

# **SO\_GERICHTE VSBES.2020.210 vom 21. September 2020**

SO Obergericht, 2020-09-21, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so\\_gerichte\\_VSBES.2020.210](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2020.210)

FR: SO\_GERICHTE VSBES.2020.210 du 21 septembre 2020

IT: SO\_GERICHTE VSBES.2020.210 del 21 settembre 2020

## **Erwägungen**

### **E. 1**

Die Verfügung der IV-Stelle Solothurn vom 21. September 2020 sei aufzuheben.

### **E. 2**

2.1 Die Beschwerdegegnerin legt in der angefochtenen Verfügung (A.S. 1 f.) dar, eine erneute Prüfung des Leistungsbegehrens sei möglich, wenn glaubhaft dargelegt werde, dass sich die tatsächlichen Verhältnisse nach dem 9. Juni 2015 (Abweisung des Leistungsbegehrens) in einer für den Anspruch erheblichen Weise verändert hätten. Mit Vorbescheid vom 26. Juni 2020 habe man dem Beschwerdeführer eröffnet, dass dies mit den eingereichten Unterlagen nicht glaubhaft dargelegt werde. Die erneute Prüfung durch den Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD) habe ergeben, dass mit den dem Einwandschreiben beigelegten medizinischen Unterlagen weiterhin keine anspruchserhebliche Veränderung des Gesundheitszustandes glaubhaft gemacht werde. Eine regelmässige Konsultation eines Facharztes für Psychiatrie und Psychotherapie führe nicht automatisch zu einer anspruchsbegründenden bzw. anspruchserheblichen Änderung.

2.2 Der Beschwerdeführer lässt dem in seiner Beschwerde (A.S. 3 ff.) entgegenhalten, Dr. med. C. \_\_\_ weise im mit der Neuanmeldung eingereichten Bericht darauf hin, dass die HWS- / LWS-Beschwerden chronifiziert seien und vor allem Hinweise auf eine frühzeitige Demenz resp. eine beginnende vaskuläre Enzephalopathie bestünden, welche die neuropsychologisch befundeten Defizite erklären könnten. Dies wiederum lasse sich dem Untersuchungsgericht der Memory Clinic vom 2. April 2020 (recte: 2019) entnehmen. Dennoch halte der RAD am 24. Juni 2020 lapidar fest, es lägen keine neue Diagnose oder objektivierbare relevante Verschlechterung der medizinischen Situation vor. Einwandweise sei auf eine psychiatrische Beurteilung von Dr. med. G. \_\_\_ vom 14. August 2020 verwiesen worden, worin diagnostisch eine mittelgradige depressive Episode, ein Verdacht auf eine Intelligenzminderung, eine posttraumatische Belastungsstörung sowie eine somatoforme Schmerzstörung festgehalten worden seien. Der Beschwerdeführer stehe bei Dr. med. G. \_\_\_ erst seit dem 4. September 2018 in Behandlung. Unter Glaubhaftmachen sei kein Beweis nach dem im Sozialversicherungsrecht allgemein massgebenden Grad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu verstehen. Die Beweisanforderungen seien vielmehr herabgesetzt. Der Vergleichs- oder Referenzzeitpunkt liege vorliegend mit der Verfügung vom 9. Juni 2015 bereits mehr als fünf Jahre zurück. Daher seien an das Glaubhaftmachen weniger hohe Anforderungen zu stellen. In der Sache selbst erscheine eine Abklärungspflicht der Beschwerdegegnerin in Bezug auf die neurologische und neuropsychologische Berichterstattung offensichtlich. Nicht nur bestätige die neuropsychologische Untersuchung vom Frühjahr 2019 bis mittelschwere Defizite in der Aufmerksamkeitsaktivierung der selektiven und geteilten Aufmerksamkeit, der visuo-verbale und visio-motorischen Interferenzkontrolle, der kognitiven Flexibilität

sowie des Arbeitsgedächtnisses. Daneben fänden sich auch leichte Defizite in verbalen episodischen Gedächtnisleistungen. Die Kausalität dieser kognitiven Einbussen zu einer Lernbehinderung und einer vaskulären Leukenzephalopathie (frühzeitige dementielle Entwicklung), wobei letztere aus der Hirn-MRI ableitbar sei, sei ausgeführt worden. Damit bestünden zumindest gewisse Anhaltspunkte für eine gegenüber dem Referenzzeitpunkt vom 9. Juni 2015 neu hinzu gekommene neurodegenerative Entwicklung. Dies sowohl basierend auf klinischen wie apparativ-bildgebenden Untersuchungen. Daher wäre die Beschwerdeführerin verpflichtet zu (ergänzenden) neurologisch-psychiatrisch-neuropsychologischen Abklärungen. Zumindest gewisse Anhaltspunkte für eine Verschlechterung der Gesundheitslage ergäben sich ausserdem aus der Berichterstattung von Dr. med. G.\_\_\_\_ vom 14. August 2020, zumal dieser den Beschwerdeführer erst seit dem 4. September 2018 behandle und von ihm im Unterschied zum Gutachten der Begutachtungsstelle B.\_\_\_\_ vom 29. September 2014 zumindest eine mittelgradige depressive Episode bestätigt werde. Dies entspreche schon formal einer Verschlechterung. Hinzu komme, dass nach neuer bundesgerichtlicher Rechtsprechung auch leicht- bis mittelgradige depressive Störungsbilder einem strukturierten Beweisverfahren zu unterziehen seien, sodass erst recht keine übertriebenen Eintretenshürden aufzubauen seien bei einer Neuanmeldung.

### **E. 3**

3.1 Wurde eine Rente wegen eines fehlenden oder zu geringen Invaliditätsgrades bereits einmal verweigert, so wird eine neue Anmeldung nur geprüft, wenn die versicherte Person glaubhaft macht, dass sich der Grad der Invalidität in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert hat (Art. 87 Abs. 2 und 3 Verordnung über die Invalidenversicherung [IVV, SR 831.201]). Mit dieser Bestimmung soll verhindert werden, dass sich die Verwaltung nach vorausgegangener rechtskräftiger Rentenverweigerung immer wieder mit gleichlautenden und nicht näher begründeten, d.h. keine Veränderung des Sachverhalts darlegenden Rentengesuchen befassen muss (BGE 130 V 64 E. 5.2.3 S. 68 mit Hinweis).

3.2 Ob eine erhebliche Veränderung eingetreten ist, beurteilt sich im Neuanmeldungsverfahren nach denselben Grundsätzen wie bei einer Rentenrevision nach Art. 17 Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG, SR 830.1). Zu vergleichen sind die Verhältnisse im Zeitpunkt der Neuanmeldung mit denjenigen bei Erlass der letzten, auf einer materiellen Prüfung des Anspruchs beruhenden Verfügung, wobei auch die weitere Entwicklung bis zum Erlass der Verfügung über die Neuanmeldung zu berücksichtigen ist (Urteil des Bundesgerichts 9C\_683/2013 vom 2. April 2014 E. 3.1). Die glaubhaft gemachte Veränderung muss sich demnach auf diese beiden Vergleichszeitpunkte beziehen. Vorliegend erfolgte die letzte materielle Anspruchsbeurteilung mit Verfügung vom 9. Juni 2015 (IV-Nr. 215), bestätigt durch das rechtskräftige Urteil des Versicherungsgerichts VSBES.2015.183 vom 15. Mai 2017 (IV-Nr. 234 S. 29 ff.).

3.3 Die glaubhaft zu machende Änderung muss nicht jenes Anspruchselement betreffen, welches die Verwaltung der früheren rechtskräftigen Leistungsabweisung bzw. rechtskräftigen Rentenzusprechung zugrunde legte. Es genügt, wenn die versicherte Person zumindest die Änderung eines Sachverhalts aus dem gesamten für die Rentenberechtigung erheblichen Tatsachenspektrum glaubwürdig dartut. Trifft dies zu, ist die Verwaltung verpflichtet, auf das neue Leistungsbegehren einzutreten und es allseitig zu prüfen (BGE 117 V 198 E. 4b S. 200).

3.4 Die versicherte Person muss mit der Neuanschuldung oder dem Revisionsgesuch die massgebliche Tatsachenänderung glaubhaft machen. Der Untersuchungsgrundsatz, wonach das Gericht von Amtes wegen für die richtige und vollständige Abklärung des rechtserheblichen Sachverhalts zu sorgen hat, spielt insoweit nicht. Mit dem Beweismass des Glaubhaftmachens sind herabgesetzte Anforderungen an den Beweis verbunden. Die Tatsachenänderung muss nicht nach dem im Sozialversicherungsrecht sonst üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erstellt sein. Es genügt, dass für das Vorhandensein des geltend gemachten rechtserheblichen Sachumstands wenigstens gewisse Anhaltspunkte bestehen, auch wenn durchaus noch mit der Möglichkeit zu rechnen ist, bei eingehender Abklärung werde sich die behauptete Änderung nicht erstellen lassen (Urteil des Bundesgerichts 8C\_647/2019 vom 31. Januar 2020 E. 2.1 mit Hinweisen).

#### **E. 4**

4.1 Streitig und zu prüfen ist, ob der Beschwerdeführer vor dem Erlass der angefochtenen Verfügung vom 21. September 2020 eine erhebliche Veränderung seines Gesundheitszustandes glaubhaft gemacht hat. Der relevante Vergleichszeitpunkt wird durch die Verfügung vom 9. Juni 2015 (IV-Nr. 215) bestimmt.

