

# **SO\_GERICHTE VSBES.2019.259 vom 1. Juni 2021**

SO Obergericht, 2021-06-01, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so\\_gerichte\\_VSBES.2019.259\\_d20210601](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2019.259_d20210601)

FR: SO\_GERICHTE VSBES.2019.259 du 1 juin 2021

IT: SO\_GERICHTE VSBES.2019.259 del 1 giugno 2021

## **Regeste**

Invalidenrente

## **Erwägungen**

### **E. 1**

1.1 Der 1955 geborene A.\_\_\_\_ (im Folgenden: Beschwerdeführer) arbeitete seit Februar 1985 als selbstständig erwerbender Garagist. Am 25. Juli 2002 erlitt er einen Myokardinfarkt, worauf er am 26. Juli 2002 und 27. Januar 2003 mit einem Stenting sowie einer Dilatation behandelt wurde (IV-St. Beleg Nr. [IV-Nr.] 5 und 17). Am 24. Juni 2003 meldete er sich bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) wegen bestehender Herz- und Rückenbeschwerden zum Leistungsbezug an (IV-Nr. 4). Daraufhin sprach ihm die IV-Stelle des Kantons Solothurn (im Folgenden: Beschwerdegegnerin) mit Verfügung vom 15. Dezember 2004 aufgrund eines ermittelten Invaliditätsgrades von 97 % eine ganze Invalidenrente (sowie entsprechende Zusatz- und Kinderrenten) ab 1. Juli 2003 zu (IV-Nr. 26).

1.2 Das im März 2005 von Amtes wegen aufgenommene Revisionsverfahren ergab keine Änderung, welche sich auf die Rente auswirkt (neuer Invaliditätsgrad von 85 %; Mitteilung vom 26. Januar 2006, IV-Nr. 39).

1.3 Am 14. Juli 2006 teilte die Beschwerdegegnerin dem Beschwerdeführer mit, zur Prüfung des Anspruchs auf Invalidenleistungen sei eine medizinische Abklärung notwendig. Sie veranlasste deshalb eine interdisziplinäre (internistisch-rheumatologische, neurologische, neuropsychologische und psychiatrische) Begutachtung in der B.\_\_\_\_ (im Folgenden: B.\_\_\_\_), welche am 30. Oktober und 7. November 2006 durchgeführt wurde (Gutachten vom 29. November 2006, IV-Nr. 52.1). Mit Verfügung vom 11. Oktober 2007 wurde die bisher ausgerichtete ganze Invalidenrente aufgrund eines neu ermittelten Invaliditätsgrades von nurmehr 21 % auf Ende November 2007 eingestellt (IV-Nr. 71). Die dagegen erhobene Beschwerde wies das Versicherungsgericht des Kantons Solothurn (im Folgenden: Versicherungsgericht) mit Urteil vom 24. Februar 2009 ab (VSBES.2007.393; IV-Nr. 87 S. 2 ff.). Die dagegen erhobene Beschwerde wies das Bundesgericht mit Urteil vom 25. September 2009 ab, soweit es darauf eintrat (9C\_290/2009; IV-Nr. 93).

1.4 Am 7. Mai 2018 liess sich der Beschwerdeführer bei der IV mit der Begründung neu anmelden, es sei bei ihm am 6. Dezember 2016 eine Bypass-Operation durchgeführt worden; seither persistierten insbesondere Beschwerden im Brustbereich und eine erheblich reduzierte Leistungsfähigkeit (IV-Nr. 94). Mit Verfügung vom 2. Juli 2018 trat die Beschwerdegegnerin auf das neue Leistungsbegehren nicht ein (IV-Nr. 99). Die dagegen erhobene Beschwerde vom 6. September 2018 wurde, nachdem die Beschwerdegegnerin die angefochtene Nichteintretensverfügung am 17. Oktober 2018 wiedererwägungsweise

aufgehoben und eine Abklärung der gesundheitlichen Situation des Beschwerdeführers in Aussicht gestellt hatte (IV-Nr. 105), mit Beschluss vom 6. November 2018 infolge Wiedererwägung pendente lite als gegenstandslos geworden von der Geschäftskontrolle abgeschrieben (VSBES.2018.205; IV-Nr. 113 S. 2 ff.).

1.5 Nachdem die Beschwerdegegnerin auf das Leistungsbegehren eingetreten war, wies sie den Anspruch des Beschwerdeführers auf eine Invalidenrente und berufliche Eingliederungsmassnahmen nach Rücksprache mit dem Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD) und Durchführung des Vorbescheidverfahrens mit Verfügung vom 25. September 2019 ab. Dies wurde im Wesentlichen damit begründet, gemäss den medizinischen Abklärungen sei der Beschwerdeführer in seiner angestammten Tätigkeit als selbstständiger Garagist vom 5. Dezember 2016 bis 23. März 2017 arbeitsunfähig gewesen. Seit dem 24. März 2017 sei ihm wieder eine 50%ige Arbeitsfähigkeit zuzumuten. In einer angepassten Tätigkeit (Arbeiten ohne Heben, Tragen und Bewegen schwerer Lasten) bestehe seit dem 24. März 2017 eine 100%ige Arbeitsfähigkeit. Der Beschwerdeführer sei nicht bereit, seinen Betrieb aufzugeben. Trotz der Empfehlung des Gerichts im Jahr 2009, die angebotene Stellenvermittlung anzunehmen, habe er es vorgezogen, weiter in seinem Betrieb tätig zu sein und sich mit einem tiefen Einkommen zu begnügen. Die seit dem Jahr 2007 zumutbare Verwertung seiner Restarbeitsfähigkeit in einer unselbstständigen Erwerbstätigkeit sei aus IV-fremden Gründen unterblieben. In Anbetracht dessen könne mehr als 10 Jahre später nicht postuliert werden, die Betriebsaufgabe bzw. der Wechsel von einer selbstständigen zu einer unselbstständigen Erwerbstätigkeit sei aufgrund des fortgeschrittenen Alters nicht zumutbar (IV-Nr. 122; Aktenseiten [A.S.] 1 ff.).

## **E. 2**

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

### **E. 2.1**

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

ATSG) sind (lit. c).

## **E. 2.2**

Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG besteht bei einem Invaliditätsgrad ab 40 % ein Anspruch auf eine Viertelsrente, ab 50 % auf eine halbe Rente, ab 60 % auf eine Dreiviertelsrente und ab 70 % auf eine ganze Rente. 3.

## **E. 3**

Es sei eine öffentliche Verhandlung nach Art. 6 Ziff. 1 EMRK mit zusätzlicher Parteibefragung durchzuführen.

### **E. 3.1**

Gemäss Art. 17 Abs. 1 ATSG (vgl. auch Art. 86 ter – 88 bis der Verordnung über die Invalidenversicherung [IVV, SR 831.201] sowie Art. 31 IVG) wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben, wenn sich der Invaliditätsgrad einer Rentenbezügerin oder eines Rentenbezügers erheblich ändert. Anlass zur Revision einer Invalidenrente im Sinne von Art. 17 Abs. 1 ATSG gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen (BGE 134 V 131 E. 3 S. 132 mit Hinweisen). Die Invalidenrente ist deshalb nicht nur bei einer wesentlichen Veränderung des Gesundheitszustands revidierbar, sondern auch dann, wenn sich die erwerblichen Auswirkungen des an sich gleich gebliebenen Gesundheitszustandes erheblich verändert haben. Ein Revisionsgrund ist ferner unter Umständen auch dann gegeben, wenn eine andere Art der Bemessung der Invalidität zur Anwendung gelangt oder eine Wandlung des Aufgabenbereichs eingetreten ist (BGE 130 V 343 E. 3.5 S. 349 f. mit Hinweisen). Demgegenüber ist die lediglich unterschiedliche Beurteilung eines im Wesentlichen gleich gebliebenen Sachverhalts im revisionsrechtlichen Kontext unbeachtlich (BGE 141 V 9 E. 2.3 S. 10 f. mit Hinweisen). Weder eine im Vergleich zu früheren ärztlichen Einschätzungen ungleich attestierte Arbeitsunfähigkeit noch eine unterschiedliche diagnostische Einordnung des geltend gemachten Leidens genügt somit per se, um auf einen verbesserten oder verschlechterten Gesundheitszustand zu schliessen; notwendig ist in diesem Zusammenhang vielmehr eine veränderte Befundlage (Urteil des Bundesgerichts 9C\_541/2020 vom 1. März 2021 E. 2.1 mit Hinweisen).

