

SO_GERICHTE VSBES.2021.17 vom 17. August 2021

SO Obergericht, 2021-08-17, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2021.17_d20210817

FR: SO_GERICHTE VSBES.2021.17 du 17 août 2021

IT: SO_GERICHTE VSBES.2021.17 del 17 agosto 2021

Regeste

Invalidenrente

Erwägungen

E. 1

1.1 Der 1958 geborene A.____ (nachfolgend: Beschwerdeführer) arbeitete seit dem 2. Juli 1990 als Elektromonteur bei der B.____, [...] (IV-St. Beleg Nr. [IV-Nr.] 7, S. 2 ff.). Am 19. Februar 2013 erlitt er einen Arbeitsunfall, als beim Laden des Anhängers eine Kabelrolle herunterfiel und auf sein linkes Bein stürzte; dabei zog er sich eine Oberschenkelfraktur (Trümmerbruch) links zu (IV-Nr. 11, S. 74). Gleichentags wurde er im Spital C.____ operiert (Platten-Osteosynthese Femur links mit NCB-Platte; IV-Nr. 11, S. 59). Nach dem Spitalaufenthalt hielt er sich vom 6. März bis 1. Mai 2013 stationär zur Behandlung in der Klinik D.____ auf (IV-Nr. 11, S. 40 ff.). Am 17. Juni 2013 meldete er sich bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug an (IV-Nr. 2). Die IV-Stelle des Kantons Solothurn (nachfolgend: Beschwerdegegnerin) sprach dem Beschwerdeführer daraufhin Frühinterventionsmassnahmen in Form eines Belastbarkeitstrainings vom 26. Mai bis 29. August 2014 in der E.____ zu (Mitteilung vom 14. Mai 2014; IV-Nr. 19). Diese Massnahme wurde in der Folge aus gesundheitlichen Gründen am 25. Juli 2014 abgebrochen (IV-Nr. 27). Am 16. Februar 2015 wurde der Beschwerdeführer in der Klinik F.____, [...], am linken Knie mit einer Arthroskopie behandelt (IV-Nr. 39, S. 5 f.). Sodann wurde am 16. März 2015 das Osteosynthesematerial in der vorerwähnten Klinik operativ entfernt (OSME; IV-Nr. 39, S. 3 f.). Vom 26. Mai bis 30. Juni 2015 hielt sich der Beschwerdeführer zur Rehabilitation erneut in der Klinik D.____ auf (IV-Nr. 53.1). In der Folge veranlasste die Beschwerdegegnerin eine bidisziplinäre (orthopädische und psychiatrische) Begutachtung des Beschwerdeführers im G.____, [...], welche am 2. Dezember 2015 durchgeführt wurde (Gutachten vom 5. Januar 2016; IV-Nr. 63, S. 2 ff.). Mit Vorbescheid vom 8. März 2016 stellte die Beschwerdegegnerin dem Beschwerdeführer die Abweisung des Anspruchs auf eine Invalidenrente in Aussicht und hielt im Weiteren fest, aufgrund seiner Einschränkungen habe er Anspruch auf Hilfe bei der Eingliederung durch die IV (IV-Nr. 74, S. 2 ff.).

1.2 In der Folge erteilte die Beschwerdegegnerin nach Durchführung eines Standortgesprächs Kostengutsprache für einen Beitrag an die Arbeitgeberin bei einer Weiterbeschäftigung des Beschwerdeführers im Betrieb im Zeitraum vom 1. Juni bis 31. Dezember 2016 (Mitteilung vom 25. Mai 2016; IV-Nr. 89). Sodann stellte sie dem Beschwerdeführer mit Vorbescheid vom 31. Mai 2016 die Zusprache einer befristeten ganzen Invalidenrente vom 1. Februar 2014 bis 30. September 2015 in Aussicht und hob den vorerwähnten Vorbescheid vom 8. März 2016 auf (IV-Nr. 90, S. 2 ff.). Der Beschwerdeführer konnte am 1. Juni 2016 bei seiner ehemaligen Arbeitgeberin eine neu

