

SO_GERICHTE VSBES.2020.81 vom 24. März 2020

SO Obergericht, 2020-03-24, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2020.81

FR: SO_GERICHTE VSBES.2020.81 du 24 mars 2020

IT: SO_GERICHTE VSBES.2020.81 del 24 marzo 2020

Erwägungen

E. 1

1.1 Der 1956 geborene A.____ (im Folgenden: Beschwerdeführer) arbeitete seit Dezember 1988 als Schadensachbearbeiter bei der B.____ () [...]. Ab dem 27. April 2011 wurde er vollständig und ab dem 10. August 2011 zu 30 % arbeitsunfähig geschrieben (vgl. IV-St. Beleg Nr. [IV-Nr.] 7 S. 1). Seit diesem Zeitpunkt arbeitete er bei der bisherigen Arbeitgeberin als Springer mit einem Pensum von 70 % (IV-Nr. 10 S. 4). Am 21. Dezember 2011 meldete er sich bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug an. Er gab an, seit ca. zwei Jahren an einer rezidivierenden depressiven Störung zu leiden (IV-Nr. 2). Die IV-Stelle des Kantons Solothurn (im Folgenden: Beschwerdegegnerin) sprach dem Beschwerdeführer in der Folge vom 30. April bis 29. Juni 2013 Frühinterventionsmassnahmen in Form eines Bewerbungscoachings/Assessment bei der C.____, [...], zu (Mitteilung vom 18. Juni 2013; IV-Nr. 23). Die Arbeitgeberin löste das Arbeitsverhältnis mit dem Beschwerdeführer per 30. Juni 2013 auf (IV-Nr. 31). Vom 14. Oktober 2013 bis 12. Januar 2014 konnte er einen Arbeitsversuch bei der D.____, [...], unternehmen (Verfügung vom 25. September 2013, IV-Nr. 27). Zu einer Anstellung kam es jedoch nicht (vgl. Abschlussbericht der beruflichen Eingliederung vom 12. März 2014, IV-Nr. 30). Die Beschwerdegegnerin verneinte in der Folge den Anspruch des Beschwerdeführers auf eine Invalidenrente sowie berufliche Eingliederungsmassnahmen mit rechtskräftiger Verfügung vom 11. Juni 2014. Zur Begründung wurde im Wesentlichen dargelegt, gemäss den Abklärungen sei der Beschwerdeführer seit April 2011 in seiner Arbeitsfähigkeit erheblich eingeschränkt. Es sei ihm jedoch bereits vor Ablauf der Wartefrist wieder zumutbar gewesen, zu 70 % arbeitstätig zu sein. Aus medizinischer Sicht sei es ihm aktuell wieder zuzumuten, sowohl seine angestammte Tätigkeit als auch eine Verweistätigkeit zu 100 % auszuüben. Es seien daher weder weitere berufliche Eingliederungsmassnahmen angezeigt noch sei ein Rentenanspruch entstanden (IV-Nr. 36).

1.2 Am 16. Mai 2016 meldete sich der Beschwerdeführer erneut bei der IV zum Leistungsbezug an. Er gab an, er leide an einem Burnout, Depressionen sowie an einer Überforderung seit dem Jahr 2007 (IV-Nr. 37). Mit rechtskräftiger Verfügung vom 8. Juli 2016 trat die Beschwerdegegnerin auf das Leistungsbegehren mit der Begründung nicht ein, der Beschwerdeführer habe es unterlassen, innert Frist eine Veränderung des Gesundheitszustands mit entsprechenden Unterlagen glaubhaft darzulegen (IV-Nr. 43).

1.3 Am 18. Januar 2020 meldete sich der Beschwerdeführer ein weiteres Mal bei der IV zum Leistungsbezug an. Wiederum gab er an, er leide an einem Burnout sowie Depressionen und im Weiteren auch an Bluthochdruck sowie Diabetes. Die gesundheitliche Beeinträchtigung bestehe seit ungefähr dem Jahr 2009 (IV-Nr. 45). Im Weiteren reichte er einen Kurzaustrittsbericht vom 8. Januar 2020 über die stationäre Therapie vom 2. Oktober

2019 bis 7. Januar 2020 in der Klinik E.____, [...], sowie ein ärztliches Zeugnis der F.____ vom 14. Januar 2020 ein (IV-Nr. 47 und 48). Nach Durchführung des Vorbescheidverfahrens, Einsicht in den Austrittsbericht der Klinik E.____ vom 13. März 2020 sowie Konsultation des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD) trat die Beschwerdegegnerin mit Verfügung vom 24. März 2020 auf das Leistungsbegehren des Beschwerdeführers nicht ein. Zur Begründung wurde im Wesentlichen dargelegt, aus dem Austrittsbericht der Klinik E.____ vom 13. März 2020 gehe kein Anhaltspunkt hervor, dass sich die gesundheitliche Situation des Beschwerdeführers in anspruchswerter Weise verändert haben könnte (IV-Nr. 57; Aktenseiten [A.S.] 1 f.).

E. 2

2.1 Gemäss Art. 17 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben, wenn sich der Invaliditätsgrad einer Rentenbezügerin oder eines Rentenbezügers erheblich ändert.

