

SO_GERICHTE VSBES.2020.243 vom 11. November 2020

SO Obergericht, 2020-11-11, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2020.243

FR: SO_GERICHTE VSBES.2020.243 du 11 novembre 2020

IT: SO_GERICHTE VSBES.2020.243 del 11 novembre 2020

Erwägungen

E. 1

St. n. Alkoholabhängigkeit (ICD-10 F10.20)

E. 2

Leichtgradiger Halte- und Intentionstremor, nicht sicher klassifizierbar (ICD-10 G25.2)

- DD im Rahmen einer alkoholtoxischen Schädigung des Nervensystems

E. 3

Chronischer Nikotinabusus, schädlicher Gebrauch (ICD-10 F17.1)

E. 4

Hallux valgus bds. (ICD-10 M20.1).

In der angestammten Tätigkeit als Koch und Mitarbeiter Hauswirtschaft könne aus psychiatrischer Sicht eine um 20 % verminderte Leistungsfähigkeit attestiert werden seit Mai 2015. In einer einfachen Hilfstätigkeit bestehe eine uneingeschränkte Arbeits- und Leistungsfähigkeit. Berufliche Massnahmen würden aufgrund der ausgeprägten subjektiven Krankheits- und Behinderungsüberzeugung kaum erfolgreich durchführbar sein und könnten deshalb nicht empfohlen werden.

Anlässlich der allgemeininternistischen Befragung habe der Versicherte unter anderem angegeben, dass er früher viel Alkohol getrunken habe. Jetzt trinke er seit circa neun Monaten gar keinen Alkohol mehr. Er gehe aktuell einmal pro Woche zur Laborkontrolle. Den Haushalt erledige er ohne fremde Hilfe. Den Tag verbringe er mehrheitlich zu Hause, wo er versuche zu lesen oder fernsehe. Er gehe aber auch täglich mindestens eine Stunde spazieren. Befragt nach den Zukunftsvorstellungen habe der Versicherte gesagt, dass er sich mit seinen aktuellen Beschwerden keine Arbeitstätigkeit mehr vorstellen könne.

Der neurologische Gutachter Dr. med. O.____ diagnostizierte einen leichtgradigen Halte- und Intentionstremor, nicht sicher klassifizierbar (ICD-10 G25.2). Differentialdiagnostisch käme auch eine alkoholtoxische Schädigung des Nervensystems in Frage. Bei der Erhebung der neurologischen Befunde stellte Dr. med. O.____ zunächst fest, dass der Versicherte pünktlich von einem Begleiter zur Untersuchung gebracht worden sei. Der Halte- und Intentionstremor könne zum aktuellen Zeitpunkt nicht sicher klassifiziert werden. Der Versicherte selbst gebe diesbezüglich an, dass er wegen Nervosität gezittert habe und dies ansonsten nicht der Fall sei. Differenzialdiagnostisch in Frage komme ein essentieller Tremor, dies sei aber eher unwahrscheinlich bei negativer Familienanamnese und bisher offenbar völlig fehlendem Störwert. Abgesehen von der Nervosität als Faktor im Sinne eines verstärkten physiologischen Tremors ■ was aber nicht zwanglos die Intensionskomponente erkläre ■ komme eine alkoholtoxische Schädigung des

Nervensystems in Frage: Diesbezüglich auffallend sei der auch etwas unsichere Knie-Hacken-Versuch und die ungerichtete Unsicherheit bei den erschwerten Stand- und Gangversuchen, was mit einem zerebellären Syndrom vereinbar wäre (Kleinhirnvorderwurm). Die diesbezügliche Testbarkeit sei aber zum Untersuchungszeitpunkt eingeschränkt, weshalb dies nicht in der Diagnoseliste aufgeführt werde. Diese Unsicherheit sei aber im Hinblick auf die Arbeitsunfähigkeitsbeurteilung ohne Relevanz, es bestehe offenbar gar kein Störwert. Einschränkend müsse allerdings festgehalten werden, dass möglicherweise diesbezüglich eine Dissimulationstendenz vorliege, wie es betreffend den Alkoholkonsum mit überwiegender Wahrscheinlichkeit der Fall sei. Der Versicherte sei sowohl in der bisherigen als auch in einer angepassten Tätigkeit 100 % arbeitsfähig, wobei die angepasste Tätigkeit wegen des Tremors keine sehr hohen Anforderungen an die Feinmotorik stellen solle. Im Übrigen hielt der Neurologe fest, der Versicherte erscheine ■ zumindest sage er dies auch ■ durchaus arbeitswillig und würde gerne wieder eine Tätigkeit aufnehmen. Der Versicherte brauche wahrscheinlich eine Hilfestellung beim Finden einer angepassten Arbeitstätigkeit.

In psychiatrischer Hinsicht diagnostizierte Dr. med. P.____ eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte Episode (ICD-10 F33.0). Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit wurde ein Status nach Alkoholabhängigkeit (ICD-10 F10.20) festgehalten. Anlässlich der Befragung habe der Beschwerdeführer unter anderem gesagt, dass er sich nicht mehr in der Lage sehe zu arbeiten. Die Energie fehle ihm, er fühle sich der Arbeit nicht gewachsen. Die Einkäufe erledige er selbständig. Er kümmere sich auch alleine um die Wohnung, wobei er die Wohnung nicht mehr so in Schuss halte wie früher. Täglich mache er mindestens einen einstündigen Spaziergang. Er versuche zu lesen, habe aber zum Teil Mühe, sich zu konzentrieren. Auch beim TV Sehen falle es ihm manchmal schwer, sich zu konzentrieren. Eigentliche Kollegen habe er keine. Der psychiatrische Teilgutachter stellte sodann fest, dass der Versicherte während der Untersuchung nie Zeichen von Konzentrationsschwäche gezeigt habe. Die Merkfähigkeit und die Gedächtnisleistungen seien intakt gewesen. Der Antrieb sei eher erhöht gewesen. Zum jetzigen Zeitpunkt könne ein leichtes depressives Zustandsbild festgestellt werden. Die geklagten Schlafstörungen hingen mit der mangelnden Schlafhygiene zusammen, der Versicherte schlafe regelmässig tagsüber. Wenn er nachts einmal erwache, trinke er Kaffee, rauche Zigaretten, habe entsprechend Mühe, wieder einzuschlafen. Er habe aber am Morgen keine wesentliche Mühe, aufzustehen. Hinsichtlich der psychiatrischen Beurteilung von Eingliederungsmassnahmen führte Dr. med. P.____ aus, dass aufgrund der ausgeprägten Krankheitsüberzeugung weitere berufliche Massnahmen kaum erfolgreich durchführbar seien. In der bisherigen Tätigkeit bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 80 %. Zur Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit führte Dr. med. P.____ schliesslich aus, dass eine einfache Hilfstätigkeit optimal angepasst sei. In einer solchen bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 100 %.

8.8 In der Stellungnahme vom 25. Februar 2020 hielten Dres. med. G.____ und D.____ fest, dass ihrer Ansicht nach eine rezidivierende depressive Störung mittleren bis schweren Grades mit einer schwerwiegenden Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit vorliege. Aufgrund der langen Behandlungsdauer ohne nennenswerte Verbesserung könne von einer therapieresistenten, depressiven Störung ausgegangen werden. Der Versicherte habe jegliches Selbstvertrauen und Selbstbewusstsein verloren, sei nicht mehr in der Lage, seinen ehemaligen Aktivitäten nachzugehen und vernachlässige den Haushalt. Er sei auf den

wöchentlichen Besuch eines Mitarbeiters der Wohnbegleitung der Stiftung I.____ angewiesen, da er nicht in der Lage sei, selbstständig seine Post zu erledigen. Auch zu dem Gutachtertermin habe er begleitet werden müssen, da er unter ausgeprägten sozialen Ängsten leide, weswegen auch ein sehr ausgeprägter sozialer Rückzug des ehemals äusserst geselligen und sozial aktiven Menschen bestehe. Der Antrieb sei gravierend reduziert. In der Untersuchungssituation habe er auf den Gutachter einen "leicht angetriebenen Eindruck" gemacht, was mit einer erhöhten psychomotorischen Aktivität im Sinne von körperlicher Unruhe erklärt werden könne. Der sehr deutlich verminderte Antrieb im Rahmen der depressiven Störung äussere sich jedoch im Alltag, in dem er nicht in der Lage sei, wünschenswerte Aktivitäten (Haushalt, kochen, spazieren, Post erledigen) in die Tat umzusetzen. Die massiven Schlafstörungen bestünden schon seit längerer Zeit und seien auf abends und nachts auftretende Angstzustände sowie ausgeprägtes Grübeln und Gedankenkreisen zurückzuführen. Die mangelnde Schlafhygiene sei eine Folge davon und nicht die Ursache der Schlafstörungen (IV-Nr. 87).

8.9 In der RAD-Stellungnahme vom 16. März 2020 hielt Dr. med. F.____ zunächst fest, dass eine neuropsychologische Testung nicht notwendig geworden sei, da keine Defizite während der neurologischen Begutachtung zutage getreten seien. Dem Einwand des behandelnden Psychiaters könne insofern nicht gefolgt werden, als sich aus dem benannten schwer depressiven Zustandbild, das der Psychiater regelmässig zu sehen angebe, keine therapeutische Konsequenz, zum Beispiel in Form stationärer Einweisung, bisher ergeben habe. Der Versicherte nehme seit circa einem Jahr regelmässig Mianserin-Tabletten, aktuell 60 mg (mittlere Tagesdosis bei 30 ■ 90 mg) zur Nacht, ansonsten sei laut Patient keine weitere Medikation installiert. Es gebe keine Mitteilung seitens des Psychiaters darüber, ob wegen der von ihm regelmässig gesehenen schweren Depression Medikamentenwechsel oder Dosisanpassungen stattgefunden hätten. Mit 60 mg Mianserin zur Nacht sei die Dosis bei diesem Medikament noch nicht ausgereizt (IV-Nr. 91).

8.10 Mit Schreiben vom 28. August 2018 (recte: 2020) teilte Dr. med. G.____ mit, dass er den Versicherten in der H.____ angemeldet habe, die eigentlich für Senioren gedacht sei (IV-Nr. 94, S. 1).

8.11 Im Bericht der H.____ vom 21. Februar 2020 wurde beim Versicherten eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (F33.1), diagnostiziert. Der Versicherte beklage soziale Isolation und fehlende Tagesstruktur, weshalb eine tagesklinische Behandlung empfohlen werde (IV-Nr. 94, S. 2).

8.12 Die testpsychologische Abklärung der J.____ vom 13. Mai 2020 habe ergeben, dass beim Versicherten eine ausgeprägte depressive Symptomatik vorliege. Diese werde von den Testleitern, M. Sc. Q.____, Fachpsychologe für Psychotherapie FSP, und M. Sc. R.____, Psychologe, im Rahmen einer rezidivierenden Major Depression (Psyhyrembel: Bezeichnung im DSM-5 für eine schwerdepressive Episode) interpretiert. Im Hinblick auf das Testverhalten wurde unter anderem ausgeführt, dass der Versicherte während dem Gespräch angespannt und nervös gewirkt habe. Auf Fragen habe er meist gut mit Beispielen antworten können, jedoch habe er zeitweise vorbeirend und abschweifend gewirkt. Auch seien Konzentrations- und Auffassungsstörungen augenscheinlich zu beobachten gewesen. Psychomotorisch habe der Versicherte unruhig, gestisch angeregt und teilweise logorrhöisch gewirkt. Im Rahmen der Testung sei ein strukturiertes klinisches Interview für DSM-IV (SKID-I), Kapitel affektive Störungen, durchgeführt worden. Es seien zwei von zwei Hauptsymptomen und sieben von neun Zusatzsymptomen für eine Major Depression

erfüllt gewesen. Aufgrund der Aussagen erfülle der Versicherte die Kriterien einer schweren depressiven Episode. Obgleich der klinische Eindruck der Testleiter während des Interviews eher auf eine mittelgradige depressive Episode hingedeutet habe. Der starke Leidensdruck und der einschneidende Charakter der Major Depression für den Alltag des Versicherten kämen in der Abklärung stark zum Vorschein. Im Alltag trete eine verminderte Belastungsfähigkeit in Erscheinung. Insgesamt könne anhand der erhobenen Daten und vom klinischen Eindruck her die Diagnose einer gegenwärtig mittelgradigen Depression im Rahmen einer rezidivierenden Depression nach DSM-IV vergeben werden (IV-Nr. 100, S. 2).

