

# **SO\_GERICHTE VSBES.2020.40 vom 10. Januar 2020**

SO Obergericht, 2020-01-10, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so\\_gerichte\\_VSBES.2020.40](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2020.40)

FR: SO\_GERICHTE VSBES.2020.40 du 10 janvier 2020

IT: SO\_GERICHTE VSBES.2020.40 del 10 gennaio 2020

## **Erwägungen**

### **E. 1**

1.1 Nachdem sie vom Versicherungsgericht des Kantons Solothurn (fortan: Versicherungsgericht) zweimal zu weiteren Abklärungen verhalten worden war, verneinte die IV-Stelle des Kantons Solothurn (fortan: Beschwerdegegnerin) mit Verfügung vom 5. September 2017 erneut einen Anspruch des Versicherten A.\_\_\_\_ (fortan: Beschwerdeführer) auf berufliche Massnahmen und eine Invalidenrente, wobei sie den Invaliditätsgrad auf 20 % festsetzte (IV-Stelle Beleg / IV-Nr. 138). Die dagegen erhobene Beschwerde wies das Versicherungsgericht mit Urteil vom 28. September 2018 rechtskräftig ab (Verfahren VSBES.2017.264, IV-Nr. 152 S. 2 ff.).

1.2 Der Hausarzt des Beschwerdeführers, Dr. med. B.\_\_\_\_, meldete ihn am 6. April 2019 erneut bei der Beschwerdegegnerin zum Leistungsbezug an (IV-Nr. 154). Diese teilte mit Vorbescheid vom 23. Oktober 2019 mit, es seien keine wesentlichen medizinischen oder beruflichen Veränderungen feststellbar. Der Beschwerdeführer habe Gelegenheit, innert der 30tägigen Einwandfrist Beweismittel einzureichen, die eine Veränderung glaubhaft machten, andernfalls man auf seine Neuanmeldung nicht eintrete (IV-Nr. 163). Dagegen liess der Beschwerdeführer am 25. November 2019 Einwand erheben und weitere Arztberichte einreichen (IV-Nr. 164).

Mit Verfügung vom 10. Januar 2020 trat die Beschwerdegegnerin auf die Neuanmeldung des Beschwerdeführers nicht ein (Aktenseite / A.S. 1 ff.), wobei sie auf eine Stellungnahme von Dr. med. C.\_\_\_\_, Fachärztin für Neurologie FMH beim Regionalen Ärztlichen Dienst der Beschwerdegegnerin (RAD), vom 6. Januar 2020 verwies (IV-Nr. 166).

### **E. 2**

2.1 Verweigert die Invalidenversicherung eine Rente wegen eines fehlenden oder zu geringen Invaliditätsgrades, so wird eine neue Anmeldung nur geprüft, wenn die versicherte Person darin glaubhaft macht, dass sich der Invaliditätsgrad in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert hat (Art. 87 Abs. 3 i.V.m. Abs. 2 Verordnung über die Invalidenversicherung / IVV, SR 831.201). Dasselbe gilt in analoger Weise auch für berufliche Eingliederungsmassnahmen (vgl. BGE 113 V 22 E. 3b S. 27). Gelingt der versicherten Person die Glaubhaftmachung nicht, so tritt die IV-Stelle auf das Gesuch ohne weitere Abklärungen nicht ein. Ist die anspruchserhebliche Änderung hingegen glaubhaft gemacht, ist die Verwaltung verpflichtet, das neue Leistungsbegehren in tatsächlicher und rechtlicher Hinsicht umfassend zu prüfen. Mit dieser Regelung soll verhindert werden, dass sich die Verwaltung nach vorangegangener rechtskräftiger Anspruchsprüfung immer wieder mit gleichlautenden und nicht näher begründeten, d.h. keine Veränderung des Sachverhalts darlegenden Gesuchen befassen muss (BGE 133 V 108 E. 5.3.1 sowie 130 V 64 E. 5.2.3 S. 68). Der Untersuchungsgrundsatz, wonach die Verwaltung von Amtes wegen