geschaffene Stelle in der Abteilung «Schaltanlagen» mit einem Arbeitspensum von 50 % im Rahmen eines Arbeitsversuchs antreten, wobei das Arbeitspensum in der Folge nicht erhöht werden konnte. Die ehemalige Arbeitgeberin änderte daraufhin den bisherigen Arbeitsvertrag und beschäftigte den Beschwerdeführer ab 1. November 2016 als «Elektromonteur Schaltanlagebau» mit einem Pensum von 50 % (IV-Nr. 100, S. 2 f.). Die berufliche Eingliederung wurde daraufhin abgeschlossen (Bericht vom 12. Oktober 2016; IV-Nr. 101). Die Schweizerische Unfallversicherungsanstalt (Suva) gewährte dem Beschwerdeführer das Unfalltaggeld bis zum 31. Oktober 2016 (IV-Nr. 103.3, S. 1 f.) und sprach ihm mit Verfügung vom 10. November 2016 aufgrund einer Erwerbsunfähigkeit von 26 % eine Invalidenrente ab 1. November 2016 zu (IV-Nr. 105). Aufgrund einer Vereinbarung vom 12. Dezember 2016 sprach die Suva dem Beschwerdeführer mit Verfügung vom 6. Januar 2017 eine Invalidenrente bei einem nun festgesetzten IV-Grad von 30 % zu und schloss mit diesem Vergleich das Einspracheverfahren ab (IV-Nr. 112). Die Beschwerdegegnerin gewährte dem Beschwerdeführer mit Verfügung vom 16. Dezember 2016 aufgrund eines Invaliditätsgrades von 100 % eine befristete ganze Invalidenrente vom 1. Februar 2014 bis 30. September 2015; aufgrund einer gesundheitlichen Verbesserung per Ende Juni 2015 wurde die ganze Rente am 1. Oktober 2015 eingestellt (IV-Grad von nurmehr 25 %; IV-Nr. 111). Eine dagegen am 26. Januar 2017 erhobene Beschwerde (IV-Nr. 113, S. 3 ff.) wies das Versicherungsgericht des Kantons Solothurn (nachfolgend: Versicherungsgericht) mit Urteil vom 18. Juni 2018 (VSBES.2017.30; IV-Nr. 127) ab.

E. 2

2.1 Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG, SR 830.1]). Sie kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein. Die Invalidität gilt als eingetreten, sobald sie die für die Begründung des Anspruchs auf die jeweilige Leistung erforderliche Art und Schwere erreicht hat (Art. 4 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung [IVG, SR 831.20]).

2.2 Gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG haben jene Versicherten 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 die zusätzlich während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind (lit. b und c). Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG besteht der Anspruch auf eine ganze Rente, wenn die versicherte Person mindestens 70 %, derjenige auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens 60 % invalid ist. Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % ein solcher auf eine Viertelsrente.

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. 2 und 3 Verordnung über die Invalidenversicherung [IVV, SR 831.201]). Gelingt ihr dies nicht, so wird auf das Gesuch nicht eingetreten. Ist die anspruchserhebliche Änderung glaubhaft gemacht, ist die

Verwaltung verpflichtet, auf das neue Leistungsbegehren einzutreten und es in tatsächlicher und rechtlicher Hinsicht umfassend zu prüfen; sie hat demnach in analoger Weise wie bei einem Revisionsfall nach Art. 17 ATSG vorzugehen (Urteil des Bundesgerichts 8C_455/2020 vom 20. Oktober 2020 E. 3.1). 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). Ob eine anspruchsbegründende Änderung in den für den Invaliditätsgrad erheblichen Tatsachen eingetreten ist, beurteilt sich im Neuanmeldungsverfahren ■ analog zur Rentenrevision nach Art. 17 Abs. 1 ATSG (BGE 105 V 29 S. 30) ■ durch Vergleich des Sachverhalts, wie er im Zeitpunkt der letzten ■ auf einer umfassenden Sachverhaltsabklärung beruhenden ■ Ablehnungsverfügung bestanden hat, mit demjenigen zur Zeit der streitigen neuen Verfügung (BGE 130 V 71 E. 3.1 S. 73, mit Hinweisen; Urteil des Bundesgerichts 8C_819/2013 vom 4. Februar 2014 E. 2).