8.13 Gemäss Bericht der Stiftung I.____ (Wohnen, Wohnbegleitung, Tagesstätte) vom 29. April 2020 bestünden folgende Betreuungsmassnahmen: Wöchentliche Besuche in der Wohnung und Begleitung an Termine (Soziale Dienste, Ärzte, Ämter). Unterstützung erfolge beim Aufarbeiten der Korrespondenz und beim Aufrechterhalten eines stabilen Hygienestandards. Anleitung und gelegentlich Mithilfe bei Reinigungsarbeiten. Etappenweise Bereiche der Wohnung neugestalten. Alte Sachen entsorgen, aufräumen, Reinigung, Einrichten etc. Briefe selbständig zu öffnen klappe immer besser, aber er schwitze nach wie vor stark während dieses Prozesses. Das Minderwertigkeitsgefühl bleibe, wenn er die kleinen Aufgaben nicht erfüllen könne. Es gebe noch immer Momente, in denen gar nichts gehe und er es nicht schaffe, einen einzigen Brief zu öffnen. Der Versicherte habe es zwar geschafft, sich an fremden Orten, z.B. Basel, während einem der zwei Tagetermine alleine und selbständig zurechtzufinden. Doch die Eckdaten hätten sehr detailliert aufgeschrieben werden müssen. Zug, Termine und Perronangaben, Tramangaben, Lagepläne etc. Es sei für ihn aber eine riesige Anstrengung. Er habe noch Wochen danach davon geredet. Er habe sich in diesen Tagen nicht wohl gefühlt. Es sei ein Spiessrutenlauf gewesen. Zum Expositionstraining wurde ausgeführt, dass der Versicherte aktuell selbständig zu Terminen bei den behandelnden Ärzten gehe. Es sei für ihn bisher ein grosser Stress gewesen, mit den ÖV zu reisen, Standorte zu suchen/finden. Das Expositionstraining trage viel dazu bei, dass er sich nun etwas sicherer fühle. Der Versicherte mache kleine, aber stete Fortschritte. Das Selbstvertrauen solle weiter gestärkt werden mit kleinen Aufgaben und Erfolgserlebnissen. Die Begleitung einmal pro Woche müsse weitergeführt werden, um die konstante Struktur beizubehalten. Auch die Tagesklinik gebe Struktur und fördere soziale Kontakte. Eine Wiedereingliederung in einen (auch kleinen) Arbeitsprozess werde, wenn überhaupt, erst in ferner Zukunft gesehen. (IV-Nr. 97, S. 8).

8.14 Am 6. August 2020 nahm die RAD-Ärztin Dr. med. F.____ Stellung zu den neu eingegangenen Berichten von Dr. med. G.____, den J.____ und der Stiftung I.____. Dabei führte sie unter anderem aus, dass die testpsychologische Abklärung sechs Monate nach der gutachterlichen Untersuchung erfolgt sei, weshalb der aktuelle psychische Gesundheitszustand differieren könne. Im Übrigen werde vom Versicherten eine unveränderte Medikation mit Mianserin 60 mg als Alleinmedikation angegeben. Die Behandler hätten demzufolge bis dato keine medizinische Notwendigkeit zu einem Wechsel auf ein anderes Medikament oder eine Medikamentenkombination gesehen. Schon aus diesem Grund könne eine Therapieresistenz nicht unterstellt werden. Aus dem Schreiben der Stiftung I.____ sei sodann ersichtlich, dass der Versicherte seinen Haushalt/Alltag überwiegend selbständig an sechs Tagen pro Woche führe, das Kochen klappe tipptopp, zu den Gutachten sei er zum Teil selbständig erschienen. Aus medizinischer Sicht ändere sich

durch die neu vorgelegten medizinischen Dokumente nichts an der bisher zugemuteten Belastbarkeit von 100 % für einfache Zugehörigkeiten ohne hohe psychische Beanspruchung und 80 % Belastbarkeit als Koch seit Mai 2015 (IV-Nr. 101).

9. Die Beschwerdegegnerin hat das im Rahmen der Neuanmeldung gestellte Leistungsbegehren mit Verfügung vom 11. November 2020 abgewiesen. Dabei stützt sie ihren Entscheid im Wesentlichen auf das polydisziplinäre Gutachten des E.____ sowie die RAD-Stellungnahmen vom 16. März 2020 und 6. August 2020, welche dem Beschwerdeführer eine volle Arbeitsfähigkeit in einer angepassten einfachen Hilfstätigkeit attestieren. Nachfolgend ist zu beurteilen, ob das E.____-Gutachten beweismässig ist und eine anspruchsbegründende Änderung des Gesundheitszustands seit der letzten Rentenbeurteilung vorliegt.

9.1 Im allgemeininternistischen Teilgutachten von Dr. med. N.____ werden ein chronischer Nikotinabusus, schädlicher Gebrauch (ICD-10 F17.1), und ein Hallux valgus beidseits (ICD-10 M20.1) diagnostiziert. Auf der Grundlage dieser Diagnosen erscheint es nachvollziehbar, dass aus allgemeininternistischer Sicht keine Einschränkungen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit genannt werden.

9.2 Im neurologischen Teilgutachten stellt Dr. med. O.____ einen leichtgradigen Halte- und Intentionstremor fest, welcher keine Auswirkung auf die bisherige Arbeitsfähigkeit des Versicherten habe. In einer angepassten Tätigkeit ohne sehr hohe Anforderungen an die Feinmotorik bestehe ebenfalls eine volle Arbeitsfähigkeit. Diese Einschätzungen beruhen auf einer eingehenden neurologischen Untersuchung und einer ausführlichen Erörterung der Befunde. Anlässlich der gutachterlichen Untersuchung sei ein feinschlägiger Haltetremor beider Hände mit einer Intentionskomponente im Finger-Nasen-Versuch aufgefallen. Auch der Knie-Hacken-Versuch werde beidseits etwas unsicher durchgeführt. Erwähnenswert sei auch eine Areflexie an der unteren Extremität. Es bestehe eine ungerichtete Unsicherheit bei den erschwerten Stand- und Gangversuchen schon mit offenen Augen, wobei die diesbezügliche Beurteilbarkeit zum Untersuchungszeitpunkt wegen beidseitiger Clavi mit entsprechenden Schmerzen erschwert sei. Bei der Würdigung dieser Befunde nennt der Gutachter verschiedene mögliche Erklärungen für den leichtgradigen Halte- und Intentionstremor und kommt dann zum Schluss, dass dieser zum aktuellen Zeitpunkt nicht sicher klassifiziert werden könne. Der Versicherte selbst erkläre sein Zittern mit seiner Nervosität, was ansonsten nicht der Fall sei. Gemäss Dr. med. O.____ käme auch ein essentieller Tremor in Frage, dies sei aber eher unwahrscheinlich bei negativer Familienanamnese und bisher offenbar völlig fehlendem Störwert. Möglich sei ausserdem eine alkoholtoxische Schädigung des Nervensystems. Diesbezüglich auffallend sei der etwas unsichere Knie-Hacken-Versuch und die ungerichtete Unsicherheit bei den erschwerten Stand- und Gangversuchen, was mit einem zerebellären Syndrom vereinbar wäre (Kleinhirnvorderwurm). Aufgrund von Schmerzen an den Füßen, bedingt durch beidseitige Clavi, hätten der erschwerte Stand- und Gangversuch jedoch nur erschwert beurteilt werden können. Basierend auf diesen Feststellungen und Überlegungen erscheint die neurologische Diagnose ohne spezifische Klassifizierung nachvollziehbar: Leichtgradiger Halte- und Intentionstremor, nicht sicher klassifizierbar (ICD-10 G25.2), Differenzialdiagnose im Rahmen einer alkoholtoxischen Schädigung des Nervensystems. Diese, wenn auch etwas wenig konkrete Diagnosestellung, spielt vorliegend insofern keine entscheidende Rolle, als der leichtgradige Tremor nach Einschätzung des Neurologen im Hinblick auf die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit ohnehin nicht relevant sei. Beim

Versicherten bestehe offenbar kein Störwert, wobei eine diesbezügliche Dissimulationstendenz möglich sei. Diese Schlussfolgerungen sind zwar etwas vage, leuchten aber aufgrund der transparenten und nachvollziehbaren Begründung ein. Überzeugend erweist sich ferner auch die neurologische Einschätzung der Arbeitsfähigkeit, wonach beim Versicherten sowohl in der bisherigen Tätigkeit als Koch als auch in einer angepassten Tätigkeit, welche wegen des Tremors nicht sehr hohe Anforderungen an die Feinmotorik stellen sollte, keine Einschränkungen bestünden. Aufgrund dieser plausibel erörterten Ergebnisse und mangels abweichender fachneurologischer Einschätzungen sind keinerlei Indizien ersichtlich, welche gegen die Feststellungen und Erörterungen des neurologischen Gutachters sprechen. Das neurologische Teilgutachten und die darin festgestellte volle Arbeitsfähigkeit erweisen sich damit als schlüssig und nachvollziehbar.

9.3.1 Im psychiatrischen Teilgutachten kommt Dr. med. P.____ zum Schluss, der Versicherte leide an einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig leichte Episode (ICD-10 F33.0), welche seine Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit um 20 % reduziere und die Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit nicht beeinflusse. Anlässlich der psychiatrischen Befragung habe der Beschwerdeführer unter anderem gesagt, dass er die Einkäufe selbständig erledige, einfache Mahlzeiten zubereite, sich alleine um die Wohnung kümmere, wobei er die Wohnung nicht mehr so in Schuss halte wie früher. Täglich mache er mindestens einen einstündigen Spaziergang. Er versuche zu lesen und fernzuschauen, wobei es ihm manchmal schwer falle, sich zu konzentrieren. Kollegen habe er keine. Er berichte von Ängsten vor grösseren Menschenansammlungen. Bei der psychiatrischen Untersuchung habe der Versicherte einen wachen Eindruck gemacht und sei bewusstseinsklar gewesen. Er sei zeitlich, örtlich, situativ und zur eigenen Person gut orientiert gewesen. Er habe sich differenziert ausgedrückt und während der Untersuchung nie Zeichen von Konzentrationsschwäche gezeigt. Die Merkfähigkeit und die Gedächtnisleistungen seien intakt gewesen. Der Antrieb sei eher erhöht gewesen. Im Rahmen der Untersuchung und der Laborkontrollen hätten sich keine Hinweise für einen fortgesetzten und hohen Alkoholkonsum finden lassen. Basierend darauf leitet Dr. med. P.____ zunächst nachvollziehbar die Diagnose eines Status nach Alkoholabhängigkeit (ICD-10 F10.20) her, welche keine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit habe. Im Weiteren diagnostiziert Dr. med. P.____ eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte Episode (ICD-10 F.33.0). Die leichte Ausprägung der depressiven Störung begründet der Gutachter plausibel mit dem seinerseits im Untersuchungszeitpunkt festgestellten leichten depressiven Zustandsbild. In Abweichung zu dieser gutachterlichen Beurteilung wird von den behandelnden Ärzten und im testpsychologischen Abklärungsbericht der J.____ die Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung mittleren bis schweren Grades gestellt. In den jeweiligen Begründungen wird jedoch grossmehrheitlich nichts vorgebracht, was der psychiatrische Gutachter bei seiner Beurteilung nicht berücksichtigt hat oder aber von ihm abweichend beobachtet und beurteilt worden ist. Insbesondere die erhobenen Untersuchungsbefunde betreffend Antrieb und Freizeitaktivitäten sowie Konzentration und Merkfähigkeit waren anlässlich der gutachterlichen Untersuchung weitgehend unauffällig. Die Schlafschwierigkeiten werden sodann von Dr. med. P.____ nachvollziehbar anders beurteilt. Seiner Ansicht nach liegt eine mangelnde Schlafhygiene vor. Der Versicherte schlafe regelmässig tagsüber und wenn er nachts erwache, trinke er Kaffee, rauche Zigaretten und habe entsprechend Mühe, um wieder einzuschlafen. Auch der soziale Rückzug wird vom Gutachter berücksichtigt. Er stellt diesbezüglich fest, dass der Versicherte keine Kollegen habe und sozial isoliert lebe. Damit werden die Hinweise für die

depressive Symptomatik auf der Grundlage der gutachterlichen Beobachtungen und der erhobenen Befunde gewürdigt. Der Gutachter setzt sich demnach mit den fraglichen Befunden auseinander und kommt aufgrund deren Ausprägungen zum Schluss, dass die depressiven Verstimmungen höchstens als leicht einzustufen seien. Die Tatsache, dass der Bericht der Stiftung I.____ vom 25. November 2019 betreffend Unterstützungsmassnahmen lediglich bei den Vorakten aufgelistet und im Rahmen der psychiatrischen Beurteilung nicht ausdrücklich erwähnt wird, bildet keinen Grund, die gutachterliche Einschätzung von Dr. med. P.____ in Zweifel zu ziehen. Einerseits ist die Stiftung I.____ keine medizinische Institution, welche ärztliche Einschätzungen erlässt. Andererseits geht aus dem Bericht vom 29. April 2020 hervor, dass der Versicherte kleine, aber stete Fortschritte mache. Teilweise könne er die Post selbständig erledigen, er gehe alleine zu Arztterminen und sei auch alleine nach Basel zum zweiten Untersuchungstermin gereist. Bei der Reinigung der Wohnung werde der Versicherte lediglich angeleitet und nur gelegentlich durch Mithilfe unterstützt. Vor diesem Hintergrund erscheint die fachpsychiatrische Feststellung von Dr. med. P.____, wonach sich keine Hinweise für eine mittelgradige oder schwere depressive Störung finden liessen, als nachvollziehbar. Basierend darauf überzeugt schliesslich auch die gutachterliche Schlussfolgerung, wonach aufgrund der leichtgradig ausgeprägten depressiven Störung nur eine geringgradige Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit attestiert werden könne. Die aus psychiatrischer Sicht angenommene Arbeitsfähigkeit von 80 % in der angestammten Tätigkeit als Koch und eine solche von 100 % in einer einfachen Hilfstätigkeit erscheinen somit nachvollziehbar. Daraus folgt, dass der unabhängige Gutachter und Facharzt basierend auf den medizinischen Vorakten und den eingehenden eigenen Untersuchungen zu schlüssigen und nachvollziehbaren Ergebnissen kommt.

