

# SO\_GERICHTE VSBES.2021.95 vom 10. Mai 2021

SO Obergericht, 2021-05-10, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so\\_gerichte\\_VSBES.2021.95](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2021.95)

FR: SO\_GERICHTE VSBES.2021.95 du 10 mai 2021

IT: SO\_GERICHTE VSBES.2021.95 del 10 maggio 2021

## Erwägungen

### E. 1

1.1 Der 1982 geborene A.\_\_\_\_ (nachfolgend: Beschwerdeführer) meldete sich am 11. November 2014 bei der IV-Stelle des Kantons Solothurn (nachfolgend: Beschwerdegegnerin) zur Früherfassung an. Er hatte sich am 5. September 2014 bei der Arbeit an der Schulter verletzt und ihm war in der Folge die Anstellung während der Probezeit gekündigt worden (Akten der IV-Stelle [IV-Nr.] 19). Die Beschwerdegegnerin gelangte nach dem Früherfassungsgespräch vom 20. November 2014 zum Ergebnis, die Prognose sei gut und eine Anmeldung zum Leistungsbezug erscheine vorderhand nicht als notwendig, sei aber im Hinblick auf berufliche Massnahmen angezeigt, wenn sich die Situation innerhalb eines halben Jahres nicht erheblich verbessere (vgl. IV-Nr. 23). 1.2 Am 3./16. Februar 2016 teilte der Hausarzt des Beschwerdeführers der Beschwerdegegnerin mit, aufgrund neuer kardiologischer Befunde sei ein Berufswechsel erforderlich, und bat um Prüfung einer Umschulung (IV-Nr. 30). Am 7. März 2016 fand ein Gespräch betreffend Früherfassung/Intake statt (IV-Nr. 35). Bemühungen um eine berufliche Eingliederung wurden in der Folge abgebrochen, da der Beschwerdeführer gesagt habe, er stehe hierfür nicht zur Verfügung und wünsche einen Rentenentscheid (vgl. IV-Nr. 38). Mit Verfügung vom 18. Juli 2016 verneinte die Beschwerdegegnerin schliesslich einen Anspruch des Beschwerdeführers auf eine Invalidenrente und auf berufliche Massnahmen. Zur Begründung wurde im Wesentlichen erklärt, der Beschwerdeführer könne weiterhin einer seinen Einschränkungen angepassten Tätigkeit nachgehen. Eine Unterstützung durch die IV-Abteilung berufliche Eingliederung bei der Suche nach einer passenden Tätigkeit habe er abgelehnt. Die zuletzt ausgeübten Tätigkeiten als Kleingerätemechaniker oder als ICT-Techniker seien weiterhin zumutbar (IV-Nr. 44). 1.3 Am 15. Dezember 2018 meldete sich der Beschwerdeführer bei der IV erneut zum Leistungsbezug an. Er erklärte, er leide unter Gehör-, Atem- und Lungenbeschwerden, habe Schmerzen an der linken Schulter, im Rücken und im Kopf und leide an Schwindel bzw. Bewusstlosigkeit sowie an einer Aortenklappenstenose (IV-Nr. 51). Die Beschwerdegegnerin stellte ihm mit Vorbescheid vom 21. Dezember 2018 in Aussicht, auf das Leistungsbegehren mangels glaubhaft gemachter Veränderung des Gesundheitszustands nicht einzutreten (IV-Nr. 58). Am 15. Februar 2019 erliess sie eine dem Vorbescheid entsprechende Verfügung (IV-Nr. 59), welche in der Folge unangefochten in Rechtskraft erwuchs. 1.4 Am 13. Mai 2019 (Eingang: 20. Mai 2019) meldete sich der Beschwerdeführer ein weiteres Mal bei der IV-Stelle zum Leistungsbezug an, wobei er verschiedene Leiden auflistete (IV-Nr. 60). Mit Vorbescheid vom 4. Juni 2019 stellte ihm die Beschwerdegegnerin wiederum in Aussicht, auf das neue Leistungsbegehren nicht einzutreten (IV-Nr. 63 S. 2 ff.). Nach dem Eingang verschiedener medizinischer Unterlagen und der Akten der Unfallversicherung Suva trat die Beschwerdegegnerin jedoch auf die Neuanschuldung ein und führte am 5. August 2019 ein Gespräch mit dem Beschwerdeführer

durch (IV-Nr. 71). In der Folge verneinte sie nach Rücksprache mit dem Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD) und Durchführung des Vorbescheidverfahrens mit Verfügung vom 10. Mai 2021 erneut einen Anspruch des Beschwerdeführers auf eine Invalidenrente sowie berufliche Massnahmen. Zur Begründung wurde erklärt, beim Beschwerdeführer seien zwar sehr wohl medizinische Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit vorhanden, gemäss der RAD-Beurteilung sei jedoch von einer 80 bis 90 %igen Arbeitsfähigkeit zumindest in einer angepassten Tätigkeit auszugehen (körperlich leichte bis maximal mittelschwere Arbeiten; keine Überkopfarbeiten; keine Tätigkeiten mit erhöhtem Verletzungsrisiko). Der Invaliditätsgrad betrage 15 %. Eine tatsächlich vorhandene Bereitschaft, das von Seiten des RAD ermittelte Leistungsvermögen im Ausmass von 85 % auszuschöpfen, sei nicht erkennbar. Mangels subjektiver Eingliederungsfähigkeit seien berufliche Eingliederungsmassnahmen nicht näher zu prüfen (IV-Nr. 99; Aktenseiten [A.S.] 1 ff.).

## **E. 2**

a) Es seien dem Beschwerdeführer die gesetzlichen Leistungen (berufliche Massnahmen, IV-Rente) nach Massgabe einer Erwerbsunfähigkeit von mindestens 40 % zzgl. einem Verzugszins zu 5 % ab wann rechtens zuzusprechen. b) Eventualiter: Es seien ergänzende medizinische und/oder beruflich-erwerbsbezogene Abklärungen anzuordnen, wobei ein polydisziplinäres medizinisches Gutachten unter Einbezug mindestens der internistischen, kardiologischen, orthopädischen, (neuro-)otologischen und psychiatrischen Fachrichtungen einzuholen sei.

### **E. 2.1**

Als Invalidität im Sinne des Gesetzes gilt gemäss Art. 8 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG, SR 830.1) die vor-aussichtlich bleibende oder längere Zeit andauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit. Sie kann nach Art. 4 Abs. 1 IVG Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein. Anspruch auf eine Rente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG Versicherte, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wiederherstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a), während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind (lit. b) und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind (lit. c).

### **E. 2.2**

Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG besteht bei einem Invaliditätsgrad ab 40 % ein Anspruch auf eine Viertelsrente, ab 50 % auf eine halbe Rente, ab 60 % auf eine Dreiviertelsrente und ab 70 % auf eine ganze Rente. Für die Bestimmung des Invaliditätsgrades wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte, in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Art. 16 ATSG). 3.

## **E. 3**

Es sei eine Verhandlung nach Art. 6 Ziff. 1 EMRK durchzuführen.

### **E. 3.1**

Gemäss Art. 17 Abs. 1 ATSG wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben, wenn sich der Invaliditätsgrad einer Rentenbezügerin oder eines Rentenbezügers erheblich ändert. Anlass zur Revision einer Invalidenrente im Sinne von Art. 17 Abs. 1 ATSG gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen (BGE 134 V 131 E. 3 S. 132 mit Hinweisen). Die Invalidenrente ist deshalb nicht nur bei einer wesentlichen Veränderung des Gesundheitszustands revidierbar, sondern auch dann, wenn sich die erwerblichen Auswirkungen des an sich gleich gebliebenen Gesundheitszustandes erheblich verändert haben. Ein Revisionsgrund ist ferner unter Umständen auch dann gegeben, wenn eine andere Art der Bemessung der Invalidität zur Anwendung gelangt oder eine Wandlung des Aufgabenbereichs eingetreten ist (BGE 130 V 343 E. 3.5 S. 349 f.; BGE 147 V 124). Demgegenüber ist die lediglich unterschiedliche Beurteilung eines im Wesentlichen gleich gebliebenen Sachverhalts im revisionsrechtlichen Kontext unbeachtlich (BGE 141 V 9 E. 2.3 S. 10 f. mit Hinweisen). Weder eine im Vergleich zu früheren ärztlichen Einschätzungen ungleich attestierte Arbeitsunfähigkeit noch eine unterschiedliche diagnostische Einordnung des geltend gemachten Leidens genügt somit per se, um auf einen verbesserten oder verschlechterten Gesundheitszustand zu schliessen; notwendig ist in diesem Zusammenhang vielmehr eine veränderte Befundlage (Urteil des Bundesgerichts 9C\_541/2020 vom 1. März 2021 E. 2.1 mit Hinweisen).

3.2 Tritt der Versicherungsträger, wie im vorliegenden Fall, auf eine Neuanmeldung ein, hat er – analog zu einem Revisionsfall nach Art. 17 ATSG – abzuklären, ob die glaubhaft gemachte Veränderung des Invaliditätsgrades auch tatsächlich eingetreten ist. Dies beurteilt sich durch Vergleich der Verhältnisse im Zeitpunkt der Neuanmeldung respektive der neuen Verfügung (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C\_683/2013 vom 2. April 2014 E. 3.1) mit denjenigen bei Erlass der letzten, auf einer materiellen Prüfung des Anspruchs beruhenden Verfügung (BGE 130 V 71 E. 3.2.3 S. 75 ff.; vgl. auch BGE 133 V 108). Dies ist hier die Verfügung vom 18. Juli 2016. Stellt der Versicherer fest, dass der Invaliditätsgrad keine Veränderung erfahren hat, so weist er das Gesuch ab. Andernfalls prüft er, ob die festgestellte Veränderung genügt, um eine anspruchsbegründende Invalidität zu bejahen, und entscheidet anschliessend über den Anspruch (vgl. Urteile des Bundesgerichts 8C\_367/2020 vom 4. August 2020 E. 2.1 und 8C\_695/2019 vom 18. Dezember 2019 E. 3, je mit Hinweisen).

4. 4.1 Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung auf Unterlagen angewiesen, die Arztpersonen und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes 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 bilden die ärztlichen 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. 196, 105 V 156 E. 1 S. 158 f.).

4.2 Versicherungsträger und Sozialversicherungsgericht haben die Beweise frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Für das Beschwerdeverfahren bedeutet dies, dass der Sozialversicherungsrichter alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestatten. Insbesondere darf er bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu

würdigen und die Gründe anzugeben, warum er auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob der Bericht 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 Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten begründet sind (BGE 125 V 351 E. 3a S. 352).

5. Der Beschwerdeführer macht geltend, der medizinische Sachverhalt sei nicht genügend abgeklärt worden, denn sein Gesundheitszustand habe sich seit dem Referenzzeitpunkt, der durch die Verfügung vom 18. Juli 2016 bestimmt wird, erheblich verschlechtert. Demnach ist zunächst der medizinische Sachverhalt, der dieser Verfügung zugrunde lag, darzustellen:

5.1 Dem Bericht der E.\_\_\_\_ vom 7. Oktober 2014 lässt sich entnehmen, der Beschwerdeführer sei von seinem Hausarzt wegen Verdacht auf eine depressive Episode aufgrund von Problemen am Arbeitsplatz zur psychiatrischen und psychotherapeutischen Abklärung und allenfalls Behandlung zugewiesen worden. Er berichte über seit sechs Jahren bestehende leichte depressive Symptome, einhergehend mit innerer Unruhe und verbalen Aggressionen. Die Symptomatik sei vor ca. fünf Wochen exazerbiert. Als Auslöser nenne er den Stellenwechsel am 1. September 2014, als er bei der F.\_\_\_\_ in einer leitenden Position als Lasermaschinist begonnen habe. Im Vorstellungsgespräch sei viel versprochen worden, was die Arbeitgeberin nun nicht einhalte. Bereits in den ersten paar Tagen hätten sich Probleme mit seinen Kollegen und Vorgesetzten bei der Arbeit ergeben. Nur wenige Tage nach dem Stellenantritt habe er einen Arbeitsunfall erlitten, bei dem er sich seine linke Schulter verletzt habe. Aufgrund dieses Vorfalls sei er von seinem Hausarzt als arbeitsunfähig erklärt worden. Er habe seine Arbeit wiederaufgenommen. In der Beurteilung wird erklärt, diagnostisch sei am ehesten von einer Anpassungsstörung mit vorwiegender Beeinträchtigung von anderen Gefühlen (Depression, Anspannung, Aggression) auszugehen. Im Weiteren bestünden perfektionistische und emotional instabile Persönlichkeitszüge. Zu diagnostizieren seien eine Anpassungsstörung mit vorwiegender Beeinträchtigung von anderen Gefühlen (ICD-10 F43.23) in Verbindung mit Problemen bei der Berufstätigkeit (ICD-10 Z56), perfektionistische sowie emotional-instabile Persönlichkeitszüge (ICD-10 Z73.1) und ein Verdacht auf schädlichen THC-Konsum (ICD-10 F12.1) bei Status nach polyvalenter Substanzabhängigkeit (ICD-10 F19.20) vom 19. bis zum 27. Lebensjahr. Zum Procedere wurde vermerkt, es sei eine ambulant-psychiatrische Behandlung indiziert (IV-Nr. 67.32).

