

# **SO\_GERICHTE VSBES.2021.174 vom 20. September 2021**

SO Obergericht, 2021-09-20, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so\\_gerichte\\_VSBES.2021.174](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2021.174)

FR: SO\_GERICHTE VSBES.2021.174 du 20 septembre 2021

IT: SO\_GERICHTE VSBES.2021.174 del 20 settembre 2021

## **Erwägungen**

### **E. 1**

1.1 Die Sachurteilsvoraussetzungen (Einhaltung von Frist und Form, örtliche und sachliche Zuständigkeit des angerufenen Gerichts) sind erfüllt. Auf die Beschwerde ist einzutreten.

1.2 Für die Beurteilung eines Falles hat das Sozialversicherungsgericht grundsätzlich auf den bis zum Zeitpunkt des Erlasses der streitigen Verfügung (hier: 20. September 2021) eingetretenen Sachverhalt abzustellen (BGE 131 V 242 E. 2.1 S. 243, 121 V 366 E. 1b).

1.3 Am 1. Januar 2022 trat das revidierte Bundesgesetz über die Invalidenversicherung (IVG, SR 831.20) in Kraft. Die dem hier angefochtenen Urteil zugrunde liegende Verfügung erging vor dem 1. Januar 2022. Nach den allgemeinen Grundsätzen des intertemporalen Rechts und des zeitlich massgebenden Sachverhalts sind daher die Bestimmungen des IVG und diejenigen der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV, SR 831.201) in der bis 31. Dezember 2021 gültig gewesenen Fassung anwendbar (Urteil des Bundesgerichts 8C\_787/2021 vom 23. März 2022 E. 2.1 mit Hinweisen).

### **E. 2**

2.1 Nach Art. 28 Abs. 1 IVG haben jene Versicherte Anspruch auf eine Rente, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a) und zusätzlich während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG, SR 830.1]) gewesen sind (lit. b) sowie nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind.

2.2 Nach Art. 8 Abs. 1 IVG haben Invalide oder von einer Invalidität bedrohte Versicherte Anspruch auf Eingliederungsmassnahmen, soweit diese notwendig und geeignet sind, die Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, wieder herzustellen, zu erhalten oder zu verbessern (lit. a); und die Voraussetzungen für den Anspruch auf die einzelnen Massnahmen erfüllt sind (lit. b).

### **E. 3**

3.1 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. 3 und in Verbindung mit Abs. 2 IVV). Die Eintretensvoraussetzungen nach Art. 87 Abs. 2 IVV sollen verhindern, dass sich die Verwaltung nach vorangegangener rechtskräftiger Anspruchsprüfung immer wieder mit gleichlautenden und nicht näher begründeten Rentengesuchen befassen muss (BGE 133 V

108 E. 5.3.1 S. 112).

3.2 Nach der Rechtsprechung sind die Beweisanforderungen an das Glaubhaftmachen im Sinne von Art. 87 Abs. 3 IVV herabgesetzt. 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 Sachverhaltsänderung nicht erstellen lassen (Urteil des Bundesgerichts I 460/01 vom 18. Februar 2003 E. 3.2 mit Hinweisen). Bei der Prüfung des Glaubhaftmachens kann der zeitliche Abstand zwischen Ablehnungsverfügung und Neuanmeldegesuch entscheidend sein (vgl. BGE 130 V 64 E. 6.2 S. 70 mit Hinweis auf das zitierte Urteil des Bundesgerichts I 460/01 E. 4.1; vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_436/2008 vom 29. April 2008 E. 4.2).

#### **E. 4**

4.1 Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung und im Beschwerdefall das Gericht auf Unterlagen angewiesen, die Ärztinnen und Ärzte sowie gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist. Im Weiteren sind ärztliche Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 140 V 193 E. 3.2 S. 195, 132 V 93 E. 4 S. 99 f., 125 V 261 E. 4).

4.2 Sowohl im Verwaltungsverfahren wie auch im gerichtlichen Sozialversicherungsprozess gilt der Untersuchungsgrundsatz (Art. 43 Abs. 1 und Art. 61 lit. c ATSG). Danach haben Verwaltung und Sozialversicherungsgericht den rechtserheblichen Sachverhalt von Amtes wegen festzustellen. Diese Untersuchungspflicht dauert so lange, bis über die für die Beurteilung des streitigen Anspruchs erforderlichen Tatsachen hinreichende Klarheit besteht. Führen die im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes von Amtes wegen vorzunehmenden Abklärungen den Versicherungsträger oder das Gericht bei umfassender, sorgfältiger, objektiver und inhaltsbezogener Beweiswürdigung (BGE 132 V 393 E. 4.1 S. 400) zur Überzeugung, ein bestimmter Sachverhalt sei als überwiegend wahrscheinlich (BGE 136 I 229 E. 5.3 S. 236 f. m.w.H.) zu betrachten, und es könnten weitere Beweismassnahmen an diesem feststehenden Ergebnis nichts mehr ändern, so liegt im Verzicht auf die Abnahme weiterer Beweise keine Verletzung des Anspruchs auf rechtliches Gehör (antizipierte Beweiswürdigung; BGE 134 I 140 E. 5.3 S. 148, 124 V 90 E. 4b S. 94). Bleiben jedoch erhebliche Zweifel an Vollständigkeit und / oder Richtigkeit der bisher getroffenen Tatsachenfeststellung bestehen, ist weiter zu ermitteln, soweit von zusätzlichen Abklärungsmassnahmen noch neue wesentliche Erkenntnisse zu erwarten sind (Urteile des Bundesgerichts 9C\_360/2015 vom 7. April 2016 E. 3.1 mit Hinweis, 9C\_662/2016 vom 15. März 2017 E. 2.2).

4.3 Im Sozialversicherungsverfahren sind die Beweise frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen (Art. 61 lit. c ATSG; BGE 125 V 351 E. 3a S. 352). Das Sozialversicherungsgericht hat alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruchs gestatten. Insbesondere darf es bei einander widersprechenden

medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt. Der Beweiswert eines ärztlichen Berichts hängt davon ab, ob er für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1 S. 232, 125 V 351 E. 3a S. 352).

4.4 Die Rechtsprechung erachtet es als mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung vereinbar, in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten Richtlinien für die Beweiswürdigung aufzustellen (BGE 125 V 351 E. 3b S. 352). So ist einem im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten medizinischen Gutachten durch externe Spezialärztinnen und -ärzte, welches aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten erstellt worden ist und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangt, in der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 137 V 210 E. 1.3.4 S. 227 m.H.). Andererseits ist der Erfahrungstatsache Rechnung zu tragen, dass behandelnde Ärztinnen und Ärzte im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen mitunter eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen. Schliesslich haben die Berichte versicherungsinterner medizinischer Fachpersonen grundsätzlich Beweiswert, doch kommt ihnen praxisgemäss nicht dieselbe Beweiskraft zu wie einem Gutachten, das der Versicherungsträger im Verfahren nach Art. 44 ATSG von einer externen Fachperson eingeholt hat oder einem Gerichtsgutachten (BGE 135 V 465 E. 4.4 S. 469 f. mit Hinweisen).

5. Es ist zunächst auf die Rechtsschriften der Parteien einzugehen:

5.1 Die Beschwerdegegnerin trat mit Verfügung vom 20. September 2021 auf das Leistungsbegehren des Beschwerdeführers nicht ein (A.S. 1 f.). Zur Begründung wurde ausgeführt, das Leistungsbegehren sei am 22. März 2021 abgewiesen worden. Am 9. Juni 2021 habe die Beschwerdegegnerin eine neue Anmeldung erhalten. Um das Gesuch prüfen zu können, müsse sich die berufliche oder medizinische Situation des Beschwerdeführers wesentlich geändert haben. Solche Veränderungen hätten nicht festgestellt werden können (z.B. keine neuen Diagnosen, keine neuen Befunde etc.). Der Beschwerdeführer habe es unterlassen, innerhalb der 30-tägigen Einwandfrist eine Veränderung seines Gesundheitszustandes glaubhaft darzulegen. Deshalb könne auf die Neuanmeldung nicht eingetreten werden.

Die am 6. und 16. September 2021 eingereichten Unterlagen seien durch den RAD gewürdigt worden. Die Unterlagen vermöchten keine Anhaltspunkte zu liefern, dass sich die gesundheitlichen Verhältnisse seit dem letzten Entscheid vom 22. März 2021 in anspruch relevanter Weise verändert hätten. Entsprechend dem Vorbescheid vom 28. Juni 2021 werde auf die Neuanmeldung nicht eingetreten.

