

# **SO\_GERICHTE VSBES.2020.22 vom 12. Dezember 2019**

SO Obergericht, 2019-12-12, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so\\_gerichte\\_VSBES.2020.22](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2020.22)

FR: SO\_GERICHTE VSBES.2020.22 du 12 décembre 2019

IT: SO\_GERICHTE VSBES.2020.22 del 12 dicembre 2019

## **Erwägungen**

### **E. 1**

1.1 Die IV-Stelle des Kantons Solothurn (fortan: Beschwerdegegnerin) verneinte mit Verfügung vom 11. Dezember 2013 einen Leistungsanspruch des Versicherten A.\_\_\_\_ (fortan: Beschwerdeführer), geb. 1966, da keine Invalidität vorliege (IV-Stelle Beleg / IV-Nr. 87). Das Versicherungsgericht des Kantons Solothurn (fortan: Versicherungsgericht) hiess die dagegen erhobene Beschwerde mit Urteil vom 5. April 2016 teilweise gut und sprach dem Beschwerdeführer ab 1. Januar 2011 bei einem Invaliditätsgrad von 42 % eine Viertelsrente zu (IV-Nr. 123 S. 2 ff., Verfahren VSBES.2014.27). Das Bundesgericht hob dieses Urteil indes am 23. November 2016 wieder auf und bestätigte die Verfügung der Beschwerdegegnerin vom 11. Dezember 2013 (IV-Nr. 136, Verfahren 9C\_336/2016) 1.2 Bereits am 24. Februar 2016 hatte sich der Beschwerdeführer erneut bei der Beschwerdegegnerin angemeldet (IV-Nr. 116). Diese trat auf die Neuanmeldung ein, verneinte aber mit Verfügung vom 12. Dezember 2019 einen Anspruch auf eine Invalidenrente sowie auf berufliche Massnahmen, da sich die gesundheitliche Situation seit der Verfügung vom 11. Dezember 2013 nicht wesentlich verändert habe (Aktenseite / A.S. 1 ff.).

### **E. 2**

a) Die Beschwerdesache sei zur korrekten Durchführung des Vorbescheidverfahrens an die [Beschwerdegegnerin] zurückzuweisen. b) Eventualiter: Es seien dem Beschwerdeführer die gesetzlichen Leistungen (berufliche Massnahmen, Invalidenrente) nach Massgabe einer Erwerbsunfähigkeit von mindestens 40 % zuzüglich einem Verzugszins zu 5 % ab wann rechtens auszurichten. c) Subeventualiter: Es seien ergänzende medizinische und beruflich-konkrete Abklärungen durchzuführen.

### **E. 3**

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

#### **E. 3.1**

3.1.1 Die Beschwerdegegnerin stütze sich bei der Abweisung des Leistungsbegehrens in der Verfügung vom 11. Dezember 2013 auf die bidisziplinäre Beurteilung durch Dr. med. G.\_\_\_\_, Facharzt für Physikalische Medizin und Rehabilitation speziell Rheumaerkrankungen FMH, und Dr. med. H.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH. Das zuvor eingeholte polydisziplinäre I.\_\_\_\_-Gutachten vom 4. Dezember 2012 (IV-Nr. 62 S. 3 ff.) verwarf die Beschwerdegegnerin demgegenüber als nicht beweiskräftig, was das Bundesgericht in seinem Urteil vom 23. November 2016 schützte (IV-Nr. 136 S. 5 ff. E. 3.3 + 3.4). Das vom Versicherungsgericht im kantonalen Beschwerdeverfahren bei der Gutachterstelle J.\_\_\_\_ eingeholte Gerichtsgutachten vom 12. August 2015 (IV-Nr. 109 S. 3 ff.) erachtete das Bundesgericht als nicht anwendbar (IV-Nr.

136 S. 4 E. 3.1 und S. 6 f. E. 3.4).

#### **E. 3.1.2.1**

Dr. med. H.\_\_\_\_ stellte in seinem Gutachten vom 28. Juni 2013 (IV-Nr. 69.1) folgende Diagnosen, alle ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 14):

#### **E. 3.1.2.2**

Dr. med. G.\_\_\_\_ gelangte in seinem Gutachten vom 15. Juli 2013 (IV-Nr. 70.1) zu folgende Diagnosen, allesamt ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 25):

Zumindest eine leichte bis mittelschwere Arbeit mit Wechselbelastung (Sitzen, Stehen und Gehen) sei dem Beschwerdeführer ohne Beeinträchtigung der Leistungsfähigkeit ganztags zumutbar (S. 29).

#### **E. 3.1.2.3**

Nach einer telefonischen Besprechung kamen die Dres. G.\_\_\_\_ und H.\_\_\_\_ überein, als gemeinsame interdisziplinäre Beurteilung könne uneingeschränkt diejenige des rheumatologischen Gutachtens übernommen werden (IV-Nr. 71).

3.2 Nach der Neuanmeldung des Beschwerdeführers am 24. Februar 2016 (E. I. 1.2 hiervor) ergingen im Wesentlichen folgende Arztberichte:

3.2.1 Dr. med. K.\_\_\_\_, Facharzt für Allg. Innere Medizin, hielt im Schreiben vom 16. Januar 2017 (IV-Nr. 139) fest, aus medizinischer Sicht bestehe eine in etwa unveränderte Situation. Allerdings sei der Verlauf bei multifaktoriell bedingtem chronischem Krankheitsbild gesamthaft schwankend bis sich verschlechternd.

3.2.2 Dr. med. L.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, stellte im Bericht vom 15. März 2017 (IV-Nr. 144) folgende Diagnosen:

Mit / bei

Weder die bisherige Arbeit als Kommissionierer noch eine andere Tätigkeit seien möglich.

3.2.3 Dr. med. M.\_\_\_\_, Facharzt für Neurologie FMH, erachtete den Beschwerdeführer im Bericht vom 28. März 2017 (IV-Nr. 145) ab 17. Januar 2017 als für jede Tätigkeit vollständig arbeitsunfähig. Er verwies dazu hinsichtlich des Bewegungsapparats ergänzend auf eine Kapsulitis adhäsiva der linken Schulter und eine cervikale Schulter-Nacken-Dystonie.

3.2.4 Dr. med. N.\_\_\_\_ diagnostizierte in seinen Berichten vom 4. Mai und 14. Juli 2017 (IV-Nr. 151 S. 4 f.) ein komplexes linksbetontes Schmerzsyndrom Nacken-Schulter-Rücken-Hüfte sowie ein unklares Schulterarmsyndrom bzw. chronische Schmerzen im Körper links.

3.2.5 Dr. med. O.\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie, führte in seinem Bericht vom 20. Oktober 2017 (IV-Nr. 151 S. 6 f.) folgende Diagnosen auf:

3.2.6 Dr. med. P.\_\_\_\_, Facharzt für Anästhesiologie, stellte in seinem Bericht vom 13. November 2017 (IV-Nr. 151 S.

#### **E. 3.3.1.1**

Die Beschwerdegegnerin teilte dem Beschwerdeführer am 6. Juni 2018 mit, zur Prüfung seiner Neuanmeldung sei eine polydisziplinäre Begutachtung erforderlich, dies

voraussichtlich mit den Fachrichtungen Allgemeine Innere Medizin, Psychiatrie, Neurologie, Rheumatologie, Kardiologie und Pneumologie (IV-Nr. 159).

#### **E. 3.3.1.2**

Der Begutachtungsauftrag wurde über die Vergabepattform SuisseMED@P der Gutachterstelle B.\_\_\_\_ zugeteilt (IV-Nr. 162). Diese erachtete eine pneumologische Exploration als nicht erforderlich (IV-Nr. 163). Die Beschwerdegegnerin teilte dem Beschwerdeführer daraufhin am 9. Juli 2018 mit, die Begutachtung erfolge durch die Gutachterstelle B.\_\_\_\_ (IV-Nr. 164):

Der Beschwerdeführer erklärte dazu am 31. Juli 2018, gegen die beteiligten Ärzte würden keine formellen Ausstands- oder Ablehnungsbegehren erhoben (IV-Nr. 167).