5.2 Der damalige Hausarzt des Beschwerdeführers, Dr. med. G.\_\_\_\_, Facharzt für Innere Medizin, gab auf dem Meldeformular für Erwachsene (Früherfassung) am 11. November 2014 an, der Beschwerdeführer sei aufgrund einer Schulterverletzung links sowie einer mittelschweren depressiven Verstimmung seit dem 5. September 2014 zu 100 % arbeitsunfähig. Er habe am 4. Oktober 2014 einen Arbeitsversuch bei der F.\_\_\_\_ mit einem Pensum von 50 % unternommen. Er sei vom 1. September 2014 bis 7. November 2014 als CNC-Maschinist in dieser Firma tätig gewesen (IV-Nr. 19).

5.3 Laut dem Protokoll über das Gespräch «Früherfassung/Intake» vom 20. November 2014, an welchem der Beschwerdeführer, der zuständige Sachbearbeiter der Beschwerdegegnerin sowie die RAD-Ärztin med. pract. H.\_\_\_\_ teilnahmen, bestand eine vollständige Arbeitsunfähigkeit vom 5. September bis 3. Oktober 2014, eine solche von 50 % vom 4. bis 24. Oktober 2014 und erneut eine vollständige Arbeitsunfähigkeit seit dem 25. Oktober 2014. Als Diagnosen (gemäss Meldung) wurden eine «Schulterverletzung links nach Unfall vom 05.09.2014» und eine

«mittelschwere depressive Verstimmung» vermerkt. Im Weiteren wurde dargelegt, der Versicherte habe ab dem 1. September 2014 als CNC-Maschinist bei der F.\_\_\_\_ gearbeitet. Dabei habe er die CNC-Maschine bedienen und einrichten müssen. Als er an seinem zweiten Arbeitstag an einer Metallbiegemaschine gearbeitet habe, sei ihm unerwartet ein Metallteil mit einem Gewicht von 150 kg auf seinen Arm gefallen, worauf er in der linken Schulter einen Schmerz gespürt habe. Am 5. September 2014 habe er erstmals seinen Hausarzt aufgesucht, welcher eine Muskelzerrung vermutet habe. Im Verlauf hätten die Schulterbeschwerden zugenommen und am 19. November 2014 habe nach einem MRI eine angerissene Sehne diagnostiziert werden können. Der Orthopäde wolle mit konservativen Behandlungsmassnahmen (Schmerzmittel und Physiotherapie) eine wesentliche Schmerzlinderung erzielen. Sollte dies keinen Erfolg haben, werde höchstwahrscheinlich eine Operation erfolgen. Es könne aber von einer guten Prognose ausgegangen werden. Die ganze gesundheitliche Situation habe auch psychische Begleiterscheinungen hervorgerufen. Der Versicherte stehe seit dem 14. November 2014 in psychiatrischer Behandlung. Die Einschätzung der medizinischen Situation lautete wie folgt: Es bestehe ein Status nach einem Arbeitsunfall am 2. September 2014 mit Teilruptur der langen Bicepssehne links. Die Diagnose sei erst Mitte/Ende Oktober 2014 mittels MRI gestellt worden, die spezifische Behandlung erst seit Ende November 2014 (erste Konsultation bei Dr. med. I.\_\_\_\_ in der Klinik J.\_\_\_\_ am 19. November 2014) erfolgt. Aktuell bestehe eine Einschränkung für die angestammte Tätigkeit mit Verbot von schwerem Heben und Arbeiten über Kopf und über Schulterhöhe und es seien persistierende Schmerzen vorhanden. Anamnestisch sei eine Arthrose vorbestehend, zumindest in der rechten Schulter. Im Weiteren bestehe eine reaktive mittelschwere depressive Episode mit Ess- und Schlafstörung, vermindertem Antrieb, depressiver Verstimmung und Zukunftsängsten nach der Kündigung durch die aktuelle Arbeitgeberin in der Probezeit und nach mehreren Enttäuschungen am Arbeitsplatz; es sei eine zunehmende Erschöpfung seit dem Jahr 2013 festzustellen. Zur versicherungsmedizinischen Beurteilung wurde angegeben, aktuell sei die Prognose im Hinblick auf eine volle Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit günstig. Der Versicherte habe sich ausserdem in psychiatrische Behandlung begeben (Erstkonsultation am 14. November 2014) und gehe konstruktiv an die Probleme heran. Deswegen erscheine es sinnvoll zuzuwarten. Sollte sich die somatische und psychische Einschränkung innerhalb eines halben Jahres nicht erheblich bessern, erscheine eine IV-Anmeldung mit dem Ziel der Unterstützung bei der beruflichen Integration angezeigt (IV-Nr. 23).

5.4 Der Bericht des Spitals C.\_\_\_\_ vom 26. Dezember 2015 über den Klinikeintritt des Beschwerdeführers vom 25. Dezember 2015 nennt folgende Hauptdiagnosen: 1. V.a. Gastritis nach Alkoholexzess; 2. Panikattacke mit sekundärer Hyperventilation; 3. Inzidentuell festgestelltes 3/6 Systolikum; 4. Dyslipidämie. Zur Anamnese wurde dargelegt, es sei eine Rettungsdienstzuweisung bei kurzfristigem Gefühl von Atemnot, epigastrischen Schmerzen und danach Angstgefühl mit Panikattacke erfolgt. Der Patient habe am Vorabend innerhalb von 4 Stunden 8 Flaschen Bier (0.5 L) und eine halbe Flasche Wein getrunken. Er sei dann schlafen gegangen und um 05:00 Uhr mit einem ungunen Gefühl im Magen, einem Gefühl von Atemnot und einem leichten Druckgefühl thorakal erwacht. Daraufhin sei es zu einer Hyperventilation, einmaligem Erbrechen und Parästhesien an den Händen und Füßen gekommen. Durch die Mutter sei Ventolin verabreicht und die Ambulanz avisiert worden. Vor zwei Wochen sei der Vater des Patienten im Endstadium einer COPD verstorben. Die gesamte Situation zu Hause sei sehr angespannt gewesen. Gemäss den Angaben des Patienten sei es schon zweimal zu solchen

Episoden von Hyperventilationen gekommen, jedoch ohne Zusammenhang mit Alkoholexzessen. Es bestehe kein Substanzabusus. Es sei ein Status nach Spontanpneumothorax links festzustellen. Es liege keine kardiale Vorgeschichte vor. Die Leistungsfähigkeit sei gut und es bestünden keine Synkopen bei Anstrengungen. Zur Beurteilung wurde im Wesentlichen dargelegt, im Status hätten sich pulmonal ein symmetrisches Atemgeräusch und kardial ein 3/6 Systolikum gezeigt. Wegen grotesker Allodynie sei der Patient initial kaum untersuchbar gewesen, die Blutentnahmen hätten mit Lokalanästhesie durchgeführt werden müssen. In der Folge habe sich der Patient beruhigt. Die Hypokaliämie und die Hypophosphatämie seien im Rahmen der Hyperventilation gedeutet worden. Die Leukozytose könnte bei minim erhöhtem CRP als Stressleukozytose oder bei leichtem viralem Infekt gedeutet werden. Eine Lungenembolie habe ausgeschlossen werden können. Konventionell-radiologisch habe kein Spontanpneumothorax bestanden. Im EKG habe sich eine Sinustachykardie ohne spezifische Veränderungen gezeigt. Die epigastrischen Beschwerden seien am ehesten als gastrale Reizung nach Alkoholexzess gedeutet worden. Bei psychischer Belastungssituation und bekannter Neigung zur Hyperventilation könnte dies eine Panikattacke mit Hyperventilation ausgelöst haben. Bei neu diagnostizierter Dyslipidämie und Systolikum werde dringend eine kardiologische Standortbestimmung empfohlen. Bei gebesserem Allgemeinzustand habe der Patient auf seinen Wunsch nach Hause entlassen werden können (IV-Nr. 29 S. 11 ff.).

5.5 Aus dem Bericht des Spitals C.\_\_\_\_, Kardiologie, vom 30. Dezember 2015 gehen folgende Diagnosen hervor: Verdacht auf Endokarditis (Entzündung der Herzinnenhaut), V.a. Gastritis nach Alkoholexzess, Panikattacke mit sekundärer Hyperventilation, Anamnestisch aktuell: Otitis media rechts. Zur Beurteilung und zum Procedere wurde ausgeführt, man habe aktuell einen klinisch kardial kompensierten 33-jährigen Patienten gesehen, welcher bis auf eine allgemeine Abgeschlagenheit beschwerdefrei sei. Im Ruhe-EKG zeige sich ein normokarder Sinusrhythmus ohne relevante De- oder Repolarisationsstörungen. In der Echokardiographie stelle sich ein nicht hypertropher linker Ventrikel mit einer normalen linksventrikulären Funktion ohne Regionalitäten dar. Die Aortenklappe sei mit grosser Wahrscheinlichkeit bikuspid, hier habe sich eine teils echodichte, teils echoarme Masse gefunden, welche neben einer veränderten bikuspiden Klappe auch mit einer Vegetation vereinbar sein könnte. Hierfür sei eine TEE-Untersuchung indiziert. Vor dem Hintergrund einer seit ca. zwei Monaten bestehenden Abgeschlagenheit, subfebrilen Temperaturen und einer kürzlichen Episode von Schüttelfrost gehe man mit hoher Wahrscheinlichkeit von einer Endokarditis aus. Dem Patienten sei imperativ eine sofortige Hospitalisation zu weiteren diagnostischen Abklärungen und zu einer unverzüglichen empirischen intravenösen antibiotischen Therapie empfohlen worden. Der Patient sei in Anwesenheit seiner Ehefrau ausführlich über mögliche – im schlimmsten Fall letale – Komplikationen der vermuteten Erkrankung und die empfohlenen Massnahmen aufgeklärt worden. Er habe eine stationäre Behandlung auch entgegen dem Rat seiner Ehefrau entschieden abgelehnt (IV-Nr. 29 S. 2 ff.).

5.6 Dem Bericht desselben Spitals vom 18. Januar 2016 über den Aufenthalt des Beschwerdeführers auf der medizinisch-kardiologischen Schwerpunktstation vom 5. bis 8. Januar 2016 können folgende Diagnosen entnommen werden: 1. Verdacht auf akute oder stattgehabte Aortenklappenendokarditis bei bikuspider Klappe sowie früher stattgehabtem Drogenkonsum (letztmalig vor 7 Jahren Kokain); 2. St.n. Otitis media rechts 29.12.2015; 3. St.n. Gastritis nach Alkoholexzess 25.12.2015; 4. St.n. Panikattacken mit sekundärer Hyperventilation 25.12.2015; 5. Dyslipidämie. Unter

