

SO_GERICHTE VSBES.2020.106 vom 7. April 2020

SO Obergericht, 2020-04-07, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2020.106

FR: SO_GERICHTE VSBES.2020.106 du 7 avril 2020

IT: SO_GERICHTE VSBES.2020.106 del 7 aprile 2020

Erwägungen

E. 1

1.1 Der 1973 geborene A.____, [...] (nachfolgend: Beschwerdeführer), meldete sich am 25. April 2005 bei der IV-Stelle des Kantons Solothurn (nachfolgend: Beschwerdegegnerin) zum Leistungsbezug an und beantragte berufliche Massnahmen (IV-Stelle Beleg Nr. [IV-Nr.] 2). Angegeben wurde eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % seit dem 19. September 2004 nach einem Unfall. Der Beschwerdeführer hatte am 19. September 2004 einen Verkehrsunfall erlitten, bei dem er sich ein Polytrauma zugezogen hatte (vgl. IV-Nr. 7).

1.2 Die Beschwerdegegnerin holte in der Folge einen Arbeitgeberbericht vom 10. Mai 2005 (IV-Nr. 6) ein, führte ein Bewerber-Interview mit dem Beschwerdeführer durch (IV-Nr. 21), zog die Akten der Unfallversicherung Suva bei und holte selber diverse medizinische Berichte ein. Schliesslich liess sie den Beschwerdeführer bei Dr. med. C.____, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, psychiatrisch begutachten (IV-Nr. 55.1). Nach Stellungnahme des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD) vom 17. Januar 2008 (IV-Nr. 58) liess die Beschwerdegegnerin den Beschwerdeführer neuropsychologisch begutachten. Das Gutachten wurde am 13. März 2008 von lic. phil. D.____, Fachpsychologe für Neuropsychologie FSP, erstellt (IV-Nr. 63). Zu diesem Gutachten nahm der RAD am 10. April 2008 Stellung (IV-Nr. 65). Mit Vorbescheid vom 9. September 2008 wurde dem Beschwerdeführer für die Zeit von September 2005 bis Juni 2006 eine ganze Rente sowie für den Monat Juli 2006 eine halbe Rente in Aussicht gestellt, wobei ein weitergehender Leistungsanspruch verneint wurde, da der Invaliditätsgrad ab August 2006 nur noch 35 % betrage (IV-Nr. 72).

1.3 Mit Verfügung vom 6. Januar 2009 bestätigte die Beschwerdegegnerin den bereits angekündigten Entscheid (IV-Nr. 83, S. 11 ff.). Dagegen erhob der Beschwerdeführer Beschwerde an das Versicherungsgericht des Kantons Solothurn (nachfolgend: Versicherungsgericht; IV-Nr. 83, S. 3 ff.). Mit Urteil vom 30. Oktober 2009 wurde die Verfügung der Beschwerdegegnerin vom 6. Januar 2009 in teilweiser Gutheissung der Beschwerde aufgehoben. Dem Beschwerdeführer wurde für die Zeit vom 1. September 2005 bis 30. September 2006 eine ganze Rente sowie für die Zeit vom 1. bis 31. Oktober 2006 eine halbe IV-Rente zugesprochen, jeweils zuzüglich dreier Kinderrenten. Im Übrigen wurde die Beschwerde abgewiesen (VSBES.2009.31; IV-Nr. 92).

1.4 Mit Vorbescheid vom 9. April 2010 stellte die Beschwerdegegnerin dem Beschwerdeführer für die Zeit von September 2005 bis September 2006 eine ganze Rente sowie für Oktober 2006 eine halbe Rente in Aussicht (IV-Nr. 96). Dagegen liess der Beschwerdeführer Einwand erheben (IV-Nr. 97), woraufhin die Beschwerdegegnerin einen Arztbericht von Dr. med. E.____, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, einholte (IV-Nr. 99). Der RAD nahm hierzu am 25. August 2010 Stellung (IV-Nr. 100).

1.5 Mit Verfügung vom 18. Januar 2011 bestätigte die Beschwerdegegnerin den bereits angekündigten Entscheid (IV-Nr. 106). Die Verfügung erwuchs unangetroffen in Rechtskraft. 2. Am 26. Februar 2016 meldete sich der Beschwerdeführer bei der

Beschwerdegegnerin zur Früherfassung an (IV-Nr. 108). Als gesundheitliche Beeinträchtigung wurden physische und psychische Leiden angegeben. Daraufhin holte die Beschwerdegegnerin bei Dr. med. E.____ einen Verlaufsbericht ein (IV-Nr. 112). In der Zwischenzeit modifizierte der Beschwerdeführer sein Leistungsbegehren und meldete sich zum Bezug von IV-Leistungen an (berufliche Integration/Rente; IV-Nr. 115). Nachdem der RAD am 8. August 2016 Stellung zum Leistungsbegehren des Beschwerdeführers bezogen hatte (IV-Nr. 113), teilte die Beschwerdegegnerin dem Beschwerdeführer mit Vorbescheid vom 9. August 2016 mit, dass sie beabsichtige, auf das Leistungsbegehren nicht einzutreten (IV-Nr. 114). Daran hielt sie mit Verfügung vom 30. September 2016 fest (IV-Nr. 117). Diese Verfügung erwuchs unangefochten in Rechtskraft.

E. 3

3.1 Am 19. März/21. April 2019 meldete sich der Beschwerdeführer bei der Beschwerdegegnerin unter Hinweis auf Herzkrankheiten, Gelenkprobleme und leichte Depressionen erneut zum Leistungsbezug an (IV-Nrn. 125, 128). 3.2 Die Beschwerdegegnerin führte mit dem Beschwerdeführer am 9. Mai 2019 ein Intake-Gespräch durch (IV-Nr. 131). In der Folge traf sie verschiedene Abklärungen in erwerblicher sowie medizinischer Hinsicht und zog die Akten bei der Unfallversicherung Suva bei. Am 15. August 2019 nahm RAD-Arzt Dr. med. F.____, Facharzt FMH für Allgemeine Medizin, Stellung zum Leistungsbegehren des Beschwerdeführers (IV-Nr. 142). 3.3 Mit Vorbescheid vom 23. August 2019 stellte die Beschwerdegegnerin dem Beschwerdeführer die Abweisung seiner Leistungsbegehren auf berufliche Massnahmen und eine Invalidenrente in Aussicht (IV-Nr. 145). Dagegen liess der Beschwerdeführer am 11. September 2019 Einwand erheben (IV-Nrn. 146 – 149) und reichte am 31. Oktober 2019 eine ergänzende Einwandbegründung ein (IV-Nr. 152). Daraufhin holte die Beschwerdegegnerin weitere medizinische Unterlagen ein. Am 4. März 2020 nahm der RAD dazu Stellung (IV-Nr. 157). 3.4 Mit Verfügung vom 7. April 2020 (IV-Nr. 158; Aktenseiten [A.S.] 1 ff.) lehnte die Beschwerdegegnerin sowohl den Anspruch auf berufliche Massnahmen als auch auf eine Invalidenrente ab. 4. Gegen diese Verfügung lässt der Beschwerdeführer am 19. Mai 2020 fristgerecht beim Versicherungsgericht Beschwerde erheben. Sein Vertreter stellt und begründet folgende Rechtsbegehren (A.S. 5 ff.): 1. Es sei die Verfügung der IV-Stelle des Kantons Solothurn vom