9.3.2 Im grundsätzlich beweiswertigen psychiatrischen Teilgutachten von Dr. med. P.____ wurde eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte Episode (ICD-10 F.33.0), mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit diagnostiziert. Da gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung sämtliche psychischen Erkrankungen dem strukturierten Beweisverfahren unterstellt werden, ist nachfolgend zu prüfen, ob sich die geforderte Indikatorenprüfung (BGE 143 V 409 sowie 143 V 418) anhand des Gutachtens vornehmen lässt. Anhand eines Kataloges von Indikatoren erfolgt eine ergebnisoffene symmetrische Beurteilung des ■ unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und Kompensationspotentialen (Ressourcen) andererseits ■ tatsächlich erreichbaren Leistungsvermögens (BGE 141 V 281 E. 4.1.3):

In Bezug auf die Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde und Symptome ist dem psychiatrischen Teilgutachten von Dr. med. P.____ zu entnehmen, dass der Beschwerdeführer höchstens an leichtgradigen depressiven Verstimmungen leide. Es kann daher nicht auf ein ausgeprägtes Leiden geschlossen werden.

Hinsichtlich des Indikators Behandlungs- und Eingliederungserfolg resp. -resistenz ist dem Gutachten zu entnehmen, dass der Versicherte regelmässig eine ambulante Therapie bei der praktischen Ärztin Dr. med. D.____ besuche. Er werde auch antidepressiv behandelt. Berufliche Massnahmen seien gescheitert, wobei das Scheitern nicht durch eine psychiatrische Störung erklärt werden könne. Aufgrund der ausgeprägten subjektiven Krankheitsüberzeugung seien weitere berufliche Massnahmen kaum erfolgreich durchführbar. Gestützt auf die gutachterlichen Darlegungen kann nicht von einer Behandlungs- und Eingliederungsresistenz gesprochen werden.

Mit Blick auf den Indikator der Komorbidität ist festzuhalten, dass beim Beschwerdeführer im Rahmen der polydisziplinären Begutachtung folgende weitere Diagnosen gestellt wurden: Status nach Alkoholabhängigkeit (ICD-10 F10.20); Leichtgradiger Halte- und Intentionstremor, nicht sicher klassifizierbar (ICD-10 G25.2), ■ DD im Rahmen einer alkoholtoxischen Schädigung des Nervensystems; Chronischer Nikotinabusus, schädlicher Gebrauch (ICD-10 F17.1) und Hallux valgus (ICD-10 M20.1). Nach Einschätzung der fachmedizinischen Gutachter haben die besagten Diagnosen keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit. Eine ressourcenhemmende Wirkung der Begleiterkrankungen ist daher eher nicht zu vermuten.

Dem Gutachten kann sodann entnommen werden, dass sich der Versicherte freundlich und kooperativ verhalten habe. Zudem sei von einer durchschnittlichen Intelligenz auszugehen. Eine ungünstige Auswirkung der Persönlichkeitsstruktur ist nicht erkennbar.

Gemäss Gutachten lebt der Beschwerdeführer sozial isoliert. Er ist sozialhilfeabhängig und hat nur wenig Geld zur Verfügung. Demnach enthält der soziale Lebenskontext des Versicherten kaum mobilisierbare Ressourcen.

Hinsichtlich des Indikators Konsistenz hält der psychiatrische Gutachter fest, dass der Versicherte von folgenden Aktivitäten berichtet habe: Haushaltsführung, Zubereitung von einfachen Mahlzeiten, Spaziergänge, Einkaufen, Fernsehen, Lesen. Ein solches Aktivitätenniveau lässt eher nicht auf eine erhebliche Einschränkung der Erwerbsfähigkeit schliessen.

Zum Aspekt des behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesenen Leidensdrucks ist dem Gutachten zu entnehmen, dass der Beschwerdeführer bei der praktischen Ärztin regelmässig behandelt wird. Seit dem 14. Februar 2020 besucht er zudem ein- bis zweimal pro Woche die Tagesklinik der J.____. Ein behandlungsanamnestisch ausgewiesener Leidensdruck kann daher bejaht werden.

9.3.3 Gestützt auf die obigen Erwägungen ergibt sich, dass das psychiatrische Gutachten von Dr. med. P.____ genügend Aufschluss über die massgeblichen Indikatoren gemäss BGE 141 V 281 gibt. Eine Gesamtwürdigung der Indikatoren ergibt, dass die ressourcenhemmenden Faktoren deutlich in der Minderzahl sind, womit die gutachterliche Beurteilung der Arbeitsfähigkeit von 80 % in der angestammten und eine solche von 100 % in einer einfachen Hilfstätigkeit auch im Lichte der neuen Rechtsprechung überzeugt. Demnach kann auf das psychiatrische Teilgutachten von Dr. med. P.____ abgestellt werden.

9.4 In der interdisziplinären Gesamtbeurteilung kamen die Gutachter schliesslich überein, dass der Versicherte in der bisherigen Tätigkeit als Koch zu 80 % arbeitsfähig sei. In einer angepassten einfachen Hilfstätigkeit bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 100 %. Diese Beurteilung leuchtet mit Blick auf die soeben gewürdigten Teilgutachten ein. Aus allgemeininternistischer Sicht wird keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit festgestellt. Im neurologischen Teilgutachten wird eine volle Arbeitsfähigkeit in der bisherigen sowie auch in einer angepassten Tätigkeit ohne sehr hohe Anforderungen an die Feinmotorik festgehalten. Aus psychiatrischer Sicht sei der Beschwerdeführer in der bisherigen Tätigkeit noch 80 % und in einer angepassten einfachen Hilfstätigkeit 100 % arbeitsfähig. Davon ausgehend, dass einfache Hilfstätigkeiten prinzipiell keine sehr hohen Anforderungen an die Feinmotorik stellen, erweist sich die interdisziplinäre Gesamtbeurteilung in Bezug auf die angenommene volle Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Hilfstätigkeit als nachvollziehbar. Aus dem Dargelegten folgt, dass die einzelnen Teilgutachten sowie die

Konsensbeurteilung schlüssig und plausibel begründet werden. Es sprechen ausserdem keine konkreten Indizien gegen die Zuverlässigkeit des im Rahmen des Verwaltungsverfahrens von externen Experten eingeholten Gutachtens. Insbesondere vermag der Einwand, der Versicherte hätte zusätzlich neuropsychologisch abgeklärt werden müssen, die Schlüssigkeit des Gutachtens nicht in Frage zu stellen. Mit Aktennotiz vom 16. April 2019 empfahl der RAD zur Einschätzung möglicher somatischer und neurokognitiver Dauerschäden aufgrund des anhaltenden Alkoholmissbrauchs eine umfassende Abklärung des Gesundheitszustandes inklusive einer neuropsychologischen Begutachtung (IV-Nr. 59). Indem die neurologische und die psychiatrische Untersuchung jedoch keine Hinweise auf neurokognitive Schäden ergaben, erscheint die Einholung einer neuropsychologischen Begutachtung nicht notwendig. Gemäss der neurologischen Abklärung seien die Hirnnerven bei der klinischen Untersuchung normal gewesen. Eine kognitive Beeinträchtigung wird durch den Neurologen nicht festgestellt. Gemäss dem psychiatrischen Gutachter fänden sich mit Blick auf die vorbestandene Alkoholabhängigkeit keine Hinweise auf irreversible geistige oder psychische Einschränkungen. Zudem habe der Versicherte anlässlich der Untersuchung nie Zeichen von Konzentrationsschwäche gezeigt. Die Merkfähigkeit und die Gedächtnisleistungen seien intakt gewesen. Von zusätzlichen Beweismassnahmen in Form einer neuropsychologischen Abklärung sind daher keine neuen Erkenntnisse zu erwarten, weshalb darauf verzichtet werden kann. Schliesslich vermag auch der Einwand, wonach die E.____-Gutachterstelle aufgrund von Risikozuschlägen bei anwaltlich vertretenen Versicherten voreingenommen und nicht unabhängig sei, die Schlüssigkeit des vorliegenden Gutachtens nicht in Frage zu stellen. Im Schreiben des Bundesamtes für Sozialversicherungen vom 18. Dezember 2020 wurden die IV-Stellen angewiesen, beim E.____ keine bidisziplinären Gutachten mehr in Auftrag zu geben (Beschwerdebeilage 4). Vorliegend handelt es sich jedoch um ein polydisziplinäres Gutachten, welches durch die Vergabeplattform SuissMED@P nach dem Zufallsverfahren ordnungsgemäss ans E.____ vergeben worden ist (IV-Nr. 79). Die geltend gemachte Voreingenommenheit erweist sich deshalb als unbegründet. Damit lässt sich zusammenfassend festhalten, dass die vorliegend zu beurteilende Expertise aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten erstattet wurde und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangt, weshalb ihr volle Beweiskraft zuzuerkennen ist. Aufgrund des beweiskräftigen Gutachtens und der umfassenden Untersuchungen kann demnach auf das im Rahmen des Beweisantrags verlangte polydisziplinäre Gerichtsgutachten verzichtet werden.

9.5 Wie vorstehend dargelegt, lassen sich die abweichenden Einschätzungen der Gutachter im Vergleich zu jenen der behandelnden Ärzte nachvollziehbar begründen. Demnach hat die RAD-Ärztin im Ergebnis zu Recht dafür plädiert, dem E.____-Gutachten Beweiswert zuzusprechen. Zur Rüge, die RAD-Ärztin habe den Beschwerdeführer nicht selbst untersucht, ist zudem festzuhalten, dass Dr. med. F.____ ihre Stellungnahmen ergänzend zum E.____-Gutachten, welchem persönliche Untersuchungen durch die beteiligten Fachärzte zugrunde lagen, abgegeben hat. Eine persönliche Untersuchung durch die RAD-Ärztin war nicht erforderlich (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_73/2014 vom 9. April 2014 E. 4.2). Auch der Einwand, dass es der RAD-Ärztin als Fachärztin für Chirurgie an der korrekten Fachrichtung fehle um den vorliegenden Fall hinreichend beurteilen zu können, ändert nichts an der Schlüssigkeit ihrer Ausführungen, zumal eine RAD-Ärztin ■ ungeachtet eines spezifischen Facharztstitels ■ in der Lage ist, die

vorhandenen medizinischen Unterlagen zu würdigen, was denn auch zu ihrem Aufgabengebiet gehört (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_73/2011 vom 1. April 2011 E. 5.4).

10. Gestützt auf das beweiskräftige E. ___-Gutachten kann demnach die Frage, ob eine anspruchsbegründende Änderung des Gesundheitszustands seit der letzten Rentenbeurteilung vorliegt, verneint werden. Ein Vergleich des Gesundheitszustandes im Zeitpunkt der ersten Ablehnungsverfügung mit jenem zur Zeit der streitigen neuen Verfügung ergibt, dass die vormals diagnostizierte Alkoholabhängigkeit mit Substanzenkonsum nicht mehr besteht. Neu wird dagegen die Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig leichte Episode (ICD-10 F.33.0), gestellt. Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit werden zudem ein Halte- und Intentionstremor, ein Nikotinabusus sowie ein Hallux valgus beidseits aufgeführt. Anlässlich der Erstbegutachtung wurde dem Beschwerdeführer eine volle Arbeitsfähigkeit in sämtlichen Tätigkeiten attestiert. Zur Zeit der ersten Ablehnungsverfügung lag somit keine Invalidität vor. Im Zeitpunkt der vorliegend angefochtenen Verfügung ist die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers insofern beeinträchtigt, als er in der bisherigen Tätigkeit noch 80 % und in einer angepassten Tätigkeit, welche als einfache Hilfstätigkeit umschrieben wird, voll arbeitsfähig ist. Diese Einschränkung vermag jedoch ■ wie der von der Beschwerdegegnerin vorgenommene Einkommensvergleich zeigt ■ keine Invalidität zu begründen. Der Vergleich des Valideneinkommens von CHF 66'579.00 basierend auf der Lohntabelle der Schweizerischen Lohnstrukturerhebung des Bundesamts für Statistik (LSE) TA1 2018, Ziff. 45 ■ 96, Niveau 2 Männer (CHF 5'272.00 x 12 Monate), Aufrechnung Wochenstunden (: 40 x 41.7), Aufrechnung Nominallohnindex 2018-2019 (: 105.3 x 106.3) mit dem Invalideneinkommen von CHF 68'347.00 basierend auf der LSE TA1 2018 Total, Kompetenzniveau 1, Männer (CHF 5'417.00 x 12 Monate), Aufrechnung Wochenstunden (: 40 x 41.7), Aufrechnung Nominallohnindex 2018-2019 (: 105.1 x 106.0) ergibt einen Invaliditätsgrad von 0 %. Damit wird der für den Rentenanspruch erforderliche Invaliditätsgrad von 40 % nicht erreicht. Die Voraussetzungen für den Anspruch auf eine Invalidenrente sind somit nicht erfüllt.

11. Umstritten ist schliesslich auch der Anspruch des Beschwerdeführers auf berufliche Eingliederungsmassnahmen. Gemäss Art. 8 Abs. 1 IVG haben Invalide oder von einer Invalidität unmittelbar bedrohte Versicherte Anspruch auf Eingliederungsmassnahmen, soweit diese notwendig und geeignet sind, die Erwerbsfähigkeit wieder herzustellen, zu erhalten oder zu verbessern (lit. a) und die Voraussetzungen für den Anspruch auf die einzelnen Massnahmen erfüllt sind (lit. b). Drohende Invalidität liegt vor, wenn der Eintritt einer Erwerbsunfähigkeit überwiegend wahrscheinlich ist. Der Zeitpunkt des Eintritts der Erwerbsunfähigkeit ist unerheblich (Art. 1 novies IVV). Wie vorstehend erwähnt, liegt beim Versicherten keine Invalidität vor. Konkrete Anhaltspunkte, welche mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf einen bevorstehenden Eintritt der Erwerbsunfähigkeit schliessen lassen, sind ebenfalls nicht ersichtlich. Mangels Invalidität bzw. unmittelbar drohender Invalidität kann vorliegend der Anspruch auf berufliche Eingliederungsmassnahmen ebenfalls verneint werden.