Wird ein Gesuch um Revision eingereicht, ist darin glaubhaft zu machen, dass sich der Grad der Invalidität des Versicherten in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert hat (Art. 87 Abs. 2 der Verordnung über die Invalidenversicherung [IVV; SR 831.201]). Wurde eine Rente wegen eines zu geringen Invaliditätsgrades verweigert, so wird eine neue Anmeldung nur geprüft, wenn die Voraussetzungen nach Abs. 2 erfüllt sind (Art. 87 Abs. 3 IVV). Mit dieser Verordnungsregelung soll verhindert werden, dass die IV-Organen nach vorausgegangenem rechtskräftigen Leistungsverweigerungen oder rechtskräftig abgelehnten Revisionsgesuchen sich immer wieder mit gleichlautenden und nicht näher begründeten, d.h. keine Veränderung des Sachverhalts darlegenden Gesuchen befassen müssen. Ist demgegenüber im gesamten für die Anspruchsberechtigung erheblichen Tatsachenspektrum eine Änderung glaubhaft gemacht, ist die Verwaltung verpflichtet, auf das neue Leistungsbegehren einzutreten und es in tatsächlicher (wie auch in rechtlicher) Hinsicht allseitig zu prüfen (Meyer/Reichmuth, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG, 3. Aufl., 2014, S. 455 f. Rz. 118 mit Hinweisen).

2.2 Neuanmeldungsrechtlich massgebender Vergleichszeitraum ist seit der mit BGE 130 V 71 präzisierten Rechtsprechung der Zeitpunkt der letzten umfassenden materiellen Prüfung einerseits und der Zeitpunkt, in welchem das Neuanmeldungsgesuch und die Glaubhaftmachung einer anspruchsbefehlenden Tatsachenänderung geprüft wird, andererseits (Meyer/Reichmuth, a.a.O., S. 457 Rz. 122).

Die Verwaltung berücksichtigt u.a., ob die frühere rechtskräftige Verfügung nur kurze oder schon längere Zeit zurückliegt, und sie wird dementsprechend an die Glaubhaftmachung höhere oder weniger hohe Anforderungen stellen; insoweit steht ihr ein gewisser Beurteilungsspielraum zu, den das Gericht zu respektieren hat (Urteil des Bundesgerichts 9C_116/2010 vom 20. April 2010 E. 2.2 mit Hinweisen; Meyer/Reichmuth, a.a.O., S. 456 Rz. 119).

2.3 Für das Eintreten auf eine Neuanmeldung und auf ein Revisionsgesuch gilt der Beweisgrad des Glaubhaftmachens. Unter Glaubhaftmachen ist nicht der Beweis nach dem im Sozialversicherungsrecht allgemein massgebenden Grad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu verstehen. Die Beweisforderungen sind vielmehr herabgesetzt, indem nicht im Sinne eines vollen Beweises die Überzeugung der Verwaltung begründet zu werden braucht, dass seit der letzten, rechtskräftigen Entscheidung tatsächlich eine

relevante Änderung eingetreten ist. Es genügt, dass für den geltend gemachten rechtserheblichen Sachumstand 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 (Urteile des Bundesgerichts 9C_683/2016 vom 30. März 2017 E. 2.2 und 9C_116/2010 vom 20. April 2010 E. 2.2, je mit Hinweisen; Müller, Das Verwaltungsverfahren in der Invalidenversicherung, 2010, S. 298, Rz. 1563 mit Hinweisen).

E. 3

3.1 Im vorliegenden Fall bildet die rechtskräftige Verfügung vom 11. Juni 2014 (IV-Nr. 36) den massgebenden Vergleichszeitpunkt im oben (unter E. II. 2.2 hiervor) dargelegten Sinn. Dies ist die letzte Verfügung der Beschwerdegegnerin, welche auf einer materiellen Prüfung des Leistungsanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Invaliditätsbemessung beruht. Die Beschwerdegegnerin stützte sich in ihrer Verfügung vom 11. Juni 2014 auf die damals vorliegenden Angaben des Beschwerdeführers und des RAD-Arztes Dr. med. H.____ im Gesprächs-Protokoll Früherfassung/Intake vom 7. Februar 2012 (IV-Nr. 7) sowie auf die ärztlichen Zeugnisse der Fachärztin I.____, Psychiatrie, Psychotherapie und Neurologie FMH, vom 27. März 2013, worin dem Beschwerdeführer vom 4. bis 31. März 2013 eine voraussichtliche vollständige Arbeitsunfähigkeit und vom 1. bis 30. April 2013 eine solche in Höhe von 50 % attestiert worden war (IV-Nr. 18). Diagnostiziert wurde damals eine rezidivierende depressive Störung. Weiter enthielten die Akten Hinweise auf Probleme im Zusammenhang mit Alkoholkonsum (vgl. Verlaufsprotokoll und Assessmentbericht vom 12. März 2013, IV-Nr. 17 und 20).

Nach den ärztlichen Angaben war der Beschwerdeführer ab 1. Mai 2013 wieder vollständig arbeitsfähig (IV-Nr. 18; vgl. auch Zwischenbericht der beruflichen Eingliederung vom 17. Juni 2013, IV-Nr. 21).

