseudoradikulärer Ausstrahlung in den linken Oberschenkel, welche nach zirka zehn Minuten Bewegung deutlich besser würden. Der Patient habe einen Residualzustand nach zervikaler Myelopathie mit Feinmotorikstörung in den Armen. Seinem umgeschulten Beruf als

Museumswächter und teilweise Bestatter könne er nach wie vor nachgehen. Klinisch seien keine Gehstreckenminderung, keine claudicative Symptomatik und auch kein Aufrichteschmerz oder Schmerzen beim Bergauf- oder Bergabgehen sowie insbesondere keine fokale-neurologischen Defizite eruiert. Klinisch-radiologisch lägen eine seit mindestens 2015 bekannte degenerative Spondylolisthese L4/5 und Spinalkanalstenose vor, die zwar höhergradig, jedoch nicht mit dem klinischen Bild vereinbar sei. Insgesamt sei aktuell von einem operativen Vorgehen abzusehen (IV-Nr. 59, S. 13 f.).

8.4 Am 27. Januar 2017 gaben Dr. med. M.\_\_\_\_, Chefarzt Stv., und Dr. med. N.\_\_\_\_, Oberärztin, beide F.\_\_\_\_, bei nach wie vor unveränderten Diagnosen an, beim Patienten bestehe eine fluktuierende, teils lumbale, teils cervicale betonte Symptomatik, wobei für ihn aktuell die Gangunsicherheit im Vordergrund stehe. Die lumbalen Beschwerden mit zwischenzeitlichem Auftreten einer teils claudicativen Ausstrahlung beeinträchtigten ihn nicht wesentlich. Im Sinne der extensiven Abklärung sei abschliessend die erneute Durchführung einer MRI der HWS geplant, um eine rezidivierende Myelopathie auszuschliessen, und zusätzlich eine CT der LWS zur besseren Beurteilung der knöchernen Strukturen bei degenerativer Spondylolisthese (IV-Nr. 59, S. 11 f.).

8.5 Dem Bericht von Dres. med. M.\_\_\_\_ und N.\_\_\_\_ vom 14. März 2017 lässt sich – bei gleichbleibenden Diagnosen – unter «Verlauf» u.a. Folgendes entnehmen: «MRI HWS vom 1.2.2017: Im Vergleich zur präoperativen Voruntersuchung vom 10.9.2015 zeigt sich ein regelrechter dekomprimierter Spinalkanal auf Höhe HWK3/4 und eine beginnende, jedoch nicht signifikant stenotische Einengung auf Höhe HWK4/5 von dorsal her. Evident ist eine residuelle, T2 hyperintense Signalalteration des Myelons auf Höhe HWK3/4, im Sinne eines persistierenden Myelopathieschadens. CT LWS vom 20.2.2017: Bei bekannter Anterolisthese LWK4 auf LWK5 Meyerding Grad 1 zeichnet sich eine schwere, aktivierte Facettengelenksarthrose LWK4/5 beidseits ab, passend zum MRI-Befund vom 7/2016. Kein Nachweis einer Spondylolyse.» In Bezug auf die HWS mit Status nach Dekompressionsoperation bei zervikaler Myelopathie bestehe zwar ein regelrechtes postoperatives Resultat ohne residuelle Spinalkanalstenose. Jedoch habe sich radiologisch eine Myelopathie auf Höhe HWK3/4 im Sinne einer persistierenden Schädigung bestätigt, die die Gangunsicherheit auf der Basis einer propriozeptiven Störung suffizient erkläre. Bezüglich der lumbalen Problematik mit Progredienz einer chronischen Lumbago und zunehmendem Auftreten einer Claudicatio spinalis und radicularis rechtsbetont ergebe sich das pathomorphologische Korrelat einer Spinalkanalstenose L4/5 mit progredienter, schwerer, aktivierter Facettengelenksarthrose auf demselben Niveau bei bekannter Spondylolisthese L4/5 ohne relevante Dynamik und ohne Spondylolyse, sodass den degenerativen Veränderungen am ehesten eine Mikroinstabilität zugrunde liege. Im Sinne der Stufendiagnostik sei eine diagnostische Facettengelenksinfiltration L4/5 beidseits geplant (IV-Nr. 59, S. 9 f.).