«Beurteilung, Therapie und Verlauf» wurde zur Diagnose Nr. 1 angegeben, der Patient sei am 5. Januar 2016 nach Rücksprache mit dem Hausarzt bei Status nach Endokarditis bzw. aktiver Endokarditis zur weiteren Abklärung und Therapie hospitalisiert worden. Bei Eintritt habe er sich kardiopulmonal kompensiert, stabil und afebril gezeigt. Er habe jedoch aufgrund einer Otitis media bis zwei Tage vor Eintritt eine antibiotische Therapie mit Co-Amoxicillin eingenommen. Aufgrund des echokardiographischen Befundes vom 25. Dezember 2015 habe der Verdacht auf eine Aortenklappenendokarditis bei bikuspidaler Klappe bestanden, weshalb ein antibiotisches Fenster durchgeführt und zahlreiche Blutkulturen abgenommen worden seien. Die transösophageale Untersuchung habe die bikuspidale Aortenklappe mit einer echodichten Struktur, leichter paravalvulärer Insuffizienz und leichter Stenose gezeigt. Da sich aufgrund der klinischen und weiteren Untersuchungen inklusive Schädel MRI-Untersuchung kein Hinweis auf einen aktuellen Infekt, septische Embolien, CRP und Leukozyten gezeigt habe, sei der Patient am 8. Januar 2016 nach Hause entlassen worden. Somit bestehe zum aktuellen Zeitpunkt der Verdacht auf bei bikuspidaler Klappe eher stattgehabte Endokarditis. Der Patient werde jedoch in zwei Wochen ambulant nachkontrolliert. Er sollte künftig in Risikosituationen eine Endokarditisprophylaxe gemäss orangem Ausweis durchführen. Zur Diagnose Nr. 2 wurde angegeben, inspektorisch habe sich das Trommelfell im unteren Quadranten weiterhin leicht gerötet mit kleiner Perforation gezeigt. Otorrhoe oder Schmerzen hätten nicht bestanden. Die Otitis media sei hausärztlich mit Co-Amoxicillin behandelt worden, jedoch sei nicht die gesamte Therapiedauer vom Patienten eingehalten worden (IV-Nr. 29 S. 5 ff.). 5.7 Der Hausarzt Dr. med. G. \_\_\_ hielt in seinem Bericht vom 3. Februar 2016 fest, aufgrund des zunächst als Panikattacken diagnostizierten reduzierten Allgemeinzustands vom 25. Dezember 2015 sei damals auf dem Notfall ein kardiologisches Konsil angefordert worden, wo in der Folge der Verdacht auf eine Endokarditis gestellt worden sei. Aufgrund dieses Befundes sei der Patient zur weiteren Abklärung auf der Kardiologie hospitalisiert gewesen, wo schliesslich der Verdacht auf eine akute oder stattgefundene Aortenendokarditis bei bikuspidaler Klappe sowie früher stattgehabtem Drogenkonsum festgelegt worden sei. Mehrfache Blutkulturen seien negativ gewesen, doch eine transoesophageale Echokardiographie habe den Befund nochmals bestätigt. Aufgrund dieser Resultate hätten die Kardiologen erklärt, dass der Patient einen orangen Endokarditisprophylaxepass brauche und zu seinem eigenen Vorteil möglichst nicht in einem Bereich tätig sein sollte, wo eine erhöhte Verletzungsgefahr bestehe. Der Patient sei CNC-Maschinen-Operator. In diesem Umfeld sei die Verletzung bei Arbeiten mit Metall und Metallbehältern sowie Metallrohmaterial relativ hoch. Der Patient sei vorübergehend auch in einem Dienstleistungsbetrieb im Büro tätig gewesen und könnte sich vorstellen, mit einer Umschulung im Büro zu arbeiten (IV-Nr. 29 S. 1). 5.8 Dr. med. G. \_\_\_ bestätigte in seinem ärztlichen Zeugnis vom 7. März 2016, dass der Patient aus medizinischen Gründen nicht in einem Bereich tätig sein sollte, wo eine erhöhte Verletzungsgefahr bestehe (Arbeit mit Metall und Metallbehälter sowie Metallrohmaterial). Ebenfalls dürfe er während der Arbeit keinem Feinstaub und keinen Lösungsmitteln ausgesetzt werden. Aufgrund einer Schulterverletzung links sei er bei der Arbeit über Schulterhöhe eingeschränkt. Der Patient sei aufgrund eines Geburtsgebrechens vor allem auf dem rechten Ohr extrem geräuschempfindlich und sollte keinem hochfrequenten Geräuschpegel im Arbeitsbereich ausgesetzt werden (IV-Nr. 37). 6. Die weitere Entwicklung des medizinischen Sachverhalts präsentiert sich wie folgt: 6.1 Dr. med. K. \_\_\_, Facharzt für Ohren-Nasen-Halsheilkunde, Hals- und Gesichtschirurgie FMH, stellt in seinem Bericht vom 6. Januar 2017 die (Haupt-)Diagnose «reaktivierte chronische Otitis

media perforata rechts mit schleimiger Otorrhoe». In der Beurteilung führt er aus, der Patient verweigere eine optimale schulmedizinische Therapie. Bei der letzten Kontrolle vom 5. Januar 2017 habe sich eine gute Tubenfunktion bei glücklicherweise positivem Valsalva gezeigt, was auf ein intaktes Trommelfell schliessen lasse. Es persistiere daher rechts bei chronischer Oti-tis externa eine kleine polypöse Myringitis. Der Allgemeinzustand des Patienten sei gut gewesen. Dieser sei im Beisein seiner Partnerin über die Risiken einer verschleppten Therapie informiert worden (IV-Nr. 65 S. 10 ff.).

6.2 Aus dem Bericht des Spitals L.\_\_\_\_, Universitätsklinik für Kardiologie, vom 7. Juni 2018 (Untersuchung vom 31. Mai 2018) gehen folgende Diagnosen hervor: 1. Zustand nach einmaliger Synkope ungeklärter Ätiologie, DD: Orthostatisch; 2. Aortenklappenstenose, wahrscheinlich mittelschweren Grades, aktenanamnestisch bei bikuspidaler Klappe; 3. Vitamin D-Mangel; 4. Nebendiagnosen, Zustand nach rezidivierenden Otitiden media, Zustand nach Operation bei Labrum leporinum in der Kindheit mit mehrfachen Operationen des Gehörs, Zustand nach Spontanpneumothorax links 2003. Zur Anamnese wurde dargelegt, der Patient habe im April 2018 eine erstmalige Synkope erlitten, die beim Gehen in der Wohnung ohne körperliche Anstrengung aufgetreten sei, kurz nachdem er längere Zeit in der Hocke verweilt habe. Als Prodromi habe er eine Gesichtsfeldeinengung und Kraftlosigkeit in den Beinen mit einem einengenden Gefühl im Thorax verspürt. Der Bewusstseinsverlust habe einige Minuten gedauert, der Patient habe eine retrograde Amnesie und keine Verletzungsfolgen. Einige Tage vorher habe er eine ähnliche Episode erneut mit Gesichtsfeldeinengung gehabt, nachdem er sich wieder aus der Hocke aufgerichtet habe. Zu einem Bewusstseinsverlust sei es dann aber nicht gekommen, da er sich noch rechtzeitig habe hinsetzen können. Ähnliche Ereignisse mit Gesichtsfeldeinengung habe er häufig beim Aufstehen, wenn er sich gestresst fühle. Es bestehe eine zunehmende Anstrengungsdyspnoe NYHA II, wobei der Patient körperlich wenig aktiv sei. Klare pectanginöse Beschwerden seien verneint worden. Das Gewicht sei stabil, der Patient nehme keine Drogen und trinke keinen Alkohol. Aus finanziellen Gründen esse er nur einmal am Tag abends. Die Beurteilung lautete wie folgt: Hinweise für eine kardiale Ursache der einmaligen Synkope ergäben sich aktuell nicht. Die Aortenklappenstenose sei mittelschwer und eine Insuffizienz habe aktuell nicht festgestellt werden können. Das Ruhe-EKG zeige ebenso keine Auffälligkeiten und die Anamnese mit Auftreten der Synkope nach Verweilen in der Hocke spreche am ehesten für eine orthostatische Ursache (IV-Nr. 65 S. 15 ff.).

6.3 Dem Bericht von M.\_\_\_\_, Facharzt für Kardiologie und Innere Medizin FMH, Kardiologie [...], vom 17. Dezember 2018 können folgende Diagnosen entnommen werden: Bikuspidale Aortenklappe mit mittelschwerer Stenose, mögliche durchgemachte Endokarditis, Kontrastmittel beim Coro-CT und Koronarangiographie abgelehnt (2018), mittelschwere Stenose der bikuspidalen Aortenklappe mit fokaler Verkalkung; am ehesten orthostatischer Schwindel, zweimalige wahrscheinlich orthostatische Synkope; Status nach Lippenkiefergaumenspalte mit insgesamt 13 Operationen; Anpassungsstörungen bei perfektionistisch-emotional-instabilen Persönlichkeitszügen; Status nach Konsum diverser Partydrogen zwischen 19. und 27. Lebensjahr. Es bestünden folgende kardiovaskuläre Risikofaktoren: Positive Familienanamnese (Vater Myokardinfarkt um das 55. Lebensjahr), anhaltender Nikotinkonsum von 13 py, Dyslipidämie. Im Rahmen der Beurteilung wurde dargelegt, echokardiografisch bestehe eine stabil mittelschwere Aortenstenose der bikuspidalen Klappe, bei möglicher stattgehabter Endokarditis sei unverändert die Prophylaxe gemäss organischem Ausweis angezeigt. Unmittelbar nach Ergometrie seien erneut Schwindel und

Schwäche aufgetreten, wofür sich bei einem Blutdruck von 130/80 mmHg und einem Puls von 90/min sowie unverändertem EKG keine klare Erklärung finde. Die Ausprägung der Aortenstenose sei nicht schwerwiegend genug, um die Symptomatik des Patienten zu erklären. Anamnestisch eher passen würde eine orthostatische Genese. Aktuell sei der Schellong-Test jedoch normal. Bei mittelschwer eingeschränkter Leistungsfähigkeit sei zu regelmässiger körperlicher Aktivität im niedrigen Ausdauerbereich sowie zu raschem Absetzen bei erneutem Auftreten der Symptomatik geraten worden. Eine echokardiographische Verlaufskontrolle der Aortenklappe empfehle sich in ca. 6 Monaten oder bei Änderung der Klinik (IV-Nr. 65 S. 19 f.).

6.4 Der Bericht des Spitals C.\_\_\_\_, Klinik für Viszeral-, Thorax- und Gefässchirurgie, vom 14. Februar 2019 über den stationären Aufenthalt vom 13. bis 22. Februar 2019 enthält die folgenden Hauptdiagnosen: «1. Angststörung mit Panikattacken, 19.02.2019, notfallmässiges psychiatrisches Konsil am 17. und 19.02.2019, Suizidalität glaubhaft verneint; 2. Sekundärer Spontanpneumothorax links bei bullösem Emphysem mit ausgeprägter Einblutung, a.e. sekundär bei chron. THC-Abusus, rezidivierender Spontanpneumothorax links (2002, 2019), 14.02.2019 VATS links». Als Nebendiagnose wurde eine «3. Aortenklappenendokarditis bei bikuspidar Klappe 01/2016, St.n. Kokainabusus, aktiver THC-Abusus» angegeben. Unter «Beurteilung / Verlauf» wurde vermerkt, die Zuweisung sei bei Rezidiv eines linksseitigen Pneumothorax erfolgt. Der Patient habe über akut aufgetretene linksseitige Thorax- und Rückenschmerzen berichtet. Zudem leide er seit rund einem Jahr an Dyspnoe vor allem im Liegen und bei Anstrengung. Es sei eine stationäre Aufnahme zur Thoraxdrainageeinlage und Analgesie erfolgt. Postoperativ habe sich eine grössere, blutige Förderung aus der Thoraxdrainage gezeigt und CT-graphisch eine apikale aktive Blutung, weshalb noch am selben Tag eine Thorakoskopie durchgeführt worden sei. Der weitere postoperative Verlauf habe sich initial komplikationslos gezeigt. Am 16. Februar 2019 habe sich der Patient fremdaggressiv gezeigt und Suizidgedanken geäussert. Bei akuter Fremd- und Selbstgefährdung habe man sich zur Verlegung auf die Intermediate Care (IMC) entschieden. Die Übernahme von dieser sei am 22. Februar 2019 erfolgt. Eine Kontrollröntgenaufnahme habe einen minimalen Rückgang des Restpneumothorax links nach Thoraxdrainagezug am Vortag gezeigt. Bei weiterhin klinisch asymptomatischem Patienten sowie geringem, regredientem Restpneumothorax habe man sich entschieden, den Patienten noch am selben Tag nach Hause zu entlassen (IV-Nr. 65 S. 26 ff.; vgl. Bericht vom 13. Februar 2019 [IV-Nr. 65 S. 21] sowie OP-Berichte vom 13./18. und 14. Februar 2019 [IV-Nr. 65 S. 24 f. und 29 f.]; vgl. auch Bericht der Pathologie [...] vom 18. Februar 2019 [IV-Nr. 73 S. 16 f.]).