3.2 Im Weiteren liegen Berichte über die damals von der Beschwerdegegnerin veranlassten beruflichen Eingliederungsmassnahmen vor. Nachdem die bisherige Arbeitgeberin (B.____) das Arbeitsverhältnis mit dem Beschwerdeführer auf Ende Juni 2013 aufgelöst hatte (IV-Nr. 31), wurde ihm von der Beschwerdegegnerin die Frühinterventionsmassnahme in Form eines Bewerbungscoachings/Assessment vom 30. April bis 29. Juni 2013 bei C.____ AG, [...], bewilligt (IV-Nr. 21 ff.). Sodann konnte er vom 14. Oktober 2013 bis 12. Januar 2014 bei der D.____, [...], einen dreimonatigen Arbeitsversuch absolvieren (IV-Nr. 24 und 27). Dem Abschlussbericht der beruflichen Eingliederung der Beschwerdegegnerin vom 12. März 2014 kann Folgendes entnommen werden: Der Beschwerdeführer leide unter einer rezidivierenden Depression. Er sei daher ab April 2011 krank geschrieben worden. Ab August 2011 habe er wieder mit einem Pensum von 70 % gearbeitet. Die Arbeitgeberin gebe im Fragebogen an, dass dem Beschwerdeführer ein Soziallohn bezahlt worden sei und seine Leistung nicht diesem Lohn entspreche. Der Beschwerdeführer habe bei der B.____ [...] als Springer gearbeitet und zuletzt keine Postenverantwortung mehr gehabt. Trotz mehrmaligen Gesprächen bei der Arbeitgeberin sei es zur Kündigung des Arbeitsverhältnisses per 30. Juni 2013 gekommen. Seit 1. Mai 2013 sei der Beschwerdeführer wieder zu 100 % arbeitsfähig. In der Folge sei eine intensive Stellensuche mit der C.____ AG erfolgt. Der Beschwerdeführer habe von Oktober 2013 bis Januar 2014 einen Arbeitsversuch bei der D.____ absolvieren können. Leider sei es zu keiner Anstellung gekommen, da keine Stelle frei gewesen sei. Zur

subjektiven Einschätzung der Eingliederungsfähigkeit wurde angegeben, der Beschwerdeführer gebe an, dass er in einem wohlwollenden Umfeld bei der Arbeit eine Leistung von 100 % erbringen könne. Zur objektiven Einschätzung der Eingliederungsfähigkeit wurde vermerkt, Arztberichte seien nicht vorhanden. Die Rückmeldung der D.____ über das Personalbüro C.____ sei in Bezug auf die Leistung des Beschwerdeführers sehr gut gewesen (Schlussbericht der C.____ AG vom 21. Februar 2014, IV-Nr. 29). Der Beschwerdeführer sei sehr motiviert nach dem Einsatz bei der D.____. Er wisse jetzt, dass er eine gute Leistung erbringe, wenn das Umfeld bei der Arbeit stimme und die Umgebung wohlwollend sei. Die berufliche Eingliederung werde abgeschlossen (IV-Nr. 30).

4. In der Neuanmeldung vom 18. Januar 2020 wies der Beschwerdeführer darauf hin, er leide unter einem Burnout bzw. Depressionen; ausserdem habe er Bluthochdruck und Diabetes. Sein Arbeitsverhältnis sei aufgelöst worden. Die gesundheitliche Beeinträchtigung bestehe seit ca. dem Jahr 2009 (IV-Nr. 45 S. 7).

4.1 Dem Austrittsbericht der Klinik E.____, [...], vom 13. März 2020 über den stationären Aufenthalt des Beschwerdeführers vom 2. Oktober 2019 bis 7. Januar 2020 (IV-Nr. 54) kann folgende Diagnoseliste nach ICD-10 entnommen werden: «1. Alkoholabhängigkeit, ständiger Substanzgebrauch, F10.25; 2. Alkoholentzugssyndrom, unkomplizierter Entzug, F10.30 ■ Tachykardie, Schwitzen, Tremor; 3. Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leicht, F33; 4. Spezifische (isolierte) Phobien, F40.2 ■ Klaustrophobie und Höhen-Angst; 5. Diabetes mellitus, Typ 2, E11.90 ■ ED 2011, unter oraler Medikation ■ 05.12.2019: HbA1c 7.9 %; 6. Benigne essentielle Hypertonie, I10.00; 7. Periarthropathie Schulterregion beidseits, M61.41; 8. Hyperchrome, makrozytäre Anämie, D53.8 ■ Thrombozytopenie: 115 G/l». Zu den Zuweisungsumständen wurde dargelegt, der Patient komme auf Anraten seines Hausarztes Dr. med. J.____, Allgemeine Medizin FMH, zum ersten Mal in die Klinik E.____. Er leide an einer langjährigen Alkoholabhängigkeit. Vor Eintritt habe er 2 bis 3 Flaschen Roséwein oder alternativ 2 bis 3 Halbliter Bier pro Tag zum Abschalten konsumiert. Er habe mehrfach versucht, mit dem Alkoholkonsum aufzuhören oder ein sogenannt kontrolliertes Trinken durchzuführen. Es sei ihm jedoch nicht möglich gewesen, dies einzuhalten. Die Alkoholabhängigkeit zeige Folgen im sozialen Bereich (Trennung, Arbeitslosigkeit), im psychischen Bereich (Depression) und im physischen Bereich (Leberwerte, Synkopen). Aktuelle Auslösesituation für einen Aufenthalt seien seine erhöhten Leberwerte und die Motivierung durch seine Familie gewesen. Intrinsische Motivation für einen Aufenthalt auf der Entzugs- und Abklärungsstation sei vorhanden gewesen. Der Patient sei motiviert für eine langfristige Abstinenz. Als Grund nenne er, ein Vorbild zu sein für seinen 20-jährigen, bei ihm wohnhaften Sohn. Ziel sei der qualifizierte Alkoholentzug mit anschliessender Stabilisierungsphase sowie die im Verlauf geprüfte Indikation für eine stationäre Psychotherapie der Suchterkrankung von 8 bis 12 Wochen. Zur Situation bei Austritt wurde angegeben, der Patient habe am 7. Januar 2020 die 12-wöchige Therapie regulär beendet. Er sei in physisch und psychisch kompensiertem Zustand in seine bisherigen Wohnverhältnisse entlassen worden. Bei Austritt habe der Patient weiterhin das Ziel einer langfristigen Abstinenz verfolgt und sei diesbezüglich auch zuversichtlich gewesen.

