

## **SO\_GERICHTE VSBES.2019.225 vom 12. März 2020**

SO Obergericht, 2020-03-12, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so\\_gerichte\\_VSBES.2019.225\\_d20200312](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2019.225_d20200312)

FR: SO\_GERICHTE VSBES.2019.225 du 12 mars 2020

IT: SO\_GERICHTE VSBES.2019.225 del 12 marzo 2020

### **Regeste**

Invalidenrente

### **Erwägungen**

#### **E. 3**

Verdacht auf koronare Herzkrankheit – kardiovaskuläre Risikofaktoren: Arterielle Hypertonie, Diabetes mellitus Typ 2, Nikotinabusus

#### **E. 4**

Verdacht auf Schlafapnoe-Syndrom – chronische Müdigkeit (DD im Rahmen von Diagnose 1) – Abklärung angemeldet Folgende Diagnosen seien ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit: 1. Ektasie der Aorta Ascendens 2. Prostata-Ca – Status nach Prostatektomie 2014 Aktuelle medizinische Symptomatik und Situation: Rezidivierende Rückenschmerzen, rezidivierende anale Schmerzen (bei bekannten Hämorrhoiden), rezidivierende Thoraxschmerzen und Atemnot. Der Beschwerdeführer klage zudem über Konzentrationsstörungen, innere Unruhe. Bekannt und auch von seiner Ehefrau bestätigt sei ein verbal aggressives Verhalten zu Hause. Eigenen Angaben zufolge verlasse der Beschwerdeführer die Wohnung kaum und habe wenig soziale Kontakte. Ausführliche objektive Befunde auf Basis der Untersuchungen: Normotoner, normokarder Beschwerdeführer in relativ gutem Allgemeinzustand. Es erfolgten jeweils problemorientierte Untersuchungen. So am 19. Oktober 2018 bei Rückenschmerzen klinisch paravertebraler Hartspann der oberen BWS und Druckdolenz des ISG links. Am 25. September 2018 Rachenrötung und Lymphangiopathie präaurikulär und angulär rechts. Der Psychostatus sei bei den psychiatrischen Kollegen zu erfragen. EKG und Troponin-T bei anamnestisch Thoraxschmerz seien repetitiv unauffällig (S. 5). Die Prognose sei schlecht. Einerseits sei der Beschwerdeführer seit Jahren nicht mehr arbeitstätig gewesen, andererseits seien seine Coping-Strategien bezüglich Depression ausgesprochen eingeschränkt (S. 6). Funktionseinschränkungen: Von körperlicher Seite sei eine schwere oder mittelschwer körperlich belastende Tätigkeit nicht möglich. Insbesondere müsste eine Wechselbelastung (Gehen, Stehen, Sitzen) möglich sein. Aufgrund der psychischen Erkrankung könne der Beschwerdeführer keine Arbeiten durchführen, welche Kundenkontakt oder eine Tätigkeit in einem Team erforderten. Zudem seien Tätigkeiten mit hohem Konzentrationsbedarf nicht möglich. Die Ressourcen des Beschwerdeführers seien äusserst beschränkt (S. 7). 7.7 Im Schlussbericht schlafmedizinische Abklärung mittels Embletta vom 15. November 2018 (IV-Nr. 72 S. 2 ff.) führte Dr. med. L.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Pneumologie und Innere Medizin, u.a. aufgrund der am 12./13. November 2018 durchgeführten respiratorischen Polygraphie folgende Diagnosen auf: – Mittelschweres in Rückenlage akzentuiertes obstruktives Schlafapnoe-Hypopnoe-Syndrom – Epworth Score 19/24 Punkte – Klinisch: exzessive

Tagesschläfrigkeit – FSS 6/7 Punkte, pathologische Müdigkeit / Erschöpfung – AHI gemittelt 14,2/h, in Rückenlage 56/h – ODI gemittelt 18,5/h, in Rückenlage 61,5/h – Sozial störende Rhonchopathie – Generalisiertes Schmerzsyndrom; Angststörung; depressive Episoden – Ektasie der Aorta Ascendens auf 47 mm – Arterielle Hypertonie – März 2018 gestoppter Nikotinkonsum 80 py – Diabetes mellitus – Dyslipidämie – Prostatakarzinom Gleason 7 Dem Beschwerdeführer sei ein APAP-Gerät ResMed AirSense 10 mit einem variablen Druck von 4 – 14 cm Wassersäule, Ausatemerleichterung EPR Stufe 2 verordnet worden, sowie eine Vollgesichtsmaske wegen chronischer nächtlicher Mundatmung (AmaraView mittlere Grösse). Er werde in den nächsten Tagen von der Lungenliga [...] mit dem Gerät vertraut gemacht und mit der Maske ausgerüstet, sowie kurzfristig in seiner Compliance und der Wirksamkeit überprüft. Bei gutem, problemlosem Verlauf genügen einjährige Kontrollen. Der Beschwerdeführer sei auf die eingeschränkte Fahreignung bei Schlafapnoe-Syndrom aufmerksam gemacht worden (vgl. IV-Nr. 72). Er wisse, dass wenn er sich müde und erschöpft fühle, er kein Fahrzeug führen dürfe und nicht fähig sei, im öffentlichen Strassenverkehr teilzunehmen. 7.8 Der den Beschwerdeführer seit dem 4. Juli 2017 behandelnde Psychiater und Psychotherapeut Dr. med. E.\_\_\_\_ hielt im «Arztbericht: Berufliche Integration / Rente» vom 23. November 2018 (IV-Nr. 73) fest, die letzte Kontrolle habe am 21. November 2018 stattgefunden. Der Beschwerdeführer sei gegenwärtig circa einmal im Monat in Behandlung. Vom 4. Juli 2017 bis auf Weiteres sei der Beschwerdeführer zu 90 % arbeitsunfähig. Aktuelle medizinische Symptomatik und Situation: Auffassung, Konzentration, Merkfähigkeit reduziert. Denken verlangsamt, eingeengt, repetitiv, grübelnd. Misstrauen. Phobisch. Affekt: ratlos, verarmt, deprimiert, ängstlich, hoffnungslos, insuffizient, dysphorisch, gereizt, innerlich unruhig, klagsam, Schuldgefühle, labil und interimistisch inkontinent. Antrieb verarmt. Mutistisch. Sozialer Rückzug. Verbal aggressiv. Suizidgedanken. Schlafstörungen (Einschlaf, Durchschlaf, Dauer) und Müdigkeit. Sexualität vermindert. Mundtrockenheit, Rückenschmerz, Kopfschmerz, Übelkeit, Atembeschwerden, Herzdruck, Schwitzen vermehrt, interimistisch Schwindel. Aktuelle Medikation (einschl. Dosis): Truxal à 15 mg in Reserve, Tegretol à 200 mg, 0.5-0-0.5. Frühere Medikationsversuche mit Fluoxetin, Tolvon, Efexor, Sertralin, Remeron und Zolofit hätten wegen Nebenwirkungen abgesetzt werden müssen. Ausführliche objektive Befunde: Im Juli 2017 habe man versucht, das Befinden des Beschwerdeführers mithilfe des psychodiagnostischen Screening-Messmittels SCL-90-S genauer einzuschätzen. Es sei dabei schwierig gewesen, abzuschätzen, wie genau der Beschwerdeführer die Fragen habe verstehen können. Die Angaben seien extrem hoch ausgefallen, in allen Bereichen sei ein extrem hohes Leiden genannt worden (Prozentrang PR 99-100). Maximales Leiden sei in den Bereichen Feindseligkeit, Ängstlichkeit, Psychotizismus, Somatisierung und soziale Unsicherheit genannt worden. Rund um PR 99 seien die Bereiche Depressivität, paranoides Denken, Phobien und Zwanghaftigkeit. In diesen Werten werde einerseits ein tatsächliches hohes Leiden vermutet, andererseits aber auch eine mangelnde Differenzierungsfähigkeit und viel hilflose und appellative Klagsamkeit. Es wurden folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gestellt: – Schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome (ICD-10 F32.2) (Juli 2017) – Generalisierte Angststörung (ICD-10 F41.1) (Juli 2017) – Anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4) (November 2007) – Paranoide Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F60.0) (Juli 2017) Ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit seien folgende Diagnosen: – Tabakabhängigkeit, gegenwärtig abstinent unter Ersatzdroge (Pflaster) (ICD-10 F17.22) – Spezifische Phobie vor Wind (ICD-10

