

SO_GERICHTE VSBES.2019.261 vom 3. Oktober 2019

SO Obergericht, 2019-10-03, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2019.261

FR: SO_GERICHTE VSBES.2019.261 du 3 octobre 2019

IT: SO_GERICHTE VSBES.2019.261 del 3 ottobre 2019

Erwägungen

E. 1

1.1 A.____ (nachfolgend Beschwerdeführer), geb. 1957, [...], meldete sich erstmals am 12. November 2006 bei der IV-Stelle des Kantons Solothurn (nachfolgend Beschwerdegegnerin) zum Bezug von Leistungen an; bezüglich Angaben über die Art der gesundheitlichen Beeinträchtigung verwies er auf die Suva-Akten (IV-Stelle Beleg [IV-]Nr. 2). 1.2 Mit Verfügung vom 18. Dezember 2008 sprach die Suva dem Beschwerdeführer für den am 7. April 2006 erlittenen Unfall ab 1. September 2008 eine Erwerbsunfähigkeitsrente von 14 % bzw. CHF 566.65 pro Monat sowie eine Integritätsentschädigung von CHF 16'020.00 zu (IV-Nr. 56). Die dagegen erhobene Einsprache wies die Suva mit Entscheid vom 4. September 2009 ab (IV-Nr. 79). 1.3 Nach Einholen von medizinischen und erwerblichen Unterlagen (IV-Nr. 10 ff.), Durchführen eines Intake-Gesprächs (IV-Nr. 21) sowie beruflicher Massnahmen (IV-Nr. 37 ff.), einer Begutachtung durch die Gutachterstelle B.____, [...], und Vorliegen einer Stellungnahme durch Dr. med. C.____, Facharzt Allgemeine Medizin FMH, zert. med. Gutachter SIM, regionaler ärztlicher Dienst (RAD) BE-FR-SO (IV-Nr. 81), wies die Beschwerdegegnerin mit Verfügung vom 29. Januar 2010 das Leistungsbegehren bezüglich beruflicher Massnahmen und Ausrichten einer Invalidenrente ab (IV-Nr. 83).

E. 2

2.1 Am 2. März 2012 meldete sich der Beschwerdeführer erneut bei der Beschwerdegegnerin mit der Frage, ob ihm diese beim Wiedereinstieg in den Arbeitsmarkt behilflich sein könne (IV-Nr. 85). 2.2 In der Folge erteilte die Beschwerdegegnerin dem Beschwerdeführer am 6. Juli 2012 Kostengutsprache für ein Assessment für die Zeit vom 13. – 26. August 2012 in der D.____ in [...], holte einen Auszug aus dem individuellen (IK) des Beschwerdeführers ein, übernahm die Kosten für ein Bewerbungscoaching (IV-Nr. 100) sowie ein Aufbautraining für die Zeit vom 1. Oktober – 23. Dezember 2012 (IV-Nr. 102) und holte bei Dr. med. E.____, Innere Medizin FMH, [...], einen Arztbericht ein, den dieser am 1. Februar 2013 erstattete (IV-Nr. 106). Schliesslich nahm Dr. med. C.____ am 14. März 2013 zur medizinischen Situation Stellung (IV-Nr. 107). 2.3 Mit Verfügung vom 13. Juni 2013 wies die Beschwerdegegnerin das Leistungsbegehren bezüglich weiterer beruflicher Massnahmen sowie Ausrichten einer Invalidenrente (erneut) ab (IV-Nr. 115).

E. 3

3.1 Am 20. Februar 2014 wandte sich der Beschwerdeführer ein weiteres Mal an die Beschwerdegegnerin mit Frage, ob es möglich wäre, an einem Beschäftigungsprogramm oder Ähnlichem teilzunehmen (IV-Nr. 117). 3.2 Die Beschwerdegegnerin forderte den Beschwerdeführer am 10. März 2014 mittels Vorbescheid auf, innert 30 Tagen Beweismittel (Arztberichte ...) einzureichen, die eine Veränderung des Gesundheitsstands

glaubhaft erscheinen liessen (IV-Nr. 118). Mit Verfügung vom 12. Mai 2014 trat die Beschwerdegegnerin auf das Leistungsbegehren nicht ein, weil es der Beschwerdeführer unterlassen habe, innerhalb der 30-tägigen Einwandfrist eine Veränderung des Gesundheitszustands glaubhaft darzulegen (IV-Nr. 120).

E. 4

4.1 Die Beschwerdegegnerin hat sich im angefochtenen Entscheid auf den Standpunkt gestellt, die dem Einwandschreiben des Beschwerdeführers vom 2. September 2019 beigelegten medizinischen Unterlagen von Dr. med. E.____, dem G.____, dem H.____ sowie dem I.____ vermöchten keine Anhaltspunkte zu liefern, dass sich seine gesundheitlichen Verhältnisse seit ihren letzten Entscheiden vom 13. Juni 2013 und 12. Mai 2014 (Nichteintreten) in anspruchsrelevanter Weise verändert hätten (IV-Nr. 129). Ergänzend führt sie in der Beschwerdeantwort Folgendes an: Im Bericht vom 22. August 2019 von Dr. med. E.____ (Hausarzt) würden fünf aktuelle Diagnosen aufgeführt. Seinem Einwand vom 26. August 2019 habe der Beschwerdeführer fünf weitere Arztberichte beigelegt; drei davon betreffen die Ellenbogenarthrose, einer die Presbyakusis (Altersschwerhörigkeit) und einer die Lendenwirbelsäule. Abgesehen davon seien bis dato keine weiteren Unterlagen eingegangen. Zur Ellenbogenarthrose: Zwar handle es sich bei der Ellenbogenarthrose um eine neue Diagnose; eine solche genüge per se jedoch nicht, um eine erhebliche Veränderung des Gesundheitszustands glaubhaft zu machen, da damit über das quantitative Element einer relevanten, die Arbeitsfähigkeit schmälernenden Veränderung des Gesundheitszustands nicht zwingend etwas ausgesagt werde (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_244/2016 vom 21. Juni 2016 E. 3.5). Nach Sichtung der mit dem Einwand eingereichten Arztberichte (21. Februar 2019, 21. Dezember 2018 und 24. April 2018) habe der RAD in seiner Aktennotiz vom 2. Oktober 2019 festgehalten, dass vorliegend ein regelrechter Heilungsverlauf erfolgt sei. Bei vermehrten Beschwerden hätte sich der Beschwerdeführer wieder im G.____, wo er am 20. Dezember 2018 operiert worden sei, vorstellen sollen; hierüber seien keine Unterlagen vorhanden, so dass indirekt auf eine Beschwerdearmut geschlossen werden könne. Wie der Hausarzt beschrieben habe, sei aufgrund der Schmerzen und leichten Bewegungseinschränkungen nur das schwere Heben eingeschränkt, so dass der Beschwerdeführer für jede leichte Verweistätigkeit voll arbeitsfähig sei. Der RAD habe in seiner Aktennotiz vom 3. Dezember 2019 präzisiert, dass die persistierende Einschränkung am Ellenbogen aufgrund der gemessenen Werte der sog. standardisierten Neutral-Null-Methode zum Bewegungsausmass minim sei, so dass zwar eine Einschränkung für schwere Lasten, nicht jedoch für die Verweistätigkeit nachvollziehbar sei. Normwerte des Gesunden nach der Neutral-Null-Methode: Flexion zirka max. 150°, Pro- und Supination zirka 80 ■ 90°. Zum Vergleich die aktuellen Werte des Beschwerdeführers: Flexion zirka 100 ■ 110°, Extensionsdefizit 5°, Pro- und Supination 80/0/80° (vgl. Bericht von Dr. med. E.____ vom 22. August 2019). Zur Hypertonie: Ein Bluthochdruck sei bereits im B.____-Gutachten vom 22. April 2009 festgestellt worden; insofern handle es sich dabei nicht um eine neue Diagnose. Da keine diesbezüglichen Unterlagen vorlägen, könne davon ausgegangen werden, dass der Beschwerdeführer deswegen in Behandlung sei und daraus keine relevante Einschränkung der Arbeitsfähigkeit resultiere, insbesondere nicht in einer körperlich leichten Verweistätigkeit, wie sie bereits im -Gutachten vom 22. April 2009 und im Kreisarztbericht der Suva vom 24. Januar 2011 definiert worden sei. Zur Presbyakusis: Diese Diagnose sei zwar neu, reiche jedoch selbst gemäss Arztbericht vom 28. November 2014 für eine finanzielle Unterstützung durch die IV nicht aus. Auch der RAD habe in seiner Aktennotiz

vom 2. Oktober 2019 festgehalten, dass die Presbyakusis behandel- bzw. kompensierbar sei (bspw. durch den Einsatz eines Hörgeräts) und somit nicht eine dauerhaft invalidisierende Erkrankung darstelle. Zur Spinalkanalstenose: Der Bericht zur MRI der LWS datiere vom 27. März 2014, liege mithin bald sechs Jahre zurück; darin werde festgehalten, dass die Voruntersuchung am 23. August 2008 stattgefunden habe. Dazwischen lägen fünfeinhalb Jahre. Die bekannten degenerativen Veränderungen L2-S1 seien ohne wesentliche Befundänderung. Die Diskushernie L2/3 sei diskret grössenprogredient. Die Diskushernie L4/5 hingegen sei diskret grössenregredient. Die Diskushernien L3/4 sowie L5/S1 seien stationär. Im Niveau L4/5 komme es zu einer Spinalkanalstenose mit Einengungen, vor allem auf der rechten Seite. Eine weniger ausgeprägte Spinalkanaleinengung zeige sich auch im Niveau L3/4. Im Niveau L5/S1 gebe es keine sichere Neurokompression. Der Zeitfaktor alleine sei kein Indiz für eine Verschlechterung. Im vorliegenden Fall habe in den fünfeinhalb Jahren (2008 ■ 2014) insgesamt keine wesentliche Befundänderung stattgefunden. Daraus lasse sich schliessen, dass in den bald sechs Jahren, die seit der MRI vergangen seien (2014 bis dato), auch nicht zwingend eine wesentliche Verschlechterung stattgefunden haben müsse; dies gelte umso mehr, da keine aktuelleren Arzt-/MRI-Berichte vorlägen. Die von Dr. med. E. ___ im Bericht vom 22. August 2019 aufgeführte, erhebliche Spinalkanalstenose auf der Höhe L4/5 mit Restlumen von weniger als 1 cm² sei so bereits im B. ___-Gutachten vom 22. April 2009 (S. 14, 17) diagnostiziert und auch im Arztbericht von Dr. med. E. ___ vom 3. Januar 2013 erwähnt worden. Daraus lasse sich schliessen, dass die Spinalkanalstenose seit Jahren stationär sei. Zur Pangonarthrose: Der Zeitfaktor alleine sei kein Indiz dafür, dass sich die bestehende Pangonarthrose verschlechtert habe. Da keine diesbezüglichen Arztberichte eingereicht worden seien, könne davon ausgegangen werden, dass sich der Zustand nicht verschlechtert habe. Andernfalls hätte der Beschwerdeführer wohl einen Arzt aufgesucht. Alleine der Umstand, dass diese Diagnose in anderen medizinischen Berichten erwähnt werde, lasse nicht auf einen Leidensdruck schliessen. Einmal gestellte Diagnosen würden in künftigen Arztberichten bekanntlich immer wieder aufgeführt, unabhängig davon, ob die Diagnose in der Sprechstunde Thema gewesen oder der Patient deswegen behandelt worden sei. Aufgrund der im Rahmen der Neuanschuldung eingereichten medizinischen Unterlagen könne nicht von einer erheblichen Sachverhaltsänderung bzw. relevanten gesundheitlichen Verschlechterung ausgegangen werden, die die grundsätzlich bestehende 100%ige Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit andauernd schmälern würde. Die Glaubhaftmachung einer andauernden gesundheitlichen Verschlechterung seit Erlass der rechtskräftigen rentenablehnenden Verfügung vom 13. Juni 2013 sei daher zu verneinen (A.S. 23 ff.).

4.2 Demgegenüber hat der Beschwerdeführer in der Beschwerde zusammenfassend vorgebracht, es bestünden mehrere Anhaltspunkte, die einen wesentlichen Einfluss auf den Invaliditätsgrad haben könnten. Die Beschwerdegegnerin hätte damit auf das Gesuch eintreten müssen. Alleine die Operation am Ellenbogen beweise eine veränderte gesundheitliche Situation. Ferner hätten bereits im Jahr 2014 progressive Veränderungen der Diskushernie L2/3 mit Kontakt zur abgehenden Nervenwurzel L2 rechts bestanden. Es sei zudem nicht davon auszugehen, dass sich die Situation in den folgenden fünf Jahren verbessert habe. So werde denn im Bericht des H. ___ vom 27. März 2014 von grössenprogredient gesprochen. Die Anforderungen an ein Glaubhaftmachen seien vorliegend erfüllt (A.S. 13). In der Replik wird im Wesentlichen ausgeführt, dass der RAD bezüglich der Ellenbogenproblematik keine eigene Untersuchung durchgeführt habe und es der Allgemeinärztin am erforderlichen fachspezifischen Wissen fehle. Immerhin sei die

Beschwerdegegnerin auf ihrer Aussage zu behaften, dass mit der Ellenbogenarthrose eine neue Diagnose vorliege. Den Ausführungen der Beschwerdegegnerin über die sogenannte standardisierte Neural-Null-Methode zum Bewegungsausmass könne nicht gefolgt werden. Was die Hypertonie anbelange, sei der Aussage einer fachfremden Ärztin, die sich auf über 10 Jahre alte Messwerte beziehe, nicht zu folgen. Auch die Diagnose Presbyakusis anerkenne die Beschwerdegegnerin als neue Diagnose. Zur Spinalkanalstenose widerspreche es jeglicher Evidenz zu behaupten, eine grössenprogrediente Diskushernie habe sich in den letzten Jahren stationär verhalten. Die Aussage der Beschwerdegegnerin, der Beschwerdeführer hätte im Falle einer Verschlechterung bezüglich Pangonarthrose einen Arzt aufgesucht, sei absurd und unrealistisch. Er sei ständig in ärztlicher Behandlung. Sein Gesundheitszustand habe sich nachweislich verändert (A.S. 47 ff.).

