

# SO\_GERICHTE VSBES.2020.74 vom 25. Januar 2021

SO Obergericht, 2021-01-25, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so\\_gerichte\\_VSBES.2020.74\\_d20210125](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2020.74_d20210125)

FR: SO\_GERICHTE VSBES.2020.74 du 25 janvier 2021

IT: SO\_GERICHTE VSBES.2020.74 del 25 gennaio 2021

## Regeste

Berufliche Massnahme

## Erwägungen

### E. 1

1.1 A.\_\_\_\_ (nachfolgend: Beschwerdeführer), geb. 1965, meldete sich am 21. April 2016 erstmals zum Bezug von Leistungen der Invalidenversicherung (berufliche Integration/Rente) an (IV Stelle Beleg Nr. [IV-Nr.] 6). Als gesundheitliche Beeinträchtigung wurden Neurodermitis, Asthma und diverse Allergien, Depressionen mit starken Gemütsschwankungen, Antriebslosigkeit, Schlaf- und Konzentrationsprobleme sowie Schmerzen an Hals, Schultern, Rücken, Hüften und Knien angegeben. Seit Mai 1996 ist der Beschwerdeführer als IT Software Engineer bei der Firma B.\_\_\_\_ AG angestellt. Aktuell ist er beim selben Arbeitgeber noch in einem Teilzeitpensum tätig. 1.2 Die IV-Stelle des Kantons Aargau nahm in der Folge verschiedene Abklärungen in medizinischer sowie beruflicher Hinsicht vor. Sie holte diverse medizinische Berichte sowie einen Arbeitgeberbericht vom 11. Juli 2016 (IV-Nr. 28.1) ein und führte mit dem Beschwerdeführer am 1. November 2016 ein Erstgespräch Frühintegration durch (IV-Nr. 39). Der Beschwerdeführer erklärte, er hoffe, dass es ihm möglich sein werde, das Pensum von aktuell 60 % zu steigern. Derzeit sei dies jedoch aufgrund der Beschwerden unklar. 1.3 Mit Mitteilung vom 11. Januar 2017 (IV-Nr. 46) wurde dem Beschwerdeführer von der IV-Stelle des Kantons Aargau eine Kostenbeteiligung für die Einrichtung eines ergonomischen Arbeitsplatzes zugesprochen. 1.4 Mit Vorbescheid vom 16. Januar 2017 (IV-Nr. 50) teilte die IV-Stelle des Kantons Aargau dem Beschwerdeführer mit, es seien keine beruflichen Massnahmen angezeigt. Die IV-Stelle werde nun die medizinisch theoretische Arbeitsfähigkeit abklären und nach Abschluss der Abklärungen zum Leistungsbegehren des Beschwerdeführers Stellung nehmen. Mit Verfügung vom 28. Februar 2017 (IV-Nr. 55) bestätigte sie den erwähnten Entscheid. Dieser erwuchs unangefochten in Rechtskraft. 1.5 Nach Einholen weiterer medizinischer Unterlagen und nach Rücksprache mit dem Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD; vgl. IV-Nr. 75) liess die IV-Stelle des Kantons Aargau den Beschwerdeführer polydisziplinär begutachten (Allgemeine Innere Medizin, Psychiatrie, Rheumatologie, Dermatologie und Venerologie). Dieses Gutachten wurde durch die Begutachtungsstelle C.\_\_\_\_ AG am 13. April 2018 erstattet (IV-Nr. 99.2 - 99.5). 1.6 Nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren (IV-Nr. 100) und nach Rücksprache mit dem RAD (vgl. IV-Nr. 114) wies die IV-Stelle des Kantons Aargau das Leistungsbegehren des Beschwerdeführers mit Verfügung vom 6. November 2018 (IV-Nr. 115) ab. Gegen diese Verfügung liess der Beschwerdeführer am 10. Dezember 2018 fristgerecht Beschwerde erheben (IV-Nr. 118, S. 2 ff.). Diese wurde vom Versicherungsgericht des Kantons Aargau mit Urteil vom 16. September 2019 abgewiesen

(IV-Nr. 124; VBE.2018.963).

## **E. 2**

Aus das Leistungsbegehren soll ergo eingetreten werden.

## **E. 3**

Die auch vom RAD als sinnvoll erachteten beruflichen Massnahmen seien weiter zu evaluieren und durch zu führen. 4. In ihrer Beschwerdeantwort vom

### **E. 3.1**

S. 73, mit Hinweisen; Urteil des Bundesgerichts 8C\_819/2013 vom 4. Februar 2014 E. 2). Die glaubhaft zu machende Änderung muss nicht gerade jenes Anspruchselement betreffen, welches die Verwaltung der früheren rechtskräftigen Leistungsabweisung zugrunde legte. Vielmehr hat es zu genügen, wenn die versicherte Person zumindest die Änderung eines Sachverhalts aus dem gesamten für die Rentenberechtigung erheblichen Tatsachenspektrum glaubwürdig dartut. Trifft dies zu, ist die Verwaltung verpflichtet, auf das neue Leistungsbegehren einzutreten und es allseitig zu prüfen (BGE 117 V 200 E. 4b). Diese Regeln zur Behandlung von Neuanmeldungen beziehen sich nur auf gleichlautende Leistungsgesuche (SVR 1999 IV Nr. 21). 4.2 Nach Eingang einer Neuanmeldung ist die Verwaltung zunächst zur Prüfung verpflichtet, ob die Vorbringen der versicherten Person überhaupt glaubhaft sind; verneint sie dies, so erledigt sie das Gesuch ohne weitere Abklärungen durch Nichteintreten. Dabei wird sie unter anderem zu berücksichtigen haben, ob die frühere Verfügung nur kurze oder schon längere Zeit zurückliegt, und dementsprechend an die Glaubhaftmachung höhere oder weniger hohe Anforderungen stellen. Insofern steht ihr ein gewisser Beurteilungsspielraum zu, den der Richter grundsätzlich zu respektieren hat. Die Behandlung der Eintretensfrage durch die Verwaltung ist deshalb vom Gericht nur zu überprüfen, wenn das Eintreten streitig ist (BGE 109 V 114 E. 2b). Die versicherte Person muss mit der Neuanmeldung (oder dem Revisionsgesuch) die massgebliche Tatsachenänderung glaubhaft machen. Der Untersuchungsgrundsatz, wonach das Gericht von Amtes wegen für die richtige und vollständige Abklärung des rechtserheblichen Sachverhalts zu sorgen hat, spielt insoweit nicht. Wird in der Neuanmeldung (oder dem Revisionsgesuch) kein Eintretenstatbestand geltend 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 diesen Erfordernissen betreffend Fristansetzung und Androhung der Säumnisfolgen genügt, legen die Gerichte ihrer beschwerdeweisen Überprüfung den Sachverhalt zu Grunde, wie er sich der Verwaltung bot (BGE 130 V 69 E. 5.2.5).

## **E. 4**

4.1 Wurde eine Rente wegen eines fehlenden oder zu geringen Invaliditätsgrades bereits einmal verweigert bzw. aufgehoben, so wird eine neue Anmeldung nur geprüft, wenn die versicherte Person glaubhaft macht, dass sich der Grad der Invalidität in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert hat (Art. 87 Abs. 2 und 3 Verordnung über die Invalidenversicherung [IVV, SR 831.201]). Dies gilt in analoger Weise auch für

Revisionsgesuche im Sinne von Art. 17 Abs. 1 ATSG (BGE 130 V 351 E. 3.5.3) sowie dann, wenn die versicherte Person nach vorausgegangener rechtskräftiger Ablehnung erneut eine Eingliederungsmassnahme beantragt (BGE 113 V 27; ZAK 1991 S. 262 E. 1a). Mit dieser Bestimmung soll verhindert werden, dass sich die Verwaltung nach vorausgegangener rechtskräftiger Rentenverweigerung immer wieder mit gleichlautenden und nicht näher begründeten, d.h. keine Veränderung des Sachverhalts darlegenden Rentengesuchen befassen muss (BGE 130 V 68 E. 5.2.3, 125 V 412 E. 2b, 117 V 200 E. 4b). Ob eine anspruchsbegründende Änderung in den für den Invaliditätsgrad erheblichen Tatsachen eingetreten ist, beurteilt sich im Neuanmeldungsverfahren – analog zur Rentenrevision nach Art. 17 Abs. 1 ATSG (BGE 105 V 29 S. 30) – durch Vergleich des Sachverhalts, wie er im Zeitpunkt der letzten – auf einer umfassenden Sachverhaltsabklärung beruhenden – Ablehnungsverfügung bestanden hat, mit demjenigen zur Zeit der streitigen neuen Verfügung (BGE 130 V 71 E.