F40.2) (Januar 2018) – Schwere Zerwürfnisse mit Angehörigen (ICD-10 Z63.0, Z63.8) Kurz- bis mittelfristig seien keine Verbesserungsmöglichkeit der Arbeitsfähigkeit ersichtlich. Weiteres Vorgehen / Behandlungsplan: Ermutigung, CPAP-Maske zu tragen. Weitere Auslotung der psychotherapeutischen und psychiatrischen Unterstützungs- und Veränderungsmöglichkeiten. Sowohl die psychiatrische (Medikation) als auch die psychologisch-psychotherapeutische Hilfestellung gestalteten sich als äusserst schwierig. Der Beschwerdeführer empfinde bereits vertiefende Nachfragen zu seinem Befinden («was meinen Sie mit schlecht?») als provokativ und neige dann zu unbeherrschbarem Ärger. Eine frühere Behandlungsphase (2007 / 2008) habe er bereits einmal beendet, indem er wütend den Raum verlassen habe. Dasselbe habe er schon bei anderen Behandlern getan. Immerhin sei es ihnen – gemeint sind der Psychiater Dr. med. E.\_\_\_\_ und der Fachpsychologe J.\_\_\_\_ – inzwischen scheinbar gelungen, eine gewisse Therapieallianz zu errichten, sodass sich der Beschwerdeführer von ihnen verstanden fühle, sich emotional etwas mehr öffnen möge und explizit Hilfe suche. Funktionseinschränkungen: Minimalste Stresstoleranz, keine Konflikttoleranz, eingeschränkte Kontaktfähigkeit und Präsenz. Erlebe bereits vertiefende Fragen als Angriff, umso mehr Kritik. Eingeschränkte Konzentration und Auffassung, Gedächtnis und Sprachverständnis. Antriebsverlust. Traue sich nichts mehr zu. Sehr eingeschränkte Tragefähigkeit, eingeschränkte Beweglichkeit, stark reduziertes Bewegungstempo. Ressourcen sei [...]. Er habe gewisse Kenntnisse des [...]. Der Beschwerdeführer fahre nur noch kurze Strecken mit dem Auto, er traue sich nicht mehr zu. Die bisherige Tätigkeit bei der [...] sei dem Beschwerdeführer nicht mehr zumutbar. Eine leidensangepasste Tätigkeit (leichte Hilfsarbeitertätigkeit in sehr langsamem Tempo) sei dem Beschwerdeführer zu 0,84 Stunden, d.h. 10 %, zumutbar. Zur Eingliederung bestehe aller Wahrscheinlichkeit nach eine nur minimale Chance. Der Beschwerdeführer habe selbständig bei drei unterschiedlichen Arbeitgebern (Tankstelle, Verkauf) um Arbeit ersucht. Diese hätten ihn alle abgewiesen, als sie ihn nur schon gesehen hätten. Einer Eingliederung stünden psychisch folgende Faktoren im Weg: Eingeschränkte Konzentration, Gedächtnis, Auffassung, Sprachverständnis. Depressiv-ängstliche Stimmung mit Aggressionsdurchbrüchen und feindlich-paranoider Haltung. Schmerzerleben und Gespanntheit. Antriebsverlust. Schlafstörung und Müdigkeit. Soziale Entfremdung. 7.9 Dr. med. D.\_\_\_\_, RAD, hielt in seiner Stellungnahme vom 6. Februar 2019 (IV-Nr. 75 S. 2 f.) folgende Beurteilung der medizinischen Situation (inkl. Verlauf / Prognose) fest: Es bestünden im Vergleich zum psychiatrischen Gutachten von 2004 keine eindeutigen Angaben, dass sich der Gesundheitszustand verschlechtert habe. Das klinische Bild, wie es von Dr. med. E.\_\_\_\_ vermittelt werde, könne man als eine Konsequenz der langen Dekonditionierung und «seiner Persönlichkeit, die zu einer dysthymen und depressiven Selbstdarstellung neige» (Zitat Begutachtung interdisziplinär 2004), interpretieren. Es gebe keine Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit. Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit seien: Ektasie der Aorta Ascendens; Prostata-Ca (Status nach Prostatektomie 2014). Wegen der veränderten Gesetzgebung solle erneut psychiatrisch begutachtet werden (Prüfung der persönlichen Ressourcen, Indikatoren); eine Bestätigung von Seiten des Rechtdienstes könne eingeholt werden. Auf der somatischen Ebene bestünden keine Anhaltspunkte für eine Änderung der zumutbaren Leistungsfähigkeit (S. 19 des Gutachtens vom 10. Januar 2004). 7.10 Dr. med. C.\_\_\_\_ führte im ärztlichen Zeugnis vom 1. April 2019 (IV-Nr. 80 S. 9) aus, dass sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers seit der letzten IV-Beurteilung 2004 dahingehend geändert habe, dass folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die