12. Zusammenfassend ist damit festzuhalten, dass die Beschwerdegegnerin den Anspruch auf eine Invalidenrente sowie auf Eingliederungsmassnahmen zu Recht verneint hat. Demnach ist die Beschwerde abzuweisen.

13.

13.1 Dem Beschwerdeführer wurde mit Verfügung vom 22. Februar 2021 die unentgeltliche Verbeiständung mit Rechtsanwalt Patrick Thomann bewilligt. Geltend gemacht wird in der eingereichten Kostennote ein Kostenersatz von insgesamt CHF 3'697.55. Die Kostenforderung ist bei Unterliegen der Partei mit unentgeltlichem Rechtsbeistand vom Gericht festzusetzen. Der Kanton entschädigt den unentgeltlichen Rechtsbeistand angemessen (Art. 122 Abs. 1 lit. a ZPO). In Anbetracht von Aufwand und Schwierigkeit des Prozesses ist die Kostenforderung auf CHF 2'467.20 festzusetzen (11.82 Stunden zu CHF 180.00, zuzüglich Auslagen von CHF 163.20 und MwSt.), zahlbar durch die Zentrale Gerichtskasse des Kantons Solothurn. Vorbehalten bleibt der Rückforderungsanspruch des Staates sowie der Nachzahlungsanspruch des unentgeltlichen Rechtsbeistandes im Umfang von CHF 591.00 (Differenz zum vollen Honorar [11.82 x CHF 230.00 + Auslagen + MwSt. = CHF 3'058.20 ■ CHF 2'467.20 = CHF 591.00]) während zehn Jahren, wenn A.____, zur Nachzahlung in der Lage ist (§ 123 ZPO). Der Nachzahlungsanspruch wird praxisgemäss basierend auf einem Stundenansatz von CHF 230.00 festgesetzt (vgl. § 160 Abs. 2 GT), wenn wie vorliegend keine Honorarvereinbarung mit dem Klienten vorgelegt wird, in der ein höherer Ansatz vereinbart worden ist. Andernfalls wäre das rechtliche Gehör des Beschwerdeführers, der sich zur Höhe des Stundenansatzes nicht äussern konnte, verletzt.

Die Abweichung von der eingereichten Honorarnote ergibt sich unter anderem daraus, dass bei Gewährung der unentgeltlichen Rechtspflege ein Stundenansatz von CHF 180.00 gilt (§ 160 Abs. 3 Gebührentarif). Überdies stellen mehrere Positionen in der Kostennote Kanzleiaufwand dar, welcher bereits im Stundenansatz enthalten ist und nicht gesondert entschädigt wird. Bei den Positionen «Schreiben an Klient» und «Email an Sozialamt» vom 15. Dezember 2020, 8. und 26. Januar 2021 sowie 24. Februar 2021 mit einem jeweiligen Aufwand von 0.17 Stunden handelt es sich um die Weiterleitung von Gerichtsverfügungen oder Kopien von Gerichtseingaben. Die Positionen «Studium Verfügung Gericht» mit einem Aufwand von 0.25 Stunden bzw. 0.33 Stunden werden praxisgemäss ebenfalls nicht vergütet, da die Gerichtsverfügungen weder umfangreich noch komplex waren.

13.2 Aufgrund von Art. 69 Abs. 1bis IVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von CHF 200.00 ■ 1'000.00 festgelegt. Im vorliegenden Fall hat der Beschwerdeführer an die gesamten Verfahrenskosten einen Betrag von CHF 600.00 zu bezahlen, die jedoch infolge Bewilligung der unentgeltlichen Rechtspflege durch den Kanton Solothurn zu übernehmen sind (Art. 122 Abs. 1 lit. b ZPO). Vorbehalten bleibt der Rückforderungsanspruch des Staates während zehn Jahren, wenn A.____ zur Nachzahlung in der Lage ist (Art. 123 ZPO).

Demnach widerkannt:

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

Die Gerichtsschreiberin

Flückiger

Baltermia-Wenger

E. 5

5.1 Die Beschwerdegegnerin verneinte einen Leistungsanspruch des Beschwerdeführers in der angefochtenen Verfügung vom 11. November 2020 (A.S. 1 ff.). Die Abklärungen beim E.____ hätten ergeben, dass eine um 20 % verminderte Leistungsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit als Koch/Hauswirtschaftsmitarbeiter und eine uneingeschränkte Arbeits- und Leistungsfähigkeit in einer einfachen Hilfstätigkeit bestehe. Die Einschränkung in der angestammten Tätigkeit begründe sich aufgrund der depressiven Verstimmung (rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte Episode, ICD-10 F33.0). Der Gesundheitszustand des Versicherten habe sich somit im Vergleich zur Situation, wie sie bei Erlass der Verfügung vom 27. Juni 2018 bestanden habe, leicht verschlechtert. Der Invaliditätsgrad betrage jedoch 0 %. Das von Dr. med. G.____ gezeichnete schwer depressive Zustandsbild entspreche nicht den von den E.____-Gutachtern erhobenen Befunden, insbesondere den anamnestischen Angaben anlässlich der Untersuchungen. Die Gutachter hätten festgestellt, dass die geschilderten Aktivitäten mit einer mittelgradigen bis schweren depressiven Episode nicht vereinbar seien. Dr. med. G.____ sei bereits im IV-Arztbericht vom 6. März 2018 von einer rezidivierenden depressiven Störung mittleren bis schweren Grades ausgegangen. Diese Diagnose habe der Vorgutachter Dr. med. C.____ nicht bestätigen können. Auch die Tatsache, dass bislang keine stationäre Einweisung stattgefunden habe und die Medikation lediglich mit Mianserin 60 mg zur Nacht erfolge, lasse auf keinen hohen Leidensdruck und keine schwere psychische Erkrankung schliessen. Der Besuch der H.____ und die Unterstützung durch die Stiftung I.____ begründeten ebenso wenig eine schwere depressive Störung. Es werde auf die RAD-Stellungnahmen verwiesen. Im Weiteren sei der Versicherte bei der Suche nach einer geeigneten Anstellung nicht auf eine besondere Unterstützung durch die Invalidenversicherung angewiesen. Es läge keine spezifische Einschränkung gesundheitlicher Art vor, welche eine Unterstützung bei der Stellensuche durch die Invalidenversicherung erfordere.

5.2 Dagegen wendet der Beschwerdeführer in der Beschwerde vom 11. Dezember 2020 und der Beschwerdebegründung vom 20. Januar 2021 im Wesentlichen ein, dass sein Gesundheitszustand nicht hinreichend abgeklärt worden sei und auf das E.____-Gutachten nicht abgestellt werden könne. Das E.____ verlange bei der Begutachtung anwaltlich vertretener Versicherten einen Risikozuschlag und sei daher voreingenommen und nicht unabhängig. Aus diesem Grund verbiete sich von vornherein das Abstellen auf das Gutachten des E.____. Darüber hinaus sei das Gutachten widersprüchlich, unvollständig und nicht schlüssig. Insbesondere das psychiatrische Teilgutachten sei mangelhaft. Es bestehe eine mittel- bis schwergradige Störung und es sei aufgrund der langen Behandlungsdauer ohne nennenswerte Verbesserung von einer Therapieresistenz auszugehen. Der sehr deutlich verminderte Antrieb des Beschwerdeführers äussere sich im Alltag und es läge ein ausgeprägter sozialer Rückzug vor. Zudem bestünden massive Schlafstörungen. Die gegenteiligen Einschätzungen des psychiatrischen Gutachters seien nicht korrekt. Dies zeige sich unter anderem daran, dass

der Beschwerdeführer aufgrund des schlechten Zustandes die H.____ besuche, die eigentlich für Senioren gedacht sei. Die Fachärzte der psychiatrischen Tagesklinik würden von einer mindestens mittelgradigen Depression ausgehen. Auch im Bericht der testpsychologischen Untersuchung vom 13. Mai 2020 sei eine mindestens mittelgradige Depression festgestellt worden. Im Weiteren sei es nicht nachvollziehbar und werde vom Gutachter nicht begründet, wieso die von ihm gestellte Diagnose in Bezug auf eine einfache Hilfstätigkeit keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit habe bzw. wieso eine leichte Hilfstätigkeit optimal angepasst sei. Es sei sodann falsch, dass der Beschwerdeführer seinen Haushalt selbständig führe. Der Beschwerdeführer habe den Gutachtern einen Bericht der Stiftung I.____ vorgelegt. Diesem könne unter anderem entnommen werden, dass er einmal wöchentlich zu Hause besucht werde und ihm bei den administrativen Arbeiten sowie der Reinigung geholfen werde. Der Beschwerdeführer habe ausserdem zum ersten Begutachtungstermin begleitet werden müssen. Selbst wenn der Beschwerdeführer gesagt haben sollte, dass er sich alleine um die Wohnung kümmere, sei es die Aufgabe des Gutachters, den Beschwerdeführer auf die Unterstützung durch die Stiftung I.____ anzusprechen und die diesbezüglichen gegenteiligen Angaben des Beschwerdeführers zu hinterfragen. Dies umso mehr, als gemäss dem neurologischen Gutachter beim Beschwerdeführer offensichtlich eine Dissimulationstendenz in Bezug auf seine eigenen Einschränkungen vorliege. Ferner fehle eine neuropsychologische Untersuchung. Die RAD-Ärztin habe eine solche unter anderem gefordert. Die E.____-Gutachter seien ohne Begründung zum Schluss gelangt, dass eine neuropsychologische Abklärung nicht notwendig sei. Im Weiteren sei auch das neurologische Teilgutachten nicht überzeugend und unvollständig. Darin werde ein Halte- und Intentionstremor diagnostiziert. Ausserdem sei zu lesen, dass sich die Frage nach einer alkoholtoxischen Schädigung des Nervensystems stelle. Trotzdem verzichte der neurologische Gutachter darauf, dies in der Diagnoseliste aufzunehmen. Die Begründung hierfür sei, dass die Testbarkeit zum Untersuchungszeitpunkt eingeschränkt gewesen sei. Auch werde festgehalten, dass der Halte- und Intentionstremor im Untersuchungszeitpunkt nicht sicher klassifiziert werden können. Um eine vollständige Beurteilung in neurologischer Hinsicht vornehmen zu können, seien entsprechend klarerweise weitere Abklärungen vorzunehmen. Zudem habe der festgestellte Tremor klarerweise Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit. So halte der neurologische Experte selbst fest, dass dem Beschwerdeführer durch den Tremor keine feinmotorischen Arbeiten zumutbar seien. Hieran ändere auch nichts, dass der Beschwerdeführer gemäss dem Gutachter angegeben habe, dass ihn der Tremor nicht störe. Einerseits relativiere der Gutachter diese Aussage gleich selbst, indem er eine Dissimulationstendenz vermute und andererseits könne von keinem relevanten Störwert im Alltag auch nicht darauf geschlossen werden, dass der Tremor bei einer Arbeitstätigkeit ebenfalls nicht störe. Im Übrigen rügt der Beschwerdeführer, dass die RAD-Stellungnahme vom 6. August 2020 nicht zum Beweis geeignet sei. Die RAD-Ärztin habe den Beschwerdeführer nicht selbst untersucht. Auch fehle es ihr als Fachärztin für Chirurgie an der korrekten Fachrichtung, um den vorliegenden Fall hinreichend beurteilen zu können. Ausserdem könnten die erheblichen Diskrepanzen der Einschätzungen der involvierten Fachärzte zu jenen der Gutachter durch die RAD-Stellungnahme nicht schlüssig aufgelöst werden. Der medizinische Sachverhalt sei nicht hinreichend abgeklärt worden und es sei eine polydisziplinäre Begutachtung des Beschwerdeführers vom angerufenen Gericht zu initiieren. Schliesslich könne zum jetzigen Zeitpunkt nicht abschliessend über den Anspruch des Beschwerdeführers auf berufliche Massnahmen entschieden werden. Auch diesbezüglich sei der medizinische Sachverhalt