3.2 Mit dem Beweismass des Glaubhaftmachens sind herabgesetzte Anforderungen an den Beweis verbunden; die Tatsachenänderung muss nicht nach dem im Sozialversicherungsrecht sonst üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (BGE 138 V 218 E. 6 S. 221) erstellt sein. Es genügt, dass für das Vorhandensein des geltend gemachten rechtserheblichen Sachumstands wenigstens gewisse Anhaltspunkte bestehen, auch wenn durchaus noch mit der Möglichkeit zu rechnen ist, bei eingehender Abklärung werde sich die behauptete Änderung nicht erstellen lassen (Urteil des Bundesgerichts 8C_647/2019 vom 31. Januar 2020 E. 2.1).

Erheblich ist eine Sachverhaltsänderung, wenn angenommen werden kann, der Anspruch auf eine Invalidenrente (oder deren Erhöhung) sei begründet, falls sich die geltend gemachten Umstände als richtig erweisen sollten (Urteil des Bundesgerichts 8C_325/2016 vom 31. August 2016 E. 2.1 mit Hinweisen).

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

Andererseits muss eine Veränderung des Gesundheitszustandes nicht in jedem Fall in einer abweichenden Diagnose Ausdruck finden, sondern kann unter Umständen selbst bei gleichbleibendem Leiden ■ und damit unveränderter Diagnose ■ abhängig vom jeweiligen Schweregrad des Krankheitsbildes bejaht werden (Urteil des Bundesgerichts 8C_956/2010 vom 20. April 2011 E. 4.1).

E. 4

4.1 Die versicherte Person muss mit der Neuanmeldung (oder dem Revisionsgesuch) die massgebliche Tatsachenänderung glaubhaft machen. Im Verfahren der Neuanmeldung kommt der Untersuchungsgrundsatz (Art. 43 Abs. 1 bzw. Art. 61 lit. c ATSG) erst zum Tragen, nachdem die versicherte Person eine massgebliche Änderung ihres Gesundheitszustands seit der letzten rechtskräftigen Leistungsverweigerung glaubhaft gemacht hat (Urteil des Bundesgerichts 8C_455/2020 vom 20. Oktober 2020 E. 3.2).

4.2 Wird in der Neuanmeldung (oder dem Revisionsgesuch) kein Eintretenstatbestand geltend gemacht, sondern bloss auf ergänzende Beweismittel, insbesondere Arztberichte, hingewiesen, die noch beigebracht würden oder von der Verwaltung beizuziehen seien, ist der versicherten Person eine angemessene Frist zur Einreichung der Beweismittel anzusetzen. Diese Massnahme setzt voraus, dass die ergänzenden Beweisvorkehren geeignet sind, den entsprechenden Beweis zu erbringen. Sie ist mit der Androhung zu verbinden, dass ansonsten gegebenenfalls auf Nichteintreten zu erkennen sei. Ergeht eine Nichteintretensverfügung im Rahmen eines Verwaltungsverfahrens, das diesen Erfordernissen betreffend Fristansetzung und Androhung der Säumnisfolgen genügt, legen die Gerichte ihrer beschwerdeweisen Überprüfung den Sachverhalt zu Grunde, wie er sich der Verwaltung bot (BGE 130 V 69 E. 5.2.5).

E. 5

Januar 2016 nur die Rückenproblematik in der Lendenwirbelsäule thematisiert habe. Damals sei keine Rede gewesen von den ausgeprägten Rückendeformationen im Halswirbelbereich, die im Bericht von Dr. med. K.____ thematisiert würden.

5.3 Streitig und zu prüfen ist demnach, ob die Beschwerdegegnerin auf die Neuanmeldung des Beschwerdeführers zu Recht nicht eingetreten ist. Ob eine in diesem Sinn erhebliche Veränderung glaubhaft gemacht wurde, beurteilt sich durch einen Vergleich der vom Beschwerdeführer bei der Beschwerdegegnerin neu eingereichten Unterlagen mit dem Sachverhalt bei Erlass der letzten ablehnenden Rentenverfügung vom 16. Dezember 2016 (IV-Nr. 111).