für die richtige und vollständige Abklärung des rechtserheblichen Sachverhalts zu sorgen hat, spielt insoweit nicht. Es ist in erster Linie Sache der versicherten Person, substantielle Anhaltspunkte für eine allfällige neue Prüfung des Leistungsanspruchs darzulegen. Wird in der Neuanmeldung kein Eintretenstatbestand glaubhaft gemacht, sondern bloss auf ergänzende Beweismittel, insbesondere Arztberichte, hingewiesen, die noch beigebracht würden oder von der Verwaltung beizuziehen seien, ist der versicherten Person eine angemessene Frist zur Einreichung der Beweismittel anzusetzen. Diese Massnahme setzt voraus, dass die ergänzenden Beweisvorkehren geeignet sind, den entsprechenden Beweis zu erbringen. Sie ist mit der Androhung zu verbinden, dass ansonsten gegebenenfalls auf Nichteintreten zu erkennen sei. Ergeht eine Nichteintretensverfügung im Rahmen eines Verwaltungsverfahrens, das den eben umschriebenen Erfordernissen betreffend Fristansetzung und Androhung der Säumnisfolgen genügt, legt das Gericht seiner beschwerdeweisen Überprüfung den Sachverhalt zu Grunde, wie er sich der Verwaltung bot (BGE 130 V 64 E. 5.2.5 S. 69). Wenn die der Neuanmeldung beigelegten ärztlichen Berichte so wenig substantiiert sind, dass sich eine neue Prüfung nur auf Grund weiterer Erkenntnisse allenfalls rechtfertigen würde, ist die IV-Stelle nur dann zur Nachforderung weiterer Angaben gehalten, wenn die ■ für sich allein genommen keine Glaubhaftigkeit begründenden ■ Arztberichte konkrete Hinweise darauf enthalten, dass möglicherweise eine rechtserhebliche Änderung vorliegt, welche sich mittels weiterer Erhebungen erstellen lässt (Urteil des Bundesgerichts 8C\_244/2016 vom 21. Juni 2016 E. 2.3).

2.2 Mit dem Beweismass des Glaubhaftmachens sind herabgesetzte Anforderungen an den Beweis verbunden. Die Tatsachenänderung muss also nicht nach dem im Sozialversicherungsrecht sonst üblichen Grad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (s. dazu BGE 126 V 353 E. 5b S. 360) erstellt sein. Es genügt, dass für das Vorhandensein des geltend gemachten rechtserheblichen Sachumstandes wenigstens gewisse Anhaltspunkte bestehen, auch wenn durchaus noch mit der Möglichkeit zu rechnen ist, bei eingehender Abklärung werde sich die behauptete Änderung nicht erstellen lassen (Urteil des Bundesgerichts 9C\_683/2016 vom 30. März 2017 E. 2.2). Die Verwaltung verfügt bei der Beurteilung der Eintretensvoraussetzungen über einen gewissen Beurteilungsspielraum. Dabei hat sie u.a. zu berücksichtigen, ob die frühere Verfügung nur kurze oder schon längere Zeit zurückliegt, und dementsprechend an die Glaubhaftmachung höhere oder weniger hohe Anforderungen zu stellen (BGE 109 V 262 E. 3 S. 264).

2.3 Ob eine anspruchsbegründende Änderung in dem für den Invaliditätsgrad erheblichen Tatsachenspektrum (also eine wesentliche Veränderung des Gesundheitszustands mit entsprechender Beeinflussung der Erwerbsunfähigkeit oder eine wesentliche Veränderung der erwerblichen Auswirkungen eines an sich gleich gebliebenen Gesundheitszustandes, s. dazu BGE 130 V 343 E. 3.5 S. 349 f.) glaubhaft dargetan ist, beurteilt sich (analog zur Rentenrevision nach Art. 17 Abs. 1 Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts / ATSG, SR 830.1) durch Vergleich des Sachverhalts im Zeitpunkt der letzten rechtskräftigen Verfügung, die auf einer umfassenden materiellen Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und ■ soweit erforderlich ■ Durchführung einer Invaliditätsgradbemessung beruht, mit dem Sachverhalt zur Zeit der streitigen neuen Verfügung (vgl. BGE 133 V 108 E. 4.2 S. 109 f., 130 V 71 E. 3.2.3 S. 77). Dabei ist auch die weitere Entwicklung bis zum Erlass der Verfügung über die Neuanmeldung zu berücksichtigen (s. Urteil des Bundesgerichts 8C\_244/2016 vom 21. Juni 2016 E. 2.1).

Die glaubhaft zu machende Änderung muss nicht jenes Anspruchselement betreffen, welches die Verwaltung der früheren rechtskräftigen Leistungsabweisung zu Grunde legte. Es genügt, wenn die versicherte Person zumindest die Änderung eines Sachverhalts aus dem gesamten für die Rentenberechtigung erheblichen Tatsachenspektrum glaubwürdig dartut (BGE 117 V 198 E. 4b S. 200).

Keine erhebliche Sachverhaltsänderung liegt vor, wenn ein neuer Arztbericht den bereits bekannten, im Zeitpunkt der ursprünglichen Verfügung gegebenen Sachverhalt anders bewertet und daraus andere Schlussfolgerungen zieht als im früheren Verwaltungs- und / oder Beschwerdeverfahren. Vielmehr bedarf es neuer Elemente tatsächlicher Natur, die nach der ursprünglichen Verfügung eingetreten und zum damals gegebenen Sachverhalt hinzugekommen sind oder diesen verändert haben (BGE 112 V 371 E. 2b S. 372).