## **E. 5**

5.1 Die Beschwerdegegnerin legt in der angefochtenen Verfügung (A.S. 1 ff.; IV-Nr. 132) dar, mit dem neuen Gesuch vom 22. November 2019 habe der Beschwerdeführer keine neuen Tatsachen geltend gemacht. Um das Gesuch prüfen zu können, müsse sich seine berufliche oder medizinische Situation wesentlich geändert haben. Solche Veränderungen hätten nicht festgestellt werden können. Das von Dr. med. E. \_\_\_ erhaltene Schreiben vom 15. Februar 2020 sei geprüft worden. Die erneute Prüfung der Unterlagen durch den RAD habe ergeben, dass weiterhin nicht glaubhaft gemacht werden können, dass sich die Verhältnisse in anspruch relevanter Weise verändert hätten. Es werde deshalb am Entscheid festgehalten.

5.2 Der Beschwerde (A.S. 3 ff.) lässt sich entnehmen, in regelmässigen Gesprächsstunden mit dem Vorgesetzten des Beschwerdeführers, dem Sozialdienst der B. \_\_\_ AG sowie der behandelnden Psychiaterin werde die Arbeitsfähigkeit beurteilt. Eine Steigerung über 60 % sei seit einigen Monaten nicht möglich und auch der Arbeitgeber wolle den Beschwerdeführer nicht mehr beschäftigen, wenn die Leistung dafür nicht stimme. Eine Vertragsveränderung, die der Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers entspreche, sei bereits einmal vom HR angestossen worden. In vorgängig genannter Gesprächsstunde sei dem Beschwerdeführer noch einmal Zeit bis Ende Juni gegeben worden, um seine Arbeitsfähigkeit zu steigern. Mit dem immer noch aktuellen Vertrag für eine 100%-Stelle würden nur 60 % vergütet, denn sowohl die Lohnfortzahlung als auch die Krankentaggelder seien schon länger ausgelaufen. Die im Gutachten empfohlenen Massnahmen seien umgesetzt und dennoch habe sich der Zustand des Beschwerdeführers verschlechtert. Die Realität sei, dass er mehr Zeit und Unterstützung benötige, um die Arbeitsfähigkeit zu steigern. Nach Einschätzung der behandelnden Ärztin sei es ungewiss, ob er jemals wieder zu 100 % leistungsfähig sein werde. Die im Gutachten beschriebene angepasste Tätigkeit sei in dieser Art realitätsfremd, dies sicher nicht nur im Beruf des Beschwerdeführers.

In der Replik (IV-Nr. 34 ff.) wird ergänzend vorgebracht, die Beschwerdegegnerin berufe sich darauf, dass keine relevante Änderung im Gesundheitszustand vorliege und stütze sich auf das vom Versicherungsgericht des Kantons Aargau gestützte Gutachten. In diesem Gutachten sei von einer mindestens 80%igen Arbeitsfähigkeit ausgegangen worden. Auf den Antrag des Beschwerdeführers auf Unterstützung, um wieder voll arbeitsfähig zu werden, sei zu keiner Zeit und in keiner Weise eingegangen worden. Der Arbeitgeber passe

nun aufgrund der diversen Einschränkungen den Arbeitsvertrag per 1. Oktober 2020 auf ein 60%-Pensum an. Es sei durch den Arbeitgeber in mehreren Dokumenten ausgewiesen worden, dass eine signifikante Einschränkung über mehrere Jahre bestanden habe und immer noch bestehe. Diese Fakten seien nie gebührend berücksichtigt worden. Selbst der RAD erachte berufliche Massnahmen als sinnvoll.

6. Streitig und zu prüfen ist demnach, ob die Beschwerdegegnerin auf die Neuanschuldung des Beschwerdeführers zu Recht nicht eingetreten ist. Ob eine in diesem Sinn erhebliche Veränderung glaubhaft gemacht wurde, beurteilt sich durch einen Vergleich der vom Beschwerdeführer neu eingereichten Unterlagen mit dem Sachverhalt bei Erlass der letzten ablehnenden Rentenverfügung vom 6. November 2018 (IV-Nr. 115).

6.1 Bei der letzten leistungsabweisenden Verfügung vom 6. November 2018 (IV-Nr. 115), welche vom Versicherungsgericht des Kantons Aargau mit Urteil vom 16. September 2019 (IV-Nr. 124) bestätigt wurde, stellte die IV-Stelle des Kantons Aargau im Wesentlichen auf das polydisziplinäre Gutachten der Begutachtungsstelle C. \_\_\_ vom 13. April 2018 ab (IV-Nr. 99.2 - 99.5). Darin wurden keine Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit festgestellt. Ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit seien folgende Diagnosen:

Aus rein internistischer Sicht bestehe keine Erkrankung mit Auswirkung auf die Belastbarkeit oder Arbeitsfähigkeit. Aus dermatologischer Sicht könne die Schwere atopische Dermatitis sowie das Asthma bronchiale und Rhinokonjunktivitis mit möglicher Auswirkung auf eine Arbeitsfähigkeit gewertet werden. Die atopische Dermatitis bestehe seit der Jugend und bedinge eine Immunsuppression mit Cyclosporin A. Unter dieser Therapie zeige sich eine gute Kontrolle der Ekzeme Herde, bei noch Akzentuierung im Bereiche Hals und Nacken. In der aktuellen Tätigkeit und der gegebenen medikamentösen Therapie sei aus dermatologischer Sicht keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit zu sehen. Aus rheumatologischer Sicht seien Beschwerden im Bereich der gesamten Wirbelsäule geltend gemacht worden mit im Vordergrund stehenden Beschwerden im Schultergürtel und Nackenbereich. Beschwerden im Bereiche des Beckenrings seien eher im Hintergrund. Die anamnestischen Angaben, die klinischen Untersuchungsbefunde im Kontext der radiologischen Untersuchungen der Wirbelsäule, der Sakralgelenke und der Hüftgelenke liessen die Diagnose eines primär myofaszialen Schmerzsyndroms bei nur wenig degenerativer Veränderungen im Bereich der Halswirbelsäule, der Brustwirbelsäule und Lendenwirbelsäule diagnostizieren. Das Beschwerdebild sei chronifiziert und solle durch medizinische Massnahmen, welche auch trainingstherapeutische Elemente enthielten, angegangen werden. Die funktionellen Einschränkungen seien nicht massgebend einschränkend für die Belastbarkeit am Arbeitsplatz.

Aus psychiatrischer Sicht könne die Diagnose einer Dysthymie gestellt werden. Dies werde auch durch die behandelnde Psychiaterin und im Klinikaufenthalt [ ] 2003 so diagnostiziert. Die von der Psychiaterin diagnostizierte rezidivierend depressive Störung, welche in der Klinik [ ] im Jahre 2011 als Diagnose mittelgradige depressive Störung formuliert sei, könne aktenanamnestisch so gesehen werden im Sinne von stattgehabten depressiven Episoden. In der aktuellen Beurteilung lasse sich dies aber nicht diagnostizieren und es dominiere das Bild der Dysthymie. Differenzialdiagnostisch sei zudem von immer wieder aufgetretenen Anpassungsstörungen (ICD-10 F43.2) auszugehen. Eine Anpassungsstörung im Sinne von subjektiver Bedrängnis und emotionaler Beeinträchtigung mit Auswirkungen in sozialen Funktionen und Leistungen seien durchaus denkbar, sei es im Zusammenhang

