

SO_GERICHTE VSBES.2021.70 vom 30. März 2021

SO Obergericht, 2021-03-30, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2021.70

FR: SO_GERICHTE VSBES.2021.70 du 30 mars 2021

IT: SO_GERICHTE VSBES.2021.70 del 30 marzo 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: 30. März 2021) eingetretenen Sachverhalt abzustellen (BGE 131 V 242 E. 2.1 S. 243, 121 V 366 E. 1b).

2. Nach Art. 28 Abs. 1 Bundesgesetz über die Invalidenversicherung (IVG, SR 831.20) 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. 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.

2.1 Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). 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 IVG).

2.2 Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die Ärzte und 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 Versicherten arbeitsunfähig sind. Im Weiteren sind ärztliche Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen den Versicherten noch zugemutet werden können (BGE 140 V 193 E. 3.2 S. 196, 132 V 93 E. 4 S. 99 f., 125 V 261 E. 4).

2.3 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

März 2020, als der Beschwerdeführer erneut bei Alkoholintoxikation sowie bekannter Alkoholabhängigkeit in die Klinik E.____ eingewiesen wurde. Auf eigenen Wunsch wurde er am 13. März 2020 entlassen. In den genannten aktuellen Berichten der Klinik E.____ sowie des Spitals I.____ fehlt es an einer nachvollziehbaren Begründung einer Verschlechterung der Alkoholabhängigkeit. Ausserdem fehlen in den beiden Berichten konkrete Angaben zu allfälligen Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers.

In Bezug auf die Suchtproblematik verweist der Beschwerdeführer auf die mit BGE 145 V 215 erfolgte Rechtsprechungsänderung. Er vertritt die Auffassung, schon nur mit dieser geänderten Rechtsprechung hätten sich die tatsächlichen Verhältnisse geändert. Das Bundesgericht hat jüngst mit Urteil 9C_132/2020 vom 7. Juni 2021 entschieden, dass die Rechtsprechung gemäss BGE 145 V 215 (wie schon jene von BGE 141 V 281 sowie jene von BGE 143 V 409 und 418) keinen hinreichenden Anlass bildet, um vom Grundsatz der Nichtanpassung eines formell rechtskräftigen Verwaltungsentscheides an eine geänderte Rechtspraxis abzuweichen. Zur Begründung führte es aus, grundsätzlich rechtfertige eine Praxisänderung keine Änderung formell rechtskräftiger Verfügungen über Dauerleistungen (E. 5.2). Nach eingehender Abwägung der betroffenen Interessen hielt das Bundesgericht fest, nicht jede ■ bei einer Praxisänderung in der Natur der Sache liegende ■ Ungleichbehandlung genüge, um vom Grundsatz der Nichtanpassung einer rechtskräftigen Verfügung abzuweichen (E. 5.4). Von der mit BGE 145 V 215 erst im Juli 2019 abgelösten Praxis sei nach wie vor eine Vielzahl von versicherten Personen auch in teilweise Jahrzehnte zurückliegenden Verfahren betroffen (E. 5.4.1). Fortan sei ■ gleich wie bei allen anderen psychischen Erkrankungen ■ nach dem strukturierten Beweisverfahren zu ermitteln, ob und gegebenenfalls inwieweit sich ein fachärztlich diagnostiziertes Abhängigkeitssyndrom im Einzelfall auf die Arbeitsfähigkeit der versicherten Person auswirke. Im Ergebnis verhalte es sich damit nicht anders als in SVR 2020 IV Nr. 33 S. 115, 8C_541/2019 E. 5.1 betreffend leichte bis mittelgradige depressive Störungen (E. 5.4.2). Auch die grundsätzlich geringe Zeitbeständigkeit des nach früherer Rechtspraxis formell rechtskräftig beurteilten Gesundheitszustands begründe keine Ausnahme vom Grundsatz der Nichtanpassung. Der Eintritt von Veränderungen der tatsächlichen Verhältnisse sei im Laufe der Zeit naturgemäss wahrscheinlich und im Rahmen eines weiteren Neuanmeldungsverfahrens vergleichsweise einfach glaubhaft zu machen (E. 5.5). In der Folge bestätigte das Bundesgericht, dass die IV-Stelle auf das einzig mit der Praxisänderung von BGE 145 V 215 begründete Neuanmeldungs-gesuch zu Recht nicht eingetreten sei (E. 6). Folglich bildet die mit BGE 145 V 215 geänderte Rechtsprechung im vorliegenden Fall keinen Anlass, um unter dem Titel einer Änderung der Rechtslage eine Neubeurteilung vorzunehmen.