zunächst weiter abzuklären. Es sei nicht zulässig, den Anspruch von vornherein mit der Begründung einer subjektiven Eingliederungsunwilligkeit abzuweisen. 6. Streitig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin das im Rahmen der Neuanmeldung des Beschwerdeführers gestellte Leistungsbegehren mit Verfügung vom 11. November 2020 zu Recht abgewiesen hat. Ob eine anspruchsbegründende Änderung in den für den Invaliditätsgrad erheblichen Tatsachen eingetreten ist, beurteilt sich im Neuanmeldungsverfahren durch Vergleich des Sachverhalts, wie er im Zeitpunkt der ersten Ablehnungsverfügung – vorliegend am 27. November 2018 – bestanden hat, mit demjenigen zur Zeit der streitigen neuen Verfügung vom 11. November 2020 (BGE 130 V 73 E. 3.1). 7. In der rechtskräftigen Verfügung vom 27. November 2018 stützte sich die IV-Stelle bei der Beurteilung des medizinischen Sachverhalts im Wesentlichen auf das psychiatrische Fachgutachten von Dr. med. C.____ vom 11. August 2018 (IV-Nr. 50). Dieser stellte keine Diagnose mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit. Ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit nannte er eine Alkoholabhängigkeit, gegenwärtiger Substanzenkonsum (F10.25; IV-Nr. 50). Die Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit betrage 100 %. Der gutachterlichen Befragung lässt sich unter anderem entnehmen, dass der Versicherte angegeben habe, morgens und abends je zwei Büchsen Bier à 0.5 Liter zu trinken. Ein Alkoholproblem habe er nicht. Einmal im Monat gehe er zu seinem Psychiater, zusätzlich beteilige er sich einmal im Monat an Gruppentherapien. In der Gemeinde sei jetzt jemand gefunden worden, der seine Post bearbeite. Diese Person erscheine immer dienstags bei ihm. Der Versicherte habe dem Untersucher ein Kärtchen der Stiftung I.____ überreicht. Er könne unproblematisch ÖV nutzen, sei zur Untersuchung mit dem Zug angereist. Er gehe Punkt Mitternacht zu Bett. Wenn er nach Stunden nicht einschlafen könne, nehme er Trittico ein, trinke einen Kaffee und rauche ein paar Zigaretten, schlafe dann bis 4:00 Uhr durch. Mehr könne er nicht schlafen. Der Versicherte habe mit seiner Psychiaterin besprochen, dass er unbedingt zu 50 % arbeiten möchte. Den erhobenen Befunden ist zu entnehmen, dass der Versicherte mit 20-minütiger Verspätung alleine zum Termin erschienen sei. Beim Betreten der Praxis seien ein kleinschlägiger, unregelmässiger Tremor der oberen Extremitäten und exzessives Schwitzen aufgefallen. Ein Alkoholgeruch sei wahrnehmbar gewesen. Der Alkohol-Atemlufttest habe 0.4 Promille um 9:30 Uhr ergeben. Im Anschluss an das Gespräch sei um 11:55 Uhr erneut eine Atemluftkontrolle durchgeführt worden, wobei sich ein Wert von 0.12 Promille ergeben habe. Der Tremor habe in gleicher Intensität bestanden, der Versicherte habe vermehrt geschwitzt. Gesamthaft sei das Bild eines schweren Alkoholentzugs mit beginnendem Prädelir zum Vorschein gekommen. Entsprechend den Ergebnissen des Atemlufttestes habe sich der Atemluftgehalt innerhalb der 2.5 Stunden um zwei Drittel verringert, mit leichter Zunahme der Entzugssymptomatik mit Auftreten von pathologischer Suggestibilität. Die laborchemische Untersuchung am Tage der Exploration habe gezeigt, dass der Versicherte in den Wochen vor der Untersuchung weniger als 60 ml reinen Alkohol täglich konsumiert habe, dass eine erhebliche Leberschädigung und eine geringe Störung der Blutbildung beständen und dass der Versicherte entgegen seinen Angaben Cannabis konsumiere. Es handle sich beim Versicherten um eine primäre Alkoholsucht. Das Vorliegen einer irreversiblen Schädigung infolge eines jahrzehntelangen Konsums von Alkohol könne weder bestätigt noch widerlegt werden. Das Vorliegen eines affektiven Syndroms habe sich in den anamnestischen Schilderungen und in der gutachterlichen Untersuchung nicht abgebildet. Es sei mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass eine affektive Störung in der Vergangenheit nicht vorgelegen habe. 8. Im Zeitpunkt der vorliegend angefochtenen

Verfügung vom 11. November 2020 präsentierte sich der medizinische Sachverhalt im Wesentlichen wie folgt: 8.1 Mit Schreiben vom 2. April 2019 beantragten Dres. med. G.____ und D.____ eine Neu Beurteilung der IV-Leistungen. Es sei zu einer weiteren Verschlechterung des depressiven Syndroms gekommen und der Versicherte sei zu 100 % arbeitsunfähig. Die Hausärztin habe in den vergangenen Monaten regelmässige Laborkontrollen durchgeführt. Der Versicherte sei bis auf zwei Ausnahmen alkoholabstinent gewesen, ohne dass es zu Entzugserscheinungen gekommen sei. Sein Alkoholkonsum sei sekundär im Sinne einer versuchten Selbstmedikation gewesen. Die vegetative Reaktion im Sinne von Zittern und Schwitzen sei kein Hinweis auf einen Alkoholentzug, sondern sei eine beim Versicherten typische und bekannte Reaktion auf emotionalen Stress (IV-Nr. 58, S. 1). 8.2 Gemäss Bericht der Hausärztin Dr. med. L.____, Fachärztin Allgemeine Innere Medizin, vom 26. März 2019 seien die Werte so zu interpretieren, dass der Versicherte seit Einführung der Kontrollen (mit zwei Ausnahmen) in der Mehrzahl der Kontrollen alkoholabstinent gewesen sei. Die schwere aethylische Hepatopathie habe sich unter Alkoholkarenz verbessert (IV-Nr. 58, S. 2). 8.3 Mit Aktennotiz vom 16. April 2019 empfahl der RAD-Arzt Dr. med. M.____, Facharzt Psychiatrie und Psychotherapie, auf das erneute Gesuch einzutreten. Der psychiatrische Gutachter Dr. med. C.____ habe zur Einschätzung möglicher somatischer und neurokognitiver Dauerschäden aufgrund des anhaltenden Alkoholmissbrauchs eine Nachuntersuchung unter Abstinenzbedingungen empfohlen. Nach Vorliegen der Abstinenzkontrolle sei eine polydisziplinäre Begutachtung in den Disziplinen Psychiatrie, Neuropsychologie, Neurologie und Innere Medizin durchzuführen (IV-Nr. 59). 8.4 Gemäss Arztbericht des Psychiaters Dr. med. G.____ vom 3. Juli 2019 habe sich seit dem negativen Gutachtenstermin der Zustand der depressiven Symptomatik und der Ängste verschlechtert und der soziale Rückzug zugenommen. Einmal wöchentlich sei eine Wohnbegleitung notwendig. Als objektive Befunde wurden genannt eine dauerhaft gedrückte Stimmung, ausgeprägte Verminderung von Antrieb und Aktivität, Verlust von Freude und Interesse, Schlafstörungen, Müdigkeit, ausgeprägtes, dauerhaftes Gefühl von Hoffnungslosigkeit, Zukunftsängste und Verlust des Selbstwertgefühls, Grübeln und Gedankenkreisen, diffuses Gefühl von Angst, ausgeprägter sozialer Rückzug und Sozialphobie, Lebensmüdigkeit, keine akute Suizidalität. Dr. med. G.____ diagnostizierte eine rezidivierende depressive Störung mittleren bis schweren Grades (F.33.2). Die Arbeitsunfähigkeit betrage 100 %. Funktionseinschränkungen beständen in der depressiven Symptomatik mit Ängsten, Konzentrationsstörungen, Antriebsstörung, Müdigkeit und affektiven Störungen. Eine Arbeitstätigkeit stelle eine massive Überforderung dar, was zu Rückfällen und weiterer Verschlechterung der Symptomatik führe. Eine Eingliederung sei bis auf Weiteres nicht möglich. Bei Aufgaben im Haushalt sei der Versicherte eingeschränkt und brauche eine Wohnbegleitung (IV-Nr. 70). 8.5 In der RAD-Aktennotiz vom 23. Oktober 2019 stellte Dr. med. F.____ fest, dass nachdem der Versicherte die Auflage drei Mal erfüllt habe, die Erstellung eines polydisziplinären Gutachtens in den Fachgebieten Psychiatrie, Neuropsychologie, Neurologie und Innere Medizin eingeleitet werden könne (IV-Nr. 76). 8.6 Gemäss E-Mail der Vergabepattform SuisseMED@P vom 7. November 2019 sei der Auftrag zur Erstellung der polydisziplinären Begutachtung dem E.____ zugeteilt worden (IV-Nr. 79). Mit E-Mail vom 12. November 2019 teilte SuisseMED@P weiter mit, dass das E.____ den Auftrag bestätigt und die Sachverständigen für die gutachterlichen Abklärungen in den Bereichen Allgemeine Innere Medizin, Neurologie sowie Psychiatrie und Psychotherapie festgelegt habe. Die Gutachterstelle habe

zudem folgenden Kommentar angemerkt: «Neuropsychologie: bei Depression und möglichem Alkoholkonsum erscheint Neuropsychologie nicht zielführend; ev. Indikation nach klinischer Untersuchung» (IV-Nr. 81). 8.7 Am 11. Februar 2020 erstattete das E.____ ein polydisziplinäres Gutachten (IV-Nr. 85.1-6) bestehend aus einer allgemeininternistischen Untersuchung durch Dr. med. N.____, FMH Allgemeine Innere Medizin (IV-Nr. 85.4), einer neurologischen Untersuchung durch Dr. med. O.____, FMH Neurologie (IV-Nr. 85.5), und einer psychiatrischen Untersuchung durch Dr. med. P.____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie (IV-Nr. 85.6). Im Rahmen der interdisziplinären Gesamtbeurteilung stellten die Gutachter folgende Diagnosen: a. Diagnose mit Einfluss auf Arbeitsfähigkeit: - Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte Episode (ICD-10 F33.0) b. Diagnosen ohne Einfluss auf Arbeitsfähigkeit: 1. St. n. Alkoholabhängigkeit (ICD-10 F10.20) 2. Leichtgradiger Halte- und Intentionstremor, nicht sicher klassifizierbar (ICD-10 G25.2) - DD im Rahmen einer alkoholtoxischen Schädigung des Nervensystems 3. Chronischer Nikotinabusus, schädlicher Gebrauch (ICD-10 F17.1) 4. Hallux valgus bds. (ICD-10 M20.1). In der angestammten Tätigkeit als Koch und Mitarbeiter Hauswirtschaft könne aus psychiatrischer Sicht eine um 20 % verminderte Leistungsfähigkeit attestiert werden seit Mai 2015. In einer einfachen Hilfstätigkeit bestehe eine uneingeschränkte Arbeits- und Leistungsfähigkeit. Berufliche Massnahmen würden aufgrund der ausgeprägten subjektiven Krankheits- und Behinderungsüberzeugung kaum erfolgreich durchführbar sein und könnten deshalb nicht empfohlen werden. Anlässlich der allgemeininternistischen Befragung habe der Versicherte unter anderem angegeben, dass er früher viel Alkohol getrunken habe. Jetzt trinke er seit circa neun Monaten gar keinen Alkohol mehr. Er gehe aktuell einmal pro Woche zur Laborkontrolle. Den Haushalt erledige er ohne fremde Hilfe. Den Tag verbringe er mehrheitlich zu Hause, wo er versuche zu lesen oder fernsehe. Er gehe aber auch täglich mindestens eine Stunde spazieren. Befragt nach den Zukunftsvorstellungen habe der Versicherte gesagt, dass er sich mit seinen aktuellen Beschwerden keine Arbeitstätigkeit mehr vorstellen könne. Der neurologische Gutachter Dr. med. O.____ diagnostizierte einen leichtgradigen Halte- und Intentionstremor, nicht sicher klassifizierbar (ICD-10 G25.2). Differentialdiagnostisch käme auch eine alkoholtoxische Schädigung des Nervensystems in Frage. Bei der Erhebung der neurologischen Befunde stellte Dr. med. O.____ zunächst fest, dass der Versicherte pünktlich von einem Begleiter zur Untersuchung gebracht worden sei. Der Halte- und Intentionstremor könne zum aktuellen Zeitpunkt nicht sicher klassifiziert werden. Der Versicherte selbst gebe diesbezüglich an, dass er wegen Nervosität gezittert habe und dies ansonsten nicht der Fall sei. Differentialdiagnostisch in Frage komme ein essentieller Tremor, dies sei aber eher unwahrscheinlich bei negativer Familienanamnese und bisher offenbar völlig fehlendem Störwert. Abgesehen von der Nervosität als Faktor im Sinne eines verstärkten physiologischen Tremors – was aber nicht zwanglos die Intensionskomponente erkläre – komme eine alkoholtoxische Schädigung des Nervensystems in Frage: Diesbezüglich auffallend sei der auch etwas unsichere Knie-Hacken-Versuch und die ungerichtete Unsicherheit bei den erschwerten Stand- und Gangversuchen, was mit einem zerebellären Syndrom vereinbar wäre (Kleinhirnvorderwurm). Die diesbezügliche Testbarkeit sei aber zum Untersuchungszeitpunkt eingeschränkt, weshalb dies nicht in der Diagnoseliste aufgeführt werde. Diese Unsicherheit sei aber im Hinblick auf die Arbeitsunfähigkeitsbeurteilung ohne Relevanz, es bestehe offenbar gar kein Störwert. Einschränkend müsse allerdings festgehalten werden, dass möglicherweise diesbezüglich eine Dissimulationstendenz