E. 7

April 2020 liegt im Wesentlichen folgender medizinischer Sachverhalt zugrunde: 6.3.1 Im Bericht von Dr. med. J.____, Facharzt FMH für Lungenkrankheiten und Innere Medizin, vom 24. Januar 2018 (IV-Nrn. 123, S. 24 ff.; 139, S. 189 ff.) wird festgehalten, dass sich trotz suggestiver Anamnese mit Schnarchen, beobachteten Apnoeepisoden sowie Tagesmüdigkeit in der respiratorischen Polygraphie eine normale nächtliche Respiration zeige. Ein Schlafapnoesyndrom als Ursache für die Tagesmüdigkeit könne somit ausgeschlossen werden. Als Ursache für die Tagesmüdigkeit stehe differentialdiagnostisch eine latente Depression, eine gewisse Durchschlafinsomnie oder der Status nach Schädelhirntrauma von 2004 im Vordergrund. Der Patient habe eine grenzwertige Tagesschläfrigkeit. Der Patient spüre immer, wenn er müde werde und halte sofort an. Beim Autofahren sei bisher nie Sekundenschlaf aufgetreten. 6.3.2 Dr. med. K.____, Facharzt FMH für Kardiologie, stellte in seinem Bericht vom 4. Juni 2018 (IV-Nr. 123, S. 15 f.) folgende Diagnosen: - Koronare 2-Gefässerkrankung mit erhaltener LV-Funktion - NSTEMI 11.10.15 - Koronarangiographie 11.10.15: PCI eines distalen Verschlusses der

RCA - Koronarangiographie 17.11.15: nicht-signifikante Stenose der RCX -
Echokardiographie 4.6.18 (auswärtig): EF 83 % ohne regionale Wandbewegungsstörungen
- Kardiovaskuläre Risikofaktoren - Raucher - belastete Familienanamnese - keine
Adipositas, keine Dyslipidämie, keine arterielle Hypertonie, kein Diabetes mellitus,
Nichtraucher - Kutaner Lupus erythematodes Der 45-jährige Patient habe vor drei Jahren
einen Myokardinfarkt bei Verschluss der rechten Kranzarterie erlitten, die rekanalisiert
worden sei. Eine Stenose der RCX sei anhand der FFR-Messung als nicht relevant
eingestuft worden. Seit damals bestünden Thoraxbeschwerden, die auch durch die
Intervention nie ganz verschwunden seien. Eine damalige Ergometrie sei klinisch und
elektrisch unauffällig ausgefallen. Die Ergometrie falle auch aktuell subjektiv und
elektrisch unauffällig aus bei recht guter Leistungsfähigkeit. Echokardiographisch zeigten
sich keine regionalen Wandbewegungsstörungen des linken Ventrikels. Grosses Problem
sei der fortgesetzte Rauchkonsum, wobei der Patient das Problem differenziert erkenne und
verschiedene Unterstützungsmassnahmen versucht habe, jedoch keinen anhaltenden Erfolg
haben erzielen können. 6.3.3 Dr. med. J.____ bestätigte in seinem Bericht vom 8. Juni 2018
(IV-Nrn. 123, S. 13 f.; 139, S. 193 f.) weitestgehend die im Bericht vom 24. Januar 2018
(IV-Nr. 123, S. 24 ff.) genannten Diagnosen, wobei in der Zwischenzeit zusätzlich
Schlaflaboruntersuchungen (Polysomnographie und multipler Wachhaltetest) durchgeführt
worden sind. In der Polysomnographie habe ein Schlafapnoesyndrom ausgeschlossen
werden können. Es zeige sich jedoch die bereits anamnestisch bestehende Ein- und
Durchschlafinsomnie sowie eine gewisse Schlafragmentierung, welche in der
Untersuchungsnacht auch situativ bedingt sein könnte. Im Vigilanztest (multipler
Wachhaltetest) zeige der Patient einen Normalbefund, es bestehe insbesondere keine
erhöhte Einschlaf tendenz mit einer durchschnittlichen Einschlaf latenz in den vier Tests von
39.2 Minuten ohne SoREM. Bei der Polysomnographie habe sich ein erhöhter Arousalindex
gezeigt, welcher in erster Linie durch nächtliche Myoklonien (PLMS und
Extremitätenbewegungen) bedingt sei. Die Ursache hierfür sei unklar. Diesbezüglich werde
ein Versuch mit einer Magnesiumtherapie eingeleitet. Zusammenfassend ergäben die
bisherigen Befunde, dass kein Schlafapnoesyndrom vorliege und der Patient einen
normalen Wachhaltetest bestanden habe. Die Fahrtauglichkeit für Gruppe 1 und als
Taxifahrer sei somit aus somnologischer Sicht gegeben. Der Patient gebe auch an, keinerlei
Schläfrigkeit zu haben, was sich auch in einem Epworth Sleepiness Test Score von 4
Punkten zeige. Der Patient spüre jeweils Müdigkeit sehr deutlich und sei ausführlich
informiert worden, dass bei Müdigkeit und Schläfrigkeit das Führen eines Fahrzeuges
verboten sei. 6.3.4 Beim Beschwerdeführer wurde am 8. Oktober 2018 eine späte
Stentthrombose der rechten Herzkranzarterie festgestellt. Dem Bericht des Spitals L.____
vom 26. Februar 2019 (IV-Nrn. 123, S. 3 ff.; 139, S. 227 ff.) kann entnommen werden,
anlässlich der Abschlussuntersuchung habe der Beschwerdeführer von kardialer Seite
weiterhin eine progrediente Anstrengungsdyspnoe beklagt. Die aktuelle Medikation bereite
ihm keine Probleme. Den Zigarettenkonsum habe er auf 5 – 6 Zigaretten am Tag reduzieren
können. In der Ergometrie werde weiterhin eine unklare Belastungsdyspnoe gesehen. Der
Beschwerdeführer habe die Untersuchung nach knapp 4 Minuten bei 128 Watt abbrechen
müssen (71 % der Soll-Leistung), elektrisch sei die Ergometrie negativ.
Echokardiographisch werde ein konzentrisch hypertropher linker Ventrikel mit normaler
systolischer LV-Funktion (EF 65 %) ohne Regionalitäten und ohne relevante Klappenvitien
gesehen. Bereits in der letzten Konsultation sei eine Zuweisung zu einem Pneumologen
aufgrund der progredienten Anstrengungsdyspnoe empfohlen worden. Eine Konsultation

bzw. Überweisung sei gemäss Patient geplant. Von den kardiovaskulären Risikofaktoren werde eine erneute Kontrolle des LDL Cholesterins im Verlauf empfohlen. Die letzte LDL-Kontrolle im November 2018 habe ein LDL Cholesterin von 2.18 mmol/l und somit leicht über dem empfohlenen Zielwert von < 1.8 mmol/l gezeigt. Sollte das LDL-Cholesterin weiterhin über 1.8 mmol/l verbleiben, werde der Wechsel auf ein Kombinationspräparat mit Atorvastatin und Ezetimib empfohlen. Sollte auch das im Verlauf nicht zielführend sein, könne das Atorvastatin auf das stärker wirksamere Rosuvastatin gewechselt werden. Sollte die lungenfachärztliche Abklärung nicht wegweisend sein, werde in der weiteren Stufendiagnostik eine Spiroergometrie empfohlen. Sollte auch das nicht wegweisend sein, seien eine Stress-MRI Untersuchung und ein Rechtsherzkatheter zu empfehlen.

6.3.5 Die Beurteilung der Transthorakalen Echokardiographie vom 25. Januar 2019 lautet wie folgt: «Normal grosser linker Ventrikel mit konzentrischem Remodelling und normaler systolischer LV-Funktion (EF 65 %). Keine regionalen Wandbewegungsstörungen. Diastolische Funktion relaxationsgestört. Keine relevanten Klappenvitien. Normale RV-Dimension und -Funktion. Kein Perikard-, kein Pleuraerguss» (IV-Nr. 123, S. 1 f.).

6.3.6 In seiner Einschätzung anlässlich des Intake-Gesprächs vom 9. Mai 2019 (IV-Nr. 131) hielt RAD-Arzt Dr. med. F.____, Facharzt FMH für Allgemeine Medizin, fest, nach einem zweiten Herzinfarkt im Oktober 2018 sei der Beschwerdeführer in einem kardialen Rehabilitationsprogramm eingegliedert worden. Er scheine nicht davon überzeugt zu sein, dass dieses Rehabilitationsprogramm, das er laut seinen Angaben drei Mal pro Woche besucht habe, für seine Gesundheit förderlich gewesen sei. Er fühle sich weniger leistungsfähig als zuvor, obwohl er keine eindeutigen kardialen Einschränkungen vorlege (keine Angina pectoris Symptome). Die zur Verfügung stehenden medizinischen Abklärungen dokumentierten eine normale kardiale Funktion. In der psychischen Verfassung sei keine deutliche Verschlechterung ersichtlich. Die rechte Schulter sei nur unter der Horizontalen wegen der verminderten Beweglichkeit (und mit verminderter Kraft) einsatzfähig (Abduktion möglich bis 90°, Elevation bis ca. 100°). Wegen Schrauben, die noch im linken Becken anwesend seien, gebe er Schmerzen beim Treppengehen und bei erhöhten Belastungen der linken unteren Extremität an. Gehen auf unebenem Boden könne auch schwierig sein. Es stünden noch Berichte einer pneumologischen Abklärung nach seinen Angaben bevor. Es bestünden gegenwärtig keine Anhaltspunkte für eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes. Insgesamt vermittele der Versicherte den Eindruck von schwachen Ressourcen und einem hohem Grad an Überzeugung bezüglich einer invalidisierenden Krankheit.