#### **E. 3.3.1.3**

Nachdem am 18. und 20. August 2018 die internistischen, rheumatologischen und kardiologischen Untersuchungen erfolgt waren (IV-Nr. 175 S. 13, 100 und 142), teilte die Gutachterstelle B.\_\_\_\_ der Beschwerdegegnerin am 28. August 2018 telefonisch mit, im Rahmen der Begutachtung habe sich gezeigt, dass wegen kognitiven Beeinträchtigungen bei Depression zusätzlich eine neuropsychologische Abklärung erforderlich sei (s. Protokolleintrag in den IV-Akten). Sodann wurden am 29. August 2018 die neurologischen und psychiatrischen Untersuchungen durchgeführt (IV-Nr. 175 S. 56 + 195), während Prof. Dr. med. U.\_\_\_\_, Arzt für Neurologie FMH, die neuropsychologische Exploration am 25. September 2018 vornahm (IV-Nr. 171). Ob der Vertreter des Beschwerdeführers darüber vorgängig orientiert worden war, ist auf Grund der Akten unklar.

3.3.2 Dem Gutachten der Gutachterstelle B.\_\_\_\_ vom 20. November 2018 (IV-Nr. 175 S. 3 ff.) lassen sich folgende Diagnosen entnehmen (S. 7 f.):

Mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit:

Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit:

3.3.2.1 Der internistische Experte gelangte zum Schluss, dass körperlich leichte Arbeiten neun Stunden am Tag ohne Einschränkung möglich seien (S. 51). Was die gesundheitliche Entwicklung seit der Verfügung vom 11. Dezember 2013 angehe, so habe der Beschwerdeführer 2014 einen Herzinfarkt erlitten. Daneben bestünden langfristig ein medikamentös behandelter Hypertonus sowie eine Adipositas per magna. Aus internistischer Sicht sei die Arbeitsfähigkeit seitens der kardialen Situation, nach erfolgreicher Rehabilitation und Rekonvaleszenz nach dem Infarktereignis, zumindest für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Mitarbeiter in der V.\_\_\_\_ sowie für andere körperlich überwiegend leichte Arbeiten wieder zu 100 % gegeben (S. 52 f.).

3.3.2.2 Der neurologische Experte hielt fest, es sei keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit zu attestieren. Da ein objektivierbares neurologisches Defizit fehle, seien die geklagten und gezeigten Funktionseinbussen nicht plausibel (S. 95). Auch rückblickend lasse sich keine neurologische Gesundheitsstörung belegen (S. 97).

3.3.2.3 Die kardiologische Expertin gelangte zum Ergebnis, aktuell sei der Beschwerdeführer kardial oligosymptomatisch sowie im Status normoton und normokard. Für Arbeiten mit leichter bis mittelgradiger körperlicher Belastung (wie der zuletzt ausgeübten) sei der Beschwerdeführer zu 100 % ohne Leistungseinschränkung arbeitsfähig (S. 134 + 138). Auch rückblickend sei keine dauerhafte Minderung der Arbeitsfähigkeit zu

erkennen. Im Rahmen des akuten Herzinfarkts und der nachfolgenden Behandlung werde eine passagere Arbeitsfähigkeit [recte wohl: Arbeitsunfähigkeit] von 100 % bestanden haben (S. 139).

3.3.2.4 Der rheumatologische Experte führte aus, übereinstimmend mit dem Befund von Dr. med. G.\_\_\_\_ liege keine rheumatologische Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit vor. Auf Grund der Klippel-Feil-Fehlbildung der Wirbelsäule bestehe allenfalls eine Einschränkung für schwere körperliche Tätigkeiten mit Belastung der Halswirbelsäule, Arbeiten in Inklination und Reklination der Halswirbelsäule sowie mit ständigem Heben und Tragen von schweren Lasten über der Horizontalen (S. 181). Für eine angepasste Tätigkeit mit leichten bis mittelschweren Arbeiten (wie zuletzt als Kommissionierer) bestehe eine vollschichtige Arbeitsfähigkeit ohne Leistungseinschränkung. Auch rückblickend ergebe sich hier keine ausreichend begründbare Einschränkung (S. 185 + 186). Bereits im I.\_\_\_\_-Gutachten vom 4. Dezember 2012 würden Inkonsistenzen und eine deutliche Symptomausweitung beschrieben, die sich nicht wesentlich verändert hätten (S. 189).

3.3.2.5 Der psychiatrische Experte hielt dafür, es sei keine auffällige Persönlichkeitsentwicklung nachzuzeichnen. Die unauffälligen biografischen Meilensteine stützten die Annahme einer primär gelungenen psychosozialen Entwicklung (S. 231). Eine psychiatrische Erkrankung mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit sei nicht oder zumindest nicht mehr zu attestieren (S. 232). Es bestünden Inkonsistenzen bezüglich der geklagten Symptomatik und einer im hiesigen, AMDP-konform erhobenen psychiatrischen Befund nicht zu objektivierenden namhaften depressiven Störung. Höhergradige Beeinträchtigungen von Stimmung, Antrieb oder affektiver Schwingungsfähigkeit lägen nicht vor. Bezüglich des vorbeschriebenen depressiven Syndroms sei zumindest eine namhafte Besserung im Zuge der durchgeführten psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung wahrscheinlich (S. 232 f.). Anamnestisch klinge eine zumindest anteilig erhaltene Alltagsbewältigung und soziale Einbindung an, sodass ausreichende Ressourcen für eine Reintegration in den Arbeitsmarkt gegeben seien (S. 233). Die bisherige Tätigkeit sei ganztägig ohne Leistungseinbusse möglich; eine Anpassung der Tätigkeit sei aus psychiatrischer Sicht nicht notwendig. Zurückliegend seien Phasen von Arbeitsunfähigkeit auf Grund des aktenkundig beschriebenen depressiven Syndroms möglich, wegen fehlender eigener und ausreichend belastbarer anderer Vorbefunde jedoch zeitlich nicht näher einzugrenzen oder zu quantifizieren (S. 233 f.).

Anlässlich der Begutachtungen in den Jahren 2012 (Gutachterstelle I.\_\_\_\_) und 2013 (Dr. med. H.\_\_\_\_) sei ein mittel- resp. leichtgradiges depressives Syndrom diagnostiziert worden; beide Gutachten hätten zudem eine Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren attestiert, was den Vorgaben gemäss ICD-10 widerspreche. Anhand der jetzigen Untersuchung sei kein erhebliches depressives Syndrom mehr zu attestieren. Die Diagnose einer somatoformen Schmerzstörung sei nicht ICD-10-konform zu stellen. Subjektiv klage der Beschwerdeführer über Schmerzen. Die erhaltene Alltagsaktivität, die Fähigkeit zur Selbstversorgung und die zumindest anklingende Einbindung in ein soziales Umfeld liessen jedoch eine erhebliche Beeinträchtigung der Indikatoren übereinstimmend mit den Schlussfolgerungen der Vorbegutachtungen nicht wahrscheinlich erscheinen (S. 235). Deshalb sei hier hinsichtlich der Arbeitsfähigkeit zumindest ein nicht namhaft veränderter Gesundheitszustand oder eben auch eine Besserung einer vorbestehenden depressiven Störung anzunehmen (S. 235 f.).