Arbeitsfähigkeit dazugekommen seien: Verdacht auf koronare Herzkrankheit; Verdacht auf alten Myokardinfarkt (vor 2009); echokardiographisch Hypokinesie posterobasal. Sie vermute eine Einschränkung der körperlichen Belastbarkeit durch die kardialen Beschwerden von circa 40 %, wobei körperliche Höchstanstrengungen nicht mehr möglich seien. 7.11 In der Stellungnahme vom 5. Juni 2019 (IV-Nr. 82) hielt Dr. med. D.\_\_\_\_, RAD, fest, es sei gegenüber dem Einspracheentscheid vom 4. März 2005 keine Veränderung der gesundheitlichen Situation geltend gemacht worden. Es seien zwei medizinische Berichte (Dr. med. C.\_\_\_\_ vom 1. April 2019 und Dr. med. I.\_\_\_\_ vom 21. Februar 2017, vgl. E. II. 7.10 und 7.11 hiervor) eingetroffen. In diesen fänden sich versicherungsmedizinisch keine Anhaltspunkte für eine Änderung des bisherigen zumutbaren Arbeitsprofils und der Arbeitsfähigkeit. 7.12 Dr. med. D.\_\_\_\_, RAD, hielt in seiner ergänzenden Stellungnahme zu den somatischen Diagnosen vom 12. November 2019 (A.S. 27 f.) im Wesentlichen fest: Der Grad des Schlafapnoe-Syndroms sei mittelschwer und nicht mit zusätzlichen Einschränkungen behaftet (ausser der erforderlichen Vermeidung von gefährlichen Maschinen und Autofahren). Das Schlafapnoe-Syndrom werde nicht als einschränkend in den obigen Berichten eingestuft. Auf der kardiologischen Ebene bestehe (in Berücksichtigung der gutachterlich festgehaltenen funktionellen Einschränkungen) keine zusätzliche Reduktion der körperlichen Leistungsfähigkeit, da die Herzfunktion nicht bedeutend eingeschränkt sei und keine Angina pectoris belegt werde. Die erwähnten degenerativen Veränderungen gingen in ihren Auswirkungen nicht über das Mass der schon beschriebenen Einschränkungen hinaus. Eine arterielle Hypertonie sei, ausser für Schwerarbeiten, nicht einschränkend. Die Operationen (Venenstripping, Prostata) hätten keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit. 8. Es ist zunächst auf die Einschätzungen des RAD-Arztes Dr. med. D.\_\_\_\_ in den Stellungnahmen vom 6. Februar 2019 und 5. Juni 2019 einzugehen (vgl. E. II. 7.9 und 7.11 hiervor), auf welche sich die Beschwerdegegnerin in ihrer Verfügung vom 14. August 2019 im Wesentlichen stützt (A.S. 2). Der Beschwerdeführer bringt diesbezüglich vor (vgl. E. II. 4.2 hiervor), diese erwiesen sich sowohl in formell- als auch materiellrechtlicher Hinsicht als beweisuntauglich. So habe der RAD-Arzt den Beschwerdeführer nicht selbst untersucht und es fehle ihm als Allgemeinmediziner die korrekte Fachrichtung, um die Beschwerden des Beschwerdeführers korrekt einschätzen zu können. Diesbezüglich kann festgehalten werden, dass es insbesondere zu den Aufgaben der RAD gehört, aus medizinischer Sicht – gewissermassen als Hilfestellung für die medizinischen Laien in der Verwaltung und auch an den Gerichten, die im Streitfall über den Leistungsanspruch zu entscheiden haben – den medizinischen Sachverhalt zusammenzufassen und zu würdigen sowie sich zur Notwendigkeit zusätzlicher Abklärungen zu äussern (Urteil des Bundesgerichts 9C\_858/2014 vom 3. September 2015 E. 3.3.3 mit weiteren Hinweisen). Die RAD können bei Bedarf selber ärztliche Untersuchungen von Versicherten durchführen (Urteile des Bundesgerichts 8C\_839/2016 vom 12. April 2017 E. 3.1, 9C\_405/2019 vom 19. August 2019 E. 3.2.2 mit Hinweis). Sofern sich der medizinische Sachverhalt sowie der Verlauf aus den vorliegenden medizinischen Akten als schlüssig und vollständig präsentieren, sind Untersuchungen durch den RAD nicht zwingend erforderlich. Im Weiteren kann aus der Tatsache, wonach es sich bei Dr. med. D.\_\_\_\_ um einen auf das medizinische Fachgebiet der Allgemeinmedizin spezialisierten Arzt handelt, nicht geschlossen werden, dass er die sich im vorliegenden Fall im Wesentlichen stellende Frage einer Veränderung der gesundheitlichen Situation des Beschwerdeführers nicht beantworten könnte. Die Stellungnahmen des RAD-Arztes können daher nicht als unbeachtlich oder irrelevant

bezeichnet werden. Allerdings kann ihnen im Verhältnis zu den übrigen, auf eigenen Untersuchungen basierenden Arztberichten nur eine ergänzende und erläuternde Bedeutung zukommen. Sie vermögen eine Prüfung der medizinischen Unterlagen nicht zu ersetzen.

9. Wie bereits in E. II. 5 ausgeführt, ist nachfolgend zu prüfen, ob glaubhaft gemacht ist, dass sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers seit dem letzten rechtskräftigen Entscheid der Beschwerdegegnerin vom 4. März 2005 (IV-Nr. 51) im Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung vom 14. August 2019 (A.S. 1 ff.) in anspruchsrelevanter Weise verändert hat.