4.2 Wie sich der medizinische Sachverhalt zum Zeitpunkt der letzten materiellen Rentenprüfung mit Verfügung vom 9. Juni 2015 präsentierte, hat das Versicherungsgericht bereits in seinem Urteil VSBES.2015.183 vom 15. Mai 2017 (IV-Nr. 234 S. 29 ff.) geprüft. Dabei wurde im Wesentlichen auf das beweiskräftige, polydisziplinäre Gutachten der Begutachtungsstelle B.\_\_\_\_ vom 29. November 2014 (IV-Nrn. 200.1 ■ 200.2) abgestellt. Auf die entsprechenden gerichtlichen Erwägungen (8 und 10) kann hier verwiesen werden:

«8.16 Im polydisziplinären Gutachten des B.\_\_\_\_ vom 29. September 2014 wiesen Dr. med. H.\_\_\_\_, Fallführung, FMH Allgemeine Innere Medizin, Dr. med. I.\_\_\_\_, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, Dr. med. J.\_\_\_\_, FMH Orthopädische Chirurgie, und Dr. med. K.\_\_\_\_, FMH Neurologie, keine Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit aus. Hingegen stellten sie folgende Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit fest:

1. Leichte depressive Episode (ICD-10 F32.0)

2. Schmerzverarbeitungsstörung (Symptomausweitung) (ICD-10 F54)

3. Chronisches panvertebrales Schmerzsyndrom (ICD-10 M54.8)

–chronisch zervikozephalales Schmerzsyndrom (ICD-10 M53.0)

–Status nach HWS-Distorsion im Rahmen einer Heckauffahrkollision am 18. Dezember 2001

–Status nach HWS-Distorsion im Sinne einer Frontalkollision am 4. Dezember 2008

–radiologisch keine relevante Veränderung an der zervikalen Wirbelsäule (MRI 25. August 2010)

–chronisches lumbales Schmerzsyndrom mit pseudoradikulären Schmerzausstrahlungen in beide Beine (ICD-10 M54.55)

–aktenanamnestisch Status nach akutem Lumbovertebralsyndrom im Rahmen eines Verhebeereignisses am 15. Juni 1998

–aktenanamnestisch Status nach multiplen Kontusionen im Rahmen eines Treppensturzes am 14. Oktober 2000

–Status nach Rückenkontusion am 27. Juni 2001

–radiologisch keine relevante Veränderung an lumbaler Wirbelsäule und Iliosakralgelenken (MRI 21. März 2013 und Röntgen 18. April 2013)

–unter Ablenkung keine höhergradige Bewegungseinschränkung an zervikaler und lumbaler Wirbelsäule

4.Chronische Kniebeschwerden rechts (ICD-10 M79.66/Z98.8)

–anamnestisch Status nach Eingriff bei hinterer Kreuzbandläsion circa 1998 (Regionalspital [...])

–klinisch reizloses freibewegliches Kniegelenk ohne Hinweise für höhergradige Degeneration oder Instabilität, jedoch mit möglicher Innenmeniskusläsion

5.Neuropathie des Nervus cutaneus femoris lateralis (ICD-10 G57.0)

6.Verdacht auf arterielle Hypertonie (ICD-10 I10)

7.Übergewicht, BMI 29 kg/m<sup>2</sup>(ICD-10 E66.0)

Zusammenfassend könnten aus polydisziplinärer Sicht keine Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gestellt werden. Der Beschwerdeführer sei in körperlich leichten bis zumindest mittelschweren Tätigkeiten uneingeschränkt arbeits- und leistungsfähig. Aufgrund der anamnestischen Angaben, der Untersuchungsbefunde, der vorliegenden Dokumente sowie der früher attestierten Arbeitsunfähigkeiten gingen die Gutachter davon aus, dass auch retrospektiv keine längerfristigen Arbeitsunfähigkeiten attestiert werden könnten. Die Einschätzung einer vollen Arbeits- und Leistungsfähigkeit in einer körperlich leichten bis zumindest mittelschwer belastenden Tätigkeit sei seit mehreren Jahren anzunehmen. Der Beschwerdeführer erachte sich in einer körperlich leichten Tätigkeit als zu maximal 50 % arbeitsfähig, was im deutlichen Gegensatz zur Beurteilung der Gutachter stehe, wonach eine körperlich leichte bis zumindest mittelschwer belastende Tätigkeit uneingeschränkt und ganztags zumutbar sei. Diese Diskrepanz ergebe sich wohl dadurch, dass der Beschwerdeführer davon ausgehe, sich vollständig gesund fühlen zu müssen und zu keiner Zeit Schmerzen verspüren zu dürfen, um einer beruflichen Tätigkeit nachgehen zu können, wogegen die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit aus medizinisch theoretischer Sicht auf einer anderen Grundlage festgelegt werde. Im Weiteren bestünden bei Schmerzverarbeitungsstörungen stets höhere Selbstlimitierungen, als es medizinisch theoretisch, insbesondere im Sinne der Willensanstrengung aus psychiatrischer Sicht zumutbar wäre. Die weiter erklärende Dynamik sei auch dem psychiatrischen Teilgutachten zu entnehmen.»

«10.1 [ ] So führt Dr. med. H.\_\_\_\_ anlässlich der internistischen Exploration aus, aus allge-meininternistischer Sicht bestehe der Verdacht auf eine arterielle Hypertonie, welche zur Kopfschmerzproblematik beitragen könnte. Es seien daher regelmässige Blutdruckkontrollen bzw. eine 24-Stunden-Blutdruckmessung zur Erhärtung der Diagnose dringend indiziert. Diese Ausführungen erscheinen deshalb relevant, weil der Beschwerdeführer im Rahmen der Exploration durch Dr. med. H.\_\_\_\_ angibt, seit dem Unfall vom 4. Dezember 2008 unter anhaltenden täglichen chronischen Nackenschmerzen, ausstrahlend in den Hinterkopf sowie im Bereich beider Arme als auch unter chronischen Kopfschmerzen, begleitet von intermittierender Nausea, zu leiden. Die Einschätzung der Verdachtsdiagnose einer arteriellen Hypertonie überzeugt ferner auch aufgrund des bei der

allgemeininternistischen Untersuchung gemessenen Blutdrucks (liegend von 173/111 mmHg und sitzend von 200/124 mmHg). In diesem Zusammenhang erscheint auch der Hinweis von Dr. med. H.\_\_\_\_ betreffend das Übergewicht des Beschwerdeführers plausibel. [ ]

Die im Rahmen des psychiatrischen Teilgutachtens von Dr. med. I.\_\_\_\_ festgestellte Diagnose einer «leichten depressiven Episode», gekennzeichnet durch die ICD-10 Kriterien «verminderte Freudeempfindungsfähigkeit, anamnestisch auch aggressive Gestimmtheit, Ängste unter Leuten, erhöhte Ermüdbarkeit, leichte Konzentrationsstörungen und Schlafstörungen», vermag aufgrund der bei der Exploration festgestellten psychopathologischen Befunde einzuleuchten: So hielt Dr. med. I.\_\_\_\_ unter anderem fest, es sei eine wenig auffällige Psychomotorik vorhanden, der affektive Kontakt sei gut herstellbar und die Stimmung sei leicht depressiv. Der Beschwerdeführer gebe eine erhöhte Ermüdbarkeit und Schlafstörungen an, jedoch insbesondere ausgeweitete, diffuse Rücken-, Kopf- und Nackenschmerzen sowie Ängste unter vielen Leuten mit einer Rückzugstendenz. Es seien keine Hinweise auf Zwänge gegeben, die Vigilanz sei nicht gestört, der Beschwerdeführer sei wach, bewusstseinsklar und allseits orientiert. Er habe praktisch keine Kontakte angegeben, die Beziehungsfähigkeit sei erhalten. Anamnestisch habe er auch eine aggressive Gestimmtheit angegeben, ohne Hinweise auf deutliche Impulskontrollstörungen. Der Antrieb sei herabgesetzt mit erhöhter Ermüdbarkeit bei erhaltener Intentionalität. Gemäss Dr. med. I.\_\_\_\_ bestehe weder eine schwere chronische Erkrankung noch ein schweres psychisches Leiden, das theoretisch therapeutisch nicht günstig beeinflusst werden könne, wie eine psychotische Störung oder eine schwere Persönlichkeitsstörung. Diese Ausführung erscheint schlüssig, da Dr. med. I.\_\_\_\_ seine Einschätzung damit bekräftigt, dass vor allem auch der Verlauf mit vor der Erkrankung voller Leistungsfähigkeit gegen die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit spreche. Obschon der Beschwerdeführer angebe, allein zu leben, nur wenige Kontakte zu haben und finanziell vom Sozialamt abhängig zu sein, führt Dr. med. I.\_\_\_\_ aus, dieser falle aber aus dem sozialen Rahmen nicht hinaus und sei sonst bezüglich der Lebensführung selbständig.» [ ]

Im orthopädischen Teilgutachten führt Dr. med. J.\_\_\_\_ aus, der Beschwerdeführer schildere seine Beschwerden auffallend vage und ausweichend. Nach ausführlicher Diskussion bleibe unklar, inwieweit zum Zeitpunkt des Unfalls von 2008 frühere Verletzungen einschliesslich der rechten Knieläsion noch bestanden hätten. Diese Darlegungen leuchten ein, da der Beschwerdeführer anlässlich der Anamnese von zwei weiteren Unfallereignissen sowohl im Dezember 2001 (Autounfall) als auch 1999 (Arbeitsunfall) berichtet habe. Dr. med. J.\_\_\_\_ legt weiter dar, die Tatsache, dass der Beschwerdeführer trotz seiner Adipositas im Langsitz den Oberkörper hochstemmen könne, um auf der Unterlage rückwärts zu rutschen, sei mit einer höhergradigen Veränderung an den oberen Extremitäten nicht vereinbar und auch die erheblich vermehrte Beschwielenung an den Händen beidseits würde unzweifelhaft für noch kürzlich erfolgte manuelle Tätigkeiten sprechen. Dadurch werden ferner Zweifel an der Zuverlässigkeit der Schilderungen und Ausführungen des Beschwerdeführers hervorgerufen, zumal dieser während der Untersuchung wiederholt angegeben habe, dass seine Hände kraftlos seien und zittern würden. Es vermag daher einzuleuchten, wenn Dr. med. J.\_\_\_\_ zusammenfassend festhält, die vom Beschwerdeführer äusserst diffus beklagten Beschwerden an Stamm und Extremitäten würden sich durch die klinischen und radiologischen Befunde keinesfalls nachvollziehen lassen. In Bezug auf die von ihm weiter

als «durchaus möglich» eingestuft degenerativen Veränderungen sowie eine Innenmeniskusläsion am rechten Kniegelenk geht er in der Folge nicht näher ein. Dies erscheint korrekt, da der Beschwerdeführer gemäss Dr. med. J.\_\_\_\_ erst auf wiederholt gezielte Frage überhaupt von diesen Beschwerden gesprochen habe und daher eine ganz klar nichtorganische Beschwerdekomponekte im Vordergrund stehe.