In der Berichtsbeilage wurde unter dem Titel «Therapieverlauf» im Wesentlichen dargelegt, der Patient sei am 2. Oktober 2019 mit ALT 0.00 mg/l auf die Entzugsstation eingetreten. Er habe zuletzt am Vorabend getrunken. Der medikamentös gestützte Entzug (B-Vitamine,

Levetiracetam, Temesta) habe drei Tage gedauert und sich mit anfänglich erhöhtem Puls, Schwitzen und Tremor komplikationslos und moderat gestaltet. Laborchemisch habe sich eine Trombozytopenie und eine Anämie mit hyperchronem makrozytärem Blutbild sowie eine Erhöhung der Leberwerte gezeigt, welche sich im Verlauf weitgehend normalisiert habe. Am 15. Oktober 2019 sei der Patient auf die Psychotherapiestation der Suchterkrankungen PTS übergetreten. Er habe zuletzt ca. 2 Liter Roséwein täglich konsumiert, hauptsächlich um innerlich abschalten zu können. Im Vergleich zu den anderen Aufenthalten strebe er nun die vollständige Abstinenz an. Motivation dazu sei einerseits sein zunehmend schlechter körperlicher Zustand, andererseits seine Familie (Distanzierung des Sohnes, belastende Beziehung/Time-out mit Ehefrau). Zur Entwicklung des abhängigen Alkoholkonsums hätten einerseits hohe Leistungsmotive (z.B. im Sport, aber auch im Beruf) beigetragen, welchen der Patient mit zunehmendem Druck nicht mehr habe «erfolgreich» gerecht werden können. Aktenanamnestisch seien akzentuierte narzisstische Persönlichkeitszüge beschrieben worden. Weiter habe der Patient eine Paardynamik beschrieben, in welcher er zu Beginn der Beziehung, als er noch berufstätig und sportlich leistungsorientiert gewesen sei, die «starke» Rolle innegehabt habe. Dies habe sich u.a. durch den Alkoholkonsum schleichend hin zur aktuell finanziellen Abhängigkeit und gegenseitig abwertendem Verhalten verlagert. Der Patient selbst habe angegeben, sich nicht gut durchsetzen zu können; er wolle hartnäckiger werden. Als störungsaufrechterhaltende Faktoren seien somit die Paardynamik, die fehlende Tagesstruktur sowie die Tendenz zu depressivem Rückzug anzusehen.

Im Weiteren wurde dargelegt, während des gesamten Aufenthalts sei ein Suchtmittelkonsum bekannt geworden. Dieser habe sich am Wochenende zu Hause (11/2019) ereignet und sei durch eine unangekündigte Urinprobe deutlich geworden. Der Patient habe berichtet, keinen Suchtdruck verspürt und nicht bewusst getrunken zu haben. Als möglicher Auslöser habe ansatzweise eine Konfliktsituation beim Abschied von der Ehefrau besprochen werden können, welche der Patient selbst jedoch als nicht so belastend eingestuft habe. Um das Therapieziel der dauerhaften Abstinenz erreichen zu können, habe der Patient die Absicht geäußert, sein Selbstbewusstsein zu stärken, wieder klar denken zu können, vermehrt Bedürfnisse zu äussern und durchsetzen zu können, sowie sich körperlich wieder fitter und vitaler zu fühlen. Letzteres habe er u.a. durch den Wiederaufbau sportlicher Aktivitäten verbunden mit einer Gewichtsreduktion von fast 10 kg erreicht. Bezüglich der Klärung der Wohnsituation und finanziellen Abhängigkeit von der Ehefrau, getrennt lebend im gemeinsamen Eigenheim, habe sich der Patient entschieden, diese Situation unverändert zu belassen. Er habe sich nicht vorstellen können, schlimmstenfalls von der Sozialhilfe abhängig zu werden. Der Patient habe sich für einen positiven Therapieprozess engagiert, er habe aktiv an den Einzel- und Gruppentherapien teilgenommen. Immer wieder habe er von der positiven Auswirkung des Sports berichtet, welcher für ihn eine persönlich wichtige reaktivierte Ressource dargestellt und ihn gleichzeitig in der von ihm angestrebten Gewichtsreduktion und Verbesserung des Körpergefühls unterstützt habe. Bei Austritt habe der Patient weiterhin das Ziel einer langfristigen Abstinenz verfolgt und sei diesbezüglich zuversichtlich gewesen. Aus psychiatrisch-psychotherapeutischer Sicht sei die Prognose als vorsichtig positiv einzustufen. Prognostisch günstig wirkten sowohl die körperliche als auch die psychische Stabilisierung mit verbessertem Selbstwertgefühl und zunehmender Problemeinsicht eigener Verhaltensanteile bzw. risikoerhöhenden Faktoren. Die weiterhin weitgehend fehlende Tagesstruktur, die unveränderte Wohn- und Beziehungssituation sowie die