9.1 Es ist zunächst auf die psychische gesundheitliche Situation des Beschwerdeführers einzugehen:

9.1.1 Im Zeitpunkt des rentenablehnenden Einspracheentscheids vom 4. März 2005 konnte beim Beschwerdeführer keine krankheitswertige psychische Störung mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit festgestellt werden. Dr. med. G.\_\_\_\_ hob in seinem psychiatrischen Zusatzgutachten vom 6. Oktober 2003 (vgl. E. II. 6.2 hiervor), welches er im Rahmen des interdisziplinären Gutachtens der Begutachtungsstelle B.\_\_\_\_ verfasste, hervor, dass beim Beschwerdeführer erhebliche Aggravations- und zum Teil auch Simulationstendenzen beständen. Der Beschwerdeführer klagte vor allen Dingen über die unerträglichen Schmerzen im Rücken, Kreuz, Nacken und in den Schultern und habe selbst auf geistigem Gebiet erhebliche Probleme deutlich gemacht, die in krassem Widerspruch zu seiner Schulbildung (Gymnasium und Abitur) stünden und ohne Hinweis auf eine Erkrankung des Zentral-Nerven-Systems aus neuropsychiatrischer Sicht unerklärlich seien. So habe der Beschwerdeführer angegeben, das Gymnasium besucht und einen dem Abitur entsprechenden Abschluss erworben zu haben. Im Rahmen der Exploration sei es ihm aber dann beispielsweise nicht möglich gewesen, das Alter seiner Ehefrau zu errechnen, wenn davon ausgegangen werde, dass er 43 Jahre alt sei und seine Ehefrau sieben Jahre jünger. Am 4. Juli 2017 nahm der Beschwerdeführer die Behandlung beim Psychiater und Psychotherapeuten Dr. med. E.\_\_\_\_ sowie dem Fachpsychologen J.\_\_\_\_ auf. Diese liessen den Beschwerdeführer den psychopathologischen Screening-Fragebogen SLC-90-S durcharbeiten. Im Bericht vom 20. Juli 2017 (vgl. E. II. 7.2 hiervor) führten sie dazu aus, der Beschwerdeführer habe die erste Sitzung nach 65 Minuten beenden wollen, die Testdiagnostik sei dann drei Tage später in einer Sitzung von ca. 30 Minuten zu Ende geführt worden (IV-Nr. 69 S. 13). Die Ergebnisse seien durchwegs extrem ausgefallen. Der Beschwerdeführer habe in den folgenden Lebensbereichen «maximal gepunktet»:

Aggressivität / Feindseligkeit, Ängstlichkeit, Psychotizismus (hier v.a. im Sinne von sozialer Entfremdung) und soziale Unsicherheit. Aber auch die anderen erfragten Bereiche, wie Depressivität, paranoides Denken, phobische Angst, Somatisierung und Zwanghaftigkeit, lägen im obersten Leidensprozent (IV-Nr. 69 S. 14). Insgesamt bewegten sich die Resultate in allen 12 Dimensionen im obersten Störungsprozent, in 5 Dimensionen sogar beim Maximalwert. Dr. med. E.\_\_\_\_ und der Fachpsychologe J.\_\_\_\_ halten weiter fest, diese durchwegs extrem ausgefallenen Ergebnisse liessen an Aggravation und Simulation denken. Die Auswertung des durchgeführten Tests und die darin zum Ausdruck gelangende Selbstdarstellung des Beschwerdeführers führte sie demnach zu demjenigen Ergebnis, zu welchem bereits der frühere psychiatrische Gutachter Dr. med. G.\_\_\_\_ gelangt war, nämlich zum Eindruck einer Aggravation oder Simulation. Hier wie dort wurde eine Beschwerdepräsentation bzw. -schilderung festgestellt, welche offensichtlich nicht der Wirklichkeit entsprach. Abweichend von Dr. med. G.\_\_\_\_ gingen die nunmehrigen Behandler jedoch nicht von Aggravation / Simulation aus. Zur Begründung hierfür erklärten sie, sie «möchten nicht von Aggravation im Sinne eines instrumentellen,

manipulativen Verhaltens sprechen». Es werde vielmehr angenommen, dass der Beschwerdeführer seine depressive Hilflosigkeit als derart bedrängend erlebe, dass dadurch sein gesamtes psychisches Erleben eingefärbt werde. Daher könnten die extremen Symptombeschreibungen des Beschwerdeführers als appellative Klagen und Hilferuf verstanden werden. Dementsprechend gingen Dr. med. E. \_\_\_ und der Fachpsychologe J. \_\_\_ von den Angaben des Beschwerdeführers auf dem Fragebogen aus und diagnostizierten auf dieser Basis gravierende psychische Störungen, nämlich eine «schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome (ICD-10 F32.2)», eine «generalisierte Angststörung (ICD-10 F41.1)» und einen «Verdacht auf eine paranoide Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F60.0)». Diese Diagnosen basieren allesamt auf dem am 4. bzw. 7. Juli 2017 durchgeführten psychopathologischen Screening-Fragebogen SCL-90-S (IV-Nr. 69 S. 13 f.). Die Differenz zur früheren Einschätzung des Gutachters Dr. med. G. \_\_\_, welche Dr. med. E. \_\_\_ und dem Fachpsychologen J. \_\_\_ nach Lage der Akten nicht vorlag, besteht demnach nicht im Ergebnis der Abklärungen, sondern in deren Interpretation. Während Dr. med. G. \_\_\_ aus seinen Beobachtungen auf eine Aggravation sowie Simulation schloss, hielten Dr. med. E. \_\_\_ und der Fachpsychologe J. \_\_\_ zwar ebenfalls fest, die Abklärungsergebnisse liessen an Aggravation oder Simulation denken, lehnten diese Erklärung dann aber ab und entschieden sich für eine Interpretation als Hilferuf und appellative Klage. Die Abweichung basiert somit nicht auf unterschiedlichen Feststellungen. Sie erklärt sich durch die nicht selten festzustellende unterschiedliche Perspektive von begutachtendem und behandelndem Arzt (vgl. BGE 124 I 170 E. 4 S. 175). Eine erhebliche gesundheitliche Veränderung lässt sich daraus nicht ableiten. Dafür spricht auch der Umstand, dass laut dem Bericht vom 20. Juli 2017 (vgl. E. II. 7.2 hiervor) trotz der gravierenden Diagnosen zunächst keine weiteren psychotherapeutischen Termine vereinbart wurden, sondern man sich darauf verständigte, dass sich der Beschwerdeführer bei diesbezüglichem Bedarf melden könne (vgl. IV-Nr. 69 S. 13). Im späteren Bericht vom 23. November 2018 bezog sich Dr. med. E. \_\_\_ bei der Darstellung der objektiven Befunde weiterhin auf das damalige Testergebnis (vgl. E. II. 7.8 hiervor, IV-Nr. 73 S. 3). Diese Stellungnahme bildet daher ebenfalls keine Grundlage für die Annahme, eine erhebliche Veränderung sei glaubhaft gemacht worden. Insgesamt ist von einer abweichenden ärztlichen Einschätzung des im Wesentlich gleich gebliebenen psychischen Gesundheitszustands des Beschwerdeführers auszugehen.