3.3.2.6 Im neuropsychologischen Teilgutachten hielt der Experte fest, der Beschwerdeführer reklamiere vorrangig eine Konzentrations- und Gedächtnisstörung. Der hier erhobene klinische Befund sei ohne Anhalt für eine kognitive Beeinträchtigung. Der Beschwerdeführer zeige sich wach, orientiert, attent, eloquent, mnestisch und in der Auffassung sicher. Er ermüde im Verlauf nicht. Die testpsychologische Untersuchung erbringe formal unterdurchschnittliche Leistungen bezüglich der Reaktionsbereitschaft und der längerfristigen visuellen Merkfähigkeit. Das Beschwerdvalidierungsverfahren ergebe keinen Hinweis auf ein antwortverzerrendes Verhalten. Aktenkundig werde keine namhafte kognitive Störung beschrieben, auch seien keine erworbenen oder konnatalen zerebralen Störungen bekannt. Die radiologische Zusatzuntersuchung zeige im MRI keinen erheblich auffälligen Befund des Gehirns. Die formal unterdurchschnittlichen Leistungen im Bereich des Gedächtnisses lägen unterhalb eines plausiblen Ergebnisses und seien nicht mit den Alltagsleistungen (z.B. Benutzen eines Smartphones, Führen eines Autos, volle Orientierung) vereinbar. Aktenkundig fänden sich Hinweise auf eine mögliche Aggravation bzw. Symptomausweitung, etwa bei Dr. med. H.\_\_\_\_ (S. 280). In der aktuellen Untersuchung erbringe das Beschwerdvalidierungsverfahren ein (grenzwertig) unauffälliges Ergebnis, obwohl im ersten Durchgang nahe der Ratewahrscheinlichkeit geantwortet werde, was in Anbetracht des klinisch unauffälligen Befundes zur Kognition überrasche. Hier wäre selbst bei Annahme einer kognitiven Störung ein besseres Ergebnis zu erwarten. Auch die Leistung bei der mittelfristigen visuellen Merkfähigkeit liessen an eine schwere dementielle Erkrankung denken und passten nicht zum geistig regen Beschwerdeführer, der im Gespräch aktuelle und anstehende Termine problemlos erinnere. Der Beschwerdeführer gebe sich während der Exploration formal kooperativ und motiviert, dennoch müssten mehrere Testverfahren abgebrochen bzw. neu gestartet werden, weil er die Testdurchführung eigenmächtig unterbreche und den Stift weglege oder um Abbruch bitte. Ausserdem seien die derzeit eingenommenen Medikamente (Lyrica, Tramal) geeignet, eine kognitive Störung zumindest anteilig zu verursachen. Zusammenfassend sei keine kognitive Störung mit der hierfür gebotenen Wahrscheinlichkeit zu attestieren (S. 281). Die bisherige Arbeit sei ganztägig ohne Leistungseinbusse möglich; von neuropsychologischer Seite her sei keine angepasste Tätigkeit notwendig (S. 283). Was die Entwicklung seit dem 11. Dezember 2013 angehe, so lasse sich eine namhafte Änderung der kognitiven Leistungsfähigkeit aus den hiesigen Befunden und Aktendaten nicht schlüssig ableiten (S. 285).

3.3.2.7 In der Gesamtbeurteilung gelangten die Experten zum Schluss, dass der Beschwerdeführer sowohl in seiner bisherigen als auch in einer angepassten Tätigkeit uneingeschränkt arbeitsfähig sei (S. 9).

3.3.2.8 Die RAD-Ärztin Dr. med. F.\_\_\_\_ hielt in ihrer Stellungnahme vom 28. März 2019 (IV-Nr. 186 S. 2 ff.) fest, dem B.\_\_\_\_-Gutachten könne gefolgt werden. Der Gesundheitszustand habe sich seit 2013 nicht relevant und anhaltend verschlechtert, weshalb die Arbeitsfähigkeit gleich zu beurteilen sei. Die zwischenzeitlich aufgetretenen neuen Erkrankungen (koronare Herzkrankheit und obstruktives Schlafapnoe-Syndrom) wirkten sich nicht auf die Arbeitsfähigkeit als Kommissionierer aus.

## **E. 3.4**

3.4.1 Der Beschwerdeführer liess am 21. Juni 2019 einwenden (IV-Nr. 190), das B.\_\_\_\_-Gutachten kläre die gesundheitliche Situation nicht vollständig. Der neue MR-Befund vom 15. Februar 2019 (IV-Nr. 190 S. 7 f.) belege Neurokompressionen L5 und

S1. Es bestünden massive Hüftschmerzen mit Indikation für eine Operation. Weiter sei der Lungenbefund von Dr. med. W.\_\_\_\_ vom 17. Juli 2018 (IV-Nr. 190 S. 9 ff.) zu berücksichtigen. Dazu äusserte sich die RAD-Ärztin Dr. med. F.\_\_\_\_ am 30. Juli 2019 wie folgt (IV-Nr. 192 S. 2 f.): Aus den neuen Berichten lasse sich keine relevante Veränderung oder Verschlechterung des Gesundheitszustandes ableiten. Insgesamt fänden sich in den MRT-Untersuchungen von 2011, 2013, 2014 und 2018 immer Hinweise auf degenerative Veränderungen der LWS, mit Bandscheibenprotrusionen L4/5 und L5/S1 mit Wurzelbedrängung S1 links und Spondylarthrosen im lumbosakralen Übergang. Die radiologisch fassbaren Veränderungen erklärten weder das Ausmass noch die Ausgestaltung der Beschwerden, seien aber in das Belastbarkeitsprofil und in die Zumutbarkeitsbeurteilung eingeflossen. Der im Einwand eingereichte Befund der letzten MRI-Untersuchung vom 15. Februar 2019 zeige wiederum leichte bis mässige degenerative Veränderungen der unteren LWS mit Spondylarthrosen in den Segmenten L4/5 und L5/S1 sowie Bandscheibenprotrusionen in diesen Segmenten, im oberen Segment mit Tangierung der Wurzel L5 und im unteren mit Tangierung der Wurzel S1. Zudem beschreibe der Radiologe Befunde, die verdächtig auf eine seronegative Spondarthropathie seien. Diese Verdachtsdiagnose sei auch früher schon gestellt und der Beschwerdeführer entsprechend behandelt worden. Eine wesentliche Verschlechterung oder Zunahme der degenerativen Veränderungen im LWS-Bereich lasse der neuerliche MRI-Befund nicht erkennen, und es fänden sich Zeichen eines akuten, entzündlichen Geschehens. Der Sprechstundenbericht von Dr. med. W.\_\_\_\_ vom 17. Juli 2018 sei anlässlich der jährlichen Kontrolle der APAP-Therapie bei kombiniertem obstruktiv zentralen Schlafapnoesyndrom erstellt worden. Diese Behandlung werde seit 2014 erfolgreich durchgeführt. Der Beschwerdeführer benutze das Gerät regelmässig und zuverlässig und profitiere davon; das schreckhafte Erwachen und ein Teil der Tagesmüdigkeit seien weg. Bezüglich Asthma bronchiale sei der Beschwerdeführer subjektiv unverändert gut eingestellt. Lungenfunktionell lägen die Werte ungefähr im Mittel der bis anhin gemessenen Werte. Das Hauptproblem seien weiterhin die Schmerzen sowie die Depression, zudem seien eine Hüftoperation sowie Kataraktoperationen in beiden Augen geplant.

3.4.2 Dr. med. X.\_\_\_\_, Facharzt für Kardiologie und Innere Medizin FMH, hielt im Bericht vom 28. Oktober 2019 (IV-Nr. 196 S. 2 f.) fest, der Beschwerdeführer berichte über zunehmende Beschwerden. Die durchgeführte Echokardiographie ergab einen weitgehend unauffälligen Befund. Dr. med. X.\_\_\_\_ veranlasste deshalb eine Szintigraphie, welche am 19. November 2019 im Y.\_\_\_\_ erfolgte (IV-Nr. 196 S. 4 f.) und keinen Hinweis auf eine Belastungsmiokardischämie oder eine Narbe ergab.

3.4.3 Dr. med. L.\_\_\_\_ stellte in seinem Bericht vom 10. Dezember 2019 (IV-Nr. 198 S. 31 ff.) folgende Diagnosen:

Somatisch liege ein kontinuierlich voranschreitender Prozess vor. Die psychische Situation habe sich durch diese Verschlechterung resp. durch die koronare Herzerkrankung im Jahr 2014 fortlaufend verschlimmert. Hinzugekommen sei die Verschlechterung in den beiden Augen im Jahr 2019 mit anschliessendem operativem Eingriff, die den Beschwerdeführer in seiner Belastbarkeit beeinträchtigte. Dies habe zu einer Verunsicherung und zur Verstärkung der depressiven und der somatoformen Komponente geführt. Die depressive Symptomatik sei fortgeschritten, die psychosomatischen Beschwerden seien parallel dazu vorhanden. Aus psychiatrischer Sicht habe es Auswirkungen auf den Arbeitsfähigkeitsgrad, der seit 2016 mindestens 60 % betrage. Die Schmerzstörung erhöhe die Einschränkung jedoch noch

deutlich.