3.2 Wird ein Gesuch um Revision eingereicht, ist darin glaubhaft zu machen, dass sich der Grad der Invalidität des Versicherten in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert hat (Art. 87 Abs. 2 IVV). Wurde eine Rente wegen eines zu geringen Invaliditätsgrades verweigert, so wird eine neue Anmeldung nur geprüft, wenn die Voraussetzungen nach Absatz 2 erfüllt sind (Art. 87 Abs. 3 IVV). Tritt der Versicherungsträger auf die Neuanmeldung ein, hat er – analog zu einem Revisionsfall nach Art. 17 ATSG – abzuklären, ob die glaubhaft gemachte Veränderung des Invaliditätsgrades auch tatsächlich eingetreten ist. Dies beurteilt sich durch Vergleich der Verhältnisse im Zeitpunkt der Neuanmeldung mit denjenigen bei Erlass der letzten, auf einer materiellen Prüfung des Anspruchs beruhenden Verfügung (BGE 130 V 71 E. 3.2.3 S. 75 ff.; vgl. auch BGE 133 V 108). Stellt der Versicherer fest, dass der Invaliditätsgrad keine Veränderung erfahren hat, so weist er das Gesuch ab. Andernfalls prüft er, ob die festgestellte Veränderung genügt, um eine anspruchsbegründende Invalidität zu bejahen, und entscheidet anschliessend über den Anspruch (Urteil des Bundesgerichts 8C\_282/2012 vom 11. Mai 2012 E. 2). Analog zur erstmaligen Anspruchsbeurteilung sind zudem allfällige

anspruchswirksame Veränderungen bis zum Verfügungserlass zu berücksichtigen (vgl. BGE 129 V 222).

#### **E. 4**

bis 5-mal pro Jahr zum Auftreten starker Kopfschmerzen, Schweissausbrüchen, Unwohlsein und Nausea führe. Er betrachte «Stress» ganz generell als «schlecht für das Herz», weshalb er Stress, wenn immer möglich, vermeide. Auf geistiger Ebene habe er keine Einschränkungen mit Auswirkung auf die Leistungsfähigkeit erwähnt. Wegen seiner Rückenprobleme könne er schwerere Arbeiten (z.B. Kupplungen wechseln, Getriebe ausbauen etc.) nicht mehr ausführen oder er wende technische Hilfsmittel (z.B. Kran, Hebebühne) an. Es sei ihm wichtig, rückenergonomisch zu arbeiten. Wenn er sehe, dass ein Auftrag für ihn körperlich nicht machbar sei, lehne er ihn ab. Wegen der Rückenprobleme, der Herzerkrankung sowie der damit verbundenen reduzierten psychischen Belastbarkeit sei er nur noch an 4 ½ Stunden pro Tag tätig und schätze seine Leistungsfähigkeit innerhalb dieser Zeit auf ca. 75 % ein.

Die «Zusammenfassung der gesundheitlichen Beeinträchtigungen nach der Akte» lautete wie folgt: Am 26. Juli 2002 habe der Explorand einen nicht transmuralen Myokardinfarkt bei koronarer Eingefässerkrankung erlitten. Es sei ein PTCA-Stenting des 1. Marginalastes vorgenommen worden. Ab dem 14. Oktober 2002 habe der Explorand seine Arbeitstätigkeit zu 50 % wieder aufgenommen. Am 27. Januar 2003 sei wegen erneuten Auftretens pektanginöser Beschwerden ein weiterer Stent in die Restenose des 1. Marginalastes eingelegt worden. Eine weitere Stenose im gleichen Gefäss weiter distal sei ebenfalls mit einem Stent behoben worden. Akute ischialgiforme Rückenschmerzen mit radikulärer Ausstrahlung seien am 25. Februar 2003 zudem im rechten Bein aufgetreten. Computertomographisch hätten sich eine Diskusprotrusion L4/5 sowie eine Diskushernie L5/S1 mit Beeinträchtigung der Wurzel S1 rechts mehr als links gezeigt. Ab dem 24. März 2003 sei dem Exploranden eine Arbeitsfähigkeit von 50 % attestiert worden. Mit einer vollen Arbeitsfähigkeit könne vorderhand nicht gerechnet werden, so die Einschätzung des Hausarztes, wobei die «eingeschränkte körperliche Belastbarkeit» im IV-Arztbericht nicht näher ausgeführt worden sei. Von kardiologischer Seite sei Mitte 2003 ein sehr guter Verlauf festgestellt worden, mit Beschwerdefreiheit bei körperlicher Belastung, 99%iger Leistungsfähigkeit des Herzmuskels im Belastungs-EKG und vorbildlichem Risikoverhalten des Exploranden. Für die weiter bestehende Leistungseinschränkung habe der Explorand hauptsächlich die Rückenbeschwerden geltend gemacht.

Es könne auf der Grundlage der internistischen Untersuchung bestätigt werden, dass es keine Hinweise für eine leistungsrelevante kardiale Problematik gebe, was auch durch die in den Akten dokumentierten kardiologischen Kontrolluntersuchungen mit Ergometrie bestätigt werde. Insgesamt sei in dieser Hinsicht davon auszugehen, dass sich der Explorand bereits im Juni 2003 sehr gut von dem 2002 erlittenen nicht transmuralen Myokardinfarkt erholt habe und seither nachweislich eine Herzleistung erzielt habe, die der einer gesunden Person seines Alters gleichkomme. Somit habe die koronare Eingefässerkrankung seit Juni 2003 keine Einschränkung der Leistungsfähigkeit für leichte bis mittelschwere körperliche Arbeiten mehr zur Folge. In psychischer Hinsicht sei der Explorand in der Untersuchung unauffällig gewesen. Die von ihm geschilderten «Gefühle von Verunsicherung» und die Befürchtungen, bei zu viel Stress einen Herzinfarkt zu erleiden, seien im Lichte seiner kardialen Anamnese normalpsychologisch gut erklär- und nachvollziehbar, jedoch nicht leistungsrelevant. Die derzeit nur noch selten und kurz auftretenden Herzschmerzen seien

nicht von Angst oder gar Panik begleitet. Dass er subjektiv eine reduzierte «Stresstoleranz» geltend mache, weil er befürchte, dass er bei zu grosser Belastung bei der Arbeit wieder einen Herzinfarkt erleiden könnte, sei psychologisch zwar nachvollziehbar, jedoch medizinisch angesichts der wiederholt normal ausgefallenen kardiologischen Kontrolluntersuchungen nicht begründet.

Von der internistisch-rheumatologischen und neurologischen Seite habe man anlässlich der aktuellen Untersuchungen nur geringe pathologische Befunde feststellen können, nämlich Hinweise auf muskuläre Verkürzungen und einen ungenügenden Trainingszustand der Hüftabduktoren-Muskulatur rechts und der Abdominal-Muskulatur sowie auf eine Sensibilitätsminderung im distalen Bereich des Dermatoms S1 rechts. Bei seitengleichen, normalen Muskeleigenreflexen, normaler Kraftentfaltung und fehlenden Muskelatrophien könne klinisch ein leistungsrelevanter Bandscheibenschaden mit Radikulopathie ausgeschlossen werden. Die pathologischen Veränderungen im CT der LWS vom 28. Februar 2003 seien nicht als schwerwiegend zu beurteilen. Der Zwischenwirbelraum L5/S1 sei nur mässiggradig verschmälert und die vom Radiologen beschriebene Intervertebralgelenksarthrose auf Höhe L5/S1 mit Osteophytenbildung sei leicht- bis mässiggradig. Der aktuelle neurologische Befund sei als Residualzustand nach früher stattgehabter Wurzelirritation der Wurzel S1 rechts anzusehen. Eine Leistungsminderung für leichte bis mittelgradig schwere Arbeiten sei daraus nicht abzuleiten, hingegen könnten ihm repetitive, körperlich schwere Tätigkeiten nicht mehr zugemutet werden.

In der neuropsychologischen Untersuchung habe der Explorand gute, mit einer altersentsprechenden Population vergleichbare kognitive Leistungen gezeigt. Eine nennenswerte Störung im Bereich der kognitiven Funktionen habe somit ausgeschlossen werden können, was auch mit den Ergebnissen der neurologischen Untersuchung vereinbar sei. Die vom Exploranden erwähnte erhöhte Vergesslichkeit, die er allerdings nicht als leistungsrelevant erachtet habe, sei damit auf der Grundlage der erhobenen testpsychologischen Befunde nicht erklärbar. Zusammenfassend könne man in den Untersuchungen leichte Beeinträchtigungen durch ein chronisch-rezidivierendes Lumbovertebralsyndrom feststellen, bei radiologisch mässiggradigen degenerativen Veränderungen und derzeit fehlender Bandscheibenproblematik. Seitens der koronaren Eingefässerkrankung habe sich die Leistungsfähigkeit des Exploranden seit dem Zeitpunkt der IV-Anmeldung im Juni 2003 weiter deutlich verbessert bzw. nachweislich vollständig normalisiert.