mit der Trennung vom Partner, Änderung einer Wohnsituation sowie finanziellen Sorgen. Aufgrund der beschriebenen äusseren Auslöserfaktoren psychosozialer Belastungen, wie etwa beim Aufenthalt in [ ] 2011, könne die aktenanamnestisch vermerkte depressive Störung auch als Anpassungsstörung oder mehrfach aufgetretene Anpassungsstörung verstanden werden. Der Explorand befinde sich in einer sozial schwierigen Lage (Unterhaltszahlungen, Bertreibungsschritte von Ehefrau, ausgelaufene Krankentaggeldversicherung, existenzielle Sorgen). Er erlebe sich auf mehreren medizinischen Gebieten als krank und formuliere eine als legitim erlebte, final ausgerichtete Entschädigungshaltung, die er als Existenzsicherung erkenne. Die subjektiven Leistungseinbussen (Müdigkeit, Schmerzen) seien während der Untersuchung über zwei Stunden als nicht ganz adäquat gesehen worden und stünden nicht im Einklang zu den berichteten, über mehrere Wochen andauernden Möglichkeit, nur 2-3 Stunden in der Nacht Schlaf zu finden. Die von der Psychiaterin im IV-Bericht vom 26. September 2016 (IV-Nr. 37, S. 1 ff.) beschriebenen gemischten Persönlichkeitsstörung mit narzisstischen und emotional instabilen und selbstunsicheren Anteilen könnten aktuell nicht bestätigt werden. Es seien auffällige Persönlichkeitszüge in Anerkennung narzisstischer, möglicherweise auch emotional instabiler und selbstunsicherer Züge anerkannt worden, diese seien jedoch nicht mit Auswirkung auf die Lebensführung und die Arbeitsfähigkeit. Gesamt könne aus psychiatrischer Sicht ausgesagt werden, dass ausgehend von einer Dysthymie und möglicherweise vormaligen depressiven Episoden oder auch Anpassungsstörungen, die Therapie als gegenwärtig angemessen und zielführend gelte. Therapieoptionen bestünden darüber hinaus, etwa im Sinne der differenzierten Pharmakotherapie oder des Einsatzes weiterer teilstationärer oder stationärer Massnahmen im Falle von Krisen. Invaliditätsfremde Faktoren könnten durchaus eine Rolle spielen, etwa die Konfliktzuspitzung im Rahmen von Unterhaltskonflikten und daraus ausgelösten Existenzsorgen. Solche seien auch nicht unbegründet angesichts des Alters des Probanden. In seinem bisherigen Krankenstand dürfte sich, wie er auch selber berichte, eine erneute Stellensuche nicht einfach gestalten. Ausgehend von einer Dysthymie, möglicherweise vormalig auch stattgehabten depressiven Episoden, DD: Anpassungsstörungen, könne auf psychiatrischem Gebiet kein schwerwiegender Gesundheitsschaden einer Diagnose entsprechend ICD-10 zugeordnet werden. Diesschliesse nicht aus, dass z.B. im Rahmen von Konfliktsituationen oder Anpassungsstörungen die Arbeitsfähigkeit zeitweise eingeschränkt sei.

Mit der vorliegenden Dysthymie und den auffälligen Persönlichkeitszügen und den Hinweisen auf dysfunktionale Krankheitsverarbeitung (F34.1, Z73, F54) liessen sich keine dauerhaften Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit um 40 % begründen. Es möge zeitweise immer wieder zu Einschränkungen kommen, ein durchgehend dauerhafter Gesundheitsschaden könne von diesen jedoch nicht abgeleitet werden. Auch wenn es zu ungünstigen Effekten komme, etwa durch somatische Belastungen, Konflikte mit der Ex-Frau oder existenzielle Sorgen, lasse sich von den angegebenen und verifizierten Störungsbildern keine dauerhafte Arbeitsunfähigkeit ableiten in einem Ausmass von mehr als 20 %. In einer angepassten Tätigkeit, die also keine besondere Konzentration verlangen würde, keinen besonderen Stress beinhalten und die Möglichkeit zur erhöhten Inanspruchnahme von Pausen bieten würde, der Verzicht auf Führungsaufgaben gegeben wäre, wäre ein höheres Funktionsniveau zu erwarten bzw. ein geringerer Einfluss dysfunktionaler psychischer Befindlichkeit als oben genannt gegeben.

6.2 Im Rahmen des Vorbescheidverfahrens reichte der Beschwerdeführer zur Glaubhaftmachung der behaupteten Verschlechterung neben dem von seinem Vorgesetzten ausgefüllten Ratingbogen vom 4. Februar 2020 (Mini-ICF-APP; IV-Nrn. 129, S. 7 f. und 130, S. 5 f.) einen Arztbericht seiner behandelnden Psychiaterin, Dr. med. E.\_\_\_\_, Fachärztin FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 15. Februar 2020 (IV-Nrn. 129, S. 2 ff. und 130, S. 2 ff.) ein. Dr. med. E.\_\_\_\_ stellte darin folgende Diagnosen:

Bei den erhobenen Befunden nach AMDP habe sich der Patient bewusstseinsklar und ausreichend orientiert präsentiert. Es hätten keine Auffassungsstörungen bestanden. Das Gedächtnis sei ungestört gewesen. Der Gedankengang sei auf die Unfähigkeit sein Arbeitspensum zu steigern, sowie die Unfähigkeit "in Gang zu kommen", fixiert gewesen. Ferner sei der Patient auf seine ständige Überforderung, sowohl bei der Arbeit wie auch im Privatleben, eingeengt gewesen. Der Beschwerdeführer habe über ständiges Grübeln und Gedankenkreisen berichtet. Seine Konzentration sei ausreichend, um ein 1-stündiges Gespräch zu führen, jedoch nicht, um mehr als vier Stunden konzentriert zu arbeiten. Er berichte darüber, dass er dann "den roten Faden" verliere, werde langsam in seiner Arbeitsweise und werde schnell abgelenkt. Ferner habe der Beschwerdeführer angegeben, dass es ihm beim dauernden Kontextwechsel extrem schwer falle zu fokussieren und dabei zu bleiben. Er könne Dinge nicht mehr im Kopf behalten. Somit seien leicht-mittelschwere Konzentrations-, Aufmerksamkeit und Merkfähigkeitsstörungen vorhanden. Das Gedächtnis und das inhaltliche Denken seien ungestört gewesen. Es habe keine Anhaltspunkte für psychotisches Geschehen oder deutliche Zwänge gegeben. Ein gewissenhaftes und unflexibles Verhalten sei stark vorhanden gewesen. Die Stimmung des Patienten sei gedrückt gewesen. Der Beschwerdeführer präsentierte sich in den verschiedenen Konsultationen weinerlich, traurig, besorgt, ängstlich und verzweifelt. Er zeige eine mittelschwere Ratlosigkeit sowie eine starke Freud- und Interessenlosigkeit sowie Lustlosigkeit. Er zeige eine mittelschwere Deprimiertheit. Ferner weise der Patient starke Stimmungsschwankungen auf mit Pendeln zwischen deprimierter und gereizter Stimmung. Dabei zeige er ein stark ausgeprägtes, unflexibles Denken mit rechthaberischen Tendenzen. Es seien beim Beschwerdeführer mittelgradige bis stark ausgeprägte Insuffizienzgefühle mit Gefühlen der Wertlosigkeit sowie Störung der Vitalgefühle vorhanden gewesen. Er weise eine starke Empfindlichkeit auf. Im Berichtszeitraum seien beim Beschwerdeführer zudem passive Sterbenswünsche und eine starke Hoffnungslosigkeit stark ausgeprägt vorhanden gewesen. Seine Schwingungsfähigkeit sei reduziert und im Affekt habe er sich zudem labil präsentiert. Schlafstörungen mit starker Tagesmüdigkeit seien ebenso vorhanden wie auch eine Steigerung der Schmerzempfindlichkeit. Der Patient gebe sozialen Rückzug an sowie das Gefühl, ständig überfordert zu sein sowie ständige Vernachlässigung der Selbstfürsorge. Der Beschwerdeführer weise eine mittelgradig eingeschränkte Belastbarkeit, Leistungsfähigkeit, interaktionelle Verhaltensweise und eine schwer eingeschränkte Durchhaltefähigkeit auf. Die Fähigkeit zu familiären bzw. intimen Beziehungen, sei schwer beeinträchtigt. Ebenso schwer beeinträchtigt seien Spontanaktivitäten in Form von Freizeitaktivitäten und Hobbys. Zurzeit sei der Beschwerdeführer zu 60 % arbeitsfähig in der angestammten Tätigkeit. Eine Erhöhung des Arbeitspensums sei aufgrund seines aktuellen Gesundheitszustandes mit Krankheitswert, beeinträchtigt. Berufliche Massnahmen seien klar indiziert. Vonseiten des Arbeitgebers werde signalisiert, dem Beschwerdeführer mehr Zeit einzuräumen, damit er sein Arbeitspensum weiter erhöhen könne.