Andererseits muss eine Veränderung des Gesundheitszustandes nicht in jedem Fall in einer abweichenden Diagnose Ausdruck finden, sondern kann unter Umständen selbst bei gleichbleibendem Leiden ■ und damit unveränderter Diagnose ■ abhängig vom jeweiligen Schweregrad des Krankheitsbildes bejaht werden (Urteil des Bundesgerichts 8C\_956/2010 vom 20. April 2011 E. 4.1).

### E. 3

3.1 Die Beschwerdegegnerin und das Versicherungsgericht stützten sich auf das polydisziplinäre Gutachten der Gutachterstelle D.\_\_\_\_ vom 14. Oktober 2016 (IV-Nrn. 126.1 - 126.7), als sie in der Verfügung vom 5. September 2017 resp. im Urteil vom 28. September 2018 einen Leistungsanspruch des Beschwerdeführers verneinten. Dieses Gutachten enthielt die folgenden Diagnosen (IV-Nr. 126.1 S. 10):

Mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit:

Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit:

Es liessen sich keine objektivierbaren allgemeininternistischen, kardiologischen und neurologischen Befunde erheben, welche die Beschwerdesymptomatik erklärten. Rheumatologisch sei durchaus denkbar, dass das generalisierte chronifizierte Schmerzsyndrom einen organläsionellen Kern aufweise. Das Ausmass der subjektiv geklagten Beschwerden übersteige die auf Grund der objektivierbaren Befunde zu erwartende Symptomatik jedoch deutlich. Aus psychiatrischer Sicht lasse sich keine anhaltende somatoforme Schmerzstörung diagnostizieren. Die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Hilfsarbeiter in einer Garage und als Maschinenführer sei rheumatologisch nicht mehr zumutbar. Für angepasste Tätigkeiten (körperlich sehr leicht bis leicht ohne Heben, Stossen oder Ziehen von Lasten über 5 bis 7 kg, ohne gehäufte Überkopfarbeiten oder gebückte resp. kauernde Verrichtungen, ohne gehäuft kniende Tätigkeiten, ohne wiederholtes Benutzen von Treppen, Stufen oder Leitern sowie ohne häufiges Rotieren des Oberkörpers) bestehe eine Arbeitsfähigkeit von mindestens 80 %, dies spätestens drei bis maximal sechs Monate nach der Bypassoperation im Juli 2010. Die psychiatrische Problematik begründe keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit (S. 11 + 12).

3.2 Dr. med. B.\_\_\_\_ listete in der Neuanmeldung vom 6. April 2019 die folgenden Diagnosen anderer Ärzte als «neue Erkenntnisse» auf, welche die Beschwerdegegnerin bei ihrer Beurteilung zu berücksichtigen habe (IV-Nr. 154 S. 1 f.):

Dieser Neuanmeldung lagen die nachstehenden Arztberichte bei (in chronologischer Reihenfolge):

3.2.1 Dr. med. J.\_\_\_\_, Facharzt für Rheumatologie FMH, stellte im Bericht vom 14. April 2018 folgende Diagnosen (IV-Nr. 154 S. 6 ff.):

Die diffusen Schmerzen hätten sich seit 2009 noch ausgebreitet. Die klinische Untersuchung vom 9. April 2018 zeige keine Hinweise für eine Pathologie des rheumatischen Formenkreises. Die muskuloskeletale Funktionsprüfung ergebe keine relevante Funktionseinschränkung. Inwieweit ein Teil der Beschwerden, insbesondere die Schmerzen der unteren Extremitäten, auf eine Polyneuropathie zurückzuführen sei, könne er als Rheumatologe nicht beurteilen. Auch wenn er die Vermutung von Dr. med. H.\_\_\_\_ vom 5. September 2016, es liege ein schweres Schmerzsyndrom mit Depression und somatisierter Angst vor, bestätigen könne, so sei er als Rheumatologe nicht in der Lage, eine psychiatrische Diagnose zu stellen. Es sei eine psychosomatische Beurteilung indiziert.

3.2.2 Der Bericht der Dres. K.\_\_\_\_ und L.\_\_\_\_, Ober- resp. Chefarzt am Kantonsspital G.\_\_\_\_, vom 4. Februar 2019 enthielt folgende Diagnosen (IV-Nr. 154 S. 4 f.):

Die MRI-Befunde der LWS erklärten die angegebenen Rückenschmerzen mit Ausstrahlung ins linke Bein sowie in den rechten Unterschenkel. Sobald die Genehmigung des Kardiologen vorliege, erfolge eine Infiltration.