5.2 Dagegen lässt der Beschwerdeführer in seiner Beschwerdeschrift vom 21. Oktober 2021 (A.S. 3 ff.) einwenden, die Beschwerdegegnerin hätte auf die Neuanmeldung eintreten müssen, weil mit dem neu eingereichten Bericht von Dr. med. G.\_\_\_\_ vom 3. September 2021 zumindest glaubhaft gemacht worden sei, dass sich seit der Begutachtung bei Dr. med. C.\_\_\_\_ und dem Referenzzeitpunkt vom 22. März 2021 der Grad der Invalidität in einer für

den Anspruch erheblichen Weise geändert habe. Entgegen den Ausführungen der RAD-Ärztin Dr. med. E. \_\_\_ in deren Aktennotiz vom 13. September 2021 sei im psychiatrischen Bericht vom 22. März 2021 nicht dieselbe Symptomatik festgestellt worden, wie sie Dr. med. C. \_\_\_ anlässlich der Begutachtung beschrieben habe. Während Dr. med. C. \_\_\_ auf S. 62 seines Gutachtens festgehalten habe, dass die Kardinalsymptome einer Depression nicht gegeben seien und insbesondere kein Interessenverlust und keine anhaltend gedrückte Stimmung vorgelegen hätten und auch keinerlei Hinweise auf ein vermindertes Selbstwertgefühl oder auf Schuldgefühle vorhanden gewesen seien, habe Dr. med. G. \_\_\_ demgegenüber insbesondere einen Interessenverlust, eine Antriebsminderung, Schuldgefühle und andere depressive Symptome festgehalten. Der Beschwerdeführer sei im Kontakt meist affektiv niedergeschmettert und traurig gewesen. Auch habe sie eine Dysphorie beschrieben, welche als Affektstörung auch im Rahmen einer Depression auftreten könne. Zu berücksichtigen sei auch, dass zumindest der grössere Teil der Gespräche bei Dr. med. G. \_\_\_ nach Mai 2021 erfolgt seien und auch der Beschwerdeführer selbst von einer deutlichen Verschlechterung «seit einiger Zeit» «während den Konsultationen» berichtet habe. Schliesslich sei im Bericht von Dr. med. G. \_\_\_ auch ausgeführt worden, sie habe aufgrund fehlender Besserung der Symptomatik und mit der erfolgten Medikamentenumstellung Ende August 2021 auch eine (teil-)stationäre Behandlung empfohlen. Vor dem Erlass der Verfügung vom 22. März 2021 habe Dr. med. G. \_\_\_ noch nie eine Einschätzung abgegeben gehabt. Damit ergäben sich zumindest gewisse Hinweise auf eine Verschlechterung (A.S. 7 f.).

In Bezug auf die Eintretensfrage sei ■ entgegen den Ausführungen von Dr. med. E. \_\_\_ vom 13. September 2021 ■ nicht von Bedeutung, ob der Beschwerdeführer die von Dr. med. G. \_\_\_ empfohlene medizinischen Massnahmen im Rahmen von (teil-)stationären Aufenthalten umgesetzt habe oder nicht. Ob sich der Gesundheitszustand seit der letzten rechtskräftigen materiellen Beurteilung nämlich auch tatsächlich objektiv wesentlich verändert habe, worunter im Rahmen der Indikatorenprüfung auch die Frage der Therapieresistenz mit zu berücksichtigen sei, sei nicht im Rahmen der Eintretensfrage zu prüfen, sondern erst im Rahmen der materiellen Beurteilung nach dem Eintreten auf das Neuanmeldungsge such (A.S. 8 f.).

6. Streitig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin auf das im Rahmen der Neuanmeldung des Beschwerdeführers vom 7. Juni 2021 gestellte Leistungsbegehren mit Verfügung vom 20. September 2021 zu Recht nicht eingetreten ist bzw. ob der Beschwerdeführer eine entsprechende Verschlechterung seines Gesundheitszustandes glaubhaft gemacht hat.

6.1 Wie bereits vorstehend unter Erwägung II. 3.1 dargelegt, muss die versicherte Person gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung mit der Neuanmeldung 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 kein Eintretenstatbestand glaubhaft gemacht, sondern bloss auf ergänzende Beweismittel hingewiesen, ist der versicherten Person eine angemessene Frist zur Nachreichung anzusetzen und anzudrohen, dass ansonsten gegebenenfalls auf Nichteintreten zu erkennen sei. Ergeht eine Nichteintretensverfügung im Rahmen eines Verwaltungsverfahrens, das den eben umschriebenen Erfordernissen betreffend Fristansetzung und Androhung der Säumnisfolgen genügt, legen die Gerichte ihrer beschwerdeweisen Überprüfung den

Sachverhalt zu Grunde, wie er sich der Verwaltung bot (BGE 130 V 64 E. 5.2.5 S. 69 m.H.). Dem Beschwerdeführer wurde mit Vorbescheid vom 28. Juni 2021 (IV-Nr. 76) das Nichteintreten angedroht, wenn innert der 30-tägigen Frist keine Beweismittel eingereicht würden, welche eine Veränderung des Gesundheitszustandes glaubhaft erscheinen liessen. Somit erging die vorliegend angefochtene Nichteintretensverfügung im Rahmen eines Verwaltungsverfahrens, das den vorgenannten Erfordernissen betreffend Fristansetzung und Androhung der Säumnisfolgen genügte. Das Versicherungsgericht stellt deshalb bei der Überprüfung der angefochtenen Verfügung auf den Sachverhalt ab, welcher sich der Verwaltung bot. Es prüft entsprechend, ob der Nichteintretensentscheid aufgrund der bis zum Erlass der Nichteintretensverfügung vorhandenen Akten korrekt war.

6.2 Zeitliche Vergleichsbasis für die Prüfung einer anspruchserheblichen Tatsachenänderung bilden einerseits die letzte rechtskräftige Verfügung, welche auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Ermittlung des Invaliditätsgrades beruhte (vorliegend: Verfügung vom 22. März 2021), und andererseits die angefochtene Verfügung (hier: Verfügung vom 20. September 2021; BGE 130 V 71 E. 3.2.3 S. 76).

7. In der rechtskräftigen Verfügung vom 22. März 2021 stützte sich die Beschwerdegegnerin bei der Beurteilung des medizinischen Sachverhalts im Wesentlichen auf das psychiatrische Fachgutachten von Dr. med. C. \_\_\_ vom 22. Januar 2021, welches auch das neuropsychologische Gutachten von Dr. sc. hum. Dipl. Psych. D. \_\_\_ vom 3. Januar 2021 umfasst, und auf das rheumatologische Fachgutachten von Dr. med. B. \_\_\_ vom 18. Januar 2021 (IV-Nrn. 60 f.).

7.1 Dr. med. B. \_\_\_, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin und Rheumatologie FMH, diagnostizierte in ihrem rheumatologischen Gutachten vom 18. Januar 2021 (IV-Nr. 60) eine «intermittierende Lumbalgie, ICD-10 M54» und eine «geringe ISG-Arthrose beidseits, ICD-10 M19» (S. 22 f.), die ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit seien (IV-Nr. 61 S. 73 f.). In der zuletzt ausgeübten Tätigkeit sei der Beschwerdeführer ohne Leistungseinschränkung zu 100 % arbeitsfähig. Er sei aus rheumatologischer Sicht nie länger andauernd oder anhaltend arbeitsunfähig gewesen (IV-Nr. 60 S. 28 f.). Der Beschwerdeführer sei auf rheumatologischem Fachgebiet in jeglicher Tätigkeit ohne Einschränkungen arbeitsfähig.

7.2 Im Rahmen des psychiatrischen Gutachtens vom 22. Januar 2021 (IV-Nr. 61 S. 2 ff.) stellte Dr. med. C. \_\_\_, Leitender Arzt, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, Facharzt für Neurologie FMH, keine Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit. Folgende Diagnosen hätten keine Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit (S. 47):

In der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Hilfsarbeiter sei der Beschwerdeführer zu 100 % arbeitsfähig. In diesem Pensum sei er voll leistungsfähig. Im IV-relevanten Sinn sei der Beschwerdeführer mit dem Grad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit auch in der Vergangenheit in der Arbeitsfähigkeit nicht eingeschränkt gewesen. Ein spezielles Ressourcenprofil in einer optimal angepassten Tätigkeit müsse nicht definiert werden, da die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Hilfsarbeiter mit klar strukturierten Aufgaben und ohne Tätigkeiten, die ein hohes Mass an Dauerkonzentration sowie Daueraufmerksamkeit und Kreativität voraussetzten, am besten an die Ressourcen des Beschwerdeführers angepasst sei. Aus psychiatrischer Sicht könne rein therapeutisch eine psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung vorzugsweise in einem ambulanten

multimodalen Setting einer Schmerzklinik zum Erlernen von positiven Copingstrategien im Hinblick auf den adäquaten Umgang mit chronischen Schmerzen empfohlen werden (S. 66 ff.).

Im Rahmen des psychiatrischen Gutachtens wurde am 3. Januar 2021 von Dr. sc. hum. Dipl. Psych. D.\_\_\_\_, Fachpsychologin für Neuropsychologie FSP, ein neuropsychologisches Gutachten erstattet (IV-Nr. 61 S. 85 ff.). Darin wurde festgehalten, dass die Zusammenstellung der Befunde der Leistungstests auf ein Aggravationsverhalten des Beschwerdeführers schliessen lasse. Daher könnten die Ergebnisse der Leistungstests inhaltlich nicht interpretiert werden und lieferten wegen mangelnder Mitarbeit des Beschwerdeführers keine verwertbaren neuropsychologischen Befunde, da sie wahrscheinlich nicht das effektiv vorhandene kognitive Leistungsniveau abbilden würden. Unter diesen Umständen bestehe andererseits auch das Risiko, dass tatsächliche und spezifische kognitive Defizite differenzialdiagnostisch nicht festgestellt würden.

7.3 Dr. med. E.\_\_\_\_, Fachärztin für Arbeitsmedizin, RAD, hielt in ihrer Stellungnahme vom 28. Januar 2021 (IV-Nr. 64 S. 2) fest, die vorliegenden Gutachten in den Fachgebieten Psychiatrie, Rheumatologie und Neuropsychologie seien für die interessierenden Belange umfassend, in Kenntnis der Vorakten erstellt, auf allseitigen Untersuchungen beruhend und die geklagten Beschwerden berücksichtigend verfasst worden. IV-fremde Faktoren und Diskrepanzen mit anderen medizinischen Einschätzungen würden diskutiert, die Beurteilung des medizinischen Sachverhaltes und der daraus resultierenden Einschätzung der Arbeitsfähigkeit seien schlüssig und nachvollziehbar. Auf eine inhaltliche Zusammenfassung der Gutachten werde daher verzichtet. Es könne darauf abgestützt werden. Als Küchenhilfe bestehe eine 100%ige Arbeitsfähigkeit, es habe keine länger anhaltende Leistungsminderung gegeben.