6.3 Stellt man den Ausführungen von Dr. med. F.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, im C.\_\_\_\_-Gutachten vom 13. April 2018 den vom Beschwerdeführer im Neuanmeldungsverfahren eingereichten Unterlagen gegenüber, wird deutlich, dass keine erhebliche Veränderung glaubhaft gemacht wurde, welche sich auf den Rentenanspruch auswirken könnte. So stellte Dr. med. E.\_\_\_\_ in ihrem Bericht vom 15. Februar 2020, deren Einschätzung mit Blick auf die beweisrechtlich bedeutsame Verschiedenheit von Behandlungs-/Therapieauftrag einerseits und Begutachtungsauftrag andererseits besonders sorgfältig zu würdigen ist (BGE 125 V 351 E. 3b/cc S. 353), die Diagnosen einer rezidivierenden depressiven Störung sowie einer kombinierten Persönlichkeitsstörung mit narzisstischen, emotional-instabilen und ängstlich-vermeidenden Zügen. Dieselben Diagnosen stellte sie bereits in ihrem Bericht vom 29. September 2016 (IV-Nr. 37, S. 1 ff.), mit dem sich Dr. med. F.\_\_\_\_ im psychiatrischen C.\_\_\_\_-Teilgutachten eingehend auseinandersetzte (IV-Nr. 99.5, S. 13 ff.). Der Gutachter führte dazu aus, der gegenwärtige Befund entspreche der diagnostischen Einschätzung einer Dysthymie, F34.1 nach ICD-10, so auch beschrieben durch die behandelnde Psychiaterin Dr. med. E.\_\_\_\_. Diese beschreibe darüber hinaus noch eine rezidivierende depressive Störung. Gesichert sei eine Dysthymie aktenanamnestisch auf dem Boden einer rezidivierenden depressiven Störung. Während bei dem Aufenthalt in [ ] 2003 lediglich die Diagnose Dysthymie formuliert werde, werde bei dem Aufenthalt in [ ] (14. Februar bis 8. April 2011) die Diagnose mittelgradige depressive Störung formuliert. Andererseits werde das depressive Geschehen in engen Zusammenhang gesetzt mit einer Konfliktsituation, dem Trennungserleben und weniger dem Auftreten einer klassischen Major Depression mit Eigendynamik. Dr. med. E.\_\_\_\_ hingegen formuliere eine rezidivierende depressive Störung, wobei sie keine klaren Abgrenzungen einzelner depressiver Episoden darstelle. Die behandelnde Psychiaterin halte in ihrem IV-Bericht vom 26. September 2016 die bisherige Tätigkeit im Rahmen dieser Störung für 60 % zumutbar. Diskutieren könnte man auch, ob es sich tatsächlich um klassische depressive Phasen handle, die eine rezidivierende depressive Störung begründeten. Schliesslich sei eine solche depressive Phase 2003 in der Klinik [ ] nicht gesehen und die Aufnahmeumstände in [ ] könnten auch differentialdiagnostisch an eine Anpassungsstörung denken lassen. In der Vorgeschichte des Entlassberichtes heisse es, aktuell beschreibe der Patient eine psychosoziale Belastungssituation aufgrund der erfolgten Trennung von der Ehefrau und dem notwendigen Umzug aus dem gemeinsamen Haus an einen anderen Ort. Bezüglich der Vorgeschichte sei zu erfahren gewesen, dass die letztmaligen Hospitalisationen aufgrund eines Paarkonfliktes bei verminderter Introspektionsfähigkeit des Exploranden stattgefunden hätten. Der Explorand habe sich im Sinne eines Time-out in eine stationär psychiatrische Behandlung begeben wollen. Zusammenfassend geht Dr. med. F.\_\_\_\_ von einer Dysthymie aus, darüber hinaus aktenanamnestisch von einer stattgehabten depressiven Episode, möglicherweise auch einer rezidivierenden depressiven Störung, differentialdiagnostisch jedoch auch immer wieder aufgetretenen Anpassungsstörung (F43.2). Bezüglich der von der behandelnden Psychiaterin bereits im Bericht vom 26. September 2016 gestellten Diagnose einer gemischten Persönlichkeitsstörung mit narzisstischen und emotional instabilen und selbstunsicheren Anteilen führt der psychiatrische Gutachter aus, es sei nicht das Bild einer tiefgreifenden Störung zu sehen, das unmittelbar mit der Persönlichkeit verbunden sei und sämtliche Lebensbereiche durchdringe. Der Proband habe schwerste Konflikte mit seiner Ehefrau gehabt, an keiner anderen Stelle in seinem Leben jedoch Gewalt offenbart. Es sei ihm gelungen, eine gute Beziehung zu den Kindern aufrechtzuerhalten, er spiele seit Jahren Gitarre in einer kleinen

Band, sei 20 Jahre am gleichen Arbeitsplatz, so dass es einerseits nicht ausreichendes Material gebe, die Formulierung Persönlichkeitsstörung zu bestätigen und deswegen die Formulierung auffällige Persönlichkeitszüge, Z73, verwendet werde, in Anerkennung narzisstischer, möglicherweise auch emotional instabiler oder selbstunsicherer Züge. Das Störungsbild werde von der Behandlerin nicht diagnostisch begründet, auch finde sich dafür nicht ausreichend operationalisierte Kriterien von ICD-10 oder DMS-IV. Darüber hinaus fehle jegliche weitergehende Diagnostik. Stattdessen erkenne man 20 Jahre konfliktfreie Funktionsfähigkeit im gleichen Betrieb, Aufrechterhalten von Hobbys wie Billard spielen, Musik in einer Band. Es sei durchaus anzunehmen, dass der Explorand eine nicht einfache Persönlichkeit habe, der Nachweis einer Persönlichkeitsstörung sei damit jedoch noch lange nicht erbracht. Gestützt auf diese vergleichende Gegenüberstellung ist festzuhalten, dass Dr. med. E.\_\_\_\_ in ihrem Bericht vom 15. Februar 2020 keine massgebenden neuen Erkenntnisse feststellte, die dem psychiatrischen Gutachter nicht bereits bekannt waren. Insgesamt ist von einer abweichenden ärztlichen Einschätzung des im Wesentlichen gleich gebliebenen Gesundheitszustands des Beschwerdeführers auszugehen. Zu berücksichtigen ist in diesem Zusammenhang auch, dass Dr. med. E.\_\_\_\_, die in ihrem aktuellen Bericht die Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit auf 60 % beziffert, bereits in ihrer Stellungnahme vom 26. September 2016 eine identische Einschätzung abgegeben hatte (vgl. IV-Nr. 37, S. 3 f.) und in ihrem Schreiben vom 26. Juni 2018 (IV-Nr. 110, S. 1 ff.) die Arbeitsunfähigkeit sogar nur mit 50 % angegeben hatte. Auch der Vergleich mit ihren eigenen früheren Stellungnahmen spricht demnach gegen eine erhebliche Verschlechterung. Eine bloss unterschiedliche Beurteilung eines im Wesentlichen gleich gebliebenen Sachverhaltes stellt keine revisionsbegründende Tatsachenänderung dar (BGE 135 V 201 und 215, 112 V 371 E. 2b). Zudem vermag der Beschwerdeführer auch mit dem im Rahmen der Neuanmeldung eingereichten Mini-ICF-APP (IV-Nr. 130, S. 5 f.) keine gesundheitliche Verschlechterung glaubhaft zu machen. Dem Beizug des Mini-ICF-App steht bei der psychiatrischen Einschätzung der Arbeitsfähigkeit zwar grundsätzlich nichts im Weg (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_398/2014 vom 28. Oktober 2014, E. 4.3.2). Der vom Beschwerdeführer eingereichte Fragebogen wurde aber von dessen Vorgesetzten ausgefüllt, welcher als Informatiker keine auf das medizinische Fachgebiet der Psychiatrie spezialisierte Fachperson ist und der Beweiswert dieser Einschätzung daher als gering einzustufen ist.