Weiter wird in den Berichten der Klinik E.____ vom 16. März 2020 (IV-Nr. 37 S. 13 ff.) sowie des Spitals I.____ vom 21. Juli 2020 (IV-Nr. 37 S. 1 - 5) die Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode, gestellt. Dem Bericht des Spitals I.____ vom 21. Juli 2020 lässt sich entnehmen, dass klinisch deutliche Hinweise auf eine depressive Episode mit symptomführender Adynamie und Antriebslosigkeit sowie genannten subjektiven kognitiven Störungen bestünden. Aufgrund der erhobenen Befunde sei bei den Beschwerden des Beschwerdeführers am ehesten von

einer überwiegend affektiv bedingten kognitiven Störung, DD bei manifester Depression auszugehen. Wie die Beschwerdegegnerin zurecht geltend macht, lagen depressive Episoden bereits früher vor (vgl. E. II. 6.1, 6.3, 6.4 hiervor). Aus den beiden Berichten vom 16. März 2020 und vom 21. Juli 2020 ergeben sich keine Hinweise, die glaubhaft machen würden, dass sich die psychische Situation in anspruchrelevantem Ausmass verändert hätte. Es wird zudem nicht dargelegt, inwiefern die geschilderte psychische Problematik die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers beeinflussen würde. Dasselbe gilt auch in Bezug auf die anlässlich der neuropsychologischen Untersuchung im Spital I.____ diagnostizierte leichte neuropsychologische Störung mit kognitiven Defiziten in attentionalen, mnestischen und exekutiven Teilfunktionen (vgl. IV-Nr. 37 S. 1 - 5). Dr. med. J.____ und lic. phil. K.____ äussern sich in ihrem Bericht vom 21. Juli 2020 nicht zu möglichen Einflüssen der erhobenen Befunde auf die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers. Wie RAD-Arzt Dr. med. M.____ in seiner Aktennotiz vom 7. Dezember 2020 (IV-Nr. 44) aber zutreffend festhielt, gab der Hausarzt des Beschwerdeführers, Dr. med. N.____, Allgemeinarzt, an, beim Beschwerdeführer bestehe seit dem 15. Lebensjahr eine leichte neuropsychologische Störung (vgl. IV-Anmeldung vom 28. September 2020, IV-Nr. 35 S. 7). Es ist deshalb davon auszugehen, dass bezüglich dem neuropsychologischen Gesundheitszustand kaum Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit bestehen.

8.2 Eingehend auf die somatische Gesundheitssituation des Beschwerdeführers ergibt sich Folgendes:

8.2.1 Im Zeitpunkt der rentenablehnenden Verfügung vom 7. Juni 2019 (IV-Nr. 29.4) lagen beim Beschwerdeführer auf somatischem Fachgebiet eine leicht bis mittelgradige Gonarthrose links und ein chronisch-rezidivierendes cervicospondylogenes Syndrom bei degenerativen Veränderungen der HWS vor. Gemäss RAD-Bericht vom 23. September 2013 (IV-Nr. 29.73) habe eine CT gesteuerte Infiltration im Dezember 2012 die Symptomatik indes günstig beeinflussen können. Die zum damaligen Zeitpunkt zuletzt ausgeübten, körperlich anspruchsvollen Tätigkeiten als Eisenleger / Bauhandlanger beurteilte der RAD-Arzt Dr. med. C.____ als ungünstig. Mit Verweis auf die erwähnte Stellungnahme vom 23. September 2013 sowie auf diejenige vom 26. Februar 2012 (IV-Nr. 29.87) hielt Dr. med. C.____ in seiner Stellungnahme vom 26. März 2019 (IV-Nr. 29.8) fest, vorbehältlich einer dauerhaften Alkoholabstinenz könne bezogen auf eine der somatischen und psychiatrischen Problematik angepassten Tätigkeit (erg. Profil: körperlich leichte bis gelegentlich mittelschwere, wechselbelastende Tätigkeiten ohne repetitive Hebe- / Tragbelastung > 10 kg [selten 15 bis max. 20 kg], ohne Zwangshaltungen [Bücken, Kauern, Arbeiten Überkopf], ohne Vibrationen / Schläge auf die Knie/HWS und ohne Arbeiten in nasser/kalter Umgebung, ohne hohen Zeit- und Produktionsdruck, mit vergleichsweise geringen Anforderungen an die soziale Interaktion, ohne Führungsverantwortung, in einem wohlwollenden, konfliktarmen Arbeitsumfeld, mit geringen Anforderungen an die Anpassungsfähigkeit und der Möglichkeit zur mindestens teilweise freien Zeiteinteilung) von einer zumindest 80%igen Arbeitsfähigkeit ausgegangen werden. Die 20%ige Einschränkung lasse sich mit der residuellen affektiven Symptomatik, Dekonditionierung und verminderten Stresstoleranz begründen.