Im Rahmen des neurologischen Teilgutachtens führt Dr. med. K.\_\_\_\_ aus, der Beschwerdeführer leide unter im Vordergrund stehenden chronischen Nackenschmerzen, die sich diffus im Kopf ausbreiten würden, wobei indes keine radikulären Schmerzausstrahlungen beschrieben würden. Diese Ausführungen lassen sich aufgrund der Beschreibungen des Beschwerdeführers nachvollziehen, wonach die Nackenschmerzen seit vielen Jahren vorhanden seien und sich durch den erneuten Verkehrsunfall mit einer Frontalkollision im Jahre 2008 wieder verschlechtert hätten. Er könne wegen den Schmerzen im Nackenbereich die sich in beide Schultern ausbreiten würden, die Arme nicht nach oben halten, über Schulterniveau. Bei der klinischen Untersuchung zeige der Beschwerdeführer eine leicht eingeschränkte HWS-Beweglichkeit und es finde sich eine leicht diffuse Druckempfindlichkeit der Nackenmuskulatur mit unspezifischem Charakter. Es liessen sich aber keine Triggerpunkte abgrenzen und es seien keine Anhaltspunkte für eine radikuläre Reiz- bzw. sensomotorische Ausfallsymptomatik gegeben. Eine solche finde sich auch in Bezug auf die Schmerzen im Bereich des linken Unterschenkels nicht. Die weitere Darlegung, wonach der Beschwerdeführer kein nachvollziehbares Schonverhalten zeige, überzeugt, da Dr. med. K.\_\_\_\_ diesbezüglich ausführt, dass die Bewegungsabläufe in verschiedenen Situationen während der Untersuchung völlig normal seien.»

4.3 Mit der Neuanmeldung vom 31. März 2020 werden folgende medizinische Unterlagen eingereicht:

4.3.1 Gemäss dem Bericht der Memory Clinic des Spitals D.\_\_\_\_ vom 2. April 2019 (IV-Nr. 240 S. 3 ff.), Dr. med. E.\_\_\_\_, Stv. Chefärztin Neurologie, und lic. phil. F.\_\_\_\_, Neuropsychologin, hätten eine neuropsychologische und neurologische Untersuchung des Beschwerdeführers folgende Diagnosen ergeben:

Der Beschwerdeführer klagt über Sensibilitätsstörungen im rechten Arm sowie Nackenschmerzen mit Ausstrahlung in den Kopf in Folge von wiederholten HWS-Distorsionen 2000 und 2008. Spontan beklagt er Störungen der Konzentration (erhöhte Ablenkbarkeit durch innere und äussere Reize) und des Gedächtnisses. Neben den erlittenen Unfällen mache er persönliche traumatisierende Schicksalsschläge (Tod seines Vaters und aller Geschwister innerhalb von wenigen Jahren) verantwortlich für die Veränderungen der kognitiven Leistungsfähigkeit. Der beim Beschwerdeführer erhobene Intelligenzquotient liege im Grenzbereich zwischen einer Lernbehinderung und einer leichten geistigen Behinderung. In Anbetracht der anamnestischen Angaben und des allgemeinen klinischen Eindrucks sei von einer unterdurchschnittlichen Grundintelligenz im Bereich einer Lernbehinderung auszugehen, das Intelligenzniveau werde in der Testuntersuchung wahrscheinlich eher unterschätzt. Neben der fremden Muttersprache könnte auch das niedrige Schulbildungsniveau dazu geführt haben, dass die Leistungen des Patienten in einzelnen Untertests tiefer ausfielen (sprachgebundene Aufgaben wie «Wortschatztest» oder Aufgaben, die bildungsabhängig seien wie «Rechnerisches Denken» oder «Allgemeines Wissen»). In der kursorischen Prüfung der Sprachfunktionen zeigten sich dem Bildungsniveau weitgehend entsprechende Auffälligkeiten im Lesen und

Schreiben. Das Nachsprechen, Benennen und Lesesinnverständnis fielen unauffällig aus. Zusammenfassend seien in der ergänzenden neuropsychologischen Untersuchung leichte bis teilweise mittelschwere Defizite in der Aufmerksamkeitsaktivierung (phasische Alertness), der selektiven und geteilten Aufmerksamkeit, der visuo-verbale und visuomotorischen Interferenzkontrolle, der kognitiven Flexibilität sowie des Arbeitsgedächtnisses objektiviert worden. Daneben fänden sich minimale bis leichte Defizite in verbalen episodischen Gedächtnisleistungen (erhöhte Interferenz). Differentialdiagnostisch könnten die kognitiven Einbussen im Rahmen einer Lernbehinderung beurteilt werden, eine Akzentuierung der Beschwerden sei durch die aktuelle psychische Situation zudem denkbar. Entsprechend erachte man das Fortführen einer Psychotherapie als sinnvoll. Die zusätzliche apparative und laborchemische Diagnostik zeige einerseits in der Hirn-MRI Hinweise auf eine DD beginnende vaskuläre Leukenzephalopathie, andererseits zeige sich laborchemisch eine Dyslipidämie sowie in der Sprechstunde eine arterielle Hypertonie. Die festgestellten kognitiven Einbussen seien jedoch nicht primär als läsiogen im Rahmen der dargestellten Leukenzephalopathie zu interpretieren, sondern eher als DD affektiv bedingt.

4.3.2 Dr. med. C. \_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Medizin und Hausarzt des Beschwerdeführers, führt in seinem Bericht vom 22. Juni 2020 (IV-Nr. 240 S. 1 f.) aus, was die Skelett- und insbesondere die Nacken- / Rückenschmerzen anbelange, gebe es keine Neuigkeiten, ausser dass die Beschwerden immer noch vorhanden seien und im Rahmen der Chronizität eine grössere Belastung im Alltag darstellten. Hingegen sei in der Zwischenzeit eine Abklärung in der Memory-Klinik des Spitals D. \_\_\_\_ durchgeführt worden, welche das allgemeine kognitive Inventar untersucht habe. Diese Erkenntnisse gelte es bei der Gesamtbeurteilung zu berücksichtigen.

4.3.3 Im Einwandverfahren wurde zusätzlich ein Bericht von Dr. med. G. \_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 14. August 2020 (IV-Nr. 246 S. 19 ff.) eingereicht. Der Beschwerdeführer sei erstmals am 4. September 2018 für 11 Sitzungen in der Therapie gewesen. Am 16. Mai 2019 sei seitens der Therapierenden ein vorläufiger Behandlungsabschluss vorgeschlagen worden, weil trotz unzweifelhaftem psychischem Leiden der eigentliche therapeutische Auftrag unklar geblieben sei. Der Beschwerdeführer habe sein psychisches Leiden offenbar eher unterdrückt und sich auf die Arbeitssuche bzw. finanziellen Sorgen fokussiert. Der Hausarzt habe am 14. Juli 2020 um eine erneute Behandlung gebeten. Aktuell bestehe der Eindruck, dass der Beschwerdeführer in seinem Leiden auf externale Verursacher und Gründe fokussiere. Er könne kaum introspektive Zusammenhänge erkennen und benennen, verbleibe sozusagen im Zustand der hilflosen Klage. Im September 2018 habe er primär von Zukunftsängsten, Nackenbeschwerden, Schlafstörungen, Leiden an sozialen Verlusten, Hilflosigkeit, Unverstandensein und Verzweiflung, Konzentrationsproblemen, geistiger Abwesenheit, Schweissausbrüchen sowie wiederkehrenden Erinnerungsbildern an Unfälle berichtet. Am 13. August 2020 habe er Antriebsverlust, Lustlosigkeit, sich im Leben und im Alltag verloren fühlen, handlungsblockiert plötzlich feststellen, wieviel Zeit vergangen sei am Tag, Grübeln mit wiederkehrenden Erinnerungen an seine verstorbenen Angehörigen und an die Unfälle, Enttäuschung von Mitmenschen, Schmerzen in Nacken, Kopf und linken Arm, Schwitzen, Schlafprobleme, Fugue- (einfach wegfahren) und suizidale Phantasien (in Fluss springen und «abschiessen») beklagt. Er komme scheinbar seit seinem ersten Autounfall 2001 nicht von Auseinandersetzungen mit Versicherungen los, die er zwar nicht suche, in die er sich