Zusammenfassend ergeben sich in Bezug auf den Gesundheitszustand des Beschwerdeführers im Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung vom 2. März 2020 keine Anhaltspunkte dafür, dass sich dieser seit dem rentenablehnenden Entscheid vom 6. November 2018 in anspruchsvoller Weise verändert hat. Dies wurde bereits durch RAD-Arzt Dr. med. D.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, in seiner Stellungnahme vom 19. Februar 2020 (IV-Nr. 131) zu Recht festgehalten.

An diesem Resultat vermögen auch die vom Beschwerdeführer vorgebrachten Rügen, welche sich auf die Beweiswertigkeit des C.\_\_\_\_-Gutachtens beziehen (A.S. 35), nichts zu ändern. Es ist festzuhalten, dass die damalige Rentenverfügung der IV-Stelle des Kantons Aargau vom 6. November 2018 (IV-Nr. 115) mit Urteil des Versicherungsgerichts des Kantons Aargau vom 16. September 2019 bestätigt wurde. Mit selbigem Urteil wurde dem polydisziplinären C.\_\_\_\_-Gutachten vom 13. April 2018 voller Beweiswert zugesprochen (vgl. IV-Nr. 124, S. 10) Die damalige Rentenverfügung ist rechtskräftig und damit grundsätzlich auch der Sachverhalt, auf welchem sie sich abgestützt hat. Das

C.\_\_\_\_-Gutachten, auf das sich die IV-Stelle des Kantons Aargau in ihrer Verfügung vom 6. November 2018 stützte, ist daher bei der Prüfung einer revisionsrelevanten Veränderung nicht auf seine Beweiswertigkeit zu prüfen. Die Einwände des Beschwerdeführers zielen somit ins Leere.

7. Der Beschwerdeführer macht geltend, die Beschwerdegegnerin habe auf sein Gesuch auf berufliche Eingliederungsmassnahmen einzutreten. So sei auf den Antrag des Beschwerdeführers auf Unterstützung, um wieder voll arbeitsfähig zu werden, zu keiner Zeit und in keiner Weise eingegangen worden.

Dazu ist festzuhalten, dass die IV-Stelle des Kantons Aargau dem Beschwerdeführer mit Mitteilung vom 11. Januar 2017 (IV-Nr. 46) eine Kostenbeteiligung für die Einrichtung eines ergonomischen Arbeitsplatzes zugesprochen hatte. Mit Verfügung vom 28. Februar 2017 (IV-Nr. 55), teilte sie ihm mit, dass berufliche Massnahmen abgeschlossen würden, da mit beruflichen Massnahmen die aktuelle Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit nicht verbessert werden könne. Die Verfügung erwuchs unangefochten in Rechtskraft. Das Begehren des Beschwerdeführers um berufliche Massnahmen wurde somit bereits einmal verneint, womit es sich vorliegend nicht um ein neues Leistungsgesuch und mithin auch nicht um die Geltendmachung eines andersartigen Leistungsanspruchs handelt (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C\_257/2009 vom 6. Juli 2009). Wie vorgehend unter E. II 6.3 festgehalten, kann seit dem Referenzzeitpunkt keine relevante Veränderung bzw. Verschlechterung des Gesundheitszustands des Beschwerdeführers festgestellt werden, weshalb grundsätzlich auch keine beruflichen Eingliederungsmassnahmen zu gewähren sind. Unter diesem Aspekt ist nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin auf die Neuanmeldung nicht eingetreten ist, zumal die Revisionsgrundsätze in analoger Weise auch für berufliche Eingliederungsleistungen gelten. Sodann vermag der Beschwerdeführer auch aus der Stellungnahme von RAD-Arzt Dr. med. D.\_\_\_\_ (IV-Nr. 131) nichts zu seinen Gunsten abzuleiten. Zwar führte der RAD-Arzt aus, der Antrag des Beschwerdeführers auf Unterstützung beim Versuch, das Arbeitspensum beim bisherigen Arbeitgeber zu steigern, sei sinnvoll. Die Entscheidung müsse aber dem Rechtsanwender vorbehalten sein. In seiner Stellungnahme stellte Dr. med. D.\_\_\_\_ denn auch fest, dass den neu eingereichten Unterlagen keine Hinweise auf eine relevante Veränderung des Gesundheitsschadens seit dem Zeitpunkt der in Rechtskraft erwachsenen Abweisung des Rentenanspruchs entnommen werden könnten.

8. Zusammenfassend bestehen keine genügenden Anhaltspunkte für eine anspruchrelevante Veränderung des Gesundheitszustands, um eine solche als glaubhaft gemacht anzusehen. Folglich ist festzustellen, dass die Verfügung der Beschwerdegegnerin vom 2. März 2020, worin diese auf das Leistungsbegehren bzw. die Neuanmeldung des Beschwerdeführers vom 22. November 2019 nicht eingetreten ist, korrekt ist. Die Beschwerde erweist sich somit als unbegründet. Sie ist abzuweisen.

9.1 Bei diesem Verfahrensausgang besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung zu Lasten der Beschwerdegegnerin (Art. 61 lit. g ATSG).

9.2 Der Beschwerdeführer steht ab Prozessbeginn im Genusse der unentgeltlichen Rechtspflege (vgl. E. I. 5 hiervor).

9.3 Aufgrund von Art. 69 Abs. 1bisIVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand

und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von CHF 200.00 ■ 1'000.00 festgelegt. Im vorliegenden Fall hat der Beschwerdeführer 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 wird erkannt:

2. Es wird keine Parteientschädigung zugesprochen.

3. Der Beschwerdeführer hat die Verfahrenskosten von CHF 600.00 zu bezahlen, die infolge Bewilligung der unentgeltlichen Rechtspflege durch den Staat Solothurn zu übernehmen sind. Vorbehalten bleibt der Rückforderungsanspruch des Staates während zehn Jahren, wenn A.\_\_\_\_ zur Nachzahlung in der Lage ist (Art. 123 ZPO).

Rechtsmittel

Gegen diesen Entscheid kann innerhalb 30 Tagenseit der Mitteilung beim Bundesgericht Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten eingereicht werden (Adresse: Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern). Die Frist beginnt am Tag nach dem Empfang des Urteils zu laufen und wird durch rechtzeitige Aufgabe bei der Post gewahrt. Die Frist ist nicht erstreckbar (vgl. Art. 39 ff., 82 ff. und 90 ff. des Bundesgerichtsgesetzes, BGG). Bei Vor- und Zwischenentscheiden (dazu gehört auch die Rückweisung zu weiteren Abklärungen) sind die zusätzlichen Voraussetzungen nach Art. 92 oder 93 BGG zu beachten.

Versicherungsgericht des Kantons Solothurn

Der Präsident

Der Gerichtsschreiber

Flückiger

Lazar

## **E. 6**

Asthma bronchiale (ICD-10 J45) - allergisch bedingt, keine Therapie.

## **E. 7**

Rhinokonjunktivitis allergica bei Hausstaubmilbensenibilisierung (ICD-10 H10.8).