3.4.4 Der Beschwerdeführer liess am 27. August 2020 in der Klinik Z.\_\_\_\_ einen Magenbypass anlegen (Beschwerdebeilage / BB-Nr. 5). Der Bericht vom folgenden Tag (BB-Nr. 6) spricht von einem problemlosen postoperativen Verlauf und stellt folgende Diagnosen:

#### **E. 3.4.1**

hiervor). Der Einwand, die Beschwerdegegnerin habe es versäumt, dazu eine fachärztliche Stellungnahme einzuholen, ist jedoch nicht stichhaltig. Die RAD-Ärztin hat sich nämlich mit diesen Berichten eingehend auseinandergesetzt und überzeugend festgehalten, dass sich daraus mit Blick auf die Vorakten keine Verschlechterung ableiten lässt. Der Beschwerdeführer verzichtet zu Recht darauf, diese Ausführungen im Detail zu kritisieren. Er begnügt sich mit dem pauschalen Einwand, eine reine Aktenbeurteilung gehe hier nicht an, was aber nicht verfährt. Stellungnahmen des RAD, die nicht auf eigenen Untersuchungen beruhen, können nämlich beweiskräftig sein, sofern ein lückenloser Befund vorliegt und es im Wesentlichen nur um die Beurteilung eines an sich feststehenden medizinischen Sachverhalts geht (Urteil des Bundesgerichts 9C\_730/2018 vom 27. März 2019 E. 5.1.3). Mit dem B.\_\_\_\_-Gutachten war der medizinische Sachverhalt im vorliegenden Fall umfassend geklärt, so dass sich eine erneute Untersuchung des Beschwerdeführers erübrigte. Die Aufgabe der RAD-Ärztin beschränkte sich in dieser Situation darauf, die nach dem Gutachten ergangenen Arztberichte darauf zu überprüfen, ob sie neue Erkenntnisse enthielten. Für eine solche Würdigung war es im Übrigen auch nicht erforderlich, die RAD-Ärztin über einen Facharztstitel als Rheumatologin resp. Pneumologin verfügt (s. dazu Urteile des Bundesgerichts 9C\_106/2019 vom 6. August 2019 E. 2.3.3 und 9C\_643/2016 vom 18. Januar 2017 E. 4.3).

Zur Magenbypass-Operation vom 27. August 2020 ist festzuhalten, dass diese erst neun Monate nach der angefochtenen Verfügung erfolgte. Weder dieser Eingriff noch der dazugehörige Bericht der Klinik Z.\_\_\_\_ vom 28. August 2020 (E. II. 3.4.4 hiervor) lassen die Entwicklung bis zur Verfügung in einem anderen Licht erscheinen.

Der Beschwerdeführer verweist andererseits auf die beiden Berichte, welche Dr. med. X.\_\_\_\_ resp. das Y.\_\_\_\_ verfasst haben (E. II. 3.4.2 hiervor). Diese erwähnen zwar neue Untersuchungen, welche durchgeführt wurden. Allerdings ergaben sich dabei keine objektiven Befunde, welche zu einer anderen Beurteilung der Lage führen würden. Die subjektiven Beschwerden, die der Beschwerdeführer gegenüber Dr. med. X.\_\_\_\_ klagte, konnten nicht verifiziert werden und sind daher nicht geeignet, eine gesundheitliche Verschlechterung zu begründen.

3.5.5.2 In psychischer Hinsicht beruft sich der Beschwerdeführer auf den Bericht des behandelnden Psychiaters Dr. med. L.\_\_\_\_ vom 10. Dezember 2019 (E. II. 3.4.3 hiervor), der unmittelbar vor der angefochtenen Verfügung erging. Dieser Bericht ist zwar recht ausführlich, vermag aber keine gesundheitliche Verschlechterung zu belegen. Dr. med. L.\_\_\_\_ hält nämlich fest, seine aktuelle Beurteilung gelte seit 2016, also schon vor der B.\_\_\_\_-Begutachtung, wobei er die psychische Verschlechterung mit dem Herzinfarkt von 2014 in Verbindung bringt. Dr. med. L.\_\_\_\_ macht mit anderen Worten nicht geltend, dass seit der Begutachtung eine Veränderung eingetreten sei (zumal er gar nicht auf das B.\_\_\_\_-Gutachten eingeht), sondern er nimmt vielmehr in seinem neuen Bericht eine abweichende Beurteilung der Fakten vor, welche bereits die Gutachterstelle B.\_\_\_\_

gewürdigt hatte. Dies zeigt sich auch darin, dass die Diagnose im neuen Bericht von Dr. med. L. \_\_\_ grundsätzlich mit der Diagnose in seinem früheren Bericht von 2017 (E. II. 3.2.2 hiervor) übereinstimmt. Eine solche abweichende Beurteilung stellt keinen Grund für eine Revision resp. Neuanschuldung dar. Soweit Dr. med. L. \_\_\_ im Übrigen auf die Belastung des Beschwerdeführers durch die Operation an beiden Augen verweist, ist zu entgegnen, dass diese Eingriffe erfolgreich waren und der Beschwerdeführer nach eigenen Angaben wieder mit dem Auto fahren kann (IV-Nr. 172 S. 3).

3.6 Zusammenfassend ist im Sinne der vorstehenden Erwägungen auf das B. \_\_\_-Gutachten abzustellen, wonach seit dem Vergleichszeitpunkt vom 11. Dezember 2013 keine erhebliche und dauerhafte Veränderung des Gesundheitszustandes und der Arbeitsfähigkeit eingetreten ist. Ohne eine solche Veränderung können dem Beschwerdeführer aber, wie die Beschwerdegegnerin zu Recht verfügt hat, im Rahmen der Neuanschuldung keine Leistungen zugesprochen werden. Die Beschwerde stellt sich damit als unbegründet heraus und ist abzuweisen.

4. Bei diesem Verfahrensausgang steht dem Beschwerdeführer keine Parteientschädigung zu. Die Beschwerdegegnerin wiederum hat als mit öffentlich-rechtlichen Aufgaben betraute Organisation ■ abgesehen von hier nicht interessierenden Ausnahmen ■ keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung (vgl. etwa BGE 128 V 133 E. 5b, 126 V 150 E. 4a).

5. Das Beschwerdeverfahren vor dem Versicherungsgericht ist kostenpflichtig, sofern es sich wie hier um Streitigkeiten betreffend die Bewilligung oder Verweigerung von Leistungen der Invalidenversicherung handelt. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von CHF 200.00 bis 1'000.00 festgelegt (Art. 69 Abs. 1bis IVG). Der unterlegene Beschwerdeführer hat die Verfahrenskosten von CHF 1'000.00 zu tragen. Diese werden mit dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe verrechnet.

Demnach wird erkannt:

3. Der Beschwerdeführer hat die Verfahrenskosten von CHF 1'000.00 zu bezahlen. Dieser Betrag wird mit dem geleisteten Kostenvorschuss in Höhe von CHF 1'000.00 verrechnet.

4. Je eine Kopie des Protokolls der Hauptverhandlung vom 19. Januar 2021 geht zur Kenntnisnahme an die Parteien.

5. Kopien der vom Beschwerdeführer an der Verhandlung vom 19. Januar 2021 eingereichten Urkunden 7 und 8 sowie das Doppel der Kostennote seines Vertreters vom gleichen Datum gehen zur Kenntnisnahme an die Beschwerdegegnerin.

Rechtsmittel

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

92 oder 93 BGG zu beachten.