4.3 In der Duplik verweist die Beschwerdegegnerin auf die bisherigen Ausführungen und hält ergänzend Folgendes fest: Auf Seite 4 der Replik zur Ellenbogenarthrose habe der Beschwerdeführer erwähnt, den Ausführungen, wonach die gemessenen Werte der standardisierten Neutral-Null-Methode zum Bewegungsausmass des Ellenbogens minim seien, könne nicht gefolgt werden. Er habe hierzu auf einen Link verwiesen und sei der Meinung, dass die vorliegende Einschränkung (Flexion kleiner als 120°) durchaus als Operationsindikation angesehen werde und näher geprüft werden müsse. Es genüge jedoch nicht, lediglich auf das hinzuweisen, was vermeintlich für den Beschwerdeführer spreche. Wenn schon auf den Artikel «Einstellung nach Ellenbogenverletzung» (aus dem Jahr 2013) Bezug genommen werde, so müsse dieser in seiner Gesamtheit gelesen werden. Unter dem Titel «Behandlung» werde Folgendes angegeben: ■ Generell sind die Vermeidung von länger dauernder Ruhigstellung und die intensive konservative Therapie mit multimodaler Physiotherapie die Behandlung der ersten Wahl. Besteht trotzdem eine funktionell wirksame Bewegungseinschränkung ■ Extensionsdefizit $>30^\circ$, Flexion $<120^\circ$ und Pro-/Supination $<50^\circ$ ■ muss die Indikation zu operativen Interventionen geprüft werden.» Nochmals zum Vergleich die aktuellen Werte des Beschwerdeführers gemäss Bericht des G. ___ vom 21. Februar 2019: «Flexion/Extension $100/5/0^\circ$, aktiv-assistiv kann sogar eine Flexion von 110° ■ 120° erreicht werden, Supination/Pronation $80/0/80^\circ$ ». Das Extensionsdefizit sei nicht grösser als 30° , und die Pro-/Supination sei nicht kleiner als 50° . Einzig die Flexion sei (aktiv-assistiv ausgeklammert) minim kleiner als 120° ; dies tue jedoch nichts zur Sache. So habe der Vertreter des Beschwerdeführers offenbar vergessen oder übersehen, dass sein Mandant am 20. Dezember 2018 bereits am Ellenbogen operiert worden sei, die Werte des Beschwerdeführers nach erfolgter Operation gemessen worden seien und sich die im Link aufgeführten Vergleichswerte auf eine noch nicht operierte Person bezögen. Der Link könne schon allein deshalb nicht für den vorliegenden Sachverhalt herangezogen werden. In soeben erwähntem Bericht des G. ___ werde ausserdem von einem regelrechten postoperativen Verlauf und davon berichtet, dass der Beschwerdeführer mit dem postoperativen Ergebnis zufrieden sei. Auf Seite 5 der Replik zur Hypertonie habe der Beschwerdeführer ausgeführt, dass sich die RAD-Ärztin bezüglich der Hypertensionen auf einen Bluthochdruck aus dem Jahr 2009 bezogen habe. Dieser Bezug sei nur gemacht worden, um aufzuzeigen, dass es sich dabei nicht um eine neue Diagnose handle, sondern diese bereits im Jahr 2009 vorgelegen habe. Weiter habe der Beschwerdeführer gerügt, dass die RAD-Ärztin mit der Aussage, wonach Hypertensionen gut behandelbar seien, implizit behauptet habe, sein Arzt würde ihn falsch behandeln; dies sei unzutreffend. Diese Aussage beziehe sich einzig auf die Tatsache, dass Hypertensionen in der Regel keinen relevanten Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit hätten. Es bleibe

anzumerken, dass der IV-Stelle im Rahmen der Neuanmeldung keine aktuellen Werte zur Hypertonie eingereicht worden seien. Auf Seite 5 der Replik zur Presbyakusis werde festgehalten, es erscheine dem Beschwerdeführer sonderbar, dass die IV-Stelle die Abklärung der Presbyakusis ablehne, sei sie doch für eine mögliche Hörgeräteversorgung zuständig. Auch diese Aussage sei falsch. Damit die IV-Stelle die Kosten für eine Hörgeräteversorgung übernehme, müsse ein Hörverlust mit einem bestimmten Schweregrad vorliegen. Im vorliegenden Fall seien jedoch die Behandler der Meinung, dass die Hörminderung für eine finanzielle Unterstützung durch die IV-Stelle nicht ausreiche (vgl. Arztbericht vom 28. November 2014). Der Beschwerdeführer habe mehrmals ausgeführt, dass die RAD-Ärztin Beurteilungen in fachfremden Disziplinen vorgenommen habe. Es liege in der Natur der Sache, dass RAD-Ärzte im Rahmen ihrer beruflichen Tätigkeit bei der IV-Stelle auch medizinische Sachverhalte zu beurteilen hätten, die nicht unter ihren Facharzttitel fielen; daraus könne allerdings nichts zu Gunsten des Beschwerdeführers abgeleitet werden. Ob gestützt auf die Aktenlage eine Beurteilung abgegeben werden könne, oder ob weitere Abklärungen wie eine persönliche Untersuchung oder Rückfragen bei Fachärzten etc. angezeigt seien, liege im Ermessen des jeweiligen RAD-Arztes (A.S. 53 f.).

5. Den zeitlichen Referenzpunkt für die Prüfung einer anspruchserheblichen Änderung bildet die letzte (der versicherten Person eröffnete) rechtskräftige Verfügung, die auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Durchführung eines Einkommensvergleichs (bei Anhaltspunkten für eine Änderung in den erwerblichen Auswirkungen des Gesundheitszustands) beruht; vorbehalten bleibt die Rechtsprechung zur Wiedererwägung und prozessualen Revision (BGE 130 V 77 E. 3.2.3).

5.1 Zu untersuchen ist zunächst, ob durch die am 26. August 2019 eingereichten Arztberichte (vgl. IV-Nr. 126) eine erhebliche, anspruchsrelevante Veränderung des Gesundheitszustands gegenüber der Situation bei Erlass der unwidersprochen gebliebenen und in der Folge in Rechtskraft erwachsenen Verfügung vom 13. Juni 2013 (IV-Nr. 115) glaubhaft gemacht worden ist; diesfalls hätte die Beschwerdegegnerin auf die Neuanmeldung eintreten müssen. Dazu ist einleitend festzuhalten, dass die Beschwerdegegnerin mit den Hinweisen im Vorbescheid vom 30. Juli 2019 auf die Prüfungsvoraussetzungen bezüglich der Notwendigkeit wesentlicher Änderungen in beruflicher oder medizinischer Hinsicht bzw. der Feststellung, es lägen keine solchen Änderungen (z.B. keine neuen Diagnosen, keine neuen Befunde) vor, und auf die Möglichkeit, innert 30 Tagen Einwand zu erheben, die verfahrensmässigen Vorgaben eingehalten hat. In der Folge hat der Beschwerdeführer am 26. August 2019 zur Bekräftigung seines Antrags verschiedene Arztberichte eingereicht (IV-Nr. 126). Die Überprüfungsbefugnis des Gerichts beschränkt sich daher auf die Aktenlage, die der Beschwerdegegnerin vorlag, als sie die angefochtene Verfügung vom 3. Oktober 2019 erlassen hat (vgl. E. II. 2.4 hiervor).

5.2 Im Zeitpunkt der Verfügung vom 13. Juni 2013 lagen der Beschwerdegegnerin ■ nebst verschiedenen, in zeitlicher Hinsicht weiter zurückliegenden Arztberichten ■ der Bericht des Hausarztes des Beschwerdeführers, Dr. med. E.____, vom 1. Februar 2013 (IV-Nr. 106), und die Stellungnahme des RAD-Arztes Dr. med. C.____ vom 14. März 2013 (IV-Nr. 107) vor. Diesen Unterlagen lässt sich im Wesentlichen Folgendes entnehmen:

5.2.1 Das polydisziplinäre Gutachten (internistisch/allgemeinmedizinisch, psychiatrisch, rheumatologisch) der Begutachtungsstelle B.____ vom 22. April 2009 (IV-Nr. 67, S. 2 ff.)

nennt die folgenden Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit:

1. posttraumatische mediale sowie femoropatelläre Gonarthrose links (ICD-10 M17.1)

ii) Status nach Kniegelenksarthroskopie links am 16.6.2006 mit medialer Hinterhornmenispektomie und Shaving des rupturierten VKB-Transplantates

iii) Status nach Kniegelenksarthroskopie links am 3.10.2006 mit medialer Teilmenispektomie, Abtragen einer Plica medio-patellaris, zentralem Débridement im Bereich des rupturierten VKB-Transplantates

2. chronisches lumbospondylogenes Schmerzsyndrom linksbetont (ICD-10 M54.5)

i) radiomorphologisch Osteochondrosen der Segmente LWK 3/4 bis LWK 5/S1, im Segment LWK 2/3 kleine extraforaminale rechtsseitige Diskusprotrusion, kleine Hernie mit marginalem Kontakt zur austretenden Wurzel LWK 2 rechts. Im Segment LWK 3/4 kleine neuroforaminale Hernie mit Kontakt zur Wurzel LWK 3 und marginal zur Wurzel LWK 4. Im Segment LWK 4/5 Kombination einer breitbasigen median rechtsakzentuierten Hernie und Facettenarthrose im Sinne einer Spinalkanalstenose mit einer Restlumenweite von weniger als 1 cm², dabei werden vor allem die Recessus eingeengt. Kleine mediale Diskusprotrusion und beginnende Hernie LWK 5/S1, hier ohne Neurokompression.

ii) mässiggradige Abschwächung der abdominellen und rückenstabilisierenden Muskelgruppen

iii) DD lumboradikuläres Ausfallsyndrom L5 links

Als Diagnose ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit wurde eine Schmerzverarbeitungsstörung (ICD-10 F54) erwähnt. In ihrer Beurteilung gelangten die Experten zum Ergebnis, aus rein rheumatologischer Sicht bestehe im angestammten Beruf als Bauarbeiter aufgrund der objektivierbaren Befunde eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit. Der Beschwerdeführer sei zuletzt mehrheitlich als Kranführer eingesetzt worden, wobei er diese Arbeit stehend ausgeübt habe mit einer Fernsteuerung, die er über die Schulter getragen habe. Diese mehrheitlich stehend ausgeübte Tätigkeit sei aufgrund der Kniegelenkspathologie ebenfalls nicht mehr zumutbar. Diese Unzumutbarkeit der angestammten Tätigkeit gelte seit dem Unfall vom 7. April 2006. Eine körperlich leichte wechselbelastende, adaptierte berufliche Tätigkeit könne dem Beschwerdeführer unter Berücksichtigung der folgenden Arbeitsplatzbedingungen zu 100 % zugemutet werden: Er müsse seine Arbeitsplatzsituation regelmässig selbständig wechseln können. Längeres fixiertes Sitzen oder Stehen am Ort über 20 bis 30 Minuten sei zu vermeiden. Das Zurücklegen von längeren Gehstrecken, insbesondere das Treppensteigen, sei nicht zumutbar. In diesem Sinne seien dem Beschwerdeführer manuell verarbeitende Tätigkeiten in mehrheitlicher Wechselposition zwischen sitzend und stehend vollumfänglich zuzumuten, da keinerlei pathologische Befunde im Bereich der oberen Extremitäten vorlägen. In diesem Rahmen wären dem Beschwerdeführer auch reine Überwachungsfunktionen ohne das Zurücklegen von Gehstrecken zuzumuten. Aus psychiatrischer und internistischer Sicht bestünden keine Einschränkungen (IV-Nr. 67.1, S. 18 f.). Diese Einschätzung bildete die medizinische Grundlage für die Verfügung vom 29. Januar 2010 (IV-Nr. 83).

5.2.2 Dem Bericht des Suva-Kreisarztes Dr. med. J. ___ über die Abschlussuntersuchung vom 24. Mai 2007 (IV-Nr. 29, S. 4 ff.) lässt sich entnehmen, dass der Beschwerdeführer am 7. April 2006 ein Distorsionstrauma des linken Kniegelenks erlitten hatte. Am 9. Juni 2006

wurde eine Kniegelenksarthroskopie durchgeführt. Da der Beschwerdeführer angab, er verspüre sowohl in Ruhe als auch beim Gehen, Bewegen und nachts Schmerzen medial im Kniegelenk, wurde die kreisärztliche Untersuchung veranlasst. Dr. med. J. ___ gelangte zum Ergebnis, das linke Kniegelenk weise klare organische Unfallfolgen auf im Sinne eines Fehlens des vorderen Kreuzbands und einer weitgehend medialbetonten Patelloarthrose. Die Arbeit am angestammten Arbeitsplatz auf dem Bau sei nicht mehr möglich, ausser wenn der Beschwerdeführer nur noch als Kranführer eingesetzt werden könnte. Ganztags zumutbar sei (entsprechend der Beurteilung durch die Rehaklinik [...]) eine leichte, wechselbelastende Arbeit ohne Zwangsstellungen des linken Knies. Weiter hielt der Kreisarzt fest, die Arthrose werde in den nächsten Jahren zunehmen, und weitere chirurgische Interventionen bis zur Totalprothese seien in Zukunft auch unter Berücksichtigung des Jahrgangs nicht auszuschliessen. In der Folge sprach die Suva dem Beschwerdeführer eine Invalidenrente aufgrund einer unfallbedingten Erwerbsunfähigkeit von 14 % zu (Einspracheentscheid vom 4. September 2009, IV-Nr. 79).

5.2.3 Weitere medizinische Unterlagen aus diesem Zeitraum lassen sich den Akten nicht entnehmen. Soweit der RAD-Arzt Dr. med. C. ___ auf den vor der Neuanmeldung vom 2. März 2012 (IV-Nr. 85) ergangenen, kreisärztlichen Bericht vom 24. Januar 2011 verwiesen hat, lässt sich den Ausführungen von Dr. med. K. ___, Facharzt FMH für Chirurgie, zert. med. Gutachter SIM, über die gleichentags erfolgte kreisärztliche Untersuchung des Beschwerdeführers Folgendes entnehmen: Aufgrund des aktenmässigen Verlaufs, den Angaben des Patienten sowie dessen Untersuchung gelangte der Kreisarzt im Rahmen seiner Beurteilung zu folgenden Diagnosen (IV-Nr. 106, S. 9):

unfallkausal

Anpralltrauma linkes Kniegelenk am 7.4.2006 mit Ruptur einer VKB-Plastik aus dem Jahre 1989 (nicht Suva versichert) und

nicht unfallkausal

Im Weiteren führte der Kreisarzt aus, dass sich der Versicherte am 7. April 2006 das linke Kniegelenk angeschlagen habe. Es habe der Vorzustand nach VKB(vorderes Kreuzband)-Plastik bestanden. Er habe sich bei diesem Unfall die Ruptur der VKB-Plastik sowie eine mediale Meniskusläsion zugezogen. Zusätzlich leide der Versicherte an Lumboschialgien, die nicht unfallkausal seien; diese seien zweieinhalb Jahre nach dem Unfall geltend gemacht worden und könnten nicht als Folge eines hinkenden Gangbildes gesehen werden. So sei es nicht erwiesen, dass Rückenbeschwerden deswegen häufiger aufträten als in der Normalbevölkerung, und somit könne der Zusammenhang von Rückenbeschwerden nach Kniebeschwerden lediglich als möglich angesehen werden. Beim Versicherten liege weiterhin eine 100%ige Arbeitsfähigkeit mit folgendem Leistungsspektrum vor: Leichte wechselbelastende Tätigkeiten ohne repetitives Treppengehen, ohne das Besteigen von Leitern und Gerüsten, ohne hockende, kniende oder kauernde Tätigkeiten seien vollzeitig zumutbar. Im Vergleich zur Untersuchung vom 24. Mai 2007 könne keine Verschlechterung des Zustands gesehen werden. Somit ergebe sich keine weitere Einschränkung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit. Die demonstrierten Beschwerden liessen an eine Aggravation denken; insbesondere könne die Angabe, für geringe Entfernungen, z.B. beim Gang in den Keller, müsse die Schiene getragen werden, nicht nachvollzogen werden. Die Schiene sehe wie ladeneu aus. Die Klettverschlüsse müssten bei einem täglichen Gebrauch nach zwei Jahren deutliche Verschleissmerkmale

zeigen, was jedoch nicht der Fall sei. Auffällig seien auch die gleichseitig abgelaufenen Schuhe, was für ein deutlich hinkfreieres Gangbild im «gewöhnlichen Leben» spreche. Zusammenfassend sei also keine wesentliche Verschlimmerung seit der Berentung eingetreten. Somit habe sich die Zumutbarkeit seit der Berentung nicht verändert (IV-Nr. 106, S. 9 f.).