9.1.2 Nichts anderes ergibt sich aus einem Vergleich der im Bericht vom 20. Juli 2017 beschriebenen psychopathologischen Befunde mit denjenigen, die Dr. med. G. \_\_\_ anlässlich der psychiatrischen Teilbegutachtung vom 6. Oktober 2003 erhoben hatte: Die Feststellungen von Dr. med. G. \_\_\_ im Rahmen des psychiatrischen Teilgutachtens vom 6. Oktober 2003 (vgl. E. II. 6.2 hiervor), wonach der Beschwerdeführer affektiv einen demonstrativ dysphorischen und von Schmerzen geplagten, kaum noch schwingungsfähigen und insgesamt dem Leben gegenüber resignierten bis negativen Eindruck mache, entsprechen weitgehend den Ausführungen von Dr. med. E. \_\_\_ und des Fachpsychologen J. \_\_\_. So gaben diese im Bericht vom 20. Juli 2017 (vgl. E. II. 7.2 hiervor) u.a. an, der Beschwerdeführer sei deprimiert, dysphorisch, hoffnungslos, klagsam, affektstarr, habe einen verminderten Antrieb und Suizidgedanken und beklage Kopf-, Brust-, und Kreuzschmerzen, Atembeschwerden, Hitze-, und Schwächegefühle und schwere Extremitäten. Auch die von Dr. med. G. \_\_\_ im Oktober 2003 beschriebene Verhaltensweise des Beschwerdeführers, wonach er durch das viele Nachfragen zeitweilig äusserst gereizt und aggressiv im Unterton reagiert habe, konnte im Bericht vom Juli 2017 bestätigt werden. So wurde der

Beschwerdeführer als gereizt und innerlich unruhig beschrieben. Im Weiteren gaben die behandelnden psychiatrischen bzw. psychologischen Fachpersonen im Bericht vom 21. November 2018 (vgl. E. II. 7.8 hiervor) an, sowohl die psychiatrische (Medikation) als auch die psychologisch-psychotherapeutische Hilfestellung gestalteten sich äusserst schwierig. So empfinde der Beschwerdeführer bereits vertiefendes Nachfragen zu seinem Befinden als provokativ und neige dann zu unbeherrschbarem Ärger. Der Beschwerdeführer habe daher eine frühere Behandlungsphase 2007 / 2008 bereits einmal beendet, indem er wütend den Raum verlassen habe. Gestützt auf diese vergleichende Gegenüberstellung kann eine erhebliche Veränderung des psychischen Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers nicht als glaubhaft gemacht gelten.

Gegenüber der gutachterlichen Beurteilung von Dr. med. G.\_\_\_\_ vom Oktober 2003 ist bei Dr. med. E.\_\_\_\_ und dem Fachpsychologen J.\_\_\_\_ im Juli 2017 sowie im November 2018 im Wesentlichen von einer anderen Beurteilung des gleichen Sachverhalts auszugehen. Eine solche ist indes im revisionsrechtlichen Kontext unbeachtlich (BGE 141 V 9 E. 2.3 S. 11), was auch für die hier zu beurteilende Neuanmeldung gilt. 9.1.3 In Bezug auf die durch die Hausärztin Dr. med. C.\_\_\_\_ im ärztlichen Zeugnis vom 16. Juli 2018 (vgl. E. II. 7.3 hiervor) sowie im Bericht vom 30. Oktober 2018 (vgl. E. II. 7.6 hiervor) ausgewiesenen psychischen Diagnosen («schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome», «generalisierte Angststörung», «rezidivierende depressive Episoden», «generalisiertes Schmerzsyndrom seit Jahren») ist festzuhalten, dass es sich bei Dr. med. C.\_\_\_\_ um eine auf das medizinische Fachgebiet der Allgemeinmedizin spezialisierte Ärztin handelt und den durch sie gestellten psychischen Diagnosen daher kaum Beweiswert zukommt. So führte sie im Arztbericht vom 30. Oktober 2018 denn auch aus, dass der Psychostatus bei den psychiatrischen Kollegen zu erfragen sei (IV-Nr. 69 S. 5 Mitte). Es kann daher aus den seit dem Einspracheentscheid vom 4. März 2005 durch Dr. med. C.\_\_\_\_ genannten psychischen Diagnosestellungen nicht auf eine Veränderung des psychischen Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers geschlossen werden. 9.1.4 Einzugehen ist auf die Vorbringen des Beschwerdeführers: Der Beschwerdeführer lässt eine massgebliche Verschlechterung seiner psychischen Gesundheitssituation im Wesentlichen damit begründen, dass seit dem Gutachten der Begutachtungsstelle B.\_\_\_\_ vom 30. März 2004 gänzlich neue Diagnosen hinzugekommen seien (A.S. 11). Dazu ist festzuhalten, dass eine neu gestellte Diagnose – insbesondere psychiatrischer Art – für sich allein nicht genügt, um eine erhebliche Veränderung des Gesundheitszustandes glaubhaft zu machen. Denn damit wird über das quantitative Element einer relevanten, die Arbeitsfähigkeit schmälernenden Veränderung des Gesundheitszustandes nicht zwingend etwas ausgesagt (Urteile des Bundesgerichts 8C\_175/2019 vom 30. Juli 2019 E. 3.2.1, 8C\_389/2019 vom 5. September 2019 E. 4.2.2).

Es kommt hinzu, dass die neu gestellten Diagnosen, wie vorstehend dargelegt, auf einer Interpretation der Ergebnisse des Screening-Fragebogens SCL-90-S beruhen, welche nach den Feststellungen von Dr. med. E.\_\_\_\_ und des Fachpsychologen J.\_\_\_\_ in erster Linie an Aggravation und Simulation denken liessen, was der früheren Beurteilung durch Dr. med. G.\_\_\_\_ entspricht. Der Hinweis des Beschwerdeführers, der RAD-Arzt Dr. med. D.\_\_\_\_ habe selbst eine erneute psychiatrische Begutachtung empfohlen und es sei fraglich, wieso die Beschwerdegegnerin dieser Empfehlung nicht gefolgt sei (A.S. 17), ist zunächst mit Blick auf die Ausführungen in der Stellungnahme des RAD vom 6. Februar 2019 (vgl. E. II. 7.9 hiervor) korrekt. So gab Dr. med. D.\_\_\_\_ an, es solle wegen der veränderten Gesetzgebung erneut psychiatrisch begutachtet werden, wobei er insbesondere auf die Prüfung der persönlichen Ressourcen und die Indikatoren verwies. Demzufolge erachtete Dr. med.