Versicherungsgericht des Kantons Solothurn

Der Präsident

Der Gerichtsschreiber

Flückiger

Haldemann

### **E. 3.5**

3.5.1 Es besteht keinerlei Anlass, am Beweiswert des B.\_\_\_\_-Gutachtens zu zweifeln, denn dieses entspricht vollumfänglich den Anforderungen der Rechtsprechung (s. dazu E. II. 2.5 hiervor). Es stammt von unabhängigen Fachärzten der einschlägigen Disziplinen, welche kompetent sind, die vorliegenden Gesundheitsschäden zu beurteilen. Die Experten nahmen die Vorakten zur Kenntnis (IV-Nr. 175 S. 14 ff. / 57 ff. / 101 ff. / 143 ff. / 196 ff.), befragten den Beschwerdeführer zu seinen subjektiven Beschwerden, seinen Lebensumständen sowie seiner Vorgeschichte (S. 41 ff. / 84 ff. / 128 ff. / 170 ff. / 223 ff.) und erhoben die objektiven Befunde (S. 45 ff. / 87 ff. / 131 f. / 174 ff. / 227 ff.). Auf dieser Grundlage gaben die Experten eine Beurteilung ab, wobei sie die Gründe für ihre Schlussfolgerungen nannten und ■ soweit geboten ■ auf frühere Arztberichte eingingen. Dabei äusserten sich auch sämtliche Experten zu der für eine Neuanschuldung entscheidenden Frage, ob seit der letzten Leistungsabweisung am 11. Dezember 2013 eine relevante gesundheitliche Veränderung eingetreten sei (s. dazu Urteil des Bundesgerichts 8C\_441/2012 vom 25. Juli 2013 E. 6.1.2), was jeweils verneint wurde (S. 48 ff. / 91 ff. / 133 ff. / 181 ff. / 229 ff.). Was die nach 2013 neu aufgetretenen Erkrankungen betrifft, so bewirkte das Herzleiden des Beschwerdeführers nur eine vorübergehende Arbeitsunfähigkeit, während die Schlafapnoe mit gutem Ergebnis behandelt wurde.

3.5.2 Der Beschwerdeführer rügt einmal, bei der Gutachterstelle B.\_\_\_\_ sei keine ergebnisoffene Begutachtung gewährleistet (A.S. 12 ff.). Damit dringt er indes nicht durch:

Vorab ist festzuhalten, dass sich Ausstandsbegehren nur gegen einzelne Gutachter und nicht gegen Gutachterstellen als solche richten können (BGE 137 V 210 E. 1.3.3 S. 226). Es genügt hier nicht, sämtliche für die Gutachterstelle B.\_\_\_\_ tätigen Gutachter nur deshalb pauschal als befangen zu bezeichnen, weil dieses Institut von Prof. Dr. med. U.\_\_\_\_ geleitet wird. Was der Beschwerdeführer gegen diesen anführt, reicht im Übrigen ohnehin nicht aus, um ihm Befangenheit zu unterstellen. Der Hinweis auf die Vortragsveranstaltung vom 19. Juni 2014, zu der Prof. Dr. med. C.\_\_\_\_ im Namen der Gutachterstelle B.\_\_\_\_ einlud und bei der es um «Möglichkeiten der zukünftigen Begrenzung von unzureichend begründeten Krankentaggeld-, IV- und UV-Leistungen bereits im Vorfeld von Begutachtungen» ging (s. A.S. 13 f. und IV-Nr. 190 S. 12 f.), ist unbehelflich. Das Bundesgericht hat bereits mehrfach entschieden, der Umstand, dass Prof. Dr. med. C.\_\_\_\_ seine persönliche Meinung zur Vermeidbarkeit von ungerechtfertigten Versicherungsleistungen öffentlich bekannt mache oder im Rahmen einer Publikation eine von der Rechtsprechung abweichende Meinung vertrete, lasse für sich allein noch nicht auf Voreingenommenheit in einem konkret zu beurteilenden Fall schliessen (Urteil des Bundesgerichts 8C\_863/2017 vom 23. April 2018 E. 3 mit Hinweisen). Aus dem Hinweis auf ein Strafverfahren, welches gegen Prof. Dr. med. U.\_\_\_\_ und einen B.\_\_\_\_-Psychiater hängig sei, sowie auf einen Beitrag in der Fernsehsendung «Kassensturz» vom 16. Oktober 2018, worin über ein vom besagten Psychiater erstelltes mangelhaftes Gutachten berichtet wurde (s. A.S. 14 f. und IV-Nr. 190 S. 14 ff.), kann der Beschwerdeführer ebenfalls nichts zu seinen Gunsten ableiten. Die genauen Sachverhalte und Hintergründe dieser beiden Fälle sind unbekannt. Ausserdem

liegt die fragliche Begutachtung länger zurück, erfolgte sie doch offenbar im Dezember 2013. Der Beschwerdeführer macht nicht geltend, dass sich Prof. Dr. med. C. \_\_\_ hinsichtlich des vorliegenden Gutachtens vom 20. November 2018, welches den Beschwerdeführer betrifft, strafbar gemacht habe (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_181/2013 vom 4. Juni 2013 E. 3.1.3). Ebenso wenig wird behauptet, beim psychiatrischen Experten, gegen den ein Strafverfahren laufen soll, handle es sich um den hier eingesetzten Dr. med. E. \_\_\_. Aber selbst wenn dies der Fall wäre, so könnte der Beschwerdeführer daraus nichts für sich ableiten, denn ein hängiges Strafverfahren gegen einen Experten würde für sich allein, zumal im Hinblick auf die Unschuldsvermutung, nicht genügen, um den Anschein einer Befangenheit zu begründen.

3.5.3 Inhaltlich beruft sich der Beschwerdeführer zu Recht nicht auf die Berichte der behandelnden Ärzte, welche vor dem B. \_\_\_-Gutachten ergingen. Er bringt lediglich vor, ohne dies näher zu begründen, dass mindestens bis zum Zeitpunkt des B. \_\_\_-Gutachtens auf das J. \_\_\_-Gerichtsgutachten abzustellen sei (A.S. 11 unten). Der Beschwerdeführer übersieht dabei, dass dem Gerichtsgutachten kein Beweiswert zukommt und die Beschwerdegegnerin zu Recht ein neues polydisziplinäres Gutachten eingeholt hat. Dies ergibt sich einerseits aus dem Bundesgerichtsurteil vom 23. November 2016, welches feststellte, dass die Ausführungen des rheumatologischen Gerichtsgutachters nicht zu überzeugen vermögen (IV-Nr. 136 E. 3.4 S. 6 f.). Andererseits hat sich die Beschwerdegegnerin eingehend mit dem Gerichtsgutachten befasst, bevor sie ein neues Gutachten einholte (s. Aktennotiz vom 11. April 2018, IV-Nr. 154). Die entsprechenden Ausführungen, wonach das Gerichtsgutachten keine zuverlässige Beurteilung des Gesundheitszustandes ab dem 11. Dezember 2013 erlaubt, verdienen mit Blick auf die Erwägungen des Bundesgerichts volle Zustimmung. Massgeblich muss deshalb das B. \_\_\_-Gutachten sein, welches die im Gerichtsgutachten festgestellte gesundheitliche Verschlechterung nicht bestätigen konnte.

3.5.4 Der Beschwerdeführer macht weiter geltend, Prof. Dr. med. C. \_\_\_ fehle es als Neurologe an der erforderlichen fachlichen Qualifikation für die neuropsychologische Begutachtung, welche er durchgeführt habe (A.S. 12). Wie es sich damit verhält, d.h. ob Prof. Dr. med. C. \_\_\_ über eine ausreichende ausländische Zusatzausbildung auf diesem Gebiet verfügt, kann jedoch offenbleiben. Das im Rahmen der B. \_\_\_-Begutachtung eingeholte neuropsychologische Gutachten ist nämlich zur Beurteilung der Angelegenheit entbehrlich:

Der Auftrag der Beschwerdegegnerin an die Gutachterstelle B. \_\_\_ umfasste ursprünglich gar keine neuropsychologische Begutachtung. Es liegt jedoch im pflichtgemässen Ermessen der Experten / Expertinnen, weitere Fachleute beizuziehen, wenn sie während der Begutachtung erkennen, dass dies erforderlich ist (vgl. Urteile des Bundesgerichts 8C\_136/2017 vom 7. August 2017 E. 6.2.4, 9C\_430/2015 vom 25. Januar 2016 E. 5.2 und 8C\_784/2011 vom 15. Dezember 2011 E. 3.3). Die Gutachterstelle B. \_\_\_ teilte der Beschwerdegegnerin in diesem Sinne mit, dass die Begutachtung auf den Fachbereich der Neuropsychologie auszudehnen sei (Telefonat vom 28. August 2018, vgl. Protokolleintrag von diesem Datum). Dagegen erhob die Beschwerdegegnerin nach Aktenlage keine Einwände, womit sie sich stillschweigend einverstanden erklärte. Dies ändert aber nichts daran, dass die Ausdehnung der Begutachtung nicht nachvollziehbar ist: Es ist grundsätzlich Aufgabe des psychiatrischen Facharztes, die Arbeitsfähigkeit unter Berücksichtigung allfälliger neuropsychologischer Defizite einzuschätzen. Eine

neuropsychologische Abklärung stellt lediglich eine Zusatzuntersuchung dar, welche bei begründeter Indikation in Erwägung zu ziehen ist (Urteil des Bundesgerichts 9C\_547/2019 vom 14. Oktober 2019 E. 5.5). Der lapidare Hinweis der Gutachterstelle im Telefonat vom 28. August 2018, es lägen kognitive Beeinträchtigungen vor, bleibt indes viel zu vage, um eine neuropsychologische Abklärung zu rechtfertigen. Weiter fällt auf, dass die Gutachterstelle bereits am 28. August 2018 ankündigte, eine neuropsychologische Begutachtung sei erforderlich, obwohl die psychiatrischen und neurologischen Untersuchungen erst am 29. August 2018 erfolgten. Vor diesem Hintergrund ist die Aussage der Gutachterstelle vom 28. August 2018, im Rahmen der Begutachtung habe sich die Notwendigkeit einer zusätzlichen neuropsychologischen Untersuchung ergeben, erst recht unverständlich, lagen doch erst die internistischen, rheumatologischen und kardiologischen, nicht aber die hier massgeblichen psychiatrischen und neurologischen Untersuchungsergebnisse vor. Auch im Gutachten vom 20. November 2018 finden sich nirgends Gründe für eine Ausdehnung der Begutachtung. Keine der durchgeführten Untersuchungen, auch nicht die somatischen, ergaben Hinweise auf Beeinträchtigungen der kognitiven und / oder mnestischen Funktionen, welche eine neuropsychologische Testung nahegelegt hätten. Im Gegenteil: Sowohl der psychiatrische als auch der neurologische Experte beschrieben Mnestik, Konzentration und Aufmerksamkeit übereinstimmend als unauffällig (IV-Nr. 175 S. 90 + 228). Der neurologische Experte hielt zudem fest, der Beschwerdeführer zeige während der Untersuchung keine Anzeichen von Ermüdung (S. 90). Für eine Störung der neuropsychologischen Funktionen fand er keinerlei Anhaltspunkte (a.a.O.). Die frühere Feststellung von Dr. med. L.\_\_\_\_ im Bericht vom 15. März 2017, die Konzentration präsentiere sich «stark gestört bei leicht mnestischen Funktionen» (IV-Nr. 144 S. 4), wurde damit nicht bestätigt. Fehlt es aber an jeglichen Hinweisen für wesentliche Defizite, so hätte es gar keiner neuropsychologischen Begutachtung bedurft (vgl. dazu Urteil des Bundesgerichts 9C\_769/2011 vom 15. Mai 2012 E. 3.3.1 + 3.3.2), weshalb die Gutachterstelle ihr pflichtgemässes Ermessen überschritten hat. Die Abklärungen in den übrigen Disziplinen erlauben vielmehr eine umfassende und vollständige Beurteilung des Gesundheitszustandes. Das neuropsychologische Teilgutachten von Prof. Dr. med. C.\_\_\_\_ kann daher bei der Beweiswürdigung ausgeklammert werden, ohne dass dies dem Beweiswert des Gesamtgutachtens schaden würde (vgl. BGE 143 V 124 E. 2.2.4 S. 128). Der Beschwerdeführer kann auch nicht behaupten, die interdisziplinäre Gesamtbeurteilung im B.\_\_\_\_-Gutachten sei durch die Beteiligung von Prof. Dr. med. C.\_\_\_\_ massgeblich beeinflusst und verfälscht worden: Alle Teilgutachten gingen nämlich übereinstimmend davon aus, dass der Beschwerdeführer die bisherige sowie vergleichbare Tätigkeiten uneingeschränkt ausüben kann und seit dem 11. Dezember 2013 keine anspruchsrelevante gesundheitliche Verschlechterung eingetreten ist.

Ist aber das neuropsychologische Teilgutachten ohne Bedeutung für die medizinische Beurteilung und bei der Würdigung des restlichen B.\_\_\_\_-Gutachtens ausser Acht zu lassen, so erübrigen sich weitere Abklärungen dazu, inwieweit Prof. Dr. med. C.\_\_\_\_ über die erforderlichen Qualifikationen als neuropsychologischer Experte verfügt. Die Anträge des Beschwerdeführers vom 20. Juli 2020 und 19. Januar 2021, welche die Einholung eines Gutachtens bei Dr. phil. D.\_\_\_\_ sowie den Beizug der in den Beschwerdeverfahren VSBES.2019.229 und 2019.237 eingeholten Unterlagen zu diesem ■ respektive einem ähnlich gelagerten ■Thema betreffen (E I. 2.4 + 2.6 hiervor), werden daher abgewiesen.

3.5.5 Der Beschwerdeführer bringt schliesslich vor, sein Gesundheitszustand habe sich seit der B.\_\_\_\_-Begutachtung verschlechtert (A.S. 15 f.):

3.5.5.1 In somatischer Hinsicht beruft sich der Beschwerdeführer einerseits auf die MR-Untersuchung vom 15. Februar 2019 sowie den Kontrollbericht zur APAP-Therapie vom 13. Juli 2018 (E. II).

#### **E. 4**

Dem Beschwerdeführer sei die volle unentgeltliche Rechtspflege und Rechtsverbeiständung unter gleichzeitiger Einsetzung des unterzeichneten Rechtsanwalts als unentgeltlicher Rechtsbeistand zu gewähren.

#### **E. 5**

Unter Kosten- und Entschädigungsfolge zu Lasten der Beschwerdegegnerin. 2.2 Die Beschwerdegegnerin verzichtet mit Eingabe vom 17. März 2020 auf eine ausführliche Beschwerdeantwort und beantragt, die Beschwerde sei abzuweisen (A.S. 37). 2.3 Der Präsident des Versicherungsgerichts weist das Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege mit Verfügung vom 20. April 2020 ab (A.S. 38 ff.). 2.4 Mit Verfügung vom 30. April 2020 erkundigt sich der Präsident bei der Gutachterstelle B.\_\_\_\_, ob der Experte Prof. Dr. med. C.\_\_\_\_ eine neuropsychologische Ausbildung absolviert hat und was diese gegebenenfalls beinhaltete (A.S. 41 f.). Die Gutachterstelle B.\_\_\_\_ erteilt die entsprechenden Auskünfte am 20. Mai 2020 (A.S. 43 ff.). Während sich die Beschwerdegegnerin dazu nicht äussert, lässt der Beschwerdeführer am 20. Juli 2020 folgende Anträge stellen (A.S. 55 f.): 1. Es sei, analog dem Verfahren VSBES.2019.229, bei Frau Dr. phil. D.\_\_\_\_, [...], ein Gutachten zur Frage der Befähigung von Prof. Dr. med. C.\_\_\_\_ als neuropsychologischen Experten einzuholen. 2. Unter Kosten- und Entschädigungsfolge. 2.5 Der Beschwerdeführer lässt am 6. November 2020 zwei weitere Urkunden (Nrn. 5 + 6) einreichen (A.S. 60 f.). 2.6 Am 19. Januar 2021 findet vor dem Versicherungsgericht eine öffentliche Verhandlung statt. Der Vertreter des Beschwerdeführers deponiert zwei weitere Urkunden (Nrn. 7 + 8) und stellt den Beweisantrag, die in den Beschwerdeverfahren VSBES.2019.229 und 2019.237 eingeholten Unterlagen zur neuropsychologischen Befähigung von Dr. med. E.\_\_\_\_ seien beizuziehen. Der Vertreter bekräftigt sodann in seinem Parteivortrag die in der Beschwerde gestellten Rechtsbegehren (s. Protokoll, A.S. 74 f.). Ausserdem reicht er eine Kostennote ein (A.S. 71 ff.). Die Beschwerdegegnerin, der das Erscheinen freigestellt worden ist (s. dazu A.S. 68), nimmt an der Verhandlung nicht teil (A.S. 74). II. 1. 1.1 Die Sachurteilsvoraussetzungen (zulässiges Anfechtungsobjekt, Einhaltung von Frist und Form, örtliche, sachliche und funktionelle Zuständigkeit des angerufenen Gerichts, Legitimation) sind erfüllt. Auf die Beschwerde ist einzutreten. Streitig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin zu Recht einen Anspruch des Beschwerdeführers auf eine Rente sowie auf berufliche Massnahmen verneint hat. 1.2 Bei der Beurteilung des Falles ist grundsätzlich auf den Sachverhalt abzustellen, der bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung am 12. Dezember 2019 eingetreten ist (Ueli Kieser in: ATSG-Kommentar, 4. Aufl., Zürich 2020, Art. 61 N 109). 1.3 Die Parteien haben im Gerichts- und Verwaltungsverfahren Anspruch auf rechtliches Gehör (Art. 29 Abs. 2 Bundesverfassung der Schweizerischen Eidgenossenschaft / BV, SR 101). Dieses dient einerseits der Sachaufklärung. Andererseits stellt es ein persönlichkeitsbezogenes Mitwirkungsrecht beim Erlass eines Entscheides dar, der in die Rechtsstellung des Einzelnen eingreift. Dazu gehört insbesondere das Recht des Betroffenen, sich vor Erlass eines solchen Entscheides zur