8.6 Dres. med. M.\_\_\_\_ und N.\_\_\_\_ führten – bei nach wie vor unveränderter Diagnosestellung – im Bericht vom 7. April 2017 aus, der Beschwerdeführer sei heute zur Durchführung einer diagnostischen und therapeutischen Facettengelenksinfiltration L4/5 erschienen, im Sinne der Stufendiagnostik bei chronischem Lumbovertebralesyndrom mit radiologisch nachgewiesener Spinalkanalstenose L4/5 bei degenerativer Anterolisthese L4 auf 5. Der Beschwerdeführer habe die Persistenz von lumbalen Schmerzen mit claudicativem Charakter bestätigt, wobei letzterer nicht im Vordergrund stehe. Am 28. März 2017 sei in Bauchlage und unter a.p. BV-Kontrolle eine bilaterale Facettengelenksinfiltration L4/5 in steriler No-Touch-Technik erfolgt, mit Injektion von jeweils 1 ml (20 mg) Triamject und 1 ml Bupivacain. Bei Platzierung der

Nadeln habe der Patient bilateral das Auslösen der bekannten Schmerzen in dieser Lokalisation bestätigt. Postinterventionell habe er eine immediate Beschwerdelinderung lumbal beschrieben (IV-Nr. 59, S. 5 f.). Eine weitere Facettengelenksinfiltration von L4/5 im F. \_\_\_ erfolgte am 25. April 2017 (IV-Nr. 59, S. 3 f.). 8.7 Im Bericht vom 6. Juni 2017 hielt Dr. med. N. \_\_\_ fest, der Beschwerdeführer habe erneut über ein nur sehr kurzfristiges, wenn auch deutliches Ansprechen auf die Infiltrationsmassnahme berichtet. Bereits im Rahmen der letzten Konsultation sei die relative Operationsindikation zur Sprache gebracht worden, die jedoch im Einverständnis des Patienten nur als Ultima ratio-Massnahme im Fall einer weiteren Schmerzdekompensation mit Beeinträchtigung der residuellen Arbeitsfähigkeit zu sehen sei. Der Beschwerdeführer sei weiterhin zu 50 % als Museumswächter arbeitstätig und mit einer Analgesie, bestehend aus NSAR und Dafalgan (Brufen bis 1'200 mg/tgl. und Dafalgan bis 2 g/tgl.) angesichts der damit verbundenen körperlichen Belastung relativ schmerzkompensiert. Es persistierten die residuellen Defizite bei cervikaler Myelopathie, welche ihn im Alltag beeinträchtigten; insbesondere bestehe eine Störung der Feinmotorik der oberen Extremitäten und der Propriozeption mit Auswirkung auf das Gleichgewicht. In Anbetracht der Gesamtsituation stelle die aktuelle Arbeitsfähigkeit des Patienten zu 50 % die maximal zumutbare Belastung dar. In einer lumbalen Operation sei aktuell kein signifikanter Nutzen zu sehen. Beim Beschwerdeführer sei bereits vor der Erstoperation eine IV-Abklärung eingeleitet und anamnestisch abgelehnt worden, jedoch ohne Vorliegen der aktuell objektivierbaren Befunde. Sie, die Ärzte des F. \_\_\_, unterstützten somit in Anbetracht der aktuellen klinischen und radiologischen Situation die Intention des Patienten zur Einreichung eines Wiedererwägungsgesuchs. Konkret möchte er seine bis anhin bestehende 50%ige Arbeitsunfähigkeit (gemeint wohl: Arbeitsfähigkeit) in der genannten Tätigkeit längst möglich erhalten. Für die verbleibenden 50 % sollte der Anspruch auf eine berufliche Integrationsrente erwogen werden (IV-Nr. 59, S. 1 f.). 8.8 Im Bericht vom 6. Oktober 2017 diagnostizierte Dr. med. D. \_\_\_ – mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit – eine Spinalkanalstenose L4/5 und C3/4 mit zervikaler Myelopathie, einen Status nach Teillaminektomie und eine persistierende Myelopathie. Den Gesundheitszustand des Beschwerdeführers bezeichnete er als sich verschlechternd. Bezüglich der Myelopathie und der Schilddrüse werde der Patient vollumfänglich durch das F. \_\_\_) betreut. Bei langem Stehen und Sitzen als Museumswärter komme es zu erheblichen Schmerz- und Gefühlsstörungen in beiden Beinen. Die bisherige Tätigkeit sei ihm zu 40 % zuzumuten. Über die Zumutbarkeit anderer Tätigkeiten machte Dr. med. D. \_\_\_ keine Angaben (IV-Nr. 67). 8.9 Am 19. Juli 2017 nahm der RAD-Arzt Dr. med. G. \_\_\_ zur medizinischen Situation wie folgt Stellung (IV-Nr. 74, S. 2 ff.): Die neueren Arztberichte liessen den Schluss zu, dass sich der Gesundheitszustand im Vergleich zu Dezember 2014 verschlechtert habe. Es würden neue Diagnosen aufgelistet (s. nachfolgend). In der bisherigen Tätigkeit als Museumwärter sei wegen Schmerzen und Gefühlsstörungen eine 40%ige Arbeitsfähigkeit nachvollziehbar. Er verweise auf den RAD-Bericht vom 20. Juli 2012: «(angepasst ist) keine Arbeit in längerer stehender und kniender Position. Keine körperlich anstrengenden Arbeiten. Günstig sind leichte Arbeiten sitzend und in Wechsellage, beispielsweise in der Montage, Büroarbeit, Kontrollfunktionen, Lieferfahrten ohne körperliche Belastung». Die gegenwärtige berufliche Tätigkeit sei somit als nicht optimal angepasst anzusehen. In einer Tätigkeit, die den funktionellen Einschränkungen besser entspräche, wäre die Arbeitsfähigkeit höher. Zu diagnostizieren seien – mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit – ein chronisches Lumbovertebralsyndrom bei Spinalkanalstenose L4/5 bei degenerativer Spondylolisthesis,