6.3.7 Dr. med. M.____, Fachärztin FMH für Allgemeine Innere Medizin, hielt in ihrem Bericht vom 9. Juli 2019 (IV-Nr. 139, S. 1 ff.) fest, der Beschwerdeführer befinde sich ca. alle drei Monate in Behandlung. Zunächst sei eine Depression nach einem erlittenen Autounfall im Vordergrund gestanden. 2015 und 2018 sei ein NSTEMI hinzugekommen. Aktuell bestehe auch pneumologisch eine Einschränkung (leichte Tätigkeiten im Stehen oder Sitzen empfohlen). Auch bestünden Folgeerscheinungen des Unfalles (Omarthrose). Der Beschwerdeführer sei aktuell wegen der Schmerzen eingeschränkt. So sei im Röntgenbild der Schulter eine deutliche degenerative Veränderung nach dem Unfall erkennbar. Des Weiteren bestehe pulmonal eine eingeschränkte Funktion. Auch sei er vermehrt depressiv. Seit sich der Beschwerdeführer bei der Allgemeinärztin in Behandlung befinde, habe er nie gearbeitet, was die Ärztin skeptisch stimme. Andererseits sei er kognitiv durchaus fit, um leichtere Arbeiten auszuführen, er verstehe auch Zusammenhänge. Der Beschwerdeführer bekomme pulmonal schlecht Luft, seine Schulter sei arthrotisch und er sei schnell müde und

erschöpft. Die Prognose für eine Eingliederung sei ambivalent, die Motivation des Beschwerdeführers unklar. Ressourcen, welche für die Eingliederung hilfreich sein könnten, seien Dr. med. M.____ keine bekannt. Eine dem Leiden angepasste Tätigkeit sei dem Beschwerdeführer vier bis fünf Stunden am Tag zumutbar. Die Ärztin empfehle einen Arbeitsversuch im geschützten Bereich bzw. eine Belastungsprobe. Dies könnte dem Beschwerdeführer auch moralisch helfen.

6.3.8 In seinem Bericht vom 5. Juni 2019 (IV-Nr. 139, S. 236 f.) hielt Dr. med. N.____, Facharzt FMH für Urologie, fest, der Beschwerdeführer gebe urologisch gewisse Hinweise auf eine chronische Prostatitis wie Schmerzen bei der Ejakulation, Urge-Komponente und intermittierend das Gefühl der unvollständigen Blasenentleerung an. «Spermatozelen beidseits skrotal, Prostata eher klein, mit der Transitionalzonenverkalkungen im Sinne einer chronischen Prostatitis, Harnblase praktisch leer, deshalb nicht konklusiv beurteilbar. Niere links mit bekanntem, 1.2 cm grossen Nierenstein.»

6.3.9 Im Sprechstundenbericht Pneumologie von Dr. med. G.____, Leitender Arzt, Spital L.____, vom 24. Juni 2019 (IV-Nr. 139, S. 238 ff.) wurden folgende Diagnosen gestellt:

1. Anstrengungsdyspnoe nicht gesicherter Ätiologie - Vd. a. situative Hyperventilation mit begleitendem Sturmsein und Muskelzittern
2. Depression - psychiatrische und medikamentöse Behandlung bis 2014 laut Angabe
3. Chronisch obstruktive Lungenkrankheit GOLD 1 - leichte Obstruktion, normale DLCO (81 %) - normaler Methacholintest - FeNO 21ppb (<25) - leichte Ruhe-Hypoxämie - Nikotinabhängigkeit 30py
4. Koronare Herzkrankheit - NSTEMI und PTCA/Stenting 2015 - TTE 10/2018: normaler linker Ventrikel, LVEF 65 %, normaler rechter Ventrikel - Koronarangiographie 10/2018: Rekanalisation einer späten Stentthrombose mit Dissektion des Gefässes - Ergometrie 01/2019: 128 Watt (71 % Soll), Dyspnoe ab 100 Watt, ungenügender Trainingszustand
5. Polytrauma nach Motorradunfall 2004 - Arbeitsunfähigkeit als ungelernter Maschinist seit 2004 - SUVA-Rente (28 %) laut Angabe
6. Kutaner Lupus erythematodes
7. Unterschenkelthrombose links 2004
8. Ausschluss eines Schlafapnoe-Syndroms durch Dr. J.____ 01/2018 - respiratorische Polygraphie: AHI 5/h

Die Atemnot mache einen funktionellen Eindruck, zumal diese mit den leichten lungenfunktionellen Einschränkungen und dem negativen Methacholintest nicht zu erklären sei. Der Patient gebe begleitendes Sturmsein an und Muskelzittern in den Beinen. Er rauche weiterhin und gebe an, dies nicht ändern zu können, weil er dann nicht mehr gut sehe. In der Gesamtschau bestehe zwar eine tabakassoziierte koronare Herzkrankheit mit Myokardinfarkt 2015 und Reintervention im Oktober 2018 mit Rekanalisierung einer Stentthrombose und konsekutiver Dissektion des Gefässes. Der Patient sei in der Folge drei Monate im ambulanten kardialen Rehabilitationsprogramm gewesen und gebe an, dort nicht mehr geraucht zu haben. Aktuell würden klare Schmauchspuren am Zeigefinger und Mittelfinger erkannt und die Lungenfunktion deute auf eine COPD GOLD 1 hin. Damit könne diese Atemnot nicht plausibel erklärt werden. Deshalb stehe die Hyperventilationsthese im Vordergrund. Der Patient mache einen depressiven (und etwas fordernden) Eindruck. Auch wenn er für seine Depression und für die Nikotinabhängigkeit nicht angeschuldigt werden dürfe (was er befürchtet habe), müsse von ihm doch eine deutlich höhere Eigenleistung erwarten werden, als er dies bisher an den Tag gelegt habe. Er flüchte sich eher in Ausreden, als dass er konkret Hand bieten würde, am Rauchen etwas zu ändern. Dem Beschwerdeführer sei dargelegt worden, dass am Anfang seiner Genesung der totale Rauchstopp stehe. Er brauche eine suffiziente und genügend lange verwendete Nikotinersatztherapie. Die Kostenfrage sei dabei völlig irrelevant. Im Moment gebe er über CHF 250.00 pro Monat aus für das Rauchen, was bei