## **E. 8**

Dysthymie, F34.1 nach ICD-10, akutenanamnestisch im Rahmen einer rezidivierenden depressiven Störung (ICD-10 F33.1) Aus rein internistischer Sicht bestehe keine Erkrankung mit Auswirkung auf die Belastbarkeit oder Arbeitsfähigkeit. Aus dermatologischer Sicht könne die Schwere atopische Dermatitis sowie das Asthma bronchiale und Rhinokonjunktivitis mit möglicher Auswirkung auf eine Arbeitsfähigkeit gewertet werden. Die atopische Dermatitis bestehe seit der Jugend und bedinge eine Immunsuppression mit Cyclosporin A. Unter dieser Therapie zeige sich eine gute Kontrolle der Ekzem Herde, bei noch Akzentuierung im Bereiche Hals und Nacken. In der aktuellen Tätigkeit und der gegebenen medikamentösen Therapie sei aus dermatologischer Sicht keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit zu sehen. Aus rheumatologischer Sicht seien Beschwerden im Bereich der gesamten Wirbelsäule geltend gemacht worden mit im Vordergrund stehenden Beschwerden im Schultergürtel und Nackenbereich. Beschwerden im Bereiche des Beckenrings seien eher im Hintergrund. Die anamnestischen Angaben, die

klinischen Untersuchungsbefunde im Kontext der radiologischen Untersuchungen der Wirbelsäule, der Sakralgelenke und der Hüftgelenke liessen die Diagnose eines primär myofaszialen Schmerzsyndroms bei nur wenig degenerativer Veränderungen im Bereich der Halswirbelsäule, der Brustwirbelsäule und Lendenwirbelsäule diagnostizieren. Das Beschwerdebild sei chronifiziert und solle durch medizinische Massnahmen, welche auch trainingstherapeutische Elemente enthielten, angegangen werden. Die funktionellen Einschränkungen seien nicht massgebend einschränkend für die Belastbarkeit am Arbeitsplatz. Aus psychiatrischer Sicht könne die Diagnose einer Dysthymie gestellt werden. Dies werde auch durch die behandelnde Psychiaterin und im Klinikaufenthalt [...] 2003 so diagnostiziert. Die von der Psychiaterin diagnostizierte rezidivierend depressive Störung, welche in der Klinik [...] im Jahre 2011 als Diagnose mittelgradige depressive Störung formuliert sei, könne aktenanamnestisch so gesehen werden im Sinne von stattgehabten depressiven Episoden. In der aktuellen Beurteilung lasse sich dies aber nicht diagnostizieren und es dominiere das Bild der Dysthymie. Differenzialdiagnostisch sei zudem von immer wieder aufgetretenen Anpassungsstörungen (ICD-10 F43.2) auszugehen. Eine Anpassungsstörung im Sinne von subjektiver Bedrängnis und emotionaler Beeinträchtigung mit Auswirkungen in sozialen Funktionen und Leistungen seien durchaus denkbar, sei es im Zusammenhang mit der Trennung vom Partner, Änderung einer Wohnsituation sowie finanziellen Sorgen. Aufgrund der beschriebenen äusseren Auslöserfaktoren psychosozialer Belastungen, wie etwa beim Aufenthalt in [...] 2011, könne die aktenanamnestisch vermerkte depressive Störung auch als Anpassungsstörung oder mehrfach aufgetretene Anpassungsstörung verstanden werden. Der Explorand befinde sich in einer sozial schwierigen Lage (Unterhaltszahlungen, Bertreibungsschritte von Ehefrau, ausgelaufene Krankentaggeldversicherung, existenzielle Sorgen). Er erlebe sich auf mehreren medizinischen Gebieten als krank und formuliere eine als legitim erlebte, final ausgerichtete Entschädigungshaltung, die er als Existenzsicherung erkenne. Die subjektiven Leistungseinbussen (Müdigkeit, Schmerzen) seien während der Untersuchung über zwei Stunden als nicht ganz adäquat gesehen worden und stünden nicht im Einklang zu den berichteten, über mehrere Wochen andauernden Möglichkeit, nur 2-3 Stunden in der Nacht Schlaf zu finden. Die von der Psychiaterin im IV-Bericht vom 26. September 2016 (IV-Nr. 37, S. 1 ff.) beschriebenen gemischten Persönlichkeitsstörung mit narzisstischen und emotional instabilen und selbstunsicheren Anteilen könnten aktuell nicht bestätigt werden. Es seien auffällige Persönlichkeitszüge in Anerkennung narzisstischer, möglicherweise auch emotional instabiler und selbstunsicherer Züge anerkannt worden, diese seien jedoch nicht mit Auswirkung auf die Lebensführung und die Arbeitsfähigkeit. Gesamt könne aus psychiatrischer Sicht ausgesagt werden, dass ausgehend von einer Dysthymie und möglicherweise vormaligen depressiven Episoden oder auch Anpassungsstörungen, die Therapie als gegenwärtig angemessen und zielführend gelte. Therapieoptionen bestünden darüber hinaus, etwa im Sinne der differenzierten Pharmakotherapie oder des Einsatzes weiterer teilstationärer oder stationärer Massnahmen im Falle von Krisen. Invaliditätsfremde Faktoren könnten durchaus eine Rolle spielen, etwa die Konfliktzuspitzung im Rahmen von Unterhaltskonflikten und daraus ausgelösten Existenzsorgen. Solche seien auch nicht unbegründet angesichts des Alters des Probanden. In seinem bisherigen Krankenstand dürfte sich, wie er auch selber berichte, eine erneute Stellensuche nicht einfach gestalten. Ausgehend von einer Dysthymie, möglicherweise vormalig auch stattgehabten depressiven Episoden, DD: Anpassungsstörungen, könne auf psychiatrischem Gebiet kein schwerwiegender Gesundheitsschaden einer Diagnose

entsprechend ICD-10 zugeordnet werden. Dies schliesse nicht aus, dass z.B. im Rahmen von Konfliktsituationen oder Anpassungsstörungen die Arbeitsfähigkeit zeitweise eingeschränkt sei. Mit der vorliegenden Dysthymie und den auffälligen Persönlichkeitszügen und den Hinweisen auf dysfunktionale Krankheitsverarbeitung (F34.1, Z73, F54) liessen sich keine dauerhaften Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit um 40 % begründen. Es möge zeitweise immer wieder zu Einschränkungen kommen, ein durchgehend dauerhafter Gesundheitsschaden könne von diesen jedoch nicht abgeleitet werden. Auch wenn es zu ungünstigen Effekten komme, etwa durch somatische Belastungen, Konflikte mit der Ex-Frau oder existenzielle Sorgen, lasse sich von den angegebenen und verifizierten Störungsbildern keine dauerhafte Arbeitsunfähigkeit ableiten in einem Ausmass von mehr als 20 %. In einer angepassten Tätigkeit, die also keine besondere Konzentration verlangen würde, keinen besonderen Stress beinhalten und die Möglichkeit zur erhöhten Inanspruchnahme von Pausen bieten würde, der Verzicht auf Führungsaufgaben gegeben wäre, wäre ein höheres Funktionsniveau zu erwarten bzw. ein geringerer Einfluss dysfunktionaler psychischer Befindlichkeit als oben genannt gegeben.

6.2 Im Rahmen des Vorbescheidverfahrens reichte der Beschwerdeführer zur Glaubhaftmachung der behaupteten Verschlechterung neben dem von seinem Vorgesetzten ausgefüllten Ratingbogen vom 4. Februar 2020 (Mini-ICF-APP; IV-Nrn. 129, S. 7 f. und 130, S. 5 f.) einen Arztbericht seiner behandelnden Psychiaterin, Dr. med. E.\_\_\_\_, Fachärztin FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 15. Februar 2020 (IV-Nrn. 129, S. 2 ff. und 130, S. 2 ff.) ein. Dr. med. E.\_\_\_\_ stellte darin folgende Diagnosen: - Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10 F33.1). - Kombinierte Persönlichkeitsstörung mit narzisstischen, emotional-instabilen und ängstlich-vermeidenden Zügen (ICD-10 F61.0) Bei den erhobenen Befunden nach AMDP habe sich der Patient bewusstseinsklar und ausreichend orientiert präsentiert. Es hätten keine Auffassungsstörungen bestanden. Das Gedächtnis sei ungestört gewesen. Der Gedankengang sei auf die Unfähigkeit sein Arbeitspensum zu steigern, sowie die Unfähigkeit „in Gang zu kommen“, fixiert gewesen. Ferner sei der Patient auf seine ständige Überforderung, sowohl bei der Arbeit wie auch im Privatleben, eingeeengt gewesen. Der Beschwerdeführer habe über ständiges Grübeln und Gedankenkreisen berichtet. Seine Konzentration sei ausreichend, um ein 1-stündiges Gespräch zu führen, jedoch nicht, um mehr als vier Stunden konzentriert zu arbeiten. Er berichte darüber, dass er dann „den roten Faden“ verliere, werde langsam in seiner Arbeitsweise und werde schnell abgelenkt. Ferner habe der Beschwerdeführer angegeben, dass es ihm beim dauernden Kontextwechsel extrem schwer falle zu fokussieren und dabei zu bleiben. Er könne Dinge nicht mehr im Kopf behalten. Somit seien leicht-mittelschwere Konzentrations-, Aufmerksamkeit und Merkfähigkeitsstörungen vorhanden. Das Gedächtnis und das inhaltliche Denken seien ungestört gewesen. Es habe keine Anhaltspunkte für psychotisches Geschehen oder deutliche Zwänge gegeben. Ein gewissenhaftes und unflexibles Verhalten sei stark vorhanden gewesen. Die Stimmung des Patienten sei gedrückt gewesen. Der Beschwerdeführer präsentierte sich in den verschiedenen Konsultationen weinerlich, traurig, besorgt, ängstlich und verzweifelt. Er zeige eine mittelschwere Ratlosigkeit sowie eine starke Freud- und Interessenlosigkeit sowie Lustlosigkeit. Er zeige eine mittelschwere Deprimiertheit. Ferner weise der Patient starke Stimmungsschwankungen auf mit Pendeln zwischen deprimierter und gereizter Stimmung. Dabei zeige er ein stark ausgeprägtes, unflexibles Denken mit rechthaberischen Tendenzen. Es seien beim Beschwerdeführer mittelgradige bis stark ausgeprägte Insuffizienzgefühle mit Gefühlen der Wertlosigkeit