vorliege, wie es betreffend den Alkoholkonsum mit überwiegender Wahrscheinlichkeit der Fall sei. Der Versicherte sei sowohl in der bisherigen als auch in einer angepassten Tätigkeit 100 % arbeitsfähig, wobei die angepasste Tätigkeit wegen des Tremors keine sehr hohen Anforderungen an die Feinmotorik stellen solle. Im Übrigen hielt der Neurologe fest, der Versicherte erscheine – zumindest sage er dies auch – durchaus arbeitswillig und würde gerne wieder eine Tätigkeit aufnehmen. Der Versicherte brauche wahrscheinlich eine Hilfestellung beim Finden einer angepassten Arbeitstätigkeit. In psychiatrischer Hinsicht diagnostizierte Dr. med. P.____ eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte Episode (ICD-10 F33.0). Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit wurde ein Status nach Alkoholabhängigkeit (ICD-10 F10.20) festgehalten. Anlässlich der Befragung habe der Beschwerdeführer unter anderem gesagt, dass er sich nicht mehr in der Lage sehe zu arbeiten. Die Energie fehle ihm, er fühle sich der Arbeit nicht gewachsen. Die Einkäufe erledige er selbstständig. Er kümmere sich auch alleine um die Wohnung, wobei er die Wohnung nicht mehr so in Schuss halte wie früher. Täglich mache er mindestens einen einstündigen Spaziergang. Er versuche zu lesen, habe aber zum Teil Mühe, sich zu konzentrieren. Auch beim TV Sehen falle es ihm manchmal schwer, sich zu konzentrieren. Eigentliche Kollegen habe er keine. Der psychiatrische Teilgutachter stellte sodann fest, dass der Versicherte während der Untersuchung nie Zeichen von Konzentrationsschwäche gezeigt habe. Die Merkfähigkeit und die Gedächtnisleistungen seien intakt gewesen. Der Antrieb sei eher erhöht gewesen. Zum jetzigen Zeitpunkt könne ein leichtes depressives Zustandsbild festgestellt werden. Die geklagten Schlafstörungen hingen mit der mangelnden Schlafhygiene zusammen, der Versicherte schlafe regelmässig tagsüber. Wenn er nachts einmal erwache, trinke er Kaffee, rauche Zigaretten, habe entsprechend Mühe, wieder einzuschlafen. Er habe aber am Morgen keine wesentliche Mühe, aufzustehen. Hinsichtlich der psychiatrischen Beurteilung von Eingliederungsmassnahmen führte Dr. med. P.____ aus, dass aufgrund der ausgeprägten Krankheitsüberzeugung weitere berufliche Massnahmen kaum erfolgreich durchführbar seien. In der bisherigen Tätigkeit bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 80 %. Zur Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit führte Dr. med. P.____ schliesslich aus, dass eine einfache Hilfstätigkeit optimal angepasst sei. In einer solchen bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 100 %. 8.8 In der Stellungnahme vom 25. Februar 2020 hielten Dres. med. G.____ und D.____ fest, dass ihrer Ansicht nach eine rezidivierende depressive Störung mittleren bis schweren Grades mit einer schwerwiegenden Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit vorliege. Aufgrund der langen Behandlungsdauer ohne nennenswerte Verbesserung könne von einer therapieresistenten, depressiven Störung ausgegangen werden. Der Versicherte habe jegliches Selbstvertrauen und Selbstbewusstsein verloren, sei nicht mehr in der Lage, seinen ehemaligen Aktivitäten nachzugehen und vernachlässige den Haushalt. Er sei auf den wöchentlichen Besuch eines Mitarbeiters der Wohnbegleitung der Stiftung I.____ angewiesen, da er nicht in der Lage sei, selbstständig seine Post zu erledigen. Auch zu dem Gutachtertermin habe er begleitet werden müssen, da er unter ausgeprägten sozialen Ängsten leide, weswegen auch ein sehr ausgeprägter sozialer Rückzug des ehemals äusserst geselligen und sozial aktiven Menschen bestehe. Der Antrieb sei gravierend reduziert. In der Untersuchungssituation habe er auf den Gutachter einen „leicht angetriebenen Eindruck“ gemacht, was mit einer erhöhten psychomotorischen Aktivität im Sinne von körperlicher Unruhe erklärt werden könne. Der sehr deutlich verminderte Antrieb im Rahmen der depressiven Störung äussere sich jedoch im Alltag, in dem er nicht in der Lage sei, wünschenswerte Aktivitäten (Haushalt, kochen, spazieren, Post erledigen) in die Tat umzusetzen. Die massiven

Schlafstörungen bestünden schon seit längerer Zeit und seien auf abends und nachts auftretende Angstzustände sowie ausgeprägtes Grübeln und Gedankenkreisen zurückzuführen. Die mangelnde Schlafhygiene sei eine Folge davon und nicht die Ursache der Schlafstörungen (IV-Nr. 87).

8.9 In der RAD-Stellungnahme vom 16. März 2020 hielt Dr. med. F.____ zunächst fest, dass eine neuropsychologische Testung nicht notwendig geworden sei, da keine Defizite während der neurologischen Begutachtung zutage getreten seien. Dem Einwand des behandelnden Psychiaters könne insofern nicht gefolgt werden, als sich aus dem benannten schwer depressiven Zustandsbild, das der Psychiater regelmässig zu sehen angebe, keine therapeutische Konsequenz, zum Beispiel in Form stationärer Einweisung, bisher ergeben habe. Der Versicherte nehme seit circa einem Jahr regelmässig Mianserin-Tabletten, aktuell 60 mg (mittlere Tagesdosis bei 30 – 90 mg) zur Nacht, ansonsten sei laut Patient keine weitere Medikation installiert. Es gebe keine Mitteilung seitens des Psychiaters darüber, ob wegen der von ihm regelmässig gesehenen schweren Depression Medikamentenwechsel oder Dosisanpassungen stattgefunden hätten. Mit 60 mg Mianserin zur Nacht sei die Dosis bei diesem Medikament noch nicht ausgereizt (IV-Nr. 91).

8.10 Mit Schreiben vom 28. August 2018 (recte: 2020) teilte Dr. med. G.____ mit, dass er den Versicherten in der H.____ angemeldet habe, die eigentlich für Senioren gedacht sei (IV-Nr. 94, S. 1).

8.11 Im Bericht der H.____ vom 21. Februar 2020 wurde beim Versicherten eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (F33.1), diagnostiziert. Der Versicherte beklage soziale Isolation und fehlende Tagesstruktur, weshalb eine tagesklinische Behandlung empfohlen werde (IV-Nr. 94, S. 2).

8.12 Die testpsychologische Abklärung der J.____ vom 13. Mai 2020 habe ergeben, dass beim Versicherten eine ausgeprägte depressive Symptomatik vorliege. Diese werde von den Testleitern, M. Sc. Q.____, Fachpsychologin für Psychotherapie FSP, und M. Sc. R.____, Psychologin, im Rahmen einer rezidivierenden Major Depression (Pschyrembel: Bezeichnung im DSM-5 für eine schwere depressive Episode) interpretiert. Im Hinblick auf das Testverhalten wurde unter anderem ausgeführt, dass der Versicherte während dem Gespräch angespannt und nervös gewirkt habe. Auf Fragen habe er meist gut mit Beispielen antworten können, jedoch habe er zeitweise vorbeirend und abschweifend gewirkt. Auch seien Konzentrations- und Auffassungsstörungen augenscheinlich zu beobachten gewesen. Psychomotorisch habe der Versicherte unruhig, gestisch angeregt und teilweise logorrhöisch gewirkt. Im Rahmen der Testung sei ein strukturiertes klinisches Interview für DSM-IV (SKID-I), Kapitel affektive Störungen, durchgeführt worden. Es seien zwei von zwei Hauptsymptomen und sieben von neun Zusatzsymptomen für eine Major Depression erfüllt gewesen. Aufgrund der Aussagen erfülle der Versicherte die Kriterien einer schweren depressiven Episode. Obgleich der klinische Eindruck der Testleiter während des Interviews eher auf eine mittelgradige depressive Episode hingedeutet habe. Der starke Leidensdruck und der einschneidende Charakter der Major Depression für den Alltag des Versicherten kämen in der Abklärung stark zum Vorschein. Im Alltag trete eine verminderte Belastungsfähigkeit in Erscheinung. Insgesamt könne anhand der erhobenen Daten und vom klinischen Eindruck her die Diagnose einer gegenwärtig mittelgradigen Depression im Rahmen einer rezidivierenden Depression nach DSM-IV vergeben werden (IV-Nr. 100, S. 2).

8.13 Gemäss Bericht der Stiftung I.____ (Wohnen, Wohnbegleitung, Tagesstätte) vom 29. April 2020 bestünden folgende Betreuungsmassnahmen: Wöchentliche Besuche in der Wohnung und Begleitung an Termine (Soziale Dienste, Ärzte, Ämter). Unterstützung erfolge beim Aufarbeiten der Korrespondenz und beim Aufrechterhalten eines stabilen Hygienestandards. Anleitung und gelegentlich Mithilfe bei

Reinigungsarbeiten. Etappenweise Bereiche der Wohnung neugestalten. Alte Sachen entsorgen, aufräumen, Reinigung, Einrichten etc. Briefe selbständig zu öffnen klappe immer besser, aber er schwitze nach wie vor stark während dieses Prozesses. Das Minderwertigkeitsgefühl bleibe, wenn er die kleinen Aufgaben nicht erfüllen könne. Es gebe noch immer Momente, in denen gar nichts gehe und er es nicht schaffe, einen einzigen Brief zu öffnen. Der Versicherte habe es zwar geschafft, sich an fremden Orten, z.B. Basel, während einem der zwei Tagetermine alleine und selbständig zurechtzufinden. Doch die Eckdaten hätten sehr detailliert aufgeschrieben werden müssen. Zug, Termine und Perronangaben, Tramangaben, Lagepläne etc. Es sei für ihn aber eine riesige Anstrengung. Er habe noch Wochen danach davon geredet. Er habe sich in diesen Tagen nicht wohl gefühlt. Es sei ein Spiessrutenlauf gewesen. Zum Expositionstraining wurde ausgeführt, dass der Versicherte aktuell selbständig zu Terminen bei den behandelnden Ärzten gehe. Es sei für ihn bisher ein grosser Stress gewesen, mit den ÖV zu reisen, Standorte zu suchen/finden. Das Expositionstraining trage viel dazu bei, dass er sich nun etwas sicherer fühle. Der Versicherte mache kleine, aber stete Fortschritte. Das Selbstvertrauen solle weiter gestärkt werden mit kleinen Aufgaben und Erfolgserlebnissen. Die Begleitung einmal pro Woche müsse weitergeführt werden, um die konstante Struktur beizubehalten. Auch die Tagesklinik gebe Struktur und fördere soziale Kontakte. Eine Wiedereingliederung in einen (auch kleinen) Arbeitsprozess werde, wenn überhaupt, erst in ferner Zukunft gesehen. (IV-Nr. 97, S. 8).

8.14 Am 6. August 2020 nahm die RAD-Ärztin Dr. med. F.____ Stellung zu den neu eingegangenen Berichten von Dr. med. G.____, den J.____ und der Stiftung I.____. Dabei führte sie unter anderem aus, dass die testpsychologische Abklärung sechs Monate nach der gutachterlichen Untersuchung erfolgt sei, weshalb der aktuelle psychische Gesundheitszustand differieren könne. Im Übrigen werde vom Versicherten eine unveränderte Medikation mit Mianserin 60 mg als Alleinmedikation angegeben. Die Behandler hätten demzufolge bis dato keine medizinische Notwendigkeit zu einem Wechsel auf ein anderes Medikament oder eine Medikamentenkombination gesehen. Schon aus diesem Grund könne eine Therapieresistenz nicht unterstellt werden. Aus dem Schreiben der Stiftung I.____ sei sodann ersichtlich, dass der Versicherte seinen Haushalt/Alltag überwiegend selbständig an sechs Tagen pro Woche führe, das Kochen klappe tiptopp, zu den Gutachten sei er zum Teil selbständig erschienen. Aus medizinischer Sicht ändere sich durch die neu vorgelegten medizinischen Dokumente nichts an der bisher zugemuteten Belastbarkeit von 100 % für einfache Zugehörigkeiten ohne hohe psychische Beanspruchung und 80 % Belastbarkeit als Koch seit Mai 2015 (IV-Nr. 101).

9. Die Beschwerdegegnerin hat das im Rahmen der Neuanmeldung gestellte Leistungsbegehren mit Verfügung vom 11. November 2020 abgewiesen. Dabei stützt sie ihren Entscheid im Wesentlichen auf das polydisziplinäre Gutachten des E.____ sowie die RAD-Stellungnahmen vom 16. März 2020 und 6. August 2020, welche dem Beschwerdeführer eine volle Arbeitsfähigkeit in einer angepassten einfachen Hilfstätigkeit attestieren. Nachfolgend ist zu beurteilen, ob das E.____-Gutachten beweiswertig ist und eine anspruchsbegründende Änderung des Gesundheitszustands seit der letzten Rentenbeurteilung vorliegt.

9.1 Im allgemeininternistischen Teilgutachten von Dr. med. N.____ werden ein chronischer Nikotinabusus, schädlicher Gebrauch (ICD-10 F17.1), und ein Hallux valgus beidseits (ICD-10 M20.1) diagnostiziert. Auf der Grundlage dieser Diagnosen erscheint es nachvollziehbar, dass aus allgemeininternistischer Sicht keine Einschränkungen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit genannt werden.