D.\_\_\_\_ eine psychiatrische Begutachtung einzig aufgrund der veränderten Gesetzgebung im Sinne von BGE 141 V 281 als notwendig. Gemäss Protokolleintrag vom 22. Februar 2019 (vgl. Protokolleintrag vom 22. Februar 2019) wurde die Frage betreffend die Anordnung eines psychiatrischen Gutachtens anlässlich der Sitzung des Rechtsdienstes vom 19. Februar 2019 besprochen. Dieser habe empfohlen, kein psychiatrisches Gutachten in Auftrag zu geben und auf das erneut gestellte Leistungsbegehren nicht einzutreten. Denn eine erhebliche, anspruchsrelevante Veränderung des Gesundheitszustandes gegenüber der Situation bei Erlass des Einspracheentscheids vom 4. März 2005 werde auch in psychiatrischer Hinsicht nicht glaubhaft gemacht. Somit wurde die Empfehlung des RAD-Arztbesprechenden betreffend die Durchführung einer erneuten psychiatrischen Begutachtung intern im Rechtsdienst der Beschwerdegegnerin besprochen und mit einer plausiblen und nachvollziehbaren Erklärung abgelehnt. Dieses Vorgehen ist nicht zu beanstanden. So geht es vorliegend – wie bereits oben ausgeführt (vgl. E. II. 5 hiervor) – im Wesentlichen um die Frage, ob eine veränderte gesundheitliche Situation glaubhaft gemacht wird. Der RAD-Arzt Dr. med. D.\_\_\_\_ war, wie sich seiner zitierten Formulierung entnehmen lässt, davon ausgegangen, die neue Rechtsprechung führe zu einer voraussetzungslosen Neubeurteilung. So verhält es sich jedoch nicht (vgl. BGE 141 V 585).

9.1.5 Zusammenfassend ergeben sich in Bezug auf den psychischen Gesundheitszustand des Beschwerdeführers im Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung vom 14. August 2019 keine Anhaltspunkte dafür, dass sich dieser seit dem rentenablehnenden Entscheid vom 4. März 2005 in anspruchsrelevanter Weise verändert hat. Dies wurde bereits durch Dr. med. D.\_\_\_\_ in seiner Stellungnahme vom 6. Februar 2019 (vgl. E. II. 7.9 hiervor) zu Recht festgehalten.

9.2 Eingehend auf die somatische Gesundheitssituation des Beschwerdeführers ergibt sich Folgendes:

9.2.1 Im Zeitpunkt des rentenablehnenden Einspracheentscheids vom 4. März 2005 (IV-Nr. 51) lag beim Beschwerdeführer ein «chronisch rezidivierendes, lumbospondylogenes Syndrom beidseits seit 1996; Spondylolyse L5» mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit vor. Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit wurden eine «rezidivierende Zervikobrachialgie rechtsbetont» und «Refluxbeschwerden» diagnostiziert (vgl. E. II. 6 hiervor). Aufgrund der zunehmenden Schmerzsymptomatik sei der Beschwerdeführer in der bisher ausgeübten Tätigkeit als Gleismonteur nicht mehr arbeitsfähig. Angepasste Tätigkeiten (körperlich leichte Tätigkeiten mit Vermeiden von stereotypen Haltungen, monotonen Arbeitsabläufen, Lasten heben von über 10 kg und länger dauerndem Sitzen und Stehen) könnten dem Beschwerdeführer zugemutet werden. Die Arbeitsfähigkeit könne auf acht bis neun Stunden gesteigert werden, wobei die Leistungsfähigkeit auf 80 % vermindert sei. Die zeitlich nach dem Einspracheentscheid vom 4. März 2005 verfassten medizinischen Akten betreffend den somatischen Gesundheitszustand des Beschwerdeführers beziehen sich im Wesentlichen auf kardiologische Abklärungen und eine Schlafproblematik. In Bezug auf das Herz des Beschwerdeführers ergibt sich Folgendes: Im Rahmen der kardiologischen Abklärung vom 21. Februar 2017 (vgl. E. II. 7.1 hiervor) konnte u.a. eine koronare Herzkrankheit nicht ausgeschlossen werden, wobei auch ein möglicherweise alter Myokardinfarkt (vor 2009) thematisiert wurde. Der Kardiologe Dr. med. I.\_\_\_\_ wies zudem darauf hin, dass die EKG-Veränderungen zu einer diskreten Hypokinesie posterior-septal basal passten und die Ektasie der Aorta ascendens bei 47 mm Durchmesser liege. Weiter stellte er einen hohen Blutdruck fest, wobei die Blutdruckwerte sowohl in Ruhe als auch unter Belastung durchwegs zu hoch seien. Der Kardiologe empfahl daher eine Erweiterung der antihypertensiven Therapie mittels Betablocker. In Bezug auf die Aorta meldete Dr. med.