8.2.2 Der vom Beschwerdeführer anlässlich der Neuanschuldung eingereichte Bericht des Röntgeninstituts L.____ vom 11. November 2020 (IV-Nr. 43, S. 3 f.) enthält keine Hinweise auf eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes, welche sich allenfalls auf die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers auswirken. So berichtet Dr. med. O.____, Facharzt

FMH für Radiologie, über eine fortgeschrittene leicht aktivierte Varusgonarthrosis deformans mit hypertrophen exophytischen Randosteophyten vorwiegend am medialen Femurkondylus und Tibiaplateau mit femorotibialer Chondropathie medial Grad IV. Es bestehe eine leichte laterale Gon- und Femoropatellararthrose mit fissuraler femoraler Chondropathie und der Trochlea zentral (Grad II) mit zystischer Degeneration der subchondralen Grenzlamelle des Femurkondylus. Weiter bestehe eine Chondrokalzinose des lateralen Meniskus ohne Rissnachweis, ein apexverkürztes Meniskushinterhorn medial bei Zustand nach Teilmeniskektomie bei vollständiger Ruptur der VKB-Bandplastik. Die übrigen Kniebinnenstrukturen seien intakt. Es gebe eine kleine Baker-Zyste. Es bestehe zudem eine Synovitis mit mittelvolumigem Gelenkerguss. Dr. med. O.____ äussert sich in seinem Bericht aber weder zur Behandelbarkeit der Knieproblematik noch zu möglichen Einflüssen der erhobenen Befunde auf die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers. Es kann daher nicht nachvollzogen werden, ob es seit der rentenablehnenden Verfügung vom 7. Juni 2019 zu einer Verschlechterung der Knieproblematik gekommen ist. Eine solche ist mit der Neuanschuldung jedenfalls nicht glaubhaft gemacht.

9. Insgesamt vermag der Beschwerdeführer seit der in Rechtskraft erwachsenen Verfügung vom 7. Juni 2019 durch die ab der Neuanschuldung vom 28. September 2020 bis zur Verfügung vom 30. März 2021 eingereichten medizinischen Berichte keine Verschlechterung seines Gesundheitszustandes glaubhaft zu machen. Denn im vorliegenden Fall bestehen ■ wie oben dargelegt ■ keine Anhaltspunkte, wonach seit der Verfügung vom 7. Juni 2019 eine Verschlechterung der gesundheitlichen Situation eingetreten sein könnte. Von einem Glaubhaftmachen kann daher nicht ausgegangen werden. Dies entspricht auch der Ansicht des RAD-Arzt Dr. med. M.____, wonach keine eindeutigen Anhaltspunkte für eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes zu finden seien (vgl. IV-Nr. 44). Unter diesen Umständen war die Beschwerdegegnerin nicht verpflichtet, den Gesundheitszustand des Beschwerdeführers weiter bzw. umfassend abzuklären. Es ist daher nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin mit Verfügung vom 30. März 2021 auf die Neuanschuldung des Beschwerdeführers nicht eingetreten ist. Folglich ist die angefochtene Verfügung vom 30. März 2021 zu bestätigen und die dagegen erhobene Beschwerde abzuweisen.

10. Bei diesem Verfahrensausgang besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung.

11. 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. Im vorliegenden Fall hat der Beschwerdeführer die Verfahrenskosten von CHF 600.00 zu bezahlen, die mit dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe zu verrechnen sind.

Demnach wird erkannt:

3. Der Beschwerdeführer hat Verfahrenskosten von CHF 600.00 zu bezahlen, die mit dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe verrechnet werden.