sowie Störung der Vitalgefühle vorhanden gewesen. Er weise eine starke Empfindlichkeit auf. Im Berichtszeitraum seien beim Beschwerdeführer zudem passive Sterbenswünsche und eine starke Hoffnungslosigkeit stark ausgeprägt vorhanden gewesen. Seine Schwingungsfähigkeit sei reduziert und im Affekt habe er sich zudem labil präsentiert. Schlafstörungen mit starker Tagesmüdigkeit seien ebenso vorhanden wie auch eine Steigerung der Schmerzempfindlichkeit. Der Patient gebe sozialen Rückzug an sowie das Gefühl, ständig überfordert zu sein sowie ständige Vernachlässigung der Selbstfürsorge. Der Beschwerdeführer weise eine mittelgradig eingeschränkte Belastbarkeit, Leistungsfähigkeit, interaktionelle Verhaltensweise und eine schwer eingeschränkte Durchhaltefähigkeit auf. Die Fähigkeit zu familiären bzw. intimen Beziehungen, sei schwer beeinträchtigt. Ebenso schwer beeinträchtigt seien Spontanaktivitäten in Form von Freizeitaktivitäten und Hobbys. Zurzeit sei der Beschwerdeführer zu 60 % arbeitsfähig in der angestammten Tätigkeit. Eine Erhöhung des Arbeitspensums sei aufgrund seines aktuellen Gesundheitszustandes mit Krankheitswert, beeinträchtigt. Berufliche Massnahmen seien klar indiziert. Vonseiten des Arbeitgebers werde signalisiert, dem Beschwerdeführer mehr Zeit einzuräumen, damit er sein Arbeitspensum weiter erhöhen könne.

6.3 Stellt man den Ausführungen von Dr. med. F.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, im C.\_\_\_\_-Gutachten vom 13. April 2018 den vom Beschwerdeführer im Neuanmeldungsverfahren eingereichten Unterlagen gegenüber, wird deutlich, dass keine erhebliche Veränderung glaubhaft gemacht wurde, welche sich auf den Rentenanspruch auswirken könnte. So stellte Dr. med. E.\_\_\_\_ in ihrem Bericht vom 15. Februar 2020, deren Einschätzung mit Blick auf die beweisrechtlich bedeutsame Verschiedenheit von Behandlungs-/Therapieauftrag einerseits und Begutachtungsauftrag andererseits besonders sorgfältig zu würdigen ist (BGE 125 V 351 E. 3b/cc S. 353), die Diagnosen einer rezidivierenden depressiven Störung sowie einer kombinierten Persönlichkeitsstörung mit narzisstischen, emotional-instabilen und ängstlich-vermeidenden Zügen. Dieselben Diagnosen stellte sie bereits in ihrem Bericht vom 29. September 2016 (IV-Nr. 37, S. 1 ff.), mit dem sich Dr. med. F.\_\_\_\_ im psychiatrischen C.\_\_\_\_-Teilgutachten eingehend auseinandersetzte (IV-Nr. 99.5, S. 13 ff.). Der Gutachter führte dazu aus, der gegenwärtige Befund entspreche der diagnostischen Einschätzung einer Dysthymie, F34.1 nach ICD-10, so auch beschrieben durch die behandelnde Psychiaterin Dr. med. E.\_\_\_\_. Diese beschreibe darüber hinaus noch eine rezidivierende depressive Störung. Gesichert sei eine Dysthymie aktenanamnestisch auf dem Boden einer rezidivierenden depressiven Störung. Während bei dem Aufenthalt in [...] 2003 lediglich die Diagnose Dysthymie formuliert werde, werde bei dem Aufenthalt in [...] (14. Februar bis 8. April 2011) die Diagnose mittelgradige depressive Störung formuliert. Andererseits werde das depressive Geschehen in engen Zusammenhang gesetzt mit einer Konfliktsituation, dem Trennungserleben und weniger dem Auftreten einer klassischen Major Depression mit Eigendynamik. Dr. med. E.\_\_\_\_ hingegen formuliere eine rezidivierende depressive Störung, wobei sie keine klaren Abgrenzungen einzelner depressiver Episoden darstelle. Die behandelnde Psychiaterin halte in ihrem IV-Bericht vom 26. September 2016 die bisherige Tätigkeit im Rahmen dieser Störung für 60 % zumutbar. Diskutieren könnte man auch, ob es sich tatsächlich um klassische depressive Phasen handle, die eine rezidivierende depressive Störung begründeten. Schliesslich sei eine solche depressive Phase 2003 in der Klinik [...] nicht gesehen und die Aufnahmeumstände in [...] könnten auch differentialdiagnostisch an eine Anpassungsstörung denken lassen. In der Vorgeschichte des Entlassberichtes heisse es,