Aus den damit sowohl im Rahmen dieser Begutachtung als auch den von anderen festgestellten leichten Beeinträchtigungen seien folgende Auswirkungen auf die bisherige Tätigkeit ableitbar: Aufgrund des leichten Lumbovertebralsyndroms, das phasenweise mit akuten Rückenschmerzen einhergehe, seien körperlich leicht bis mittelgradig belastende Tätigkeiten grundsätzlich weiterhin zumutbar, unter Beachtung folgender qualitativer Einschränkungen: Kein repetitives Heben und Tragen von Gewichten über 15 kg, Zuhilfenahme von technischen Hilfsmitteln wie Hebebühne, Kran etc., um das Heben von schweren Gewichten zu umgehen und um die Arbeit möglichst rückergonomisch gestalten zu können. Dies sollte mit den vom Exploranden bereits getätigten Umstellungen in seinem Betrieb schon weitgehend realisiert sein. Dass er keine Getriebe mehr ausbauen und wechseln könne, sei medizinisch nachvollziehbar. Unter Berücksichtigung dieser qualitativen Einschränkungen sei die derzeitige Tätigkeit eines selbstständigen Automechanikers zeitlich ab 8 bis 9 Stunden pro Tag und an 5 Tagen pro Woche zumutbar,

mit einer leichten quantitativen Einschränkung der Leistungsfähigkeit von maximal 20 %. Diese erkläre sich aufgrund der Notwendigkeit der Zuhilfenahme technischer Hilfsmittel, was zu einem erhöhten zeitlichen Aufwand führen könne. Hinsichtlich der kardialen Problematik ergebe sich derzeit kein Anlass zu weitergehenden Behandlungsmassnahmen. Er sei diesbezüglich gut kompensiert und werde regelmässig kontrolliert. Von Seiten des Lumbovertebralsyndroms seien die therapeutischen Möglichkeiten hingegen keineswegs ausgeschöpft. Die muskulären Verkürzungen wie auch der ungenügende Trainingszustand der Hüftabduktoren rechts und der Abdominalmuskulatur liessen auf ein deutliches Verbesserungspotential durch ein gezieltes Muskelaufbautraining schliessen. Der Erfolg eines solchen Trainings könnte nach 1 bis 2 Jahren beurteilt werden. Bei Betrachtung des Längsschnitts der Entwicklung der Beeinträchtigungen sei davon auszugehen, dass eine medizinisch begründete Arbeitsunfähigkeit von 50 %, wie sie vom Hausarzt attestiert worden sei, gemäss den vorliegenden Akten seit Juni 2003 (Zeitpunkt der Normalisierung der kardiologischen Befunde) nicht mehr bestehe. Seither gelte das postulierte Leistungsprofil mit maximal 20%iger Leistungsminderung bei voller zeitlicher Belastbarkeit (IV-Nr. 52.1 S. 20 ff.).

5.2 Der behandelnde Kardiologe, Dr. med. C. \_\_\_\_, Kardiologie und Innere Medizin FMH, stellte in seinem Bericht vom 20. März 2007 die Diagnosen (mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit) «Koronare Eingefässerkrankung» und «chronisches, teilinvalidisierendes lumbovertebrales Schmerzsyndrom bei lumbaler Diskushernie und Beckenschiefstand» und hielt in Wesentlichen fest, die aktuelle Situation (5 bis 6 Stunden pro Tag in ruhigem Arbeitsrhythmus) sei unter Berücksichtigung der Gesamtsituation angemessen. Ein höheres Arbeitspensum würde sich kontraproduktiv auf die kardiale Prognose auswirken, da der Patient wieder in ein Risikoverhalten verfallen würde. Wegen der Rückenprobleme bestehe eine verminderte Leistungsfähigkeit. Im Gegensatz zur Einschätzung der MEDAS-Gutachter vom 9. (recte: 29.) November 2006 beurteile er die Arbeitsfähigkeit aus den erwähnten Gründen auf höchstens 50 %. Die MEDAS-Gutachter hätten zu wenig berücksichtigt, dass es sich bei der aktuellen Arbeitsfähigkeit um ein labiles Gleichgewicht handle (IV-Nr. 66 S. 4 ff.). Im Bericht vom 20. Juni 2007 hielt der behandelnde Kardiologe erneut fest, die Arbeitsfähigkeit als selbstständiger Garagist schätze er mit 50 % ein (IV-Nr. 66 S. 7).

5.3 Das Versicherungsgericht hielt in seinen Erwägungen im Urteil vom 24. Februar 2009 (VSBES.2007.393) u.a. Folgendes fest (IV-Nr. 87 S. 14 ff. E. 5d, 6, 7 und 11):

5.4 Das Bundesgericht hielt in seinem Urteil vom 25. September 2009 (9C\_290/2009) u.a. Folgendes fest (IV-Nr. 93 S. 3 ff. E. 3.1.2 ff.):

3.1.2 Gestützt auf das interdisziplinäre Gutachten der MEDAS Bern vom 29. November 2006, welches vom Beschwerdeführer inhaltlich nicht in Frage gestellt wird, hat die Vorinstanz festgestellt, es sei für den Zeitpunkt des Erlasses sowohl der ursprünglichen als auch der angefochtenen Verfügung von einer vollen Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit und für leidensadaptierte Tätigkeiten bei einer maximalen Leistungseinschränkung von 20 % auszugehen. Diese Feststellung ist ■ auch wenn laut MEDAS-Gutachten die Leistungseinschränkung nur mit der Notwendigkeit der Zuhilfenahme technischer Hilfsmittel begründet ist und nicht für leidensadaptierte Tätigkeiten gilt ■ weder offensichtlich unrichtig, noch beruht sie auf einer Rechtsverletzung im Sinne von Art. 95 BGG, weshalb sie für das Bundesgericht verbindlich ist (E. 1). Eine wesentliche Änderung des Gesundheitszustandes seit der

ursprünglichen Rentenzusprache ist damit aufgrund der verbindlichen vorinstanzlichen Sachverhaltsfeststellung auszuschliessen. ( ).

3.1.4 ( ). Mit dem Erlass der auf ungenügenden Grundlagen beruhenden Rentenverfügung vom 15. Dezember 2004 hat die Verwaltung nebst dem Untersuchungsgrundsatz auch den Grundsatz «Eingliederung vor Rente» ( ) klar verletzt (...). Die Verfügung ist daher zweifellos unrichtig. ( ).

3.3.2 Nach nicht offensichtlich unrichtiger und daher für das Bundesgericht verbindlicher vorinstanzlicher Feststellung (E. 1) ist der Betrieb des Beschwerdeführers ■ welcher keine Mitarbeiter beschäftigt ■ seit Jahren und vorwiegend aus wirtschaftlichen Gründen offenkundig nicht existenzsichernd. Dies spreche für die Zumutbarkeit der Betriebsaufgabe, weil sich dadurch ein rentenausschliessendes Einkommen aus einer anderen zumutbaren Tätigkeit erreichen lasse. Auch angesichts der bei Erlass der angefochtenen Verfügung noch verbleibenden 13 aktiven Berufsjahre erscheine dies nicht unverhältnismässig. (...).

3.3.4 Ist die Aufgabe der bisherigen Tätigkeit zumutbar, lässt sich das Invalideneinkommen nicht durch Prozentvergleich (...), sondern nur unter Anwendung statistischer Tabellenlöhne festlegen. Die Vorinstanz hat dazu die Schweizerische Lohnstrukturerhebung des Bundesamtes für Statistik (LSE) herangezogen. Angesichts der Ausbildung und Berufserfahrung des Beschwerdeführers hat sie auf das Anforderungsniveau 3 abgestellt und den von der Verwaltung vorgenommenen Abzug von 10 % belassen. Ob dadurch Bundesrecht verletzt wurde, kann offen bleiben. Denn selbst wenn zu Gunsten des Versicherten das Anforderungsniveau 4 sowie ein Abzug von 10 % berücksichtigt werden, ergibt sich ein Invalideneinkommen von mindestens Fr. 42'622.- ( ). Damit beträgt der Invaliditätsgrad höchstens 28 %, was eine Rente ausschliesst (Art. 28 IVG). Die Beschwerde ist unbegründet.

6. Am 7. Mai 2018 liess der Beschwerdeführer ein Neuanmeldungs-gesuch einreichen. Dieses wurde damit begründet, am 6. Dezember 2016 sei eine Bypass-Operation durchgeführt worden. Seither persistierten insbesondere Beschwerden im Brustbereich und eine erheblich reduzierte Leistungsfähigkeit (IV-Nr. 94). Der medizinische Sachverhalt präsentiert sich wie folgt:

6.1 Aus dem Kurzaustrittsbericht des D.\_\_\_\_, Universitätsklinik für Herz- und Gefässchirurgie, vom 12. Dezember 2016 über die Hospitalisation des Beschwerdeführers vom 5. bis 13. Dezember 2016 gehen die Diagnosen «1. Koronare Dreifässkrankheit» sowie «2. Postoperative Blutungsanämie» hervor. Zum Verlauf wurde angegeben, postoperativ sei der Patient für einen Tag intensivmedizinisch versorgt worden. Der weitere postoperative Verlauf habe sich komplikationslos gestaltet. Der Patient sei kreislaufstabil und kardiopulmonal kompensiert, es sei zu keinen myokardialen und cerebralen Ischämien gekommen. Das Kalium sei auf hochnormale Werte eingestellt worden. Es seien keinerlei kreislaufrelevante Rhythmusstörungen aufgetreten. Die Mobilisation unter physiotherapeutischer Anleitung sei problemlos gelungen. Bei Austritt seien die Wundverhältnisse trocken und reizlos und das Sternum stabil gewesen. Der Patient habe in gutem Allgemeinzustand nach Hause entlassen werden können (IV-Nr. 97 S. 2 f.; vgl. Austrittsbericht des D.\_\_\_\_ vom 14. Dezember 2016, IV-Nr. 109 S. 7 ff.).