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

E. 4

Ängstliche (vermeidende) Persönlichkeitsstörung, F60.6

E. 5

Sonstige sekundäre Gonarthrose (ICD-10 M17.5) Nach der notfallmässigen Zuweisung per Fürsorgerische Unterbringung bei akuter Eigen- und Fremdgefährdung bei Alkoholintoxikation bei bekannter Alkoholabhängigkeit sei der Beschwerdeführer initial auf der Akutstation aufgenommen worden. Bei vorhandener Stabilisierung habe der Beschwerdeführer am Folgetag (4. März 2020) bei Absprachefähigkeit auf die suchtspezifische Station verlegt werden können, die Fürsorgerische Unterbringung sei in einen freiwilligen Aufenthalt umgewandelt worden. Der Entzug sei Benzodiazepin-gestützt (Valium) durchgeführt und vom Beschwerdeführer durchgehend gut vertragen worden, im häuslichen Umfeld habe der Beschwerdeführer bereits 1 - 2 Valium neben Sequase zur Nacht genommen. Das multimodale Therapieangebot (Sport, Gesprächs-, Arbeits-, Kunst- und Gestaltungstherapie) sei vom Beschwerdeführer motiviert angenommen worden, initial habe vor allem die Gruppentherapie bei dem ansonsten eher kontaktreduzierten Beschwerdeführer einige motivierende Interventionen erfordert. Die aktuelle antidepressive Medikation mit Duloxetin sei bei Valium-Abbau pausiert worden, könne aber im Weiteren (bei weiterhin Abstinenz) wieder angesetzt werden. Bei Knöchelödemen DD rheumatoide Arthritis (eigenanamnestisch seit Jahren) sei eine rheumatoide Abklärung im Weiteren empfohlen, zwischenzeitlich mit Optifen bei Bedarf therapiert worden. Der Beschwerdeführer sei am 13. März 2020 auf eigenen Wunsch in die häuslichen Verhältnisse entlassen worden. Zum Austrittszeitpunkt hätten keine Hinweise auf eine akute Eigen- oder Fremdgefährdung vorgelegen. 7.2 Die am 4. August 2020 im Spital I.____ durchgeführte MRI des Gehirnschädels nativ und mit KM IV wurde im Bericht vom 14. August 2020 wie folgt beurteilt (IV-Nr. 37 S. 6 f.): Jeweils keine Anzeichen eines NPH (Normaldruckhydrozephalus) oder der gestörten Liquor-Zirkulation. In erster Linie vaskuläre Enzephalopathie mit leichter infratentorieller Komponente, wobei die Ausprägung noch einem Fazekas Score 1 zugeordnet werden könne. Darüber hinaus, fokal akzentuiert bereits beginnend das Altersmass überschreitende Volumen-Reduktion des zerebralen Parenchyms, fakultativ exogener Natur. Ansonsten jeweils kein Anhaltspunkt für intrakranielle posthämorrhagische Residuen, akute bzw. subakute Ischämie oder umschriebene intrakranielle Raumforderung und übrige Nebenbefunde, wie oben erwähnt. 7.3 Im «Untersuchungsbericht D.____» des Spitals I.____ vom 21. Juli 2020 (IV-Nr. 37 S. 1 - 5) wiesen Dr. med. J.____, Stellvertretende Chefärztin Neurologie, und lic. phil. K.____, Fachpsychologin für Neuropsychologie FSP, folgende Hauptdiagnosen aus: 1. Leichte neuropsychologische Störung – Subjektive Einbussen der Konzentrationsfähigkeit und des Gedächtnisses – Neuropsychologische Diagnostik Juli 2020: – Leichte Einbussen der

Aufmerksamkeit, des Gedächtnisses und der exekutiven Funktionen – MRI Hirn vom 4. August 2020: Diskrete supra- und infratentorielle subkortikale Leukenzephalopathie, DD vaskulär / mikroangiopathisch, Fazekas Score 1. Keine umschriebenen Atrophien. Keine anderweitigen strukturellen Auffälligkeiten – Laborchemische Diagnostik unauffällig – ätiologisch am ehesten im Rahmen Diagnose 2 und 3, DD therapieassoziiert bei regelmässiger Einnahme von Diazepam 2. Verdacht auf depressive Episode (F 33.0) – Beck Depressions Inventar 26 Punkte (mittelschwere depressive Episode) 3. Schädlicher Alkoholkonsum Die Zuweisung sei zur Objektivierung des kognitiven Leistungsprofils bei bekannter Alkoholkrankheit mit rezidivierenden depressiven Episoden erfolgt. In der neuropsychologischen Untersuchung werde eine leichte neuropsychologische Störung mit kognitiven Defiziten in attentionalen, mnestischen und exekutiven Teilfunktionen objektiviert. Daneben hätten sich Hinweise für eine depressive Episode ergeben. Klinische Verdachtsmomente auf eine zusätzliche Erkrankung aus dem neurologischen Formenkreis liessen sich nicht feststellen. Zusammengefasst zeigten sich in den erhobenen Untersuchungen eine objektivierbare leichte neuropsychologische Störung mit oben genannten Einbussen, eine leichtgradige DD vaskulär mikroangiopathisch bedingte Leukencephalopathie sowie klinisch deutliche Hinweise auf eine depressive Episode mit symptomführender Adynamie und Antriebslosigkeit sowie genannten subjektiven kognitiven Störungen. Aufgrund der erhobenen Befunde sei bei den Beschwerden des Beschwerdeführers am ehesten von einer überwiegend affektiv bedingten kognitiven Störung, DD bei manifester Depression auszugehen. Daneben spielten der regelmässige schädliche Alkoholkonsum sowie die regelmässige Einnahme von Diazepam zusätzlich eine ätiologische Rolle. Therapeutisch sei daher eine psychotherapeutische Massnahme und je nach Verlauf ebenfalls eine medikamentöse Therapie zu befürworten. Durch die genannten therapeutischen Massnahmen sei neben einer Stimmungsaufhellung und Antriebssteigerung somit auch eine Besserung der subjektiven kognitiven Defizite zu erwarten, wobei nicht in allen Fällen ein vollständiger Rückgang dieser Beschwerden zu beobachten sei und eine gewisse Restsymptomatik persistieren könne. Daher sei je nach Verlauf gegebenenfalls in 1 - 2 Jahren eine Reevaluation zwecks Quantifizierung etwaiger Residualsymptome zu befürworten. Die Fahreignung sei formal aus neurologischer und neuropsychologischer Sicht gegeben, aufgrund der Suchterkrankung mit schädlichem Alkoholabusus sei aber eine verkehrsmedizinische / psychiatrische Beurteilung angezeigt.