ein Status nach Spinalkanalstenose C3/4 mit zervikaler Myelopathie mit dorsaler zervikaler Teillaminektomie C3 und C4 und Freilegen des Neuroforamens C3 links mit Sequestrektomie unter Neuromonitoring am 17. November 2015 sowie eine klinisch und radiologisch persistierende Myelopathie. Ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit blieben ein metabolisches Syndrom, ein Diabetes mellitus Typ 2, ein COPD GOLD 1, eine Struma multinodosa, ein Status nach Hemithyroidektomie, euthyreote Stoffwechsellage unter Substitutionstherapie. Was die Angaben zur Arbeitsfähigkeit / funktionelle Einschränkungen anbelangt, verwies der RAD-Arzt auf den RAD-Bericht vom 20. Juli 2012 (vgl. IV-Nr. 30, S. 2 ff.). Die Fragen der Beschwerdegegnerin (IV-Nr. 74, S. 1 f.) beantwortete Dr. med. G.\_\_\_\_ wie folgt: Es lägen (wie vorstehend erwähnt) Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit vor, und zwar ab zirka 17. November 2015 für die Myelopathie und ab März 2017 (?) für das chronische Lumbovertebralsyndrom (mit Spinalkanalstenose und Spondylolisthesis). Die Arbeitsfähigkeit in der Tätigkeit als Museumswärter betrage 40 %. In einer optimalen angepassten Tätigkeit wäre die Arbeitsfähigkeit sehr wahrscheinlich höher als 70 % (IV-Nr. 74, S. 2 ff.).

8.10 Dres. med. M.\_\_\_\_ und N.\_\_\_\_ berichteten Dr. med. D.\_\_\_\_ am 22. Juli 2017 über den Besuch des Beschwerdeführers in ihrer Sprechstunde vom 18. Juli 2017; dabei führten sie – bei unveränderter Diagnosestellung – im Wesentlichen aus, der Patient sei schon seit längerer Zeit nur zu einem maximalen Pensum von 50 % arbeitsfähig, was durch die genannten Komorbiditäten aus medizinischer Sicht absolut gerechtfertigt sei. Er habe aktuell nach einem Arbeitstag als Museumswärter, wo er zu einem grossen Teil eine stehende Position beibehalten müsse, zunehmende Schmerzen. Er arbeite aktuell zu einem Pensum von 50 %, was mit Absolvierung von ganzen Arbeitstagen auf ein Monatssoll verteilt werde, zumal bei dieser Tätigkeit eine Teilzeitarbeit mit Reduktion der Gesamtstunden an einem Tag nicht möglich erscheine. Sie, die Ärzte des F.\_\_\_\_, hätten mit dem Beschwerdeführer eine Reduktion von 20 % vom bisherigen 50%-Pensum besprochen, womit sich insgesamt eine 60%ige Arbeitsunfähigkeit ergebe (IV-Nr. 72, S. 6 f.).