3.2.3 Dr. med. H.\_\_\_\_, Facharzt für Innere Medizin FMH, speziell Kardiologie, hielt zur Untersuchung vom 21. Februar 2019 fest (IV-Nr. 154 S. 9 ff.), der Beschwerdeführer leide unter einer bekannten koronaren Herzkrankheit mit erhaltener linksventrikulärer Funktion und diffusen invalidisierenden Beschwerden, insbesondere Schwindel, sowie deutlich verminderter Leistungsfähigkeit. Nach PTCA / Stent an LCX und Hauptstamm links habe sich die Anstrengungsdyspnoe gebessert, während die Brustbeschwerden unverändert seien. EKG und Ruhe-Echokardiographie präsentierten sich weiterhin normal. Es persistierten eine schwere körperliche Dekonditionierung sowie ein invalidisierendes Schmerzsyndrom mit Depression und somatisierter Angst. Günstig seien die aktuell normalen Lipide und Blutdruckwerte. Der Beschwerdeführer sei funktionell weiterhin zu 100 % arbeitsunfähig und habe Anspruch auf eine vollumfängliche Invalidenrente. In Anbetracht des Verlaufs könne eventuell nochmals ein neues Rentenbegehren begründet werden.

3.2.4 Dr. med. E.\_\_\_\_, Facharzt für Hals-, Nasen-, Ohrenkrankheiten FMH, stellte im Bericht vom 2. April 2019 folgende Diagnosen (IV-Nr. 154 S. 3):

Die ORL-Befunde seien unauffällig. Für das Globusgefühl finde sich im HNO-Bereich kein klinisches Korrelat.

3.2.5 Gemäss der Stellungnahme der RAD-Ärztin Dr. med. C.\_\_\_\_ vom 16. April 2019 (IV-Nr. 155) enthielten die vorgenannten medizinischen Unterlagen keine wesentlichen neuen Sachverhalte. Eine relevante Verschlechterung des Gesundheitszustandes werde dadurch nicht glaubhaft gemacht.

3.3 Zusammen mit seinem Einwand gegen den Vorbescheid vom 25. November 2019 reichte der Beschwerdeführer die folgenden Arztberichte ein:

3.3.1 Dr. med. B.\_\_\_\_ erweiterte im Bericht vom 10. November 2019 (IV-Nr. 164 S. 12 f.) seine Diagnosenliste (E. II. 3.2 hiervor) um die Feststellungen, welche Dr. med. J.\_\_\_\_ am 14. April 2018 getroffen hatte (s. E. II. 3.2.1 hiervor). Er, Dr. med. B.\_\_\_\_, behandle den Beschwerdeführer seit Februar 2018. Der Gesundheitszustand habe sich seit dem D.\_\_\_\_-Gutachten bzw. der IV-Verfügung vom 5. September 2017 verschlechtert. Seit damals seien neue Diagnosen hinzugetreten. Die Arbeitsfähigkeit liege sowohl in der

angestammten Tätigkeit als Maschinenbediener als auch in einer Verweistätigkeit bei 0 %.

3.3.2 Dr. med. H. \_\_\_ hielt im Bericht vom 7. November 2019 folgende Diagnosen fest (IV-Nr. 164 S. 15 ff.):

Dr. med. H. \_\_\_ bekräftigte nach der Untersuchung vom 23. Oktober 2019, dass eine schwere körperliche Dekonditionierung sowie ein invalidisierendes Schmerzsyndrom mit Depression und somatisierter Angst persistierten. Neu hinzugetreten seien eine therapeutisch kaum beeinflussbare invalidisierende Problematik bei lumbalen Diskushernien sowie Synkopen bei körperlicher Belastung. Als Folge der diversen internistischen Diagnosen bestehe ein chronisches Fatigue-Syndrom, welches vor allem durch den langjährigen Diabetes mellitus Typ II verursacht werde. Der Gesundheitszustand sei zudem durch die immer wieder floride koronare Herzkrankheit eingeschränkt. Zudem befinde sich der Beschwerdeführer mittlerweile in psychiatrischer Behandlung. Er sei weiterhin zu 100 % arbeitsunfähig. In Anbetracht des Verlaufs mit Aggravation der Beschwerden und neuen medizinischen Diagnosen sei ein erneutes Rentenbegehren begründet. Die bisherigen Gutachten durch die Beschwerdegegnerin seien Beschimpfungs- und Gefälligkeitsgutachten mit Elementen der Falschbeurkundung, er verweise hier auf seine Eingaben vom 15. April 2014 und 11. Dezember 2017 (s. IV-Nr. 154 S. 14 ff.).

3.3.3 Die RAD-Ärztin Dr. med. C. \_\_\_ hielt in ihrer Stellungnahme vom 6. Januar 2020 wiederum dafür (IV-Nr. 166), dass keine relevante gesundheitliche Verschlechterung eingetreten sei.

## **E. 3.4**

3.4.1 Die Beschwerdegegnerin hatte den Beschwerdeführer im Vorbescheid unter Androhung des Nichteintretens ausdrücklich dazu aufgefordert, Beweismittel vorzulegen (E. I. 1.2 hiervor). Zu berücksichtigen sind daher diejenigen Arztberichte, welche der Beschwerdeführer zusammen mit seiner Neuanmeldung und seinem Einwand gegen den Vorbescheid einreichte (s. dazu E. II. 2.1 hiervor).