einer Familie mit vier Kindern und einer zu 80%-tätigen Ehefrau sowie der 28%igen Suva-Rente schon limitierend sein dürfte. Die angeforderte Spiroergometrie werde zeitnah vorgenommen, auch wenn er sich davon keine grundsätzliche Veränderung der Beurteilung verspreche. Die Arbeitsunfähigkeit des Beschwerdeführers dürfte vorwiegend psychiatrischer Natur sein. Auch die weiterhin vorhandenen zahlreichen Beschwerden und vor allem die Müdigkeit dürften psychiatrisch erklärbar sein. Eine Schlafapnoe bestehe nicht. Das Ziel einer erneuten Arbeitsfähigkeit dürfte ausser Reichweite sein, daran ändere auch das Resultat der Spiroergometrie nichts. 6.3.10 Am 1. Juli 2019 wurde eine Fahrrad-Spiroergometrie durchgeführt. Im gleichentags erstellten Bericht (IV-Nr. 144) führte Dr. med. G.____ aus, die Leistungsfähigkeit sei leicht eingeschränkt bei knapp ausgeschöpften HF-Reserven und gut erhaltenen Atemreserven. Hyperventilation unter Belastung. Tiefer O₂-Puls als Ausdruck der diastolischen Dysfunktion und des Trainingsmangels. Es bestehe eine kombinierte Limitierung der Leistungsfähigkeit durch die Kardiopathie, den Trainingsmangel und in geringerem Ausmass durch die Hyperventilation. Die Begleit-Symptomatik dürfte hingegen durch die Hyperventilation dominiert sein. Mit der marginalen Obstruktion, erhaltenen Atemreserven, der normalen DLCO und der leichten, unter Belastung reversiblen Ruhe-Hypoxämie lasse sich eine Atemnot im geschilderten Ausmass mit Begleitphänomenen sonst nicht begründen. Ein Rauchstopp sei zwingend mit NET und Beratung. Die psychiatrische Betreuung sei mit nicht sedierender antidepressiver Therapie wiederaufnehmen. Rehabilitation und Training. Eine ganztätige Arbeit dürfe max. 40 % des VO₂max kosten. Hier wären das derzeit 9.4 ml/kg/min. Das entspreche Hausarbeit, einfacher Montagearbeit im Stehen oder sitzenden Tätigkeiten (Kranführer o.ä.). Diese Leistungsfähigkeit liesse sich vielleicht verbessern mit einer pulmonalen Rehabilitation inkl. psych. Betreuung und Rauchstopp, z.B. auf der Barmelweid. 6.3.11 Dem Bericht von Dr. med. O.____, Leitender Arzt, Spital L.____, Kardiologie, vom 19. Juli 2019 (IV-Nr. 140, S. 1 ff.) kann entnommen werden, dass vom 8. Oktober 2018 bis 17. Dezember 2018 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit und vom 18. Dezember 2018 bis 25. Januar 2019 eine solche von 60 % bestanden habe. Aus kardialer Sicht sei die Prognose zur Arbeitsfähigkeit sehr gut. Es gebe keine Funktionseinschränkung aufgrund von kardiovaskulären Erkrankungen. Auch gebe es keine Einschränkung einer Bürotätigkeit oder leichten körperlichen Tätigkeit. 6.3.12 RAD-Arzt Dr. med. F.____ hielt in seiner Stellungnahme vom 15. August 2019 (IV-Nr. 142) fest, versicherungsmedizinisch bestünden keine Anhaltspunkte für eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes. Es seien auch keine medizinischen Abklärungen angezeigt. Die Chronifizierung des Krankheitszustandes sei weiter fortgeschritten. Als Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit gälten die Folgen eines Polytraumas im Jahr 2004 (dislozierte Humerusluxationsfraktur Schulter rechts, Arm plexusparese rechts, offene Vorderarmfraktur mit Radiusköpfchentrümmerfraktur, Metacarpalfraktur V, Beckenfraktur, Beinplexus-parese links) sowie die Arthrose der rechten Schulter. Als Diagnosen ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit nennt der RAD-Arzt einen Status nach zwei Herzinfarkten sowie Lupus erythematodes tumidus. 6.3.13 Im Bericht von Dr. med. P.____, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 17. Dezember 2019 (IV-Nrn. 154, 156) wurden folgende Diagnosen gestellt: Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit: - Rezidivierende depressive Störung mittelgradige Episode mit somatischem Syndrom (ICD-10 F33.11) - Anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4) - Andauernde, narzistisch geprägte Persönlichkeitsveränderung im Sinne von ICD-10 F62.8 Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit: - Psychosoziale

Belastungssituation (ICD-10 Z59.0, Z60.3) Der Beschwerdeführer befinde sich seit 9. September 2019 monatlich ein bis zwei Mal in Behandlung. Seit dem 9. September 2019 bestehe eine Arbeitsunfähigkeit von 100 %. Der Beschwerdeführer sei verzweifelt, verspüre keinen Lebenswillen, sei erschöpft und beklage Schmerzen in den Beinen und im Rücken. Er habe resigniert, etwas dagegen zu unternehmen, um die Belastungsgrenzen zu erweitern. Auch die Durchschlafstörungen, die Isolation, das ständige Grübeln und die Hoffnungslosigkeit hätten sich mit der Zeit bemerkbar gemacht. Depressive Stimmung und negative Gedanken seien bei ihm sehr vordergründig. Das formale Denken sei leicht verlangsamt, die Konzentration sei herabgesetzt, er sei misstrauisch und habe Schmerzen, vor allem im Rückenbereich. Im Affekt deprimiert, emotional labil, wach, bewusstseinsklar und allseits orientiert. Es bestünden keine Hinweise auf Wahn-, Sinnestäuschungen oder Ich-Störungen. Er habe Ängste vor einem neuen Herzinfarkt. Suizidgedanken würden verneint. Die Prognose, wieder im freien Markt arbeiten zu können, sei eher schlecht. Der Beschwerdeführer benötige eine langfristige therapeutische Unterstützung, begleitet von einer medikamentösen Therapie. Als Funktionseinschränkungen nennt der behandelnde Psychiater Schmerzen, Konzentrationsprobleme und depressive Verstimmung. Ressourcen, welche für die Eingliederung hilfreich sein könnten, bestünden wenig bis keine. Die Prognose zur Eingliederung sei eher schlecht. Faktoren, welche einer Eingliederung im Wege stehen, seien stark reduzierter Antrieb und Motivation, chronische Schmerzen und Konzentrationsprobleme.

6.3.14 In seiner Stellungnahme vom 4. März 2020 (IV-Nr. 157) hielt RAD-Arzt Dr. med. F.____ fest, im Bericht der Praxis Dr. med. E.____ (IV-Nrn. 154, 156) würden die gleichen Diagnosen gestellt wie im Bericht von Dr. med. E.____ vom 31. Mai 2010. Da vom kardiologischen Standpunkt keine zusätzlichen funktionellen Einschränkungen in einer körperlich leichten Tätigkeit festzuhalten seien, bestünden keine Anhaltspunkte für eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes. Der Einwand der Hausärztin vom 13. September 2019 verweise auf den Bericht von Dr. med. G.____ vom 1. Juli 2019, der aber der oben aufgeführten Argumentation nicht widerspreche. Der RAD-Arzt kommt zum Schluss, dass mit dem Einwand und dem ergänzenden Arztbericht von Dr. med. E.____ (IV-Nrn. 154, 156) keine neuen Tatsachen geltend gemacht würden, die eine andere Beurteilung der Arbeitsfähigkeit als bisher zur Folge hätte. Im gegenwärtigen Stand der Akten bestehe eine 100%ige Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit. Auch seien keine Abklärungen bezüglich der Arthrose in der rechten Schulter angezeigt.

7. Im Folgenden ist zu prüfen, ob beim Beschwerdeführer seit der rechtskräftigen Verfügung vom 18. Januar 2011 (Referenzzeitpunkt) eine erhebliche Verschlechterung des Gesundheitszustands eingetreten ist.

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

7.1.1 Die Beschwerdegegnerin stellte zum Zeitpunkt der Verfügung vom 18. Januar 2011 auf das psychiatrische Gutachten von Dr. med. C.____ vom 8. November 2007 (IV-Nr. 55.1) ab, welchem das Versicherungsgericht mit rechtskräftigem Urteil vom 30. Oktober 2009 (VSBES.2009.31; IV-Nr. 92) vollen Beweiswert zuerkannt hatte. Der psychiatrische Gutachter hatte darin die Diagnose eines leichten dysthym-neurasthenischen Syndroms gestellt. Eine allfällige neuropsychologische Störung hatte mit Gutachten von lic. phil. D.____ vom 13. März 2008 (IV-Nr. 63), welchem mit Urteil vom 30. Oktober 2009 ebenfalls voller Beweiswert zugesprochen worden ist, ausgeschlossen werden können. Dem Beschwerdeführer war nach Auffassung von Dr. med. C.____ eine Arbeitsfähigkeit von 80 % in einer angepassten Tätigkeit zumutbar (IV-Nr. 55.1, S. 12). Das Versicherungsgericht hielt in seinem Urteil auf S. 14 in E. 3.e in Bezug auf die Überwindbarkeit der von Dr. med.