8.11 Am 24. Oktober 2018 berichtete Dr. med. O.\_\_\_\_, Oberarzt Spinale Chirurgie, F.\_\_\_\_, Dr. med. D.\_\_\_\_ über den Sprechstundenbesuch des Beschwerdeführers vom 18. Oktober 2018. Bei unveränderter Diagnosestellung führte Dr. med. O.\_\_\_\_ dabei aus, der Beschwerdeführer habe über folgende Probleme im Zusammenhang mit den vorstehenden Diagnosen berichtet: Beim Gehen müsse er immer wieder wegen Gleichgewichtsstörungen stolpern. Bei geschlossenen Augen nähmen die Gleichgewichtsstörungen sofort massiv zu. Auch nach der Dekompression an der HWS sei die Feinmotorik der Hände weiterhin eingeschränkt. Mehrmals pro Tag lasse er Gegenstände fallen. Handwerkliches Arbeiten sei deutlich erschwert. Es bestehe eine Hyposensibilität mit Kribbeln und Allodynie am linken Fuss sowie diffus am rechten Bein. Der Beschwerdeführer habe zu 40 % als Museumswärter gearbeitet und sei aktuell in einem Bestattungsinstitut für leichte Arbeiten (Kirchendekoration, Transport von Urnen) zuständig. Er lasse sich momentan für die Spinalkanalstenose alle drei bis vier Monate bei Dr. med. P.\_\_\_\_ infiltrieren, was ihm bisher schon viermal gut geholfen habe. Beim Befund machte Dr. med. O.\_\_\_\_ Ausführungen zur verschiedenen bildgebenden Untersuchungen, die an bereits erfolgte Berichte des F.\_\_\_\_ anlehnen. Schliesslich hielt er fest, dass der Beschwerdeführer an einer zervikalen Myelopathie mit deutlicher Gangunsicherheit und Störung der Feinmotorik leide. Zudem bestehe eine Spinalkanalstenose lumbal; eine Operation der letzteren habe die Claudicatio spinalis-Symptome lindern oder gar beheben können. Für die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers sei aber vor allem die zervikale Myelopathie limitierend, und diese