3.4.2 Der Beschwerdeführer beruft sich darauf, dass seit der Abweisung seines Leistungsbegehrens am 5. September 2017 neue Diagnosen hinzugetreten seien. Die beigebrachten Arztberichte nennen in der Tat Leiden, welche sich im D. \_\_\_ -Gutachten von 2016 noch nicht finden. Dies allein genügt aber nicht, um eine anspruchrelevante gesundheitliche Verschlechterung anzunehmen, denn eine solche muss sich auf den Invaliditätsgrad auswirken (BGE 141 V 9 E. 5.2 S. 12). Auch bei somatisch dominierten Leiden besteht indes keine Korrelation zwischen ärztlich gestellter Diagnose und Arbeitsunfähigkeit (BGE 140 V 193 E. 3.1 S. 195), entscheidend sind vielmehr der Schweregrad der Befunde sowie die konkreten Auswirkungen auf die Leistungsfähigkeit (Urteil des Bundesgerichts 8C\_737/2019 vom 19. Juli 2020 E. 5.1.2). Im Rahmen einer Neuanmeldung ist es daher erforderlich, dass sich die Befundlage geändert hat (Urteil des Bundesgerichts 8C\_367/2020 vom 4. August 2020 E. 5.2.2). Dies ist jedoch im vorliegenden Fall nicht glaubhaft gemacht worden:

3.4.2.1 Zum Bericht von Dr. med. E. \_\_\_ (E. II. 3.2.4 hiervor) ist festzuhalten, dass dieser neu von einer Schwerhörigkeit spricht. Daraus kann der Beschwerdeführer aber nichts zu seinen Gunsten ableiten. Dr. med. E. \_\_\_ macht nämlich keinerlei Angaben dazu, wie ausgeprägt diese Schwerhörigkeit ist und inwieweit sie den Beschwerdeführer bei einer Arbeit beeinträchtigen würde. Es fehlen namentlich jegliche audiometrischen Messwerte, welche darüber Aufschluss geben könnten. Im Übrigen ist auf die Feststellung der

RAD-Ärztin Dr. med. C.\_\_\_\_ zu verweisen, dass sich eine Schwerhörigkeit nur in bestimmten Situationen auf die Erwerbstätigkeit auswirkt (s. IV-Nr. 155 S. 1 / Nr. 166 S. 1). Weiter vermochte Dr. med. E.\_\_\_\_ das Globusgefühl, welches der Beschwerdeführer subjektiv beklagt, nicht zu objektivieren. Diesem Beschwerdebild kann deshalb von vornherein keine invalidisierende Wirkung beigemessen werden.

Was den Schwindel angeht, so ist ein solcher bereits im D.\_\_\_\_-Gutachten berücksichtigt worden (s. IV-Nr. 126.4 S. 2 + 7 / Nr. 126.5 S. 3 / Nr. 126.6 S. 2), doch massen ihm die Experten damals keine Bedeutung für die Arbeitsfähigkeit bei. Die Dres. E.\_\_\_\_ und H.\_\_\_\_ erwähnen die Schwindelsymptomatik zwar in ihren Berichten (E. II. 3.2.4 + 3.3.2 hiervor), aber ohne näher darauf einzugehen. Sie sagen insbesondere nirgends, dass sich diese Symptomatik seit der Begutachtung verstärkt habe.

3.4.2.2 Zu den Beschwerden am Bewegungsapparat ist zu bemerken, dass Dr. med. J.\_\_\_\_ ein diffuses Schmerzsyndrom diagnostiziert, welches aber schon 2008, also vor der D.\_\_\_\_-Begutachtung, bestanden habe (E. II. 3.2.1 hiervor). Zwar spricht Dr. med. J.\_\_\_\_ weiter davon, dass sich die Schmerzen in der Zwischenzeit ausgebreitet hätten. Er hält indes zugleich fest, dass sich die klinische Situation sowohl 2009 als auch 2018 gleichermassen weitgehend unauffällig präsentiert habe. Dies bedeutet aber, dass Dr. med. J.\_\_\_\_ gar keine objektive gesundheitliche Veränderung seit dem D.\_\_\_\_-Gutachten feststellt. Die erwähnte Ausdehnung der diffusen Schmerzen beruht offenbar lediglich auf den subjektiven Angaben des Beschwerdeführers, was zur Glaubhaftmachung nicht ausreicht (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C\_793/2016 vom 3. März 2017 E. 4.1.2).