7.4 Im Röntgeninstitut L.____ wurden am 11. November 2020 (IV-Nr. 43 S. 3 f.) ein Röntgen und eine MRT des linken Kniegelenks durchgeführt. Diese wurden folgendermassen beurteilt: – Fortgeschrittene leicht aktivierte Varusgonarthrosis deformans mit hypertrophen exophytischen Randosteophyten vorwiegend am medialen Femurkondylus und Tibiaplateau mit femorotibialer Chondropathie medial Grad IV. Leichte laterale Gon- und Femoropatellararthrose mit fissuraler femoraler Chondropathie und der Trochlea zentral (Grad II) mit zystischer Degeneration der subchondralen Grenzlamelle des Femurkondylus. – Chondrokalzinose des lateralen Meniskus ohne Rissnachweis. Apexverkürztes Meniskushinterhorn medial bei Zustand nach Teilmeniskektomie. Vollständige Ruptur der VKB-Bandplastik. Intakte übrige Knieinnenstrukturen. – Kleine Baker-Zyste. Synovitis mit mittelvolumigem Gelenkerguss.

7.5 Dr. med. M.____, Facharzt FMH für Allgemeine Medizin, RAD, hielt in seiner Aktennotiz vom 7. Dezember 2020 (IV-Nr. 44) fest, in diesem Dossier würden einerseits eine leichte neuropsychologische Störung (D.____ Juni 2020) und andererseits eine rezidivierende depressive Störung erwähnt (E.____, März 2020). Es seien keine eindeutigen

Anhaltspunkte zu finden in Bezug auf eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes. Laut dem Hausarzt habe der Beschwerdeführer schon seit seinem 15. Lebensjahr eine leichte neuropsychologische Störung. Auf eine allfällige Neubeurteilung der Sucht-Erkrankung im Kontext der neuen Rechtsprechung sei davon auszugehen, dass es sich in erster Linie um eine administrativ-juristische Frage handle. 8. Wie bereits in E. II. 5 ausgeführt, ist nachfolgend zu prüfen, ob glaubhaft gemacht ist, dass sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers seit dem letzten rechtskräftigen Entscheid der Beschwerdegegnerin vom 7. Juni 2019 (IV-Nr. 29.4) im Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung vom 30. März 2021 (A.S. 1 ff.) in anspruchsvoller Weise verändert hat.