Sache zu äussern, erhebliche Beweise beizubringen, Einsicht in die Akten zu nehmen, mit erheblichen Beweisanträgen gehört zu werden und an der Erhebung wesentlicher Beweise entweder mitzuwirken oder sich zumindest zum Beweisergebnis zu äussern, wenn dieses geeignet ist, den Entscheid zu beeinflussen. Der Anspruch auf rechtliches Gehör umfasst als Mitwirkungsrecht alle Befugnisse, die einer Partei einzuräumen sind, damit sie in einem Verfahren ihren Standpunkt wirksam zur Geltung bringen kann (BGE 135 I 279 E. 2.3 S. 282, 135 II 286 E. 5.1 S. 293, 132 V 368 E. 3.1 S. 370 mit Hinweisen). Das Recht, angehört zu werden, ist formeller Natur. Eine Verletzung desselben führt ungeachtet der Erfolgsaussichten der Beschwerde in der Sache selbst zur Aufhebung des angefochtenen Entscheids. Es kommt mit anderen Worten nicht darauf an, ob die Anhörung im konkreten Fall für den Ausgang der materiellen Streitentscheidung von Bedeutung ist, d.h. die Behörde zu einer Änderung ihres Entscheids veranlasst wird oder nicht (BGE 127 V 431 E. 3d/aa S. 437, 132 V 387 E. 5.1 S. 390). Nach der Rechtsprechung kann aber jedenfalls eine nicht besonders schwerwiegende Verletzung des rechtlichen Gehörs als geheilt gelten, wenn die betroffene Person die Möglichkeit erhält, sich vor einer Beschwerdeinstanz zu äussern, die sowohl den Sachverhalt wie die Rechtslage frei überprüfen kann (BGE 133 I 201 E. 2.2 S. 204, 127 V 431 E. 3d/aa S. 438). Von einer Rückweisung der Sache ist selbst bei einer schwerwiegenden Verletzung des rechtlichen Gehörs dann abzusehen, wenn und soweit die Rückweisung zu einem formalistischen Leerlauf und damit zu unnötigen Verzögerungen führen würde, die mit dem (der Anhörung gleichgestellten) Interesse der betroffenen Partei an einer beförderlichen Beurteilung der Sache nicht zu vereinbaren wären (BGE 133 I 201 E. 2.2 S. 204 f., 132 V 387 E. 5.1 S. 390). Der Beschwerdeführer rügt, sein Anspruch auf rechtliches Gehör sei missachtet worden. Die Beschwerdegegnerin schickte ihm nämlich die beiden Stellungnahmen von Dr. med. F.\_\_\_\_, Fachärztin für Neurologie FMH beim Regionalen Ärztlichen Dienst der Invalidenversicherung (fortan: RAD), vom 28. März und 30. Juli 2019 (IV-Nrn. 186 + 192) erst zusammen mit der angefochtenen Verfügung zu, womit es dem Beschwerdeführer in der Tat verwehrt wurde, sich vor der Abweisung seines Leistungsbegehrens dazu zu äussern. Es ist aber fraglich, ob es sich überhaupt um eine Gehörsverletzung handelt, wenn es die IV-Stelle unterlässt, die interne Stellungnahme eines RAD-Arztbesprechers der versicherten Person vorgängig zur Kenntnis zu bringen. Dies braucht indes nicht näher geprüft zu werden, da eine allfällige Gehörsverletzung ohnehin geheilt wäre: Einerseits verfügt das Versicherungsgericht im Beschwerdeverfahren über volle Kognition und hat nach dem Untersuchungsgrundsatz sowie dem Prinzip der freien Beweiswürdigung vorzugehen (s. dazu Art. 61 lit. c Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts / ATSG, SR 830.1, sowie E. II. 2.5 + 2.6 hiernach). Andererseits enthielten die beiden Stellungnahmen der RAD-Ärztin keine neuen Tatsachen wie z.B. Untersuchungsbefunde, sondern sie würdigte lediglich – vor dem Hintergrund des bereits bekannten medizinischen Sachverhalts – die neuen Arztberichte, welche der Beschwerdeführer in seinem Einwand zum Vorbescheid eingereicht hatte (s. IV-Nr. 190). Vor diesem Hintergrund würde es sich höchstens um eine nicht besonders schwerwiegende Gehörsverletzung handeln, die im vorliegenden Beschwerdeverfahren auf jeden Fall als geheilt zu betrachten wäre (Urteil des Bundesgerichts 9C\_411/2018 vom 24. Oktober 2018 E. 2.2). Im Übrigen wäre eine Partei auf Grund einer Gehörsverletzung nur insoweit zu entschädigen, als bei ihr nennenswerte (zusätzliche) Kosten entstanden sind, die ohne die Gehörsverletzung nicht angefallen wären (Urteil des Bundesgerichts 8C\_212/2016 vom 8. August 2016 E. 2.2), was im vorliegenden Fall ohne Weiteres zu verneinen ist. Es besteht kein Zweifel daran, dass die Beschwerde

auch erhoben worden wäre, wenn der Beschwerdeführer vorgängig Kenntnis von den fraglichen RAD-Berichten erhalten hätte.

2. 2.1 Mangels besonderer übergangsrechtlicher Regelungen sind diejenigen Rechtssätze massgeblich, die bei der Erfüllung des zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben (BGE 132 V 215 E. 3.1.1 S. 220). Im vorliegenden Fall steht frühestens ab 2016 eine Rentenberechtigung zur Debatte (s. E. II. 2.3 hiernach). Somit ist die Rechtslage ab 1. Januar 2012, nach der 6. IV-Revision, massgebend.

2.2 Als Invalidität gilt die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit andauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 ATSG). Sie kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 Bundesgesetz über die Invalidenversicherung / IVG, SR 831.20). Für die Beurteilung der Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die aus objektiver Sicht nicht überwindbaren Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen (Art. 7 Abs. 2 ATSG).