8. Der Beschwerdeführer beruft sich bezüglich der Frage der Verschlechterung seines Gesundheitszustandes seit Erlass der Verfügung vom 22. März 2021 im Wesentlichen auf die nachstehenden ■ zwischenzeitlich ergangenen ■ medizinischen Einschätzungen.

8.1 Dr. med. H.\_\_\_\_, Assistenzärztin, hielt im Schreiben vom 19. Juli 2021 (IV-Nr. 77) fest, es sei beim Beschwerdeführer bei chronischer Enteritis eine medizinische Abklärung durchgeführt worden. Von hausärztlicher Seite bestehe aktuell keine Indikation für eine Arbeitsunfähigkeit.

8.2 Im «IV-Verlaufsbericht» vom 3. September 2021 bestätigte Dr. med. G.\_\_\_\_, Oberärztin, Klinik I.\_\_\_\_, dass sich der Beschwerdeführer seit dem 30. Juli 2019 in ambulanter Behandlung befinde (IV-Nr. 79 S. 2 f.). Er sei im Januar 2021 nach dem Weggehen der bis dahin zuständigen Psychiaterin durch die Referentin übernommen worden. Anamnestisch und im klinischen Eindruck habe sich eine mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F32.1) bestätigen lassen. Aktenanamnestisch habe sich herausgestellt, dass 2018 eine akute polymorphe psychotische Störung mit Symptomen einer Schizophrenie (ICD-10 F23.1) festgestellt worden sei. Der Beschwerdeführer habe seit Anfang 2021 den grössten Teil der vereinbarten Konsultationen in ca. dreiwöchigem Abstand wahrgenommen (ausser ca. zwei Monate von März bis Mai 2021, als er zu Besuch der Frau nach [...] ausgereist sei). Er habe über seit September 2019 und bis anhin weiterhin bestehende depressive Beschwerden berichtet, vorwiegend geprägt von Unruhe, Nervosität und Schuldgefühlen bei Gedankenkreisen sowie Antriebsminderung und Rückzugstendenz, Appetit und Interessenverlust. Der Beschwerdeführer habe während der Konsultationen

berichtet, dass sich seit einiger Zeit sein psychischer und physischer Zustand deutlich verschlechtert hätten. Ausserdem habe seine Stressresistenz in letzter Zeit deutlich nachgelassen, während mehreren letzten Konsultationen sei er als dysphorisch, teils impulsiv, teils fordernd erlebt worden, jedoch sei er für die Vorschläge der Klinik I.\_\_\_\_ nicht offen.

Es sei eine medikamentöse Anpassung erfolgt. Unter der verordneten Medikation mit Abilify 10 mg / d und Brintellix 15 mg / d habe keine Besserung der Symptomatik erreicht werden können, deswegen sei am 23. August 2021 eine Umstellung von Brintellix 15 mg / d auf Wellbutrin 150 mg / d erfolgt. Es sei dem Beschwerdeführer auch eine teilstationäre Behandlung in der Tagesklinik oder eine stationäre Behandlung im Behandlungszentrum für Angst und Depression der Kliniken für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik [...] vorgeschlagen worden. Diese Optionen habe er jedoch abgelehnt.

Zusammenfassend sei das Zustandsbild des Beschwerdeführers objektiv seit Anfang 2021 konstant mittelgradig ausgeprägt depressiv, vorwiegend geprägt von Konzentrationsstörungen, Unruhe, Antriebsminderung sowie Freude- und Interessenverlust. Im Kontakt sei der Beschwerdeführer meistens affektiv niedergestimmt, traurig, formalgedanklich kohärent, manchmal unruhig und ungeduldig. Es hätten sich durchwegs keine Hinweise auf Selbst- oder Fremdgefährdung ergeben.

8.3 Im «ambulanten Bericht» vom 15. September 2021 (IV-Nr. 81) hielt Dr. med. J.\_\_\_\_, Facharzt interventionelle Schmerztherapie, Orthopädie und Traumatologie FMH, neben der «Dauerdiagnose» einer Depression die folgenden aktuellen Diagnosen fest:

Beurteilung: Aus schmerzmedizinisch somatischer Sicht liessen sich die diversen somatischen Schmerzen nur teilweise objektivieren. Zeitgleich bestünden mehrere Episoden signifikanter psychischer Destabilisierungen mit Phasen bis zum vollständigen Verlust der Selbstkontrolle. Die Untersuchung der geklagten Schmerzsymptomatik habe keine Hinweise für das Vorliegen einer strukturellen Ursache gezeigt. Vielmehr erschienen muskuläre Faktoren entscheidend für das Auftreten der Schmerzen zu sein. Dabei falle eine Dysbalance mit relativer Schwäche der tiefsegmental stabilisierenden Muskelanteile auf. Aufgrund der Selbstauskunft sei von einer beträchtlichen Einschränkung der Fähigkeit zur Schmerzmodulation auszugehen, die Indikation zur Fortsetzung von psychotherapeutischer Betreuung sei gerechtfertigt. Aufgrund der über weiten Strukturen des gesamten Körpers ausdehnenden Symptomatik könne von einer komplexen multimodalen Therapie ausgegangen werden, welche kaum mittels weniger Massnahmen abgeschlossen sein werde. Grundlegend werde ein Zusammenschluss von Psychotherapeuten, konservativ physikalischen und pharmakologischen Massnahmen erforderlich sein. Eine stationäre Rehabilitation für eine multimodale Schmerztherapie müsse in diesem Fall in Betracht gezogen werden. Es sei dem Beschwerdeführer eine multimodale Schmerztherapie empfohlen worden. Unter dem Titel «Prozedere» hielt Dr. med. J.\_\_\_\_ folgendes fest: Psychiatrische Neubeurteilung unter dem Aspekt von posttraumatischen Belastungsstörungen.

9. Der Vergleich des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers im Zeitpunkt der Verfügung vom 22. März 2021 und im Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung vom 20. September 2021 (vgl. E. II. 6.2 hiervor) ergibt Folgendes:

9.1 Dem eingereichten Schreiben der Assistenzärztin Dr. med. H.\_\_\_\_ vom 19. Juli 2021 (vgl. E. II. 8.1 hiervor) lässt sich im Wesentlichen entnehmen, dass beim Beschwerdeführer aufgrund der chronischen Enteritis eine medizinische Abklärung durchgeführt worden sei. Weitere Angaben hierzu sind dem Schreiben nicht zu entnehmen. Somit wies Dr. med. H.\_\_\_\_ zwar eine bisher nicht dokumentierte Diagnose aus, hielt indes fest, dass aktuell keine Indikation für eine Arbeitsunfähigkeit bestehe. Dies lässt darauf schliessen, dass die Ergebnisse der durchgeführten Untersuchung keine Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers haben. In diesem Sinn hielt bereits die rheumatologische Gutachterin Dr. med. B.\_\_\_\_ in ihrem rheumatologischen Gutachten vom 18. Januar 2021 (vgl. E. II. 7.1 hiervor) fest, der Beschwerdeführer sei in seiner bisherigen Tätigkeit zu 100 % arbeitsfähig. Folglich wird ■ wie dies auch der Aktennotiz der RAD-Ärztin Dr. med. E.\_\_\_\_ vom 13. September 2021 (IV-Nr. 80) zu entnehmen ist ■ mit dem Schreiben von Dr. med. H.\_\_\_\_ keine wesentliche Veränderung des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers glaubhaft gemacht.