mangelhafte Auseinandersetzung mit dem Rückfall während der stationären Therapie vor dem Hintergrund eines bereits über 20-jährigen problematischen Alkoholkonsums liessen die Prognose vorsichtig zuversichtlich ausfallen.

Zur rezidivierenden, gegenwärtig leichten depressiven Störung wurde angegeben, bekannt sei ein erster stationärer Aufenthalt in [...] im Mai 2011 zur Behandlung eines mittelgradig ausgeprägten depressiven Zustandsbildes im Zusammenhang mit einer Überforderungssituation am Arbeitsplatz als Schadenssachbearbeiter. Bei Eintritt in die Klinik E.____ habe der Patient berichtet, zuletzt vor 2 bis 3 Wochen an einer depressiven Phase gelitten zu haben, welche sich hauptsächlich in einer Antriebsminderung gezeigt habe. Der BDI-II habe auf eine leichte Depression hingewiesen. Für Schlafschwierigkeiten, welche unregelmässig aufgetreten seien, habe er Surmontil sowie Cymbalta schon seit längerem als antidepressive Medikation gehabt. Bei Eintritt habe sich der Patient verlangsamt gezeigt und seine Schwingungsfähigkeit sei leicht vermindert gewesen. Er habe angegeben, wenig Zugang zu seinem emotionalen Erleben zu haben, und wenn dies der Fall sei, sich minderwertig zu fühlen. Von aussen werde dies jedoch anders wahrgenommen, da er häufig als Witzbold auftrete und auch gut «austeilen» könne. Weitere Symptome seien leichte Appetitminderung und manchmal Gedanken an Tod und Sterben mit klarer Distanzierung von Suizidgedanken gewesen. Insgesamt seien die Kriterien für eine depressive Episode nicht mehr erfüllt gewesen. Die Auseinandersetzung mit seinem Selbstbild sowie diejenige in der affektiven Störungsgruppe verdeutlichten den Zusammenhang zwischen Aktivität und Stimmung. Die aktenanamnestisch erwähnten hypomanen Phasen seien während der stationären Therapie nicht beobachtet worden. Mit der Umstellung der Medikation habe sich der Schlaf des Patienten deutlich verbessert.

Zur Klaustrophobie und Höhenangst wurde festgehalten, der Patient habe beschrieben, die Höhenangst auf hohen Brücken zu erleben, oder in der Vergangenheit z.B. in einer Gondel mit Herzrasen, Schwitzen und Erbrechen reagiert zu haben, sodass er derartige Situationen teilweise vermeide. In kleinen Räumen behelfe er sich damit, dass er das Fenster offen lasse. Insgesamt erlebe er diese vorbestehenden Ängste als nicht oder kaum einschränkend und nicht direkt konsumrelevant. Daher seien diesbezüglich keine spezifischen Interventionen durchgeführt worden. Zum Diabetes mellitus wurde dargelegt, bei Eintritt und nach abgeschlossenem Alkoholzug zeigten sich wiederholt hohe Blutdruckwerte mit insgesamt deutlich erhöhtem HbA1c. Durch Ernährungsberatung, vermittelt durch die klinikinterne Internistin, Diabeteskost, Gewichtsabnahme von knapp 10 kg und Gabe von Metformin hätten die Blutzuckerwerte gesenkt werden können.

Abschliessend wurde dargelegt, die Beschwerden der vorbekannten Periarthropathie der Schulterregion beidseits hätten mit regelmässiger Physiotherapie gut behandelt werden können. Die Thrombozytopenie sei in der Verlaufskontrolle vom 5. Dezember 2019 vollständig remittiert, eine leichte Anämie habe persistiert, jedoch habe sich das hyperchrome, makrozytäre Blutbild unter passagerer, oraler Vitamin B12-Substitution normalisiert. Der Patient sei nach Abschluss des Suchtmittelentzugs auf der qualifizierten Entzugs- und Abklärungsstation auf die Psychotherapiestation der Suchterkrankungen (PTS) übergetreten (IV-Nr. 54; vgl. auch IV-Nr. 48).