aber auch zu verbeissen scheine, die ihn aufwühlten und verunsicherten. Psychisches und Somatisches greife bei ihm oft schwierig trennbar ineinander. Man habe immer wieder Mühe gehabt, ihn zu verstehen und es sei der Eindruck möglicher neuropsychologischer Defizite entstanden, weshalb eine entsprechende neuropsychologische und neurologische Abklärung durchgeführt worden sei. Gemäss deren Ergebnis sei davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer Mühe habe, sich verständlich zu machen, aber auch Mühe habe, seine Umwelt adäquat zu verstehen. Insgesamt verstehe man sein Leiden als hilflose Überforderung, mit Herausforderungen seines Lebens funktional umgehen zu können. Diagnostisch sei er auf dem Hintergrund von eingeschränkter Sprachfähigkeit und Intellekt nicht einfach zu beurteilen. Im August 2020 zeige sich indessen recht deutlich eine mittelgradige depressive Episode, zu verstehen auf dem Hintergrund von Schwierigkeiten des sich verständlich machen Könnens und des Verstehens aus intellektuellen Gründen an der Grenze zur Intelligenzminderung. Weiter bestünden eine posttraumatische Belastungsstörung, eine somatoforme Schmerzstörung und ein Verdacht auf eine leichte Intelligenzminderung. Schliesslich zeige der Beschwerdeführer eine Akzentuierung paranoider Persönlichkeitszüge. Die aktuelle Arbeitsfähigkeit könne nicht präzise eingeschätzt werden. Eine Unterstützung seitens der IV im Sinne eines erneuten Integrationsversuchs wäre hilfreich. Beim Beschwerdeführer sei durchaus ein deutliches appellatives Element festzustellen. Es bestehe der Eindruck, dass er sich diesen klagsamen Zug auf dem Hintergrund von wiederholten Erfahrungen des sich nicht verstanden Fühlens angeeignet habe. Es müsse deshalb auch davon ausgegangen werden, dass er in seiner Einschätzung des Befindens anhand der psychologischen Testmittel, insbesondere am 13. August 2020, eher ein stärkeres Leidensausmass angegeben habe. Man erhalte hingegen keine Hinweise darauf, dass der Beschwerdeführer Symptome oder Situationsaspekte erfinden würde. Auch widerspreche es seinem zur emotionalen Verdrängung neigenden Wesen, Leiden verbal oder im nonverbalen Ausdruck zu übertreiben. Es lasse sich eine Chronifizierung feststellen. Eine solche beinhalte auch eine gewisse Verschlechterung des Befindens, dies im Sinne einer Symptomverhärtung und -ausweitung. Davon könnten die verschlechterten Testresultate sprechen, auch wenn dabei von appellativen Kräften auszugehen sei.

## **E. 5**

5.1 Im Vergleich mit dem medizinischen Sachverhalt zum Zeitpunkt der letzten Rentenprüfung zeigt sich anhand der mit der Neuanschuldung eingereichten Unterlagen, dass sich die Situation in somatischer Hinsicht nicht verändert hat. Der Beschwerdeführer lässt zwar beschwerdeweise vorbringen, es liege eine Chronifizierung vor, wobei er auf die Ausführungen von Dr. med. C.\_\_\_\_ zu verweisen scheint, der in diesem Zusammenhang angibt, die Chronizität stelle im Alltag eine grössere Belastung dar (IV-Nr. 240 S. 1 f.). Von einem chronischen Verlauf bzw. chronischen panvertebrales Schmerzsyndrom war indessen schon im Rahmen der Begutachtung durch die Begutachtungsstelle B.\_\_\_\_ die Rede. Zudem hält Dr. med. C.\_\_\_\_ selbst fest, es gebe seitens der Skelett- und insbesondere der Nacken- / Rückenschmerzen keine Neuigkeiten. Auch der nach Erlass der angefochtenen Verfügung eingereichte Bericht von Dr. med. L.\_\_\_\_, Facharzt für Radiologie, vom 29. Januar 2021 (Beilage 4 zur Beschwerde), über ein MRT des rechten Kniegelenks (das offenbar nach einem Sturz auf glattem Eis gemacht wurde) bringt keine neuen bzw. relevanten Erkenntnisse. Chronische Kniebeschwerden wurden bereits im Gutachten der Begutachtungsstelle B.\_\_\_\_ vom 29. September 2014 diagnostiziert, damit verbunden ein Verdacht auf eine mögliche Innenmeniskusläsion. Der aktuelle Bericht enthält keine

anderen Befunde. Ebenso wenig enthält das im Beschwerdeverfahren eingereichte hausärztliche Attest von Dr. med. C. \_\_\_ vom 14. Mai 2021 (Beilage 5 zur Beschwerde) relevante Angaben. Es wird ohne weitere Begründung eine 100%ige Arbeits- und Vermittlungsunfähigkeit angegeben. Insofern ist auf die somatische Seite nicht mehr weiter einzugehen.

5.2 Mit der Neuanmeldung werden insbesondere Veränderungen in psychiatrischer / neuropsychologischer Hinsicht geltend gemacht. Die Berichte von Dr. med. C. \_\_\_ vom 22. Juni 2020 und der Memory Clinic des Spitals D. \_\_\_ vom 2. April 2019 wurden durch den Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD), in der Person von Dr. med. M. \_\_\_, Fachärztin für Allgemeinmedizin und Arbeitsmedizin, gesichtet, wobei sie am 24. Juni 2020 (IV-Nr. 241) ohne weitere Ausführungen angab, die neu eingereichten Unterlagen wiesen keine neue Diagnose oder objektivierbare relevante Verschlechterung der medizinischen Situation aus. Eine konkrete neuropsychologische Beurteilung des Beschwerdeführers hatte im Rahmen des Gutachtens der Begutachtungsstelle B. \_\_\_ vom 29. September 2014 nicht stattgefunden. Von einer Glaubhaftmachung einer anspruchsrelevanten Veränderung des Gesundheitszustandes kann aufgrund dieses Berichts dennoch nicht gesprochen werden. Bereits im Jahr 2002 wurde beim Beschwerdeführer eine leichte neuropsychologische Störung unklarer Genese diagnostiziert. Im neuropsychologischen Bericht der Rehaklinik N. \_\_\_ vom 4. April 2002 (IV-Nr. 27.3 S. 18 ff.) wurde ausgeführt, der Beschwerdeführer spreche über eine schlechte Konzentration (Faden verlieren im Gespräch, Abdriften beim Lesen, Vertauschen von Buchstaben). In der Testung habe sich gezeigt, dass das Bearbeitungstempo bei einer längeren visuellen Konzentrationsaufgabe schwankend sei, die gerichtete Aufmerksamkeit (visuell) leicht reduziert, die verbale Informationsspanne im Vergleich zur visuellen deutlich verkürzt, die Leistungen im sprachlichen und visuellen Lernen sowie im Frischgedächtnis insgesamt leicht vermindert. Die Kategorisierungsleistung sei leicht reduziert (ev. bildungsbedingt). Mit einer Aufgabe zur auditiven gerichteten Aufmerksamkeit sei der Beschwerdeführer überfordert. Insgesamt wurde festgehalten, dass die Befunde mit einer leichten Störung vereinbar seien, wobei die Genese unklar sei. Nach der 17 Jahre später durchgeführten neuropsychologischen Untersuchung schliessen die Untersuchenden nun auf einen IQ im Grenzbereich zwischen einer Lernbehinderung und einer leichten geistigen Behinderung. Die vom Beschwerdeführer 2019 beklagten Konzentrationsstörungen sind die gleichen wie damals (erhöhte Ablenkbarkeit durch innere und äussere Reize). Es wird in der Beurteilung davon ausgegangen, dass neben der fremden Muttersprache auch das niedrige Schulbildungsniveau dazu geführt haben könnte, dass die Leistungen in einzelnen Untertests tiefer ausgefallen seien. Die festgestellten kognitiven Einbussen (leichte bis teilweise mittelschwere Defizite in der Aufmerksamkeitsaktivierung, selektiven und geteilten Aufmerksamkeit, visuo-verbale und visuomotorischen Interferenzkontrolle, kognitiven Flexibilität sowie des Arbeitsgedächtnisses) werden differentialdiagnostisch im Rahmen einer Lernbehinderung beurteilt. Zudem wird eine Akzentuierung der Beschwerden durch die aktuelle psychische Situation als denkbar erachtet. Diese festgestellte Grundintelligenz im Bereich der Lernbehinderung vermag keine anspruchsrelevante Veränderung glaubhaft zu machen. Vielmehr liegt nunmehr eine Erklärung für die im Jahr 2002 noch als unklar deklarierte Genese der leichten Störung vor, die damals schon festgestellt wurde und somit längst bekannt ist. Im Gegensatz zur Untersuchung 2002 wurden in der Hirn-MRI zwar Hinweise auf eine beginnende vaskuläre Leukenzephalopathie gesehen. Allerdings wird explizit festgehalten, dass die festgestellten

kognitiven Einbussen nicht primär als läsiogen im Rahmen der dargestellten Leukenzephalopathie zu interpretieren seien, sondern eher als affektiv bedingt. Diagnostiziert wird in der aktuellen Beurteilung folglich eine (rein) subjektive kognitive Störung, mit einer subjektiv symptomführenden Unkonzentriertheit des Beschwerdeführers. Dadurch wird, wie gesagt, keine anspruchrelevante Veränderung des Gesundheitszustandes glaubhaft gemacht. Das Gleiche gilt für das im Beschwerdeverfahren eingereichte Aufgebot zu einer neurologischen Sprechstunde, die am 14. Juli 2021 stattfinden sollte (Beilage 6 zur Beschwerde). Das Schreiben enthält keine medizinischen Informationen.

5.3 Schliesslich ist auf den im Einwandverfahren eingereichten psychiatrischen Bericht einzugehen. Am 18. September 2020 (IV-Nr. 249) führte die RAD-Ärztin Dr. med. M.\_\_\_\_ zum Bericht von Dr. med. G.\_\_\_\_ aus, die durch den Psychiater angegebene Chronifizierung sei bereits im Gutachten der Begutachtungsstelle B.\_\_\_\_ im Jahr 2014 gewürdigt worden. Tatsächlich war bereits im Rahmen der Begutachtung im Jahr 2014 von einem chronischen Verlauf die Rede (vgl. IV-Nr. 200.1 S. 20 f.). Die durch den Psychiater angegebene mittelgradige depressive Episode ■ legt die RAD-Ärztin weiter dar ■ sei aufgrund der rein subjektiven und lediglich einmalig erhobenen Nachfragen an den Beschwerdeführer nicht plausibel, zudem stelle sich die Frage nach dem Leidensdruck bei fraglichen mittelschweren depressiven Symptomen, da offensichtlich keine neue Therapie bzw. Medikation durch den Psychiater begonnen worden sei. Die weiteren Diagnosen bzw. Symptome seien ebenfalls teils bekannt und im Gutachten der Begutachtungsstelle B.\_\_\_\_ beschrieben, teils aktuell nur vage und nicht objektivierbar. Schon 2014 sowie aktuell seien zudem diverse IV-fremde Gründe, die zur Symptomausweitung beitragen, benannt worden.