C.____ diagnostizierten Leiden Folgendes fest: Im vorliegenden Fall fehlt es an einer selbstständigen, vom psychogenen Schmerzsyndrom losgelösten schwerwiegenden psychischen Erkrankung. Eine Dysthymie / Neurasthenie ist, wie bereits erwähnt, definitionsgemäss nur ein leichtes Leiden. Die physischen begründeten Gesundheitsprobleme wiederum schliessen leichte bis mittelschwere Arbeiten nicht aus. Ausserdem bestehen keine Hinweise dafür, dass die somatischen Leiden über die Schmerzen hinaus zu einer ausgeprägten psychischen Belastung führen, welche eine zumutbare Willensanstrengung negativ beeinflusst (vgl. BGE 130 V 358 f., Erw. 3.3.2.). Sodann lässt sich auf Grund der Akten auch nicht sagen, beim Beschwerdeführer sei es zu einem umfassenden sozialen Rückzug mit gleichsam apathischem Verharren in sozialer Isolation gekommen. Weiter sprechen weder Dr. C.____ noch Dr. E.____ von einem primären Krankheitsgewinn. Einzuräumen ist, dass mehrere Behandlungsversuche keine nachhaltige Linderung brachten. In einer Gesamtwürdigung der Situation wiegt dies aber nicht derart schwer, dass sich allein damit die Unzumutbarkeit einer Schmerzüberwindung rechtfertigen liesse (vgl. BGE 130 V 359, Erw. 3.3.2). Folglich gibt es keine hinreichenden Gründe für die Annahme, dem Beschwerdeführer fehlten die psychischen Ressourcen, um trotz seiner Schmerzen eine angepasste Tätigkeit vollzeitlich auszuüben. Folglich ergab sich keine durch ein psychisches Leiden hervorgerufene Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Daran vermochte auch der anlässlich des Einwandverfahrens eingeholte Arztbericht von Dr. med. E.____ vom 31. Mai 2010 nichts zu ändern. So hielt die Beschwerdegegnerin in ihrer rechtskräftigen Verfügung vom 18. Januar 2011 fest, dass dem genannten Arztbericht keine Anhaltspunkte entnommen werden könnten, die eine wesentliche Verschlechterung des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers glaubhaft geltend machten. Eine wesentliche Verschlechterung des Gesundheitszustandes konnte folglich zum Zeitpunkt der Verfügung vom 18. Januar 2011 nicht ausgewiesen werden. 7.1.2 Im Zeitpunkt der Verfügung vom 7. April 2020 wurden in den vorliegenden medizinischen Akten psychiatrische Diagnosen ausgewiesen, wobei einzig der Bericht von Dr. med. P.____ vom 17. Dezember 2019 (IV-Nrn. 154, 156) von einer auf das medizinische Fachgebiet der Psychiatrie spezialisierte Fachperson verfasst worden ist. Darin wird eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit ab dem 9. September 2019 postuliert. Als Diagnosen werden eine rezidivierende depressive Störung mittelgradige Episode mit somatischem Syndrom, eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung sowie eine andauernde, narzisstisch geprägte Persönlichkeitsveränderung genannt. Im Rahmen der Befunderhebung wird angegeben, das formale Denken sei leicht verlangsamt, die Konzentration herabgesetzt, der Beschwerdeführer sei misstrauisch und habe Schmerzen vor allem im Rückenbereich. Im Affekt deprimiert, emotional labil, wach, bewusstseinsklar und allseits orientiert. Es bestünden keine Hinweise auf Wahn-, Sinnestäuschungen oder Ich-Störungen. Er habe Ängste vor einem neuen Herzinfarkt, Suizidgedanken würden verneint. Wie Dr. med. F.____ in seiner Stellungnahme vom 4. März 2020 korrekt festhielt, stellte Dr. med. P.____ dieselben Diagnosen wie bereits der vorherige behandelnde Psychiater, Dr. med. E.____, in seinem Bericht vom 31. Mai 2010. Der Stellungnahme von RAD-Arzt Dr. med. I.____ vom 25. August 2010 (IV-Nr. 100) lässt sich diesbezüglich entnehmen, dass Dr. med. C.____ in seinem psychiatrischen Gutachten vom 8. November 2007 nicht einmal Symptome einer leichten Depression gefunden habe und daher die Diagnose eines leichten dysthym-neurasthenischen Syndroms gestellt habe. Diese Beurteilung sei vom Versicherungsgericht geschützt worden. In den Berichten von Dr. med. E.____ vom 18. April 2007 bis zum 31. Mai 2010 hätten sich weder die Diagnose noch die Symptomatik relevant verändert. Der RAD gehe deshalb davon aus, dass ein (im

Übrigen unveränderter) Gesundheitszustand vom behandelnden Psychiater anders beurteilt werde als vom psychiatrischen Gutachter. Ging Dr. med. E. ___ in seinem Bericht vom 31. Mai 2010 noch davon aus, dass beim Beschwerdeführer seit Jahren eine Dauerarbeitsfähigkeit von 50 – 60 % bestanden habe (IV-Nr. 99), führt Dr. med. P. ___ bei gleichlautenden Diagnosen an, der Beschwerdeführer sei seit September 2019 zu 100 % arbeitsunfähig. Woraus sich die Verschlechterung der Arbeitsfähigkeit ergibt, wird im Bericht vom 17. Dezember 2019 nicht näher dargelegt und lässt sich auch nicht mit der Begründung im Bericht vom 14. Mai 2020 (Beschwerdebeilage 4), wonach es sich dabei um eine Chronifizierung der Symptomatik handle, plausibel erklären. Auch ein Vergleich der im Bericht vom 17. Dezember 2019 beschriebenen Befunde mit denjenigen, die Dr. med. C. ___ in seinem Gutachten vom 8. November 2007 erhoben hatte, zeigt keine erhebliche Veränderung des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers. So gab Dr. med. C. ___ in seinem Gutachten unter anderem an, der Beschwerdeführer sei zwar im Denken und sprachlich nicht verlangsamt, wirke aber müde und adynam. Je nach Gesprächszusammenhang (z.B. bei der Schilderung des Verlaufs nach dem Unfall) wirke er stimmungsmässig tuuch, bedrückt, ausserhalb der medizinischen Thematiken aber bis euthym; der stimmungsmässige Depressionsgrad sei im Mittel höchstens leicht. Eine namhafte Regression liege nicht vor. Er zeige hingegen eine offensichtliche Rückzugs-Konservierungs-/Schonhaltung. Ähnlich wie Dr. med. P. ___ stellte auch Dr. med. C. ___ in Bezug auf eine Wiedereingliederung fest, der Beschwerdeführer sei augenfällig kaum motiviert. Er wirke völlig passiv, blicke ratlos zu Boden und weise auf seine Beschwerden hin. Des Weiteren stellte der Gutachter ebenfalls fest, die Wahrnehmung, Auffassung und Aufmerksamkeit seien nicht gestört, qualitative Wahrnehmungsstörungen (Sinnestäuschungen, Halluzinationen) oder andere Anhaltspunkte für psychotisches Erleben seien nicht zu eruieren. Eine Konzentrationsschwäche von klinischer Bedeutung liege nicht vor. Die mnestischen und gedächtnismässigen Funktionen seien, abgesehen von einer antero- und retrograden Amnesie für den Unfall, gut, die Orientierung sei allseits erhalten, das Bewusstsein klar. Das formale Denken sei kohärent, flüssig und nicht verlangsamt. Gedankeninhaltlich dominierten die (somatischen) Beschwerden. Der Antrieb sei offensichtlich vermindert, die Psychomotorik strom- bis kraftlos. Gestützt auf diese vergleichende Gegenüberstellung ist mit dem RAD davon auszugehen, dass eine erhebliche Veränderung des psychischen Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers nicht eingetreten ist. Gegenüber der gutachterlichen Beurteilung von Dr. med. C. ___ vom 8. November 2007 ist bei den Ausführungen von Dr. med. P. ___ im Wesentlichen von einer anderen Beurteilung des gleichen Sachverhalts auszugehen. Eine solche ist indes im revisionsrechtlichen Kontext unbeachtlich (BGE 141 V 9 E. 2.3 S. 11), was auch für die hier zu beurteilende Neuanmeldung gilt. 7.2 Es ist auf den somatischen Gesundheitszustand des Beschwerdeführers einzugehen: 7.2.1 Im Zeitpunkt der Verfügung vom 18. Januar 2011 lagen beim Beschwerdeführer folgende Diagnosen vor: «19.9.04 Motorradunfall, Polytrauma mit Beckenfraktur, Dünndarm-Perforation, Psoasabriss links, offene Vorderarmfraktur rechts, Metacarpale V Fraktur rechts, subcapitale Humerusfraktur rechts, Plexusparesie des rechten Armes, Thrombose der linken Beinvenen, mehrzeitige chirurgische/orthopädische Versorgung, ambulante und stationäre Rehabilitationen, Osteosynthesematerialentfernung am rechten Arm, (...)» (IV-Nr. 56, S. 4 ff.). Dem Beschwerdeführer sei in der bisher ausgeübten Tätigkeit als Maschinenoperator nicht mehr arbeitsfähig. Hingegen seien ihm eine leichte bis mittelschwere wechselbelastende Tätigkeit mit eingeschränkter Traglast ganztägig zumutbar, wobei Knien und Kauern, das dauernde