9.2 Im neurologischen Teilgutachten stellt Dr. med. O.____ einen leichtgradigen Halte- und

Intentionstremor fest, welcher keine Auswirkung auf die bisherige Arbeitsfähigkeit des Versicherten habe. In einer angepassten Tätigkeit ohne sehr hohe Anforderungen an die Feinmotorik bestehe ebenfalls eine volle Arbeitsfähigkeit. Diese Einschätzungen beruhen auf einer eingehenden neurologischen Untersuchung und einer ausführlichen Erörterung der Befunde. Anlässlich der gutachterlichen Untersuchung sei ein feinschlägiger Haltetremor beider Hände mit einer Intentionskomponente im Finger-Nasen-Versuch aufgefallen. Auch der Knie-Hacken-Versuch werde beidseits etwas unsicher durchgeführt. Erwähnenswert sei auch eine Areflexie an der unteren Extremität. Es bestehe eine ungerichtete Unsicherheit bei den erschwerten Stand- und Gangversuchen schon mit offenen Augen, wobei die diesbezügliche Beurteilbarkeit zum Untersuchungszeitpunkt wegen beidseitiger Clavi mit entsprechenden Schmerzen erschwert sei. Bei der Würdigung dieser Befunde nennt der Gutachter verschiedene mögliche Erklärungen für den leichtgradigen Halte- und Intentionstremor und kommt dann zum Schluss, dass dieser zum aktuellen Zeitpunkt nicht sicher klassifiziert werden könne. Der Versicherte selbst erkläre sein Zittern mit seiner Nervosität, was ansonsten nicht der Fall sei. Gemäss Dr. med. O. ___ käme auch ein essentieller Tremor in Frage, dies sei aber eher unwahrscheinlich bei negativer Familienanamnese und bisher offenbar völlig fehlendem Störwert. Möglich sei ausserdem eine alkoholtoxische Schädigung des Nervensystems. Diesbezüglich auffallend sei der etwas unsichere Knie-Hacken-Versuch und die ungerichtete Unsicherheit bei den erschwerten Stand- und Gangversuchen, was mit einem zerebellären Syndrom vereinbar wäre (Kleinhirnvorderwurm). Aufgrund von Schmerzen an den Füßen, bedingt durch beidseitige Clavi, hätten der erschwerte Stand- und Gangversuch jedoch nur erschwert beurteilt werden können. Basierend auf diesen Feststellungen und Überlegungen erscheint die neurologische Diagnose ohne spezifische Klassifizierung nachvollziehbar: Leichtgradiger Halte- und Intentionstremor, nicht sicher klassifizierbar (ICD-10 G25.2), Differenzialdiagnose im Rahmen einer alkoholtoxischen Schädigung des Nervensystems. Diese, wenn auch etwas wenig konkrete Diagnosestellung, spielt vorliegend insofern keine entscheidende Rolle, als der leichtgradige Tremor nach Einschätzung des Neurologen im Hinblick auf die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit ohnehin nicht relevant sei. Beim Versicherten bestehe offenbar kein Störwert, wobei eine diesbezügliche Dissimulationstendenz möglich sei. Diese Schlussfolgerungen sind zwar etwas vage, leuchten aber aufgrund der transparenten und nachvollziehbaren Begründung ein. Überzeugend erweist sich ferner auch die neurologische Einschätzung der Arbeitsfähigkeit, wonach beim Versicherten sowohl in der bisherigen Tätigkeit als Koch als auch in einer angepassten Tätigkeit, welche wegen des Tremors nicht sehr hohe Anforderungen an die Feinmotorik stellen sollte, keine Einschränkungen bestünden. Aufgrund dieser plausibel erörterten Ergebnisse und mangels abweichender fachneurologischer Einschätzungen sind keinerlei Indizien ersichtlich, welche gegen die Feststellungen und Erörterungen des neurologischen Gutachters sprechen. Das neurologische Teilgutachten und die darin festgestellte volle Arbeitsfähigkeit erweisen sich damit als schlüssig und nachvollziehbar.

9.3.1 Im psychiatrischen Teilgutachten kommt Dr. med. P. ___ zum Schluss, der Versicherte leide an einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig leichte Episode (ICD-10 F33.0), welche seine Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit um 20 % reduziere und die Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit nicht beeinflusse. Anlässlich der psychiatrischen Befragung habe der Beschwerdeführer unter anderem gesagt, dass er die Einkäufe selbständig erledige, einfache Mahlzeiten zubereite, sich alleine um die Wohnung kümmere, wobei er die Wohnung nicht mehr so in Schuss halte

wie früher. Täglich mache er mindestens einen einstündigen Spaziergang. Er versuche zu lesen und fernzuschauen, wobei es ihm manchmal schwer falle, sich zu konzentrieren. Kollegen habe er keine. Er berichte von Ängsten vor grösseren Menschenansammlungen. Bei der psychiatrischen Untersuchung habe der Versicherte einen wachen Eindruck gemacht und sei bewusstseinsklar gewesen. Er sei zeitlich, örtlich, situativ und zur eigenen Person gut orientiert gewesen. Er habe sich differenziert ausgedrückt und während der Untersuchung nie Zeichen von Konzentrationsschwäche gezeigt. Die Merkfähigkeit und die Gedächtnisleistungen seien intakt gewesen. Der Antrieb sei eher erhöht gewesen. Im Rahmen der Untersuchung und der Laborkontrollen hätten sich keine Hinweise für einen fortgesetzten und hohen Alkoholkonsum finden lassen. Basierend darauf leitet Dr. med. P.____ zunächst nachvollziehbar die Diagnose eines Status nach Alkoholabhängigkeit (ICD-10 F10.20) her, welche keine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit habe. Im Weiteren diagnostiziert Dr. med. P.____ eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte Episode (ICD-10 F.33.0). Die leichte Ausprägung der depressiven Störung begründet der Gutachter plausibel mit dem seinerseits im Untersuchungszeitpunkt festgestellten leichten depressiven Zustandsbild. In Abweichung zu dieser gutachterlichen Beurteilung wird von den behandelnden Ärzten und im testpsychologischen Abklärungsbericht der J.____ die Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung mittleren bis schweren Grades gestellt. In den jeweiligen Begründungen wird jedoch grossmehrheitlich nichts vorgebracht, was der psychiatrische Gutachter bei seiner Beurteilung nicht berücksichtigt hat oder aber von ihm abweichend beobachtet und beurteilt worden ist. Insbesondere die erhobenen Untersuchungsbefunde betreffend Antrieb und Freizeitaktivitäten sowie Konzentration und Merkfähigkeit waren anlässlich der gutachterlichen Untersuchung weitgehend unauffällig. Die Schlafschwierigkeiten werden sodann von Dr. med. P.____ nachvollziehbar anders beurteilt. Seiner Ansicht nach liegt eine mangelnde Schlafhygiene vor. Der Versicherte schlafe regelmässig tagsüber und wenn er nachts erwache, trinke er Kaffee, rauche Zigaretten und habe entsprechend Mühe, um wieder einzuschlafen. Auch der soziale Rückzug wird vom Gutachter berücksichtigt. Er stellt diesbezüglich fest, dass der Versicherte keine Kollegen habe und sozial isoliert lebe. Damit werden die Hinweise für die depressive Symptomatik auf der Grundlage der gutachterlichen Beobachtungen und der erhobenen Befunde gewürdigt. Der Gutachter setzt sich demnach mit den fraglichen Befunden auseinander und kommt aufgrund deren Ausprägungen zum Schluss, dass die depressiven Verstimmungen höchstens als leicht einzustufen seien. Die Tatsache, dass der Bericht der Stiftung I.____ vom 25. November 2019 betreffend Unterstützungsmassnahmen lediglich bei den Vorakten aufgelistet und im Rahmen der psychiatrischen Beurteilung nicht ausdrücklich erwähnt wird, bildet keinen Grund, die gutachterliche Einschätzung von Dr. med. P.____ in Zweifel zu ziehen. Einerseits ist die Stiftung I.____ keine medizinische Institution, welche ärztliche Einschätzungen erlässt. Andererseits geht aus dem Bericht vom 29. April 2020 hervor, dass der Versicherte kleine, aber stete Fortschritte mache. Teilweise könne er die Post selbständig erledigen, er gehe alleine zu Arztterminen und sei auch alleine nach Basel zum zweiten Untersuchungstermin gereist. Bei der Reinigung der Wohnung werde der Versicherte lediglich angeleitet und nur gelegentlich durch Mithilfe unterstützt. Vor diesem Hintergrund erscheint die fachpsychiatrische Feststellung von Dr. med. P.____, wonach sich keine Hinweise für eine mittelgradige oder schwere depressive Störung finden liessen, als nachvollziehbar. Basierend darauf überzeugt schliesslich auch die gutachterliche Schlussfolgerung, wonach aufgrund der leichtgradig ausgeprägten depressiven Störung nur eine geringgradige Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit attestiert werden könne. Die aus

psychiatrischer Sicht angenommene Arbeitsfähigkeit von 80 % in der angestammten Tätigkeit als Koch und eine solche von 100 % in einer einfachen Hilfstätigkeit erscheinen somit nachvollziehbar. Daraus folgt, dass der unabhängige Gutachter und Facharzt basierend auf den medizinischen Vorakten und den eingehenden eigenen Untersuchungen zu schlüssigen und nachvollziehbaren Ergebnissen kommt. 9.3.2 Im grundsätzlich beweiswertigen psychiatrischen Teilgutachten von Dr. med. P.____ wurde eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte Episode (ICD-10 F.33.0), mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit diagnostiziert. Da gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung sämtliche psychischen Erkrankungen dem strukturierten Beweisverfahren unterstellt werden, ist nachfolgend zu prüfen, ob sich die geforderte Indikatorenprüfung (BGE 143 V 409 sowie 143 V 418) anhand des Gutachtens vornehmen lässt. Anhand eines Kataloges von Indikatoren erfolgt eine ergebnisoffene symmetrische Beurteilung des – unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und Kompensationspotentialen (Ressourcen) andererseits – tatsächlich erreichbaren Leistungsvermögens (BGE 141 V 281 E. 4.1.3): 1) Kategorie «funktioneller Schweregrad» (E. 4.3) a) Komplex «Gesundheitsschädigung» (E. 4.3.1) - Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde (E. 4.3.1.1) - Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz (E. 4.3.1.2) - Komorbiditäten (E. 4.3.1.3) b) Komplex «Persönlichkeit» (Persönlichkeitsdiagnostik, persönliche Ressourcen; E. 4.3.2) c) Komplex «Sozialer Kontext» (E. 4.3.3) 2) Kategorie «Konsistenz» (Gesichtspunkte des Verhaltens; E. 4.4) - gleichmässige Einschränkung des Aktivitätenniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen (E. 4.4.1) - behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesener Leidensdruck (E. 4.4.2) In Bezug auf die Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde und Symptome ist dem psychiatrischen Teilgutachten von Dr. med. P.____ zu entnehmen, dass der Beschwerdeführer höchstens an leichtgradigen depressiven Verstimmungen leide. Es kann daher nicht auf ein ausgeprägtes Leiden geschlossen werden. Hinsichtlich des Indikators Behandlungs- und Eingliederungserfolg resp. -resistenz ist dem Gutachten zu entnehmen, dass der Versicherte regelmässig eine ambulante Therapie bei der praktischen Ärztin Dr. med. D.____ besuche. Er werde auch antidepressiv behandelt. Berufliche Massnahmen seien gescheitert, wobei das Scheitern nicht durch eine psychiatrische Störung erklärt werden könne. Aufgrund der ausgeprägten subjektiven Krankheitsüberzeugung seien weitere berufliche Massnahmen kaum erfolgreich durchführbar. Gestützt auf die gutachterlichen Darlegungen kann nicht von einer Behandlungs- und Eingliederungsresistenz gesprochen werden. Mit Blick auf den Indikator der Komorbidität ist festzuhalten, dass beim Beschwerdeführer im Rahmen der polydisziplinären Begutachtung folgende weitere Diagnosen gestellt wurden: Status nach Alkoholabhängigkeit (ICD-10 F10.20); Leichtgradiger Halte- und Intentionstremor, nicht sicher klassifizierbar (ICD-10 G25.2), – DD im Rahmen einer alkoholtoxischen Schädigung des Nervensystems; Chronischer Nikotinabusus, schädlicher Gebrauch (ICD-10 F17.1) und Hallux valgus (ICD-10 M20.1). Nach Einschätzung der fachmedizinischen Gutachter haben die besagten Diagnosen keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit. Eine ressourcenhemmende Wirkung der Begleiterkrankungen ist daher eher nicht zu vermuten. Dem Gutachten kann sodann entnommen werden, dass sich der Versicherte freundlich und kooperativ verhalten habe. Zudem sei von einer durchschnittlichen Intelligenz auszugehen. Eine ungünstige Auswirkung der Persönlichkeitsstruktur ist nicht erkennbar. Gemäss Gutachten lebt der Beschwerdeführer sozial isoliert. Er ist sozialhilfeabhängig und hat nur wenig Geld zur Verfügung. Demnach enthält der soziale Lebenskontext des Versicherten

kaum mobilisierbare Ressourcen. Hinsichtlich des Indikators Konsistenz hält der psychiatrische Gutachter fest, dass der Versicherte von folgenden Aktivitäten berichtet habe: Haushaltsführung, Zubereitung von einfachen Mahlzeiten, Spaziergänge, Einkaufen, Fernsehen, Lesen. Ein solches Aktivitätenniveau lässt eher nicht auf eine erhebliche Einschränkung der Erwerbsfähigkeit schliessen. Zum Aspekt des behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesenen Leidensdrucks ist dem Gutachten zu entnehmen, dass der Beschwerdeführer bei der praktischen Ärztin regelmässig behandelt wird. Seit dem 14. Februar 2020 besucht er zudem ein- bis zweimal pro Woche die Tagesklinik der J. _____. Ein behandlungsanamnestisch ausgewiesener Leidensdruck kann daher bejaht werden.