4.2 RAD-Ärztin Dr. med. K.____, Fachärztin für Chirurgie/Praktische Ärztin, hielt in ihrer Aktennotiz vom 20. März 2020 im Wesentlichen fest, bei Klinikeintritt habe der Versicherte laut Testergebnissen an einer leichten Depression gelitten, welche im Austrittszeitpunkt remittiert gewesen sei. Aus dem Austrittsbericht gehe hervor, dass

erhöhte Belastungen in den Bereichen Somatisierung, Zwanghaftigkeit, Unsicherheit im Sozialkontakt, Depressivität, Ängstlichkeit, Paranoides Denken, Psychotizismus, mit besonderen Spitzen im Bereich Phobischer Angst, bereits bei Übertritt auf die Psychotherapiestation wieder Normwerte in allen Bereichen gezeigt hätten. Auch die laborchemisch veränderten Blutwerte hätten sich im Verlauf weitgehend normalisiert. Eine Steigerung seiner körperlichen Fitness habe der Versicherte u.a. durch den Wiederaufbau sportlicher Aktivitäten verbunden mit einer Gewichtsreduktion von fast 10 kg erreicht. Die während des stationären Aufenthaltes festgestellten hohen Blutdruckwerte seien nach der Gewichtsreduktion von 10 kg und unter medikamentöser Bluthochdruckbehandlung stark abgefallen, sodass die Blutdruckmedikation durch Reduktion habe angepasst werden können. Auch der deutlich erhöhte HbA1c-Wert, der auf eine diabetische Stoffwechsellage hinweise, habe durch Gewichtsreduktion und Ernährungsberatung sowie Einnahme von Metformin gesenkt werden können. Vorbekannte Schulterbeschwerden beidseits bei Periarthropathie hätten physiotherapeutisch gut behandelt werden können.

Aufgrund der umfassenden Untersuchungsbefunde während des dreimonatigen stationären Aufenthaltes mit erfolgreichen therapeutischen Massnahmen liessen sich nach Abschluss der Hospitalisation folgende Diagnosen festhalten: «1. Alkoholabhängigkeit, ständiger Substanzgebrauch seit ca. 20 Jahren, F10.25; 2. Alkoholentzugssyndrom, unkomplizierter Entzug, F10.30; 3. Rezidivierende depressive Störung, bei Aufnahme leicht, bei Austritt remittiert, F33; 4. Spezifische (isolierte) Phobien, F40.2 ■ Klaustrophobie und Höhen-Angst; 5. Diabetes mellitus, Typ 2, E11.90 ■ ED 2011, unter oraler Medikation; 6. Benigne essentielle Hypertonie, I10.00; 7. Periarthropathie Schulterregion beidseits, M61.41». Die versicherungsmedizinische Einschätzung der RAD-Ärztin lautete dahingehend, nach erfolgreichem stationärem Alkoholentzug und bei starkem Willen des Versicherten zu anhaltender Abstinenz habe dieser eine signifikante Gewichtsabnahme von 10 kg erreichen und für sich ein Sportprogramm installieren können, das seine Fitness weiterhin verbessere. Bluthochdruck und Diabetes mellitus Typ II seien medikamentös gut eingestellt und seien regelmässig kontrollbedürftig. Dem Austrittsbericht seien keine medizinischen Informationen zu entnehmen, die eine Verschlechterung der gesundheitlichen Situation mit invalidisierendem Charakter aufzeigen würden (IV-Nr. 56).

E. 5

5.1 Die Beschwerdegegnerin trat mit vorliegend angefochtener Verfügung vom 24. März 2020 auf die Neuanmeldung des Beschwerdeführers vom 18. Januar 2020 (IV-Nr. 45) im Wesentlichen mit der Begründung nicht ein, gemäss dem Bericht der Klinik E.____ vom 13. März 2020 bestehe kein Anhaltspunkt für eine gesundheitliche Verschlechterung in anspruch relevanter Weise. Die RAD-Stellungnahme vom 20. März 2020 bilde einen festen Bestandteil des Entscheides. Entsprechend dem Vorbescheid vom 28. Januar 2020 werde auf die Neuanmeldung des Beschwerdeführers nicht eingetreten (IV-Nr. 57; A.S. 1 f.).

Der Beschwerdeführer macht demgegenüber geltend, er könne die Argumentation der Beschwerdegegnerin nicht nachvollziehen. Es sei ihm mitgeteilt worden, der Bericht der Klinik E.____ genüge für ein Eintreten und eine materielle Beurteilung. Mit dem Nichteintreten sei er nicht einverstanden. Er habe Rücksprache mit der behandelnden Ärztin der F.____ genommen. Diese sei klar der Auffassung, dass sein Leistungsgesuch neu, d.h. materiell zu prüfen sei. Der ausführliche Bericht der F.____ werde noch zugestellt (A.S. 3).

5.2 Zunächst ist festzuhalten, dass die erst im vorliegenden Beschwerdeverfahren am 18. Mai 2020 nachgereichten medizinischen Unterlagen, nämlich der Arztbericht der F.____ vom 11. Mai 2020, worin der Krankheitsverlauf des Beschwerdeführers dargelegt sowie auf die im April 2020 aufgetretenen verschiedenen Probleme (aufgezwungene Isolation wegen Corona, Einreichung der Scheidung durch die Ehefrau, gesundheitliche und berufliche Probleme des Sohnes), den erhöhten Alkoholkonsum und die damit verbundene Verschlechterung des psychischen Gesundheitszustands sowie auf die deutlichen Einschränkungen in der beruflichen Leistungs- und Anpassungsfähigkeit hingewiesen wurde (A.S. 17 ff.; IV-Nr. 59; Beschwerdebeilage [BB] 5), sowie die ärztlichen Zeugnisse der F.____ vom 20. April und 14. Mai 2020, worin dem Beschwerdeführer im Rahmen einer ambulanten psychiatrischen Behandlung eine vollständige Arbeitsunfähigkeit vom 14. Januar bis 31. Mai 2020 attestiert wurde (IV-Nr. 61 S. 15 und 18; BB 4,