6.2 Aus dem Bericht der C.\_\_\_\_ (Dr. med. E.\_\_\_\_, Kardiologie FMH, Innere Medizin FMH) vom 25. Oktober 2017 gehen die Diagnosen «Koronare Zweifässkrankung»,

«Leichte Mitralinsuffizienz ohne Prolaps», «Chronisches lumbovertebrales Schmerzsyndrom bei lumbaler Diskushernie und Beckenschiefstand» sowie «Insignifikante Transaminasen-Erhöhung unter Pravastatin» hervor. Im Weiteren wurde dargelegt, die Thoraxschmerzen imponierten nun auch klinisch nicht mehr als Angina pectoris. Nachdem radiologisch auch eine Sternum-Pseudarthrose habe ausgeschlossen werden können, sei von einer Rekoronarographie abzusehen. Falls die Schmerzen zunähmen, könnte allenfalls eine Entfernung der beiden proximalen Cerklages in Erwägung gezogen werden.

Zur Anamnese wurde angegeben, beim Heben mit Hebelwirkung (z.B. Ausbau einer Porsche-Batterie oder Ersatz von Runflat-Pneus bei BMW) leide der Patient unter Schmerzen im Bereich der proximalen Sternotomienarbe. Der Rippen thorax habe ein konsolidiertes Sternum und intakte Zerklaschen gezeigt. Medikamente nehme der Patient zuverlässig und regelmässig ein, welche er auch gut vertrage. Der Patient arbeite zu ca. 60 % in der eigenen Garage. Er wolle noch zwei Jahre arbeiten und sich dann vorzeitig pensionieren lassen. Es bestehe keine Angina pectoris. Die beschriebenen Thoraxschmerzen seien erträglich und vor dem Hintergrund des guten Röntgenbefundes machten sie dem Patienten auch keine Angst mehr (IV-Nr. 101 S. 6 f.).

6.3 Gemäss dem Bericht des Hausarztes Dr. med. F.\_\_\_\_, Facharzt Allgemeinmedizin FMH, vom 8. August 2018 leidet der Patient an prästernalen Schmerzen bei mechanischer Beanspruchung während der Arbeit. Es wurde folgende Diagnose angegeben: «Poststernotomie-Syndrom bei Status nach 4-facher koronarer Bypass-OP am 16.12.2016 (D.\_\_\_\_)». Die Frage, ob sich der Gesundheitszustand seit der Verfügung der IV-Stelle vom 11. Oktober 2017 (recte: 2007) verändert habe, beantwortete der Hausarzt dahingehend, durch die Herzoperation im Dezember 2016 hätten sich die Schmerzen über dem Brustbein bei mechanischer Belastung deutlich verstärkt. Der Patient könne daher gewisse Arbeiten (selbstständiger Garagist) nicht mehr selber ausführen. Bei körperlich anspruchsvollen Tätigkeiten (Garagist) betrage die Arbeitsfähigkeit des Patienten 50 % (IV-Nr. 101 S. 3).

6.4 Dr. med. F.\_\_\_\_ hielt in seinem Bericht zu Händen der Beschwerdegegnerin vom 26. Oktober 2018 fest, er behandle den Patienten seit dem Jahr 1990. Die Kontrollen fänden bei ihm ca. alle 3 bis 6 Monate statt, beim Kardiologen Dr. med. E.\_\_\_\_ ungefähr einmal im Jahr. In der Tätigkeit als Garagist sei der Patient vom 5. Dezember 2016 bis 23. März 2017 vollständig arbeitsunfähig gewesen. Seit dem 24. März 2017 bestehe eine Arbeitsunfähigkeit von 50 % bis auf weiteres. Zur aktuellen medizinischen Situation und Symptomatik hielt der Hausarzt fest, es bestünden persistierende prästernale Schmerzen sowie persistierende lumbale Rückenschmerzen. Daraus resultiere eine Einschränkung der körperlichen Leistungsfähigkeit aufgrund der Schmerzen und der Anstrengungsdyspnoe bei körperlich belastenden Tätigkeiten. Als objektive Befunde wurden eine Druckdolenz über dem Sternum im Bereich der Sternotomie sowie eine weitere Druckdolenz im Bereich der linken Hüfte (v.a. über dem Trochanter) angegeben. Die Diagnosen (mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit) lauteten auf «Koronare Herzkrankheit ca. 2002», «Bypass-Operation 2016» und «Rezidivierendes lumbo-vertebral-Syndrom seit ca.1990». Es bestehe eine bleibende Arbeitsunfähigkeit von 50 %. Die medikamentöse Therapie sei gleich weiterzuführen und es seien regelmässige jährliche kardiologische Kontrollen durchzuführen. Eine Operation sei nicht vorgesehen. Körperlich strenge Arbeit (z.B. Pneuwechsel) und andere schwerere körperliche Arbeiten könne er nicht mehr selbstständig ausführen. Es bestehe eine Einschränkung der Beweglichkeit im Brustbereich nach Sternotomie und im Wirbelsäulenbereich lumbal wegen degenerativen Veränderungen und

Diskopathien. Die bisherige Tätigkeit sei während 4 Stunden pro Tag zuzumuten. Eine dem Leiden angepasste Tätigkeit sei während 8 Stunden pro Tag zumutbar. Die Prognose für die Eingliederung sei schlecht. Die selbstständige Tätigkeit seit vielen Jahren sowie der Umstand, dass der Patient in 2 Jahren pensioniert werde, stünden einer Eingliederung im Weg (IV-Nr. 109 S. 1 ff.).

6.5 In seinem Bericht vom 27. Oktober 2018 attestierte Dr. med. E. \_\_\_ eine medizinisch begründete Arbeitsunfähigkeit von 50 % seit dem 16. Dezember 2016. Der Gesundheitszustand verschlechtere sich langsam. Medizinische Massnahmen zur Verbesserung der Arbeitsfähigkeit seien nicht angezeigt. Auch berufliche Massnahmen seien nicht angezeigt, da der Patient in 2 Jahren pensioniert werde. Eine ergänzende medizinische Abklärung sei nicht erforderlich. Die letzte Untersuchung habe bei ihm am 25. Oktober 2017 stattgefunden. Zur Anamnese wurde noch angegeben, der Rippenhohlraum habe ein konsolidiertes Sternum und intakte Cerclagen gezeigt. Der Patient nehme die Medikamente zuverlässig und regelmässig ein und er vertrage sie auch gut. Er arbeite ca. 50 % in der eigenen Garage. Er habe keine typische Angina pectoris und es bestünden keine Synkopen. Zur Auswirkung der gesundheitlichen Störung bei der bisherigen Tätigkeit wurde unter dem Titel «Beiblatt zu Arztbericht» vermerkt, beim Heben mit Hebelwirkung (zum Beispiel Ausbau einer Porsche-Batterie oder Ersatz von Runflat-Pneus bei BMW) bestünden Schmerzen im Bereich der proximalen Sternotomienarbe sowie chronische Rückenschmerzen. Diese Beschwerden verschlimmerten sich und beeinträchtigten die Arbeitsfähigkeit immer mehr, umso mehr als der Patient einen Einmannbetrieb führe, die schweren Arbeiten selber verrichte und diese nicht einfach delegieren könne. Dazu komme, dass der Zeitdruck (Erwartung der Kunden) immer grösser werde. Die bisherige Tätigkeit sei nicht mehr zumutbar. Die Arbeitsfähigkeit am bisherigen Arbeitsplatz könne nicht verbessert werden. Auch andere Tätigkeiten seien dem Patienten nicht zuzumuten. Der Patient werde in 2 Jahren pensioniert, sodass eine Umschulung auf eine andere Tätigkeit sinnlos sei (IV-Nr. 108).

6.6 RAD-Ärztin Dr. med. G. \_\_\_, Fachärztin für Arbeitsmedizin, hielt in ihrer Stellungnahme vom 24. Januar 2019 im Wesentlichen fest, zu vergleichen sei der Verlauf der gesundheitlichen Situation seit der Medas-Begutachtung im Jahr 2006. In diesem Gutachten sei im Rahmen des chronischen lumbovertebralen Syndroms eine leichte Beeinträchtigung der körperlichen Belastbarkeit festgestellt worden. Die kardiale Situation habe sich seit der ersten IV-Anmeldung im Jahr 2003 weiter deutlich verbessert. Die Herzleistung sei nachweislich wieder vollständig normalisiert. Die Arbeitsfähigkeit sei mit 80 % im angestammten Tätigkeitsbereich eingeschätzt worden. Im Verlauf sei es nun zu einer Progredienz der koronaren Herzerkrankung mit Zunahme der Beschwerden (Schmerzen in der Brust, Atemnot) bei körperlicher Belastung gekommen. Wegen eines Verschlusses innerhalb der bereits bestehenden Stents habe im Dezember 2016 eine Vierfach-Bypass-Operation durchgeführt werden müssen. Nach der üblichen Rehabilitationszeit von 3 Monaten, während der eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit ausgewiesen sei, habe der Versicherte seine angestammte Tätigkeit in der Garage mit einem Pensum von 50 % wieder aufnehmen können. Im weiteren Verlauf sei jedoch keine Steigerung des Pensums möglich gewesen. Dies begründe sich durch persistierende Schmerzen im Sternotomiebereich, welche bei körperlich belastenden Tätigkeiten aufträten (Heben/Tragen, aber auch Arbeiten in Zwangshaltungen). Der aktuelle kardiologische Untersuchungsbericht vom Oktober 2018 bestätige zusätzlich die kardiologisch bedingte

verminderte Belastbarkeit (in der Ergometrie könnten nur 65 % der Sollleistung erreicht werden, dabei bestünden ein starker Blutdruckanstieg sowie eine Anstrengungsdyspnoe).