9.3.3 Gestützt auf die obigen Erwägungen ergibt sich, dass das psychiatrische Gutachten von Dr. med. P. ____ genügend Aufschluss über die massgeblichen Indikatoren gemäss BGE 141 V 281 gibt. Eine Gesamtwürdigung der Indikatoren ergibt, dass die ressourcenhemmenden Faktoren deutlich in der Minderzahl sind, womit die gutachterliche Beurteilung der Arbeitsfähigkeit von 80 % in der angestammten und eine solche von 100 % in einer einfachen Hilfsfähigkeit auch im Lichte der neuen Rechtsprechung überzeugt. Demnach kann auf das psychiatrische Teilgutachten von Dr. med. P. ____ abgestellt werden.

9.4 In der interdisziplinären Gesamtbeurteilung kamen die Gutachter schliesslich überein, dass der Versicherte in der bisherigen Tätigkeit als Koch zu 80 % arbeitsfähig sei. In einer angepassten einfachen Hilfsfähigkeit bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 100 %. Diese Beurteilung leuchtet mit Blick auf die soeben gewürdigten Teilgutachten ein. Aus allgemeininternistischer Sicht wird keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit festgestellt. Im neurologischen Teilgutachten wird eine volle Arbeitsfähigkeit in der bisherigen sowie auch in einer angepassten Tätigkeit ohne sehr hohe Anforderungen an die Feinmotorik festgehalten. Aus psychiatrischer Sicht sei der Beschwerdeführer in der bisherigen Tätigkeit noch 80 % und in einer angepassten einfachen Hilfsfähigkeit 100 % arbeitsfähig. Davon ausgehend, dass einfache Hilfsfähigkeiten prinzipiell keine sehr hohen Anforderungen an die Feinmotorik stellen, erweist sich die interdisziplinäre Gesamtbeurteilung in Bezug auf die angenommene volle Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Hilfsfähigkeit als nachvollziehbar. Aus dem Dargelegten folgt, dass die einzelnen Teilgutachten sowie die Konsensbeurteilung schlüssig und plausibel begründet werden. Es sprechen ausserdem keine konkreten Indizien gegen die Zuverlässigkeit des im Rahmen des Verwaltungsverfahrens von externen Experten eingeholten Gutachtens. Insbesondere vermag der Einwand, der Versicherte hätte zusätzlich neuropsychologisch abgeklärt werden müssen, die Schlüssigkeit des Gutachtens nicht in Frage zu stellen. Mit Aktennotiz vom 16. April 2019 empfahl der RAD zur Einschätzung möglicher somatischer und neurokognitiver Dauerschäden aufgrund des anhaltenden Alkoholmissbrauchs eine umfassende Abklärung des Gesundheitszustandes inklusive einer neuropsychologischen Begutachtung (IV-Nr. 59). Indem die neurologische und die psychiatrische Untersuchung jedoch keine Hinweise auf neurokognitive Schäden ergaben, erscheint die Einholung einer neuropsychologischen Begutachtung nicht notwendig. Gemäss der neurologischen Abklärung seien die Hirnnerven bei der klinischen Untersuchung normal gewesen. Eine kognitive Beeinträchtigung wird durch den Neurologen nicht festgestellt. Gemäss dem psychiatrischen Gutachter fänden sich mit Blick auf die vorbestandene Alkoholabhängigkeit keine Hinweise auf irreversible geistige oder psychische Einschränkungen. Zudem habe der Versicherte anlässlich der Untersuchung nie Zeichen von Konzentrationsschwäche gezeigt. Die Merkfähigkeit und die Gedächtnisleistungen seien intakt gewesen. Von zusätzlichen Beweismassnahmen in Form einer

neuropsychologischen Abklärung sind daher keine neuen Erkenntnisse zu erwarten, weshalb darauf verzichtet werden kann. Schliesslich vermag auch der Einwand, wonach die E.____-Gutachterstelle aufgrund von Risikozuschlägen bei anwaltlich vertretenen Versicherten voreingenommen und nicht unabhängig sei, die Schlüssigkeit des vorliegenden Gutachtens nicht in Frage zu stellen. Im Schreiben des Bundesamtes für Sozialversicherungen vom 18. Dezember 2020 wurden die IV-Stellen angewiesen, beim E.____ keine bidisziplinären Gutachten mehr in Auftrag zu geben (Beschwerdebeilage 4). Vorliegend handelt es sich jedoch um ein polydisziplinäres Gutachten, welches durch die Vergabeplattform SuissMED@P nach dem Zufallsverfahren ordnungsgemäss ans E.____ vergeben worden ist (IV-Nr. 79). Die geltend gemachte Voreingenommenheit erweist sich deshalb als unbegründet. Damit lässt sich zusammenfassend festhalten, dass die vorliegend zu beurteilende Expertise aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten erstattet wurde und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangt, weshalb ihr volle Beweiskraft zuzuerkennen ist. Aufgrund des beweiskräftigen Gutachtens und der umfassenden Untersuchungen kann demnach auf das im Rahmen des Beweisantrags verlangte polydisziplinäre Gerichtsgutachten verzichtet werden.

9.5 Wie vorstehend dargelegt, lassen sich die abweichenden Einschätzungen der Gutachter im Vergleich zu jenen der behandelnden Ärzte nachvollziehbar begründen. Demnach hat die RAD-Ärztin im Ergebnis zu Recht dafür plädiert, dem E.____-Gutachten Beweiswert zuzusprechen. Zur Rüge, die RAD-Ärztin habe den Beschwerdeführer nicht selbst untersucht, ist zudem festzuhalten, dass Dr. med. F.____ ihre Stellungnahmen ergänzend zum E.____-Gutachten, welchem persönliche Untersuchungen durch die beteiligten Fachärzte zugrunde lagen, abgegeben hat. Eine persönliche Untersuchung durch die RAD-Ärztin war nicht erforderlich (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_73/2014 vom 9. April 2014 E. 4.2). Auch der Einwand, dass es der RAD-Ärztin als Fachärztin für Chirurgie an der korrekten Fachrichtung fehle um den vorliegenden Fall hinreichend beurteilen zu können, ändert nichts an der Schlüssigkeit ihrer Ausführungen, zumal eine RAD-Ärztin – ungeachtet eines spezifischen Facharztstitels – in der Lage ist, die vorhandenen medizinischen Unterlagen zu würdigen, was denn auch zu ihrem Aufgabengebiet gehört (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_73/2011 vom 1. April 2011 E. 5.4).

10. Gestützt auf das beweiskräftige E.____-Gutachten kann demnach die Frage, ob eine anspruchsbegründende Änderung des Gesundheitszustands seit der letzten Rentenbeurteilung vorliegt, verneint werden. Ein Vergleich des Gesundheitszustandes im Zeitpunkt der ersten Ablehnungsverfügung mit jenem zur Zeit der streitigen neuen Verfügung ergibt, dass die vormalig diagnostizierte Alkoholabhängigkeit mit Substanzkonsum nicht mehr besteht. Neu wird dagegen die Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig leichte Episode (ICD-10 F.33.0), gestellt. Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit werden zudem ein Halte- und Intentionstremor, ein Nikotinabusus sowie ein Hallux valgus beidseits aufgeführt. Anlässlich der Erstbegutachtung wurde dem Beschwerdeführer eine volle Arbeitsfähigkeit in sämtlichen Tätigkeiten attestiert. Zur Zeit der ersten Ablehnungsverfügung lag somit keine Invalidität vor. Im Zeitpunkt der vorliegend angefochtenen Verfügung ist die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers insofern beeinträchtigt, als er in der bisherigen Tätigkeit noch 80 % und in einer angepassten Tätigkeit, welche als einfache Hilfstätigkeit umschrieben wird, voll arbeitsfähig ist. Diese Einschränkung vermag jedoch – wie der von der Beschwerdegegnerin vorgenommene Einkommensvergleich zeigt – keine Invalidität zu begründen. Der Vergleich des Valideneinkommens von CHF 66'579.00 basierend auf der

Lohntabelle der Schweizerischen Lohnstrukturerhebung des Bundesamts für Statistik (LSE) TA1 2018, Ziff. 45 – 96, Niveau 2 Männer (CHF 5'272.00 x 12 Monate), Aufrechnung Wochenstunden (: 40 x 41.7), Aufrechnung Nominallohnindex 2018-2019 (: 105.3 x 106.3) mit dem Invalideneinkommen von CHF 68'347.00 basierend auf der LSE TA1 2018 Total, Kompetenzniveau 1, Männer (CHF 5'417.00 x 12 Monate), Aufrechnung Wochenstunden (: 40 x 41.7), Aufrechnung Nominallohnindex 2018-2019 (: 105.1 x 106.0) ergibt einen Invaliditätsgrad von 0 %. Damit wird der für den Rentenanspruch erforderliche Invaliditätsgrad von 40 % nicht erreicht. Die Voraussetzungen für den Anspruch auf eine Invalidenrente sind somit nicht erfüllt. 11. Umstritten ist schliesslich auch der Anspruch des Beschwerdeführers auf berufliche Eingliederungsmassnahmen. Gemäss Art. 8 Abs. 1 IVG haben Invalide oder von einer Invalidität unmittelbar bedrohte Versicherte Anspruch auf Eingliederungsmassnahmen, soweit diese notwendig und geeignet sind, die Erwerbsfähigkeit wieder herzustellen, zu erhalten oder zu verbessern (lit. a) und die Voraussetzungen für den Anspruch auf die einzelnen Massnahmen erfüllt sind (lit. b). Drohende Invalidität liegt vor, wenn der Eintritt einer Erwerbsunfähigkeit überwiegend wahrscheinlich ist. Der Zeitpunkt des Eintritts der Erwerbsunfähigkeit ist unerheblich (Art. 1 novies IVV). Wie vorstehend erwähnt, liegt beim Versicherten keine Invalidität vor. Konkrete Anhaltspunkte, welche mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf einen bevorstehenden Eintritt der Erwerbsunfähigkeit schliessen lassen, sind ebenfalls nicht ersichtlich. Mangels Invalidität bzw. unmittelbar drohender Invalidität kann vorliegend der Anspruch auf berufliche Eingliederungsmassnahmen ebenfalls verneint werden. 12. Zusammenfassend ist damit festzuhalten, dass die Beschwerdegegnerin den Anspruch auf eine Invalidenrente sowie auf Eingliederungsmassnahmen zu Recht verneint hat. Demnach ist die Beschwerde abzuweisen. 13. 13.1 Dem Beschwerdeführer wurde mit Verfügung vom 22. Februar 2021 die unentgeltliche Verbeiständung mit Rechtsanwalt Patrick Thomann bewilligt. Geltend gemacht wird in der eingereichten Kostennote ein Kostenersatz von insgesamt CHF 3'697.55. Die Kostenforderung ist bei Unterliegen der Partei mit unentgeltlichem Rechtsbeistand vom Gericht festzusetzen. Der Kanton entschädigt den unentgeltlichen Rechtsbeistand angemessen (Art. 122 Abs. 1 lit. a ZPO). In Anbetracht von Aufwand und Schwierigkeit des Prozesses ist die Kostenforderung auf CHF 2'467.20 festzusetzen (11.82 Stunden zu CHF 180.00, zuzüglich Auslagen von CHF 163.20 und MwSt.), zahlbar durch die Zentrale Gerichtskasse des Kantons Solothurn. Vorbehalten bleibt der Rückforderungsanspruch des Staates sowie der Nachzahlungsanspruch des unentgeltlichen Rechtsbeistandes im Umfang von CHF 591.00 (Differenz zum vollen Honorar [11.82 x CHF 230.00 + Auslagen + MwSt. = CHF 3'058.20 – CHF 2'467.20 = CHF 591.00]) während zehn Jahren, wenn A.____, zur Nachzahlung in der Lage ist (§ 123 ZPO). Der Nachzahlungsanspruch wird praxisgemäss basierend auf einem Stundenansatz von CHF 230.00 festgesetzt (vgl. § 160 Abs. 2 GT), wenn wie vorliegend keine Honorarvereinbarung mit dem Klienten vorgelegt wird, in der ein höherer Ansatz vereinbart worden ist. Andernfalls wäre das rechtliche Gehör des Beschwerdeführers, der sich zur Höhe des Stundenansatzes nicht äussern konnte, verletzt. Die Abweichung von der eingereichten Honorarnote ergibt sich unter anderem daraus, dass bei Gewährung der unentgeltlichen Rechtspflege ein Stundenansatz von CHF 180.00 gilt (§ 160 Abs. 3 Gebührentarif). Überdies stellen mehrere Positionen in der Kostennote Kanzleiaufwand dar, welcher bereits im Stundenansatz enthalten ist und nicht gesondert entschädigt wird. Bei den Positionen «Schreiben an Klient» und «Email an Sozialamt» vom 15. Dezember 2020, 8. und 26. Januar 2021 sowie 24. Februar 2021 mit einem jeweiligen Aufwand von 0.17

Stunden handelt es sich um die Weiterleitung von Gerichtsverfügungen oder Kopien von Gerichtseingaben. Die Positionen «Studium Verfügung Gericht» mit einem Aufwand von 0.25 Stunden bzw. 0.33 Stunden werden praxismässig ebenfalls nicht vergütet, da die Gerichtsverfügungen weder umfangreich noch komplex waren. 13.2 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 an die gesamten Verfahrenskosten einen Betrag von CHF 600.00 zu bezahlen, die jedoch infolge Bewilligung der unentgeltlichen Rechtspflege durch den Kanton Solothurn zu übernehmen sind (Art. 122 Abs. 1 lit. b ZPO). Vorbehalten bleibt der Rückforderungsanspruch des Staates während zehn Jahren, wenn A.____ zur Nachzahlung in der Lage ist (Art. 123 ZPO).

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