5.2.4 Dr. med. E. ___ diagnostizierte am 1. Februar 2013 beim Beschwerdeführer ■ mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ■ eine posttraumatische mediale und femoropatelläre Gonarthrose () und ein chronisch lumbospondylogenes Schmerzsyndrom (Spinalkanalstenose mit Restlumenweite von weniger als 1 cm² L 4/5; aktuell zunehmende Symptome mit Claudicatio spinalis); ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit bestehe eine Schmerzverarbeitungsstörung. Die Arbeitsfähigkeit für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als ungelernter Kranführer betrage 50 % seit 2008 bis heute. Sein Gesundheitszustand habe sich verschlechtert. Im Weiteren gab der Hausarzt an, über die Vorgeschichte lägen ausführliche Gutachten des B. ___ und der Suva vor. Er, Dr. med. E. ___, nehme zur Zwischenanamnese Stellung: Der Patient arbeite seit 2008 nicht mehr. Er habe letztes Jahr versucht, gewisse Hilfsarbeiten zu machen, habe aber wieder aufhören müssen. Er gebe Schmerzen im Rücken und im linken Kniegelenk an. Der Patient habe Schmerzen im linken Kniegelenk und ein Instabilitätsgefühl beim Gehen angegeben. Die mögliche Gehstrecke betrage zirka einen Kilometer. Er habe Schmerzen im Rücken bei aufrechter Haltung. Eine Besserung ergebe sich im Sitzen. Dazu komme beim Stehen ein Schwächegefühl in den Beinen. Folgende Befunde gab Dr. med. E. ___ an: «Beweglichkeit Knie li 120-0-0, mediale Aufklappbarkeit, ap-Instabilität». Weitere Befunde seien seit der letzten Begutachtung nicht erhoben worden. Ferner führte der Hausarzt aus, dass seit 2008 keine neuen, spezialärztlichen Untersuchungen und keine neue MR(I) der LWS 08 gemacht worden seien. Er, Dr. med. E. ___, denke, dass der Patient theoretisch zu zirka 50 % arbeitsunfähig wäre, und dies aus folgenden Gründen: Eine sitzende Tätigkeit könnte er halbtags ausüben. Die vorherige Tätigkeit sei nicht mehr zumutbar (s. B. ___-Gutachten 2008 [recte: 2009; Am Anfang seines Berichts attestierte Dr. med. E. ___ eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit seit 2008 für die bisherige Tätigkeit als Kranführer]). Eine intellektuelle Arbeit komme wegen seiner Bildung und den Sprachkenntnissen kaum in Frage. Eine stehende Tätigkeit könne er wegen dem Knie und dem Rücken nicht ausüben, eine sitzende komme aus dem gleichen Grund nur für zirka vier Stunden in Frage. Der Patient arbeite seit 2008 gar nicht mehr, weshalb seine Aussage, so Dr. med. E. ___, hypothetisch sei. Der Patient fühle sich selbst als nicht mehr arbeitsfähig. Die Arme und der Kopf seien eigentlich uneingeschränkt belastbar. Schliesslich führte der Hausarzt an, dass dem Patienten die bisherige Tätigkeit nicht mehr, jedoch eine sitzende Tätigkeit ohne Belastung des Rückens und des linken Beins halbtags bzw. zu 50 % zuzumuten sei (IV-Nr. 106).

5.2.5 In seiner Stellungnahme vom 14. März 2013 hielt der RAD-Arzt Dr. med. C. ___ fest, aus dem Bericht der Eingliederungsfachfrau L. ___ vom 2. Januar 2013 gehe hervor, dass der Versicherte die notwendige Energie für ein Aufbautraining in der D. ___ nicht habe aufbringen können und er sich für nicht mehr voll arbeitsfähig halte. Der Hausarzt Dr. med. E. ___ habe in seinem Arztbericht vom 1. Januar 2013 die gleichen Diagnosen festgehalten, wie sie im Gutachten des B. ___ vom 4. Mai 2009 aufgeführt worden seien. Seit 2008 seien keine neuen spezialärztlichen oder bildgebenden Untersuchungen mehr gemacht worden. Eine Verschlechterung des Gesundheitszustands seit dem B. ___-Gutachten werde weder geltend gemacht noch belegt. Bei der Einschätzung der Arbeitsfähigkeit durch den Hausarzt

(50 % seit 2008) handle es sich somit um eine andere Beurteilung eines unveränderten Gesundheitszustands. In der Beilage finde sich ein kreisärztlicher Bericht von Dr. med. K.____ vom 24. Januar 2011, worin keine Verschlechterung des Gesundheitszustands seit der letzten Untersuchung am 24. Mai 2007 festgestellt worden sei. Die Fragen beantwortete der RAD-Arzt wie folgt: Seit Januar 2010 könne von keiner Verschlechterung des Gesundheitszustands ausgegangen werden. Weitere medizinische Abklärungen seien nicht angezeigt (IV-Nr. 107, S. 3).

5.3

5.3.1 Anlässlich der Neuanmeldung vom 14. Juli 2019 (IV-Nr. 121) bzw. am 26. August 2019 hat der Beschwerdeführer verschiedene Arztberichte eingereicht (IV-Nr. 126).

5.3.2 Im Bericht vom 27. März 2014 hielt Dr. med. M.____, H.____, im Rahmen seiner Beurteilung fest, dass im Vergleich zur Voruntersuchung vom 23. August 2008 bekannte degenerative Veränderungen L2-S1 ohne wesentliche Befundänderung bestünden. Die rechts foraminale/extraforaminale Diskushernie L2/3 sei diskret grössenprogredient mit Kontakt zur abgehenden Nervenwurzel L2 rechts im extraforaminalen Anteil. Die medio-rechts akzentuierte, kleinvolumige Diskushernie L4/5 hingegen sei diskret grössenregredient. Die Diskushernien L3/4 sowie L5/S1 seien stationär. Im Niveau L4/5 komme es zu einer Spinalkanalstenose mit bilateralen rezessalen Einengungen, vor allem auf der rechten Seite. Es bestünden eine weniger ausgeprägte Spinalkanaleinengung auch im Niveau L3/4 und keine sichere Neurokompression im Niveau L5/S1 (IV-Nr. 126, S. 10); darauf ist jedoch nicht weiter einzugehen, datiert dieser Bericht doch vor Erlass der letzten, rechtskräftigen Verfügung vom 12. Mai 2014 bezüglich Nichteintreten auf die Neuanmeldung (IV-Nr. 120).

5.4 Aus den weiteren, zu den Akten gegebenen Arztberichten geht im Wesentlichen Folgendes hervor:

5.4.1 In ihrem Bericht vom 28. November 2014 an den Hausarzt diagnostizierten die Ärzte der I.____ beim Beschwerdeführer eine Hörminderung beidseits, passend zu einer Presbyakusis; DD (Differentialdiagnose) im Rahmen von langjähriger Lärmbelastung. Nach der heutigen Untersuchung reiche die Hörminderung für eine finanzielle Unterstützung durch die IV jedoch nicht aus. Da der Leidensdruck aber sehr hoch sei, werde sich der Patient dennoch bei der IV anmelden. In der Folge könnten dann im Rahmen einer Reevaluation erweiterte Hörtests vorgenommen werden (IV-Nr. 126, S. 8 f.).

5.4.2 Am 24. April 2018 erstattete Dr. med. N.____, H.____, Bericht an den Hausarzt des Beschwerdeführers über die am 23. April 2018 durchgeführte MRI Arthrographie des linken Ellenbogens. In seiner Beurteilung führte Dr. med. N.____ aus, dass sich eine ausgedehnte fleckige Signalstörung der artikulierenden Radiusköpfchen und Capitulum humeri resp. auch Trochlea mit Usuren und Geröllzysten gezeigt hätten; daneben seien vorbestehende Osteophyten abzugrenzen. Gleichzeitig sei die Synovia hypertroph. Der Befund passe in erster Linie zu einer Arthritis. Für eine lediglich aktivierte Arthrose sei das Knochenmarksödem zu deutlich ausgeprägt. Ein freier intraartikulärer Gelenkkörper, der eine Blockade erklären könnte, habe sich nicht gefunden.

5.4.3 Die Ärzte des G.____ berichteten am 21. Dezember 2018 dem Hausarzt des Beschwerdeführers über dessen Klinikaufenthalt vom 20. ■ 24. Dezember 2018, nachdem sich der Beschwerdeführer am 20. Dezember 2018 einer Arthroskopie am linken

Ellenbogen mit «Synovialektomie, Débridement, freie Gelenkskörper-Entfernung, Osteophytenabtragung und Notchplastik» unterzogen hatte. Sie diagnostizierten eine posttraumatische Ellenbogenarthrose links nach Unfall mit zirka 15 Jahren. Als Nebendiagnosen führten sie eine arterielle Hypertonie, eine Spinalkanalstenose und eine sekundäre Gonarthrose links nach Arbeitsunfall vor Jahren an. Ferner sprachen die Ärzte von einem problemlosen intra- und postoperativen Verlauf. Sie hätten den Patienten am 24. Dezember 2018 in gutem Allgemeinzustand und mit trockenen und reizlosen Wundverhältnissen nach Hause entlassen können. Bei der Arbeitsunfähigkeit bei Austritt führten sie «Arbeitsunfähigkeit bis und mit 06.02.2019» an (IV-Nr. 126, S. 5 f.).

5.4.4 Am 21. Februar 2019 verfassten die Ärzte des G.____ einen weiteren Bericht an den Hausarzt, nachdem sich der Beschwerdeführer am 20. Februar 2019 bei ihnen in Behandlung befunden gehabt habe. Sie diagnostizierten einen Status nach Ellenbogenarthroskopie links, Synovialektomie, Débridement und Osteophytenabtragung mit Notchplastik am 20. Dezember 2018 bei posttraumatischer und humeroradial betonter Ellenbogenarthrose links nach Unfall im Alter von zirka 15 Jahren. Als Nebendiagnosen gaben sie wiederum eine arterielle Hypertonie, eine Spinalkanalstenose und eine sekundäre Gonarthrose links nach Arbeitsunfall vor Jahren an. Der Patient habe berichtet, dass er nach wie vor Schmerzen habe; diese seien jedoch besser als vor der Operation. Die Beweglichkeit sei noch eingeschränkt, insbesondere die Beugung. Insgesamt sei er aber mit dem postoperativen Ergebnis zufrieden. Im Rahmen der Beurteilung führten die Ärzte aus, dass sei ein regelrechter postoperativer Verlauf vorliege. Nun sei es wichtig, die Beweglichkeit weiter mit der Physiotherapie zu trainieren, insbesondere die Flexion (IV-Nr. 126, S. 3 f.).

5.4.5 Der Hausarzt des Beschwerdeführers, Dr. med. E.____, hielt in seinem Bericht vom 22. August 2019 Folgendes fest: Nach Verschlechterung der gesundheitlichen Situation habe der Patient einen neuen Antrag auf Rente an die IV Solothurn gestellt. Die IV habe vorgesehen, auf den Antrag nicht einzutreten, da keine neuen, gesundheitlichen Aspekte vorhanden seien; dies möchte er mit diesem Bericht widerlegen. Er hoffe, dass die IV auf das Gesuch eintrete und eine genauere Prüfung vornehme. Sein Patient leide neben einer hypertensiven Herzkrankheit und einer Presbyakusis nach Lärmbelastung am Arbeitsplatz an drei Hauptproblemen, die einen gesundheitlichen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit hätten. Zwei Beschwerden seien von der IV schon einmal behandelt worden, nämlich eine erhebliche Spinalkanalstenose auf der Höhe L4/5 mit Restlumen von weniger als 1 cm², und eine posttraumatische Pangonarthrose links nach einem Unfall 1989, Das dritte Problem sei eine posttraumatische, humeroradial betonte Ellbogenarthrose links. Diese Ellbogenarthrose sei neu und habe sich im letzten Jahr erheblich verschlechtert; deswegen sei der Patient im Dezember 2018 in Basel operiert worden. Die Operation habe eine Verbesserung gebracht. Es persistierten aber eine Bewegungseinschränkung und Schmerzen. Die freie Flexion sei zirka 100 ■ 110 Grad, das Extensionsdefizit 5 Grad. Die Pro- und Supination seien 80/0/80 Grad. Das Tragen von schwereren Lasten sei nicht möglich. Die Komplexität der Probleme zusammen, d.h. hypertensive HK, Presbyakusis, Spinalkanalstenose, Pangonarthrose links und Ellbogenarthrose links mit Bewegungseinschränkung, begründeten ■ so Dr. med. E.____ ■ das Eintreten auf eine Rentenprüfung. Es folgt dann eine Aufzählung der vorstehend erwähnten Diagnosen (IV-Nr. 126, S. 2).

5.4.6 In der Aktennotiz vom 2. Oktober 2019 hielt die RAD-Ärztin Dr. med. F. ____, nachdem sie Ausführungen über den aktenmässigen Verlauf gemacht hatte, Folgendes fest: Im Vergleich zur Voruntersuchung vom 23. August 2008 bezüglich bekannter degenerativer Veränderungen der L2-S1 liege keine wesentliche Befundänderung vor. Die rechts foraminale/extraforaminale Diskushernie L2/3 sei diskret. Die gesamten beigelegten medizinischen Unterlagen stellten behandel- bzw. kompensierbare (Presbyakusis bspw. durch den Einsatz eines Hörgerätes) und somit nicht dauerhaft invalidisierende Erkrankungen dar. Die nun neu aufgeführte Arthrose des linken Ellenbogens sei aktenkundig Folge des Unfalls mit zirka 15 Jahren und besteht somit ebenfalls schon langjährig. Bei der durchgeführten Arthroskopie im Dezember 2018 sei ein regelrechter Heilungsverlauf dokumentiert. Physiotherapie sei empfohlen worden. Bei Beschwerden sollte sich der Versicherte wieder in Basel vorstellen; hierüber seien keine Unterlagen vorhanden, so dass indirekt auf eine Beschwerdearmut geschlossen werden könne. Wie der Hausarzt beschrieben habe, sei aufgrund der Schmerzen und leichten Bewegungseinschränkungen nur das schwere Heben eingeschränkt, so dass der Versicherte für jede leichte bis mittelschwere Verweistätigkeit voll arbeitsfähig wäre (IV-Nr. 128).