2.3 Anspruch auf eine Invalidenrente haben Versicherte, die ihre Erwerbsfähigkeit (oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen) nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können, während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig gewesen sind, und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid sind (Art. 28 Abs. 1 IVG). Arbeitsunfähigkeit ist die durch eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit bedingte, volle oder teilweise Unfähigkeit, im bisherigen Beruf oder Aufgabenbereich zumutbare Arbeit zu leisten (Art. 6 ATSG). Das Wartejahr gilt als eröffnet, sobald eine solche Arbeitsunfähigkeit von mindestens 20 % eingetreten ist (Ulrich Meyer / Marco Reichmuth, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, 3. Aufl., Zürich 2014, Art. 28 N 32; Amanda Wittwer, Der Begriff der Arbeitsunfähigkeit im schweizerischen Sozialversicherungsrecht, Zürich 2017, S. 109 Fn 615), in casu also frühestens im Jahr 2015, nachdem in der Neuanmeldung eine gesundheitliche Verschlechterung ab 2014 geltend gemacht wird (vgl. IV-Nr. 116 S. 6 Ziff. 6.1). Der Rentenanspruch entsteht indes – sofern die entsprechenden Anspruchsvoraussetzungen gegeben sind – frühestens sechs Monate nach Geltendmachung des Leistungsanspruchs im Sinne von Art. 29 Abs. 1 ATSG (s. Art. 29 Abs. 1 IVG), was hier, angesichts der Anmeldung vom 24. Februar 2016, erst im August 2016 der Fall wäre. Bei einem Invaliditätsgrad ab 40 % besteht Anspruch auf eine Viertelsrente, ab 50 % auf eine halbe Rente, ab 60 % auf eine Dreiviertelsrente sowie ab 70 % auf eine ganze Rente (Art. 28 Abs. 2 IVG).

2.4 Tritt die IV-Stelle wie hier auf eine Neuanmeldung ein, so ist analog wie bei einem Revisionsfall vorzugehen (Urteil des Bundesgerichts 8C\_737/2019 vom 19. Juli 2020 E. 3.2.1). Ändert sich der Invaliditätsgrad eines Rentenbezügers erheblich, so wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben (Art. 17 Abs. 1 ATSG). Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen (BGE 125 V 368 E. 2 S. 369). Die Invalidenrente ist deshalb nicht nur bei einer wesentlichen Veränderung des Gesundheitszustandes revidierbar, sondern auch dann, wenn sich die erwerblichen Auswirkungen des an sich gleich gebliebenen Gesundheitszustandes erheblich verändert haben (BGE 130 V 343 E. 3.5 S. 349 f., 117 V 198 E. 3b S. 199). Die Frage, ob eine erhebliche, d.h. mit Bezug auf den Invaliditätsgrad rentenwirksame Änderung der tatsächlichen Verhältnisse eingetreten ist, beurteilt sich auf Grund eines Vergleichs des Sachverhaltes, wie er im Zeitpunkt der ursprünglichen Rentenverfügung – oder einer späteren, auf einer umfassenden Prüfung beruhenden Bestätigung oder Änderung –

bestanden hat, mit demjenigen im Zeitpunkt der streitigen Revisionsverfügung (BGE 133 V 108 E. 5 S. 110 ff.). Das Heranziehen eines Verwaltungsaktes als Vergleichsbasis setzt voraus, dass er auf den Abklärungen beruht, welche mit Blick auf die möglicherweise veränderten Tatsachen notwendig erscheinen (Urteil des Bundesgerichts 8C\_441/2012 vom 25. Juli 2013 E. 6.2).

2.5 Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung auf Unterlagen angewiesen, die Arztpersonen und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung gestellt haben. Aufgabe des Arztes ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist. Im Weiteren bilden die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 140 V 193 E. 3.2 S. 196, 105 V 156 E. 1 S. 158 f.). Der im Sozialversicherungsrecht massgebende Beweisgrad ist derjenige der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (BGE 117 V 194 f. E. 3.b). Weiter gilt für das gesamte Verwaltungs- und gerichtliche Beschwerdeverfahren der Grundsatz der freien Beweiswürdigung (BGE 125 V 351 E. 3a S. 352). Der Sozialversicherungsrichter hat alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestatten. Insbesondere darf er bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum er auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten – d.h. der Anamnese – abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und in seinen Schlussfolgerungen begründet ist. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten resp. in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (a.a.O.; BGE 122 V 157 E. 1c S. 160). Die Rechtsprechung erachtet es jedoch als mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung vereinbar, in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten Richtlinien für die Beweiswürdigung aufzustellen (BGE 125 V 351 E. 3b S. 352). So ist einem im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten medizinischen Gutachten durch externe Spezialärzte, welches auf Grund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten erstellt wurde und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangt, in der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 137 V 210 E. 2.2.2 S. 232, 125 V 351 E. 3b/bb S. 353). Andererseits ist der Erfahrungstatsache Rechnung zu tragen, dass behandelnde Ärzte im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen mitunter eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 125 V 351 E. 3b/cc S. 353).

2.6 Im Sozialversicherungsverfahren gilt der Untersuchungsgrundsatz, d.h. die Verwaltung resp. das Gericht haben von sich aus für die richtige und vollständige Abklärung des rechtserheblichen Sachverhalts zu sorgen (Art. 43 Abs. 1 und Art. 61 lit. c ATSG). Diese Untersuchungspflicht dauert so lange, bis über die für die Beurteilung des streitigen Anspruchs erforderlichen Tatsachen hinreichende Klarheit besteht. Der Grundsatz gilt jedoch nicht uneingeschränkt, sondern wird durch die Mitwirkungspflichten des Versicherten relativiert (BGE 125 V 193 E. 2 S. 195, 122 V 157 E. 1a S. 158). Ein Teilgehalt der Mitwirkungspflicht besteht in der Teilnahme am

Beweisverfahren (Ueli Kieser in: Kommentar zum ATSG, 4. Aufl., Zürich 2020, Art. 43 N 96). Der Untersuchungsgrundsatz schliesst die Beweislast im Sinne einer Beweisführungslast begriffsnotwendig aus. Die Parteien tragen mithin im Sozialversicherungsverfahren in der Regel eine Beweislast nur insofern, als im Falle der Beweislosigkeit der Entscheid zu Ungunsten jener Partei ausfällt, die aus dem unbewiesenen gebliebenen Sachverhalt Rechte ableiten wollte. Diese Beweisregel greift allerdings erst Platz, wenn es sich als unmöglich erweist, im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes auf dem Wege der Beweiserhebung einen Sachverhalt zu ermitteln, der zumindest die Wahrscheinlichkeit für sich hat, der Wirklichkeit zu entsprechen (BGE 117 V 261 E. 3b S. 264). Führen die von Amtes wegen vorzunehmenden Abklärungen die Verwaltung oder das Gericht bei pflichtgemässer Beweiswürdigung zur Überzeugung, ein bestimmter Sachverhalt sei als überwiegend wahrscheinlich zu betrachten und es könnten weitere Beweismassnahmen an diesem feststehenden Ergebnis nichts mehr ändern, so ist auf die Abnahme weiterer Beweise zu verzichten. Gleiches gilt, wenn der Sachverhalt, den eine Partei beweisen will, nicht rechtserheblich erscheint (BGE 126 V 353 E. 5b S. 360, 125 V 193 E. 2 S. 195, 122 V 157 E. 1d S. 162). In einer solchen antizipierten Beweiswürdigung liegt kein Verstoß gegen das verfassungsmässig gewährleistete rechtliche Gehör (BGE 134 I 140 E. 5.3 S. 148, 124 V 90 E. 4b S. 94). Bleiben jedoch erhebliche Zweifel an der Vollständigkeit und / oder Richtigkeit der bisher getroffenen Tatsachenfeststellung bestehen, ist weiter zu ermitteln, soweit von zusätzlichen Abklärungsmassnahmen noch neue wesentliche Erkenntnisse zu erwarten sind (Urteil des Bundesgerichts 9C\_407/2015 vom 22. April 2016 E. 3.1). 3.

## **E. 8**

ff.) folgende Diagnosen:

Es handle sich um ein ausgeprägtes bio-psycho-soziales-Schmerzmodell mit ausgeprägten psychischen Komorbiditäten und Verdacht auf Persönlichkeitsstörung. Im Bericht vom 25. Oktober 2018 (IV-Nr. 172) ergänzte Dr. med. P.\_\_\_\_, es lägen ein Gelenksschmerz in der Schulterregion (M25.51: Tendinopathie der Supraspinatussehne und der Bizepssehne, Bursitis deltoideus, Kapsulitis adhäsiva, Verdacht auf subacromiales Impingement bei hypertropher AC-Gelenksarthrose, Partialruptur der Subscapularissehne, SLAP-Läsion) sowie eine Epicondylitis radialis und ulnaris humeri vor. Die Arbeitsfähigkeit könne er nicht beurteilen.

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