Besteigen von Treppen und Leitern sowie das Begehen von unebenem Boden zu vermeiden seien. 7.2.2 Die zeitlich nach der Verfügung vom 18. Januar 2011 verfassten medizinischen Akten betreffend den somatischen Gesundheitszustand des Beschwerdeführers beziehen sich im Wesentlichen auf kardiale und pulmonale Abklärungen. In Bezug auf das Herz des Beschwerdeführers ergibt sich Folgendes: Gemäss Bericht von Dr. med. K. ___ vom 4. Juni 2018 (IV-Nr. 123, S. 15 f.) hat der Beschwerdeführer im Jahr 2015 einen Herzinfarkt erlitten. Seit damals bestünden Thoraxbeschwerden, die auch durch die Intervention nie ganz verschwunden seien. Eine damalige sowie aktuelle Ergometrie anlässlich der kardiologischen Untersuchung vom 4. Juni 2018 seien unauffällig geblieben. Auch echokardiographisch hätten sich keine regionalen Wandbewegungen des linken Ventrikels gezeigt. Am 8. Oktober 2018 erlitt der Beschwerdeführer erneut einen Herzinfarkt. Anlässlich der Abschlussuntersuchung beim Spital L. ___ vom 25. Januar 2019 (vgl. IV-Nr. 123, S. 3 ff.) verneinte der Beschwerdeführer eine Angina pectoris, es bestehe aber seit mehreren Jahren eine progrediente Anstrengungsdyspnoe. Gemäss dem Bericht sei auch in der Ergometrie eine unklare Belastungsdyspnoe zu sehen gewesen. So musste der Beschwerdeführer die Untersuchung nach knapp 4 Minuten bei 128 Watt abbrechen (71 % der Sollleistung). Elektrisch sei die Ergometrie negativ ausgefallen. Echokardiographisch seien ebenfalls keine auffälligen Befunde zu erkennen gewesen. Laut dem Bericht von Dr. med. O. ___ vom 19. Juli 2019 (IV-Nr. 140, S. 1 f.) seien eine dauerhafte medikamentöse Behandlung sowie regelmässige kardiologische Verlaufskontrollen vorgesehen. Die Prognose zur Arbeitsfähigkeit sei aus kardialer Sicht sehr gut. Aufgrund von kardiovaskulären Erkrankungen bestünden keine Einschränkungen der Funktionsfähigkeit. So bestünden auch keine Einschränkungen für eine Bürotätigkeit oder leichte körperliche Tätigkeit. Es kann somit davon ausgegangen werden, dass seit dem erlittenen Herzinfarkt vom

E. 8

8.1 Gemäss BGE 137 V 210 E. 4.4.1.4 hat die Beschwerdeinstanz bei ungenügenden medizinischen Abklärungen im Regelfall ein Gerichtsgutachten einzuholen. Eine Rückweisung an den Versicherungsträger ist zulässig, wenn sie allein in der notwendigen Erhebung einer bisher vollständig ungeklärten Frage begründet liegt oder wenn lediglich eine Klarstellung, Präzisierung oder Ergänzung von gutachtlichen Ausführungen erforderlich ist. 8.2 Wie soeben in Erwägung II. 7.2.3 dargelegt, ist die medizinische Situation nicht beweiskräftig abgeklärt. Es fehlen insbesondere orthopädische oder rheumatologische Berichte, welche die Annahme des RAD, wonach eine Verschlechterung der Arthrose der rechten Schulter nicht vorliege, stützen. Die Frage der Arbeitsfähigkeit lässt sich aufgrund der Stellungnahmen des RAD nicht zuverlässig beurteilen. Die Hausärztin des Beschwerdeführers machte diesbezüglich im Bericht vom 9. Juli 2019 eine vage Angabe und attestierte dem Beschwerdeführer eine Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit von circa 4 – 5 Stunden pro Tag. Aufgrund der vagen Angabe und insbesondere auch aufgrund der Tatsache, dass es sich bei Dr. med. M. ___ um eine auf das medizinische Fachgebiet der Allgemeinmedizin spezialisierte Ärztin handelt, kann der hausärztlichen Beurteilung ebenfalls keine überzeugende Antwort in Bezug auf die Arbeitsfähigkeit entnommen werden. Daraus folgt, dass hinsichtlich der medizinischen Situation Abklärungsdefizite bestehen und daher eine widerspruchsfreie und schlüssige Beurteilung, welche Arbeiten in welchem Ausmass und Zeitpunkt dem Beschwerdeführer aufgrund der Einschränkungen seiner rechten Schulter zuzumuten sind, nach derzeitiger Lage der Akten nicht möglich ist. Diese Frage wurde schlicht nicht geklärt. Vor diesem

Hintergrund rechtfertigt es sich vorliegend ausnahmsweise, die Angelegenheit zur medizinischen Abklärung, insbesondere aus rheumatologischer sowie orthopädischer Sicht, an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. Diese hat nach den erfolgten Abklärungen neu über den Rentenanspruch des Beschwerdeführers zu befinden. Folglich ist die angefochtene Verfügung vom 7. April 2020 aufzuheben; die dagegen erhobene Beschwerde ist im Sinne der vorstehenden Erwägungen gutzuheissen. 9. Unter dem Gesichtspunkt des (bundesrechtlichen) Anspruchs auf eine Parteientschädigung im Streit um eine Sozialversicherungsleistung gilt das Aufheben einer ablehnenden Verfügung und die Rückweisung der Sache an die Verwaltung zu ergänzender Abklärung und neuer Beurteilung als Obsiegen der versicherten Person (BGE 132 V 215 E. 6.2 S. 235 f.). Dem Beschwerdeführer steht somit eine ordentliche Parteientschädigung zu, die durch die Beschwerdegegnerin zu bezahlen ist. In Anbetracht von Aufwand und Schwierigkeit des Prozesses ist die Parteientschädigung, wie in der Kostennote verlangt, auf CHF 2'108.30 festzusetzen (7 Stunden zum geltend gemachten Stundenansatz von CHF 250.00 zuzüglich Auslagen von CHF 218.30 und MwSt.). 10. Aufgrund von Art. 69 Abs. 1 bis IVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von CHF 200.00 – 1'000.00 festgelegt. Nach dem Ausgang des vorliegenden Verfahrens hat die IV-Stelle die Verfahrenskosten von CHF 600.00 zu bezahlen. Dem Beschwerdeführer ist der geleistete Kostenvorschuss in gleicher Höhe zurückzuerstatten.