5.4.7 Am 3. Dezember 2019 ergänzte die RAD-Ärztin ihre Beurteilung wie folgt: Ein Bluthochdruck (Hypertonie) sei im (B.____-)Gutachten vom 4. Mai (recte: 22. April) 2009 gemessen worden. Hypertensionen bzw. die verschiedenen Stadien einer Herzinsuffizienz seien je nach Stadium, insbesondere in den unteren Stadien, gut behandelbar (Medikamente und Lebensstil). Sie hätten bei guter Compliance somit keinen relevanten Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit, insbesondere nicht auf eine solche, die nicht schwer körperlich und somit die Herzfähigkeit fordernd seien. Die persistierende Einschränkung am Ellenbogen seien aufgrund der gemessenen Werte der sog. standardisierten Neutral-Null-Methode zum Bewegungsausmass minim, so dass zwar eine Einschränkung für schwere Lasten, nicht jedoch für die Verweistätigkeit nachvollziehbar sei (Normwerte des Gesunden nach Neutral-Null-Methode: Flexion zirka max. 150°, Pro- und Supination zirka 80° ■ 90°) (A.S. 26).

5.5

5.5.1 Was die Ellenbogenarthrose anbelangt, handelt es sich hierbei unbestrittenermassen um eine neue Diagnose. Für eine Neuanmeldung genügt allerdings eine neu gestellte Diagnose per se nicht, um eine erhebliche Veränderung des Gesundheitszustandes glaubhaft zu machen, da damit über das quantitative Element einer relevanten, die Arbeitsfähigkeit schmälernenden Veränderung des Gesundheitszustandes nicht zwingend etwas ausgesagt wird (Entscheid des Bundesgerichts 8C_175/2019 vom 30. Juli 2019 E. 3.2.2 m.H.a. 8C_244/2016 vom 21. Juni 2016 E. 3.5 und dort auf BGE 141 V 9 E. 5.2 S. 12). Zwar haben die Ärzte des G. ____ dem Beschwerdeführer am 21. Dezember 2018 eine Arbeitsunfähigkeit ■ wenn auch nicht näher substantiiert und quantifiziert ■ bis 6. Februar 2019 attestiert, jedoch von einem problemlosen intra- und postoperativen Verlauf gesprochen (IV-Nr. 126, S. 5 f.), letzteres in ihrem Bericht vom 21. Februar 2019 bestätigt und dem Beschwerdeführer empfohlen, nunmehr mittels Physiotherapie die Beweglichkeit zu trainieren (IV-Nr. 126, S. 3 f.); dass sich der Beschwerdeführer in dieser Sache wegen der geltend gemachten Schmerzen (IV-Nr. 126, S. 2) weiter in fachärztlicher Behandlung befunden hätte und deswegen eine längere Arbeitsunfähigkeit attestiert worden wäre, ergibt sich aus den Akten nicht. Wenn der Hausarzt die angebliche erhebliche Verschlechterung der Ellenbogenarthrose zudem mit einer Bewegungseinschränkung (IV-Nr. 126, S. 2)

begründet hat, weichen seine Angaben vom 22. August 2019 nicht wesentlich von jenen der Ärzte des G.____ vom 21. Februar 2019 (IV-Nr. 126, S. 3) ab, was denn auch die RAD-Ärztin am 3. Dezember 2019 festgehalten hat; so hat diese die persistierende Einschränkung am Ellenbogen aufgrund der gemessenen Werte der sog. standardisierten Neutral-Null-Methode zum Bewegungsausmass im Vergleich zu den Normwerten eines Gesunden als minim und eine Einschränkung für schwere Lasten, nicht jedoch für die Verweistätigkeit als nachvollziehbar bezeichnet (vgl. E. II. 5.3.7 hiervor/A.S. 26). Es kommt hinzu, dass keine Angaben über den Verlauf der durch die Ärzte des G.____ empfohlenen Physiotherapie vorliegen und somit auch nicht bekannt ist, ob der Beschwerdeführer dieser fachärztlichen Empfehlung nachgekommen ist und wie es mit dem Therapieverlauf/-erfolg aussieht.

Den auch an dieser Stelle vorgebrachten Einwänden des Beschwerdeführers, Dr. med. F.____ habe keine eigene Untersuchung durchgeführt, und ihr fehle es als Allgemeinärztin am erforderlichen fachspezifischen Wissen (A.S. 47 f.), ist die Beschwerdegegnerin mit dem Hinweis begegnet, die RAD-Ärzte hätten im Rahmen ihrer beruflichen Tätigkeit bei der IV-Stelle auch medizinische Sachverhalte zu beurteilen, die nicht unter ihren Facharzttitel fielen (A.S. 54). Entgegen der Auffassung des Beschwerdeführers ist es nicht zwingend erforderlich, dass der RAD-Arzt die versicherte Person persönlich untersucht, im vorliegenden Fall schon alleine aus dem Umstand fehlender, eine relevante Veränderung des Gesundheitszustands des Beschwerdeführers belegender Berichte. Nach Art. 49 Abs. 2 IVV (vgl. E. II. 2.5 hiervor) führt der RAD für die Beurteilung der medizinischen Voraussetzungen des Leistungsanspruchs nur «bei Bedarf» selber ärztliche Untersuchungen durch. In den übrigen Fällen stützt er seine Beurteilung auf die vorhandenen ärztlichen Unterlagen ab. Berichte und Stellungnahmen regionaler ärztlicher Dienste, welche nicht auf eigenen Untersuchungen beruhen, können beweiskräftig sein, sofern ein lückenloser Befund vorliegt und es im Wesentlichen nur um die Beurteilung eines an sich feststehenden medizinischen Sachverhalts geht, mithin die direkte fachärztliche Befassung mit der versicherten Person in den Hintergrund rückt (Urteil des Bundesgerichts 9C_309/2015 vom 27. Oktober 2015 E. 1). Nicht gefolgt werden kann schliesslich der Rüge des Beschwerdeführers, die RAD-Ärztin sei für die Beurteilung fachlich nicht hinreichend qualifiziert. Als Allgemeinmedizinerin ist Dr. med. F.____ in der Lage, die Berichte und Befunde von Spezialärzten zu würdigen, zumal es sich hier um bereits klar feststehende, durch spezialärztliche Berichte ausführlich dokumentierte medizinische Sachverhalte handelt. Andererseits gilt es zu beachten, dass die behandelnden Ärztinnen und Ärzte in einem auftragsrechtlichen Verhältnis zur versicherten Person stehen und sich denn auch in erster Linie auf die Behandlung zu konzentrieren haben. Zudem spricht die Gerichtspraxis von einer Erfahrungstatsache, wonach Hausärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung im Zweifelsfall eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 135 V 465 E. 4.5 S. 470); dies gilt für den allgemein praktizierenden Hausarzt ■ Dr. med. E.____ ■ wie auch den behandelnden Spezialarzt (Urteil des Bundesgerichts 9C_559/2012 vom 27. November 2012 E. 1.4 mit Hinweis). Zusammenfassend ist festzustellen, dass die RAD-Ärztin Dr. med. F.____ in ihren Stellungnahmen vom 2. Oktober (IV-Nr. 128) und 3. Dezember 2019 (A.S. 26), gestützt auf die vorhandenen medizinischen Unterlagen, eine nachvollziehbare Einschätzung der durch den Beschwerdeführer eingereichten Berichte vorgenommen hat. Ihre Berichterstattung ist auf jeden Fall ausreichend und beweiskräftig, um die Frage, ob sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers in der Zwischenzeit verändert hat bzw. dies glaubhaft gemacht

worden ist, zu beurteilen.

5.5.2 Neu ist ■ wofür ebenfalls das in E. II 5.5.1 Erwähnte gilt ■ ferner die Diagnose einer beidseitigen Hörminderung, die die Ärzte des I. ___ jedoch nicht in einem Ausmass qualifiziert haben, um von der Invalidenversicherung unterstützt zu werden (IV-Nr. 126, S. 9). Die RAD-Ärztin Dr. med. F. ___ hat denn auch zu Recht die Presbyakusis mittels Hörgerät als behandelbar und nicht dauerhaft invalidisierend bezeichnet (IV-Nr. 128, S. 2); ob sich der Beschwerdeführer in der Zwischenzeit bei der IV-Stelle um eine Hörgeräte-Versorgung bemüht hat, lässt sich den Akten nicht entnehmen. Schliesslich bleibt festzuhalten, dass ■ entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers (vgl. A.S. 48) ■ in diesem Fall keine Abklärungspflicht der Beschwerdegegnerin besteht.

5.5.3 Zur geltend gemachten Problematik der Hypertonie ist festzustellen, dass der Facharzt der Begutachtungsstelle B. ___ bereits anlässlich der internistischen/allgemeinmedizinischen Untersuchung vom 11. März 2009 beim Beschwerdeführer einen Blutdruck von 164/98 gemessen hatte (IV-Nr. 67.1, S. 8), was einem mässigen Bluthochdruck entspricht (vgl. <https://www.swissheart.ch/herzkrankheiten-hirnschlag/risikofaktoren/blutdruck/was-ist-bluthochdruck.html>). Wenn der Hausarzt am 22. August 2019 eine arterielle Hypertonie diagnostiziert hat, handelt es sich folglich um keine neue Diagnose, mithin auch um keine Änderung des Gesundheitszustands, zumal kein aktueller, gegenteilig lautender Arztbericht vorliegt; davon, dass der Beschwerdeführer deswegen bezüglich einer Verweistätigkeit eingeschränkt wäre, ist aufgrund der Beurteilung der RAD-Ärztin Dr. med. F. ___ nicht auszugehen. So seien denn auch ihrer Meinung Hypertensionen gut behandelbar und blieben ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit, insbesondere nicht auf die dem Beschwerdeführer zumutbaren Verweistätigkeiten (vgl. A.S. 26). Die diesbezüglichen Einwände des Beschwerdeführers, insbesondere der Vorwurf einer durch die IV-Ärztin implizit behaupteten Falschbehandlung des behandelnden Arztes (A.S. 48), stossen ins Leere.

5.5.4 Im Weiteren stellt sich der Beschwerdeführer auf den Standpunkt, bezüglich der rechts foraminalen/extraforaminalen Diskushernie L2/3, die bereits im Jahr 2014 diskret grössenprogredient () gewesen und als Veränderung des Gesundheitszustands zu betrachten sei, sei über fünf Jahre später nicht mehr mit dem gleichen Gesundheitszustand zu rechnen (A.S. 12); mit einem stationären Verhalten sei nicht zu rechnen (A.S. 49). Mit Blick auf die Beurteilung von Dr. med. M. ___ im Bericht vom 27. März 2014 (vgl. E. II. 5.3 hiervor/IV-Nr. 126, S. 10) ist alleine wegen des Zeitablaufs nicht ohne Weiteres von einer Verschlechterung bezüglich der damals diagnostizierten Spinalkanalstenose auszugehen; insbesondere liegen keine aktuellen bildgebenden Berichte vor. Dazu kommt, dass der Hausarzt des Beschwerdeführers in seinem Bericht vom 22. August 2019 (IV-Nr. 126, S. 2) lediglich eine bereits aus früheren Berichten bekannte Diagnose wiederholt und zur Begründung auf das Eintreten der Neuanmeldung einzig die Komplexität der Probleme anführt (vgl. IV-Nr. 67.1, S. 18; 106, S. 3); dass bezüglich der Spinalkanalstenose wie auch den anderen angeführten Problemen explizit eine Verschlechterung eingetreten wäre, geht aus seinen Ausführungen nicht hervor. Im gleichen Sinne verhält es sich auch mit der ebenfalls angesprochenen, sich angeblich verschlechterten Pangonarthrose (A.S. 11), wozu die Beschwerdegegnerin in der Beschwerdeantwort zutreffend Stellung genommen hat, worauf verwiesen werden kann (A.S. 24).

5.6 Folglich ergeben sich aus den durch den Beschwerdeführer eingereichten Arztberichten wie auch aus der Stellungnahme des Hausarztes Dr. med. E. ___ ■ dessen

Einschätzung mit Blick auf die beweisrechtlich bedeutsame Verschiedenheit von Behandlungs-/Therapieauftrag, wie vorstehend bereits angeführt (vgl. E. II. 5.5.1, 2. Abs.) besonders sorgfältig zu würdigen ist ■ keine Hinweise, die glaubhaft machen würden, der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers habe sich seit der letzten massgebenden Verfügung vom 13. Juni 2013 erheblich verschlechtert. Was der Beschwerdeführer dagegen vorgebracht hat, ist unbehelflich. Wenn er eine Verschlechterung seines Gesundheitszustands geltend macht, basiert diese Annahme nicht auf ärztlichen Feststellungen, sondern auf seiner persönlichen Einschätzung. Somit ist nicht zu beanstanden, wenn die Beschwerdegegnerin zum Schluss gekommen ist, eine Veränderung des Gesundheitszustands des Beschwerdeführers sei nicht glaubhaft dargelegt worden. Sie hat sich dabei bezüglich den Anforderungen an die Glaubhaftmachung im Rahmen eines Beurteilungsspielraums bewegt, der angemessen erscheint und denn auch zu respektieren ist.

6. Zusammenfassend bleibt festzustellen, dass die Beschwerdegegnerin angesichts der vorliegenden medizinischen Akten und mit Blick auf die beweisrechtlichen Anforderungen keinen zu hohen Massstab an das Glaubhaftmachen im Sinne von Art. 87 Abs. 3 IVV gestellt hat. Die Beschwerde erweist sich somit als unbegründet, weshalb diese abzuweisen ist.