8.1 Es ist zunächst auf die psychische gesundheitliche Situation des Beschwerdeführers einzugehen: 8.1.1 Im Zeitpunkt der rentenablehnenden Verfügung vom 7. Juni 2019 (IV-Nr. 29.4) konnte beim Beschwerdeführer eine langjährige Alkoholabhängigkeit sowie eine rezidivierende depressive Störung mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit festgestellt werden. Die Alkoholabhängigkeit führte im Zeitraum vom Juni 2018 - Februar 2019 zu mehreren stationären Alkoholentzugs- und zuletzt Entwöhnungsbehandlungen. Zuletzt war der Beschwerdeführer gemäss Austrittsbericht der Klinik F.____ vom 27. Februar 2019 (IV-Nr. 29.11 S. 1 ff.) am 12. Februar 2019 nach zwölfwöchiger Entwöhnungstherapie in gegenseitigem Einvernehmen in psychisch und physisch kompensiertem Zustand nach Hause ausgetreten. Der Beschwerdeführer sei bei Austritt zu 100 % arbeitsunfähig gewesen. Der Hausarzt des Beschwerdeführers führte in seinem Bericht an die Beschwerdegegnerin vom 2. März 2019 (IV-Nr. 29.12 S. 22 ff.) an, dem Beschwerdeführer sei die bisherige Tätigkeit noch zu sechs Stunden pro Tag zumutbar. Dabei bestehe eine verminderte Leistungsfähigkeit, die wegen des Alkoholabusus schwierig einzuschätzen sei. Die Arbeitsfähigkeit am bisherigen Arbeitsplatz bzw. im bisherigen Tätigkeitsbereich könne nicht verbessert werden. Es sei dem Beschwerdeführer jedoch eine andere Tätigkeit zu sechs Stunden pro Tag zumutbar, bspw. in den technischen Diensten, wobei zu beachten wäre, dass diese nicht zu streng sein sollte. Je nach Alkoholabusus bestehe dabei eine verminderte Leistungsfähigkeit. Nach erfolgreicher stationärer Entzugstherapie sei eine Verbesserung der Arbeitsfähigkeit möglich. RAD-Arzt Dr. med. C.____ ging in seinem Bericht vom 26. März 2019 (IV-Nr. 29.8) ebenfalls davon aus, dass der Beschwerdeführer bei dauerhafter Alkoholabstinenz (und bezogen auf eine der somatischen und psychiatrischen Problematik angepassten Tätigkeit) ein rentenausschliessendes Einkommen generieren könne. 8.1.2 Aus den Berichten der Klinik E.____ vom 16. März 2020 (IV-Nr. 37 S. 13 ff.) sowie des Spitals I.____ vom 21. Juli 2020 (IV-Nr. 37 S. 1 - 5) ergeben sich keine Hinweise, die glaubhaft machen würden, dass sich die psychische Situation in anspruchsvollem Ausmass verändert hätte. Im Falle des Beschwerdeführers besteht unbestrittenmassen eine Störung aufgrund des regelmässigen bzw. übermässigen Konsums von Alkohol. So sind dem Austrittsbericht vom 16. März 2020 u.a. die Diagnosen «Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Akute Intoxikation [akuter Rausch] (ICD-10 F10.0)» sowie «Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Abhängigkeitssyndrom (ICD-10 F10.2)» zu entnehmen. Diese Störungen haben aber bereits zum Zeitpunkt der rechtskräftigen Verfügung vom 7. Juni 2019 bestanden. Im Austrittsbericht der Klinik F.____ vom 27. Februar 2019 (IV-Nr. 29.11 S. 1 ff.) wird beschrieben, der Beschwerdeführer leide an einer langjährigen Alkoholabhängigkeit mit Folgen im sozialen, psychischen und physischen Bereich. Die Alkoholabhängigkeit führte im Zeitraum vom Juni 2018 - Februar 2019 zu mehreren stationären Alkoholentzugs- und Entwöhnungsbehandlungen. Ein erneuter Rückfall erfolgte am 3. März 2020, als der

Beschwerdeführer erneut bei Alkoholintoxikation sowie bekannter Alkoholabhängigkeit in die Klinik E.____ eingewiesen wurde. Auf eigenen Wunsch wurde er am 13. März 2020 entlassen. In den genannten aktuellen Berichten der Klinik E.____ sowie des Spitals I.____ fehlt es an einer nachvollziehbaren Begründung einer Verschlechterung der Alkoholabhängigkeit. Ausserdem fehlen in den beiden Berichten konkrete Angaben zu allfälligen Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers. In Bezug auf die Suchtproblematik verweist der Beschwerdeführer auf die mit BGE 145 V 215 erfolgte Rechtsprechungsänderung. Er vertritt die Auffassung, schon nur mit dieser geänderten Rechtsprechung hätten sich die tatsächlichen Verhältnisse geändert. Das Bundesgericht hat jüngst mit Urteil 9C_132/2020 vom 7. Juni 2021 entschieden, dass die Rechtsprechung gemäss BGE 145 V 215 (wie schon jene von BGE 141 V 281 sowie jene von BGE 143 V 409 und 418) keinen hinreichenden Anlass bildet, um vom Grundsatz der Nichtanpassung eines formell rechtskräftigen Verwaltungsentscheides an eine geänderte Rechtspraxis abzuweichen. Zur Begründung führte es aus, grundsätzlich rechtfertige eine Praxisänderung keine Änderung formell rechtskräftiger Verfügungen über Dauerleistungen (E. 5.2). Nach eingehender Abwägung der betroffenen Interessen hielt das Bundesgericht fest, nicht jede – bei einer Praxisänderung in der Natur der Sache liegende – Ungleichbehandlung genüge, um vom Grundsatz der Nichtanpassung einer rechtskräftigen Verfügung abzuweichen (E. 5.4). Von der mit BGE 145 V 215 erst im Juli 2019 abgelösten Praxis sei nach wie vor eine Vielzahl von versicherten Personen auch in teilweise Jahrzehnte zurückliegenden Verfahren betroffen (E. 5.4.1). Fortan sei – gleich wie bei allen anderen psychischen Erkrankungen – nach dem strukturierten Beweisverfahren zu ermitteln, ob und gegebenenfalls inwieweit sich ein fachärztlich diagnostiziertes Abhängigkeitssyndrom im Einzelfall auf die Arbeitsfähigkeit der versicherten Person auswirke. Im Ergebnis verhalte es sich damit nicht anders als in SVR 2020 IV Nr. 33 S. 115, 8C_541/2019 E. 5.1 betreffend leichte bis mittelgradige depressive Störungen (E. 5.4.2). Auch die grundsätzlich geringe Zeitbeständigkeit des nach früherer Rechtspraxis formell rechtskräftig beurteilten Gesundheitszustands begründe keine Ausnahme vom Grundsatz der Nichtanpassung. Der Eintritt von Veränderungen der tatsächlichen Verhältnisse sei im Laufe der Zeit naturgemäss wahrscheinlich und im Rahmen eines weiteren Neuanmeldungsverfahrens vergleichsweise einfach glaubhaft zu machen (E. 5.5). In der Folge bestätigte das Bundesgericht, dass die IV-Stelle auf das einzig mit der Praxisänderung von BGE 145 V 215 begründete Neuanmeldungs-gesuch zu Recht nicht eingetreten sei (E. 6). Folglich bildet die mit BGE 145 V 215 geänderte Rechtsprechung im vorliegenden Fall keinen Anlass, um unter dem Titel einer Änderung der Rechtslage eine Neu-urteilung vorzunehmen. Weiter wird in den Berichten der Klinik E.____ vom 16. März 2020 (IV-Nr. 37 S. 13 ff.) sowie des Spitals I.____ vom 21. Juli 2020 (IV-Nr. 37 S. 1 - 5) die Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode, gestellt. Dem Bericht des Spitals I.____ vom 21. Juli 2020 lässt sich entnehmen, dass klinisch deutliche Hinweise auf eine depressive Episode mit symptomführender Adynamie und Antriebslosigkeit sowie genannten subjektiven kognitiven Störungen bestünden. Aufgrund der erhobenen Befunde sei bei den Beschwerden des Beschwerdeführers am ehesten von einer überwiegend affektiv bedingten kognitiven Störung, DD bei manifester Depression auszugehen. Wie die Beschwerdegegnerin zurecht geltend macht, lagen depressive Episoden bereits früher vor (vgl. E. II. 6.1, 6.3, 6.4 hiervor). Aus den beiden Berichten vom 16. März 2020 und vom 21. Juli 2020 ergeben sich keine Hinweise, die glaubhaft machen würden, dass sich die psychische Situation in anspruchsrelevantem Ausmass verändert hätte. Es wird zudem nicht