I.\_\_\_\_ den Beschwerdeführer zur Durchführung einer Angio-CT an. Betreffend das durchgeführte EKG hielt der Kardiologe fest, dieses zeige gegenüber dem EKG der letzten Untersuchung von 2009 keine Veränderungen. Die Diagnosestellungen eines «Verdachts auf eine koronare Herzkrankheit» und einer «Erweiterung der Brustschlagader» wurden durch die Hausärztin des Beschwerdeführers Dr. med. C.\_\_\_\_ im ärztlichen Zeugnis vom 16. Juli 2018 unverändert übernommen (vgl. E. II. 7.3 hiervor). Da es sich bei ihr (wie bereits oben festgehalten, vgl. E. II. 9.1.2 hiervor) um eine auf das medizinische Fachgebiet der Allgemeinmedizin spezialisierte Fachärztin handelt, kommt den durch sie aufgeführten koronaren Diagnosen jedoch kaum zusätzlicher Beweiswert zu. Aufgrund des durchgeführten Langzeit-EKG vom 22. bis 23. Oktober 2018 hielt Prof. Dr. med. K.\_\_\_\_ im Bericht vom 23. Oktober 2018 (vgl. E. II. 7.5 hiervor) sodann unauffällige Befunde fest. Es bestehe kein Anhaltspunkt für höhergradige Herzrhythmusstörungen, ausser den vier nächtlichen Sinustachykardien von knapp 100 /min, welche REM-Phasen im Schlaf entsprechen könnten, sei ein unauffälliges Herzfrequenzprofil, unter Ausschluss höhergradiger Rhythmusstörungen, festzustellen. Damit hat sich die ursprüngliche Verdachtsdiagnose einer koronaren Herzkrankheit nicht bestätigt. In diesen Sinn hielt auch die Hausärztin des Beschwerdeführers Dr. med. C.\_\_\_\_ im Arztbericht vom 30. Oktober 2018 (vgl. E. II. 7.6 hiervor, IV-Nr. 69 S. 55 oben) fest, der Beschwerdeführer habe seit Februar 2017 wegen vermeintlicher hypertensiver Krisen häufig den Notfall aufgesucht. Bei normalem 24 h-EKG seien diese allerdings wohl eher Panikattacken zuzuschreiben. Ausserdem wies sie darauf hin, dass der Beschwerdeführer normoton sowie normokard sei und sich in gutem Allgemeinzustand befinde. Sie gab weiter an, dass die kardiologischen Fachärzte auch keine koronaren gesundheitlichen Beeinträchtigungen festhielten, die sich auf die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers auswirken könnten. Demzufolge ist insgesamt davon auszugehen, dass die sich im Bericht vom 21. Februar 2017 präsentierenden koronaren Beeinträchtigungen im Laufe der Zeit nicht bestätigen liessen und der im Februar 2017 festgestellte Bluthochdruck in Ruhe und Belastung zu keiner Einschränkung der Arbeitsfähigkeit führte, welche nicht durch entsprechende Behandlung vermieden werden kann. Letzteres wird durch den RAD-Arzt Dr. med. D.\_\_\_\_ in seiner Stellungnahme vom 12. November 2019 bestätigt (vgl. E. II. 7.12 hiervor). So legte er dar, dass die arterielle Hypertonie ausser für Schwerarbeiten nicht einschränkend sei. Es kann somit davon ausgegangen werden, dass seit dem Zeitpunkt des Gutachtens der Begutachtungsstelle B.\_\_\_\_ vom 30. März 2004 keine weitergehende koronare Gesundheitsproblematik vorliegt und sich daher auch keine entsprechenden Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit ergeben. Somit können die bereits im Gutachten der Begutachtungsstelle B.\_\_\_\_ vom 30. März 2004 formulierten, angepassten Tätigkeiten (körperlich leichte Tätigkeiten mit Vermeiden von stereotypen Haltungen, monotonen Arbeitsabläufen, Lasten heben von über 10 kg und länger dauerndem Sitzen und Stehen) dem Beschwerdeführer auch weiterhin zugemutet werden. In diesem Sinn hielt auch Dr. med. D.\_\_\_\_ in seiner ergänzenden Stellungnahme vom 12. November 2019 (vgl. E. II. 7.12 hiervor) fest, es bestehe (in Berücksichtigung der gutachterlich festgehaltenen funktionellen Einschränkungen) auf kardiologischer Ebene keine zusätzliche Reduktion der körperlichen Leistungsfähigkeit, da die Herzfunktion nicht bedeutend eingeschränkt sei und keine Angina pectoris bestehe. Aufgrund der Vermutung von Prof. Dr. med. K.\_\_\_\_ vom 23. Oktober 2018 (vgl. E. II. 7.5 hiervor), wonach die vier nächtlichen Sinustachykardien von knapp 100 / min REM-Phasen im Schlaf entsprechen könnten, meldete Dr. med. C.\_\_\_\_ den Beschwerdeführer für eine entsprechende Abklärung an (vgl. E. II. 7.6 hiervor). Diese

wurde am 15. November 2018 von Dr. med. L.\_\_\_\_ durchgeführt (vgl. E. II. 7.7 hiervor). Er diagnostizierte ein «mittelschweres in Rückenlage akzentuiertes obstruktives Schlafapnoe-Hypopnoe-Syndrom» und verordnete dem Beschwerdeführer daher ein APAP-Gerät ResMed AirSense 10 sowie eine Vollgesichtsmaske wegen chronischer nächtlicher Mundatmung. Die einzige Einschränkung für den Beschwerdeführer sei, dass er kein Fahrzeug lenken dürfe, wenn er sich müde und erschöpft fühle. Es ist folglich davon auszugehen, dass das festgestellte Schlafapnoe-Syndrom beim Beschwerdeführer durchaus behandelbar ist und keine grössere Einschränkung seiner Arbeitsfähigkeit zur Folge hat. So hat der Beschwerdeführer einzig auf das Führen von Fahrzeugen und Maschinen zu verzichten, falls er sich müde und erschöpft fühle. Betreffend die schlafmedizinische Abklärung ergibt sich somit seit dem Zeitpunkt des Gutachtens der Begutachtungsstelle B.\_\_\_\_ vom 30. März 2004 lediglich dahingehend eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit, als beim Beschwerdeführer teilweise eine eingeschränkte Fahreignung besteht. Auch diese Einschränkungen können mit dem Tragen der Vollgesichtsmaske beim Schlafen weiter minimiert werden. Denn bereits im damaligen Gutachten wurde von Durchschlafstörungen berichtet, die damals jedoch ausschliesslich mit den Schmerzen des Beschwerdeführers in Zusammenhang gebracht wurden (vgl. E. II. 6.2 hiervor).

9.2.2 Die Hausärztin des Beschwerdeführers, Dr. med. C.\_\_\_\_, führte in ihren ärztlichen Zeugnissen vom 16. Juli 2018 und 30. Oktober 2018 sowie im Bericht vom 1. April 2019 (vgl. E. II. 7.3, 7.10 und 7.6 hiervor) keine eigens festgestellten Diagnosen auf, sondern beschränkte sich auf die Wiedergabe der vorgängig durch die jeweiligen Fachärzte festgestellten Diagnosen. Da Dr. med. C.\_\_\_\_ auf das medizinische Fachgebiet der Allgemeinmedizin spezialisiert ist, vermögen die durch sie formulierten Arbeitsfähigkeiten des Beschwerdeführers somit nicht zu überzeugen. Es kann daher nicht auf diese Einschätzungen abgestellt werden. Dies auch deshalb, weil die entsprechenden Fachärzte in ihren jeweiligen Berichten teilweise gar keine Angaben zu den Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit machten. Es ist daher nicht nachvollziehbar, worauf sich Dr. med. C.\_\_\_\_ bei der Einschätzung der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers stützte. So stellten bspw. die Kardiologen in ihren Berichten vom 21. Februar 2017 und vom 23. Oktober 2018 (vgl. E. II. 7.1 und 7.5 hiervor) keine prozentuale Arbeitsfähigkeit fest. Folglich vermag die Beurteilung von Dr. med. C.\_\_\_\_ im ärztlichen Zeugnis vom 1. April 2019 (vgl. E. II. 7.10 hiervor) nicht zu überzeugen, wonach sie durch die kardialen Beschwerden des Beschwerdeführers eine Einschränkung der körperlichen Belastbarkeit von circa 40 % vermute, wobei körperliche Höchstanstrengungen nicht mehr möglich seien.