9.2 In Bezug auf den eingereichten «IV-Verlaufsbericht» der behandelnden Psychiaterin Dr. med. G.\_\_\_\_ vom 3. September 2021 (vgl. E. II. 8.2 hiervor), auf welchen sich der Beschwerdeführer sowohl in seiner Beschwerdeschrift vom 21. Oktober 2021 als auch anlässlich der öffentlichen Verhandlung vom 4. August 2022 im Wesentlichen stützt (A.S. 7 f., 52 f.), ergibt sich Folgendes: Die behandelnde Psychiaterin hielt fest, der Beschwerdeführer habe über Unruhe, Nervosität, Gedankenkreisen, Antriebsminderung, Rückzugstendenz, Appetit- und Interessenverlust berichtet. Entsprechende Angaben finden sich bereits im psychiatrischen Gutachten von Dr. med. C.\_\_\_\_ vom 22. Januar 2021 (vgl. E. II. 7.2 hiervor). So habe der Beschwerdeführer u.a. angegeben, müde, sehr nervös und sehr aggressiv zu sein (IV-Nr. 61 S. 28 unten). Im Rahmen der systematischen psychiatrischen Anamnese hielt der Gutachter zudem fest (IV-Nr. 61 S. 29 ff.), es komme zu extremem Grübeln, der Beschwerdeführer habe extrem viele Gedanken und frage sich, was mit ihm passiert sei und warum er so geworden sei. Die Grundstimmung sei traurig und hoffnungslos. Es bestehe ein Gefühl der inneren Unruhe und Nervosität. Gereizt sei er nur, wenn ihn jemand störe, oder sich mit seiner Person beschäftige; wenn sich eine Person in seine Angelegenheiten einmische, dann werde er gereizt. Er sei müde, energielos, habe keine Kraft und werde extrem schnell aggressiv. Keine Suizidgedanken, keine Suizidversuche, kein selbstverletzendes Verhalten, kein selbstinduziertes Erbrechen, keine Essrestriktionen. Der Appetit sei nicht gut, der Beschwerdeführer habe an Gewicht zugenommen, was er auf die Medikamente zurückführe (IV-Nr. 61 S. 29 f.). Der psychiatrische Gutachter stellte weiter fest, es ergäben sich anamnestisch Hinweise für einen sozialen Rückzug (IV-Nr. 61 S. 40). Es kann somit davon ausgegangen werden, dass die durch Dr. med. G.\_\_\_\_ im Bericht vom 3. September 2021 beschriebenen Symptome, die im Übrigen im Wesentlichen auf den subjektiven Angaben des Beschwerdeführers beruhen, bereits im Rahmen der psychiatrischen Begutachtung von Dr. med. C.\_\_\_\_ vom 22. Januar 2021 vorgelegen haben. Zur entsprechenden Schlussfolgerung gelangte auch die RAD-Ärztin Dr. med. E.\_\_\_\_ in der Aktennotiz vom 13. September 2021 (IV-Nr. 80). So führte sie aus, der psychiatrische Bericht vom 3. September 2021 beschreibe die bereits im psychiatrischen Gutachten dargestellte Symptomatik. Es kommt hinzu, dass sowohl Dr. med. G.\_\_\_\_ als auch Dr. med. C.\_\_\_\_ die Stimmung des Beschwerdeführers u.a. als dysphorisch bezeichneten (IV-Nr. 61 S. 38 oben). Der IV-Verlaufsbericht vom 3. September 2021 lässt keine relevante Veränderung des Gesundheitszustandes erkennen. Von einem Glaubhaftmachen einer wesentlichen gesundheitlichen Verschlechterung des

Beschwerdeführers kann daher nicht ausgegangen werden. Dementsprechend hielt auch Dr. med. E.\_\_\_\_ in ihrer Aktennotiz vom 13. September 2021 (IV-Nr. 80) fest, die eingereichten medizinischen Berichte liessen keine anspruchrelevante Verschlechterung der gesundheitlichen Situation erkennen. Es ist in diesem Zusammenhang auch zu berücksichtigen, dass zwischen dem Zeitpunkt der leistungsablehnenden Verfügung vom 22. März 2021 (IV-Nr. 74) und der Neuanschuldung zum Leistungsbezug vom 7. Juni 2021 (IV-Nr. 75) noch keine drei Monate vergangen waren und daher an die Glaubhaftmachung relativ hohe Anforderungen zu stellen sind (vgl. E. II. 3.2 hiervor i.V.m. BGE 130 V 64 E. 6.2 S. 70).

Der Beschwerdeführer bringt weiter vor, Dr. med. C.\_\_\_\_ habe auf S. 62 keinen Interessenverlust, keine anhaltend gedrückte Stimmung und keinerlei Hinweise auf ein vermindertes Selbstwertgefühl oder Schuldgefühle beschrieben, wogegen Dr. med. G.\_\_\_\_ einen Interessenverlust, Antriebsminderung, Schuldgefühle und andere depressive Symptome sowie eine Verschlechterung des psychischen und physischen Zustandes festgestellt habe. Diesbezüglich ist zu beachten, dass die im Rahmen der bei der psychiatrischen Begutachtung durchgeführte neuropsychologische Zusatzuntersuchung vom 3. Januar 2021 Hinweise auf Aggravation ergab (vgl. E. II. 8.3 hiervor). Daher stellte Dr. med. C.\_\_\_\_ fest, die Angaben des Beschwerdeführers betreffend seine kognitiven Defizite, seine Grundstimmung und die Wahrnehmungsstörung resp. Angaben betreffend seine Schmerzen müssten kritisch hinterfragt werden (IV-Nr. 61 S. 63). Die Einschätzung von Dr. med. G.\_\_\_\_ beruht jedoch im Wesentlichen auf den subjektiven Angaben des Beschwerdeführers und den medizinischen Vorakten. Kritisch hinterfragt wurden diese von der Psychiaterin nicht, weswegen nicht unbesehen auf ihre diagnostischen Einschätzungen und Ausführungen abgestellt werden kann. In diesem Zusammenhang ist ausserdem der Erfahrungstatsache Rechnung zu tragen, dass behandelnde Ärztinnen und Ärzte wie auch Therapiepersonen mitunter im Hinblick auf ihre Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patientinnen und Patienten aussagen (vgl. E. II. 4.4 hiervor).

9.3 Betreffend den Bericht vom 14. September 2021 (vgl. E. II. 8.3 hiervor) ist augenfällig, dass sich Dr. med. J.\_\_\_\_ im Wesentlichen auf den therapeutischen Aspekt der durch ihn festgestellten gesundheitlichen Einschränkungen des Beschwerdeführers fokussierte. So gab er an, die Indikation zur Fortsetzung von psychotherapeutischer Betreuung sei gerechtfertigt und es sei ein Zusammenschluss von Psychotherapeuten, konservativ physikalischen und pharmakologischen Massnahmen erforderlich. Eine stationäre Rehabilitation für eine multimodale Schmerztherapie müsse in Betracht gezogen werden. Entsprechende Einschätzungen sind bereits dem psychiatrischen Gutachten vom 22. Januar 2021 (vgl. E. II. 7.2 hiervor) zu entnehmen. So empfahl Dr. med. C.\_\_\_\_ eine psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung, vorzugsweise in einem ambulanten multimodalen Setting einer Schmerzklinik. Auch die durch Dr. med. J.\_\_\_\_ diagnostizierte «chronic widespread pain» wurde bereits durch Dr. med. C.\_\_\_\_ beschrieben, indem er die Diagnose einer «chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren» stellte. So habe der Beschwerdeführer anlässlich der gutachterlichen Exploration angegeben, unter körperlichen Schmerzen und psychischen Beschwerden zu leiden (IV-Nr. 61 S. 25). Folglich waren die Schmerzen beim Beschwerdeführer bereits während der psychiatrischen Begutachtung vorhanden. In diesem Zusammenhang hielt die rheumatologische Gutachterin Dr. med. B.\_\_\_\_ fest, es habe kein sicheres organisches Korrelat für die beklagten diffusen Ganzkörperschmerzen gefunden werden können

(IV-Nr. 61 S. 55). Auch Dr. med. J.\_\_\_\_ gab an, die diversen Schmerzen hätten sich aus schmerzmedizinisch somatischer Sicht nur teilweise objektivieren lassen (vgl. E. II. 8.3 hiervor). Insgesamt erweist sich somit die Gesundheitssituation des Beschwerdeführers aufgrund des Berichts von Dr. med. J.\_\_\_\_ als nicht wesentlich verändert, wie dies auch die RAD-Ärztin Dr. med. E.\_\_\_\_ in der Aktennotiz vom 20. September 2021 (IV-Nr. 83) festhielt.

9.4 Zusammenfassend kann mit Blick auf die aktuelle Neuanmeldung festgestellt werden, dass sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers, verglichen mit jenem im Zeitpunkt der Leistungsablehnung am 22. März 2021, kaum verändert hat.

10. Gestützt auf die vorangehenden Ausführungen ist im vorliegenden Fall seit der rechtskräftigen Verfügung vom 22. März 2021 nicht von einer glaubhaft gemachten Veränderung des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers auszugehen. Damit ist die Verfügung vom 20. September 2021 zu bestätigen und die dagegen erhobene Beschwerde abzuweisen. Die Beschwerdegegnerin ist zu Recht auf die Neuanmeldung des Beschwerdeführers vom 9. Juni 2021 nicht eingetreten.

11.

11.1 Bei diesem Verfahrensausgang besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung.

11.2 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. Im vorliegenden Fall hat der Beschwerdeführer die Verfahrenskosten von CHF 1'000.00 zu bezahlen, die mit dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe zu verrechnen sind.

Demnach widerkannt:

Rechtsmittel

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

Dieser Entscheid ist zu eröffnen an:

Versicherungsgericht des Kantons Solothurn

Die Präsidentin

Die Gerichtsschreiberin

Weber-Probst

Küng

Der vorliegende Entscheid wurde vom Bundesgericht mit Urteil 9C\_438/2022 vom 24. November 2022 bestätigt.

**E. 5**

Alles unter Kosten- und Entschädigungsfolge zu Lasten der Beschwerdegegnerin.