6.5 Im Bericht des Spitals C.\_\_\_\_, Pneumologie (Dr. med. N.\_\_\_\_, Leitender Arzt), vom 28. März 2019 wurden folgende Hauptdiagnosen gestellt: «1. Angststörung mit Panikattacken, Konsilium Psychiatrie 02/2019: Mittelgradige depressive Episode mit somatischem Syndrom bei akzentuierter, emotional instabiler und zwanghafter Persönlichkeit, arbeitslos nach Unfall seit 2014, Panikattacke mit Hyperventilation (Notfallstation 12/2015), Angststörung mit Panikattacken (Notfallstation 23.02.2019); 2. Sekundärer Spontanpneumothorax links 2019 (Zweitereignis), erster Spontanpneumothorax links 2002, Thorakoskopie 14.02.2019: Ausräumung Hämatothorax, Stillung einer Sickerblutung, Resektion grösserer Bullae apikal mit dem Stapler; 3. Bullöses Lungenemphysem, Befund der CT-Thorax 14.02.2019, eingeschränkte CO-Diffusionskapazität auf 62 % (27.03.2019); 4. Nikotinabhängigkeit mind. 25 py bis 02/2019; 5. Polytoxikomanie anamnestisch, Cannabis, Kokain und Extasy bis 2000; 6. Gastritis nach Alkoholexzess 12/2015; 7. Mögliche Aortenklappenendokarditis bei

bikuspider Aortenklappe 2016». Zur Anamnese wurde dargelegt, der gelernte Automonteur und als CNC-Operator nach einem Unfall seit dem Jahr 2014 arbeitslose Exraucher und Polytoxikomane leide seit längerer Zeit an einer Angsterkrankung mit Panikattacken und Hyperventilation, wie er selber sage. Ein psychiatrisches Konsilium vor einem Monat habe dem Patienten eine mittelgradige depressive Episode attestiert. Der Patient sei nun zur Abklärung von Atemnot zugewiesen worden. Zwischenzeitlich sei er wegen eines sekundären Spontanpneumothorax links (Zweitereignis) auf der Chirurgie behandelt worden. Der Patient gebe an, in Ruhe und bei Belastung nicht genügend tief durchatmen zu können und dann bei zusätzlichen Problemen, wie z.B. die aktuellen Restbeschwerden im Bereich des linken Hemithorax, in Panik zu geraten. Er atme dann sehr stark, es werde ihm sturm, er werde kollapsig und die Arme kribbelten. Das Rauchen habe er nach gut 20 Jahren im Februar 2019 aufgegeben. Drogen konsumiere er entgegen allen anderen Behauptungen seit dem Jahr 2000 nicht mehr. Die Beurteilung lautete wie folgt: Die Atembeschwerden dieses Patienten seien mit Sicherheit auf die bekannte Angsterkrankung mit Panikattacken und sekundärer Hyperventilation zurückzuführen. Die Anfälle seien schulbuchmässig geschildert worden und unabhängig von körperlicher Belastung. Es sei ein Lungenemphysem dokumentiert mit vor allem peripheren beidseitigen Bullae, die linksseitig nun bereits zu einem zweiten Ereignis eines sekundären Spontanpneumothorax geführt hätten. Mit der Thorakoskopie, der Resektion von Bullae und der ausgeprägten Blutung sei mit einem guten Verwachsen dieser Lunge mit der Thoraxwand zu rechnen, sodass das übliche Rezidivrisiko auf dieser Seite minimal sein dürfte. Allerdings bestehe ein Pneumothoraxrisiko auf der Gegenseite. Dieses könne der Patient substantiell senken, wenn er das Rauchen nun wirklich aufgebe. Lungenfunktionell bestünden normale Volumina, jedoch als Zeichen der Gasaustauschstörung bei Emphysem eine leichte Einschränkung der CO-Diffusionskapazität. Damit sei im normalen Alltag keine Atemnot zu begründen. Es bestünden noch geringgradige Thoraxschmerzen, wie das nach Thoraxeingriffen üblich sei. Dem Patienten und seiner Mutter sei erklärt worden, dass solche Restbeschwerden noch über längere Zeit persistieren könnten und völlig normal seien. Wenn er mit einer totalen Beschwerdefreiheit rechne, werde er immer enttäuscht sein. Der Patient benötige eine psychiatrische Mitbetreuung in Ergänzung zur hausärztlichen Obhut. Er werde offenbar betreut. Es solle nun offenbar eine psychiatrische Standortbestimmung in der kantonalen psychiatrischen Klinik (Ambulatorium) erfolgen. Es werde vor allem darum gehen, mit dem Patienten langfristige Strategien zu entwickeln, wie er mit seinen Beschwerden und den Panikattacken umgehen könne. Vielleicht könne ergänzend zur Psychiatrie eine atemphysiotherapeutische Schulung etwas Hilfe bieten. Der Patient sei immer noch stark fixiert auf seine Schmerztherapie (IV-Nr. 80 S. 15 ff.). 6.6 Die neue Hausärztin Dr. med. O. \_\_\_\_, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin FMH, überwies den Beschwerdeführer am 7. Mai 2019 an die E. \_\_\_\_, Ambulatorium [...], zur psychiatrisch-fachärztlichen Abklärung bzw. Therapie (IV-Nr. 65 S. 36 ff.). Deren Bericht über das Erstgespräch vom 6. August 2019 kann Folgendes entnommen werden: Der Patient berichte, dass er unter Stress Panikattacken habe, vor allem, wenn er unter Menschen sei. Symptome seien Schwitzen, Atemnot sowie Todesangst, aus dem Nichts «wie angeschossen». Am Vortag habe er ein IV-Gespräch gehabt und er sei sehr nervös gewesen, wobei er nasse Hände gehabt habe. Als 15-jähriger habe er im Jahr 1997 einen Suizidversuch während seiner Berufslehre unternommen (Garage Motor laufen lassen). Der Vater habe ihn gefunden und gerettet. Tagsüber sitze er auf einem Stuhl und mache Videospiele. Seit zwei Jahren leide er unter zunehmender Müdigkeit und Schwindel und er

habe immer Angst wegen der Schmerzen, die er ängstlich beobachte. Aktuell sei er ruhig. Bei seiner Familie könne er sich jedoch manchmal nicht beherrschen und er schreie herum. Es wurden folgende Diagnosen gestellt: «Schwergradige depressive Episode mit somatischem Syndrom (F33.11), psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen: schädlicher Gebrauch von Alkohol (F10.1), akzentuierte Persönlichkeitszüge, emotional instabil und zwanghaft (Z73), Kontakthanlässe in Bezug auf langjährige Arbeitslosigkeit (Z56), Kontakthanlässe mit Bezug auf die wirtschaftliche Lage (Z59), angeborene Fehlbildung mit zahlreichen Operationen einer Lippen-Kiefer-Gaumenspalte in der Kindheit (Z87.7)». Die Beurteilung lautete dahingehend, der Patient habe eine langwierige Krankheitsgeschichte mit 13 Operationen wegen einer Lippen-Kiefer-Gaumenspalte im Alter von 2 Monaten bis 16 Jahren, akzentuierten Persönlichkeitszügen und aktuell zunehmender depressiver Symptomatik, gegenwärtig sei diese schwer mit somatischem Syndrom. Psychotische Symptome seien nicht vorhanden. Der Patient sei mit der Behandlung eines Antidepressivums einverstanden (IV-Nr. 80 S. 12 ff.).

6.7 Im Bericht der E.\_\_\_\_ vom 11. Dezember 2019 wurde ausgeführt, seit Therapiebeginn mit CipraleX / Escitalopram habe sich eine Besserung der depressiven und der Angstsymptome eingestellt. Es wurden folgende Diagnosen (mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit) gestellt: «Mittelgradige depressive Episode mit somatischem Syndrom (F32.11), psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen: schädlicher Gebrauch von Alkohol (F10.1), akzentuierte Persönlichkeitszüge, emotional instabil und zwanghaft (Z73), Kontakthanlässe in Bezug auf langjährige Arbeitslosigkeit (Z56), Kontakthanlässe mit Bezug auf die wirtschaftliche Lage (Z59), angeborene Fehlbildung mit zahlreichen Operationen einer Lippen-Kiefer-Gaumenspalte in der Kindheit (Z87.7)». Die Prognose zur Arbeitsfähigkeit lautete dahingehend, der Patient wäre nach der Behandlung der Depression und Kontrolle des Alkoholkonsums prinzipiell arbeitsfähig und somit sei die Prognose als gut einzuschätzen. Es erfolgten nun regelmässige Termine im Ambulatorium, sofern sie der Patient wahrnehme (IV-Nr. 77 S. 2 ff.).

6.8 Dr. med. I.\_\_\_\_ hielt in seinem Bericht vom 17. Januar 2020 zu den diagnostizierten persistierenden Schulterbeschwerden links (Schulterkontusion 2014) fest, der Patient habe seit dem Vorfall im Jahr 2014 belastungsabhängige Schmerzen bei Überkopfarbeit. Er habe ihn Anfang 2015 gesehen, wobei der Patient eine Zweitmeinung eingeholt habe. Zur Beurteilung gab der Orthopäde an, wenn er den Befund vor fünf Jahren sehe, sei dieser unverändert. Wenn er das MRT nochmals durchsehe, so habe die Bizepssehne am Ursprung gewisse Zeichen einer Partialruptur, weshalb er das MRT wiederhole. Wenn dies weiterhin der Fall sei, könne er sich einen einfachen Eingriff (Bicepsstenotomie) vorstellen (IV-Nr. 80 S. 11).

6.9 Dr. med. P.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten, speziell Hals- und Gesichtschirurgie, hielt in seinem Bericht vom 13. Februar 2020 fest, den Kontrolltermin Ende November 2019 habe der Patient nicht wahrgenommen, seither sei keine Kontrolle mehr erfolgt. Von ihm seien keine Arbeitsunfähigkeiten attestiert worden. Es bestehe seit fünf Jahren eine Hörverminderung rechts. Oftmals bestünden Ohrschmerzen rechts, manchmal Schwindel. Es sei eine chronische Otitis media perforata rechts mit aktuell granulierender eitriger Entzündung festgestellt worden. Im September 2019 sei eine antibiotische Behandlung erfolgt. Die Diagnose habe grundsätzlich keine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit. Geplant sei die Weiterführung der Tropfenbehandlung (IV-Nr. 79 S. 6 f.).

6.10 Die Hausärztin Dr. med. O.\_\_\_\_ attestierte in ihrem Bericht zuhanden der Beschwerdegegnerin vom 17. Februar 2020 eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % vom 29. April bis 15. August 2019 und eine solche von 50 % vom 16. August bis 10. Dezember

2019. Der Patient beklage verschiedene Beschwerden wie Atemnot, Schwindel und einen Schulterschmerz links seit dem Jahr 2014. Nach der Hospitalisation wegen eines Spontanpneumothorax im Februar 2019 seien auch gehäuft Schmerzen im linken Hemithorax angegeben worden. Zudem bestünden psychische Symptome mit Morgentief, Leeregefühl, Selbstzweifel, innerer Unruhe und Panikattacken. Es wurden folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit angegeben: Angststörung mit Panikattacken, schwergradige depressive Episode mit somatischen Symptomen (F33.11), psychische und Verhaltensstörung durch psychotrope Substanzen; schädlicher Gebrauch von Alkohol (F10.1), akzentuierte Persönlichkeitszüge, emotional instabil und zwanghaft (Z73), persistierende Schulterbeschwerden links, St.n. Kontusion 2014, sekundärer Spontanpneumothorax links im Februar 2019, erstmals im Jahr 2002. Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit wurden eine bikuspidale Aortenklappe, eine mittelschwere Stenose sowie eine mögliche durchgemachte Endokarditis im Jahr 2016 angegeben, im Weiteren seien ein sekundärer Spontanpneumothorax links im Februar 2019, erstmals im Jahr 2002, ein bullöses Emphysem sowie anamnestisch eine Polytoxikomanie hinzugekommen. Der Patient sei zur ambulanten Psychotherapie in die psychiatrische Klinik überwiesen worden. Im Januar 2020 erfolge eine Neubeurteilung der Schulterbeschwerden durch Dr. med. I.\_\_\_\_. Der MRI-Bericht sei noch ausstehend. Der Patient sei seit 2014 arbeitslos. Aktuell übernehme er die Mithilfe im Haushalt sowie die Kinderbetreuung. Es bestünden Schulterschmerzen links bei Belastung. Eine dem Leiden angepasste Tätigkeit sei dem Patienten für etwa 6 bis 8 Stunden pro Tag zuzumuten. Im Haushalt bestehe keine Einschränkung (IV-Nr. 80 S. 1 ff.). 6.11 Der Orthopäde Dr. med. I.\_\_\_\_ berichtete am 17. März 2020, eine erste Beurteilung durch ihn sei am 19. November 2014 aufgrund eines Verhebetraumas mit Rotatorenintervallläsion anfangs September 2014 erfolgt. Der Patient habe damals einen subjektiven Schulterwert von rund 50 %, aber im Constant Score eine rund 77 %ige Funktion zur Gegenseite gehabt. In der Verlaufskontrolle vom Januar 2015 sei eine gewisse Besserungstendenz ersichtlich gewesen. Er habe den Patienten dann am 16. Januar 2020 wiedergesehen, wobei dieser geschildert habe, dass er seit dem Vorfall im Jahr 2014 immer belastungsabhängige Schmerzen bei Überkopfarbeit gehabt habe. Eine Zweitmeinung habe keine andere Beurteilung ergeben. Als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit bestünden persistierende Schulterbeschwerden links nach Schulterkontusion 2014 (S40.0, S43.4). Die Prognose zur Arbeitsfähigkeit sei aufgrund der nun mehrjährigen Arbeitsabstinenz und immer noch persistierenden Beschwerden schlecht. Der Behandlungsplan sehe Physiotherapie vor. Als Funktionseinschränkung bestünden belastungsabhängige Schulterschmerzen vor allem bei Überkopfarbeit oberhalb Schulterhöhe. Zum Eingliederungspotential wurde erwähnt, beschränkt auf die Schulter sei dem Patienten sicher nicht eine schulterbelastende Arbeit ganztägig zuzumuten. Im Moment seien repetitive Arbeiten und das Heben von Lasten über 15 kg nicht möglich. Eine diesem Leiden angepasste Tätigkeit sei zu 100 % zumutbar (IV-Nr. 81 S. 6 ff.). 6.12 In seiner Stellungnahme vom 27. April 2020 hielt der RAD-Arzt Dr. med. Q.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, fest, im Winter/Frühjahr 2016 seien die somatischen Probleme klar im Vordergrund gestanden. Es seien ein Status nach Schulterverletzung mit Teiltraktur der langen Bizepssehne, eine langfristig notwendige Endokarditisprophylaxe bei Aortenklappenstenose, eine Schwerhörigkeit rechts bei einem Zustand nach mehreren Mittelohrentzündungen im Kindesalter und ein Zustand nach mehreren Operationen einer Lippen-Kiefer-Gaumenspalte im Kindesalter festzustellen gewesen. Bereits damals sei eine