Richtig ist, dass sich die Befundlage insoweit geändert hat, als 2019 an der Lendenwirbelsäule zwei Diskusprotrusionen mit Nervenwurzelkontakt festgestellt wurden, was im D.\_\_\_\_-Gutachten (und auch im Bericht von Dr. med. J.\_\_\_\_ aus dem Jahr 2018) noch nicht der Fall gewesen war. Die Ärzte des Kantonsspitals G.\_\_\_\_ hielten dafür, diese radiologischen Befunde erklärten die geklagten Rückenbeschwerden (E. II. 3.2.2 hiervor). Bei Gesundheitsschäden im Bereich der Wirbelsäule kommt indes der klinischen Untersuchung eine zentrale Bedeutung zu (Urteil des Bundesgerichts 8C\_839/2019 vom 12. Mai 2020 E. 4.3). Radiologisch sichtbare degenerative Veränderungen an den Wirbeln allein beweisen noch nicht, dass Schmerzen am Bewegungsapparat wirklich dort ihren Ursprung haben (Urteil des Bundesgerichts 8C\_82/2019 vom 19. September 2019 E. 5.3); dies muss im vorliegenden Fall umso mehr gelten, als die RAD-Ärztin unter Hinweis auf die medizinische Fachliteratur erklärt, die erwähnten radiologischen Befunde seien nicht ausgeprägt genug, um die Schmerzen des Beschwerdeführers damit in Verbindung zu bringen (IV-Nr. 166 S. 2). Neue morphologische Veränderungen, welche in der Bildgebung dargestellt werden, bewirken deshalb keine Verminderung der Arbeitsfähigkeit und keinen höheren Invaliditätsgrad, wenn zugleich der objektive klinische Befund derselbe geblieben ist. Der Bericht des Kantonsspitals G.\_\_\_\_ vom 4. Februar 2019 enthält jedoch keinerlei Angaben zu den objektivierbaren klinischen Befunden. Namentlich fehlt es an einer schlüssigen klinischen Verifizierung eines radikulären Reiz- oder Ausfallsyndroms. Vor diesem Hintergrund ist es nicht möglich, die aktuelle Befundlage mit dem Zustand zur Zeit des D.\_\_\_\_-Gutachtens zu vergleichen. Der Bericht des Kantonsspitals taugt folglich nicht dazu, im Hinblick auf die festgestellten Diskusprotrusionen eine relevante Veränderung glaubhaft zu machen.

3.4.2.3 Was die kardiologische Seite betrifft, so war bereits im D.\_\_\_\_-Gutachten von einer koronaren Erkrankung die Rede gewesen. Richtig ist, dass in der Zwischenzeit am 28.

Januar 2019 ein kardiologischer Eingriff erfolgte (s. E. II. 3.2 hiervor). Eine dauerhafte gesundheitliche Verschlechterung ergibt sich daraus aber nicht. Im Oktober 2019 lag der LVEF-Wert gemäss Dr. med. H.\_\_\_\_ bei 68 % (E. II. 3.3.2 hiervor). Dies entspricht dem Wert im November 2015 (d.h. vor der gutachterlichen Untersuchung im Juli 2016) und ist nur unwesentlich tiefer als die Werte von 72 % im September 2016 (einen Monat, bevor das D.\_\_\_\_-Gutachten erging) resp. 70 % im Juni 2017 (drei Monate vor der Verfügung vom 5. September 2017). Zudem waren Ergometrie und Belastungs-Echokardiographie sowohl 2016 resp. 2017 als auch 2019 gleichermassen normal ausgefallen. Von einer langdauernden wesentlichen Verschlechterung kann angesichts dieser objektiven Untersuchungsbefunde keine Rede sein. Aus den weiteren Ausführungen von Dr. med. H.\_\_\_\_ ergibt sich nichts anderes. Er hält zwar dafür, die Beschwerden hätten im Verlauf zugenommen und es seien weitere Diagnosen gestellt worden, was ein erneutes Rentenbegehren rechtfertige. Dem ist einmal zu entgegenen, dass sich eine anspruchsrelevante gesundheitliche Verschlechterung nicht einfach mit dem Hinweis auf neue Diagnosen begründen lässt (s. dazu E. II. 3.4.2 hiervor). Vor allem aber ergeben sich aus den Ausführungen von Dr. med. H.\_\_\_\_ keine veränderten Befunde. In seinen aktuellen Berichten ist vielmehr von unveränderten langjährigen Brustbeschwerden die Rede, welche eine Invalidität bewirkten (IV-Nr. 154 S. 9 + 11 / Nr. 164 S. 16 + 19). Dr. med. H.\_\_\_\_ hatte diese Beschwerden bereits im Schreiben vom 15. April 2014 als invalidisierend bezeichnet (IV-Nr. 154 S. 17), also noch vor dem D.\_\_\_\_-Gutachten, und damals wie heute eine vollständige Arbeitsunfähigkeit attestiert (IV-Nr. 154 S. 18). Dasselbe gilt für die in den aktuellen Berichten festgehaltene persistierende schwere körperliche Dekonditionierung sowie das schwere Schmerzsyndrom mit Depression und somatisierter Angst, wurde doch beides bereits im Bericht vom 20. November 2015 erwähnt (IV-Nr. 114 S. 7), also ebenfalls vor der Begutachtung von 2016. Identisch ist damals wie heute auch die folgende Beurteilung durch Dr. med. H.\_\_\_\_ (IV-Nr. 114 S. 7 und Nr. 164 S. 19):