U.K.u.E.F. 5. Mit Eingabe vom 25. Oktober 2021 lässt der Beschwerdeführer das Armenrechtsgesuch vollständig zurückziehen und dem Versicherungsgericht eine Kopie der E-Mail der Rechtsschutzversicherung F. \_\_\_ vom 25. Oktober 2021 zukommen, worin diese die Kostengutsprache bestätigt (A.S. 24 f.). 6. Im Rahmen der Beschwerdeantwort vom 10. November 2021 (A.S. 29 f.) schliesst die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde. 7. Mit Replik vom 6. Januar 2022 (A.S. 38 ff.) lässt der Beschwerdeführer vollumfänglich an seinen bisherigen Rechtsbegehren und Ausführungen festhalten. 8. Die Beschwerdegegnerin verzichtet im Rahmen der Eingabe vom 26. Januar 2022 (A.S. 42) auf das Einreichen einer Duplik. 9. Die durch den Vertreter des Beschwerdeführers am 9. Februar 2022 (A.S. 44 ff.) eingereichte Kostennote geht mit Verfügung vom 10. Februar 2022 (A.S. 47) zur Kenntnisnahme an die Beschwerdegegnerin. 10. Mit prozessleitender Verfügung vom 20. Juli 2022 werden die Parteien zu der vom Beschwerdeführer beantragten öffentlichen Verhandlung vom 4. August 2022 vorgeladen (A.S. 48 f.). Der Antrag des Beschwerdeführers auf eine Parteibefragung wird abgewiesen. 11. Am 4. August 2022, um 14.00 Uhr, führt das Versicherungsgericht die öffentliche Verhandlung durch. Für den Ablauf der Verhandlung und die Ausführungen im Plädoyer des Vertreters des Beschwerdeführers wird auf das Protokoll verwiesen (vgl. A.S. 51 f.). Im Nachgang zur Verhandlung reicht der Vertreter des Beschwerdeführers eine ergänzende Kostennote ein (A.S. 53 f.). 12. Auf die weiteren Ausführungen in den Rechtsschriften der Parteien wird, soweit erforderlich, in den nachfolgenden Erwägungen eingegangen. Im Übrigen wird auf die Akten verwiesen.

II. 1. 1.1 Die Sachurteilsvoraussetzungen (Einhaltung von Frist und Form, örtliche und sachliche Zuständigkeit des angerufenen Gerichts) sind erfüllt. Auf die Beschwerde ist einzutreten. 1.2 Für die Beurteilung eines Falles hat das Sozialversicherungsgericht grundsätzlich auf den bis zum Zeitpunkt des Erlasses der streitigen Verfügung (hier: 20. September 2021) eingetretenen Sachverhalt abzustellen (BGE 131 V 242 E. 2.1 S. 243, 121 V 366 E. 1b). 1.3 Am 1. Januar 2022 trat das revidierte Bundesgesetz über die Invalidenversicherung (IVG, SR 831.20) in Kraft. Die dem hier angefochtenen Urteil zugrunde liegende Verfügung erging vor dem 1. Januar 2022. Nach den allgemeinen Grundsätzen des intertemporalen Rechts und des zeitlich massgebenden Sachverhalts sind daher die Bestimmungen des IVG und diejenigen der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV, SR 831.201) in der bis 31. Dezember 2021 gültig gewesenen Fassung anwendbar (Urteil des Bundesgerichts 8C\_787/2021 vom 23. März 2022 E. 2.1 mit Hinweisen).

2. 2.1 Nach Art. 28 Abs. 1 IVG haben jene Versicherte Anspruch auf eine Rente, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a) und zusätzlich während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG, SR 830.1]) gewesen sind (lit. b) sowie nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind. 2.2 Nach Art. 8 Abs. 1 IVG haben Invalide oder von einer Invalidität bedrohte Versicherte Anspruch auf Eingliederungsmassnahmen, soweit diese notwendig und geeignet sind, die Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, wieder herzustellen, zu erhalten oder zu verbessern (lit. a); und die Voraussetzungen für den Anspruch auf die einzelnen Massnahmen erfüllt sind (lit. b).

3. 3.1 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. 3 und in Verbindung mit Abs. 2 IVV). Die Eintretensvoraussetzungen nach Art. 87 Abs. 2 IVV sollen verhindern, dass sich die Verwaltung nach vorangegangener rechtskräftiger Anspruchsprüfung immer wieder mit gleichlautenden und nicht näher begründeten Rentengesuchen befassen muss (BGE 133 V 108 E. 5.3.1 S. 112).

3.2 Nach der Rechtsprechung sind die Beweisanforderungen an das Glaubhaftmachen im Sinne von Art. 87 Abs. 3 IVV herabgesetzt. 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 Sachverhaltsänderung nicht erstellen lassen (Urteil des Bundesgerichts I 460/01 vom 18. Februar 2003 E. 3.2 mit Hinweisen). Bei der Prüfung des Glaubhaftmachens kann der zeitliche Abstand zwischen Ablehnungsverfügung und Neuanmeldegesuch entscheidend sein (vgl. BGE 130 V 64 E. 6.2 S. 70 mit Hinweis auf das zitierte Urteil des Bundesgerichts I 460/01 E. 4.1; vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_436/2008 vom 29. April 2008 E. 4.2).

4. 4.1 Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung und im Beschwerdefall das Gericht auf Unterlagen angewiesen, die Ärztinnen und Ärzte sowie gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist. Im Weiteren sind ärztliche Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 140 V 193 E. 3.2 S. 195, 132 V 93 E. 4 S. 99 f., 125 V 261 E. 4).

4.2 Sowohl im Verwaltungsverfahren wie auch im gerichtlichen Sozialversicherungsprozess gilt der Untersuchungsgrundsatz (Art. 43 Abs. 1 und Art. 61 lit. c ATSG). Danach haben Verwaltung und Sozialversicherungsgericht den rechtserheblichen Sachverhalt von Amtes wegen festzustellen. Diese Untersuchungspflicht dauert so lange, bis über die für die Beurteilung des streitigen Anspruchs erforderlichen Tatsachen hinreichende Klarheit besteht. Führen die im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes von Amtes wegen vorzunehmenden Abklärungen den Versicherungsträger oder das Gericht bei umfassender, sorgfältiger, objektiver und inhaltsbezogener Beweiswürdigung (BGE 132 V 393 E. 4.1 S. 400) zur Überzeugung, ein bestimmter Sachverhalt sei als überwiegend wahrscheinlich (BGE 136 I 229 E. 5.3 S. 236 f. m.w.H.) zu betrachten, und es könnten weitere Beweismassnahmen an diesem feststehenden Ergebnis nichts mehr ändern, so liegt im Verzicht auf die Abnahme weiterer Beweise keine Verletzung des Anspruchs auf rechtliches Gehör (antizipierte Beweiswürdigung; BGE 134 I 140 E. 5.3 S. 148, 124 V 90 E. 4b S. 94). Bleiben jedoch erhebliche Zweifel an Vollständigkeit und / oder Richtigkeit der bisher getroffenen Tatsachenfeststellung bestehen, ist weiter zu ermitteln, soweit von zusätzlichen Abklärungsmassnahmen noch neue wesentliche Erkenntnisse zu erwarten sind (Urteile des Bundesgerichts 9C\_360/2015 vom 7. April 2016 E. 3.1 mit Hinweis, 9C\_662/2016 vom 15. März 2017 E. 2.2).

4.3 Im Sozialversicherungsverfahren sind die Beweise frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen (Art. 61 lit. c ATSG; BGE 125 V 351 E. 3a S. 352). Das Sozialversicherungsgericht hat alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruchs gestatten. Insbesondere darf es bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu

würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt. Der Beweiswert eines ärztlichen Berichts hängt davon ab, ob er für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1 S. 232, 125 V 351 E. 3a S. 352).

4.4 Die Rechtsprechung erachtet es als mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung vereinbar, in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten Richtlinien für die Beweiswürdigung aufzustellen (BGE 125 V 351 E. 3b S. 352). So ist einem im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten medizinischen Gutachten durch externe Spezialärztinnen und -ärzte, welches aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten erstellt worden ist und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangt, in der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 137 V 210 E. 1.3.4 S. 227 m.H.). Andererseits ist der Erfahrungstatsache Rechnung zu tragen, dass behandelnde Ärztinnen und Ärzte im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen mitunter eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen. Schliesslich haben die Berichte versicherungsinterner medizinischer Fachpersonen grundsätzlich Beweiswert, doch kommt ihnen praxisgemäss nicht dieselbe Beweiskraft zu wie einem Gutachten, das der Versicherungsträger im Verfahren nach Art. 44 ATSG von einer externen Fachperson eingeholt hat oder einem Gerichtsgutachten (BGE 135 V 465 E. 4.4 S. 469 f. mit Hinweisen).

5. Es ist zunächst auf die Rechtsschriften der Parteien einzugehen: 5.1 Die Beschwerdegegnerin trat mit Verfügung vom 20. September 2021 auf das Leistungsbegehren des Beschwerdeführers nicht ein (A.S. 1 f.). Zur Begründung wurde ausgeführt, das Leistungsbegehren sei am 22. März 2021 abgewiesen worden. Am 9. Juni 2021 habe die Beschwerdegegnerin eine neue Anmeldung erhalten. Um das Gesuch prüfen zu können, müsse sich die berufliche oder medizinische Situation des Beschwerdeführers wesentlich geändert haben. Solche Veränderungen hätten nicht festgestellt werden können (z.B. keine neuen Diagnosen, keine neuen Befunde etc.). Der Beschwerdeführer habe es unterlassen, innerhalb der 30-tägigen Einwandfrist eine Veränderung seines Gesundheitszustandes glaubhaft darzulegen. Deshalb könne auf die Neuanmeldung nicht eingetreten werden. Die am 6. und 16. September 2021 eingereichten Unterlagen seien durch den RAD gewürdigt worden. Die Unterlagen vermöchten keine Anhaltspunkte zu liefern, dass sich die gesundheitlichen Verhältnisse seit dem letzten Entscheid vom 22. März 2021 in anspruch relevanter Weise verändert hätten. Entsprechend dem Vorbescheid vom 28. Juni 2021 werde auf die Neuanmeldung nicht eingetreten.