Im Weiteren hielt die RAD-Ärztin fest, die Verschlechterung der gesundheitlichen Situation sei seit Dezember 2016 ausgewiesen. Die Verschlechterung sei anhaltend, da der Versicherte seine Arbeitsfähigkeit auch mit Wiederaufnahme seiner Arbeit im März 2017 medizinisch nachvollziehbar nicht auf die ursprüngliche Leistungsfähigkeit von 80 % habe steigern können. Seit dem 24. März 2017 bestehe in der angestammten Tätigkeit als selbstständiger Garagist eine 50%ige Arbeitsfähigkeit. In einer angepassten Tätigkeit ohne Heben, Tragen und Bewegen schwerer Lasten bestehe seit dem 24. März 2017 eine volle Arbeitsfähigkeit. Weitere medizinische Abklärungen seien nicht angezeigt (IV-Nr. 116).

## **E. 7.1**

7.1.1 Die Beschwerdegegnerin lehnte den Anspruch des Beschwerdeführers auf eine Invalidenrente sowie berufliche Eingliederungsmassnahmen mit Verfügung vom 25. September 2019 im Wesentlichen mit der Begründung ab, gemäss den medizinischen Abklärungen sei der Beschwerdeführer in seiner angestammten Tätigkeit als selbstständiger Garagist vom 5. Dezember 2016 bis 23. März 2017 arbeitsunfähig gewesen. Seit dem 24. März 2017 sei ihm wieder eine 50%ige Arbeitsfähigkeit zuzumuten. In einer angepassten Tätigkeit (Arbeiten ohne Heben, Tragen und Bewegen schwerer Lasten) bestehe seit dem 24. März 2017 eine 100%ige Arbeitsfähigkeit. Der Beschwerdeführer sei bei der Suche eines geeigneten Arbeitsplatzes nicht auf eine IV-spezifische Unterstützung angewiesen. Ohnehin sei er nicht bereit, seinen Betrieb aufzugeben. Das Versicherungsgericht habe festgestellt, dass der Betrieb des Beschwerdeführers seit Jahren und vorwiegend aus wirtschaftlichen Gründen offenkundig nicht existenzsichernd gewesen sei, was für die Zumutbarkeit der Betriebsaufgabe sprechen würde, weil sich dadurch ein rentenausschliessendes Einkommen aus einer anderen zumutbaren Tätigkeit erreichen lasse. Das Gericht habe zudem befunden, dass auch angesichts der noch verbleibenden 13 aktiven Berufsjahre die Betriebsaufgabe nicht unverhältnismässig erscheine. Trotz der Empfehlung des Gerichts, die in der angefochtenen Verfügung angebotene Stellenvermittlung anzunehmen, habe er es vorgezogen, weiter in seinem Betrieb tätig zu sein und sich mit einem tiefen Einkommen zu begnügen. Die seit dem Jahr 2007 zumutbare Verwertung seiner Restarbeitsfähigkeit in einer unselbstständigen Erwerbstätigkeit sei aus IV-fremden Gründen unterblieben. In Anbetracht dessen könne mehr als 10 Jahre später nicht postuliert werden, die Betriebsaufgabe bzw. der Wechsel von einer selbstständigen zu einer unselbstständigen Erwerbstätigkeit sei aufgrund des fortgeschrittenen Alters nicht zumutbar. Körperlich leichte Tätigkeiten seien ganztags zumutbar. Die volle Arbeitsfähigkeit in einer angepassten unselbstständigen Erwerbstätigkeit könne auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt verwertet werden (IV-Nr. 122; Aktenseiten [A.S.] 1 ff.).

7.1.2 Der Beschwerdeführer lässt demgegenüber geltend machen, die angefochtene Verfügung vom 25. September 2019 sei aufzuheben. Es sei ihm eine Invalidenrente nach Massgabe eines Invaliditätsgrades von mindestens 40 % zuzusprechen, eventualiter sei die Beschwerdesache zu weiteren Abklärungen medizinischer Art und betreffend die Frage der Zumutbarkeit einer Betriebsaufgabe an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. Zur Begründung wird im Wesentlichen vorgebracht, die RAD-Stellungnahme vom 24. Januar 2019 habe keinen Beweiswert. Einen solchen hätte sie nur bei einem an sich feststehenden medizinischen Sachverhalt. Davon könne jedoch zumindest bezüglich des Rückenleidens aber auch in Bezug auf die Thoraxschmerzen keine Rede sein. Es wäre somit zumindest

eine rheumatologische Befunderhebung und Einschätzung erforderlich. Im Übrigen handle es sich bei der RAD-Ärztin um eine Allgemeinmedizinerin mit einem Weiterbildungstitel in Arbeitsmedizin. Sie sei weder Kardiologin noch Rheumatologin. Sie habe den Beschwerdeführer auch nicht persönlich untersucht. Aus den Vorberichten lasse sich ihre Einschätzung nicht ableiten. Der Kardiologe Dr. med. E. \_\_\_ habe in seinem Bericht vom 27. Oktober 2018 ausgeführt, sowohl die Tätigkeit als Garagist als auch andere Tätigkeiten seien nicht mehr zumutbar. Auch werde angegeben, die Einschätzungen beruhten auf der Untersuchung vom 25. Oktober 2017, wobei sich der Gesundheitszustand langsam verschlechternd zeige. Der Bericht von Dr. med. E. \_\_\_ sei somit nicht mehr genügend aktuell. Es sei rätselhaft, weshalb der Beschwerdeführer ab dem 23. (recte 24.) März 2017 eine volle Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit erreicht haben soll. Mangels der behaupteten zeitlichen Erfahrungswerte von 3 Monaten habe eine individuell-konkrete Beurteilung zu erfolgen. Bis zum Eintritt der gesundheitlichen Verschlechterung im Dezember 2016 habe der Beschwerdeführer eine zumutbare Tätigkeit ausgeübt und das Beibehalten dieser Tätigkeit stelle keine Verletzung der Schadenminderungspflicht dar. Somit hätte die Beschwerdegegnerin in der angefochtenen Verfügung prüfen müssen, ob es dem Beschwerdeführer zuzumuten sei, eine andere Tätigkeit als diejenige eines selbstständigen Garagisten auszuüben bzw. den Betrieb aufzugeben. Dies sei zu verneinen. Im Verfügungszeitpunkt sei der Beschwerdeführer ungefähr 1 Jahr vor Erreichen des ordentlichen AHV-Rentenalters gestanden und es stehe die Aufgabe eines Betriebs zur Beurteilung, den der Beschwerdeführer praktisch sein ganzes Erwerbsleben lang, nämlich seit dem Jahr 1985, geführt habe. Selbst wenn der Beschwerdeführer angestellter Garagist wäre, müsste auf eine volle Invalidität geschlossen werden. Im Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung sei der Beschwerdeführer kurz vor Erreichen seines 62. (recte: 64.) Altersjahres gewesen. Damit sei offensichtlich, dass er nach allgemeiner Lebenserfahrung in einem als ausgeglichen unterstellten Arbeitsmarkt nicht mehr als vermittelbar gelten könne (A.S. 8 ff.).

Mit Replik vom 30. März 2020 weist der Beschwerdeführer darauf hin, der Bericht des behandelnden Kardiologen Dr. med. C. \_\_\_ vom 27. Oktober 2018 (IV-Nr. 108) sei zumindest unklar, weshalb eine Nachfrage erforderlich gewesen wäre. Zudem wäre eine allfällige Restarbeitsfähigkeit ohne berufliche Eingliederungsmassnahme nicht verwertbar (A.S. 33 f.). Anlässlich der öffentlichen Verhandlung vom 1. Juni 2021 lässt der Beschwerdeführer seine Einwände erneuern und den Beweisantrag stellen, es sei bei Dr. med. C. \_\_\_ eine Stellungnahme zu dessen Arztbericht vom 27. Oktober 2018 (IV-Nr. 108) einzuholen (vgl. Protokoll vom 1. Juni 2021, A.S. 45 ff.). Darauf wird im Folgenden noch einzugehen sein.