6. Die Beschwerdegegnerin und das Versicherungsgericht stützten sich auf das bidisziplinäre (orthopädische und psychiatrische) Gutachten der Gutachterstelle G.____ vom 5. Januar 2016 (IV-Nr. 63, S. 2 ff.), als sie in der Verfügung vom 16. Dezember 2016 resp. im Urteil vom 18. Juni 2018 einen Leistungsanspruch des Beschwerdeführers verneinten. Dieses Gutachten enthielt die folgenden Diagnosen (IV-Nr. 63, S. 20 f.):

Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit:

- Chronische Beschwerden an Oberschenkel und Knie links (ICD-10 T93 1/Z98 8)
- Status nach bikondylarer distaler Femurfraktur mit Trümmerfraktur des distalen Schaftes am 19. Februar 2013
- Status nach Plattenosteosynthese und Cerclage am 19. Februar 2013 (Orthopädie Spital C.____)
- Status nach Kniearthroskopie, medialer und lateraler Teilmenishektomie sowie patellärer Knorpelglättung am 16. Februar 2015 (Dr. L.____, Klinik F.____, [...])
- intraoperativer Befund. Knorpel femoropatellar deutlich verdünnt, medial und lateral dagegen unauffällig.
- Status nach Entfernung der Platte und Schrauben am 16. März 2015 (Dr. L.____, Klinik F.____, [...])
- Status nach intraartikularer Knieinfiltration am 26. November 2014 mit Bupivacain (Dr. L.____, [...])
- radiologisch keine relevante Veränderung an Hüfte, Oberschenkel und Knie (CT 20. November 2015)

- klinisch bis auf erhebliche muskuläre Verkürzung keine klar fassbare Veränderung

Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit:

- Leichte depressive Episode (ICD-10 F32.0)

- Chronisches lumbogluteales Schmerzsyndrom rechts ohne radikuläre Symptomatik (ICD-10 M54 5/M79 65)

- radiologisch deutliche Osteochondrose LWK5/SWK1 und weniger LWK4/5 (CT 20. November 2015)

- freie Beweglichkeit der Lendenwirbelsäule

7. Zum Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung lagen folgende medizinische Unterlagen vor:

7.1 Dem Bericht der Hausärztin des Beschwerdeführers, Dr. med. O.____, Praktische Ärztin, vom 2. Juli 2020 (IV-Nr. 134.4, S. 19 ff.) sind die Diagnosen «Depression», «Chronisches lumbospondylogenes Schmerzsyndrom» sowie «Chronische Oberschenkelschmerzen bei St. n. Unfall (02/2013)» zu entnehmen. Seit dem Unfall im Februar 2013 leide der Beschwerdeführer unter anhaltenden Schmerzen und funktionellen Einschränkungen. Im Laufe der Zeit hätten sich massive Schlafstörungen, Verlangsamung, Vergesslichkeit und Angstzustände entwickelt. Die depressiven Symptome seien deutlich stärker geworden, so dass er seit Februar 2020 in psychiatrischer Behandlung bei Dr. med. P.____ stehe.

7.2 Dr. med. P.____, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, stellte in seinem Bericht vom 7. Juli 2020 (IV-Nr. 134.4, S. 13 ff.) folgende Diagnosen:

Der Beschwerdeführer habe nach einer ersten depressiven Episode im Zusammenhang mit dem schweren Arbeitsunfall und PTBS 2013 immer wieder in Belastungssituationen (zahlreiche Operationen, etc.) mit depressiven Episoden reagiert, wie auch jetzt im Februar 2020. Der Patient habe sich, ohne es sich eingestehen zu können, schon länger in einer Erschöpfungsphase befunden, welche sich durch die somatische Erkrankung kumuliert habe. Der Beschwerdeführer sei vom Hausarzt zur psychiatrischen Behandlung eingewiesen worden. Er sei nach wie vor sowohl in angestammter, als auch angepasster Tätigkeit arbeitsunfähig. Dies sei begründet in der verringerten affektiven Steuerungsfähigkeit, einer depressiven Apathie mit Energiemangel und Konzentrationsstörungen. In geringen Belastungssituationen sei mit psychischen Dekompensationen, mit verstärkt depressiven Symptomen zu rechnen. Aus psychiatrischer Sicht sei prognostisch in Anbetracht der Komorbidität, des langjährigen Krankheitsverlaufs mit Tendenz zur Verschlechterung und der generell verminderten psychischen Belastbarkeit und regressiven Abwehrhaltung auf absehbare Zeit keine weitere Besserung der Arbeitsfähigkeit zu erwarten. Die depressive Störung wirke sich funktionell aufgrund eingeschränkter Konzentrations- und Durchhaltefähigkeit sowie geringerer Belastbarkeit auf alle Bereiche aus. Natürlich wirke sich die belastende soziale Situation, in welcher sich der Patient befinde, negativ auf den psychischen Zustand aus, aber die psychosozialen Faktoren für das Vorliegen der psychischen Erkrankung mit erheblichem Krankheitswert überwiegen nicht.

7.3 Dr. med. H.____, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, stellte in seinem psychiatrischen Gutachten vom 25. September 2020 (IV-Nr. 134.4, S. 1 ff.) die Diagnose

einer rezidivierenden depressiven Störung, ggf. mittelgradige Episode (ICD-10 F33.1). Anlässlich der Untersuchung habe der Beschwerdeführer angegeben, dass er im Jahre 2013 einen Arbeitsunfall erlitten habe, bei welchem er sein linkes Bein mehrfach gebrochen habe, mehrfach habe operiert werden müssen und Rehabilitationen durchführt habe. Seither habe er eine 30%ige SUVA-Rente und habe im selben Betrieb, in welchem er insgesamt 28 Jahre gearbeitet habe, weiterhin zu 50 % beschäftigt bleiben können. Dabei habe er nur noch leichte Tätigkeiten geleistet. Die Firma sei dann im Jahre 2018 verkauft worden und ihm sei per April 2018 gekündigt worden, da man ihm die angepasste Tätigkeit nicht mehr habe anbieten wollen / können. Explizit habe der Explorand zuvor sehr gute soziale Kontakte bei der Arbeit unterhalten und die Arbeit sehr gerne ausgeübt. Er habe auch keinerlei private Probleme gehabt während der Entstehung der Schmerzen. Er sei nach der Entlassung dann beim RAV gewesen und zunehmend depressiv dekompenziert, da er keine Anstellung habe finden können. So sei er dann im Februar 2020 via Hausärztin und Psychiater als arbeitsunfähig beurteilt worden. Die psychiatrischen Sitzungen seien intensiviert worden und vor vier Monaten sei auch neu eine antidepressive Medikation angesetzt worden. Aktuell sei er nach wie vor freudlos, habe eine reduzierte Konzentration, Ein- und Durchschlafstörungen, sei kraftlos, gereizt und habe keine Geduld mehr. Der Explorand stehe bei Dr. med. P.____ bereits seit Mai 2013 (nach dem Unfall) in ambulanter psychiatrischer Behandlung, welche anfänglich einmal pro Monat und nun seit Februar 2020 einmal pro zwei Wochen für jeweils 30 bis 60 Minuten stattfinde. Seit ca. vier Monaten werde er mit Venlafaxin 75 mg morgens und Mirtazapin 30 mg abends mediziert. Zuvor seien Therapieversuche mit Cymbalta und Surmontil durchgeführt worden. Vor dem Unfall 2013 habe er nie psychiatrische oder psychologische oder auch psychopharmakologische Behandlungen in Anspruch nehmen müssen.