5.2 Dagegen lässt der Beschwerdeführer in seiner Beschwerdeschrift vom 21. Oktober 2021 (A.S. 3 ff.) einwenden, die Beschwerdegegnerin hätte auf die Neuanmeldung eintreten müssen, weil mit dem neu eingereichten Bericht von Dr. med. G. \_\_\_ vom 3. September 2021 zumindest glaubhaft gemacht worden sei, dass sich seit der Begutachtung bei Dr. med. C. \_\_\_ und dem Referenzzeitpunkt vom 22. März 2021 der Grad der Invalidität in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert habe. Entgegen den Ausführungen der RAD-Ärztin Dr. med. E. \_\_\_ in deren Aktennotiz vom 13. September 2021 sei im psychiatrischen Bericht vom 22. März 2021 nicht dieselbe Symptomatik festgestellt worden, wie sie Dr. med. C. \_\_\_ anlässlich der Begutachtung beschrieben habe. Während Dr. med. C. \_\_\_ auf S. 62 seines Gutachtens festgehalten habe, dass die Kardinalsymptome

einer Depression nicht gegeben seien und insbesondere kein Interessenverlust und keine anhaltend gedrückte Stimmung vorgelegen hätten und auch keinerlei Hinweise auf ein vermindertes Selbstwertgefühl oder auf Schuldgefühle vorhanden gewesen seien, habe Dr. med. G. \_\_\_ demgegenüber insbesondere einen Interessenverlust, eine Antriebsminderung, Schuldgefühle und andere depressive Symptome festgehalten. Der Beschwerdeführer sei im Kontakt meist affektiv niedergeschmettert und traurig gewesen. Auch habe sie eine Dysphorie beschrieben, welche als Affektstörung auch im Rahmen einer Depression auftreten könne. Zu berücksichtigen sei auch, dass zumindest der grössere Teil der Gespräche bei Dr. med. G. \_\_\_ nach Mai 2021 erfolgt seien und auch der Beschwerdeführer selbst von einer deutlichen Verschlechterung «seit einiger Zeit» «während den Konsultationen» berichtet habe. Schliesslich sei im Bericht von Dr. med. G. \_\_\_ auch ausgeführt worden, sie habe aufgrund fehlender Besserung der Symptomatik und mit der erfolgten Medikamentenumstellung Ende August 2021 auch eine (teil-)stationäre Behandlung empfohlen. Vor dem Erlass der Verfügung vom 22. März 2021 habe Dr. med. G. \_\_\_ noch nie eine Einschätzung abgegeben gehabt. Damit ergäben sich zumindest gewisse Hinweise auf eine Verschlechterung (A.S. 7 f.). In Bezug auf die Eintretensfrage sei – entgegen den Ausführungen von Dr. med. E. \_\_\_ vom 13. September 2021 – nicht von Bedeutung, ob der Beschwerdeführer die von Dr. med. G. \_\_\_ empfohlene medizinischen Massnahmen im Rahmen von (teil-)stationären Aufenthalten umgesetzt habe oder nicht. Ob sich der Gesundheitszustand seit der letzten rechtskräftigen materiellen Beurteilung nämlich auch tatsächlich objektiv wesentlich verändert habe, worunter im Rahmen der Indikatorenprüfung auch die Frage der Therapieresistenz mit zu berücksichtigen sei, sei nicht im Rahmen der Eintretensfrage zu prüfen, sondern erst im Rahmen der materiellen Beurteilung nach dem Eintreten auf das Neuanmeldungsgesuch (A.S. 8 f.). 6. Streitig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin auf das im Rahmen der Neuanmeldung des Beschwerdeführers vom 7. Juni 2021 gestellte Leistungsbegehren mit Verfügung vom 20. September 2021 zu Recht nicht eingetreten ist bzw. ob der Beschwerdeführer eine entsprechende Verschlechterung seines Gesundheitszustandes glaubhaft gemacht hat. 6.1 Wie bereits vorstehend unter Erwägung II. 3.1 dargelegt, muss die versicherte Person gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung mit der Neuanmeldung 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 kein Eintretenstatbestand glaubhaft gemacht, sondern bloss auf ergänzende Beweismittel hingewiesen, ist der versicherten Person eine angemessene Frist zur Nachreichung anzusetzen und anzudrohen, dass ansonsten gegebenenfalls auf Nichteintreten zu erkennen sei. Ergeht eine Nichteintretensverfügung im Rahmen eines Verwaltungsverfahrens, das den eben umschriebenen Erfordernissen betreffend Fristansetzung und Androhung der Säumnisfolgen genügt, legen die Gerichte ihrer beschwerdeweisen Überprüfung den Sachverhalt zu Grunde, wie er sich der Verwaltung bot (BGE 130 V 64 E. 5.2.5 S. 69 m.H.). Dem Beschwerdeführer wurde mit Vorbescheid vom 28. Juni 2021 (IV-Nr. 76) das Nichteintreten angedroht, wenn innert der 30-tägigen Frist keine Beweismittel eingereicht würden, welche eine Veränderung des Gesundheitszustandes glaubhaft erscheinen liessen. Somit erging die vorliegend angefochtene Nichteintretensverfügung im Rahmen eines Verwaltungsverfahrens, das den vorgenannten Erfordernissen betreffend Fristansetzung und Androhung der Säumnisfolgen genügt. Das Versicherungsgericht stellt deshalb bei der Überprüfung der angefochtenen

Verfügung auf den Sachverhalt ab, welcher sich der Verwaltung bot. Es prüft entsprechend, ob der Nichteintretensentscheid aufgrund der bis zum Erlass der Nichteintretensverfügung vorhandenen Akten korrekt war. 6.2 Zeitliche Vergleichsbasis für die Prüfung einer anspruchserheblichen Tatsachenänderung bilden einerseits die letzte rechtskräftige Verfügung, welche auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Ermittlung des Invaliditätsgrades beruhte (vorliegend: Verfügung vom 22. März 2021), und andererseits die angefochtene Verfügung (hier: Verfügung vom 20. September 2021; BGE 130 V 71 E. 3.2.3 S. 76). 7. In der rechtskräftigen Verfügung vom 22. März 2021 stützte sich die Beschwerdegegnerin bei der Beurteilung des medizinischen Sachverhalts im Wesentlichen auf das psychiatrische Fachgutachten von Dr. med. C.\_\_\_\_ vom 22. Januar 2021, welches auch das neuropsychologische Gutachten von Dr. sc. hum. Dipl. Psych. D.\_\_\_\_ vom 3. Januar 2021 umfasst, und auf das rheumatologische Fachgutachten von Dr. med. B.\_\_\_\_ vom 18. Januar 2021 (IV-Nrn. 60 f.). 7.1 Dr. med. B.\_\_\_\_, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin und Rheumatologie FMH, diagnostizierte in ihrem rheumatologischen Gutachten vom 18. Januar 2021 (IV-Nr. 60) eine «intermittierende Lumbalgie, ICD-10 M54» und eine «geringe ISG-Arthrose beidseits, ICD-10 M19» (S. 22 f.), die ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit seien (IV-Nr. 61 S. 73 f.). In der zuletzt ausgeübten Tätigkeit sei der Beschwerdeführer ohne Leistungseinschränkung zu 100 % arbeitsfähig. Er sei aus rheumatologischer Sicht nie länger andauernd oder anhaltend arbeitsunfähig gewesen (IV-Nr. 60 S. 28 f.). Der Beschwerdeführer sei auf rheumatologischem Fachgebiet in jeglicher Tätigkeit ohne Einschränkungen arbeitsfähig. 7.2 Im Rahmen des psychiatrischen Gutachtens vom 22. Januar 2021 (IV-Nr. 61 S. 2 ff.) stellte Dr. med. C.\_\_\_\_, Leitender Arzt, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, Facharzt für Neurologie FMH, keine Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit. Folgende Diagnosen hätten keine Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit (S. 47): 1. Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41) 2. Probleme verbunden mit Schwierigkeiten bei der Lebensbewältigung im Sinne von paranoid und narzisstisch akzentuierten Persönlichkeitszügen (ICD-10 Z73.1) 3. Status nach akuter polymorpher psychotischer Störung mit Symptomen einer Schizophrenie (ICD-10 F23.1) 4. Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen, psychische und Verhaltensstörungen durch Tabak, Abhängigkeitssyndrom, gegenwärtiger Substanzgebrauch (ICD-10 F17.24) In der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Hilfsarbeiter sei der Beschwerdeführer zu 100 % arbeitsfähig. In diesem Pensum sei er voll leistungsfähig. Im IV-relevanten Sinn sei der Beschwerdeführer mit dem Grad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit auch in der Vergangenheit in der Arbeitsfähigkeit nicht eingeschränkt gewesen. Ein spezielles Ressourcenprofil in einer optimal angepassten Tätigkeit müsse nicht definiert werden, da die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Hilfsarbeiter mit klar strukturierten Aufgaben und ohne Tätigkeiten, die ein hohes Mass an Dauerkonzentration sowie Daueraufmerksamkeit und Kreativität voraussetzten, am besten an die Ressourcen des Beschwerdeführers angepasst sei. Aus psychiatrischer Sicht könne rein therapeutisch eine psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung vorzugsweise in einem ambulanten multimodalen Setting einer Schmerzklinik zum Erlernen von positiven Copingstrategien im Hinblick auf den adäquaten Umgang mit chronischen Schmerzen empfohlen werden (S. 66 ff.). Im Rahmen des psychiatrischen Gutachtens wurde am 3. Januar 2021 von Dr. sc. hum. Dipl. Psych. D.\_\_\_\_, Fachpsychologin für Neuropsychologie FSP, ein neuropsychologisches Gutachten erstattet (IV-Nr. 61 S. 85 ff.). Darin wurde festgehalten, dass die