Auch aus dem Bericht von Dr. med. G.\_\_\_\_, dessen Einschätzung mit Blick auf die beweisrechtlich bedeutsame Verschiedenheit von Behandlungs- / Therapieauftrag einerseits und Begutachtungsauftrag andererseits besonders sorgfältig zu würdigen ist (BGE 125 V 351 E. 3b/cc S. 353), lassen sich keine Hinweise entnehmen, die glaubhaft machen würden, dass sich die psychische Situation in anspruchrelevantem Ausmass verändert hätte. In der Begutachtung durch die Begutachtungsstelle B.\_\_\_\_ wurden als psychiatrische Diagnosen (ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit) eine leichte depressive Episode und eine Schmerzverarbeitungsstörung erhoben. In der Zeit nach der Begutachtung hat der Beschwerdeführer, obwohl eine psychotherapeutische Therapie bzw. eine entsprechende Medikation auch vom psychiatrischen Gutachter als geeignete Massnahme erachtet worden war, keine solche aufgenommen. Im Jahr 2018 suchte er Dr. med. G.\_\_\_\_ auf, wobei nach 11 Sitzungen die Therapie im Mai 2019 beendet wurde. Nach ergangenem Vorbescheid und während des Einwandverfahrens fand eine Wiederaufnahme bzw. ein erstes Gespräch statt, woraufhin Dr. med. G.\_\_\_\_ am 14. August 2020 Bericht erstattete. Gestützt auf ein erfolgtes Gespräch, in Unkenntnis der Aktenlage (worauf Dr. med. G.\_\_\_\_ selber verweist) und allein anhand der anamnестischen Angaben des Beschwerdeführers schliesst er auf das Vorliegen einer mittelgradigen depressiven Episode. Weiter werden ohne entsprechende Begründung oder Herleitung eine posttraumatische Belastungsstörung und eine somatoforme Schmerzstörung erwähnt. Gleichzeitig weist auch Dr. med. G.\_\_\_\_ auf die bereits bekannte Tatsache hin, dass der Beschwerdeführer eher ein stärkeres Leidensausmass angegeben habe. Gleiches lässt sich dem Gutachten der Begutachtungsstelle B.\_\_\_\_ entnehmen, wonach eine gewisse Selbstlimitierung und Inkonsistenzen bestünden, weshalb auf eine Schmerzverarbeitungsstörung (Symptomausweitung) zu schliessen sei. Schliesslich wird in

Bezug auf den aktuellen Bericht vom RAD auch zu Recht erwähnt, dass dort wie bereits im Gutachten der Begutachtungsstelle B. \_\_\_ IV-fremde Komponenten genannt werden, so die Trennung von der Frau oder die Unfallereignisse. Dr. G. \_\_\_ erwähnt insbesondere die langjährigen Auseinandersetzungen mit Versicherungsträgern.

5.4 Nach dem Gesagten ergeben sich zum Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung vom 21. September 2020 keine Anhaltspunkte für eine anspruchrelevante Verschlechterung des Gesundheitszustandes seit dem 9. Juni 2015. Eine solche ist mit den eingereichten Unterlagen nicht glaubhaft gemacht. Die Beschwerdegegnerin ist daher zu Recht nicht auf die Neuanmeldung eingetreten und die Beschwerde ist folglich abzuweisen.

6.2 Aufgrund von Art. 69 Abs. 1bisIVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von CHF 200.00 ■ 1'000.00 festgelegt. Im vorliegenden Fall hat der Beschwerdeführer die gesamten Verfahrenskosten von CHF 1■000.00 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 Rückzahlung in der Lage ist (Art. 123 ZPO). Der geleistete Kostenvorschuss von CHF 1'000.00 (vgl. Verfügung vom 23. Dezember 2020, A.S. 36) ist dem Beschwerdeführer zurückzuerstatten.

Demnach widerkannt:

3. Der Beschwerdeführer hat die Verfahrenskosten von CHF 1'000.00 zu bezahlen, die infolge Bewilligung der unentgeltlichen Rechtspflege durch den Staat Solothurn zu übernehmen sind. Vorbehalten bleibt der Rückforderungsanspruch des Staates während zehn Jahren, wenn A. \_\_\_ zur Rückzahlung in der Lage ist (Art. 123 ZPO). Der geleistete Kostenvorschuss von CHF 1'000.00 wird dem Beschwerdeführer zurückerstattet.

4. Je eine Kopie des Protokolls der Verhandlung vom 24. August 2021 geht zur Kenntnisnahme an die Parteien.

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

Die Vizepräsidentin

Die Gerichtsschreiber

Weber-Probst

Schmidhauser

## E. 6

Verdacht auf arterielle Hypertonie (ICD-10 I10)

## E. 7

Übergewicht, BMI 29 kg/m<sup>2</sup> (ICD-10 E66.0) Zusammenfassend könnten aus polydisziplinärer Sicht keine Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gestellt werden. Der Beschwerdeführer sei in körperlich leichten bis zumindest mittelschweren Tätigkeiten uneingeschränkt arbeits- und leistungsfähig. Aufgrund der anamnestischen Angaben, der Untersuchungsbefunde, der vorliegenden Dokumente sowie der früher attestierten Arbeitsunfähigkeiten gingen die Gutachter davon aus, dass auch retrospektiv keine längerfristigen Arbeitsunfähigkeiten attestiert werden könnten. Die Einschätzung einer vollen Arbeits- und Leistungsfähigkeit in einer körperlich leichten bis zumindest mittelschwer belastenden Tätigkeit sei seit mehreren Jahren anzunehmen. Der Beschwerdeführer erachte sich in einer körperlich leichten Tätigkeit als zu maximal 50 % arbeitsfähig, was im deutlichen Gegensatz zur Beurteilung der Gutachter stehe, wonach eine körperlich leichte bis zumindest mittelschwer belastende Tätigkeit uneingeschränkt und ganztags zumutbar sei. Diese Diskrepanz ergebe sich wohl dadurch, dass der Beschwerdeführer davon ausgehe, sich vollständig gesund fühlen zu müssen und zu keiner Zeit Schmerzen verspüren zu dürfen, um einer beruflichen Tätigkeit nachgehen zu können, wogegen die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit aus medizinisch theoretischer Sicht auf einer anderen Grundlage festgelegt werde. Im Weiteren bestünden bei Schmerzverarbeitungsstörungen stets höhere Selbstlimitierungen, als es medizinisch theoretisch, insbesondere im Sinne der Willensanstrengung aus psychiatrischer Sicht zumutbar wäre. Die weiter erklärende Dynamik sei auch dem psychiatrischen Teilgutachten zu entnehmen.» «10.1 [...] So führt Dr. med. H.\_\_\_\_ anlässlich der internistischen Exploration aus, aus allge-meininternistischer Sicht bestehe der Verdacht auf eine arterielle Hypertonie, welche zur Kopfschmerzproblematik beitragen könnte. Es seien daher regelmässige Blutdruckkontrollen bzw. eine 24-Stunden-Blutdruckmessung zur Erhärtung der Diagnose dringend indiziert. Diese Ausführungen erscheinen deshalb relevant, weil der Beschwerdeführer im Rahmen der Exploration durch Dr. med. H.\_\_\_\_ angibt, seit dem Unfall vom 4. Dezember 2008 unter anhaltenden täglichen chronischen Nackenschmerzen, ausstrahlend in den Hinterkopf sowie im Bereich beider Arme als auch unter chronischen Kopfschmerzen, begleitet von intermittierender Nausea, zu leiden. Die Einschätzung der Verdachtsdiagnose einer arteriellen Hypertonie überzeugt ferner auch aufgrund des bei der allgemeininternistischen Untersuchung gemessenen Blutdrucks (liegend von 173/111 mmHg und sitzend von 200/124 mmHg). In diesem Zusammenhang erscheint auch der Hinweis von Dr. med. H.\_\_\_\_ betreffend das Übergewicht des Beschwerdeführers plausibel. [...] Die im Rahmen des psychiatrischen Teilgutachtens von Dr. med. I.\_\_\_\_ festgestellte Diagnose einer «leichten depressiven Episode», gekennzeichnet durch die ICD-10 Kriterien «verminderte Freudeempfindungsfähigkeit, anamnestisch auch aggressive Gestimmtheit, Ängste unter Leuten, erhöhte Ermüdbarkeit, leichte Konzentrationsstörungen und Schlafstörungen», vermag aufgrund der bei der Exploration festgestellten psychopathologischen Befunde einzuleuchten: So hielt Dr. med. I.\_\_\_\_ unter anderem fest, es sei eine wenig auffällige Psychomotorik vorhanden, der affektive Kontakt sei gut herstellbar und die Stimmung sei leicht depressiv. Der Beschwerdeführer gebe eine erhöhte Ermüdbarkeit und Schlafstörungen an, jedoch insbesondere ausgeweitete, diffuse Rücken-, Kopf- und Nackenschmerzen sowie Ängste unter vielen Leuten mit einer Rückzugstendenz. Es seien keine Hinweise auf Zwänge gegeben, die Vigilanz sei nicht gestört, der Beschwerdeführer sei wach, bewusstseinsklar und allseits orientiert. Er habe praktisch keine Kontakte angegeben, die Beziehungsfähigkeit sei erhalten. Anamnestisch habe er