In seiner Beurteilung führt der psychiatrische Gutachter aus, aufgrund der Aktenlage, der heutigen Anamnese und Exploration könne davon ausgegangen werden, dass beim Exploranden ab 2013 eine rezidivierende depressive Störung, ggf. mittelgradige Episode (ICD-10 F33.1) vorliege. Die jetzige mittelgradige depressive Episode habe sich aktenanamnestisch ab Februar 2020 entwickelt und sei durch eine Reduktion der Konzentration, Grübeln, eine Anhedonie, eine reduzierte affektive Schwingungsfähigkeit, Schuld- und Insuffizienzgefühle, Zukunftsängste, eine Reduktion des Antriebs und der Interessen, eine Gereiztheit, einen sozialen Rückzug, eine Reduktion des Appetits, der Libido und Schlafstörungen gekennzeichnet. Dies zeige sich auch in der heute durchgeführten Hamilton Depression Scale Testung. Eine höhergradige depressive Episode sei nicht zu diagnostizieren, da der Explorand in der Lage sei, die Tage selbständig zu strukturieren und Tätigkeiten im Garten und Haushalt zu verrichten. Eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4) sei nicht zu diagnostizieren, da während der Entstehung der Schmerzen nach dem Unfall keinerlei psychosoziale Belastungsfaktoren zu eruieren gewesen seien. Eine posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10 F43.1) liege heute sicherlich nicht mehr vor und habe auch nicht während den letzten Jahren bestanden, da der Explorand dieselbe Tätigkeit weiterhin habe ausüben können und somit kein Vermeidungsverhalten gezeigt habe. Auch akzentuierte Persönlichkeitszüge (ICD-10 Z73.1) seien aufgrund der Biographie des Exploranden nicht zu bestätigen, wären jedoch auch für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit nicht relevant. Andere psychopathologische Befunde oder gar Diagnosen seien nicht zu stellen. Differenzen zwischen den subjektiven Beschwerden und den erhobenen Befunden seien nicht vorhanden. Faktoren, die keinen Krankheitswert hätten, aber dennoch die Arbeitsfähigkeit

beeinflussten, beständen nicht.

Zur Arbeitsfähigkeit lässt sich dem Gutachten entnehmen, dass aufgrund des Unfalls 2013 und der seither bestehenden 30%igen SUVA-Rente der Explorand grundsätzlich nur für leichte körperliche angepasste Tätigkeiten als arbeitsfähig zu beurteilen sei. Diese Tätigkeit sei ihm bis April 2018 beim alten Arbeitgeber geboten worden. Da nun eine mittelgradige depressive Episode seit mindestens Februar 2020 vorliege, welche sich durch eine Reduktion der Konzentration, Grübeln, eine leichte Reduktion des Antriebs und der Interessen und eine Gereiztheit negativ auf die Arbeitsfähigkeit auswirke, sei aktuell von einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit für die bisherige Tätigkeit auszugehen. Es könne jedoch erwartet werden, dass beim Umsetzen der medizinischen und beruflichen Massnahmen (siehe unten) eine 50%ige Arbeitsfähigkeit für eine angepasste körperliche Tätigkeit in ca. zwei bis drei Monaten zu erreichen sein sollte.

7.4 Die RAD-Ärztin Dr. med. I.____, Fachärztin für Arbeitsmedizin, hielt in ihrer Stellungnahme vom 2. November 2020 (IV-Nr. 138) fest, dass keine relevante gesundheitliche Verschlechterung eingetreten sei.

E. 8

8.1 Zunächst ist festzuhalten, dass die erst im vorliegenden Beschwerdeverfahren nachgereichten medizinischen Unterlagen, nämlich der Arztbericht von Dr. med. K.____, Facharzt FMH für Neurochirurgie, vom 7. März 2019, worin die Diagnosen «Chronische Cervicalgie; Osteochondrosen C4/5, C5/6 und C6/7; Osteochondrosen und Bandscheibenprotrusionen C4/5, C5/6 und C6/7; Retrolisthese C6/7; Foramen-stenosen C5/6 beidseits» gestellt wurden (BB 7), sowie der ärztliche Bericht von Dr. med. J.____, Fachärztin FMH für Innere Medizin und Pneumologie, Klinik Q.____, vom 7. Juni 2021, worin eine schweres obstruktives Schlafapnoesyndrom, eine chronische Insomnie sowie arterielle Hypertonie diagnostiziert wurden (A.S. 38 ff.), 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 26. Januar 2021 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 das psychiatrische Gutachten von Dr. med. H.____ vom 25. September 2020, der Bericht der Hausärztin Dr. med. O.____ vom 2. Juli 2020, der Bericht des behandelnden Psychiaters Dr. med. P.____ vom 7. Juli 2020 sowie die Stellungnahme des RAD vom 2. November 2020.