## **E. 7.2**

7.2.1 Der Beschwerdeführer bestreitet die von der Beschwerdegegnerin in der vorliegend angefochtenen Verfügung vom 25. September 2019 aufgrund ihrer medizinischen Abklärungen festgestellte Arbeitsfähigkeit ab 24. März 2017 von 50 % in der bisherigen Tätigkeit als selbstständiger Garagist und von 100 % in einer angepassten Verweistätigkeit (Arbeiten ohne Heben, Tragen und Bewegen von schweren Lasten; IV-Nr. 122 bzw. A.S. 1 ff.). Die Beschwerdegegnerin stütze sich primär auf die oben wiedergegebene Beurteilung der RAD-Ärztin Dr. med. G. \_\_\_, Fachärztin für Arbeitsmedizin, in ihrer Stellungnahme vom 24. Januar 2019 (vgl. E. II. 6.6 hiervor). Der Beschwerdeführer macht geltend, dieser Stellungnahme komme kein Beweiswert zu (vgl. Beschwerde, S. 5 f. Ziff. 7). Dazu ist

Folgendes festzuhalten:

7.2.2 Gemäss Art. 59 Abs. 2bisIVG stehen die regionalen ärztlichen Dienste den IV-Stellen zur Beurteilung der medizinischen Voraussetzungen des Leistungsanspruchs zur Verfügung. Sie setzen die für die Invalidenversicherung nach Art. 6 ATSG massgebende funktionelle Leistungsfähigkeit der Versicherten fest, eine zumutbare Erwerbstätigkeit oder Tätigkeit im Aufgabenbereich auszuüben. Sie sind in ihrem medizinischen Sachentscheid im Einzelfall unabhängig. Nach Art. 49 IVV beurteilen die regionalen ärztlichen Dienste 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, deren Ergebnisse sie schriftlich festhalten (Abs. 2). Der Beweiswert von RAD-Berichten, die auf einer selbst durchgeführten Untersuchung basieren (Art. 49 Abs. 2 IVV), ist mit jenem externer medizinischen Sachverständigengutachten vergleichbar, sofern sie den praxismässigen Anforderungen an ein ärztliches Gutachten genügen und der Arzt oder die Ärztin über die notwendigen fachlichen Qualifikationen verfügt. Auf das Ergebnis bloss versicherungsinterner ärztlicher Abklärungen kann nicht abgestellt werden, wenn auch nur geringe Zweifel an ihrer Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit bestehen (Urteile des Bundesgerichts 9C\_182/2020 vom 17. September 2020 E. 3 und 8C\_839/2016 vom 12. April 2017 E. 3.2, je mit Hinweisen).

Führt der RAD-Arzt bzw. die RAD-Ärztin selber keine persönliche Untersuchung der versicherten Person durch, handelt es sich bei den entsprechenden Ausführungen nicht um eine Stellungnahme im Sinne von Art. 49 Abs. 2 IVV. Wurden keine medizinischen Befunde erhoben, sondern die vorhandenen Befunde von einem praktischen Arzt bzw. einer praktischen Ärztin ohne fachärztliche Spezialisierung gewürdigt, liegt eine Empfehlung zur weiteren Bearbeitung des Leistungsbegehrens aus medizinischer Sicht im Sinne von Art. 59 Abs. 2bisIVG und Art. 49 Abs. 1 IVV vor. Die RAD-Berichte vermögen lediglich dazu Stellung zu nehmen, ob der einen oder anderen Ansicht zu folgen oder aber eine zusätzliche Untersuchung vorzunehmen sei. Soll ein Versicherungsfall jedoch ohne Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden, so sind an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 145 V 97 E. 8.5 S. 105 und 142 V 58 E. 5.1 S. 64 f., je mit Hinweisen).

7.2.3 Die RAD-Ärztin Dr. med. G.\_\_\_\_, Fachärztin für Arbeitsmedizin, begründete ihre Schlussfolgerung in ihrer Stellungnahme vom 24. Januar 2019 auf der Basis der vorliegenden medizinischen Unterlagen (vgl. IV-Nr. 116 S. 1 f.), insbesondere des interdisziplinären B.\_\_\_\_-Gutachtens vom 29. November 2006 (IV-Nr. 52.1; vgl. E. II. 5.1 hiervor), des Berichts des Hausarztes Dr. med. F.\_\_\_\_ vom 26. Oktober 2018 (IV-Nr. 109 S. 1 ff.; vgl. E. II. 6.4 hiervor) und des fachärztlichen Berichts des Kardiologen Dr. med. E.\_\_\_\_ vom 27. Oktober 2018 (IV-Nr. 108; vgl. E. II. 6.5 hiervor). Eine persönliche Untersuchung des Beschwerdeführers durch die RAD-Ärztin fand nach dem operativen Eingriff vom 6. Dezember 2016 unbestrittenermassen nicht statt. Ihre Einschätzung beruht ausschliesslich auf einer Beurteilung der Aktenlage. Medizinische Befunde wurden von ihr nicht erhoben, sondern die bereits vorhandenen Befunde wurden von ihr gewürdigt. Bei ihren Ausführungen handelt es sich somit nicht um eine Stellungnahme im Sinne von

Art. 49 Abs. 2 IVV, sondern um eine Empfehlung zur weiteren Bearbeitung des Leistungsbegehrens aus medizinischer Sicht im Sinne von Art. 49 Abs. 1 IVV. Der RAD-Bericht vom 24. Januar 2019 vermag lediglich dazu Stellung zu nehmen, ob der einen oder anderen Ansicht zu folgen oder aber eine zusätzliche Untersuchung vorzunehmen sei. Wie erwähnt, sind bei dieser Ausgangslage strenge Anforderungen an die Beweiswürdigung zu stellen. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (vgl. E. II. 7.2.2 hiervor). Im Folgenden ist zu prüfen, ob für den Beschwerdeführer aufgrund der Bypass-Operation vom 6. Dezember 2016 gegenüber seinem Gesundheitszustand im Oktober 2007 eine relevante gesundheitliche Verschlechterung eingetreten ist.

7.3 Die D.\_\_\_\_-Gutachter diagnostizierten im Rahmen ihrer interdisziplinären Begutachtung vom 30. Oktober und 7. November 2006 ein chronisch-rezidivierendes Lumbovertebral-Syndrom, aktuell ohne radikuläre Symptomatik, bei radiologisch nachweisbaren mässiggradigen degenerativen Veränderungen (M54.1) sowie eine gut kompensierte koronare Herzkrankheit mit normalem Belastungs-EKG bei Status nach nicht transmuralen Myokardinfarkt mit PTCA und Stent-Einlage am 26. Juli 2002 und erneuter Stent-Einlage am 27. Januar 2003 und hielten zur Arbeitsfähigkeit fest, unter Berücksichtigung der qualitativen Einschränkungen sei die derzeitige Tätigkeit eines selbstständigen Automechanikers zeitlich während 8 bis 9 Stunden pro Tag und an 5 Tagen pro Woche zumutbar, mit einer leichten quantitativen Einschränkung der Leistungsfähigkeit von maximal 20 %. Diese erkläre sich aufgrund der Notwendigkeit der Zuhilfenahme technischer Hilfsmittel, was zu einem erhöhten zeitlichen Aufwand führen könne. Die Frage, in welchem zeitlichem Rahmen eine angepasste Verweistätigkeit noch zumutbar wäre, wurde von den Gutachtern nicht beantwortet, da die bisherige selbstständige Tätigkeit bestmöglich angepasst sei (Gutachten vom 29. November 2006, IV-Nr. 52.1 S. 22 f.). Zum Gutachten nahm der behandelnde Kardiologe Dr. med. C.\_\_\_\_ am 20. März und 20. Juni 2007 dahingehend Stellung, er beurteile die Arbeitsfähigkeit als selbstständiger Garagist im Gegensatz zur Einschätzung der MEDAS-Gutachter auf höchstens 50 % (IV-Nr. 66 S. 4 und 7; vgl. E. II. 5.2 hiervor). Die Beschwerdegegnerin stellte gestützt auf des D.\_\_\_\_-Gutachten mit Verfügung vom 11. Oktober 2007 fest, dem Beschwerdeführer sei die bisherige Tätigkeit als selbstständiger Garagist zu 80 % und eine angepasste Verweistätigkeit medizinisch-theoretisch in einem 80%-Pensum zumutbar (IV-Nr. 71 S. 1 f.). Das Versicherungsgericht kam in seinem Urteil vom 24. Februar 2009 (VSBES.2007.393) zum Schluss, es sei im Zeitpunkt der Verfügung vom 11. Oktober 2007 von einer vollen Arbeitsfähigkeit für die angestammte Tätigkeit wie auch für leidensadaptierte Tätigkeiten mit einer maximalen Leistungseinschränkung von je 20 % auszugehen (IV-Nr. 87 S. 16; vgl. E. II. 5.3 hiervor). Diese Einschätzung wurde vom Bundesgericht mit Urteil vom 25. September 2009 (9C\_290/2009) bestätigt (IV-Nr. 93 S. 3 f.; vgl. E. II. 5.4 hiervor).