Zusammenstellung der Befunde der Leistungstests auf ein Aggravationsverhalten des Beschwerdeführers schliessen lasse. Daher könnten die Ergebnisse der Leistungstests inhaltlich nicht interpretiert werden und lieferten wegen mangelnder Mitarbeit des Beschwerdeführers keine verwertbaren neuropsychologischen Befunde, da sie wahrscheinlich nicht das effektiv vorhandene kognitive Leistungsniveau abbilden würden. Unter diesen Umständen bestehe andererseits auch das Risiko, dass tatsächliche und spezifische kognitive Defizite differenzialdiagnostisch nicht festgestellt würden. 7.3 Dr. med. E.\_\_\_\_, Fachärztin für Arbeitsmedizin, RAD, hielt in ihrer Stellungnahme vom 28. Januar 2021 (IV-Nr. 64 S. 2) fest, die vorliegenden Gutachten in den Fachgebieten Psychiatrie, Rheumatologie und Neuropsychologie seien für die interessierenden Belange umfassend, in Kenntnis der Vorakten erstellt, auf allseitigen Untersuchungen beruhend und die geklagten Beschwerden berücksichtigend verfasst worden. IV-fremde Faktoren und Diskrepanzen mit anderen medizinischen Einschätzungen würden diskutiert, die Beurteilung des medizinischen Sachverhaltes und der daraus resultierenden Einschätzung der Arbeitsfähigkeit seien schlüssig und nachvollziehbar. Auf eine inhaltliche Zusammenfassung der Gutachten werde daher verzichtet. Es könne darauf abgestützt werden. Als Küchenhilfe bestehe eine 100%ige Arbeitsfähigkeit, es habe keine länger anhaltende Leistungsminderung gegeben. 8. Der Beschwerdeführer beruft sich bezüglich der Frage der Verschlechterung seines Gesundheitszustandes seit Erlass der Verfügung vom 22. März 2021 im Wesentlichen auf die nachstehenden – zwischenzeitlich ergangenen – medizinischen Einschätzungen. 8.1 Dr. med. H.\_\_\_\_, Assistenzärztin, hielt im Schreiben vom 19. Juli 2021 (IV-Nr. 77) fest, es sei beim Beschwerdeführer bei chronischer Enteritis eine medizinische Abklärung durchgeführt worden. Von hausärztlicher Seite bestehe aktuell keine Indikation für eine Arbeitsunfähigkeit. 8.2 Im «IV-Verlaufsbericht» vom 3. September 2021 bestätigte Dr. med. G.\_\_\_\_, Oberärztin, Klinik I.\_\_\_\_, dass sich der Beschwerdeführer seit dem 30. Juli 2019 in ambulanter Behandlung befinde (IV-Nr. 79 S. 2 f.). Er sei im Januar 2021 nach dem Weggehen der bis dahin zuständigen Psychiaterin durch die Referentin übernommen worden. Anamnestisch und im klinischen Eindruck habe sich eine mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F32.1) bestätigen lassen. Aktenanamnestisch habe sich herausgestellt, dass 2018 eine akute polymorphe psychotische Störung mit Symptomen einer Schizophrenie (ICD-10 F23.1) festgestellt worden sei. Der Beschwerdeführer habe seit Anfang 2021 den grössten Teil der vereinbarten Konsultationen in ca. dreiwöchigem Abstand wahrgenommen (ausser ca. zwei Monate von März bis Mai 2021, als er zu Besuch der Frau nach [...] ausgereist sei). Er habe über seit September 2019 und bis anhin weiterhin bestehende depressive Beschwerden berichtet, vorwiegend geprägt von Unruhe, Nervosität und Schuldgefühlen bei Gedankenkreisen sowie Antriebsminderung und Rückzugstendenz, Appetit und Interessenverlust. Der Beschwerdeführer habe während der Konsultationen berichtet, dass sich seit einiger Zeit sein psychischer und physischer Zustand deutlich verschlechtert hätten. Ausserdem habe seine Stressresistenz in letzter Zeit deutlich nachgelassen, während mehreren letzten Konsultationen sei er als dysphorisch, teils impulsiv, teils fordernd erlebt worden, jedoch sei er für die Vorschläge der Klinik I.\_\_\_\_ nicht offen. Es sei eine medikamentöse Anpassung erfolgt. Unter der verordneten Medikation mit Abilify 10 mg / d und Brintellix 15 mg / d habe keine Besserung der Symptomatik erreicht werden können, deswegen sei am 23. August 2021 eine Umstellung von Brintellix 15 mg / d auf Wellbutrin 150 mg / d erfolgt. Es sei dem Beschwerdeführer auch eine teilstationäre Behandlung in der Tagesklinik oder eine stationäre Behandlung im Behandlungszentrum für Angst und

Depression der Kliniken für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik [...] vorgeschlagen worden. Diese Optionen habe er jedoch abgelehnt. Zusammenfassend sei das Zustandsbild des Beschwerdeführers objektiv seit Anfang 2021 konstant mittelgradig ausgeprägt depressiv, vorwiegend geprägt von Konzentrationsstörungen, Unruhe, Antriebsminderung sowie Freude- und Interessenverlust. Im Kontakt sei der Beschwerdeführer meistens affektiv niedergestimmt, traurig, formalgedanklich kohärent, manchmal unruhig und ungeduldig. Es hätten sich durchwegs keine Hinweise auf Selbst- oder Fremdgefährdung ergeben. 8.3 Im «ambulanten Bericht» vom 15. September 2021 (IV-Nr. 81) hielt Dr. med. J.\_\_\_\_, Facharzt interventionelle Schmerztherapie, Orthopädie und Traumatologie FMH, neben der «Dauerdiagnose» einer Depression die folgenden aktuellen Diagnosen fest: 1. Chronic widespread pain 2. Verdacht auf komplexe posttraumatische Belastungsstörung mit Depression und schizoaffektiver Störung Beurteilung: Aus schmerzmedizinisch somatischer Sicht liessen sich die diversen somatischen Schmerzen nur teilweise objektivieren. Zeitgleich bestünden mehrere Episoden signifikanter psychischer Destabilisierungen mit Phasen bis zum vollständigen Verlust der Selbstkontrolle. Die Untersuchung der geklagten Schmerzsymptomatik habe keine Hinweise für das Vorliegen einer strukturellen Ursache gezeigt. Vielmehr erschienen muskuläre Faktoren entscheidend für das Auftreten der Schmerzen zu sein. Dabei falle eine Dysbalance mit relativer Schwäche der tiefsegmental stabilisierenden Muskelanteile auf. Aufgrund der Selbstauskunft sei von einer beträchtlichen Einschränkung der Fähigkeit zur Schmerzmodulation auszugehen, die Indikation zur Fortsetzung von psychotherapeutischer Betreuung sei gerechtfertigt. Aufgrund der über weiten Strukturen des gesamten Körpers ausdehnenden Symptomatik könne von einer komplexen multimodalen Therapie ausgegangen werden, welche kaum mittels weniger Massnahmen abgeschlossen sein werde. Grundlegend werde ein Zusammenschluss von Psychotherapeuten, konservativ physikalischen und pharmakologischen Massnahmen erforderlich sein. Eine stationäre Rehabilitation für eine multimodale Schmerztherapie müsse in diesem Fall in Betracht gezogen werden. Es sei dem Beschwerdeführer eine multimodale Schmerztherapie empfohlen worden. Unter dem Titel «Prozedere» hielt Dr. med. J.\_\_\_\_ folgendes fest: Psychiatrische Neubeurteilung unter dem Aspekt von posttraumatischen Belastungsstörungen. 9. Der Vergleich des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers im Zeitpunkt der Verfügung vom 22. März 2021 und im Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung vom 20. September 2021 (vgl. E. II. 6.2 hiervor) ergibt Folgendes: 9.1 Dem eingereichten Schreiben der Assistenzärztin Dr. med. H.\_\_\_\_ vom 19. Juli 2021 (vgl. E. II. 8.1 hiervor) lässt sich im Wesentlichen entnehmen, dass beim Beschwerdeführer aufgrund der chronischen Enteritis eine medizinische Abklärung durchgeführt worden sei. Weitere Angaben hierzu sind dem Schreiben nicht zu entnehmen. Somit wies Dr. med. H.\_\_\_\_ zwar eine bisher nicht dokumentierte Diagnose aus, hielt indes fest, dass aktuell keine Indikation für eine Arbeitsunfähigkeit bestehe. Dies lässt darauf schliessen, dass die Ergebnisse der durchgeführten Untersuchung keine Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers haben. In diesem Sinn hielt bereits die rheumatologische Gutachterin Dr. med. B.\_\_\_\_ in ihrem rheumatologischen Gutachten vom 18. Januar 2021 (vgl. E. II. 7.1 hiervor) fest, der Beschwerdeführer sei in seiner bisherigen Tätigkeit zu 100 % arbeitsfähig. Folglich wird – wie dies auch der Aktennotiz der RAD-Ärztin Dr. med. E.\_\_\_\_ vom 13. September 2021 (IV-Nr. 80) zu entnehmen ist – mit dem Schreiben von Dr. med. H.\_\_\_\_ keine wesentliche Veränderung des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers glaubhaft gemacht. 9.2 In Bezug auf den