Patient mit bekannter koronarer Herzkrankheit, erhaltener linksventrikulärer Funktion und diffusen invalidisierenden Beschwerden, insbesondere Schwindel, und deutlich verminderter Leistungsfähigkeit

Angesichts dessen lässt sich mit Fug und Recht sagen, dass Dr. med. H.\_\_\_\_ gar nicht von einer gesundheitlichen Verschlechterung seit der Begutachtung ausgeht. Er hält vielmehr einfach an seiner früheren Auffassung fest, obwohl diese in der Zwischenzeit vom D.\_\_\_\_-Gutachten widerlegt wurde. Dies zeigt sich auch darin, dass er das D.\_\_\_\_-Gutachten nach wie vor als reines Gefälligkeitsgutachten abtut und auf eigene Stellungnahmen von 2014 und 2017 verweist, dies unbesehen der Tatsache, dass das Versicherungsgericht das D.\_\_\_\_-Gutachten im Urteil vom 28. September 2018 als voll beweiskräftig erachtet und seine Einwände verworfen hatte. Vor diesem Hintergrund sind die Berichte von Dr. med. H.\_\_\_\_ nicht geeignet, eine Verschlechterung der bestehenden Koronarerkrankung glaubhaft zu belegen.

Soweit sich Dr. med. H.\_\_\_\_ zu organischen Leiden äussert, welche nicht kardiologischer oder internistischer Natur sind, so hat dies keinen Beweiswert. Einerseits verlässt Dr. med. H.\_\_\_\_ damit sein Fachgebiet. Andererseits vermögen seine diesbezüglichen Angaben auch für sich allein genommen nicht zu überzeugen. So diagnostiziert er etwa ohne sich mit den einschlägigen Kriterien des Klassifikationssystems ICD-10 zu befassen oder entsprechende Untersuchungsergebnisse wiederzugeben, Krankheitsbilder wie eine Neuropathie oder ein CFS, die im Übrigen weder vom Hausarzt noch einem anderen Arzt bestätigt werden. Bei

den anderenorts festgestellten Diskusprotrusionen wiederum begnügt er sich damit, lapidar eine invalidisierende Wirkung zu behaupten, ohne dies irgendwie zu begründen (vgl. dazu E. II. 3.4.2.2 hiervor). Was schliesslich das Auftreten von Synkopen anbelangt, so handelt es sich dabei offenbar um einen einzelnen Vorfall (s. IV-Nr. 164 S. 16), woraus sich keine anhaltende Verschlimmerung ableiten lässt.

3.4.2.4 Psychiatrische Berichte hat der Beschwerdeführer keine eingereicht, so dass es insoweit keine konkreten Anhaltspunkte für eine Verschlechterung gibt. Die Feststellungen der Dres. H.\_\_\_\_ und J.\_\_\_\_ können hier nicht herangezogen werden, da ihnen als somatisch ausgerichtete Ärzte die Kompetenz zur Beurteilung psychischer Leiden abgeht und sie auch keine nach ICD-10 codierten Diagnosen stellen (wobei sich Dr. med. J.\_\_\_\_ ohnehin einer abschliessenden Aussage enthält). Der Hinweis von Dr. med. H.\_\_\_\_, es sei eine psychiatrische Behandlung aufgenommen worden, reicht ohne Angaben des behandelnden Psychiaters zu den Gründen der Therapie nicht aus, könnte es sich doch auch um eine Begleitung in einer invaliditätsfremden psychosozialen Belastungssituation handeln.

3.4.2.5 Der Hausarzt Dr. med. B.\_\_\_\_ postuliert zwar ausdrücklich eine gesundheitliche Verschlechterung seit 2016 resp. 2017, belässt es aber dabei, auf die von anderen Ärzten gestellten Diagnosen zu verweisen, ohne eigene Untersuchungsbefunde anzuführen. Eine eigenständige Bedeutung kommt seinen Berichten daher nicht zu. Aus den Diagnosen der Dres. E.\_\_\_\_, J.\_\_\_\_, H.\_\_\_\_ sowie K.\_\_\_\_ und L.\_\_\_\_, deren Berichte dem Gericht vorliegen, ergibt sich nichts für den Beschwerdeführer, wie bereits dargelegt wurde (s. E. II. 3.4.2.1 - 3.4.2.4 hiervor). Was die Dres. F.\_\_\_\_ und I.\_\_\_\_ betrifft, welche Dr. med. B.\_\_\_\_ ebenfalls erwähnt, so ist darauf hinzuweisen, dass deren Berichte nicht zu den Akten gegeben wurden. Diese können mit anderen Worten nicht überprüft werden, weshalb es sich von vornherein verbietet, damit in irgendeiner Weise eine gesundheitliche Verschlechterung belegen zu wollen.