lasse sich nicht verbessern. Somit gehe er, Dr. med. O.\_\_\_\_, weiterhin von einer 60%igen Arbeitsunfähigkeit aus und einer Arbeitsfähigkeit von 40 % für eine angepasste Arbeit (IV-Nr. 81). 8.12 Dr. med. P.\_\_\_\_, Facharzt Anästhesiologie und Intensivmedizin FMH, [...], stellte in seinem Sprechstundenbericht vom 6. November 2018 fest, bei aktuell erneut symptomatischer Spinalkanalstenose und gutem Ansprechen auf Infiltrationen (Episteroidgaben) in der Vergangenheit sei die Indikation für eine erneute Episteroidgabe gegeben gewesen. Während den kommenden vier Monaten sei ein Schmerzprotokoll zu führen. Bei Schmerzprogredienz habe sich der Patient in der Praxis zu melden. Sollte es zu akuten Ausfällen kommen, hätte er sofort eine Notfallstation aufzusuchen (IV-Nr. 81, S. 2 ff.). 8.13 Am 6. Februar 2019 äusserte sich der RAD-Arzt Dr. med. G.\_\_\_\_ – auf Anfrage der Beschwerdegegnerin hin (IV-Nr. 83, S. 1) – erneut zum medizinischen Sachverhalt. Vorab verwies er dabei auf die RAD-Stellungnahme vom 19. Juli 2018 (dessen Schlussfolgerung bezüglich der Arbeitsfähigkeit folgenderweise gelautet habe: AF als Museumswärter 40 %, AF in einer optimal angepassten Tätigkeit: mindestens 70 %). In der Sendung des Rechtsvertreters finde sich ein Bericht der Sprechstunde Schmerzmedizin vom 6. November 2018: Claudicatio spinalis bei bekannter Spinalkanalstenose L4/5 mit degenerativer Spondylolisthesis Meyerding Grad 1, St.n. interlaminärer LA- und Steroidinjektion in den Epiduralraum Höhe L2/3 rechts (Dr. P.\_\_\_\_) sowie ein Bericht der spinalen Chirurgie vom 24. Oktober 2018 (F.\_\_\_\_, Dr. med. O.\_\_\_\_): Zervikale Myelopathie mit St.n. zervikaler, Teil-Laminektomie C3 und C4 im Jahre 2015 und Claudicatio spinalis bei Spinalkanalstenose L4/5 auf dem Boden einer degenerativen Spondylolisthesis Meyerding Grad I-II. In diesem Bericht werde argumentiert, dass der Versicherte vor allem unter den Folgen einer zervikalen Myelopathie mit deutlicher Gangunsicherheit und Störung der Feinmotorik leide (MRI HWS 1. Februar 2017, Myelopathie hochzervikal, Status nach Dekompression; MRI LWS 8. Juli 2016, Spinalkanalstenose, degenerative Spondylarthrose, Listhesis Grad I L4/5). Aus den Berichten vom 24. Oktober und 6. November 2018 ergäben sich keine neuen Erkenntnisse, die einen anderen Sachverhalt darstellten, als durch den RAD am 19. Juli 2018 beurteilt, weil die Angaben bezüglich der eingeschränkten Feinmotorik widersprüchlich und sehr summarisch seien. Sie würden keineswegs die Frage beantworten, warum eine angepasste Tätigkeit in einer belastungswechselnden/vorwiegend sitzenden Tätigkeit in einem höheren Pensum nicht zumutbar wäre (IV-Nr. 83, S. 2). 8.14 In dem durch den Vertreter des Beschwerdeführers am 26. September 2019 eingereichten Bericht vom 28. Juni 2019 hat Dr. med. O.\_\_\_\_, F.\_\_\_\_, im Rahmen der Beurteilung ausgeführt, der Patient leide an einer schwerwiegenden zervikalen Myelopathie mit erheblichen neurologischen Defiziten im Bereich der Feinmotorik und der Gangsicherheit. Der Patient sei in einer angepassten Tätigkeit, die kein Steigen auf Leitern oder Arbeiten über Kopfhöhe beinhalten dürfe, zu 40 % arbeitsfähig. Mit einer Steigerung der Arbeitsfähigkeit sei im Verlauf nicht zu rechnen, da es sich bei der zervikalen Myelopathie um einen Zustand handle, der sich nun nicht mehr verbessern werde (Beilage zur Replik vom 26. September 2019, A.S. 21 f.). 9. Im vorliegenden Fall lässt sich nach Lage der Akten die Arbeitsfähigkeit bzw. Arbeitsunfähigkeit des Beschwerdeführers im rechtsrelevanten Zeitpunkt nicht schlüssig beurteilen: 9.1 Die Ärzte des F.\_\_\_\_ haben in zahlreichen Berichten – wie den diesbezüglichen Ausführungen in Erwägung II 8 hiervon entnommen werden kann – beim Beschwerdeführer im Wesentlichen stets ein chronisches Lumbovertebralsyndrom (...) und einen Status nach Spinalkanalstenose C3/4 mit zervikaler Myelopathie (...) bzw. eine zervikale Myelopathie mit Status nach zervikaler Teil-Laminektomie C3 und C4 im Jahre 2015 sowie eine