E. 5

Juni 2013 E. 2.1). Wird auch innerhalb der Nachfrist keine erhebliche Veränderung glaubhaft gemacht, ist ein Nichteintretensentscheid zu fällen. Das Gericht prüft in dieser Konstellation im Beschwerdefall einzig, ob zu Recht ein Nichteintretensentscheid ergangen ist. Es legt dem Urteil den Sachverhalt zugrunde, der sich dem Versicherer geboten hat. Massgebend ist in dieser Konstellation auch für das Gericht im Beschwerdeverfahren die Aktenlage bei Erlass der Verfügung (BGE 130 V 64 E. 5 S. 66 f. und E. 5.2 S. 67 ff.; Urteil des Bundesgerichts 9C_799/2016 vom 21. März 2017 E. 2.1). Der Untersuchungsgrundsatz gilt in diesem Zusammenhang nicht (Urteil des Bundesgerichts 9C_755/2016 vom 16. November 2016). 2.5 Die regionalen ärztlichen Dienste (RAD) setzen gemäss Art. 59 Abs. 2 bis IVG die für die Invalidenversicherung nach Artikel 6 ATSG massgebende funktionelle Leistungsfähigkeit der Versicherten fest, eine zumutbare Erwerbstätigkeit oder Tätigkeit im Aufgabenbereich auszuüben. Nach Art. 49 IVV beurteilen sie die medizinischen Voraussetzungen des Leistungsanspruchs. Die geeigneten Prüfmethode können sie im Rahmen ihrer medizinischen Fachkompetenz und der allgemeinen fachlichen Weisungen des Bundesamtes frei wählen (Abs. 1). Die regionalen ärztlichen Dienste können bei Bedarf selber ärztliche Untersuchungen von Versicherten durchführen. Sie halten die Untersuchungsergebnisse schriftlich fest (Abs. 2). Sie stehen den IV-Stellen der Region beratend zur Seite (Abs. 3). 3. Streitig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin auf das Leitungsbegehren (Neuanmeldung vom 14. Juli 2019) zu Recht nicht eingetreten ist. 4. 4.1 Die Beschwerdegegnerin hat sich im angefochtenen Entscheid auf den Standpunkt gestellt, die dem Einwandschreiben des Beschwerdeführers vom 2. September 2019 beigelegten medizinischen Unterlagen von Dr. med. E.____, dem G.____, dem H.____ sowie dem I.____ vermöchten keine Anhaltspunkte zu liefern, dass sich seine gesundheitlichen Verhältnisse seit ihren letzten Entscheiden vom 13. Juni 2013 und 12. Mai 2014 (Nichteintreten) in anspruchrelevanter Weise verändert hätten (IV-Nr. 129). Ergänzend führt sie in der Beschwerdeantwort Folgendes an: Im Bericht vom 22. August 2019 von Dr. med. E.____ (Hausarzt) würden fünf aktuelle Diagnosen aufgeführt. Seinem

Einwand vom 26. August 2019 habe der Beschwerdeführer fünf weitere Arztberichte beigelegt; drei davon beträfen die Ellenbogenarthrose, einer die Presbyakusis (Altersschwerhörigkeit) und einer die Lendenwirbelsäule. Abgesehen davon seien bis dato keine weiteren Unterlagen eingegangen. Zur Ellenbogenarthrose: Zwar handle es sich bei der Ellenbogenarthrose um eine neue Diagnose; eine solche genüge per se jedoch nicht, um eine erhebliche Veränderung des Gesundheitszustands glaubhaft zu machen, da damit über das quantitative Element einer relevanten, die Arbeitsfähigkeit schmälernenden Veränderung des Gesundheitszustands nicht zwingend etwas ausgesagt werde (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_244/2016 vom 21. Juni 2016 E. 3.5). Nach Sichtung der mit dem Einwand eingereichten Arztberichte (21. Februar 2019, 21. Dezember 2018 und 24. April 2018) habe der RAD in seiner Aktennotiz vom 2. Oktober 2019 festgehalten, dass vorliegend ein regelrechter Heilungsverlauf erfolgt sei. Bei vermehrten Beschwerden hätte sich der Beschwerdeführer wieder im G.____, wo er am 20. Dezember 2018 operiert worden sei, vorstellen sollen; hierüber seien keine Unterlagen vorhanden, so dass indirekt auf eine Beschwerdearmut geschlossen werden könne. Wie der Hausarzt beschrieben habe, sei aufgrund der Schmerzen und leichten Bewegungseinschränkungen nur das schwere Heben eingeschränkt, so dass der Beschwerdeführer für jede leichte Verweistätigkeit voll arbeitsfähig sei. Der RAD habe in seiner Aktennotiz vom 3. Dezember 2019 präzisiert, dass die persistierende Einschränkung am Ellenbogen aufgrund der gemessenen Werte der sog. standardisierten Neutral-Null-Methode zum Bewegungsausmass minim sei, so dass zwar eine Einschränkung für schwere Lasten, nicht jedoch für die Verweistätigkeit nachvollziehbar sei. Normwerte des Gesunden nach der Neutral-Null-Methode: Flexion zirka max. 150°, Pro- und Supination zirka 80 – 90°. Zum Vergleich die aktuellen Werte des Beschwerdeführers: Flexion zirka 100 – 110°, Extensionsdefizit 5°, Pro- und Supination 80/0/80° (vgl. Bericht von Dr. med. E.____ vom 22. August 2019). Zur Hypertonie: Ein Bluthochdruck sei bereits im B.____-Gutachten vom 22. April 2009 festgestellt worden; insofern handle es sich dabei nicht um eine neue Diagnose. Da keine diesbezüglichen Unterlagen vorlägen, könne davon ausgegangen werden, dass der Beschwerdeführer deswegen in Behandlung sei und daraus keine relevante Einschränkung der Arbeitsfähigkeit resultiere, insbesondere nicht in einer körperlich leichten Verweistätigkeit, wie sie bereits im -Gutachten vom 22. April 2009 und im Kreisarztbericht der Suva vom 24. Januar 2011 definiert worden sei. Zur Presbyakusis: Diese Diagnose sei zwar neu, reiche jedoch selbst gemäss Arztbericht vom 28. November 2014 für eine finanzielle Unterstützung durch die IV nicht aus. Auch der RAD habe in seiner Aktennotiz vom 2. Oktober 2019 festgehalten, dass die Presbyakusis behandel- bzw. kompensierbar sei (bspw. durch den Einsatz eines Hörgeräts) und somit nicht eine dauerhaft invalidisierende Erkrankung darstelle. Zur Spinalkanalstenose: Der Bericht zur MRI der LWS datiere vom 27. März 2014, liege mithin bald sechs Jahre zurück; darin werde festgehalten, dass die Voruntersuchung am 23. August 2008 stattgefunden habe. Dazwischen lägen fünfeinhalb Jahre. Die bekannten degenerativen Veränderungen L2-S1 seien ohne wesentliche Befundänderung. Die Diskushernie L2/3 sei diskret grössenprogredient. Die Diskushernie L4/5 hingegen sei diskret grössenregredient. Die Diskushernien L3/4 sowie L5/S1 seien stationär. Im Niveau L4/5 komme es zu einer Spinalkanalstenose mit Einengungen, vor allem auf der rechten Seite. Eine weniger ausgeprägte Spinalkanaleinengung zeige sich auch im Niveau L3/4. Im Niveau L5/S1 gebe es keine sichere Neurokompression. Der Zeitfaktor alleine sei kein Indiz für eine Verschlechterung. Im vorliegenden Fall habe in den fünfeinhalb Jahren (2008 – 2014) insgesamt keine wesentliche Befundänderung stattgefunden. Daraus lasse sich

schliessen, dass in den bald sechs Jahren, die seit der MRI vergangen seien (2014 bis dato), auch nicht zwingend eine wesentliche Verschlechterung stattgefunden haben müsse; dies gelte umso mehr, da keine aktuelleren Arzt-/MRI-Berichte vorlägen. Die von Dr. med. E.____ im Bericht vom 22. August 2019 aufgeführte, erhebliche Spinalkanalstenose auf der Höhe L4/5 mit Restlumen von weniger als 1 cm 2 sei so bereits im B.____-Gutachten vom 22. April 2009 (S. 14, 17) diagnostiziert und auch im Arztbericht von Dr. med. E.____ vom 3. Januar 2013 erwähnt worden. Daraus lasse sich schliessen, dass die Spinalkanalstenose seit Jahren stationär sei. Zur Pangonarthrose: Der Zeitfaktor alleine sei kein Indiz dafür, dass sich die bestehende Pangonarthrose verschlechtert habe. Da keine diesbezüglichen Arztberichte eingereicht worden seien, könne davon ausgegangen werden, dass sich der Zustand nicht verschlechtert habe. Andernfalls hätte der Beschwerdeführer wohl einen Arzt aufgesucht. Alleine der Umstand, dass diese Diagnose in anderen medizinischen Berichten erwähnt werde, lasse nicht auf einen Leidensdruck schliessen. Einmal gestellte Diagnosen würden in künftigen Arztberichten bekanntlich immer wieder aufgeführt, unabhängig davon, ob die Diagnose in der Sprechstunde Thema gewesen oder der Patient deswegen behandelt worden sei. Aufgrund der im Rahmen der Neuanmeldung eingereichten medizinischen Unterlagen könne nicht von einer erheblichen Sachverhaltsänderung bzw. relevanten gesundheitlichen Verschlechterung ausgegangen werden, die die grundsätzlich bestehende 100%ige Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit andauernd schmälern würde. Die Glaubhaftmachung einer andauernden gesundheitlichen Verschlechterung seit Erlass der rechtskräftigen rentenablehnenden Verfügung vom 13. Juni 2013 sei daher zu verneinen (A.S. 23 ff.).

4.2 Demgegenüber hat der Beschwerdeführer in der Beschwerde zusammenfassend vorgebracht, es bestünden mehrere Anhaltspunkte, die einen wesentlichen Einfluss auf den Invaliditätsgrad haben könnten. Die Beschwerdegegnerin hätte damit auf das Gesuch eintreten müssen. Alleine die Operation am Ellenbogen beweise eine veränderte gesundheitliche Situation. Ferner hätten bereits im Jahr 2014 progressive Veränderungen der Diskushernie L2/3 mit Kontakt zur abgehenden Nervenwurzel L2 rechts bestanden. Es sei zudem nicht davon auszugehen, dass sich die Situation in den folgenden fünf Jahren verbessert habe. So werde denn im Bericht des H.____ vom 27. März 2014 von grössenprogredient gesprochen. Die Anforderungen an ein Glaubhaftmachen seien vorliegend erfüllt (A.S. 13). In der Replik wird im Wesentlichen ausgeführt, dass der RAD bezüglich der Ellenbogenproblematik keine eigene Untersuchung durchgeführt habe und es der Allgemeinärztin am erforderlichen fachspezifischen Wissen fehle. Immerhin sei die Beschwerdegegnerin auf ihrer Aussage zu behaften, dass mit der Ellenbogenarthrose eine neue Diagnose vorliege. Den Ausführungen der Beschwerdegegnerin über die sogenannte standardisierte Neural-Null-Methode zum Bewegungsausmass könne nicht gefolgt werden. Was die Hypertonie anbelange, sei der Aussage einer fachfremden Ärztin, die sich auf über 10 Jahre alte Messwerte beziehe, nicht zu folgen. Auch die Diagnose Presbyakusis anerkenne die Beschwerdegegnerin als neue Diagnose. Zur Spinalkanalstenose widerspreche es jeglicher Evidenz zu behaupten, eine grössenprogrediente Diskushernie habe sich in den letzten Jahren stationär verhalten. Die Aussage der Beschwerdegegnerin, der Beschwerdeführer hätte im Falle einer Verschlechterung bezüglich Pangonarthrose einen Arzt aufgesucht, sei absurd und unrealistisch. Er sei ständig in ärztlicher Behandlung. Sein Gesundheitszustand habe sich nachweislich verändert (A.S. 47 ff.).

4.3 In der Duplik verweist die Beschwerdegegnerin auf die bisherigen Ausführungen und hält ergänzend Folgendes fest: Auf Seite 4 der Replik zur Ellenbogenarthrose habe der Beschwerdeführer erwähnt, den Ausführungen, wonach die gemessenen Werte der

standardisierten Neutral-Null-Methode zum Bewegungsausmass des Ellenbogens minim sein, könne nicht gefolgt werden. Er habe hierzu auf einen Link verwiesen und sei der Meinung, dass die vorliegende Einschränkung (Flexion kleiner als 120°) durchaus als Operationsindikation angesehen werde und näher geprüft werden müsse. Es genüge jedoch nicht, lediglich auf das hinzuweisen, was vermeintlich für den Beschwerdeführer spreche. Wenn schon auf den Artikel «Einstellung nach Ellenbogenverletzung» (aus dem Jahr 2013) Bezug genommen werde, so müsse dieser in seiner Gesamtheit gelesen werden. Unter dem Titel «Behandlung» werde Folgendes angegeben: “Generell sind die Vermeidung von länger dauernder Ruhigstellung und die intensive konservative Therapie mit multimodaler Physiotherapie die Behandlung der ersten Wahl. Besteht trotzdem eine funktionell wirksame Bewegungseinschränkung – Extensionsdefizit >30°, Flexion <120° und Pro-/Supination <50° – muss die Indikation zu operativen Interventionen geprüft werden.»

Nochmals zum Vergleich die aktuellen Werte des Beschwerdeführers gemäss Bericht des G. ___ vom 21. Februar 2019: «Flexion/Extension 100/5/0°, aktiv-assistiv kann sogar eine Flexion von 110 – 120° erreicht werden, Supination/Pronation 80/0/80°». Das Extensionsdefizit sei nicht grösser als 30°, und die Pro-/Supination sei nicht kleiner als 50°. Einzig die Flexion sei (aktiv-assistiv ausgeklammert) minim kleiner als 120°; dies tue jedoch nichts zur Sache. So habe der Vertreter des Beschwerdeführers offenbar vergessen oder übersehen, dass sein Mandant am 20. Dezember 2018 bereits am Ellenbogen operiert worden sei, die Werte des Beschwerdeführers nach erfolgter Operation gemessen worden seien und sich die im Link aufgeführten Vergleichswerte auf eine noch nicht operierte Person bezögen. Der Link könne schon allein deshalb nicht für den vorliegenden Sachverhalt herangezogen werden. In soeben erwähntem Bericht des G. ___ werde ausserdem von einem regelrechten postoperativen Verlauf und davon berichtet, dass der Beschwerdeführer mit dem postoperativen Ergebnis zufrieden sei. Auf Seite 5 der Replik zur Hypertonie habe der Beschwerdeführer ausgeführt, dass sich die RAD-Ärztin bezüglich der Hypertensionen auf einen Bluthochdruck aus dem Jahr 2009 bezogen habe. Dieser Bezug sei nur gemacht worden, um aufzuzeigen, dass es sich dabei nicht um eine neue Diagnose handle, sondern diese bereits im Jahr 2009 vorgelegen habe. Weiter habe der Beschwerdeführer gerügt, dass die RAD-Ärztin mit der Aussage, wonach Hypertensionen gut behandelbar seien, implizit behauptet habe, sein Arzt würde ihn falsch behandeln; dies sei unzutreffend. Diese Aussage beziehe sich einzig auf die Tatsache, dass Hypertensionen in der Regel keinen relevanten Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit hätten. Es bleibe anzumerken, dass der IV-Stelle im Rahmen der Neuanmeldung keine aktuellen Werte zur Hypertonie eingereicht worden seien. Auf Seite 5 der Replik zur Presbyakusis werde festgehalten, es erscheine dem Beschwerdeführer sonderbar, dass die IV-Stelle die Abklärung der Presbyakusis ablehne, sei sie doch für eine mögliche Hörgeräteversorgung zuständig. Auch diese Aussage sei falsch. Damit die IV-Stelle die Kosten für eine Hörgeräteversorgung übernehme, müsse ein Hörverlust mit einem bestimmten Schweregrad vorliegen. Im vorliegenden Fall seien jedoch die Behandler der Meinung, dass die Hörminderung für eine finanzielle Unterstützung durch die IV-Stelle nicht ausreiche (vgl. Arztbericht vom 28. November 2014). Der Beschwerdeführer habe mehrmals ausgeführt, dass die RAD-Ärztin Beurteilungen in fachfremden Disziplinen vorgenommen habe. Es liege in der Natur der Sache, dass RAD-Ärzte im Rahmen ihrer beruflichen Tätigkeit bei der IV-Stelle auch medizinische Sachverhalte zu beurteilen hätten, die nicht unter ihren Facharztstitel fielen; daraus könne allerdings nichts zu Gunsten des Beschwerdeführers abgeleitet werden. Ob gestützt auf die Aktenlage eine Beurteilung abgegeben werden könne,

oder ob weitere Abklärungen wie eine persönliche Untersuchung oder Rückfragen bei Fachärzten etc. angezeigt seien, liege im Ermessen des jeweiligen RAD-Arztes (A.S. 53 f.).