3.5 Zusammenfassend ist gestützt auf die Würdigung aller im Neuanmeldungsverfahren eingereichten Arztberichte festzuhalten, dass die Beschwerdegegnerin im Rahmen des ihr zustehenden Ermessens blieb, als sie eine relevante gesundheitliche Verschlechterung seit der vorhergehenden Verfügung vom 5. September 2017 als nicht glaubhaft ansah. Dies gilt auch dann, wenn man berücksichtigt, dass seit dieser Verfügung vom 5. September 2017 mehr als zwei Jahre vergangen waren. Die Beschwerdegegnerin ist folglich auf die Neuanmeldung des Beschwerdeführers vom 6. April 2019 zu Recht nicht eingetreten, dies sowohl bezüglich der beruflichen Massnahmen als auch bezüglich der Rente. Die Beschwerde stellt sich damit als unbegründet heraus und ist abzuweisen.

#### **E. 4**

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

4.2 Bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder Verweigerung von Leistungen der Invalidenversicherung ist das Beschwerdeverfahren vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig (Art. 69 Abs. 1bis Bundesgesetz über die Invalidenversicherung / IVG, SR 831.20). Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von CHF 200.00 bis

1'000.00 festgelegt. Im vorliegenden Fall hat der unterlegene Beschwerdeführer die Verfahrenskosten von CHF 600.00 zu bezahlen. Diese werden mit dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe verrechnet.

Demnach wird erkannt:

3. Der Beschwerdeführer hat die Verfahrenskosten von CHF 600.00 zu bezahlen. Dieser Betrag wird mit dem geleisteten Kostenvorschuss in Höhe von CHF 600.00 verrechnet.

Rechtsmittel

Gegen diese Entscheidung kann innerhalb 30 Tagen seit 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 Zwischenentscheidungen (dazu gehört auch die Rückweisung zu weiteren Abklärungen) sind die zusätzlichen Voraussetzungen nach Art. 92 oder 93 BGG zu beachten.

Versicherungsgericht des Kantons Solothurn

Die Vizepräsidentin                      Der Gerichtsschreiber

Weber-Probst                              Haldemann

Der vorliegende Entscheidung wurde vom Bundesgericht mit Urteil 9C\_19/2021 vom 29. März 2021 bestätigt.

#### **E. 5**

Persönlichkeit mit Verdacht auf infantil-histrionische und passiv-aggressive (negativistische) sowie querulatorische Züge (Z73.1)

#### **E. 6**

Ungerichteter Schwindel mit Angst vor Stürzen

#### **E. 7**

Prognostisch relevante Karotis-Atheromatose

#### **E. 8**

Diabetes mellitus Typ 2 mit Retinopathie und autonomer Neuropathie sowie Chronic Fatigue Syndrom; August 2018: Periphere Neuropathie mit Fuss-Dysästhesien

#### **E. 9**

Nephropathie rechts

#### **E. 10**

Verdacht auf engen Spinalkanal

#### **E. 11**

Verdacht auf Cluster-Headache linkes Auge Dr. med. H. \_\_\_ bekräftigte nach der Untersuchung vom 23. Oktober 2019, dass eine schwere körperliche Dekonditionierung sowie ein invalidisierendes Schmerzsyndrom mit Depression und somatisierter Angst persistierten. Neu hinzugetreten seien eine therapeutisch kaum beeinflussbare

invalidisierende Problematik bei lumbalen Diskushernien sowie Synkopen bei körperlicher Belastung. Als Folge der diversen internistischen Diagnosen bestehe ein chronisches Fatigue-Syndrom, welches vor allem durch den langjährigen Diabetes mellitus Typ II verursacht werde. Der Gesundheitszustand sei zudem durch die immer wieder floride koronare Herzkrankheit eingeschränkt. Zudem befinde sich der Beschwerdeführer mittlerweile in psychiatrischer Behandlung. Er sei weiterhin zu 100 % arbeitsunfähig. In Anbetracht des Verlaufs mit Aggravation der Beschwerden und neuen medizinischen Diagnosen sei ein erneutes Rentenbegehren begründet. Die bisherigen Gutachten durch die Beschwerdegegnerin seien Beschimpfungs- und Gefälligkeitsgutachten mit Elementen der Falschbeurkundung, er verweise hier auf seine Eingaben vom

### **E. 15**

April 2014 und 11. Dezember 2017 (s. IV-Nr. 154 S. 14 ff.). 3.3.3 Die RAD-Ärztin Dr. med. C.\_\_\_\_ hielt in ihrer Stellungnahme vom 6. Januar 2020 wiederum dafür (IV-Nr. 166), dass keine relevante gesundheitliche Verschlechterung eingetreten sei.

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