Persönlichkeitsakzentuierung mit zwanghaften und hypochondrischen Zügen aufgefallen. Die angebotene berufliche Massnahme sei bereits damals am klaren Wunsch des Versicherten nach einer Rentenprüfung gescheitert. Am 18. Juli 2016 sei die ablehnende Verfügung ergangen. Am 15. Dezember 2018 habe sich der Patient erneut bei der IV angemeldet. Er habe im April 2018 erstmals eine orthostatische Synkope erlitten. Auf die Anmeldung sei mit Verfügung vom 15. Februar 2019 nicht eingetreten worden. Am 20. Mai 2019 habe sich der Versicherte zum dritten Mal angemeldet. Er habe auf seiner Liste der gesundheitlichen Probleme neu einen Pneumothorax und Schwindelanfälle bis zur Bewusstlosigkeit, Panikattacken und Schlaflosigkeit angegeben. Die Hausärztin habe in der Folge zahlreiche Kopien medizinischer Berichte eingereicht. Aufgrund der Aktenlage seien die folgenden Diagnosen (mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit) zu stellen: «Angststörung mit Panikattacken (ICD-10 F41.0) bei akzentuierten Persönlichkeitszügen (emotional instabil, zwanghaft, hypochondrisch), mittelgradige depressive Episode mit somatischem Syndrom (F32.11), Schwerhörigkeit rechts, Status nach Schulterverletzung mit Teilruptur der langen Bizepssehne 2014, Endokarditisprophylaxe bei Aortenstenose». Die weiteren Diagnosen (Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen: schädlicher Gebrauch von Alkohol [F10.1], Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen: schädlicher Gebrauch von THC [F10.1], Status nach Spontanpneumothorax bei bullösem Emphysem 02/2019, Status nach mehrfacher Operation einer angeborenen Lippen-Kiefer-Gaumenspalte) hätten keine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit. Eine andauernde relevante (20 % und mehr) Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit (körperlich leichte bis maximal mittelschwere Arbeiten; keine Überkopfarbeiten; keine Tätigkeiten mit erhöhtem Verletzungsrisiko bei Antikoagulation wegen einer Aortenstenose) liege nicht vor. Die verschiedenen in den letzten Jahren aufgetretenen medizinischen Probleme hätten jeweils nur zu kürzeren Arbeitsunfähigkeiten geführt. Die von den behandelnden Psychiatern erhobenen psychischen Probleme des Versicherten seien als unter fortgesetzter Therapie überwindbar beurteilt worden. Die Prognose bezüglich Arbeitsfähigkeit sei gut, wenn der Versicherte seinen Alkoholkonsum unter Kontrolle halten könne. Auch von der Hausärztin werde im Bericht vom 17. Februar 2020 eine Arbeitsfähigkeit von 6 bis 8 Stunden täglich in angepasster Tätigkeit festgehalten. Die gestellten Fragen beantwortete Dr. med. Q.\_\_\_\_ dementsprechend wie folgt: Der Gesundheitszustand und die Arbeitsfähigkeit hätten sich – verglichen mit der Situation zum Zeitpunkt der Rentenablehnung vom 18. Juli 2016 – nicht wesentlich verändert. Aus medizinischer Sicht betrage die Arbeitsfähigkeit des Versicherten sowohl in der bisherigen Tätigkeit als CNC-Operateur als auch in einer Verweistätigkeit zwischen 80 und 90 % seit dem Jahr 2016. Weitere medizinische Abklärungen seien nicht angezeigt (IV-Nr. 83 S. 2 ff.). 6.13 Laut einem im Vorbescheidverfahren eingereichten «Arztzeugnis Sozialdienst» der E.\_\_\_\_ vom 6. April 2020 wurde der Beschwerdeführer «aufgrund der zahlreichen psychiatrischen Komorbiditäten» als zu 100 % arbeitsunfähig auf dem ersten Arbeitsmarkt erachtet, wobei eine Tätigkeit in einem geschützten Rahmen mit einem Pensum von 50 % möglich sein sollte. Es werde der Einsatz eines Fahrdienstes empfohlen, um den Patienten von zu Hause an seinen Arbeitsplatz bringen zu können. Ein eigenes Auto sei nicht notwendig (IV-Nr. 85 S. 4). In weiteren Zeugnissen wurde eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % vom 27. April bis 31. Mai 2020 und vom 1. Juli bis 15. Juli 2020 attestiert (IV-Nr. 85 S. 2 f.). 6.14 Dem Bericht des HNO-Facharztes Dr. med. P.\_\_\_\_ vom 22. September 2020 – erstattet zur Beurteilung des Anspruchs auf Hörgeräteversorgung – können die Diagnosen «Chronische

Otitis media simplex perforata rechts» sowie «Chronische Mittelohrbelüftungsstörung/Mittelohratelektase links, LKG-Patient, Schallleitungsblock bds., Tinnitus rechts sowie Status nach mehrfacher PR-Einlage» entnommen werden. Unter dem Vermerk «Subjektiv» wurde angegeben, der Patient höre seit Jahren rechts fast nichts mehr. Er habe oft Ohrenscherzen und manchmal Schwindel. Es erfolge eine Behandlung mit Ohrtropfen. Der Patient habe schon multiple Eingriffe mit PR-Einlagen durchführen lassen. Aktuell bestünden keine Schmerzen. Es bestehe ein permanenter, nicht pulsativer Tinnitus rechts. Unter dem Vermerk «Objektiv» wurde dargelegt, nach der Reinigung rechts seien die Gehörgänge beidseits frei. Die Trommelfelle seien beidseits retrahiert bzw. vernarbt. Chirurgische Massnahmen zur Verbesserung des Hörvermögens fielen im Moment nicht in Betracht. Die Indikation für eine Hörgeräteanpassung sei gegeben (IV-Nr. 93).

6.15 Zu den im Vorbescheidverfahren vorgebrachten Einwänden des Versicherten nahm Dr. med. Q.\_\_\_\_ vom RAD am 8. Oktober 2020 dahingehend Stellung, die vom Versicherten erwähnte Herzerkrankung, welche aus seiner Sicht seine Leistungsfähigkeit stark einschränke, werde von der Hausärztin unter den Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit eingereiht. Die subjektiven Beschwerden bestünden seit dem Jahr 2014. Der Spontanpneumothorax vom Februar 2019 sei ein Akutereignis gewesen, das bullöse Emphysem werde ebenfalls unter die Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eingereiht. Die Arbeit als CNC-Operateur könne von der körperlichen Belastung her als den Einschränkungen angepasst betrachtet werden, sofern damit keine Belastung durch Feinstaub verbunden sei (IV-Nr. 95).

6.16 Dem vom Gericht im Beschwerdeverfahren eingeholten Bericht des aktuell behandelnden Psychiaters Dr. med. R.\_\_\_\_, vom 31. Januar 2022 lässt sich entnehmen, dass der Beschwerdeführer seit dem 9. November 2020 bei diesem Arzt in Behandlung ist, wobei Sitzungen im Abstand von zwei Wochen bis einem Monat stattfinden. Der Beschwerdeführer habe ihn wegen Panikattacken und Schwierigkeiten mit der Invalidenversicherung aufgesucht. Gleichzeitig leide er unter depressiven Symptomen und einer Zwangsstörung. Der Patient habe initial zu Beginn seiner Behandlung und weiterhin in geringerem Ausmass unter typischen Symptomen der Panikstörung sowie unter depressiven Symptomen und Zwangssymptomen gelitten. Es seien Panikattacken mit Schwitzen, Schwindel, Zittern, Durchfall, Herzrasen und Todesangst, dies vor allem im öffentlichen Verkehr. Er habe diese Panikattacken beinahe täglich und auch aus dem Schlaf heraus. Er habe ein Morgentief, Tagesmüdigkeit, Stress durch Kinder und die Corona-Pandemie beklagt. Er leide unter Energiemangel und einer Einschlafstörung mit fragmentiertem Schlaf. Er habe keine Suizidgedanken, aber ungefähr wöchentlich Sterbegeanken. Es habe einen Suizidversuch im Jahr 2000 (Erstickten durch Töffabgase) gegeben, bezüglich Suizidalität sei er sicher absprachefähig. Seit Jahren zeige der Patient impulsive Durchbrüche mit Beschimpfen und verbalem Bedrohen von Anderen. Seit Jahren bestehe ein Ordnungszwang mit täglichem Ordnen von Gegenständen (Küchengeschirr), deren Abstände er teilweise mit einer Schublehre messe, ca. eine Stunde täglich. Aktuell bestehe wohl ein geringer Alkoholkonsum. Der Cannabiskonsum finde täglich statt (bis zu ca. 15 Joints pro Tag). Der behandelnde Psychiater stellt folgende Diagnosen (nach ICD-Klassifikation): «Panikstörung (F41.0), Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige depressive Episode in Teilremission (F32.1), Zwangsstörung, vorwiegend Zwangshandlungen (Zwangssrituale; F42.1), Emotional instabile Persönlichkeitsstörung, impulsiver Typ (F60.30), Polytoxikomanie (Abhängigkeitssyndrom von Kokain, Speed und Ecstasy, seit ca. 14 Jahren abstinent (F14.20, F15.20),

Abhängigkeitssyndrom von Alkohol und Cannabis, gegenwärtiger Substanzgebrauch (F10.24, F12.24)». Der Beschwerdeführer sei aus seiner Sicht für alle Tätigkeiten auf dem ersten Arbeitsmarkt zu 100 % arbeitsunfähig. Eine Tätigkeit im geschützten Arbeitsmarkt könnte zu etwa 50 % möglich sein. Sinnvoll sei eine Weiterbehandlung mit dem Ziel einer Cannabis- und Alkoholabstinenz, einer Reduktion der Zwangssymptome sowie dem Anstreben einer Vollremission der depressiven und der Paniksymptomatik und der Behandlung der Impulsivität. Die Prognose sei schlecht (A.S. 46 ff.).

#### **E. 4**

Dem Beschwerdeführer sei die volle unentgeltliche Rechtspflege und Rechtsverteidigung unter gleichzeitiger Einsetzung des unterzeichneten Rechtsanwalts als unentgeltlicher Rechtsbeistand zu gewähren.