5. Den zeitlichen Referenzpunkt für die Prüfung einer anspruchserheblichen Änderung bildet die letzte (der versicherten Person eröffnete) rechtskräftige Verfügung, die auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Durchführung eines Einkommensvergleichs (bei Anhaltspunkten für eine Änderung in den erwerblichen Auswirkungen des Gesundheitszustands) beruht; vorbehalten bleibt die Rechtsprechung zur Wiedererwägung und prozessualen Revision (BGE 130 V 77 E. 3.2.3).

5.1 Zu untersuchen ist zunächst, ob durch die am 26. August 2019 eingereichten Arztberichte (vgl. IV-Nr. 126) eine erhebliche, anspruchsrelevante Veränderung des Gesundheitszustands gegenüber der Situation bei Erlass der unwidersprochen gebliebenen und in der Folge in Rechtskraft erwachsenen Verfügung vom 13. Juni 2013 (IV-Nr. 115) glaubhaft gemacht worden ist; diesfalls hätte die Beschwerdegegnerin auf die Neuanmeldung eintreten müssen. Dazu ist einleitend festzuhalten, dass die Beschwerdegegnerin mit den Hinweisen im Vorbescheid vom 30. Juli 2019 auf die Prüfungsvoraussetzungen bezüglich der Notwendigkeit wesentlicher Änderungen in beruflicher oder medizinischer Hinsicht bzw. der Feststellung, es lägen keine solchen Änderungen (z.B. keine neuen Diagnosen, keine neuen Befunde) vor, und auf die Möglichkeit, innert 30 Tagen Einwand zu erheben, die verfahrensmässigen Vorgaben eingehalten hat. In der Folge hat der Beschwerdeführer am 26. August 2019 zur Bekräftigung seines Antrags verschiedene Arztberichte eingereicht (IV-Nr. 126). Die Überprüfungsbefugnis des Gerichts beschränkt sich daher auf die Aktenlage, die der Beschwerdegegnerin vorlag, als sie die angefochtene Verfügung vom 3. Oktober 2019 erlassen hat (vgl. E. II. 2.4 hiervor).

5.2 Im Zeitpunkt der Verfügung vom 13. Juni 2013 lagen der Beschwerdegegnerin – nebst verschiedenen, in zeitlicher Hinsicht weiter zurückliegenden Arztberichten – der Bericht des Hausarztes des Beschwerdeführers, Dr. med. E. ____, vom 1. Februar 2013 (IV-Nr. 106), und die Stellungnahme des RAD-Arztes Dr. med. C. ____, vom 14. März 2013 (IV-Nr. 107) vor. Diesen Unterlagen lässt sich im Wesentlichen Folgendes entnehmen:

5.2.1 Das polydisziplinäre Gutachten (internistisch/allgemeinmedizinisch, psychiatrisch, rheumatologisch) der Begutachtungsstelle B. ____, vom 22. April 2009 (IV-Nr. 67, S. 2 ff.) nennt die folgenden Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit: 1. posttraumatische mediale sowie femoropatelläre Gonarthrose links (ICD-10 M17.1) i) traumatische Re-Ruptur des vorderen Kreuzbandes nach Kniegelenksdistorsion ii) Status nach Kniegelenksarthroskopie links am 16.6.2006 mit medialer Hinterhornteilmeniskektomie und Shaving des rupturierten VKB-Transplantates iii) Status nach Kniegelenksarthroskopie links am 3.10.2006 mit medialer Teilmeniskektomie, Abtragen einer Plica medio-patellaris, zentralem Débridement im Bereich des rupturieren VKB-Transplantates 2. chronisches lumbospondylogenes Schmerzsyndrom linksbetont (ICD-10 M54.5) i) radiomorphologisch Osteochondrosen der Segmente LWK 3/4 bis LWK 5/S1, im Segment LWK 2/3 kleine extraforaminale rechtsseitige Diskusprotrusion, kleine Hernie mit marginalem Kontakt zur austretenden Wurzel LWK 2 rechts. Im Segment LWK 3/4 kleine neuroforaminale Hernie mit Kontakt zur Wurzel LWK 3 und marginal zur Wurzel LWK 4. Im Segment LWK 4/5 Kombination einer breitbasigen median rechtsakzentuierten Hernie und Facettenarthrose im Sinne einer Spinalkanalstenose mit einer Restlumenweite von weniger als 1 cm², dabei werden vor allem die Recessus eingeengt. Kleine mediale Diskusprotrusion und beginnende Hernie LWK 5/S1, hier ohne Neurokompression. ii) mässiggradige Abschwächung der

abdominellen und rückenstabilisierenden Muskelgruppen iii) DD lumboradikuläres Ausfallsyndrom L5 links Als Diagnose ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit wurde eine Schmerzverarbeitungsstörung (ICD-10 F54) erwähnt. In ihrer Beurteilung gelangten die Experten zum Ergebnis, aus rein rheumatologischer Sicht bestehe im angestammten Beruf als Bauarbeiter aufgrund der objektivierbaren Befunde eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit. Der Beschwerdeführer sei zuletzt mehrheitlich als Kranführer eingesetzt worden, wobei er diese Arbeit stehend ausgeübt habe mit einer Fernsteuerung, die er über die Schulter getragen habe. Diese mehrheitlich stehend ausgeübte Tätigkeit sei aufgrund der Kniegelenkspathologie ebenfalls nicht mehr zumutbar. Diese Unzumutbarkeit der angestammten Tätigkeit gelte seit dem Unfall vom 7. April 2006. Eine körperlich leichte wechselbelastende, adaptierte berufliche Tätigkeit könne dem Beschwerdeführer unter Berücksichtigung der folgenden Arbeitsplatzbedingungen zu 100 % zugemutet werden: Er müsse seine Arbeitsplatzsituation regelmässig selbständig wechseln können. Längeres fixiertes Sitzen oder Stehen am Ort über 20 bis 30 Minuten sei zu vermeiden. Das Zurücklegen von längeren Gehstrecken, insbesondere das Treppensteigen, sei nicht zumutbar. In diesem Sinne seien dem Beschwerdeführer manuell verarbeitende Tätigkeiten in mehrheitlicher Wechselposition zwischen sitzend und stehend vollumfänglich zuzumuten, da keinerlei pathologische Befunde im Bereich der oberen Extremitäten vorlägen. In diesem Rahmen wären dem Beschwerdeführer auch reine Überwachungsfunktionen ohne das Zurücklegen von Gehstrecken zuzumuten. Aus psychiatrischer und internistischer Sicht bestünden keine Einschränkungen (IV-Nr. 67.1, S. 18 f.). Diese Einschätzung bildete die medizinische Grundlage für die Verfügung vom 29. Januar 2010 (IV-Nr. 83).

5.2.2 Dem Bericht des Suva-Kreisarztes Dr. med. J.____ über die Abschlussuntersuchung vom 24. Mai 2007 (IV-Nr. 29, S. 4 ff.) lässt sich entnehmen, dass der Beschwerdeführer am 7. April 2006 ein Distorsionstrauma des linken Kniegelenks erlitten hatte. Am 9. Juni 2006 wurde eine Kniegelenksarthroskopie durchgeführt. Da der Beschwerdeführer angab, er verspüre sowohl in Ruhe als auch beim Gehen, Bewegen und nachts Schmerzen medial im Kniegelenk, wurde die kreisärztliche Untersuchung veranlasst. Dr. med. J.____ gelangte zum Ergebnis, das linke Kniegelenk weise klare organische Unfallfolgen auf im Sinne eines Fehlens des vorderen Kreuzbands und einer weitgehend medialbetonten Pangoarthrose. Die Arbeit am angestammten Arbeitsplatz auf dem Bau sei nicht mehr möglich, ausser wenn der Beschwerdeführer nur noch als Kranführer eingesetzt werden könnte. Ganztags zumutbar sei (entsprechend der Beurteilung durch die Rehaklinik [...]) eine leichte, wechselbelastende Arbeit ohne Zwangsstellungen des linken Knies. Weiter hielt der Kreisarzt fest, die Arthrose werde in den nächsten Jahren zunehmen, und weitere chirurgische Interventionen bis zur Totalprothese seien in Zukunft auch unter Berücksichtigung des Jahrgangs nicht auszuschliessen. In der Folge sprach die Suva dem Beschwerdeführer eine Invalidenrente aufgrund einer unfallbedingten Erwerbsunfähigkeit von 14 % zu (Einspracheentscheid vom 4. September 2009, IV-Nr. 79).

5.2.3 Weitere medizinische Unterlagen aus diesem Zeitraum lassen sich den Akten nicht entnehmen. Soweit der RAD-Arzt Dr. med. C.____ auf den vor der Neuanmeldung vom 2. März 2012 (IV-Nr. 85) ergangenen, kreisärztlichen Bericht vom 24. Januar 2011 verwiesen hat, lässt sich den Ausführungen von Dr. med. K.____, Facharzt FMH für Chirurgie, zert. med. Gutachter SIM, über die gleichentags erfolgte kreisärztliche Untersuchung des Beschwerdeführers Folgendes entnehmen: Aufgrund des aktenmässigen Verlaufs, den Angaben des Patienten sowie dessen Untersuchung gelangte der Kreisarzt im Rahmen seiner Beurteilung zu folgenden Diagnosen (IV-Nr. 106, S. 9): unfallkausal Anpralltrauma

linkes Kniegelenk am 7.4.2006 mit Ruptur einer VKB-Plastik aus dem Jahre 1989 (nicht Suva versichert) und - medialer Meniskusläsion - Status nach transarthroskopischer Hinterhornmeniskektomie am 9.6.2006 - Status nach erneuter transarthroskopischer Teilmeniskektomie und Débridement am 3.10.2006 - Status nach Sudeck Dystrophie nicht unfallkausal - Lumboischialgie bei degenerativen Veränderungen der LWS Im Weiteren führte der Kreisarzt aus, dass sich der Versicherte am 7. April 2006 das linke Kniegelenk angeschlagen habe. Es habe der Vorzustand nach VKB(vorderes Kreuzband)-Plastik bestanden. Er habe sich bei diesem Unfall die Ruptur der VKB-Plastik sowie eine mediale Meniskusläsion zugezogen. Zusätzlich leide der Versicherte an Lumboischialgien, die nicht unfallkausal seien; diese seien zweieinhalb Jahre nach dem Unfall geltend gemacht worden und könnten nicht als Folge eines hinkenden Gangbildes gesehen werden. So sei es nicht erwiesen, dass Rückenbeschwerden deswegen häufiger aufträten als in der Normalbevölkerung, und somit könne der Zusammenhang von Rückenbeschwerden nach Kniebeschwerden lediglich als möglich angesehen werden. Beim Versicherten liege weiterhin eine 100%ige Arbeitsfähigkeit mit folgendem Leistungsspektrum vor: Leichte wechselbelastende Tätigkeiten ohne repetitives Treppengehen, ohne das Besteigen von Leitern und Gerüsten, ohne hockende, kniende oder kauernde Tätigkeiten seien vollzeitig zumutbar. Im Vergleich zur Untersuchung vom 24. Mai 2007 könne keine Verschlechterung des Zustands gesehen werden. Somit ergebe sich keine weitere Einschränkung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit. Die demonstrierten Beschwerden liessen an eine Aggravation denken; insbesondere könne die Angabe, für geringe Entfernungen, z.B. beim Gang in den Keller, müsse die Schiene getragen werden, nicht nachvollzogen werden. Die Schiene sehe wie ladeneu aus. Die Klettverschlüsse müssten bei einem täglichen Gebrauch nach zwei Jahren deutliche Verschleissmerkmale zeigen, was jedoch nicht der Fall sei. Auffällig seien auch die gleichseitig abgelaufenen Schuhe, was für ein deutlich hinkfreieres Gangbild im «gewöhnlichen Leben» spreche. Zusammenfassend sei also keine wesentliche Verschlimmerung seit der Berentung eingetreten. Somit habe sich die Zumutbarkeit seit der Berentung nicht verändert (IV-Nr. 106, S. 9 f.). 5.2.4 Dr. med. E.____ diagnostizierte am 1. Februar 2013 beim Beschwerdeführer – mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit – eine posttraumatische mediale und femoropatelläre Gonarthrose (...) und ein chronisch lumbospondylogenes Schmerzsyndrom (Spinalkanalstenose mit Restlumenweite von weniger als 1 cm 2 L 4/5; aktuell zunehmende Symptome mit Claudicatio spinalis); ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit bestehe eine Schmerzverarbeitungsstörung. Die Arbeitsfähigkeit für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als ungelernter Kranführer betrage 50 % seit 2008 bis heute. Sein Gesundheitszustand habe sich verschlechtert. Im Weiteren gab der Hausarzt an, über die Vorgeschichte lägen ausführliche Gutachten des B.____ und der Suva vor. Er, Dr. med. E.____, nehme zur Zwischenanamnese Stellung: Der Patient arbeite seit 2008 nicht mehr. Er habe letztes Jahr versucht, gewisse Hilfsarbeiten zu machen, habe aber wieder aufhören müssen. Er gebe Schmerzen im Rücken und im linken Kniegelenk an. Der Patient habe Schmerzen im linken Kniegelenk und ein Instabilitätsgefühl beim Gehen angegeben. Die mögliche Gehstrecke betrage zirka einen Kilometer. Er habe Schmerzen im Rücken bei aufrechter Haltung. Eine Besserung ergebe sich im Sitzen. Dazu komme beim Stehen ein Schwächegefühl in den Beinen. Folgende Befunde gab Dr. med. E.____ an: «Beweglichkeit Knie Ii 120-0-0, mediale Aufklappbarkeit, ap-Instabilität». Weitere Befunde seien seit der letzten Begutachtung nicht erhoben worden. Ferner führte der Hausarzt aus, dass seit 2008 keine neuen, spezialärztlichen Untersuchungen und keine neue MR(I) der LWS 08 gemacht worden

seien. Er, Dr. med. E.____, denke, dass der Patient theoretisch zu zirka 50 % arbeitsunfähig wäre, und dies aus folgenden Gründen: Eine sitzende Tätigkeit könnte er halbtags ausüben. Die vorherige Tätigkeit sei nicht mehr zumutbar (s. B.____-Gutachten 2008 [recte: 2009; Am Anfang seines Berichts attestierte Dr. med. E.____ eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit seit 2008 für die bisherige Tätigkeit als Kranführer]). Eine intellektuelle Arbeit komme wegen seiner Bildung und den Sprachkenntnissen kaum in Frage. Eine stehende Tätigkeit könne er wegen dem Knie und dem Rücken nicht ausüben, eine sitzende komme aus dem gleichen Grund nur für zirka vier Stunden in Frage. Der Patient arbeite seit 2008 gar nicht mehr, weshalb seine Aussage, so Dr. med. E.____, hypothetisch sei. Der Patient fühle sich selbst als nicht mehr arbeitsfähig. Die Arme und der Kopf seien eigentlich uneingeschränkt belastbar. Schliesslich führte der Hausarzt an, dass dem Patienten die bisherige Tätigkeit nicht mehr, jedoch eine sitzende Tätigkeit ohne Belastung des Rückens und des linken Beins halbtags bzw. zu 50 % zuzumuten sei (IV-Nr. 106).