8.2 Vorliegend wurde von der Taggeldversicherung des Beschwerdeführers ein psychiatrisches Gutachten bei Dr. med. H.____ in Auftrag gegeben. Aus der Auflistung der Akten im psychiatrischen Gutachten vom 25. September 2020 (IV-Nr. 134.4, S. 2) lässt sich entnehmen, dass Dr. med. H.____ die vorbestehenden Akten der Beschwerdegegnerin zum Zeitpunkt der Verfügung vom 16. Dezember 2016, insbesondere das G.____-Gutachten vom 5. Januar 2016, nicht vorgelegen sind. Dem Psychiater wurden von der

Taggeldversicherung des Beschwerdeführers einzig die Berichte von Dr. med. P.____ vom 7. Juli 2020 und von Dr. med. O.____ vom 2. Juli 2020 zur Verfügung gestellt, womit feststeht, dass Dr. med. H.____ sein psychiatrisches Gutachten nicht in Kenntnis der vollständigen Vorakten erstellt hat. Trotz des Fehlens einer vollständigen Aktenanamnese ergeben sich aus dem Gutachten von Dr. med. H.____ sowie dem Bericht des behandelnden Psychiaters Dr. med. P.____ mit hinreichender Klarheit gewisse Anhaltspunkte für eine wesentliche Verschlechterung resp. eine erhebliche Veränderung der tatsächlichen Verhältnisse. So lässt sich dem psychiatrischen Gutachten vom 25. September 2020 die Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung, ggw. mittelgradige Episode entnehmen, welche sich aktenanamnestisch ab Februar 2020 entwickelt haben soll. Die depressiven Symptome seien seit Februar 2020 stärker geworden. So sei der Beschwerdeführer dann im Februar 2020 via Hausärztin und Psychiater als arbeitsunfähig beurteilt worden. Die psychiatrischen Sitzungen seien intensiviert worden und vor vier Monaten sei auch eine neue antidepressive Medikation angesetzt worden (IV-Nr. 134.4, S. 3). Der Beschwerdeführer stehe bei Dr. med. P.____ bereits seit Mai 2013 in ambulanter psychiatrischer Behandlung, welche anfänglich einmal pro Monat und nun seit Februar 2020 einmal pro zwei Wochen für jeweils 30 bis 60 Minuten stattfinde. Seit ca. vier Monaten werde er mit Venlafaxin 75 mg morgens und Mirtazapin 30 mg abends mediziert. Zuvor seien Therapieversuche mit Cymbalta und Surmonitl durchgeführt worden (IV-Nr. 134.4, S. 7). Weiter beschreibt der Psychiater in seinem Gutachten eine Reduktion der Konzentration, Grübeln, eine Anhedonie, eine reduzierte affektive Schwingungsfähigkeit, Schuld- und Insuffizienzgefühle, Zukunftsängste, eine Reduktion des Antriebs und der Interessen, eine Gereiztheit, einen sozialen Rückzug, eine Reduktion des Appetits, der Libido und Schlafstörungen (IV-Nr. 134.4, S. 8). Zwar wurde im G.____-Gutachten vom 5. Januar 2016 ebenfalls eine depressive Stimmungslage festgestellt, wobei der Beschwerdeführer auch eine erhöhte Ermüdbarkeit, Schlafstörungen, negative Zukunftsperspektiven angegeben hatte. Der Selbstwert sei vermindert gewesen, der Antrieb leicht herabgesetzt (IV-Nr. 63, S. 10). Gesamthaft erscheinen die von Dr. med. H.____ erhobenen objektivierbaren Befunde jedoch deutlich ausgeprägter als noch zum Zeitpunkt des G.____-Gutachtens vom 5. Januar 2016. So wirke sich die mittelgradige depressive Episode gemäss Dr. med. H.____ negativ auf die Arbeitsfähigkeit aus. Es sei deshalb von einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit für die bisherige Tätigkeit auszugehen. Es könne jedoch erwartet werden, dass beim Umsetzen der medizinischen und beruflichen Massnahmen eine 50%ige Arbeitsfähigkeit für eine angepasste körperliche Tätigkeit in ca. zwei bis drei Monaten zu erreichen sein sollte (IV-Nr. 134.4, S. 9). Der psychiatrische Gutachter beschreibt zwar eine mögliche Verbesserung der Leistungsfähigkeit, welche durch eine entsprechende Intensivierung der medizinischen und beruflichen Massnahmen innerhalb von drei Monaten erreicht werden könnte, so wie es RAD-Ärztin Dr. med. I.____ in ihrer Aktennotiz vom 2. November 2020 korrekt festhält (IV-Nr. 138). Er prognostiziert aber eine Leistungssteigerung auf ein Pensum von höchstens 50 % in einer angepassten Tätigkeit, womit der Beschwerdeführer nach Auffassung des psychiatrischen Gutachters auch nach Umsetzung der medizinischen und beruflichen Massnahmen lediglich zu 50 % arbeitsfähig wäre.