E. 18

Januar 2011 lagen beim Beschwerdeführer folgende Diagnosen vor: «19.9.04 Motorradunfall, Polytrauma mit Beckenfraktur, Dünndarm-Perforation, Psoasabriss links, offene Vorderarmfraktur rechts, Metacarpale V Fraktur rechts, subcapitale Humerusfraktur rechts, Plexusparese des rechten Armes, Thrombose der linken Beinvenen, mehrzeitige chirurgische/orthopädische Versorgung, ambulante und stationäre Rehabilitationen, Osteosynthesematerialentfernung am rechten Arm, ()» (IV-Nr. 56, S. 4 ff.). Dem Beschwerdeführer sei in der bisher ausgeübten Tätigkeit als Maschinenoperator nicht mehr arbeitsfähig. Hingegen seien ihm eine leichte bis mittelschwere wechselbelastende Tätigkeit mit eingeschränkter Traglast ganztägig zumutbar, wobei Knien und Kauern, das dauernde Besteigen von Treppen und Leitern sowie das Begehen von unebenem Boden zu vermeiden seien.

7.2.2 Die zeitlich nach der Verfügung vom 18. Januar 2011 verfassten medizinischen Akten betreffend den somatischen Gesundheitszustand des Beschwerdeführers beziehen sich im Wesentlichen auf kardiale und pulmonale Abklärungen.

In Bezug auf das Herz des Beschwerdeführers ergibt sich Folgendes: Gemäss Bericht von Dr. med. K. ___ vom 4. Juni 2018 (IV-Nr. 123, S. 15 f.) hat der Beschwerdeführer im Jahr 2015 einen Herzinfarkt erlitten. Seit damals bestünden Thoraxbeschwerden, die auch durch die Intervention nie ganz verschwunden seien. Eine damalige sowie aktuelle Ergometrie anlässlich der kardiologischen Untersuchung vom 4. Juni 2018 seien unauffällig geblieben. Auch echokardiographisch hätten sich keine regionalen Wandbewegungen des linken Ventrikels gezeigt. Am 8. Oktober 2018 erlitt der Beschwerdeführer erneut einen Herzinfarkt. Anlässlich der Abschlussuntersuchung beim Spital L. ___ vom 25. Januar 2019 (vgl. IV-Nr. 123, S. 3 ff.) verneinte der Beschwerdeführer eine Angina pectoris, es bestehe aber seit mehreren Jahren eine progrediente Anstrengungsdyspnoe. Gemäss dem Bericht sei

auch in der Ergometrie eine unklare Belastungsdyspnoe zu sehen gewesen. So musste der Beschwerdeführer die Untersuchung nach knapp 4 Minuten bei 128 Watt abbrechen (71 % der Sollleistung). Elektrisch sei die Ergometrie negativ ausgefallen. Echokardiographisch seien ebenfalls keine auffälligen Befunde zu erkennen gewesen. Laut dem Bericht von Dr. med. O. ___ vom 19. Juli 2019 (IV-Nr. 140, S. 1 f.) seien eine dauerhafte medikamentöse Behandlung sowie regelmässige kardiologische Verlaufskontrollen vorgesehen. Die Prognose zur Arbeitsfähigkeit sei aus kardialer Sicht sehr gut. Aufgrund von kardiovaskulären Erkrankungen bestünden keine Einschränkungen der Funktionsfähigkeit. So bestünden auch keine Einschränkungen für eine Bürotätigkeit oder leichte körperliche Tätigkeit. Es kann somit davon ausgegangen werden, dass seit dem erlittenen Herzinfarkt vom 8. Oktober 2018 keine weitergehende koronare Gesundheitsproblematik vorliegt und sich daher auch keine entsprechenden Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit ergeben. Somit können die bereits im Abschlussbericht von Kreisarzt Dr. med. H. ___ vom 11. Dezember 2007 (IV-Nr. 56, S. 4 ff.) formulierten, angepassten Tätigkeiten (leichte bis mittelschwere wechselbelastende Tätigkeit mit eingeschränkter Traglast, wobei Knien und Kauern sowie das dauernde Besteigen von Treppen und Leitern sowie das Begehen von unebenem Boden zu vermeiden seien) dem Beschwerdeführer auch weiterhin zugemutet werden. In diesem Sinn hielt auch Dr. med. Q. ___ in seiner Stellungnahme vom 4. März 2020 (vgl. IV-Nr. 157) fest, es bestünden keine Anhaltspunkte für eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes, da vom kardiologischen Standpunkt keine zusätzlichen funktionellen Einschränkungen in einer körperlich leichten Tätigkeit festzuhalten seien.

Aufgrund der bestehenden unklaren Belastungsdyspnoe wurden pneumologische Abklärungen eingeleitet. Dem Bericht von Dr. med. G. ___ vom 24. Juni 2019 (vgl. IV-Nr. 139, S. 238 ff.) ist zu entnehmen, dass die bestehende Atemnot einen funktionellen Eindruck mache, zumal diese mit den leichten lungenfunktionellen Einschränkungen und dem negativen Methacholintest nicht zu erklären sei. In der Gesamtschau bestehe zwar eine tabakassoziierte koronare Herzkrankheit mit Myo-kardinfarkt 2015 und Reintervention im Oktober 2018 mit Rekanalisierung einer Stentthrombose und konsekutiver Dissektion des Gefässes. Der Beschwerdeführer sei in der Folge drei Monate im ambulanten kardialen Rehabilitationsprogramm gewesen und gebe an, dort nicht mehr geraucht zu haben. Aktuell seien aber klare Schmachspuren am Zeigefinger und Mittelfinger zu erkennen und die Lungenfunktion deute auf eine COPD GOLD 1 hin. Damit könne diese Atemnot nicht plausibel erklären werden. Für den Arzt stand deshalb die Hyperventilationsthese im Vordergrund. Nach der Untersuchung vom 24. Juni 2019 führte Dr. med. G. ___ eine Fahrrad-Spiroergometrie mit dem Beschwerdeführer durch. Im Bericht vom 1. Juli 2019 (IV-Nr. 144) wurde festgehalten, dass die Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers leicht eingeschränkt sei bei knapp ausgeschöpften HF-Reserven und gut erhaltenen Atemreserven. Es bestehe eine Hyperventilation unter Belastung. Der tiefe O₂-Puls sei Ausdruck der diastolischen Dysfunktion und des Trainingsmangels. Es bestehe somit eine kombinierte Limitierung der Leistungsfähigkeit durch die Kar-diopathie, den Trainingsmangel und in geringerem Mass durch die Hyperventilation. Tätigkeiten, welche der Beschwerdeführer ausüben könne, seien Hausarbeiten, einfache Montagearbeit im Stehen oder sitzende Tätigkeiten (Kranführer o.ä.). Da diese Tätigkeiten weitestgehend dem ihm Abschlussbericht von Kreisarzt Dr. med. H. ___ vom 11. Dezember 2007 (IV-Nr. 56, S. 4 ff.) formulierten Leistungsprofil entsprechen, ist davon auszugehen, dass keine weitergehende pulmonale Gesundheitsproblematik besteht, die grössere Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers zur Folge hat.

7.2.3 Der Beschwerdeführer macht weiter eine Verschlechterung der Arthrose in der rechten Schulter geltend.

Dem Gesprächsprotokoll Intake vom 9. Mai 2019 (IV-Nr. 131) lässt sich entnehmen, dass beim Beschwerdeführer seit dem Unfall im Jahr 2004 körperliche Einschränkungen mit einer verminderten Beweglichkeit der rechten Schulter (Bewegungen über die Horizontale nicht möglich) sowie an der linken Hüfte, die beim Unfall stark verletzt worden sei (inkl. Nervenverletzung), bestünden. Gemäss Einschätzungen des RAD sei die rechte Schulter nur unter der Horizontalen wegen der verminderten Beweglichkeit (und mit verminderter Kraft) einsatzfähig (Abduktion möglich bis 90°, Elevation bis ca. 100°). Wegen Schrauben, die noch im linken Becken anwesend seien, habe er nach seinen Angaben Schmerzen beim Treppengehen und bei erhöhten Belastungen der linken unteren Extremität. Gehen auf unebenem Boden könne nach seinen Angaben auch schwierig sein. Dr. med. F.____ kam in seiner Einschätzung zum Schluss, dass gegenwärtig keine Anhaltspunkte für eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes bestünden. Eine eigene Untersuchung des Beschwerdeführers fand nicht statt. Die Beschwerdegegnerin holte im Verlauf einen medizinischen Bericht der Hausärztin des Beschwerdeführers, Dr. med. M.____, vom 9. Juli 2019 (vgl. IV-Nr. 139, S. 1 ff.) ein, welcher u.a. Bezug nimmt zu den Einschränkungen in Bezug auf die Arthrose in der rechten Schulter. So führte sie in ihrem Bericht u.a. die Diagnose einer Omarthrose (=Schulterarthrose) rechts auf. Sie gab des Weiteren an, der Beschwerdeführer sei aktuell wegen Schmerzen eingeschränkt. Im Röntgenbild der Schulter sei eine deutliche degenerative Veränderung nach Unfall zu erkennen. Dr. med. F.____ hielt in seiner Stellungnahme vom 15. August 2018 (IV-Nr. 142) dennoch weiter an seiner Auffassung fest, wonach versicherungsmedizinisch keine Anhaltspunkte für eine Verschlechterung der medizinischen Situation bestünden.