dargelegt, inwiefern die geschilderte psychische Problematik die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers beeinflussen würde. Dasselbe gilt auch in Bezug auf die anlässlich der neuropsychologischen Untersuchung im Spital I.____ diagnostizierte leichte neuropsychologische Störung mit kognitiven Defiziten in attentionalen, mnestischen und exekutiven Teilfunktionen (vgl. IV-Nr. 37 S. 1 - 5). Dr. med. J.____ und lic. phil. K.____ äussern sich in ihrem Bericht vom 21. Juli 2020 nicht zu möglichen Einflüssen der erhobenen Befunde auf die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers. Wie RAD-Arzt Dr. med. M.____ in seiner Aktennotiz vom 7. Dezember 2020 (IV-Nr. 44) aber zutreffend festhielt, gab der Hausarzt des Beschwerdeführers, Dr. med. N.____, Allgemeinarzt, an, beim Beschwerdeführer bestehe seit dem 15. Lebensjahr eine leichte neuropsychologische Störung (vgl. IV-Anmeldung vom 28. September 2020, IV-Nr. 35 S. 7). Es ist deshalb davon auszugehen, dass bezüglich dem neuropsychologischen Gesundheitszustand kaum Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit bestehen.

8.1.3 Zusammenfassend ergeben sich in Bezug auf den psychischen Gesundheitszustand des Beschwerdeführers im Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung vom 30. März 2021 keine Anhaltspunkte dafür, dass sich dieser seit dem rentenablehnenden Entscheid vom 7. Juni 2019 in anspruchsvollere Weise verändert hat.