E. 6

und 9), nicht berücksichtigt werden können. Nach der Rechtsprechung ist für die beschwerdeweise Überprüfung einer Nichteintretensverfügung die Aktenlage bei Erlass der angefochtenen Verfügung massgeblich. Der Untersuchungsgrundsatz, wonach das Gericht von Amtes wegen für die richtige und vollständige Abklärung des rechtserheblichen Sachverhalts zu sorgen hat, gilt insoweit nicht (Urteile des Bundesgerichts 8C_65/2018 vom 14. Februar 2018 E. 4.1, 9C_799/2016 vom 21. März 2017 E. 2.1 und 8C_244/2016 vom 21. Juni 2016 E. 2.1, je mit Hinweisen). Somit sind ausschliesslich die ärztlichen Berichte, die der Beschwerdegegnerin bis zum Erlass der vorliegend angefochtenen Nichteintretensverfügung vom 24. März 2020 (A.S. 1 f.; IV-Nr. 57) vorlagen, zu berücksichtigen, während jene, die erst im kantonalen Gerichtsverfahren nachgereicht wurden, unbeachtlich bleiben (Urteil des Bundesgerichts 9C_683/2013 vom 2. April 2014 E. 3.3.2). Relevante neue Akten sind somit primär der Kurzaustrittsbericht der Klinik E.____ vom 8. Januar 2020 über den stationären Aufenthalt des Beschwerdeführers vom 2. Oktober 2019 bis 7. Januar 2020 (IV-Nr. 48) und der im Vorbescheidverfahren eingereichte definitive Austrittsbericht der Klinik E.____ vom 13. März 2020 (IV-Nr. 54) sowie die Stellungnahme des RAD (Akttenotiz vom 20. März 2020, IV-Nr. 56; vgl. E. II. 4 hiervor).

5.3 Nach einem Vergleich der gesundheitlichen Situation des Beschwerdeführers im Zeitpunkt der rechtskräftigen Verfügung vom 11. Juni 2014, worin die Beschwerdegegnerin den Anspruch des Beschwerdeführers auf eine Invalidenrente sowie weitere berufliche Eingliederungsmassnahmen nach durchgemachter depressiver Störung aufgrund einer wieder bestehenden 100%igen Arbeitsfähigkeit sowohl in der angestammten Tätigkeit als auch in einer Verweistätigkeit abgewiesen hatte (IV-Nr. 36; vgl. E. II. 3 hiervor), und den erwähnten Berichten der Klinik E.____ vom 8. Januar 2020 E.____13. März 2020 (IV-Nr. 48 und 54; vgl. E. II. 4.1 hiervor), kann keine relevante Veränderung des Gesundheitszustands des Beschwerdeführers als glaubhaft gemacht angesehen werden. So geht aus den darin aufgeführten Diagnoselisten keine relevante neue Diagnose hervor, welche einen Anhaltspunkt für eine wesentliche Verschlechterung des Gesundheitszustands des Beschwerdeführers darstellen könnte. Dies gilt auch dann, wenn man mit Blick auf die im Juli 2019 erfolgte Rechtsprechungsänderung zur IV-rechtlichen Relevanz primärer Abhängigkeitssyndrome (BGE 145 V 215) das nunmehr stärker betonte Alkoholproblem in die Beurteilung einbezieht, denn der Alkoholzug konnte im Rahmen der stationären Behandlung unkompliziert durchgeführt werden. Die seit Jahren bestehende rezidivierende depressive Störung wurde im Kurzbericht vom 8. Januar 2020 als «gegenwärtig remittiert»

und im Austrittsbericht vom 13. März 2020 als «gegenwärtig leicht» angegeben. Im Rahmen der Testdiagnostik wurde jedoch auch im Austrittsbericht vom 13. März 2020 darauf hingewiesen, bei Eintritt auf die Entzugsstation habe noch eine leichte Depression bestanden, eine erhöhte Belastung sei in allen Bereichen (Somatisierung, Zwanghaftigkeit, Unsicherheit im Sozialkontakt, Depressivität, Ängstlichkeit, Paranoides Denken, Psychotizismus) mit peaks im Bereich der phobischen Angst festzustellen gewesen, bereits beim Übertritt auf die Psychotherapiestation der Suchterkrankungen (PTS) seien jedoch alle Werte im Normbereich gewesen. Im Zeitpunkt des Austritts sei die leichte Depression remittiert gewesen (IV-Nr. 54 bzw. 55 S. 4). Zum Therapieverlauf wurde sodann vermerkt, der dreitägige medikamentös gestützte Entzug habe sich komplikationslos und moderat gestaltet und die erhöhten Leberwerte hätten sich im Verlauf weitgehend normalisiert. Im Weiteren konnte der Beschwerdeführer durch den Wiederaufbau sportlicher Aktivitäten eine Gewichtsreduktion von beinahe 10 kg erreichen. Aus psychiatrisch-psychotherapeutischer Sicht wurde die Prognose als vorsichtig positiv eingestuft. Nach den ärztlichen Angaben waren die Kriterien für eine depressive Episode insgesamt nicht mehr erfüllt. Durch medikamentöse Umstellung konnte auch der Schlaf des Beschwerdeführers deutlich verbessert werden. Die Klaustrophobie und Höhenangst erlebt der Beschwerdeführer gemäss seinen Angaben nicht oder kaum einschränkend, weshalb diesbezüglich keine spezifischen Interventionen durchgeführt wurden. Bezüglich des diagnostizierten Diabetes mellitus Typ 2 wurde vermerkt, durch Ernährungsberatung, vermittelt durch die klinikinterne Internistin, Diabeteskost, Gewichtsabnahme von knapp 10 kg und Gabe von Metformin hätten die Blutzuckerwerte gesenkt werden können. Schliesslich konnten die hypotonen Blutdruckwerte medikamentös eingestellt und die vorbekannte Periarthropathie der Schulterregion beidseits mit regelmässiger Physiotherapie gut behandelt werden. Die ebenfalls diagnostizierte Thrombozytopenie remittierte in der Verlaufskontrolle vom 5. Dezember 2019 vollständig und auch das hyperchrome, makrozytäre Blutbild normalisierte sich unter einer Vitamin B12-Substitution. Der Beschwerdeführer konnte die 12-wöchige Therapie am 7. Januar 2020 regulär beenden und wurde in physisch und psychisch kompensierten Zustand in seine bisherigen Wohnverhältnisse entlassen (IV-Nr. 54 bzw. 55 S. 4 ff.; vgl. E. II. 4.1 hiervor).