Die Beschwerdegegnerin hat sich zur Begründung der angefochtenen Verfügung vor allem auf die Beurteilung des RAD-Arzt abgestützt. Nach der Rechtsprechung ist es denn auch zulässig, im Wesentlichen oder einzig auf versicherungsinterne medizinische Unterlagen abzustellen. In solchen Fällen sind an die Beweiswürdigung jedoch strenge Anforderungen in dem Sinne zu stellen, dass bei auch nur geringen Zweifeln an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der ärztlichen Feststellungen ergänzende Abklärungen vorzunehmen sind (vgl. E. II. 5.3). Dabei ist es nicht zwingend erforderlich, dass der RAD-Arzt die versicherte Person persönlich untersucht. Nach Art. 49 Abs. 2 IVV 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).

Die reine Aktenbeurteilung des RAD überzeugt nicht. Zunächst ist nicht nachvollziehbar, weshalb Dr. med. F.____ von weiteren Abklärungen in Bezug auf die Arthrose in der rechten Schulter absah, obwohl ihm der Arztbericht der Hausärztin des Beschwerdeführers vorgelegen hatte, welcher zumindest Hinweise für eine mögliche Verschlechterung des Zustandes der rechten Schulter aufweist. Sodann wird vom RAD-Arzt nicht schlüssig dargelegt, auf welchen Grundlagen seine Einschätzung beruht, wonach in Bezug auf die

Einschränkung der Schulter keine Verschlechterung vorliege. So finden sich in den Akten weder orthopädische noch rheumatologische Berichte, welche sich zum Gesundheitszustand in der Zeit nach der Ablehnungsverfügung vom 18. Januar 2011 äussern. Zudem hat der RAD-Arzt keine eigene Untersuchung des Beschwerdeführers durchgeführt, welche seine Einschätzungen in Bezug auf die Arthrose in der rechten Schulter untermauern. Die seitens des RAD festgestellte volle Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit erscheint daher nicht nachvollziehbar und schlüssig. Damit bestehen Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der Einschätzung des RAD. Angesichts dessen, dass bereits geringe Zweifel an den versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen ausreichen, damit rechtsprechungsgemäss ergänzende Abklärungen vorzunehmen sind, lässt sich im vorliegenden Fall die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit nicht auf die Stellungnahmen des RAD abstützen. Da auch die übrigen medizinischen Akten nicht ausreichen, um alleine gestützt darauf allfällige Auswirkungen der Arthrose in der rechten Schulter auf die Arbeitsfähigkeit zu beurteilen, sind aus orthopädischer und / oder rheumatologischer Sicht weitere Abklärungen zu veranlassen.

8.

8.1 Gemäss BGE 137 V 210 E. 4.4.1.4 hat die Beschwerdeinstanz bei ungenügenden medizinischen Abklärungen im Regelfall ein Gerichtsgutachten einzuholen. Eine Rückweisung an den Versicherungsträger ist zulässig, wenn sie allein in der notwendigen Erhebung einer bisher vollständig ungeklärten Frage begründet liegt oder wenn lediglich eine Klarstellung, Präzisierung oder Ergänzung von gutachtlichen Ausführungen erforderlich ist.

8.2 Wie soeben in Erwägung II. 7.2.3 dargelegt, ist die medizinische Situation nicht beweiskräftig abgeklärt. Es fehlen insbesondere orthopädische oder rheumatologische Berichte, welche die Annahme des RAD, wonach eine Verschlechterung der Arthrose der rechten Schulter nicht vorliege, stützen. Die Frage der Arbeitsfähigkeit lässt sich aufgrund der Stellungnahmen des RAD nicht zuverlässig beurteilen. Die Hausärztin des Beschwerdeführers machte diesbezüglich im Bericht vom 9. Juli 2019 eine vage Angabe und attestierte dem Beschwerdeführer eine Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit von circa 4 ■ 5 Stunden pro Tag. Aufgrund der vagen Angabe und insbesondere auch aufgrund der Tatsache, dass es sich bei Dr. med. M.____ um eine auf das medizinische Fachgebiet der Allgemeinmedizin spezialisierte Ärztin handelt, kann der hausärztlichen Beurteilung ebenfalls keine überzeugende Antwort in Bezug auf die Arbeitsfähigkeit entnommen werden. Daraus folgt, dass hinsichtlich der medizinischen Situation Abklärungsdefizite bestehen und daher eine widerspruchsfreie und schlüssige Beurteilung, welche Arbeiten in welchem Ausmass und Zeitpunkt dem Beschwerdeführer aufgrund der Einschränkungen seiner rechten Schulter zuzumuten sind, nach derzeitiger Lage der Akten nicht möglich ist. Diese Frage wurde schlicht nicht geklärt. Vor diesem Hintergrund rechtfertigt es sich vorliegend ausnahmsweise, die Angelegenheit zur medizinischen Abklärung, insbesondere aus rheumatologischer sowie orthopädischer Sicht, an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. Diese hat nach den erfolgten Abklärungen neu über den Rentenanspruch des Beschwerdeführers zu befinden.

Folglich ist die angefochtene Verfügung vom 7. April 2020 aufzuheben; die dagegen erhobene Beschwerde ist im Sinne der vorstehenden Erwägungen gutzuheissen.

9. Unter dem Gesichtspunkt des (bundesrechtlichen) Anspruchs auf eine Parteientschädigung im Streit um eine Sozialversicherungsleistung gilt das Aufheben einer ablehnenden Verfügung und die Rückweisung der Sache an die Verwaltung zu ergänzender Abklärung und neuer Beurteilung als Obsiegen der versicherten Person (BGE 132 V 215 E. 6.2 S. 235 f.). Dem Beschwerdeführer steht somit eine ordentliche Parteientschädigung zu, die durch die Beschwerdegegnerin zu bezahlen ist. In Anbetracht von Aufwand und Schwierigkeit des Prozesses ist die Parteientschädigung, wie in der Kostennote verlangt, auf CHF 2'108.30 festzusetzen (7 Stunden zum geltend gemachten Stundenansatz von CHF 250.00 zuzüglich Auslagen von CHF 218.30 und MwSt.).

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

Demnach wird erkannt:

1. Die Beschwerde wird in dem Sinne gutgeheissen, dass die Verfügung der IV-Stelle des Kantons Solothurn vom 7. April 2020 aufgehoben und die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen wird, damit diese die erforderlichen medizinischen Abklärungen im Sinne der Erwägungen vornehme und hierauf über den Leistungsanspruch des Beschwerdeführers neu entscheide.
2. Die IV-Stelle des Kantons Solothurn hat dem Beschwerdeführer eine Parteientschädigung von CHF 2'108.30 (inkl. Auslagen und MwSt.) zu bezahlen.
3. Die IV-Stelle des Kantons Solothurn hat die Verfahrenskosten von CHF 600.00 zu bezahlen. Der geleistete Kostenvorschuss von CHF 600.00 wird dem Beschwerdeführer zurückerstattet.

Rechtsmittel

Gegen diesen Entscheid kann innert 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

Die Vizepräsidentin	Der Gerichtsschreiber
Weber-Probst	Lazar

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