Claudicatio spinalis bei Spinalkanalstenose L4/5 auf dem Boden einer degenerativen Spondylolisthesis Meyerding Grad I-II diagnostiziert und mehrheitlich – wie auch in den aktuellsten Berichten vom 24. Oktober 2018 und 28. Juni 2019 (IV-Nr. 81, S. 6; Beilage zur Replik) – eine Arbeitsunfähigkeit von 60 % attestiert bzw. eine 40%ige Arbeitsfähigkeit für Verweistätigkeiten postuliert. Der Hausarzt des Beschwerdeführers, Dr. med. D.\_\_\_\_, hat sich in seinem Bericht vom 6. Oktober 2017 lediglich zur Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit als Museumswächter – zumutbar sei ein Arbeitspensum von 40 % – geäußert und die Frage bezüglich jener in Verweistätigkeiten unbeantwortet gelassen (vgl. IV-Nr. 67). Diese Berichte vermögen jedoch den höchstrichterlichen Anforderungen an einen Arztbericht im Sinne der vorstehenden Erwägungen (II E. 4.2 hiervor) nicht zu genügen. Im Übrigen gilt es zu beachten, dass die behandelnden Ärztinnen und Ärzte in einem auftragsrechtlichen Verhältnis zur versicherten Person stehen und sich denn auch in erster Linie auf die Behandlung zu konzentrieren haben (Urteil des Bundesgerichts 9C\_559/2012 vom 27. November 2012 E. 1.4 mit Hinweis). 9.2 9.2.1 Die Beschwerdegegnerin hat sich zur Begründung der angefochtenen Verfügung vor allem auf die Beurteilung des RAD-Arztes abgestützt. Nach der Rechtsprechung ist es denn auch zulässig, im Wesentlichen oder einzig auf versicherungsinterne medizinische Unterlagen abzustellen. In solchen Fällen sind an die Beweiswürdigung jedoch strenge Anforderungen in dem Sinne zu stellen, dass bei auch nur geringen Zweifeln an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der ärztlichen Feststellungen ergänzende Abklärungen vorzunehmen sind (139 V 225 E. 5.2 S. 229; 122 V 157 E. 1d S. 162). Dabei ist es nicht zwingend erforderlich, dass der RAD-Arzt die versicherte Person persönlich untersucht. Nach Art. 49 Abs. 2 IVV (vgl. E. II 4.4. hiervor) führt der RAD für die Beurteilung der medizinischen Voraussetzungen des Leistungsanspruchs nur «bei Bedarf» selber ärztliche Untersuchungen durch. In den übrigen Fällen stützt er seine Beurteilung auf die vorhandenen ärztlichen Unterlagen ab. Berichte und Stellungnahmen regionaler ärztlicher Dienste, welche nicht auf eigenen Untersuchungen beruhen, können beweiskräftig sein, sofern ein lückenloser Befund vorliegt, und es im Wesentlichen nur um die Beurteilung eines an sich feststehenden medizinischen Sachverhalts geht, mithin die direkte fachärztliche Befassung mit der versicherten Person in den Hintergrund rückt (Urteil des Bundesgerichts 9C\_309/2015 vom 27. Oktober 2015 E. 1). 9.2.2 Die Stellungnahme von Dr. med. B.\_\_\_\_ vom 6. Februar 2019 (IV-Nr. 83, S. 2) hat aus medizinischer Sicht – gewissermassen als Hilfestellung für die medizinischen Laien in Verwaltung und Gerichten, die in der Folge über den Leistungsanspruch zu entscheiden haben – den medizinischen Sachverhalt zusammenzufassen und zu würdigen; dazu gehört namentlich auch, bei widersprüchlichen medizinischen Akten eine Wertung vorzunehmen und zu beurteilen, ob auf die eine oder die andere Ansicht abzustellen oder aber eine zusätzliche Untersuchung vorzunehmen sei (vgl. Urteile des Bundesgerichts 8C\_971/2012 vom 11. Juni 2013 E. 3.2 und 8C\_880/2011 vom 21. März 2012 E. 4.1 je mit Hinweisen). Soweit die RAD-Ärzte – wie hier – nicht selber medizinische Befunde erheben, sondern die vorhandenen Befunde aus medizinischer Sicht würdigen, müssen die Akten für die streitigen Belange beweistaugliche Unterlagen enthalten; ist dies nicht der Fall, kann die RAD-Stellungnahme in der Regel keine abschliessende Beurteilungsgrundlage bilden, sondern nur zu weitergehenden Abklärungen Anlass geben (Urteil des Bundesgerichts 9C\_58/2011 vom 25. März 2011 E. 3.3). 9.2.3 Der RAD-Arzt hat in seiner Beurteilung vom 6. Februar 2019 – wie bereits angeführt – die Angaben der Ärzte des F.\_\_\_\_ bezüglich der eingeschränkten Feinmotorik als widersprüchlich und summarisch taxiert. Auf die verschiedenen Berichte der Fachärzte des