#### **E. 5**

2.2 In ihrer Beschwerdeantwort vom 20. August 2021 beantragt die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde, wobei sie auf Bemerkungen zur Beschwerde verzichtet (A.S. 36). 2.3 Mit prozessleitender Verfügung vom 28. Oktober 2021 wird dem Beschwerdeführer ab Prozessbeginn die unentgeltliche Rechtspflege bewilligt und Rechtsanwalt Claude Wyssmann als unentgeltlicher Rechtsbeistand bestellt. 2.4 Mit Verfügung vom 10. November 2021 holt das Gericht einen Verlaufsbericht des behandelnden Psychiaters ein und unterbreitet diesem Fragen (A.S. 42 ff.). Der Bericht geht am 31. Januar 2022 beim Gericht ein (A.S. 46 ff.). 2.5 Mit prozessleitender Verfügung vom 18. Mai 2022 wird den Parteien mitgeteilt, es werde ein psychiatrisches Gerichtsgutachten eingeholt. Es sei vorgesehen, Dr. med. B.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, mit der Begutachtung zu beauftragen. Ferner werden den Parteien die vorgesehenen Fragen unterbreitet (A.S. 49 ff.). 2.6 Mit Eingabe vom 8. Juni 2022 lässt der Beschwerdeführer mitteilen, dass er den vorgesehenen Gutachter Dr. med. B.\_\_\_\_ ablehne, und beantragen, es sei eine andere Gutachterperson mit der psychiatrischen Expertise zu betrauen. Weiter verlangt er, es seien bei Dr. med. B.\_\_\_\_ bestimmte Informationen einzuholen (A.S. 53 ff.). Die Beschwerdegegnerin lässt sich zur vorgesehenen psychiatrischen Begutachtung nicht vernehmen. 2.7 Mit Verfügung vom 21. September 2022 hält der Instruktionsrichter am vorgesehenen Gutachter Dr. med. B.\_\_\_\_ fest und weist die mit Eingabe des Beschwerdeführers vom 8. Juni 2022 gestellten Anträge ab (A.S. 60 ff.). 2.8 Am 24. November 2022 wird die psychiatrische Begutachtung des Beschwerdeführers bei Dr. med. B.\_\_\_\_ nach kurzer Zeit abgebrochen. Im Bericht zuhanden des Gerichts vom 2. Dezember 2022 (Eingang) erklärt der Gutachter, nach dem Vorfall in seiner Praxis sei eine unparteiische Begutachtung nicht mehr möglich. Er trete in den Ausstand und ersuche um Entbindung vom Gutachtensauftrag (A.S. 69 f.). 2.9 Mit Verfügung vom 8. Dezember 2022 wird dem Beschwerdeführer Gelegenheit geboten, sich zum Verlauf der Untersuchung vom 24. November 2022 und zu den Ausführungen im Schreiben von Dr. med. B.\_\_\_\_ vom 2. Dezember 2022 zu äussern (A.S. 71 f.). Der Beschwerdeführer lässt am 12. Dezember 2022 eine Stellungnahme einreichen (A.S. 74 ff.). 2.10 Am 13. November 2023 ersucht der Beschwerdeführer um die Zustellung der vollständigen Gerichtsakten sowie um eine Akontozahlung nach Massgabe der beiliegenden Kostennote gleichen Datums. Im Weiteren reicht der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers seine Kostennote ein (A.S. 77 ff.). 2.11 Mit Instruktionsverfügung vom 1. Dezember 2023 werden u.a. die Anträge, es sei der

Polizeirapport über den Vorfall vom 24. November 2022 beizuziehen und es sei eine Akontozahlung auszurichten, abgewiesen (A.S. 83 f.). 2.12 Mit Eingaben vom 10. Juni sowie 23., 25. und 29. Juli 2024 lässt der Beschwerdeführer weitere Berichte des Spitals C.\_\_\_\_, Kardiologische Schwerpunktstation, vom 31. Mai 2024 und 19. Juli 2024 sowie des Spitals D.\_\_\_\_, [...], über einen stationären Aufenthalt vom 26. Juni bis 10. Juli 2024 mit einer am 28. Juni 2024 durchgeführten Operation einreichen (Beschwerdebeilagen [BB] 5-9). Diese Unterlagen werden der Beschwerdegegnerin jeweils zur Kenntnisnahme zugestellt (vgl. A.S. 86 ff.). 2.13 Mit Instruktionsverfügung vom 10. Dezember 2024 teilt das Gericht dem Beschwerdeführer mit, es werde beabsichtigt, mit der Vorladungsverfügung zur beantragten öffentlichen Schlussverhandlung das Beweisverfahren zu schliessen. Den Parteien wird Frist gesetzt, dem Gericht allfällige ergänzende Beweismittel einzureichen (A.S. 93 f.). 2.14 Mit Eingabe vom 16. Januar 2025 lässt der Beschwerdeführer folgende Anträge stellen (A.S. 96 ff.): 1. Es sei das psychiatrische Gerichtsgutachten erneut, bei einer anderen Gutachterperson als Dr. med. B.\_\_\_\_, in Auftrag zu geben, wobei davon Kenntnis zu nehmen ist, dass der Beschwerdeführer keine Tonaufnahmen wünscht. 2. Eventualiter: Es sei eine psychiatrische Fachperson mit der Beantwortung der Frage zu beauftragen, ob das Verhalten des Beschwerdeführers gegenüber Dr. med. B.\_\_\_\_ vom 24. November 2022, namentlich bezogen auf die Verweigerung der Tonaufnahmen, auf das vordiagnostizierte Krankheitsbild zurückgeführt werden könne. 3. Es sei über die Anträge gemäss Ziff. 1 und 2 hiervor eine Beweisverfügung zu erlassen. 2.15 Am 30. Januar 2025 werden die Parteien zur vom Beschwerdeführer verlangten öffentlichen Schlussverhandlung auf den 21. Mai 2025 vorgeladen, wobei den Parteien die Gerichtsbesetzung bekannt gegeben und der Beschwerdegegnerin das Erscheinen freigestellt wird. Die mit Eingabe vom 16. Januar 2025 gestellten Beweisanträge werden abgewiesen (A.S. 100 f.). Mit Verfügung vom 20. Mai 2025 (sowie gleichentags auch telefonisch und per E-Mail) wird den Parteien die geänderte Gerichtsbesetzung bekannt gegeben (A.S. 103). 2.16 Am Mittwoch, 21. Mai 2025, führt das Gericht die vorerwähnte öffentliche Schlussverhandlung durch (siehe Protokoll der Hauptverhandlung vom 21. Mai 2025; A.S. 104 ff.). Der Vertreter des Beschwerdeführers reicht eine ergänzende Kostennote ein (A.S. 107 ff.). 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 Strittig und zu prüfen ist, ob der Beschwerdeführer Anspruch auf die mit der Neuanmeldung vom 13. Mai 2019 (Eingang bei der Beschwerdegegnerin 20. Mai 2019) geltend gemachten Leistungen der Beschwerdegegnerin hat. Ein allfälliger Rentenanspruch könnte frühestens sechs Monate nach Eingang der Anmeldung, somit ab 1. November 2019, entstanden sein (Art. 29 Abs. 1 und 3 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung [IVG, SR 831.20]; vgl. IV-Nr. 74). 1.3 Am 1. Januar 2022 sind zahlreiche Änderungen des IVG und der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV, SR 831.201) in Kraft getreten. Wenn ein Anspruch vor diesem Datum entstanden ist, bleiben bei einem Versicherten, der wie der Beschwerdeführer im Jahr 1982 geboren ist, grundsätzlich auch weiterhin die bis Ende 2021 gültig gewesenen Bestimmungen massgebend (vgl. IVG, Übergangsbestimmungen zur Änderung vom 19. Juni 2020 [Weiterentwicklung der IV], lit. b Abs. 1). Nachstehend wird daher auf die Regelung Bezug genommen, welche bis Ende 2021 in Kraft war, zumal die angefochtene Verfügung vor diesem Zeitpunkt erging. 1.4 Bei der Beurteilung des Falles ist grundsätzlich auf den Sachverhalt abzustellen, der bis zum Erlass der vorliegend angefochtenen Verfügung am 10. Mai 2021 eingetreten ist

(BGE 132 V 215 E. 3.1.1 S. 220 mit Hinweisen). 2.

## E. 7

7.1 Die Beschwerdegegnerin lehnte den Anspruch des Beschwerdeführers auf eine Invalidenrente sowie berufliche Massnahmen in der Verfügung vom 10. Mai 2021 im Wesentlichen mit der Begründung ab, gemäss den medizinischen Abklärungen bestünden beim Beschwerdeführer zwar medizinische Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit; gestützt auf die RAD-Beurteilung sei jedoch von einer 80 bis 90%igen Arbeitsfähigkeit zumindest in einer angepassten Tätigkeit auszugehen (körperlich leichte bis maximal mittelschwere Arbeiten, keine Überkopfarbeiten, keine Tätigkeiten mit erhöhtem Verletzungsrisiko). Der ermittelte Invaliditätsgrad betrage 15 %. Ob die zuletzt ausgeübte Arbeit als CNC-Operator als angepasste Tätigkeit zu gelten habe, könne offengelassen werden, da so oder anders kein rentenbegründender Mindestinvaliditätsgrad von 40 % bestehe. Da sich der Beschwerdeführer nicht im oben festgestellten Ausmass arbeitsfähig fühle, seien berufliche Massnahmen nicht weiter zu prüfen. Von weiteren Beweismassnahmen könne abgesehen werden (IV-Nr. 99; A.S. 1 ff.). 7.2 Der Beschwerdeführer lässt geltend machen, die Beschwerdegegnerin habe die ihr obliegende Untersuchungspflicht nicht wahrgenommen, indem sie den medizinischen Sachverhalt nicht abgeklärt und sich auf einen nicht rechtskonformen versicherungsinternen Aktenbericht abgestützt habe. Es bestünden in verschiedener Hinsicht Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit des RAD-Berichts von Dr. med. Q.\_\_\_\_: Es bestehe kein lückenloser Befund, sodass eine blossе Aktenbeurteilung nicht zulässig sei. Zudem sei Dr. med. Q.\_\_\_\_ Facharzt für Psychiatrie und seine Aussagen zu somatischen Befunden, insbesondere den rheumatologischen und kardiologischen Diagnosen, seien deshalb für sich allein nicht verwertbar. Es obliege einer kardiologischen Fachperson, die Aortenklappenstenose und deren Auswirkungen auf die Arbeits- und Leistungsfähigkeit zu beurteilen. Bei sich überschneidenden gesundheitlichen Beeinträchtigungen sei praxisgemäss eine polydisziplinäre Begutachtung in Auftrag zu geben. Aber selbst aus isolierter psychiatrischer Sicht könne nicht auf die Beurteilung des RAD-Psychiaters abgestellt werden. Ein Abklärungsdefizit bestehe ferner, weil die Beschwerdegegnerin es unterlassen habe, eine Indikatorenprüfung gemäss BGE 141 V 281 durchzuführen. Von Dr. med. Q.\_\_\_\_ erfahre man nichts, was diese Prüfung erlauben könnte, insbesondere nichts zur Schwere der Alkoholabhängigkeit und auch nicht zu den Wechselwirkungen mit den Komorbiditäten. Sodann sei der Einkommensvergleich nicht korrekt vorgenommen worden (A.S. 3 ff.). 8. Zu prüfen sind zunächst die Rügen, welche die somatischen Aspekte betreffen. 8.1 Aus den Akten ist ersichtlich, dass der Beschwerdeführer im Referenzzeitpunkt (Verfügung vom 18. Juli 2016) an verschiedenen somatischen Beschwerden litt. Vom 5. bis 8. Januar 2016 war er auf der medizinisch-kardiologischen Schwerpunktstation des Spitals C.\_\_\_\_ hospitalisiert, wobei im Wesentlichen die Diagnosen eines Verdachts auf eine akute oder stattgehabte Aortenklappenendokarditis (Infektion der Herzinnenhaut) bei bikuspidеr Klappe sowie früher stattgehabtem Drogenkonsum (Kokain, letztmalig vor 7 Jahren), eines Status nach Otitis media rechts (Mittelohrentzündung) vom 29. Dezember 2015, eines Status nach Gastritis nach Alkoholexzess vom 25. Dezember 2015 sowie eines Status nach Panikattacken mit sekundärer Hyperventilation vom 25. Dezember 2015 gestellt wurden (IV-Nr. 29 S. 5 f.; vgl. E. II. 5.6 hiervor). Ferner hatte sich der Beschwerdeführer bei seiner zuletzt ausgeübten Tätigkeit als CNC-Maschinist bei der F.\_\_\_\_ am 2. September 2014 an seiner linken Schulter verletzt, wobei er eine Teilruptur der langen Bicepssehne erlitt, die in der Folge behandelt wurde (vgl. das Protokoll über das

Intake-Gespräch vom 20. November 2014, IV-Nr. 23 S. 2; E. II. 5.3 hiervor). Der damalige Hausarzt des Beschwerdeführers, Dr. med. G.\_\_\_\_, gab auf dem «Meldeformular für Erwachsene: (Früherfassung)» gegenüber der Beschwerdegegnerin am 11. November 2014 an, der Beschwerdeführer sei aufgrund seiner Schulterverletzung links sowie der danach eingetretenen mittelschweren depressiven Verstimmung seit dem 5. September 2014 vollständig arbeitsunfähig, wobei er vom 4. Oktober 2014 bis zum Ende des Arbeitsverhältnisses am 7. November 2014 bei der bisherigen Arbeitgeberin einen Arbeitsversuch mit einem Pensum von 50 % unternommen habe (IV-Nr. 19 S. 1; vgl. E. II. 5.2 hiervor). In seinem ärztlichen Zeugnis vom 7. März 2016 hielt der Arzt fest, der Beschwerdeführer sollte aus medizinischen Gründen nicht in einem Bereich tätig sein, wo er einer erhöhten Verletzungsgefahr ausgesetzt sei (Arbeit mit Metall und Metallbehältern sowie Metallrohmaterial). Er dürfe während der Arbeit keinem Feinstaub und keinen Lösungsmitteln ausgesetzt werden und sei aufgrund seiner Schulterverletzung links bei der Arbeit über Schulterhöhe eingeschränkt. Wegen eines Geburtsgebrechens sei er vor allem auf dem rechten Ohr extrem geräuschempfindlich und sollte keinem hochfrequenten Geräuschpegel im Arbeitsbereich ausgesetzt sein (IV-Nr. 37; vgl. E. II. 5.8 hiervor).