Demgegenüber wurde im Austrittsbericht des D.\_\_\_\_ vom 14. Dezember 2016 (stationärer Aufenthalt vom 5. bis 13. Dezember 2016) dargelegt, der postoperative Verlauf der am 6. Dezember 2016 durchgeführten Operation (vierfache aorto-koronare Revaskularisation) habe sich komplikationslos gestaltet. Der Patient sei kreislaufstabil und kardiopulmonal kompensiert und es sei zu keinen myokardialen und cerebralen Ischämien gekommen. Es seien keinerlei kreislaufrelevante Rhythmusstörungen aufgetreten. Bei Austritt seien die

Wundverhältnisse trocken und reizlos und das Sternum sei stabil (IV-Nr. 109 S. 7 f.; vgl. auch Kurzaustrittsbericht vom 12. Dezember 2016, IV-Nr. 97 S. 2 f.; E. II. 6.1 hiervor). Wegen persistierender prästernaler Schmerzen wurden am 16. Mai 2017 Röntgenbilder des Sternums angefertigt, wobei sich ein bekannter Status nach Bypass-Operation zeigte. Es bestünden fünf intakte Sternalcerclagen und es sei kein Anhalt für eine sternale Dehiszenz festzustellen (IV-Nr. 101 S. 8). Der Kardiologe Dr. med. E.\_\_\_\_ stellte in seinem Bericht vom 25. Oktober 2017 fest, die Thoraxschmerzen imponierten nun auch klinisch nicht mehr als Angina pectoris und ■ nachdem radiologisch auch eine Sternum-Pseudarthrose habe ausgeschlossen werden können ■ dürfe von einer Rekoronarographie abgesehen werden. Die beschriebenen Thoraxschmerzen seien vom Beschwerdeführer als erträglich bezeichnet worden und vor dem Hintergrund des guten Röntgenbefundes machten sie ihm auch keine Angst mehr (IV-Nr. 101 S. 6 f.; E. II. 6.2 hiervor). Im vorliegend jüngsten fachärztlichen Bericht vom 27. Oktober 2018 gab Dr. med. E.\_\_\_\_ an, es bestehe eine medizinisch begründete Arbeitsunfähigkeit von 50 % seit dem 16. Dezember 2016. Der Gesundheitszustand verschlechtere sich langsam. Dabei vermerkte der behandelnde Kardiologe, die letzte Untersuchung bei ihm habe am 25. Oktober 2017 stattgefunden. Medizinische Massnahmen zur Verbesserung der Arbeitsfähigkeit seien nicht angezeigt. Auf dem Beiblatt zum Arztbericht hielt Dr. med. C.\_\_\_\_ sodann fest, beim Heben mit Hebelwirkung (z.B. Ausbau einer Porsche-Batterie oder Ersatz von «Runflat»-Pneus bei BMW-Fahrzeugen) bestünden Schmerzen im Bereich der proximalen Sternotomienarbe sowie chronische Rückenschmerzen. Diese Beschwerden verschlimmerten sich und beeinträchtigten die Arbeitsfähigkeit immer mehr, umsomehr als der Patient einen Einmannbetrieb habe, die schweren Arbeiten selber verrichte und diese nicht einfach delegieren könne. Dazu komme, dass der Zeitdruck (Erwartung der Kunden) immer grösser werde. Der behandelnde Kardiologe gab an, die bisherige Tätigkeit sei nicht mehr zuzumuten und auch andere Tätigkeit seien nicht zumutbar. Auf die Frage «Wenn keine andere Tätigkeit zumutbar ist, wie lässt sich dies begründen?» antwortete Dr. med. C.\_\_\_\_ wie folgt: «Herr A.\_\_\_\_ wird in 2 Jahren pensioniert, sodass eine Umschulung auf eine andere Tätigkeit sinnlos ist» (IV-Nr. 108 S. 3; vgl. E. II. 6.5 hiervor).

Die vorerwähnten fachärztlichen Angaben von Dr. med. C.\_\_\_\_ vom 27. Oktober 2018 können in Übereinstimmung mit der Auffassung der Beschwerdegegnerin bzw. der RAD-Ärztin nur in dem Sinne verstanden werden, dass der behandelnde Kardiologe die Unzumutbarkeit einer leidensangepassten Tätigkeit ausschliesslich mit dem Alter des Beschwerdeführers bzw. dessen bevorstehender Pensionierung begründete. Die gesundheitliche Situation des Beschwerdeführers infolge der Bypass-Operation vom 6. Dezember 2016 hat sich insofern verschlechtert, als er seine bisherige Tätigkeit als selbstständig erwerbender Garagist nach der Wiederaufnahme der Arbeit im März 2017 mit einem Pensum von 50 % nicht mehr auf die ursprüngliche Arbeits- bzw. Leistungsfähigkeit von 80 % steigern kann. Wenn der Beschwerdeführer beim Heben mit Hebelwirkung (zum Beispiel Ausbau einer Porsche-Batterie, Ersatz von Runflat-Pneu bei BMW) Schmerzen im Bereich der proximalen Sternotomienarbe sowie chronische Rückenschmerzen hat, dann begründet dies eine Arbeitsunfähigkeit in der Tätigkeit als Garagist, bei welcher sich solche Arbeiten nicht vermeiden lassen, jedoch nicht in körperlich leichten, wechselbelastenden Arbeiten. Für solche, seinen Leiden adaptierte Tätigkeiten kann aufgrund der fachärztlichen Angaben von Dr. med. C.\_\_\_\_ infolge der Bypass-Operation vom 6. Dezember 2016 nicht von einer relevanten Verschlechterung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit ausgegangen werden, da hierfür keine Hinweise bestehen. Der behandelnde Kardiologe attestierte in

seinem Bericht vom 27. Oktober 2018 eine medizinisch begründete Arbeitsunfähigkeit von 50 % in der bisherigen, körperlich belastenden Tätigkeit als selbstständig erwerbender Garagist (IV-Nr. 108 S. 1), weshalb von einer wesentlich höheren Arbeits- und Leistungsfähigkeit in einer adaptierten Verweistätigkeit auszugehen ist. Dafür spricht auch der Umstand, dass die von Dr. med. C.\_\_\_\_ erwähnte Umschulung auf eine andere Tätigkeit, welche eine hohe Arbeits- und Leistungsfähigkeit voraussetzt, ausschliesslich wegen der bevorstehenden Pensionierung des Beschwerdeführers als sinnlos angesehen wurde. Dass eine Umschulung (auch) aus medizinischen Gründen sinnlos bzw. unzumutbar wäre, wird vom behandelnden Kardiologen nicht gesagt. Anlässlich der kardiologischen Untersuchung vom 25. Oktober 2017 wurde von Dr. med. C.\_\_\_\_ festgestellt, die Thoraxschmerzen imponierten nun auch klinisch nicht mehr als Angina pectoris, die beschriebenen Thoraxschmerzen seien erträglich und vor dem Hintergrund des guten Röntgenbefundes machten sie dem Beschwerdeführer keine Angst mehr; radiologisch habe eine Sternum-Pseudarthrose ausgeschlossen werden können (vgl. E. II. 6.2 hiavor). Die vorliegend jüngste Beurteilung von Dr. med. C.\_\_\_\_ vom 27. Oktober 2018 beruht auf diesen Untersuchungsergebnissen und es besteht kein Anhaltspunkt, dass sich diesbezüglich etwas geändert hätte, zumal der Beschwerdeführer vom behandelnden Kardiologen offenbar während eines Jahres nicht mehr untersucht werden musste und damit von einer abgeschlossenen Behandlung auszugehen ist. Es liegen aus kardiologischer Sicht keine neuen Befunde vor, aufgrund welcher eine relevante «langsame Verschlechterung» der Arbeits- und Leistungsfähigkeit in einer angepassten Verweistätigkeit ausgewiesen wäre. Eine gesundheitliche Verschlechterung liegt nur insoweit vor, als der Beschwerdeführer nicht mehr in der Lage ist, das Arbeitspensum seiner bisherigen Tätigkeit als Garagist auf 80 % zu steigern. So begründete Dr. med. C.\_\_\_\_ die Zunahme der Beschwerden damit, dass der Beschwerdeführer einen Einmannbetrieb habe und die schweren Arbeiten selber verrichten müsse, dazu komme der zunehmende Zeitdruck (Erwartung der Kunden; IV-Nr. 108 S. 3). Dies sind alles Umstände, die mit der bisherigen Tätigkeit als Garagist zusammenhängen. Demnach bestehen bezüglich des Berichts von Dr. med. C.\_\_\_\_ vom 27. Oktober 2018 entgegen der Auffassung des Beschwerdeführers keine Unklarheiten. Vor diesem Hintergrund kann auf die von ihm anlässlich der öffentlichen Verhandlung vom 1. Juni 2021 beantragte Einholung einer Stellungnahme beim behandelnden Kardiologen verzichtet werden, da hiervon keine neuen Erkenntnisse zu erwarten sind.

7.4 Die fachärztliche Beurteilung von Dr. med. C.\_\_\_\_ steht in Einklang mit den Angaben des Hausarztes Dr. med. F.\_\_\_\_. Dieser gab in seinem Bericht vom 8. August 2018 an, der Beschwerdeführer äussere prästernale Schmerzen bei mechanischer Beanspruchung während der Arbeit. Durch die Herzoperation im Dezember 2016 hätten sich die Schmerzen über dem Brustbein bei mechanischer Belastung deutlich verstärkt. Der Beschwerdeführer könne daher gewisse Arbeiten als selbstständiger Garagist nicht mehr selber ausführen. Bei körperlich anspruchsvollen Tätigkeiten (Garagist) bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 50 % (IV-Nr. 101 S. 3; vgl. E. II. 6.3 hiavor). In seinem Bericht vom 26. Oktober 2018 legte der Hausarzt erneut dar, in der bisherigen Tätigkeit als Garagist habe vom 5. Dezember 2016 bis 23. März 2017 eine vollständige Arbeitsunfähigkeit bestanden; ab 24. März 2017 bis auf weiteres bestehe eine solche von 50 % (4 Stunden pro Tag); eine dem Leiden angepasste Tätigkeit sei während 8 Stunden pro Tag zuzumuten (IV-Nr. 109 S. 1 ff.; vgl. E. II. 6.4 hiavor). Damit lässt sich auch aus den hausärztlichen Angaben keine relevante Verschlechterung des Gesundheitszustands des Beschwerdeführers in einer leidensangepassten Tätigkeit ableiten. Auch aus rheumatologischer Sicht ist aufgrund der

vorliegend ins Recht gelegten Akten kein Anhaltspunkt für eine relevante Verschlechterung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit in einer Verweistätigkeit wegen der Thoraxschmerzen oder des chronischen Rückenleidens ersichtlich. Damit besteht auch für die vom Beschwerdeführer anlässlich der öffentlichen Verhandlung vom 1. Juni 2021 als erforderlich erachtete polydisziplinäre Begutachtung kein Anlass. Die Unklarheit zum Beginn der Arbeitsunfähigkeit nach der Bypass-Operation vom 6. Dezember 2016 ■ Dr. med. C. \_\_\_ gab eine medizinisch begründete Arbeitsunfähigkeit von 50 % seit dem 16. Dezember 2016 an (vgl. IV-Nr. 108 S. 1), der Hausarzt Dr. med. E. \_\_\_ attestierte eine Arbeitsunfähigkeit als Garagist von 50 % ab 24. März 2017 (vgl. IV-Nr. 109 S. 1) und eine nähere Begründung für die durch den Hausarzt angenommene Rehabilitationszeit von 3 Monaten geht aus den vorliegenden medizinischen Akten nicht hervor ■ ist nicht relevant, da die Neuanmeldung im Mai 2018 erfolgte (vgl. IV-Nr. 94) und ein allfälliger Anspruch auf eine Invalidenrente frühestens ab November 2018 bestehen würde.