5.4 Im Vergleich zur Situation im Juni 2014 kann eine anspruchsrelevante Verschlechterung des Gesundheitszustands aufgrund der vorliegenden Berichte der Klinik E.____ vom 8. Januar und 13. März 2020 nicht als glaubhaft gemacht gelten. Die RAD-Ärztin Dr. med. K.____ führt in ihrer Stellungnahme vom 20. März 2020 zur versicherungsmedizinischen Situation aus, nach erfolgtem stationären Alkoholentzug und bei starkem Willen des Beschwerdeführers zu anhaltender Abstinenz habe dieser eine signifikante Gewichtsabnahme von 10 kg erreichen und für sich ein Sportprogramm installieren können, das seine Fitness weiterhin verbessere. Bluthochdruck und Diabetes mellitus Typ II seien medikamentös gut eingestellt und regelmässig kontrollbedürftig. Dem Austrittsbericht der Klinik E.____ seien keine Informationen zu entnehmen, die eine Verschlechterung der gesundheitlichen Situation mit invalidisierendem Charakter aufzeigen würden (IV-Nr. 56 S. 2; vgl. E. II. 4.2 hiervor). Dem ist beizupflichten. Diese Einschätzung wird auch durch den (undatierten) Bericht über die Epikrise der F.____ betreffend ambulante Behandlung des Beschwerdeführers vom 26. August 2015 bis 17. September 2019 nicht in Frage gestellt, worin u.a. eine aktuell remittierte rezidivierende depressive Störung sowie eine gegenwärtige Alkoholabstinenz diagnostiziert wurden, wobei unter dem Titel «Procedere» festgehalten wurde, die Behandlung im Ambulatorium habe im gegenseitigen

Einvernehmen abgeschlossen werden können. Der Beschwerdeführer habe in all seinen selbstgesetzten Therapiezielen grosse Fortschritte gemacht. Die Depression scheine über längere Zeit stabil und könne als remittiert betrachtet werden. Der Beschwerdeführer habe eine Einsicht entwickelt in die Notwendigkeit einer suchtspezifischen Behandlung und werde sich dazu in der Klinik E.____ vorstellen (IV-Nr. 61 S. 19 ff.).

5.5 Wie erwähnt, können der nachträglich eingereichte Bericht sowie die ärztlichen Zeugnisse der F.____ vom 20. April sowie 11. und 14. Mai 2020 im vorliegenden Beschwerdeverfahren nicht berücksichtigt werden (vgl. E. II. 5.2 hiavor).

6. Nach dem Gesagten hat der Beschwerdeführer keine relevante Verschlechterung seines gesundheitlichen Zustands seit der rechtskräftigen Verfügung vom 11. Juni 2014 glaubhaft gemacht. Der vorliegend angefochtene Nichteintretensentscheid der Beschwerdegegnerin vom 24. März 2020 ist somit nicht zu beanstanden. Die Beschwerde ist abzuweisen.

E. 7

7.1 Ausgangsgemäss besteht kein Anspruch des (nicht anwaltlich vertretenen) Beschwerdeführers auf eine Parteientschädigung zu Lasten der Beschwerdegegnerin (Art. 61 lit. g ATSG).

7.2 Aufgrund von Art. 69 Abs. 1bisIVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von CHF 200.00 ■ 1'000.00 festgelegt. Als unterliegende Partei hat der Beschwerdeführer grundsätzlich die Verfahrenskosten von CHF 600.00 zu bezahlen. Diese sind jedoch aufgrund der bewilligten unentgeltlichen Rechtspflege durch den Kanton Solothurn zu übernehmen (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:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.

2. Es wird keine Parteientschädigung ausgerichtet.

3. Der Beschwerdeführer hat die Verfahrenskosten von CHF 600.00 zu bezahlen. Diese sind infolge Bewilligung der unentgeltlichen Rechtspflege durch den Staat Solothurn zu übernehmen. 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

Schmidhauser

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