8.2 Eingehend auf die somatische Gesundheitssituation des Beschwerdeführers ergibt sich Folgendes:

8.2.1 Im Zeitpunkt der rentenablehnenden Verfügung vom 7. Juni 2019 (IV-Nr. 29.4) lagen beim Beschwerdeführer auf somatischem Fachgebiet eine leicht bis mittelgradige Gonarthrose links und ein chronisch-rezidivierendes cervicospodylogenes Syndrom bei degenerativen Veränderungen der HWS vor. Gemäss RAD-Bericht vom 23. September 2013 (IV-Nr. 29.73) habe eine CT gesteuerte Infiltration im Dezember 2012 die Symptomatik indes günstig beeinflussen können. Die zum damaligen Zeitpunkt zuletzt ausgeübten, körperlich anspruchsvollen Tätigkeiten als Eisenleger / Bauhandlanger beurteilte der RAD-Arzt Dr. med. C.____ als ungünstig. Mit Verweis auf die erwähnte Stellungnahme vom 23. September 2013 sowie auf diejenige vom 26. Februar 2012 (IV-Nr. 29.87) hielt Dr. med. C.____ in seiner Stellungnahme vom 26. März 2019 (IV-Nr. 29.8) fest, vorbehaltlich einer dauerhaften Alkoholabstinenz könne bezogen auf eine der somatischen und psychiatrischen Problematik angepassten Tätigkeit (erg. Profil: körperlich leichte bis gelegentlich mittelschwere, wechselbelastende Tätigkeiten ohne repetitive Hebe- / Tragbelastung > 10 kg [selten 15 bis max. 20 kg], ohne Zwangshaltungen [Bücken, Kauern, Arbeiten Überkopf], ohne Vibrationen / Schläge auf die Knie/HWS und ohne Arbeiten in nasser/kalter Umgebung, ohne hohen Zeit- und Produktionsdruck, mit vergleichsweise geringen Anforderungen an die soziale Interaktion, ohne Führungsverantwortung, in einem wohlwollenden, konfliktarmen Arbeitsumfeld, mit geringen Anforderungen an die Anpassungsfähigkeit und der Möglichkeit zur mindestens teilweise freien Zeiteinteilung) von einer zumindest 80%igen Arbeitsfähigkeit ausgegangen werden. Die 20%ige Einschränkung lasse sich mit der residuellen affektiven Symptomatik, Dekonditionierung und verminderten Stresstoleranz begründen.

8.2.2 Der vom Beschwerdeführer anlässlich der Neuanschuldung eingereichte Bericht des Röntgeninstituts L.____ vom 11. November 2020 (IV-Nr. 43, S. 3 f.) enthält keine Hinweise auf eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes, welche sich allenfalls auf die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers auswirken. So berichtet Dr. med. O.____, Facharzt FMH für Radiologie, über eine fortgeschrittene leicht aktivierte Varusgonarthrosis deformans mit hypertrophen exophytischen Randosteophyten vorwiegend am medialen Femurkondylus und Tibiaplateau mit femorotibialer Chondropathie medial Grad IV. Es bestehe eine leichte laterale Gon- und

Femoropatellararthrose mit fissuraler femoraler Chondropathie und der Trochlea zentral (Grad II) mit zystischer Degeneration der subchondralen Grenzlamelle des Femurkondylus. Weiter bestehe eine Chondrokalzinose des lateralen Meniskus ohne Rissnachweis, ein apexverkürztes Meniskushinterhorn medial bei Zustand nach Teilmeniskektomie bei vollständiger Ruptur der VKB-Bandplastik. Die übrigen Kniebinnenstrukturen seien intakt. Es gebe eine kleine Baker-Zyste. Es bestehe zudem eine Synovitis mit mittelvolumigem Gelenkerguss. Dr. med. O. ___ äussert sich in seinem Bericht aber weder zur Behandelbarkeit der Knieproblematik noch zu möglichen Einflüssen der erhobenen Befunde auf die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers. Es kann daher nicht nachvollzogen werden, ob es seit der rentenablehnenden Verfügung vom 7. Juni 2019 zu einer Verschlechterung der Knieproblematik gekommen ist. Eine solche ist mit der Neuanmeldung jedenfalls nicht glaubhaft gemacht. 9. Insgesamt vermag der Beschwerdeführer seit der in Rechtskraft erwachsenen Verfügung vom 7. Juni 2019 durch die ab der Neuanmeldung vom 28. September 2020 bis zur Verfügung vom 30. März 2021 eingereichten medizinischen Berichte keine Verschlechterung seines Gesundheitszustandes glaubhaft zu machen. Denn im vorliegenden Fall bestehen – wie oben dargelegt – keine Anhaltspunkte, wonach seit der Verfügung vom 7. Juni 2019 eine Verschlechterung der gesundheitlichen Situation eingetreten sein könnte. Von einem Glaubhaftmachen kann daher nicht ausgegangen werden. Dies entspricht auch der Ansicht des RAD-Arztes Dr. med. M. ___, wonach keine eindeutigen Anhaltspunkte für eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes zu finden seien (vgl. IV-Nr. 44). Unter diesen Umständen war die Beschwerdegegnerin nicht verpflichtet, den Gesundheitszustand des Beschwerdeführers weiter bzw. umfassend abzuklären. Es ist daher nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin mit Verfügung vom 30. März 2021 auf die Neuanmeldung des Beschwerdeführers nicht eingetreten ist. Folglich ist die angefochtene Verfügung vom 30. März 2021 zu bestätigen und die dagegen erhobene Beschwerde abzuweisen. 10. Bei diesem Verfahrensausgang besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung. 11. 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 600.00 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.