auch eine aggressive Gestimmtheit angegeben, ohne Hinweise auf deutliche Impulskontrollstörungen. Der Antrieb sei herabgesetzt mit erhöhter Ermüdbarkeit bei erhaltener Intentionalität. Gemäss Dr. med. I.\_\_\_\_ bestehe weder eine schwere chronische Erkrankung noch ein schweres psychisches Leiden, das theoretisch therapeutisch nicht günstig beeinflusst werden könne, wie eine psychotische Störung oder eine schwere Persönlichkeitsstörung. Diese Ausführung erscheint schlüssig, da Dr. med. I.\_\_\_\_ seine Einschätzung damit bekräftigt, dass vor allem auch der Verlauf mit vor der Erkrankung voller Leistungsfähigkeit gegen die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit spreche. Obschon der Beschwerdeführer angebe, allein zu leben, nur wenige Kontakte zu haben und finanziell vom Sozialamt abhängig zu sein, führt Dr. med. I.\_\_\_\_ aus, dieser falle aber aus dem sozialen Rahmen nicht hinaus und sei sonst bezüglich der Lebensführung selbständig.» [...] Im orthopädischen Teilgutachten führt Dr. med. J.\_\_\_\_ aus, der Beschwerdeführer schildere seine Beschwerden auffallend vage und ausweichend. Nach ausführlicher Diskussion bleibe unklar, inwieweit zum Zeitpunkt des Unfalls von 2008 frühere Verletzungen einschliesslich der rechten Knieläsion noch bestanden hätten. Diese Darlegungen leuchten ein, da der Beschwerdeführer anlässlich der Anamnese von zwei weiteren Unfallereignissen sowohl im Dezember 2001 (Autounfall) als auch 1999 (Arbeitsunfall) berichtet habe. Dr. med. J.\_\_\_\_ legt weiter dar, die Tatsache, dass der Beschwerdeführer trotz seiner Adipositas im Langsitz den Oberkörper hochstemmen könne, um auf der Unterlage rückwärts zu rutschen, sei mit einer höhergradigen Veränderung an den oberen Extremitäten nicht vereinbar und auch die erheblich vermehrte Beschwielung an den Händen beidseits würde unzweifelhaft für noch kürzlich erfolgte manuelle Tätigkeiten sprechen. Dadurch werden ferner Zweifel an der Zuverlässigkeit der Schilderungen und Ausführungen des Beschwerdeführers hervorgerufen, zumal dieser während der Untersuchung wiederholt angegeben habe, dass seine Hände kraftlos seien und zittern würden. Es vermag daher einzuleuchten, wenn Dr. med. J.\_\_\_\_ zusammenfassend festhält, die vom Beschwerdeführer äusserst diffus beklagten Beschwerden an Stamm und Extremitäten würden sich durch die klinischen und radiologischen Befunde keinesfalls nachvollziehen lassen. In Bezug auf die von ihm weiter als «durchaus möglich» eingestuft degenerativen Veränderungen sowie eine Innenmeniskusläsion am rechten Kniegelenk geht er in der Folge nicht näher ein. Dies erscheint korrekt, da der Beschwerdeführer gemäss Dr. med. J.\_\_\_\_ erst auf wiederholt gezielte Frage überhaupt von diesen Beschwerden gesprochen habe und daher eine ganz klar nichtorganische Beschwerdekomponente im Vordergrund stehe. Im Rahmen des neurologischen Teilgutachtens führt Dr. med. K.\_\_\_\_ aus, der Beschwerdeführer leide unter im Vordergrund stehenden chronischen Nackenschmerzen, die sich diffus im Kopf ausbreiten würden, wobei indes keine radikulären Schmerzausstrahlungen beschrieben würden. Diese Ausführungen lassen sich aufgrund der Beschreibungen des Beschwerdeführers nachvollziehen, wonach die Nackenschmerzen seit vielen Jahren vorhanden seien und sich durch den erneuten Verkehrsunfall mit einer Frontalkollision im Jahre 2008 wieder verschlechtert hätten. Er könne wegen den Schmerzen im Nackenbereich die sich in beide Schultern ausbreiten würden, die Arme nicht nach oben halten, über Schulterniveau. Bei der klinischen Untersuchung zeige der Beschwerdeführer eine leicht eingeschränkte HWS-Beweglichkeit und es finde sich eine leicht diffuse Druckempfindlichkeit der Nackenmuskulatur mit unspezifischem Charakter. Es liessen sich aber keine Triggerpunkte abgrenzen und es seien keine Anhaltspunkte für eine radikuläre Reiz- bzw. sensomotorische Ausfallsymptomatik gegeben. Eine solche finde sich auch in Bezug auf die Schmerzen im

Bereich des linken Unterschenkels nicht. Die weitere Darlegung, wonach der Beschwerdeführer kein nachvollziehbares Schonverhalten zeige, überzeugt, da Dr. med. K.\_\_\_\_ diesbezüglich ausführt, dass die Bewegungsabläufe in verschiedenen Situationen während der Untersuchung völlig normal seien.» 4.3 Mit der Neuanmeldung vom 31. März 2020 werden folgende medizinische Unterlagen eingereicht: 4.3.1 Gemäss dem Bericht der Memory Clinic des Spitals D.\_\_\_\_ vom 2. April 2019 (IV-Nr. 240 S. 3 ff.), Dr. med. E.\_\_\_\_, Stv. Chefärztin Neurologie, und lic. phil. F.\_\_\_\_, Neuropsychologe, hätten eine neuropsychologische und neurologische Untersuchung des Beschwerdeführers folgende Diagnosen ergeben: 1. Subjektive kognitive Störung – subjektiv symptomführende Unkonzentriertheit, teilweise Vergesslichkeit – Neuropsychologische Diagnostik März 2019: Grundintelligenz im Bereich der Lernbehinderung, leichte bis teilweise mittelschwere Defizite in der Aufmerksamkeit und in exekutiven Teilfunktionen, minimale bis leichte Defizite im verbalen episodischen Gedächtnis – ätiologisch DD im Rahmen Diagnose 2, DD niedriger Bildungsstand, DD teilweise sprachlich bedingt – MRI-Hirn vom 8. Mai 2019: keine umschriebene Hirnatrophie, beginnende vaskuläre Enzephalopathie Fazekas Score 1 – laborchemische Diagnostik: Dyslipidämie 2. Verdacht auf depressive Episode, DD Anpassungsstörung – Psychotherapie abgeschlossen 3. Aktenanamnestisch HWS-Beschleunigungstrauma – klinisch keine sensomotorischen Defizite – persistierende Nuchalgien 4. Verdacht auf arterielle Hypertonie – DD Weisskittelhypertonie Der Beschwerdeführer klagt über Sensibilitätsstörungen im rechten Arm sowie Nackenschmerzen mit Ausstrahlung in den Kopf in Folge von wiederholten HWS-Distorsionen 2000 und 2008. Spontan beklagt er Störungen der Konzentration (erhöhte Ablenkbarkeit durch innere und äussere Reize) und des Gedächtnisses. Neben den erlittenen Unfällen mache er persönliche traumatisierende Schicksalsschläge (Tod seines Vaters und aller Geschwister innerhalb von wenigen Jahren) verantwortlich für die Veränderungen der kognitiven Leistungsfähigkeit. Der beim Beschwerdeführer erhobene Intelligenzquotient liege im Grenzbereich zwischen einer Lernbehinderung und einer leichten geistigen Behinderung. In Anbetracht der anamnestischen Angaben und des allgemeinen klinischen Eindrucks sei von einer unterdurchschnittlichen Grundintelligenz im Bereich einer Lernbehinderung auszugehen, das Intelligenzniveau werde in der Testuntersuchung wahrscheinlich eher unterschätzt. Neben der fremden Muttersprache könnte auch das niedrige Schulbildungsniveau dazu geführt haben, dass die Leistungen des Patienten in einzelnen Untertests tiefer ausfielen (sprachgebundene Aufgaben wie «Wortschatztest» oder Aufgaben, die bildungsabhängig seien wie «Rechnerisches Denken» oder «Allgemeines Wissen»). In der kursorischen Prüfung der Sprachfunktionen zeigten sich dem Bildungsniveau weitgehend entsprechende Auffälligkeiten im Lesen und Schreiben. Das Nachsprechen, Benennen und Lesesinnverständnis fielen unauffällig aus. Zusammenfassend seien in der ergänzenden neuropsychologischen Untersuchung leichte bis teilweise mittelschwere Defizite in der Aufmerksamkeitsaktivierung (phasische Alertness), der selektiven und geteilten Aufmerksamkeit, der visuo-verbalen und visuomotorischen Interferenzkontrolle, der kognitiven Flexibilität sowie des Arbeitsgedächtnisses objektiviert worden. Daneben fänden sich minimale bis leichte Defizite in verbalen episodischen Gedächtnisleistungen (erhöhte Interferenz). Differentialdiagnostisch könnten die kognitiven Einbussen im Rahmen einer Lernbehinderung beurteilt werden, eine Akzentuierung der Beschwerden sei durch die aktuelle psychische Situation zudem denkbar. Entsprechend erachte man das Fortführen einer Psychotherapie als sinnvoll. Die zusätzliche apparative und laborchemische

Diagnostik zeige einerseits in der Hirn-MRI Hinweise auf eine DD beginnende vaskuläre Leukenzephalopathie, andererseits zeige sich laborchemisch eine Dyslipidämie sowie in der Sprechstunde eine arterielle Hypertonie. Die festgestellten kognitiven Einbussen seien jedoch nicht primär als läsiogen im Rahmen der dargestellten Leukenzephalopathie zu interpretieren, sondern eher als DD affektiv bedingt.

4.3.2 Dr. med. C.\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Medizin und Hausarzt des Beschwerdeführers, führt in seinem Bericht vom 22. Juni 2020 (IV-Nr. 240 S. 1 f.) aus, was die Skelett- und insbesondere die Nacken- / Rückenschmerzen anbelange, gebe es keine Neuigkeiten, ausser dass die Beschwerden immer noch vorhanden seien und im Rahmen der Chronizität eine grössere Belastung im Alltag darstellten. Hingegen sei in der Zwischenzeit eine Abklärung in der Memory-Klinik des Spitals D.\_\_\_\_ durchgeführt worden, welche das allgemeine kognitive Inventar untersucht habe. Diese Erkenntnisse gelte es bei der Gesamtbeurteilung zu berücksichtigen.