F.\_\_\_\_ ist er, insbesondere auch was die darin angeführten abweichenden Angaben zur Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers anbelangt, nicht weiter eingegangen. Er hat es lediglich bei der Feststellung bewenden lassen, diese Berichte liessen die Frage der Zumutbarkeit eines höheren Arbeitspensums in einer angepassten Tätigkeit unbeantwortet. Im Weiteren hat er in seiner Stellungnahme vom 19. Juli 2018 davon gesprochen, die neueren Arztberichte liessen auf eine Verschlechterung des Gesundheitszustands des Beschwerdeführers schliessen (IV-Nr. 74, S. 3). Vor diesem Hintergrund hat er dann – mit Verweis auf seine Beurteilung vom 20 Juli 2012 – es einzig und ohne weitere Begründung als sehr wahrscheinlich bezeichnet, dass die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers in einer optimal angepassten Tätigkeit höher als 70 % wäre (IV-Nr. 74, S. 4); darauf kann, insbesondere mit Blick auf die Berichterstattung der Ärzte des F.\_\_\_\_ bzw. auf die geänderte Situation in gesundheitlicher Hinsicht – nicht abgestellt werden. Zusammenfassend mangelt es im vorliegenden Fall an einer beweistauglichen Beurteilungsgrundlage. 10. Demnach ist festzustellen, dass hinsichtlich der medizinischen Situation Abklärungsdefizite bestehen. Eine widerspruchsfreie und schlüssige Beurteilung, welche Arbeiten in welchem Ausmass und Zeitpunkt dem Beschwerdeführer zuzumuten sind, ist nach derzeitiger Lage der Akten nicht möglich. Nach bundesrichterlicher Rechtsprechung ist eine Rückweisung an den Versicherungsträger möglich, wenn sie allein im notwendigen Erheben einer bisher vollständig ungeklärten Frage begründet ist (BGE 137 V 210 E. 4.4.1.4). Eine solche Situation ist im vorliegenden Fall gegeben. Es liegen Sachverhaltslücken vor, die die Beschwerdegegnerin zu schliessen hat. Zu diesem Zweck sind die Akten an sie zurückzuweisen. Danach hat die Beschwerdegegnerin über den geltend gemachten Leistungsanspruch des Beschwerdeführers erneut zu entscheiden. Folglich ist die angefochtene Verfügung vom 23. April 2019 aufzuheben; die dagegen erhobene Beschwerde ist im Sinne der vorstehenden Erwägungen – und wie beschwerdeweise beantragt – gutzuheissen.

## **E. 11**

11.1 Unter dem Gesichtspunkt des (bundesrechtlichen) Anspruchs auf eine Parteientschädigung im Streit um eine Sozialversicherungsleistung gilt das Aufheben einer ablehnenden Verfügung und die Rückweisung der Sache an die Verwaltung zu ergänzender Abklärung und neuer Beurteilung als Obsiegen der versicherten Person (BGE 132 V 215 E. 6.2 S. 235 f.). Dem Beschwerdeführer steht somit eine ordentliche Parteientschädigung zu, die durch die Beschwerdegegnerin zu bezahlen ist. 11.2 Der Vertreter des Beschwerdeführers hat am 11. November 2019 beantragt, die Parteientschädigung sei nach richterlichem Ermessen festzusetzen. In Beachtung von § 158 Abs. 1 und 2 Kantonalen Gebührentarif (GT; BGS 615.11) erscheint eine Parteientschädigung von CHF 1'800.00 (inkl. Auslagen und MwSt) als angemessen. 12. Aufgrund von Art. 69 Abs. 1 bis IVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von CHF 200.00 – 1'000.00 festgelegt. Nach dem Ausgang des vorliegenden Verfahrens hat die Beschwerdegegnerin die Verfahrenskosten von CHF 600.00 zu bezahlen. Folglich ist dem Beschwerdeführer der geleistete Kostenvorschuss von CHF 600.00 zurückzuerstatten.