5.2.5 In seiner Stellungnahme vom 14. März 2013 hielt der RAD-Arzt Dr. med. C.____ fest, aus dem Bericht der Eingliederungsfachfrau L.____ vom 2. Januar 2013 gehe hervor, dass der Versicherte die notwendige Energie für ein Aufbautraining in der D.____ nicht habe aufbringen können und er sich für nicht mehr voll arbeitsfähig halte. Der Hausarzt Dr. med. E.____ habe in seinem Arztbericht vom 1. Januar 2013 die gleichen Diagnosen festgehalten, wie sie im Gutachten des B.____ vom 4. Mai 2009 aufgeführt worden seien. Seit 2008 seien keine neuen spezialärztlichen oder bildgebenden Untersuchungen mehr gemacht worden. Eine Verschlechterung des Gesundheitszustands seit dem B.____-Gutachten werde weder geltend gemacht noch belegt. Bei der Einschätzung der Arbeitsfähigkeit durch den Hausarzt (50 % seit 2008) handle es sich somit um eine andere Beurteilung eines unveränderten Gesundheitszustands. In der Beilage finde sich ein kreisärztlicher Bericht von Dr. med. K.____ vom 24. Januar 2011, worin keine Verschlechterung des Gesundheitszustands seit der letzten Untersuchung am 24. Mai 2007 festgestellt worden sei. Die Fragen beantwortete der RAD-Arzt wie folgt: Seit Januar 2010 könne von keiner Verschlechterung des Gesundheitszustands ausgegangen werden. Weitere medizinische Abklärungen seien nicht angezeigt (IV-Nr. 107, S. 3).

E. 5.2

S. 12). Zwar haben die Ärzte des G.____ dem Beschwerdeführer am 21. Dezember 2018 eine Arbeitsunfähigkeit – wenn auch nicht näher substantiiert und quantifiziert – bis 6. Februar 2019 attestiert, jedoch von einem problemlosen intra- und postoperativen Verlauf gesprochen (IV-Nr. 126, S. 5 f.), letzteres in ihrem Bericht vom 21. Februar 2019 bestätigt und dem Beschwerdeführer empfohlen, nunmehr mittels Physiotherapie die Beweglichkeit zu trainieren (IV-Nr. 126, S. 3 f.); dass sich der Beschwerdeführer in dieser Sache wegen der geltend gemachten Schmerzen (IV-Nr. 126, S. 2) weiter in fachärztlicher Behandlung befunden hätte und deswegen eine längere Arbeitsunfähigkeit attestiert worden wäre, ergibt sich aus den Akten nicht. Wenn der Hausarzt die angebliche erhebliche Verschlechterung der Ellenbogenarthrose zudem mit einer Bewegungseinschränkung (IV-Nr. 126, S. 2) begründet hat, weichen seine Angaben vom 22. August 2019 nicht wesentlich von jenen der Ärzte des G.____ vom 21. Februar 2019 (IV-Nr. 126, S. 3) ab, was denn auch die RAD-Ärztin am 3. Dezember 2019 festgehalten hat; so hat diese die persistierende Einschränkung am Ellenbogen aufgrund der gemessenen Werte der sog. standardisierten Neutral-Null-Methode zum Bewegungsausmass im Vergleich zu den Normwerten eines Gesunden als minim und eine Einschränkung für schwere Lasten, nicht jedoch für die Verweistätigkeit als nachvollziehbar bezeichnet (vgl. E. II. 5.3.7 hiervor/A.S. 26). Es

kommt hinzu, dass keine Angaben über den Verlauf der durch die Ärzte des G.____ empfohlenen Physiotherapie vorliegen und somit auch nicht bekannt ist, ob der Beschwerdeführer dieser fachärztlichen Empfehlung nachgekommen ist und wie es mit dem Therapieverlauf/-erfolg aussieht. Den auch an dieser Stelle vorgebrachten Einwänden des Beschwerdeführers, Dr. med. F.____ habe keine eigene Untersuchung durchgeführt, und ihr fehle es als Allgemeinärztin am erforderlichen fachspezifischen Wissen (A.S. 47 f.), ist die Beschwerdegegnerin mit dem Hinweis begegnet, die RAD-Ärzte hätten im Rahmen ihrer beruflichen Tätigkeit bei der IV-Stelle auch medizinische Sachverhalte zu beurteilen, die nicht unter ihren Facharzttitel fielen (A.S. 54). Entgegen der Auffassung des Beschwerdeführers ist es nicht zwingend erforderlich, dass der RAD-Arzt die versicherte Person persönlich untersucht, im vorliegenden Fall schon alleine aus dem Umstand fehlender, eine relevante Veränderung des Gesundheitszustands des Beschwerdeführers belegender Berichte. Nach Art. 49 Abs. 2 IVV (vgl. E. II. 2.5 hiervor) führt der RAD für die Beurteilung der medizinischen Voraussetzungen des Leistungsanspruchs nur «bei Bedarf» selber ärztliche Untersuchungen durch. In den übrigen Fällen stützt er seine Beurteilung auf die vorhandenen ärztlichen Unterlagen ab. Berichte und Stellungnahmen regionaler ärztlicher Dienste, welche nicht auf eigenen Untersuchungen beruhen, können beweiskräftig sein, sofern ein lückenloser Befund vorliegt und es im Wesentlichen nur um die Beurteilung eines an sich feststehenden medizinischen Sachverhalts geht, mithin die direkte fachärztliche Befassung mit der versicherten Person in den Hintergrund rückt (Urteil des Bundesgerichts 9C_309/2015 vom 27. Oktober 2015 E. 1). Nicht gefolgt werden kann schliesslich der Rüge des Beschwerdeführers, die RAD-Ärztin sei für die Beurteilung fachlich nicht hinreichend qualifiziert. Als Allgemeinmedizinerin ist Dr. med. F.____ in der Lage, die Berichte und Befunde von Spezialärzten zu würdigen, zumal es sich hier um bereits klar feststehende, durch spezialärztliche Berichte ausführlich dokumentierte medizinische Sachverhalte handelt. Andererseits gilt es zu beachten, dass die behandelnden Ärztinnen und Ärzte in einem auftragsrechtlichen Verhältnis zur versicherten Person stehen und sich denn auch in erster Linie auf die Behandlung zu konzentrieren haben. Zudem spricht die Gerichtspraxis von einer Erfahrungstatsache, wonach Hausärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung im Zweifelsfall eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 135 V 465 E. 4.5 S. 470); dies gilt für den allgemein praktizierenden Hausarzt – Dr. med. E.____ – wie auch den behandelnden Spezialarzt (Urteil des Bundesgerichts 9C_559/2012 vom 27. November 2012 E. 1.4 mit Hinweis). Zusammenfassend ist festzustellen, dass die RAD-Ärztin Dr. med. F.____ in ihren Stellungnahmen vom 2. Oktober (IV-Nr. 128) und 3. Dezember 2019 (A.S. 26), gestützt auf die vorhandenen medizinischen Unterlagen, eine nachvollziehbare Einschätzung der durch den Beschwerdeführer eingereichten Berichte vorgenommen hat. Ihre Berichterstattung ist auf jeden Fall ausreichend und beweiswertig, um die Frage, ob sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers in der Zwischenzeit verändert hat bzw. dies glaubhaft gemacht worden ist, zu beurteilen. 5.5.2 Neu ist – wofür ebenfalls das in E. II 5.5.1 Erwähnte gilt – ferner die Diagnose einer beidseitigen Hörminderung, die die Ärzte des I.____ jedoch nicht in einem Ausmass qualifiziert haben, um von der Invalidenversicherung unterstützt zu werden (IV-Nr. 126, S. 9). Die RAD-Ärztin Dr. med. F.____ hat denn auch zu Recht die Presbyakusis mittels Hörgerät als behandelbar und nicht dauerhaft invalidisierend bezeichnet (IV-Nr. 128, S. 2); ob sich der Beschwerdeführer in der Zwischenzeit bei der IV-Stelle um eine Hörgeräte-Versorgung bemüht hat, lässt sich den Akten nicht entnehmen. Schliesslich bleibt festzuhalten, dass – entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers (vgl.

A.S. 48) – in diesem Fall keine Abklärungspflicht der Beschwerdegegnerin besteht. 5.5.3 Zur geltend gemachten Problematik der Hypertonie ist festzustellen, dass der Facharzt der Begutachtungsstelle B.____ bereits anlässlich der internistischen/allgemeinmedizinischen Untersuchung vom 11. März 2009 beim Beschwerdeführer einen Blutdruck von 164/98 gemessen hatte (IV-Nr. 67.1, S. 8), was einem mässigen Bluthochdruck entspricht (vgl. <http://www.swissheart.ch/herzkrankheiten-hirnschlag/risikofaktoren/blutdruck/was-ist-bluthochdruck.html>). Wenn der Hausarzt am 22. August 2019 eine arterielle Hypertonie diagnostiziert hat, handelt es sich folglich um keine neue Diagnose, mithin auch um keine Änderung des Gesundheitszustands, zumal kein aktueller, gegenteilig lautender Arztbericht vorliegt; davon, dass der Beschwerdeführer deswegen bezüglich einer Verweistätigkeit eingeschränkt wäre, ist aufgrund der Beurteilung der RAD-Ärztin Dr. med. F.____ nicht auszugehen. So seien denn auch ihrer Meinung Hypertensionen gut behandelbar und blieben ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit, insbesondere nicht auf die dem Beschwerdeführer zumutbaren Verweistätigkeiten (vgl. A.S. 26). Die diesbezüglichen Einwände des Beschwerdeführers, insbesondere der Vorwurf einer durch die IV-Ärztin implizit behaupteten Falschbehandlung des behandelnden Arztes (A.S. 48), stossen ins Leere. 5.5.4 Im Weiteren stellt sich der Beschwerdeführer auf den Standpunkt, bezüglich der rechts foraminalen/extraforaminalen Diskushernie L2/3, die bereits im Jahr 2014 diskret grössenprogredient (...) gewesen und als Veränderung des Gesundheitszustands zu betrachten sei, sei über fünf Jahre später nicht mehr mit dem gleichen Gesundheitszustand zu rechnen (A.S. 12); mit einem stationären Verhalten sei nicht zu rechnen (A.S. 49). Mit Blick auf die Beurteilung von Dr. med. M.____ im Bericht vom 27. März 2014 (vgl. E. II. 5.3 hiervor/IV-Nr. 126, S. 10) ist alleine wegen des Zeitablaufs nicht ohne Weiteres von einer Verschlechterung bezüglich der damals diagnostizierten Spinalkanalstenose auszugehen; insbesondere liegen keine aktuellen bildgebenden Berichte vor. Dazu kommt, dass der Hausarzt des Beschwerdeführers in seinem Bericht vom 22. August 2019 (IV-Nr. 126, S. 2) lediglich eine bereits aus früheren Berichten bekannte Diagnose wiederholt und zur Begründung auf das Eintreten der Neuanschuldung einzig die Komplexität der Probleme anführt (vgl. IV-Nr. 67.1, S. 18; 106, S. 3); dass bezüglich der Spinalkanalstenose wie auch den anderen angeführten Problemen explizit eine Verschlechterung eingetreten wäre, geht aus seinen Ausführungen nicht hervor. Im gleichen Sinne verhält es sich auch mit der ebenfalls angesprochenen, sich angeblich verschlechterten Pangonarthrose (A.S. 11), wozu die Beschwerdegegnerin in der Beschwerdeantwort zutreffend Stellung genommen hat, worauf verwiesen werden kann (A.S. 24). 5.6 Folglich ergeben sich aus den durch den Beschwerdeführer eingereichten Arztberichten wie auch aus der Stellungnahme des Hausarztes Dr. med. E.____ – dessen Einschätzung mit Blick auf die beweisrechtlich bedeutsame Verschiedenheit von Behandlungs-/Therapieauftrag, wie vorstehend bereits angeführt (vgl. E. II. 5.5.1, 2. Abs.) besonders sorgfältig zu würdigen ist – keine Hinweise, die glaubhaft machen würden, der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers habe sich seit der letzten massgebenden Verfügung vom 13. Juni 2013 erheblich verschlechtert. Was der Beschwerdeführer dagegen vorgebracht hat, ist unbehelflich. Wenn er eine Verschlechterung seines Gesundheitszustands geltend macht, basiert diese Annahme nicht auf ärztlichen Feststellungen, sondern auf seiner persönlichen Einschätzung. Somit ist nicht zu beanstanden, wenn die Beschwerdegegnerin zum Schluss gekommen ist, eine Veränderung des Gesundheitszustands des Beschwerdeführers sei nicht glaubhaft dargelegt worden. Sie hat sich dabei bezüglich den Anforderungen an die Glaubhaftmachung im Rahmen eines Beurteilungsspielraums bewegt, der angemessen erscheint und denn auch zu

respektieren ist. 6. Zusammenfassend bleibt festzustellen, dass die Beschwerdegegnerin angesichts der vorliegenden medizinischen Akten und mit Blick auf die beweisrechtlichen Anforderungen keinen zu hohen Massstab an das Glaubhaftmachen im Sinne von Art. 87 Abs. 3 IVV gestellt hat. Die Beschwerde erweist sich somit als unbegründet, weshalb diese abzuweisen ist.