7.5 Zum Einwand des Beschwerdeführers, die Beschwerdegegnerin hätte in der angefochtenen Verfügung prüfen müssen, ob es ihm zumutbar sei, eine andere Tätigkeit als diejenige eines selbstständigen Garagisten auszuüben bzw. den Betrieb aufzugeben, was zu verneinen sei (vgl. Beschwerde, S. 7 Ziff. 8), ist Folgendes festzuhalten: Das Versicherungsgericht hielt bereits im Rahmen des damaligen Revisionsverfahrens mit Urteil vom 24. Februar 2009 (VSBES.2007.393) fest, auch angesichts der im Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung vom 11. Oktober 2007 noch verbleibenden 13 aktiven Berufsjahre erscheine die Betriebsaufgabe nicht als unverhältnismässig. Der Beschwerdeführer habe sich somit ein Einkommen aus unselbstständiger Erwerbstätigkeit anrechnen zu lassen. Es werde ihm empfohlen, die von der Beschwerdegegnerin angebotene Stellenvermittlung anzunehmen (S. 17 E. II. 7c/cc; IV-Nr. 87 S. 18). Das Bundesgericht bestätigte in seinem Urteil vom 25. September 2009 (9C\_290/2009) diese Einschätzung mit der Begründung, nach nicht offensichtlich unrichtiger und daher für das Bundesgericht verbindlicher vorinstanzlicher Feststellung sei der Betrieb des Beschwerdeführers, welcher keine Mitarbeiter beschäftige, seit Jahren und vorwiegend aus wirtschaftlichen Gründen offenkundig nicht existenzsichernd. Dies spreche für die Zumutbarkeit der Betriebsaufgabe, weil sich dadurch ein rentenausschliessendes Einkommen aus einer anderen zumutbaren Tätigkeit erreichen lasse. Auch angesichts der bei Erlass der angefochtenen Verfügung noch verbleibenden 13 aktiven Berufsjahre erscheine dies nicht als unverhältnismässig (S. 7 E. 3.3.2; IV-Nr. 93 S. 7). Das Bundesgericht nahm in der Folge eine Invaliditätsbemessung vor, welche auf einer Verweistätigkeit basierte (E. 3.3.4; vgl. E. II. 5.4 hiervor). Somit wurde bereits bei der Invaliditätsbemessung für das Jahr 2007 auf eine Verweistätigkeit abgestellt, wobei damals die Zumutbarkeit einer Berufsausgabe ausführlich behandelt und bejaht wurde. Der Umstand, dass der Beschwerdeführer älter geworden ist und für ihn eine berufliche Umstellung nicht mehr in Frage kommt, stellt in dieser Konstellation keinen Anlass dar, diese Frage neu zu beurteilen.

## **E. 8**

8.1 Nach dem Gesagten bestehen angesichts der fach- und hausärztlichen Angaben keine Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, weshalb keine ergänzenden Abklärungen vorzunehmen sind (vgl. E. II. 7.2.3 hiervor). Die RAD-Beurteilung von Dr. med. F. \_\_\_ vom 24. Januar 2019, wonach in einer körperlich leichten wechselbelastenden Tätigkeit ohne Heben, Tragen und

Bewegen von schweren Lasten eine uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit bestehe, ist nach der gegebenen Aktenlage nicht zu beanstanden. Diese Einschätzung entspricht derjenigen des Hausarztes Dr. med. E.\_\_\_\_ und vermag auch unter Berücksichtigung der von Dr. med. C.\_\_\_\_ erhobenen fachärztlichen Befunde zu überzeugen. Aus den vorliegend ins Recht gelegten Unterlagen gehen keine Hinweise hervor, dass sich die Arbeits- oder Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers in einer angepassten Verweistätigkeit nach der am 6. Dezember 2016 erfolgten Bypass-Operation in Bezug auf die koronare Gefässerkrankung oder das seit Jahren bestehende Rückenleiden relevant verändert hätte. Eine Veränderung der gesundheitlichen Situation gegenüber dem Sachverhalt im Zeitpunkt des Erlasses der Verfügung vom 11. Oktober 2007 ergibt sich ausschliesslich aus der höheren Einschränkung der Arbeitsfähigkeit als selbstständiger Garagist im Vergleich zum D.\_\_\_\_-Gutachten und dem engeren Zumutbarkeitsprofil aufgrund persistierender Schmerzen. Da der Beschwerdeführer nach den ärztlichen Angaben jedoch in einer angepassten Verweistätigkeit ab 24. März 2017 als zu 100 % arbeitsfähig eingestuft wird, liegt kein Revisionsgrund vor. Die Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit, welche für die Invaliditätsbemessung, welche das Bundesgericht im früheren Verfahren vornahm, einzig entscheidend war, hat sich nicht in anspruchrelevanter Weise verändert. Bis zur vorliegend angefochtenen Verfügung vom 25. September 2019, welche rechtsprechungsgemäss die zeitliche Grenze der gerichtlichen Überprüfungsbefugnis bildet (Urteil des Bundesgerichts I 940/06 vom 19. November 2007 E. 4.1 mit Hinweis auf BGE 129 V 167 E. 1 S. 169), ist keine relevante Verschlechterung des Gesundheitszustands des Beschwerdeführers ausgewiesen. Im vorliegenden Neuanmeldungsverfahren besteht somit keine Möglichkeit, eine davon abweichende Beurteilung des Rentenanspruchs vorzunehmen. Vielmehr bleibt es beim bisherigen Rechtszustand. Damit erübrigt sich ein Einkommensvergleich.

8.2 Die Revisionsgrundsätze, unter Einschluss der Neuanmeldungsregelung, gelten praxisgemäss in analoger Weise auch für berufliche Eingliederungsmassnahmen (Urteil des Bundesgerichts 9C\_291/2017, 9C\_482/2018 vom 20. September 2018 E. 7.2 mit Hinweis u.a. auf BGE 130 V 64 E. 2 S. 66 und 109 V 119 E. 3a S. 122; Meyer/Reichmuth, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG, 3. Aufl., 2014, S. 463 Rz.140). Dem mit Replik vom 30. März 2020 und an der öffentlichen Verhandlung vom 1. Juni 2021 erneuerten Einwand, zur Verwertbarkeit der Arbeitsfähigkeit hätten dem Beschwerdeführer berufliche Eingliederungsmassnahmen, insbesondere eine Umschulung, angeboten werden müssen, kann somit nicht gefolgt werden. Es gilt im Übrigen darauf hinzuweisen, dass dem Beschwerdeführer bereits vor Jahren empfohlen wurde, die von der Beschwerdegegnerin in der Verfügung vom 11. Oktober 2007 angebotene Stellenvermittlung anzunehmen (vgl. Urteil des Versicherungsgerichts vom 24. Februar 2009, S. 17; IV-Nr. 87 S. 18). Die Beschwerde ist damit abzuweisen.

## **E. 9**

9.1 Da der Beschwerdeführer nicht obsiegt, hat er grundsätzlich keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung (Art. 61 lit. g ATSG).

9.2 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. Im vorliegenden Fall hat der Beschwerdeführer die Verfahrenskosten von CHF 1'000.00 zu

bezahlen.

Demnach wird erkannt:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Es wird keine Parteientschädigung zugesprochen.
3. Die Verfahrenskosten von CHF 1'000.00 werden dem Beschwerdeführer auferlegt und mit dem geleisteten Kostenvorschuss verrechnet.
4. Je eine Kopie des Protokolls der Verhandlung vom 1. Juni 2021 geht zur Kenntnisnahme an die Parteien.

Rechtsmittel

Gegen diese Entscheidung kann innerhalb von 30 Tagen seit 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 Zwischenentscheidungen (dazu gehört auch die Rückweisung zu weiteren Abklärungen) sind die zusätzlichen Voraussetzungen nach Art. 92 oder 93 BGG zu beachten.

Versicherungsgericht des Kantons Solothurn

Der Präsident

Der Gerichtsschreiber

Flückiger

Schmidhauser

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