eingereichten «IV-Verlaufsbericht» der behandelnden Psychiaterin Dr. med. G.\_\_\_\_ vom 3. September 2021 (vgl. E. II. 8.2 hiervor), auf welchen sich der Beschwerdeführer sowohl in seiner Beschwerdeschrift vom 21. Oktober 2021 als auch anlässlich der öffentlichen Verhandlung vom 4. August 2022 im Wesentlichen stützt (A.S. 7 f., 52 f.), ergibt sich Folgendes: Die behandelnde Psychiaterin hielt fest, der Beschwerdeführer habe über Unruhe, Nervosität, Gedankenkreisen, Antriebsminderung, Rückzugstendenz, Appetit- und Interessenverlust berichtet. Entsprechende Angaben finden sich bereits im psychiatrischen Gutachten von Dr. med. C.\_\_\_\_ vom 22. Januar 2021 (vgl. E. II. 7.2 hiervor). So habe der Beschwerdeführer u.a. angegeben, müde, sehr nervös und sehr aggressiv zu sein (IV-Nr. 61 S. 28 unten). Im Rahmen der systematischen psychiatrischen Anamnese hielt der Gutachter zudem fest (IV-Nr. 61 S. 29 ff.), es komme zu extremem Grübeln, der Beschwerdeführer habe extrem viele Gedanken und frage sich, was mit ihm passiert sei und warum er so geworden sei. Die Grundstimmung sei traurig und hoffnungslos. Es bestehe ein Gefühl der inneren Unruhe und Nervosität. Gereizt sei er nur, wenn ihn jemand störe, oder sich mit seiner Person beschäftige; wenn sich eine Person in seine Angelegenheiten einmische, dann werde er gereizt. Er sei müde, energielos, habe keine Kraft und werde extrem schnell aggressiv. Keine Suizidgedanken, keine Suizidversuche, kein selbstverletzendes Verhalten, kein selbstinduziertes Erbrechen, keine Essrestriktionen. Der Appetit sei nicht gut, der Beschwerdeführer habe an Gewicht zugenommen, was er auf die Medikamente zurückführe (IV-Nr. 61 S. 29 f.). Der psychiatrische Gutachter stellte weiter fest, es ergäben sich anamnestisch Hinweise für einen sozialen Rückzug (IV-Nr. 61 S. 40). Es kann somit davon ausgegangen werden, dass die durch Dr. med. G.\_\_\_\_ im Bericht vom 3. September 2021 beschriebenen Symptome, die im Übrigen im Wesentlichen auf den subjektiven Angaben des Beschwerdeführers beruhen, bereits im Rahmen der psychiatrischen Begutachtung von Dr. med. C.\_\_\_\_ vom 22. Januar 2021 vorgelegen haben. Zur entsprechenden Schlussfolgerung gelangte auch die RAD-Ärztin Dr. med. E.\_\_\_\_ in der Aktennotiz vom 13. September 2021 (IV-Nr. 80). So führte sie aus, der psychiatrische Bericht vom 3. September 2021 beschreibe die bereits im psychiatrischen Gutachten dargestellte Symptomatik. Es kommt hinzu, dass sowohl Dr. med. G.\_\_\_\_ als auch Dr. med. C.\_\_\_\_ die Stimmung des Beschwerdeführers u.a. als dysphorisch bezeichneten (IV-Nr. 61 S. 38 oben). Der IV-Verlaufsbericht vom 3. September 2021 lässt keine relevante Veränderung des Gesundheitszustandes erkennen. Von einem Glaubhaftmachen einer wesentlichen gesundheitlichen Verschlechterung des Beschwerdeführers kann daher nicht ausgegangen werden. Dementsprechend hielt auch Dr. med. E.\_\_\_\_ in ihrer Aktennotiz vom 13. September 2021 (IV-Nr. 80) fest, die eingereichten medizinischen Berichte liessen keine anspruchsrelevante Verschlechterung der gesundheitlichen Situation erkennen. Es ist in diesem Zusammenhang auch zu berücksichtigen, dass zwischen dem Zeitpunkt der leistungsablehnenden Verfügung vom 22. März 2021 (IV-Nr. 74) und der Neuanmeldung zum Leistungsbezug vom 7. Juni 2021 (IV-Nr. 75) noch keine drei Monate vergangen waren und daher an die Glaubhaftmachung relativ hohe Anforderungen zu stellen sind (vgl. E. II. 3.2 hiervor i.V.m. BGE 130 V 64 E. 6.2 S. 70). Der Beschwerdeführer bringt weiter vor, Dr. med. C.\_\_\_\_ habe auf S. 62 keinen Interessenverlust, keine anhaltend gedrückte Stimmung und keinerlei Hinweise auf ein vermindertes Selbstwertgefühl oder Schuldgefühle beschrieben, wogegen Dr. med. G.\_\_\_\_ einen Interessenverlust, Antriebsminderung, Schuldgefühle und andere depressive Symptome sowie eine Verschlechterung des psychischen und physischen Zustandes festgestellt habe. Diesbezüglich ist zu beachten, dass die im Rahmen der bei der psychiatrischen

Begutachtung durchgeführte neuropsychologische Zusatzuntersuchung vom 3. Januar 2021 Hinweise auf Aggravation ergab (vgl. E. II. 8.3 hiervor). Daher stellte Dr. med. C.\_\_\_\_ fest, die Angaben des Beschwerdeführers betreffend seine kognitiven Defizite, seine Grundstimmung und die Wahrnehmungsstörung resp. Angaben betreffend seine Schmerzen müssten kritisch hinterfragt werden (IV-Nr. 61 S. 63). Die Einschätzung von Dr. med. G.\_\_\_\_ beruht jedoch im Wesentlichen auf den subjektiven Angaben des Beschwerdeführers und den medizinischen Vorakten. Kritisch hinterfragt wurden diese von der Psychiaterin nicht, weswegen nicht unbesehen auf ihre diagnostischen Einschätzungen und Ausführungen abgestellt werden kann. In diesem Zusammenhang ist ausserdem der Erfahrungstatsache Rechnung zu tragen, dass behandelnde Ärztinnen und Ärzte wie auch Therapiepersonen mitunter im Hinblick auf ihre Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patientinnen und Patienten aussagen (vgl. E. II. 4.4 hiervor).

9.3 Betreffend den Bericht vom 14. September 2021 (vgl. E. II. 8.3 hiervor) ist augenfällig, dass sich Dr. med. J.\_\_\_\_ im Wesentlichen auf den therapeutischen Aspekt der durch ihn festgestellten gesundheitlichen Einschränkungen des Beschwerdeführers fokussierte. So gab er an, die Indikation zur Fortsetzung von psychotherapeutischer Betreuung sei gerechtfertigt und es sei ein Zusammenschluss von Psychotherapeuten, konservativ physikalischen und pharmakologischen Massnahmen erforderlich. Eine stationäre Rehabilitation für eine multimodale Schmerztherapie müsse in Betracht gezogen werden. Entsprechende Einschätzungen sind bereits dem psychiatrischen Gutachten vom 22. Januar 2021 (vgl. E. II. 7.2 hiervor) zu entnehmen. So empfahl Dr. med. C.\_\_\_\_ eine psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung, vorzugsweise in einem ambulanten multimodalen Setting einer Schmerzklinik. Auch die durch Dr. med. J.\_\_\_\_ diagnostizierte «chronic widespread pain» wurde bereits durch Dr. med. C.\_\_\_\_ beschrieben, indem er die Diagnose einer «chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren» stellte. So habe der Beschwerdeführer anlässlich der gutachterlichen Exploration angegeben, unter körperlichen Schmerzen und psychischen Beschwerden zu leiden (IV-Nr. 61 S. 25). Folglich waren die Schmerzen beim Beschwerdeführer bereits während der psychiatrischen Begutachtung vorhanden. In diesem Zusammenhang hielt die rheumatologische Gutachterin Dr. med. B.\_\_\_\_ fest, es habe kein sicheres organisches Korrelat für die beklagten diffusen Ganzkörperschmerzen gefunden werden können (IV-Nr. 61 S. 55). Auch Dr. med. J.\_\_\_\_ gab an, die diversen Schmerzen hätten sich aus schmerzmedizinisch somatischer Sicht nur teilweise objektivieren lassen (vgl. E. II. 8.3 hiervor). Insgesamt erweist sich somit die Gesundheitssituation des Beschwerdeführers aufgrund des Berichts von Dr. med. J.\_\_\_\_ als nicht wesentlich verändert, wie dies auch die RAD-Ärztin Dr. med. E.\_\_\_\_ in der Aktennotiz vom 20. September 2021 (IV-Nr. 83) festhielt.

9.4 Zusammenfassend kann mit Blick auf die aktuelle Neuanmeldung festgestellt werden, dass sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers, verglichen mit jenem im Zeitpunkt der Leistungsablehnung am 22. März 2021, kaum verändert hat.

10. Gestützt auf die vorangehenden Ausführungen ist im vorliegenden Fall seit der rechtskräftigen Verfügung vom 22. März 2021 nicht von einer glaubhaft gemachten Veränderung des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers auszugehen. Damit ist die Verfügung vom 20. September 2021 zu bestätigen und die dagegen erhobene Beschwerde abzuweisen. Die Beschwerdegegnerin ist zu Recht auf die Neuanmeldung des Beschwerdeführers vom 9. Juni 2021 nicht eingetreten.

11. 11.1 Bei diesem Verfahrensausgang besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung.

11.2 Aufgrund von Art. 69 Abs. 1 bis IVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die

Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von CHF 200.00 - 1'000.00 festgelegt. Im vorliegenden Fall hat der Beschwerdeführer die Verfahrenskosten von CHF 1'000.00 zu bezahlen, die mit dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe zu verrechnen sind.

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