Damit liegen jedenfalls Anhaltspunkte für ein neues Element tatsächlicher Natur vor, welches nach der ursprünglichen Rentenverfügung eingetreten ist und das den Sachverhalt möglicherweise bedeutsam verändert haben könnte.

8.3 Gestützt auf die vorstehenden Erwägungen erscheint aufgrund des Gutachtens von Dr. med. H. ___ vom 25. September 2020 sowie des Berichts von Dr. med. P. ___ vom 7. Juli 2020 eine dauerhafte Verschlechterung des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers als glaubhaft gemacht.

9. Die angefochtene, auf Nichteintreten lautende Verfügung vom 26. Januar 2021 ist aufzuheben und die Sache ist an die IV-Stelle zurückzuweisen, damit sie auf die Neuanmeldung des Beschwerdeführers eintrete und dessen Leistungsanspruch materiell prüfe. Die Beschwerde ist in diesem Sinn gutzuheissen.

E. 10

10.1 Der Beschwerdeführer obsiegt und hat Anspruch auf eine Parteientschädigung (Art. 61 lit. g ATSG). Sein Vertreter macht mit Kostennote vom 3. Mai 2021 einen Aufwand von 6.94 Stunden, einen Stundenansatz von CHF 220.00 und Auslagen von insgesamt CHF 61.05 geltend, was zu einer Kostenforderung von insgesamt CHF 1'710.10 (Honorar von CHF 1'526.80, Auslagen von CHF 61.05 und MwSt. von CHF 122.25) führt. Die Höhe dieser Kostenforderung ist nicht zu beanstanden und die entsprechende Entschädigung ist zuzusprechen.

10.2 Aufgrund von Art. 69 Abs. 1bis IVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von CHF 200.00 ■ 1■000.00 festgelegt. Nach dem Ausgang des vorliegenden Verfahrens hat die Beschwerdegegnerin die Verfahrenskosten von CHF 600.00 zu bezahlen. Folglich ist dem Beschwerdeführer der geleistete Kostenvorschuss von CHF 600.00 zurückzuerstatten.

Demnach wird erkannt:

1. Die Beschwerde wird gutgeheissen. Die Verfügung vom 26. Januar 2021 wird aufgehoben. Die Sache wird an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen, damit sie auf die Neuanmeldung vom 21. Oktober 2020 eintrete und anschliessend über den Leistungsanspruch des Beschwerdeführers neu entscheide.

2. Die IV-Stelle des Kantons Solothurn hat dem Beschwerdeführer eine Parteientschädigung von CHF 1'710.10 (inkl. Auslagen und MwSt.) zu bezahlen.

3. Die IV-Stelle des Kantons Solothurn hat die Verfahrenskosten von CHF 600.00 zu bezahlen. Der geleistete Kostenvorschuss von CHF 600.00 wird dem Beschwerdeführer zurückerstattet.

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

Die Vizepräsidentin

Der Gerichtsschreiber

Weber-Probst

Lazar

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