E. 5.3

5.3.1 Anlässlich der Neuanmeldung vom 14. Juli 2019 (IV-Nr. 121) bzw. am 26. August 2019 hat der Beschwerdeführer verschiedene Arztberichte eingereicht (IV-Nr. 126). 5.3.2 Im Bericht vom 27. März 2014 hielt Dr. med. M.____, H.____, im Rahmen seiner Beurteilung fest, dass im Vergleich zur Voruntersuchung vom 23. August 2008 bekannte degenerative Veränderungen L2-S1 ohne wesentliche Befundänderung beständen. Die rechts foraminale/extraforaminale Diskushernie L2/3 sei diskret grössenprogredient mit Kontakt zur abgehenden Nervenwurzel L2 rechts im extraforaminalen Anteil. Die medio-rechts akzentuierte, kleinvolumige Diskushernie L4/5 hingegen sei diskret grössenregredient. Die Diskushernien L3/4 sowie L5/S1 seien stationär. Im Niveau L4/5 komme es zu einer Spinalkanalstenose mit bilateralen rezessalen Einengungen, vor allem auf der rechten Seite. Es beständen eine weniger ausgeprägte Spinalkanaleinengung auch im Niveau L3/4 und keine sichere Neurokompression im Niveau L5/S1 (IV-Nr. 126, S. 10); darauf ist jedoch nicht weiter einzugehen, datiert dieser Bericht doch vor Erlass der letzten, rechtskräftigen Verfügung vom 12. Mai 2014 bezüglich Nichteintreten auf die Neuanmeldung (IV-Nr. 120). 5.4 Aus den weiteren, zu den Akten gegebenen Arztberichten geht im Wesentlichen Folgendes hervor: 5.4.1 In ihrem Bericht vom 28. November 2014 an den Hausarzt diagnostizierten die Ärzte der I.____ beim Beschwerdeführer eine Hörminderung beidseits, passend zu einer Presbyakusis; DD (Differentialdiagnose) im Rahmen von langjähriger Lärmbelastung. Nach der heutigen Untersuchung reiche die Hörminderung für eine finanzielle Unterstützung durch die IV jedoch nicht aus. Da der Leidensdruck aber sehr hoch sei, werde sich der Patient dennoch bei der IV anmelden. In der Folge könnten dann im Rahmen einer Reevaluation erweiterte Hörtests vorgenommen werden (IV-Nr. 126, S. 8 f.). 5.4.2 Am 24. April 2018 erstattete Dr. med. N.____, H.____, Bericht an den Hausarzt des Beschwerdeführers über die am 23. April 2018 durchgeführte MRI Arthrographie des linken Ellenbogens. In seiner Beurteilung führte Dr. med. N.____ aus, dass sich eine ausgedehnte fleckige Signalstörung der artikulierenden Radiusköpfchen und Capitulum humeri resp. auch Trochlea mit Usuren und Geröllzysten gezeigt hätten; daneben seien vorbestehende Osteophyten abzugrenzen. Gleichzeitig sei die Synovia hypertroph. Der Befund passe in erster Linie zu einer Arthritis. Für eine lediglich aktivierte Arthrose sei das Knochenmarksödem zu deutlich ausgeprägt. Ein freier intraartikulärer Gelenkkörper, der eine Blockade erklären könnte, habe sich nicht gefunden. 5.4.3 Die Ärzte des G.____ berichteten am 21. Dezember 2018 dem Hausarzt des Beschwerdeführers über dessen Klinikaufenthalt vom 20. – 24. Dezember 2018, nachdem sich der Beschwerdeführer am 20. Dezember 2018 einer Arthroskopie am linken Ellenbogen mit «Synovialektomie, Débridement, freie Gelenkkörper-Entfernung, Osteophytenabtragung und Notchplastik» unterzogen hatte. Sie diagnostizierten eine posttraumatische Ellenbogenarthrose links nach Unfall mit zirka 15 Jahren. Als Nebendiagnosen führten sie eine arterielle Hypertonie, eine Spinalkanalstenose und eine sekundäre Gonarthrose links nach Arbeitsunfall vor Jahren an. Ferner sprachen die Ärzte von einem problemlosen intra- und postoperativen Verlauf. Sie hätten den Patienten am 24. Dezember 2018 in gutem Allgemeinzustand und mit trockenen und reizlosen Wundverhältnissen nach Hause entlassen können. Bei der Arbeitsunfähigkeit

bei Austritt führten sie «Arbeitsunfähigkeit bis und mit 06.02.2019» an (IV-Nr. 126, S. 5 f.).

5.4.4 Am 21. Februar 2019 verfassten die Ärzte des G.____ einen weiteren Bericht an den Hausarzt, nachdem sich der Beschwerdeführer am 20. Februar 2019 bei ihnen in Behandlung befunden gehabt habe. Sie diagnostizierten einen Status nach Ellenbogenarthroskopie links, Synovialektomie, Débridement und Osteophytenabtragung mit Notchplastik am 20. Dezember 2018 bei posttraumatischer und humeroradial betonter Ellenbogenarthrose links nach Unfall im Alter von zirka 15 Jahren. Als Nebendiagnosen gaben sie wiederum eine arterielle Hypertonie, eine Spinalkanalstenose und eine sekundäre Gonarthrose links nach Arbeitsunfall vor Jahren an. Der Patient habe berichtet, dass er nach wie vor Schmerzen habe; diese seien jedoch besser als vor der Operation. Die Beweglichkeit sei noch eingeschränkt, insbesondere die Beugung. Insgesamt sei er aber mit dem postoperativen Ergebnis zufrieden. Im Rahmen der Beurteilung führten die Ärzte aus, dass sei ein regelrechter postoperativer Verlauf vorliege. Nun sei es wichtig, die Beweglichkeit weiter mit der Physiotherapie zu trainieren, insbesondere die Flexion (IV-Nr. 126, S. 3 f.).

5.4.5 Der Hausarzt des Beschwerdeführers, Dr. med. E.____, hielt in seinem Bericht vom 22. August 2019 Folgendes fest: Nach Verschlechterung der gesundheitlichen Situation habe der Patient einen neuen Antrag auf Rente an die IV Solothurn gestellt. Die IV habe vorgesehen, auf den Antrag nicht einzutreten, da keine neuen, gesundheitlichen Aspekte vorhanden seien; dies möchte er mit diesem Bericht widerlegen. Er hoffe, dass die IV auf das Gesuch eintrete und eine genauere Prüfung vornehme. Sein Patient leide neben einer hypertensiven Herzkrankheit und einer Presbyakusis nach Lärmbelastung am Arbeitsplatz an drei Hauptproblemen, die einen gesundheitlichen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit hätten. Zwei Beschwerden seien von der IV schon einmal behandelt worden, nämlich eine erhebliche Spinalkanalstenose auf der Höhe L4/5 mit Restlumen von weniger als 1 cm², und eine posttraumatische Pangenarthrose links nach einem Unfall 1989, Das dritte Problem sei eine posttraumatische, humeroradial betonte Ellbogenarthrose links. Diese Ellbogenarthrose sei neu und habe sich im letzten Jahr erheblich verschlechtert; deswegen sei der Patient im Dezember 2018 in Basel operiert worden. Die Operation habe eine Verbesserung gebracht. Es persistierten aber eine Bewegungseinschränkung und Schmerzen. Die freie Flexion sei zirka 100 – 110 Grad, das Extensionsdefizit 5 Grad. Die Pro- und Supination seien 80/0/80 Grad. Das Tragen von schwereren Lasten sei nicht möglich. Die Komplexität der Probleme zusammen, d.h. hypertensive HK, Presbyakusis, Spinalkanalstenose, Pangenarthrose links und Ellbogenarthrose links mit Bewegungseinschränkung, begründeten – so Dr. med. E.____ – das Eintreten auf eine Rentenprüfung. Es folgt dann eine Aufzählung der vorstehend erwähnten Diagnosen (IV-Nr. 126, S. 2).

5.4.6 In der Aktennotiz vom 2. Oktober 2019 hielt die RAD-Ärztin Dr. med. F.____, nachdem sie Ausführungen über den aktenmässigen Verlauf gemacht hatte, Folgendes fest: Im Vergleich zur Voruntersuchung vom 23. August 2008 bezüglich bekannter degenerativer Veränderungen der L2-S1 liege keine wesentliche Befundänderung vor. Die rechts foraminale/extraforaminale Diskushernie L2/3 sei diskret. Die gesamten beigefügten medizinischen Unterlagen stellten behandel- bzw. kompensierbare (Presbyakusis bspw. durch den Einsatz eines Hörgerätes) und somit nicht dauerhaft invalidisierende Erkrankungen dar. Die nun neu aufgeführte Arthrose des linken Ellenbogens sei aktenkundig Folge des Unfalls mit zirka 15 Jahren und besteht somit ebenfalls schon langjährig. Bei der durchgeführten Arthroskopie im Dezember 2018 sei ein regelrechter Heilungsverlauf dokumentiert. Physiotherapie sei empfohlen worden. Bei Beschwerden sollte sich der Versicherte wieder in Basel vorstellen; hierüber seien keine

Unterlagen vorhanden, so dass indirekt auf eine Beschwerdearmut geschlossen werden könne. Wie der Hausarzt beschrieben habe, sei aufgrund der Schmerzen und leichten Bewegungseinschränkungen nur das schwere Heben eingeschränkt, so dass der Versicherte für jede leichte bis mittelschwere Verweistätigkeit voll arbeitsfähig wäre (IV-Nr. 128).

5.4.7 Am 3. Dezember 2019 ergänzte die RAD-Ärztin ihre Beurteilung wie folgt: Ein Bluthochdruck (Hypertonie) sei im (B. ___-)Gutachten vom 4. Mai (recte: 22. April) 2009 gemessen worden. Hypertensionen bzw. die verschiedenen Stadien einer Herzinsuffizienz seien je nach Stadium, insbesondere in den unteren Stadien, gut behandelbar (Medikamente und Lebensstil). Sie hätten bei guter Compliance somit keinen relevanten Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit, insbesondere nicht auf eine solche, die nicht schwer körperlich und somit die Herzfähigkeit fordernd seien. Die persistierende Einschränkung am Ellenbogen seien aufgrund der gemessenen Werte der sog. standardisierten Neutral-Null-Methode zum Bewegungsausmass minim, so dass zwar eine Einschränkung für schwere Lasten, nicht jedoch für die Verweistätigkeit nachvollziehbar sei (Normwerte des Gesunden nach Neutral-Null-Methode: Flexion zirka max. 150°, Pro- und Supination zirka 80° – 90°) (A.S. 26).

E. 5.5

5.5.1 Was die Ellenbogenarthrose anbelangt, handelt es sich hierbei unbestrittenermassen um eine neue Diagnose. Für eine Neuanschuldung genügt allerdings eine neu gestellte Diagnose per se nicht, um eine erhebliche Veränderung des Gesundheitszustandes glaubhaft zu machen, da damit über das quantitative Element einer relevanten, die Arbeitsfähigkeit schmälern den Veränderung des Gesundheitszustandes nicht zwingend etwas ausgesagt wird (Entscheid des Bundesgerichts 8C_175/2019 vom 30. Juli 2019 E. 3.2.2 m.H.a. 8C_244/2016 vom 21. Juni 2016 E. 3.5 und dort auf BGE 141 V 9 E).

E. 7

7.1 Bei diesem Verfahrensausgang besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung. Indes steht der Beschwerdeführer ab Prozessbeginn im Genuss der unentgeltlichen Rechtspflege (A.S. 51). Die Kostenforderung ist bei Unterliegen der Partei mit unentgeltlichem Rechtsbeistand vom Gericht festzusetzen. Der Kanton entschädigt die unentgeltliche Rechtsbeistandin oder den unentgeltlichen Rechtsbeistand angemessen (Art. 122 Abs. 1 lit. a ZPO).

7.2 Der Vertreter des Beschwerdeführers hat am 31. Oktober 2018 eine Kostennote eingereicht, worin er bei einem Stundenansatz von CHF 220.00 einen Kostenersatz (inklusive Auslagen) von insgesamt CHF 3'514.30 in Rechnung stellt (A.S. 56 f.). Der geltend gemachte Zeitaufwand von insgesamt 14,4 Stunden enthält auch Kanzleiarbeit, die im Stundenansatz eines Anwalts inbegriffen und daher nicht separat zu entschädigen ist. Bei nicht eindeutig bezeichneten Positionen (wie «eMail der Klientschaft» etc.) geht das Gericht praxisgemäss von Orientierungskopien oder sonstigem Kanzleiaufwand aus. Vorliegend entfallen auf Positionen, die als Kanzleiaufwand zu qualifizieren sind, insgesamt 1,2 Stunden. Für Aktenstudium, Besprechungen und Ausarbeiten der Rechtsschriften sowie Nachbearbeitung wird ein Zeitaufwand von insgesamt rund zehneinhalb Stunden angeführt, was in Beachtung von Umfang und Schwierigkeit des Prozesses als überhöht erscheint (zu beurteilen war einzig das Eintreten auf eine Neuanschuldung bei nicht besonders komplexer oder umfangreicher Aktenlage) und ermessensweise um zwei Stunden zu kürzen ist. Folglich ist ein Zeitaufwand von

11,2 Stundenzum Ansatz als unentgeltlicher Rechtsbeistand nach § 158 Abs. 3 Kantonaler Gebührentarif (GT; BGS 615.11) von CHF 180.00 pro Stunde zu entschädigen, was einem Betrag von CHF 2'016.00 entspricht; dazu kommen Barauslagen im geltend gemachten Rahmen von 3 % bzw. von CHF 60.00. Somit ist die Kostenforderung des Vertreters des Beschwerdeführers auf CHF 2'236.00 (inkl. Auslagen und MwSt) festzusetzen, zahlbar durch die Zentrale Gerichtskasse des Kantons Solothurn. Vorbehalten bleibt der Rückforderungsanspruch des Staates sowie der Nachzahlungsanspruch des unentgeltlichen Rechtsbeistands (zum Stundenansatz von CHF 220.00) im Betrag von CHF 482.00 während zehn Jahren, wenn A. ___ zur Nachzahlung in der Lage ist (Art. 123 ZPO).

8. 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 an die gesamten Verfahrenskosten einen Betrag von CHF 600.00 zu bezahlen, die jedoch infolge Bewilligung der unentgeltlichen Rechtspflege durch den Kanton Solothurn zu übernehmen sind (Art. 122 Abs. 1 lit. b ZPO). Vorbehalten bleibt der Rückforderungsanspruch des Staates während zehn Jahren, wenn A. ___ zur Nachzahlung in der Lage ist (Art. 123 ZPO).

Demnach wird erkannt:

Rechtsmittel

Gegen diesen Entscheid kann innerhalb 30 Tagenseit der Mitteilung beim Bundesgericht Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten eingereicht werden (Adresse: Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern). Die Frist beginnt am Tag nach dem Empfang des Urteils zu laufen und wird durch rechtzeitige Aufgabe bei der Post gewahrt. Die Frist ist nicht erstreckbar (vgl. Art. 39 ff., 82 ff. und 90 ff. des Bundesgerichtsgesetzes, BGG). Bei Vor- und Zwischenentscheiden (dazu gehört auch die Rückweisung zu weiteren Abklärungen) sind die zusätzlichen Voraussetzungen nach Art. 92 oder 93 BGG zu beachten.

Versicherungsgericht des Kantons Solothurn

Der Präsident

Der Gerichtsschreiber

Flückiger

Häfliger

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