4.3.3 Im Einwandverfahren wurde zusätzlich ein Bericht von Dr. med. G.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 14. August 2020 (IV-Nr. 246 S. 19 ff.) eingereicht. Der Beschwerdeführer sei erstmals am 4. September 2018 für 11 Sitzungen in der Therapie gewesen. Am 16. Mai 2019 sei seitens der Therapierenden ein vorläufiger Behandlungsabschluss vorgeschlagen worden, weil trotz unzweifelhaftem psychischem Leiden der eigentliche therapeutische Auftrag unklar geblieben sei. Der Beschwerdeführer habe sein psychisches Leiden offenbar eher unterdrückt und sich auf die Arbeitssuche bzw. finanziellen Sorgen fokussiert. Der Hausarzt habe am 14. Juli 2020 um eine erneute Behandlung gebeten. Aktuell bestehe der Eindruck, dass der Beschwerdeführer in seinem Leiden auf externale Verursacher und Gründe fokussiere. Er könne kaum introspektive Zusammenhänge erkennen und benennen, verbleibe sozusagen im Zustand der hilflosen Klage. Im September 2018 habe er primär von Zukunftsängsten, Nackenbeschwerden, Schlafstörungen, Leiden an sozialen Verlusten, Hilflosigkeit, Unverstandensein und Verzweiflung, Konzentrationsproblemen, geistiger Abwesenheit, Schweissausbrüchen sowie wiederkehrenden Erinnerungsbildern an Unfälle berichtet. Am 13. August 2020 habe er Antriebsverlust, Lustlosigkeit, sich im Leben und im Alltag verloren fühlen, handlungsblockiert plötzlich feststellen, wieviel Zeit vergangen sei am Tag, Grübeln mit wiederkehrenden Erinnerungen an seine verstorbenen Angehörigen und an die Unfälle, Enttäuschung von Mitmenschen, Schmerzen in Nacken, Kopf und linken Arm, Schwitzen, Schlafprobleme, Fugue- (einfach wegfahren) und suizidale Phantasien (in Fluss springen und «abschiessen») beklagt. Er komme scheinbar seit seinem ersten Autounfall 2001 nicht von Auseinandersetzungen mit Versicherungen los, die er zwar nicht suche, in die er sich aber auch zu verbeissen scheine, die ihn aufwühlten und verunsicherten. Psychisches und Somatisches greife bei ihm oft schwierig trennbar ineinander. Man habe immer wieder Mühe gehabt, ihn zu verstehen und es sei der Eindruck möglicher neuropsychologischer Defizite entstanden, weshalb eine entsprechende neuropsychologische und neurologische Abklärung durchgeführt worden sei. Gemäss deren Ergebnis sei davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer Mühe habe, sich verständlich zu machen, aber auch Mühe habe, seine Umwelt adäquat zu verstehen. Insgesamt verstehe man sein Leiden als hilflose Überforderung, mit Herausforderungen seines Lebens funktional umgehen zu können. Diagnostisch sei er auf dem Hintergrund von eingeschränkter Sprachfähigkeit und Intellekt nicht einfach zu beurteilen. Im August 2020 zeige sich indessen recht deutlich eine mittelgradige depressive Episode, zu verstehen auf dem Hintergrund von Schwierigkeiten des sich verständlich machen Könnens und des Verstehens aus intellektuellen Gründen an der Grenze zur Intelligenzminderung. Weiter bestünden eine posttraumatische

Belastungsstörung, eine somatoforme Schmerzstörung und ein Verdacht auf eine leichte Intelligenzminderung. Schliesslich zeige der Beschwerdeführer eine Akzentuierung paranoider Persönlichkeitszüge. Die aktuelle Arbeitsfähigkeit könne nicht präzise eingeschätzt werden. Eine Unterstützung seitens der IV im Sinne eines erneuten Integrationsversuchs wäre hilfreich. Beim Beschwerdeführer sei durchaus ein deutliches appellatives Element festzustellen. Es bestehe der Eindruck, dass er sich diesen klagsamen Zug auf dem Hintergrund von wiederholten Erfahrungen des sich nicht verstanden Fühlens angeeignet habe. Es müsse deshalb auch davon ausgegangen werden, dass er in seiner Einschätzung des Befindens anhand der psychologischen Testmittel, insbesondere am 13. August 2020, eher ein stärkeres Leidensausmass angegeben habe. Man erhalte hingegen keine Hinweise darauf, dass der Beschwerdeführer Symptome oder Situationsaspekte erfinden würde. Auch widerspreche es seinem zur emotionalen Verdrängung neigenden Wesen, Leiden verbal oder im nonverbalen Ausdruck zu übertreiben. Es lasse sich eine Chronifizierung feststellen. Eine solche beinhalte auch eine gewisse Verschlechterung des Befindens, dies im Sinne einer Symptomverhärtung und -ausweitung. Davon könnten die verschlechterten Testresultate sprechen, auch wenn dabei von appellativen Kräften auszugehen sei.

5. 5.1 Im Vergleich mit dem medizinischen Sachverhalt zum Zeitpunkt der letzten Rentenprüfung zeigt sich anhand der mit der Neuanmeldung eingereichten Unterlagen, dass sich die Situation in somatischer Hinsicht nicht verändert hat. Der Beschwerdeführer lässt zwar beschwerdeweise vorbringen, es liege eine Chronifizierung vor, wobei er auf die Ausführungen von Dr. med. C.\_\_\_\_ zu verweisen scheint, der in diesem Zusammenhang angibt, die Chronizität stelle im Alltag eine grössere Belastung dar (IV-Nr. 240 S. 1 f.). Von einem chronischen Verlauf bzw. chronischen panvertebrales Schmerzsyndrom war indessen schon im Rahmen der Begutachtung durch die Begutachtungsstelle B.\_\_\_\_ die Rede. Zudem hält Dr. med. C.\_\_\_\_ selbst fest, es gebe seitens der Skelett- und insbesondere der Nacken- / Rückenschmerzen keine Neuigkeiten. Auch der nach Erlass der angefochtenen Verfügung eingereichte Bericht von Dr. med. L.\_\_\_\_, Facharzt für Radiologie, vom 29. Januar 2021 (Beilage 4 zur Beschwerde), über ein MRT des rechten Kniegelenks (das offenbar nach einem Sturz auf glattem Eis gemacht wurde) bringt keine neuen bzw. relevanten Erkenntnisse. Chronische Kniebeschwerden wurden bereits im Gutachten der Begutachtungsstelle B.\_\_\_\_ vom 29. September 2014 diagnostiziert, damit verbunden ein Verdacht auf eine mögliche Innenmeniskusläsion. Der aktuelle Bericht enthält keine anderen Befunde. Ebenso wenig enthält das im Beschwerdeverfahren eingereichte hausärztliche Attest von Dr. med. C.\_\_\_\_ vom 14. Mai 2021 (Beilage 5 zur Beschwerde) relevante Angaben. Es wird ohne weitere Begründung eine 100%ige Arbeits- und Vermittlungsunfähigkeit angegeben. Insofern ist auf die somatische Seite nicht mehr weiter einzugehen.

5.2 Mit der Neuanmeldung werden insbesondere Veränderungen in psychiatrischer / neuropsychologischer Hinsicht geltend gemacht. Die Berichte von Dr. med. C.\_\_\_\_ vom 22. Juni 2020 und der Memory Clinic des Spitals D.\_\_\_\_ vom 2. April 2019 wurden durch den Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD), in der Person von Dr. med. M.\_\_\_\_, Fachärztin für Allgemeinmedizin und Arbeitsmedizin, gesichtet, wobei sie am 24. Juni 2020 (IV-Nr. 241) ohne weitere Ausführungen angab, die neu eingereichten Unterlagen wiesen keine neue Diagnose oder objektivierbare relevante Verschlechterung der medizinischen Situation aus. Eine konkrete neuropsychologische Beurteilung des Beschwerdeführers hatte im Rahmen des Gutachtens der Begutachtungsstelle B.\_\_\_\_ vom 29. September 2014 nicht stattgefunden. Von einer Glaubhaftmachung einer anspruchrelevanten Veränderung des Gesundheitszustandes kann