8.2.1 In der Neuanmeldung vom 13. Mai 2019 (Eingang bei der Beschwerdegegnerin: 20. Mai 2019) wurden die vorerwähnten, bereits bekannten Leiden aufgelistet und zudem neu auf einen Pneumothorax, eine Thoraxdrainageeinlage links sowie Schwindelanfälle und Schlaflosigkeit hingewiesen (IV-Nr. 60 S. 7). Die den Beschwerdeführer neu behandelnde Hausärztin Dr. med. O.\_\_\_\_ nannte in der von ihr erstellten «Problemliste» einen sekundären Spontanpneumothorax links mit/bei bullösem Emphysem mit ausgeprägter Einblutung, sekundär bei chronischem THC-Abusus und rezidivierendem Pneumothorax links (2002 und 2019), eine bikuspidale Aortenklappe mit mittelschwerer Stenose, einen Zustand nach einmaliger Synkope ungeklärter Ätiologie, einen Status nach Lippenkieferspalte mit insgesamt 13 Operationen, einen Status nach Konsum diverser Partydrogen zwischen dem 19. und dem 27. Lebensjahr sowie eine TF-Perforation rechts vor Jahren. Wegen der ausserdem gestellten psychiatrischen Diagnosen überwies sie den Beschwerdeführer am 7. Mai 2019 zur fachärztlichen Abklärung an die E.\_\_\_\_ (AK-Nr. 65 S. 36 ff.). Weiter stellte sie Atteste über eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % für die Zeit vom 29. April bis 15. August 2019 aus (IV-Nr. 62 und 73 S. 2 ff.). In ihrem Bericht vom 17. Februar 2020 mass sie aus somatischer Sicht den Schulterbeschwerden links und dem im Februar 2019 aufgetretenen sekundären Pneumothorax einen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit bei. Eine angepasste Tätigkeit erachtete sie im Rahmen von 6 bis 8 Stunden pro Tag für zumutbar (IV-Nr. 80; S. II. 6.10 hiervor).

8.2.2 In Bezug auf die HNO-Problematik kann gestützt auf die Stellungnahmen der Fachärzte Dr. med. K.\_\_\_\_ vom 6. Januar 2017 (E. II. 6.1 hiervor) und Dr. med. P.\_\_\_\_ vom 13. Februar 2020 (E. II. 6.9 hiervor) eine relevante Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit ebenso ausgeschlossen werden wie eine Veränderung, welche nach dem 18. Juli 2016 eingetreten wäre. Es besteht kein Anlass zu ergänzenden Abklärungen.

8.2.3 Was die Schulterbeschwerden anbelangt, ist auf den überzeugenden Bericht des behandelnden Facharztes Dr. med. I.\_\_\_\_ vom 17. März 2020 abzustellen. Danach haben die persistierenden Schulterbeschwerden nach der im Jahr 2014 erlittenen Schulterkontusion weiterhin Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit. Die Funktionseinschränkung besteht in belastungsabhängigen Schulterschmerzen vor allem bei Überkopfarbeit oberhalb Schulterhöhe. Nicht zumutbar sind namentlich repetitive Arbeiten und das Heben von Lasten über 15 kg. In einer dem Leiden angepassten Tätigkeit besteht keine Einschränkung (vgl. IV-Nr. 81; E. II. 6.11 hiervor). Auch insoweit ist eine erhebliche

Veränderung gegenüber der früheren Einschätzung (vgl. E. II. 5.3 und 5.8 hiervor) auszuschliessen (vgl. auch den Bericht von Dr. med. I. \_\_\_ vom 17. Januar 2020, wonach der Befund gegenüber demjenigen von vor fünf Jahren unverändert sei [IV-Nr. 80 S. 11; E. II. 6.8 hiervor]). Ein Bedarf nach weiteren Abklärungen ist nicht ersichtlich. 8.2.4 Vom 5. bis 8. Januar 2016 war der Beschwerdeführer wegen einer kardiologischen Symptomatik hospitalisiert. Der Austrittsbericht nannte als Diagnose den Verdacht auf eine akute oder stattgehabte Aortenklappenendokarditis bei bikuspidaler Klappe (vgl. E. II. 5.6 hiervor). Nach der Verfügung vom 18. Juli 2016 kam es am 31. Mai 2018 zu einer kardiologischen Untersuchung wegen einer Synkope, wobei sich keine Hinweise auf eine kardiale Ursache fanden (vgl. Bericht vom 7. Juni 2018, E. II. 6.2 hiervor). Auch die weitere fachärztliche Untersuchung im Dezember 2018 ergab keine weitergehenden Erkenntnisse (vgl. E. II. 6.3 hiervor). Auf der Basis dieser Aktenlage ist es nachvollziehbar, dass die Hausärztin Dr. med. O. \_\_\_ in ihrem Bericht an die Beschwerdegegnerin vom 17. Februar 2020 die bikuspidale Aortenklappe, mittelschwere Stenose, bei möglicher durchgemachter Endokarditis im Jahr 2016 als Diagnose ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit bezeichnete (IV-Nr. 80 S. 3; E. II. 6.10 hiervor). Im Verlauf des Beschwerdeverfahrens, dass sich ungewöhnlich lange hinzog, reichte der Beschwerdeführer verschiedene Berichte ein, welche sich zur weiteren Entwicklung der kardiologischen Situation äussern. Daraus geht hervor, dass er ab 23. Mai 2024 im C. \_\_\_, vom 26. Juni bis 10. Juli 2024 im D. \_\_\_ und anschliessend vom 10. bis 20. Juli 2024 erneut im C. \_\_\_ hospitalisiert war, wobei verschiedene Untersuchungen und Massnahmen durchgeführt wurden. Insbesondere erfolgte am 28. Juni 2024 aufgrund der Diagnose einer dekompensierten schweren Herzinsuffizienz bei valvulärer Kardiomyopathie mit einem kardiogenen Schock am 26. Juni 2024 ein operativer Eingriff, der einen Aortenklappenersatz mit Implantation einer mechanischen Aortenklappenprothese umfasste (vgl. zum Ganzen die Urkunden 5 – 8 des Beschwerdeführers). Für die Annahme, es sei diesbezüglich bereits während des hier zu beurteilenden Zeitraums bis zum Erlass der Verfügung vom 10. Mai 2021, also gut drei Jahre früher, zu einer erheblichen Veränderung mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit gekommen, gibt es jedoch keine hinreichenden Anhaltspunkte. 8.2.5 Wegen der vom Beschwerdeführer geklagten Atembeschwerden fanden auch pneumologische Abklärungen statt. Der Facharzt Dr. med. N. \_\_\_ gelangte in seinem Bericht vom 28. März 2019 mit überzeugender Begründung zum Ergebnis, die Atembeschwerden seien «mit Sicherheit» auf die psychische Problematik zurückzuführen (vgl. E. II. 6.5 hiervor). Gestützt davon ist vom Fehlen einer somatischen Ursache auszugehen, zumal keine gegenteiligen ärztlichen Aussagen aktenkundig ist. 8.2.6 Zusammenfassend ist die Entwicklung des somatischen Gesundheitszustandes in der Zeit bis zum Erlass der Verfügung vom 10. Mai 2021 durch die vorhandenen Akten mit hinreichender Zuverlässigkeit geklärt. Eine erhebliche Veränderung des Gesundheitszustands ist diesbezüglich nicht ausgewiesen. Die Erwägungen der Beschwerdegegnerin zu den somatischen Aspekten sind zu bestätigen. Immerhin bestehen aufgrund der im Beschwerdeverfahren eingereichten Unterlagen Hinweise auf eine mögliche erhebliche Veränderung in kardiologischer Hinsicht, welche nach der angefochtenen Verfügung eingetreten sein könnte. Für das vorliegende Beschwerdeverfahren hat dies jedoch keine Konsequenzen. 9. Umstritten ist weiter der psychiatrische Aspekt. 9.1 Eine psychisch bedingte Beeinträchtigung stand bereits vor dem Erlass der Verfügung vom 18. Juli 2016 zur Diskussion. Im Bericht der E. \_\_\_ vom 7. Oktober 2014 wurden eine Anpassungsstörung mit vorwiegender Beeinträchtigung von anderen Gefühlen (ICD-10 F43.23) in Verbindung mit Problemen bei der Berufstätigkeit

(ICD-10 Z56), perfektionistische sowie emotional-instabile Persönlichkeitszüge (ICD-10 Z73.1) sowie ein Verdacht auf einen schädlichen THC-Konsum (ICD-10 F12.1) bei Status nach polyvalenter Substanzabhängigkeit (ICD-10 F19.20) vom 19. bis 27. Lebensjahr diagnostiziert (IV-Nr. 67.32; vgl. E. II. 5.1 hiervor). Auch die Berichte des Spitals C. \_\_\_ vom 26. und 30. Dezember 2015 sowie 18. Januar 2016 nennen als eine von mehreren Hauptdiagnosen einen Status nach Panikattacken mit sekundärer Hyperventilation am 25. Dezember 2015 (IV-Nr. 29 S. 2 ff., E. II. 5.4-5.6); die Berichte stammen allerdings von Ärzten aus anderen Fachdisziplinen. 9.2 Zur weiteren Entwicklung lässt sich den Akten insbesondere Folgendes entnehmen: Die Hausärztin Dr. med. O. \_\_\_ nannte in der von ihr erstellten «Problemliste» eine Angststörung mit Panikattacke (19.02.2019) mit zunehmender Aggressivität und fraglicher Fremdgefährdung. Sodann überwies sie den Beschwerdeführer am 7. Mai 2019 zur fachärztlichen Abklärung an die E. \_\_\_ (IV-Nr. 65 S. 36). Diese diagnostizierten in ihrem ersten Bericht vom 6. August 2019 insbesondere eine schwergradige depressive Episode mit somatischem Syndrom (vgl. E. II. 6.6 hiervor). Laut dem zweiten Bericht vom 11. Dezember 2019 war in der Zwischenzeit eine Besserung der Situation erreicht worden. Die Diagnosen lauteten nun «mittelgradige depressive Episode mit somatischem Syndrom (F32.11)», «psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen: schädlicher Gebrauch von Alkohol (F10.1)» sowie «akzentuierte Persönlichkeitszüge, emotional instabil und zwanghaft (Z73)» und weitere sogenannte Z-Kodierungen. Weiter wurde eine positive Prognose zur Arbeitsfähigkeit gestellt für den Fall, dass der Beschwerdeführer die Behandlungstermine wahrnehme und seinen Alkoholkonsum kontrolliere (vgl. E. II. 6.7 hiervor). Die Hausärztin beurteilte den psychischen Zustand des Beschwerdeführers in ihrem Bericht vom 17. Februar 2020 tendenziell ungünstiger und sprach wieder von einer Angststörung mit Panikattacken sowie einer schwergradigen depressiven Episode mit somatischen Symptomen (vgl. E. II. 6.10). Auch der den Beschwerdeführer ab November 2020 behandelnde Psychiater Dr. med. R. \_\_\_ äusserte sich in seinem durch das Gericht eingeholten Bericht vom 31. Januar 2022 eher pessimistisch. Er betonte insbesondere die Panikstörung und erwähnte weiterhin eine rezidivierende depressive Störung (gegenwärtig mittelgradige Episode in Teilremission). Ausserdem diagnostizierte er eine Zwangsstörung und – im Gegensatz zu den Vorberichten, welche lediglich von akzentuierten Persönlichkeitszügen ausgegangen waren – eine Persönlichkeitsstörung vom impulsiven Typ (vgl. A.S. 46 f.). Der Bericht wurde zwar mehr als acht Monate nach der angefochtenen Verfügung vom