9.2.3 Es ist auf die Vorbringen des Beschwerdeführers einzugehen: Der Beschwerdeführer stützt sich bei seinem Vorbringen, wonach sich sein Gesundheitszustand auch in somatischer Hinsicht verschlechtert habe, im Wesentlichen auf das Arztzeugnis von Dr. med. C.\_\_\_\_ vom 19. April 2019 (vgl. E. II. 7.10 hiervor; A.S. 11). Darin wurde als Diagnose mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit der «Verdacht auf eine koronare Herzkrankheit» festgehalten. Diese Diagnosestellung wurde von Dr. med. C.\_\_\_\_ bereits im ärztlichen Zeugnis vom 16. Juli 2018 sowie im Arztbericht vom 30. Oktober 2018 (vgl. E. II. 7.3, 7.6 hiervor) aufgeführt, wobei sie diesbezüglich darauf hinwies, dass sich im Rahmen der Abklärungen von Brustschmerzen eine koronare Herzkrankheit nicht habe ausschliessen lassen. Somit handelt es sich beim «Verdacht auf eine koronare Herzkrankheit» um eine reine Verdachtsdiagnose aus dem medizinischen Fachgebiet der Kardiologie, welche im weiteren Verlauf nicht bestätigen werden konnte (vgl. dazu E. II. 8.2.1 hiervor). Zudem setzte sich die Hausärztin Dr. med. C.\_\_\_\_ weder in ihren äusserst knapp ausgefallenen ärztlichen Zeugnissen vom 16. Juli 2018 bzw. 1. April

2019 noch in ihrem etwas ausführlicheren Arztbericht vom 30. Oktober 2018 mit dieser Verdachtsdiagnose resp. mit den Ergebnissen des Langzeit-EKG vom 23. Oktober 2018 (vgl. E. II. 7.5 hiervor) auseinander. Daher kann dem Vorbringen des Beschwerdeführers, wonach durch die Verdachtsdiagnose einer koronaren Herzkrankheit eine Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit hinzugetreten sei, nicht gefolgt werden. Das weitere Vorbringen des Beschwerdeführers, wonach er seit der Prostataektomie ständig auf die Toilette müsse (A.S. 11), was sich ebenfalls auf die Arbeits- und Leistungsfähigkeit auswirken könne, wird durch die vorliegenden medizinischen Akten nicht belegt. So führte selbst die Hausärztin des Beschwerdeführers, Dr. med. C. \_\_\_\_, in ihrem Arztbericht vom 30. Oktober 2018 (vgl. E. II. 7.6 hiervor) den «Status nach Prostataektomie 2014» als Diagnose ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit auf. Es ist nicht weiter darauf einzugehen. Der Beschwerdeführer bringt in seiner Stellungnahme vom 18. November 2019 im Weiteren vor (A.S. 30 ff.), es handle sich bei der RAD-Aktennotiz vom 12. November 2019 formell-rechtlich nicht um ein relevantes Beweismittel, sondern lediglich um eine Parteibehauptung. Dr. med. D. \_\_\_\_, RAD, führte in seiner «ergänzenden Stellungnahme zu den somatischen Diagnosen» vom 12. November 2019 (vgl. E. II. 7.12 hiervor) sowohl die anlässlich der Begutachtung der Begutachtungsstelle B. \_\_\_\_ von 2004 als auch die in den nachfolgend durch Dr. med. L. \_\_\_\_ im Bericht vom 15. November 2018, Dr. med. C. \_\_\_\_ im Bericht vom 1. April 2019 und Dr. med. I. \_\_\_\_ im Bericht vom 21. Februar 2017 gestellten Diagnosen bzw. Befunderhebungen auf und nahm zu diesen sodann Stellung. Im Ergebnis wich er indes nicht von seinen bereits zuvor verfassten Stellungnahmen vom 6. Februar und 5. Juni 2019 (vgl. E. II. 7.9, 7.11 hiervor) ab, wonach eine Veränderung der Gesundheitssituation sowie der Arbeits- bzw. Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers seit dem Einspracheentscheid vom 4. März 2005 nicht glaubhaft gemacht worden sei. Somit beinhaltet die Stellungnahme vom 12. November 2019 keine entscheidändernden Tatsachen, sondern lediglich eine Würdigung der bekannten und somit dem Beschwerdeführer bereits bekannten medizinischen Akten. Es kann daher im Ergebnis offen bleiben, ob es sich bei der Stellungnahme vom 12. November 2019 einzig um eine Parteibehauptung oder um ein relevantes Beweismittel handelt. 9.2.4 Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass seit dem interdisziplinären Gutachten der Begutachtungsstelle B. \_\_\_\_ vom 30. März 2004 auch in somatischer Hinsicht keine Veränderung des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers glaubhaft gemacht worden ist. 10. Insgesamt vermag der Beschwerdeführer seit dem in Rechtskraft erwachsenen Einspracheentscheid vom 4. März 2005 durch die ab der Neuanmeldung vom 23. Juli 2018 bis zur Verfügung vom 14. August 2019 eingereichten medizinischen Berichte keine Verschlechterung seines Gesundheitszustandes glaubhaft zu machen. Daran vermag auch das grundsätzlich korrekte Vorbringen des Beschwerdeführers nichts zu ändern, wonach angesichts der langen Zeitspanne seit der letzten Abklärung seitens der Beschwerdegegnerin von 13 Jahren an das Glaubhaftmachen weniger hohe Anforderungen zu stellen seien (A.S. 12). Denn im vorliegenden Fall bestehen – wie oben dargelegt – keine Anhaltspunkte, wonach seit dem Einspracheentscheid vom 5. März 2005 eine Verschlechterung der gesundheitlichen Situation eingetreten sein könnte. Von einem Glaubhaftmachen kann daher nicht ausgegangen werden. Dies entspricht auch der Ansicht des RAD-Arztes Dr. med. D. \_\_\_\_, der gemäss den Stellungnahmen vom 6. Februar 2019 und 12. November 2019 (vgl. E. II. 7.11 und 7.12 hiervor) von einer sich insgesamt unverändert darstellenden medizinischen Situation ausging. Unter diesen Umständen war die Beschwerdegegnerin – entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers (A.S. 13 f.) – nicht

verpflichtet, den Gesundheitszustand des Beschwerdeführers weiter bzw. umfassend abzuklären. Es ist daher nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin mit Verfügung vom 14. August 2019 nicht auf die Neuanschuldung des Beschwerdeführers eingetreten ist. Folglich ist die angefochtene Verfügung vom 14. August 2019 (A.S. 1 ff.) zu bestätigen und die dagegen erhobene Beschwerde abzuweisen. 11. Bei diesem Verfahrensausgang besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung. 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. Im vorliegenden Fall hat der Beschwerdeführer die Verfahrenskosten von CHF 600.00 zu bezahlen, die mit dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe zu verrechnen sind.

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