aufgrund dieses Berichts dennoch nicht gesprochen werden. Bereits im Jahr 2002 wurde beim Beschwerdeführer eine leichte neuropsychologische Störung unklarer Genese diagnostiziert. Im neuropsychologischen Bericht der Rehaklinik N.\_\_\_\_ vom 4. April 2002 (IV-Nr. 27.3 S. 18 ff.) wurde ausgeführt, der Beschwerdeführer spreche über eine schlechte Konzentration (Faden verlieren im Gespräch, Abdriften beim Lesen, Vertauschen von Buchstaben). In der Testung habe sich gezeigt, dass das Bearbeitungstempo bei einer längeren visuellen Konzentrationsaufgabe schwankend sei, die gerichtete Aufmerksamkeit (visuell) leicht reduziert, die verbale Informationsspanne im Vergleich zur visuellen deutlich verkürzt, die Leistungen im sprachlichen und visuellen Lernen sowie im Frischgedächtnis insgesamt leicht vermindert. Die Kategorisierungsleistung sei leicht reduziert (ev. bildungsbedingt). Mit einer Aufgabe zur auditiven gerichteten Aufmerksamkeit sei der Beschwerdeführer überfordert. Insgesamt wurde festgehalten, dass die Befunde mit einer leichten Störung vereinbar seien, wobei die Genese unklar sei. Nach der 17 Jahre später durchgeführten neuropsychologischen Untersuchung schliessen die Untersuchenden nun auf einen IQ im Grenzbereich zwischen einer Lernbehinderung und einer leichten geistigen Behinderung. Die vom Beschwerdeführer 2019 beklagten Konzentrationsstörungen sind die gleichen wie damals (erhöhte Ablenkbarkeit durch innere und äussere Reize). Es wird in der Beurteilung davon ausgegangen, dass neben der fremden Muttersprache auch das niedrige Schulbildungsniveau dazu geführt haben könnte, dass die Leistungen in einzelnen Untertests tiefer ausgefallen seien. Die festgestellten kognitiven Einbussen (leichte bis teilweise mittelschwere Defizite in der Aufmerksamkeitsaktivierung, selektiven und geteilten Aufmerksamkeit, visuo-verbale und visuomotorischen Interferenzkontrolle, kognitive Flexibilität sowie des Arbeitsgedächtnisses) werden differentialdiagnostisch im Rahmen einer Lernbehinderung beurteilt. Zudem wird eine Akzentuierung der Beschwerden durch die aktuelle psychische Situation als denkbar erachtet. Diese festgestellte Grundintelligenz im Bereich der Lernbehinderung vermag keine anspruchsrelevante Veränderung glaubhaft zu machen. Vielmehr liegt nunmehr eine Erklärung für die im Jahr 2002 noch als unklar deklarierte Genese der leichten Störung vor, die damals schon festgestellt wurde und somit längst bekannt ist. Im Gegensatz zur Untersuchung 2002 wurden in der Hirn-MRI zwar Hinweise auf eine beginnende vaskuläre Leukenzephalopathie gesehen. Allerdings wird explizit festgehalten, dass die festgestellten kognitiven Einbussen nicht primär als läsiogen im Rahmen der dargestellten Leukenzephalopathie zu interpretieren seien, sondern eher als affektiv bedingt. Diagnostiziert wird in der aktuellen Beurteilung folglich eine (rein) subjektive kognitive Störung, mit einer subjektiv symptomführenden Unkonzentriertheit des Beschwerdeführers. Dadurch wird, wie gesagt, keine anspruchsrelevante Veränderung des Gesundheitszustandes glaubhaft gemacht. Das Gleiche gilt für das im Beschwerdeverfahren eingereichte Aufgebot zu einer neurologischen Sprechstunde, die am 14. Juli 2021 stattfinden sollte (Beilage 6 zur Beschwerde). Das Schreiben enthält keine medizinischen Informationen. 5.3 Schliesslich ist auf den im Einwandverfahren eingereichten psychiatrischen Bericht einzugehen. Am 18. September 2020 (IV-Nr. 249) führte die RAD-Ärztin Dr. med. M.\_\_\_\_ zum Bericht von Dr. med. G.\_\_\_\_ aus, die durch den Psychiater angegebene Chronifizierung sei bereits im Gutachten der Begutachtungsstelle B.\_\_\_\_ im Jahr 2014 gewürdigt worden. Tatsächlich war bereits im Rahmen der Begutachtung im Jahr 2014 von einem chronischen Verlauf die Rede (vgl. IV-Nr. 200.1 S. 20 f.). Die durch den Psychiater angegebene mittelgradige depressive Episode – legt die RAD-Ärztin weiter dar – sei aufgrund der rein subjektiven und lediglich einmalig

erhobenen Nachfragen an den Beschwerdeführer nicht plausibel, zudem stelle sich die Frage nach dem Leidensdruck bei fraglichen mittelschweren depressiven Symptomen, da offensichtlich keine neue Therapie bzw. Medikation durch den Psychiater begonnen worden sei. Die weiteren Diagnosen bzw. Symptome seien ebenfalls teils bekannt und im Gutachten der Begutachtungsstelle B.\_\_\_\_ beschrieben, teils aktuell nur vage und nicht objektivierbar. Schon 2014 sowie aktuell seien zudem diverse IV-fremde Gründe, die zur Symptomausweitung beitragen, benannt worden. Auch aus dem Bericht von Dr. med. G.\_\_\_\_, dessen Einschätzung mit Blick auf die beweisrechtlich bedeutsame Verschiedenheit von Behandlungs- / Therapieauftrag einerseits und Begutachtungsauftrag andererseits besonders sorgfältig zu würdigen ist (BGE 125 V 351 E. 3b/cc S. 353), lassen sich keine Hinweise entnehmen, die glaubhaft machen würden, dass sich die psychische Situation in anspruchrelevantem Ausmass verändert hätte. In der Begutachtung durch die Begutachtungsstelle B.\_\_\_\_ wurden als psychiatrische Diagnosen (ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit) eine leichte depressive Episode und eine Schmerzverarbeitungsstörung erhoben. In der Zeit nach der Begutachtung hat der Beschwerdeführer, obwohl eine psychotherapeutische Therapie bzw. eine entsprechende Medikation auch vom psychiatrischen Gutachter als geeignete Massnahme erachtet worden war, keine solche aufgenommen. Im Jahr 2018 suchte er Dr. med. G.\_\_\_\_ auf, wobei nach 11 Sitzungen die Therapie im Mai 2019 beendet wurde. Nach ergangenem Vorbescheid und während des Einwandverfahrens fand eine Wiederaufnahme bzw. ein erstes Gespräch statt, woraufhin Dr. med. G.\_\_\_\_ am 14. August 2020 Bericht erstattete. Gestützt auf ein erfolgtes Gespräch, in Unkenntnis der Aktenlage (worauf Dr. med. G.\_\_\_\_ selber verweist) und allein anhand der anamnestischen Angaben des Beschwerdeführers schliesst er auf das Vorliegen einer mittelgradigen depressiven Episode. Weiter werden ohne entsprechende Begründung oder Herleitung eine posttraumatische Belastungsstörung und eine somatoforme Schmerzstörung erwähnt. Gleichzeitig weist auch Dr. med. G.\_\_\_\_ auf die bereits bekannte Tatsache hin, dass der Beschwerdeführer eher ein stärkeres Leidensausmass angegeben habe. Gleiches lässt sich dem Gutachten der Begutachtungsstelle B.\_\_\_\_ entnehmen, wonach eine gewisse Selbstlimitierung und Inkonsistenzen bestünden, weshalb auf eine Schmerzverarbeitungsstörung (Symptomausweitung) zu schliessen sei. Schliesslich wird in Bezug auf den aktuellen Bericht vom RAD auch zu Recht erwähnt, dass dort wie bereits im Gutachten der Begutachtungsstelle B.\_\_\_\_ IV-fremde Komponenten genannt werden, so die Trennung von der Frau oder die Unfallereignisse. Dr. G.\_\_\_\_ erwähnt insbesondere die langjährigen Auseinandersetzungen mit Versicherungsträgern. 5.4 Nach dem Gesagten ergeben sich zum Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung vom 21. September 2020 keine Anhaltspunkte für eine anspruchrelevante Verschlechterung des Gesundheitszustandes seit dem 9. Juni 2015. Eine solche ist mit den eingereichten Unterlagen nicht glaubhaft gemacht. Die Beschwerdegegnerin ist daher zu Recht nicht auf die Neuanmeldung eingetreten und die Beschwerde ist folglich abzuweisen. 6. 6.1 Bei diesem Verfahrensausgang besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung. Der Beschwerdeführer steht ab Prozessbeginn im Genuss der unentgeltlichen Rechtspflege, soweit die Kosten nicht durch die Rechtsschutzversicherung gedeckt sind (vgl. E. I. 7 hiavor). 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). Der unentgeltliche Rechtsbeistand hat am 18. Januar 2021 (A.S. 38 ff.) und an der öffentlichen Verhandlung eine Kostennote zu den Akten gegeben, wonach total eine

Entschädigung von total CHF 3'629.90 (Stundenansatz von CHF 250.00, Aufwand von total 13.61 (recte: 12.86) Stunden) geltend gemacht wird. Der geltend gemachte Aufwand erscheint hinsichtlich Aufwand und Schwierigkeit des Prozesses angemessen, wobei für die Verhandlung eine halbe Stunde (statt 1 Stunde) zu berücksichtigen ist (vgl. Verhandlungsprotokoll vom 24. August 2021, A.S. 50). Der Zeitaufwand ist somit auf 12.36 Stunden festzusetzen. Der Stundenansatz beträgt gemäss § 160 Abs. 3 Gebührentarif (GT) CHF 180.00. In Bezug auf die Auslagen ist indessen festzuhalten, dass für Kopien CHF 0.50 pro Stück vergütet werden anstelle von CHF 1.00 wie geltend gemacht (§ 160 Abs. 5 GT). Sodann ist in Bezug auf die Teilnahme an der Hauptverhandlung für Reiseauslagen pro zurückgelegten Kilometer ein Ansatz von CHF 0.70 gesetzlich festgelegt (§ 160 Abs. 5 GT i.V.m. 157 Abs. 3 GT). Die Auslagen sind daher um CHF 51.60 (76 Kopien, 45.4 Kilometer) von CHF 163.20 auf CHF 111.60 zu kürzen. Damit ist die Kostenforderung auf CHF 2'516.30 festzusetzen (12.36 Stunden zu CHF 180.00, zuzügl. Auslagen und MwSt). Da die unentgeltliche Rechtspflege nur bewilligt wurde, soweit die Rechtsschutzversicherung die Kosten nicht trägt, sind hiervon CHF 1'500.00 in Abzug zu bringen (von der Rechtsschutzversicherung zugesprochenes Kostendach, vgl. A.S. 27 f.). Es verbleiben als Entschädigung somit CHF 1'016.30, zahlbar durch die Zentrale Gerichtskasse des Kantons Solothurn. Vorbehalten bleiben der Rückforderungsanspruch des Staates während zehn Jahren sowie der Nachzahlungsanspruch des unentgeltlichen Rechtsbeistands im Umfang von CHF 931.80 (Differenz zum vollen Honorar), wenn A.\_\_\_\_ zur Rück- bzw. Nachzahlung in der Lage ist (Art. 123 ZPO). 6.2 Aufgrund von Art. 69 Abs. 1 bis IVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von CHF 200.00 – 1'000.00 festgelegt. Im vorliegenden Fall hat der Beschwerdeführer die gesamten Verfahrenskosten von CHF 1'000.00 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 Rückzahlung in der Lage ist (Art. 123 ZPO). Der geleistete Kostenvorschuss von CHF 1'000.00 (vgl. Verfügung vom 23. Dezember 2020, A.S. 36) ist dem Beschwerdeführer zurückzuerstatten.

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