aktuell beschreibe der Patient eine psychosoziale Belastungssituation aufgrund der erfolgten Trennung von der Ehefrau und dem notwendigen Umzug aus dem gemeinsamen Haus an einen anderen Ort. Bezüglich der Vorgeschichte sei zu erfahren gewesen, dass die letztmaligen Hospitalisationen aufgrund eines Paarkonfliktes bei verminderter Introspektionsfähigkeit des Exploranden stattgefunden hätten. Der Explorand habe sich im Sinne eines Time-out in eine stationär psychiatrische Behandlung begeben wollen. Zusammenfassend geht Dr. med. F. \_\_\_ von einer Dysthymie aus, darüber hinaus aktenanamnestisch von einer stattgehabten depressiven Episode, möglicherweise auch einer rezidivierenden depressiven Störung, differentialdiagnostisch jedoch auch immer wieder aufgetretenen Anpassungsstörung (F43.2). Bezüglich der von der behandelnden Psychiaterin bereits im Bericht vom 26. September 2016 gestellten Diagnose einer gemischten Persönlichkeitsstörung mit narzisstischen und emotional instabilen und selbstunsicheren Anteilen führt der psychiatrische Gutachter aus, es sei nicht das Bild einer tiefgreifenden Störung zu sehen, das unmittelbar mit der Persönlichkeit verbunden sei und sämtliche Lebensbereiche durchdringe. Der Proband habe schwerste Konflikte mit seiner Ehefrau gehabt, an keiner anderen Stelle in seinem Leben jedoch Gewalt offenbart. Es sei ihm gelungen, eine gute Beziehung zu den Kindern aufrechtzuerhalten, er spiele seit Jahren Gitarre in einer kleinen Band, sei 20 Jahre am gleichen Arbeitsplatz, so dass es einerseits nicht ausreichendes Material gebe, die Formulierung Persönlichkeitsstörung zu bestätigen und deswegen die Formulierung auffällige Persönlichkeitszüge, Z73, verwendet werde, in Anerkennung narzisstischer, möglicherweise auch emotional instabiler oder selbstunsicherer Züge. Das Störungsbild werde von der Behandlerin nicht diagnostisch begründet, auch finde sich dafür nicht ausreichend operationalisierte Kriterien von ICD-10 oder DMS-IV. Darüber hinaus fehle jegliche weitergehende Diagnostik. Stattdessen erkenne man 20 Jahre konfliktfreie Funktionsfähigkeit im gleichen Betrieb, Aufrechterhalten von Hobbys wie Billard spielen, Musik in einer Band. Es sei durchaus anzunehmen, dass der Explorand eine nicht einfache Persönlichkeit habe, der Nachweis einer Persönlichkeitsstörung sei damit jedoch noch lange nicht erbracht. Gestützt auf diese vergleichende Gegenüberstellung ist festzuhalten, dass Dr. med. E. \_\_\_ in ihrem Bericht vom 15. Februar 2020 keine massgebenden neuen Erkenntnisse feststellte, die dem psychiatrischen Gutachter nicht bereits bekannt waren. Insgesamt ist von einer abweichenden ärztlichen Einschätzung des im Wesentlichen gleich gebliebenen Gesundheitszustands des Beschwerdeführers auszugehen. Zu berücksichtigen ist in diesem Zusammenhang auch, dass Dr. med. E. \_\_\_, die in ihrem aktuellen Bericht die Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit auf 60 % beziffert, bereits in ihrer Stellungnahme vom 26. September 2016 eine identische Einschätzung abgegeben hatte (vgl. IV-Nr. 37, S. 3 f.) und in ihrem Schreiben vom 26. Juni 2018 (IV-Nr. 110, S. 1 ff.) die Arbeitsunfähigkeit sogar nur mit 50 % angegeben hatte. Auch der Vergleich mit ihren eigenen früheren Stellungnahmen spricht demnach gegen eine erhebliche Verschlechterung. Eine bloss unterschiedliche Beurteilung eines im Wesentlichen gleich gebliebenen Sachverhaltes stellt keine revisionsbegründende Tatsachenänderung dar (BGE 135 V 201 und 215, 112 V 371 E. 2b). Zudem vermag der Beschwerdeführer auch mit dem im Rahmen der Neuanmeldung eingereichten Mini-ICF-APP (IV-Nr. 130, S. 5 f.) keine gesundheitliche Verschlechterung glaubhaft zu machen. Dem Bezug des Mini-ICF-App steht bei der psychiatrischen Einschätzung der Arbeitsfähigkeit zwar grundsätzlich nichts im Weg (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_398/2014 vom 28. Oktober 2014, E. 4.3.2). Der vom Beschwerdeführer eingereichte Fragebogen wurde aber von dessen Vorgesetzten ausgefüllt,

welcher als Informatiker keine auf das medizinische Fachgebiet der Psychiatrie spezialisierte Fachperson ist und der Beweiswert dieser Einschätzung daher als gering einzustufen ist. Zusammenfassend ergeben sich in Bezug auf den Gesundheitszustand des Beschwerdeführers im Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung vom 2. März 2020 keine Anhaltspunkte dafür, dass sich dieser seit dem rentenablehnenden Entscheid vom 6. November 2018 in anspruchsvoller Weise verändert hat. Dies wurde bereits durch RAD-Arzt Dr. med. D.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, in seiner Stellungnahme vom 19. Februar 2020 (IV-Nr. 131) zu Recht festgehalten. An diesem Resultat vermögen auch die vom Beschwerdeführer vorgebrachten Rügen, welche sich auf die Beweiswertigkeit des C.\_\_\_\_-Gutachtens beziehen (A.S. 35), nichts zu ändern. Es ist festzuhalten, dass die damalige Rentenverfügung der IV-Stelle des Kantons Aargau vom 6. November 2018 (IV-Nr. 115) mit Urteil des Versicherungsgerichts des Kantons Aargau vom 16. September 2019 bestätigt wurde. Mit selbigem Urteil wurde dem polydisziplinären C.\_\_\_\_-Gutachten vom 13. April 2018 voller Beweiswert zugesprochen (vgl. IV-Nr. 124, S. 10). Die damalige Rentenverfügung ist rechtskräftig und damit grundsätzlich auch der Sachverhalt, auf welchem sie sich abgestützt hat. Das C.\_\_\_\_-Gutachten, auf das sich die IV-Stelle des Kantons Aargau in ihrer Verfügung vom 6. November 2018 stützte, ist daher bei der Prüfung einer revisionsrelevanten Veränderung nicht auf seine Beweiswertigkeit zu prüfen. Die Einwände des Beschwerdeführers zielen somit ins Leere. 7. Der Beschwerdeführer macht geltend, die Beschwerdegegnerin habe auf sein Gesuch auf berufliche Eingliederungsmassnahmen einzutreten. So sei auf den Antrag des Beschwerdeführers auf Unterstützung, um wieder voll arbeitsfähig zu werden, zu keiner Zeit und in keiner Weise eingegangen worden. Dazu ist festzuhalten, dass die IV-Stelle des Kantons Aargau dem Beschwerdeführer mit Mitteilung vom 11. Januar 2017 (IV-Nr. 46) eine Kostenbeteiligung für die Einrichtung eines ergonomischen Arbeitsplatzes zugesprochen hatte. Mit Verfügung vom 28. Februar 2017 (IV-Nr. 55), teilte sie ihm mit, dass berufliche Massnahmen abgeschlossen würden, da mit beruflichen Massnahmen die aktuelle Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit nicht verbessert werden könne. Die Verfügung erwuchs unangefochten in Rechtskraft. Das Begehren des Beschwerdeführers um berufliche Massnahmen wurde somit bereits einmal verneint, womit es sich vorliegend nicht um ein neues Leistungsgesuch und mithin auch nicht um die Geltendmachung eines andersartigen Leistungsanspruchs handelt (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C\_257/2009 vom 6. Juli 2009). Wie vorgehend unter E. II 6.3 festgehalten, kann seit dem Referenzzeitpunkt keine relevante Veränderung bzw. Verschlechterung des Gesundheitszustands des Beschwerdeführers festgestellt werden, weshalb grundsätzlich auch keine beruflichen Eingliederungsmassnahmen zu gewähren sind. Unter diesem Aspekt ist nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin auf die Neuanmeldung nicht eingetreten ist, zumal die Revisionsgrundsätze in analoger Weise auch für berufliche Eingliederungsleistungen gelten. Sodann vermag der Beschwerdeführer auch aus der Stellungnahme von RAD-Arzt Dr. med. D.\_\_\_\_ (IV-Nr. 131) nichts zu seinen Gunsten abzuleiten. Zwar führte der RAD-Arzt aus, der Antrag des Beschwerdeführers auf Unterstützung beim Versuch, das Arbeitspensum beim bisherigen Arbeitgeber zu steigern, sei sinnvoll. Die Entscheidung müsse aber dem Rechtsanwender vorbehalten sein. In seiner Stellungnahme stellte Dr. med. D.\_\_\_\_ denn auch fest, dass den neu eingereichten Unterlagen keine Hinweise auf eine relevante Veränderung des Gesundheitsschadens seit dem Zeitpunkt der in Rechtskraft erwachsenen Abweisung des Rentenanspruchs entnommen werden könnten. 8. Zusammenfassend bestehen keine genügenden

Anhaltspunkte für eine anspruchrelevante Veränderung des Gesundheitszustands, um eine solche als glaubhaft gemacht anzusehen. Folglich ist festzustellen, dass die Verfügung der Beschwerdegegnerin vom 2. März 2020, worin diese auf das Leistungsbegehren bzw. die Neuanmeldung des Beschwerdeführers vom 22. November 2019 nicht eingetreten ist, korrekt ist. Die Beschwerde erweist sich somit als unbegründet. Sie ist abzuweisen.

## **E. 9**

9.1 Bei diesem Verfahrensausgang besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung zu Lasten der Beschwerdegegnerin (Art. 61 lit. g ATSG). 9.2 Der Beschwerdeführer steht ab Prozessbeginn im Genusse der unentgeltlichen Rechtspflege (vgl. E. I. 5 hiervor). 9.3 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.