## **E. 10**

Mai 2021 erstattet. Da die Behandlung bei Dr. med. R. \_\_\_ im November 2020 aufgenommen worden war, könnte er aber Hinweise auf die Situation während des hier zu beurteilenden Zeitraums liefern. Eine hinreichende Grundlage für die abschliessende Anspruchsbeurteilung bildet dieser Bericht jedoch nicht. Dasselbe gilt für die übrigen Akten. Der Hinweis in der Stellungnahme des (fachlich qualifizierten) RAD-Arztes Dr. med. Q. \_\_\_ vom 27. April 2020, wonach die (damals) behandelnden Psychiater die psychischen Probleme des Beschwerdeführers als unter fortgesetzter Therapie überwindbar beurteilt hätten, ist zwar korrekt; diese Feststellung lässt aber nicht ohne weiteres den Schluss zu, die erhoffte positive Entwicklung sei in der Folge auch eingetreten. Daher liess und lässt sich nicht mit der für eine antizipierte Beweiswürdigung erforderlichen Zuverlässigkeit beurteilen, ob sich der psychische Gesundheitszustand des Beschwerdeführers in der Zeit vom Erlass der Verfügung vom 18. Juli 2016 bis zum 10. Mai 2021 in einer für den Anspruch erheblichen Weise verändert hat. Aus diesem Grund

sah sich das Versicherungsgericht veranlasst, ein psychiatrisches Gerichtsgutachten einzuholen. 9.3 Mit der Instruktionsverfügung vom 18. Mai 2022 wurde den Parteien dementsprechend mitgeteilt, nach einer vorläufigen, unpräjudiziellen Einschätzung liessen die vorhandenen Unterlagen eine zuverlässige Anspruchsbeurteilung nicht zu. Es werde daher ein gerichtliches psychiatrisches Gutachten eingeholt (A.S. 49 ff.). Nachdem der Beschwerdeführer erklärt hatte, er lehne den vorgesehenen Gutachter Dr. med. B.\_\_\_\_ ab (Schreiben vom 8. Juni 2022, A.S. 53 ff.), hielt der Instruktionsrichter mit prozessleitender Verfügung vom 21. September 2022 an der Person des Gutachters fest (A.S. 60 ff.). Die Begutachtung kam jedoch in der Folge nicht zustande. Dem Bericht von Dr. med. B.\_\_\_\_ vom 24. November 2022 kann entnommen werden, dass der Beschwerdeführer zum gleichentags vorgesehenen Untersuchungstermin vom 24. November 2022 zwar erschien, die Begutachtung jedoch nicht durchgeführt werden konnte. Zu prüfen sind die Gründe und die Konsequenzen des Abbruchs der Untersuchung. 9.4 Der Gutachter und der Beschwerdeführer äussern sich wie folgt: 9.4.1 Der Gutachter hält in seinem Bericht vom 24. November 2022 fest, der Beschwerdeführer habe sich geweigert, eine Tonaufnahme zur Dokumentation mitlaufen zu lassen. Er habe auch die Bestätigung der formellen Angaben zu Person, Datum und Uhrzeit verweigert und erklärt, er werde nichts sagen, solange die Aufzeichnung laufe. Der Beschwerdeführer sei informiert worden, dass er innert zehntägiger Frist die Gelegenheit habe, die Löschung beim Gericht zu verlangen. Daraufhin sei die Situation eskaliert. Der Beschwerdeführer habe den Gutachter als Lügner beschimpft, er habe versucht, den Schreibtisch des Sachverständigen umzuwerfen, habe das Aufnahmegerät an sich genommen und versucht, die Untersuchungsräume zu verlassen. Nach der mehrfachen Aufforderung, das Gerät zurückzugeben, habe der Beschwerdeführer dem Gutachter mit Schlägen «auf die Schnorre» gedroht, habe den Sachverständigen auf den Unterarm geschlagen und sei zum vor der Praxis parkierten Auto gelaufen. Die auf ihn dort wartende Begleitung sei jedoch nicht weggefahren, sondern habe mit dem Beschwerdeführer auf die inzwischen alarmierte Polizei gewartet. Diese habe den Sachverhalt aufgenommen und der Gutachter habe das Aufnahmegerät unbeschädigt zurückerhalten (A.S. 69 f.). 9.4.2 Der Beschwerdeführer schildert den Sachverhalt in seiner Stellungnahme vom 12. Dezember 2022 so, dass ihn der Gutachter am Arm gegriffen habe, um ihn daran zu hindern, die Tonaufnahme zu sichern, was Schmerzen verursacht habe. All dies sei ausserdem erst geschehen, nachdem Dr. med. B.\_\_\_\_ dem Beschwerdeführer «arrogant» gesagt habe, «die Sitzung ist beendet, verlassen Sie die Räume» und beim Beschwerdeführer den Eindruck erweckt habe, er werde beim Gericht kommunizieren, der Beschwerdeführer sei gar nicht erschienen. Weiter habe der Beschwerdeführer gegenüber seinem Vertreter erklärt, er könne keinerlei Ton- oder Videoaufnahmen tolerieren, zumal er befürchte, dass alles zu seinem Nachteil zusammengeschnitten werde. Die Verfügung des Versicherungsgerichts vom 21. September 2022, in der die Tonaufnahmen thematisiert wurden, habe er offenbar gar nicht begriffen (A.S. 74 ff.). In der Eingabe vom 16. Januar 2025 lässt der Beschwerdeführer darlegen, es könne nicht auf eine verschuldete Verletzung der Mitwirkungspflicht geschlossen werden. Aufgrund der vordiagnostizierten Störungsbilder könne nachvollzogen werden, dass er aufgrund der Tonaufnahmen in einen Streit mit dem Gutachter gelangt sei. Es wäre daher angemessen, eine neue Begutachtung bei einem anderen Gutachter und ohne Tonaufnahmen anzuordnen. Es sei auch zu beachten, dass er weder gemahnt noch auf die Rechtsfolgen einer verschuldeten Mitwirkungsverletzung hingewiesen worden sei. Ein Mahn- und Bedenkzeitverfahren sei auch im gerichtlichen Kontext zwingend durchzuführen (A.S. 96 ff.). Im Parteivortrag

anlässlich der öffentlichen Verhandlung vom 21. Mai 2025 bekräftigte der Vertreter des Beschwerdeführers diese Argumentation. Er hielt namentlich fest, es sei zu einer Auseinandersetzung mit dem Gutachter gekommen, weil dieser die Tonaufnahme nicht abgestellt habe. Die Auseinandersetzung habe zum Abbruch der Begutachtung geführt. Es liege keine unentschuld bare Mitwirkungsverletzung vor. Der Beschwerdeführer habe die in der Instruk tionsverfügung vom 21. September 2022 enthaltenen Hinweise betreffend Tonaufnahmen nicht verstanden, er habe sie auch gar nicht gelesen. Es sei auch kein Mahn- und Bedenkzeitverfahren durchgeführt worden, das zu einer Sanktionierung führen könnte. Es sei entweder eine erneute Begutachtung durchzuführen oder dann ein Gutachten zur Frage einzuholen, ob das Verhalten des Beschwerdeführers gegenüber Dr. med. B.\_\_\_\_ vom 24. November 2022 auf das vordiagnostizierte Krankheitsbild zurückgeführt werden könne. Im Übrigen sei ohnehin eine polydisziplinäre Untersuchung erforderlich, ein psychiatrisches Gutachten genüge nicht (A.S. 104 ff.).

9.5 9.5.1 Aus der Tonaufnahme ergibt sich im Wesentlichen der folgende Ablauf der Begutachtung vom 24. November 2022: Der Gutachter Dr. med. B.\_\_\_\_ stellte zunächst fest, dass das Aufnahme gerät laufe, stellte sich vor und erläuterte die Ausgangslage sowie seinen Auftrag. Er fuhr fort mit «Sie sind Herr ...» und liess eine Pause folgen, offensichtlich darauf wartend, dass der Beschwerdeführer seinen Namen angebe, was dieser jedoch nicht tat, so dass der Gutachter nach einer Pause selbst den Namen nannte, wobei der Beschwerdeführer diesen mit «Mhm» bestätigte. Der Gutachter nannte sodann die Adresse des Beschwerdeführers und versuchte mit «[Sie] sind geboren am» mit anschliessender Pause wiederum, eine Äusserung des Beschwerdeführers zu erlangen. Als diese ausblieb, formulierte er eine entsprechende Bitte. Der Beschwerdeführer forderte stattdessen den Gutachter auf, das Tonaufnahme gerät abzustellen, sonst werde er nichts sagen, und bestätigte dies anschliessend (Aufnahme ab 01:10). Daraufhin nannte der Gutachter selbst das Geburtsdatum des Beschwerdeführers und stellte Datum und Uhrzeit fest. Der Beschwerdeführer bestätigte mit «Ja», dass die Angaben richtig seien. Anschliessend erläuterte ihm Dr. med. B.\_\_\_\_ die Ausgangslage zu den Tonaufnahmen, namentlich deren Zweck und dass diese durch das Gericht angeordnet worden seien. Weiter wies er den Beschwerdeführer auf die gerichtliche Verfügung vom 21. September 2022 hin und legte ihm diese vor. Der Beschwerdeführer entgegnete, man müsse ihm nicht sagen, dass man da in einem Raum sei, wenn dann doch aufgenommen werde, dann könnten ja gleich alle dabei sein, wenn man schon von Transparenz spreche. Der Gutachter hielt fest, wenn der Beschwerdeführer nicht mit der Tonaufnahme einverstanden sei, dann hätte er dies gegenüber dem Gericht erklären müssen, eine Erklärung gegenüber ihm, dem Gutachter, reiche nicht. Der Beschwerdeführer antwortete darauf (Aufnahme ab 04:00): «Ich muss gar niemandem etwas erklären, ich muss nur ab und zu jemandem 'eis i d Schnorre ine houé', und jetzt treibt man mich jetzt dann langsam dazu, vor allem auf Deutsche habe ich es sehr abgesehen». Nach einer Pause fuhr er fort: «Man muss aufpassen, was man mit mir macht, weil sonst mache ich mit anderen Leuten etwas». Der Gutachter erklärte daraufhin ruhig: «Also wissen Sie, auf dieser Basis können wir uns schlecht unterhalten. Das bringt nicht viel ...». Der Beschwerdeführer unterbrach ihn mit den Worten «so oder so bringt es mit Ihnen nicht viel, so ein Lügner wie Sie sind, da bringt es mit Ihnen nicht viel, so oder so nicht». Als der Gutachter erklärte, er verstehe nicht, warum ihn der Beschwerdeführer als Lügner bezeichne, behauptete dieser, der Gutachter habe wahrheitswidrig behauptet, er habe ihn schon einmal untersucht, was aber nicht wahr sei, da man sich zum ersten Mal sehe. Dr. med. B.\_\_\_\_ hielt daraufhin fest, er habe den Beschwerdeführer noch nie untersucht und kenne ihn nicht. Weiter sagte der

Gutachter: «Wir können das auch an dieser Stelle beenden, dann gebe ich den Gutachtensauftrag an das Gericht zurück. Ich finde es problematisch, wenn Sie hier sagen, Sie sind mit einer Begutachtung durch mich nicht einverstanden, Sie bezeichnen mich als Lügner und Sie möchten keine Tonaufnahme, haben aber weder dem Gericht gegenüber noch über Ihren Prozessbevollmächtigten Herrn Wyssmann erklärt, dass Sie auf eine Tonaufnahme verzichten.» Nach einer längeren Pause nannte der Gutachter als weiteres Problem, dass er einen Ausweis des Beschwerdeführers sehen müsste, um sich vergewissern zu können, dass die anwesende Person wirklich der Beschwerdeführer sei. Der Beschwerdeführer erklärte, er habe keinen Ausweis irgendwelcher Art bei sich. Der Gutachter sagte daraufhin, er könnte darauf zunächst einmal verzichten. Der Beschwerdeführer beharrte in der Folge darauf, dass er sich ausweisen müsste und eine Begutachtung nicht möglich sei, wenn er sich nicht ausweise, und erklärte, dann könne man ja hier abrechnen (Tonaufnahmen ab 07:10). Der Gutachter antwortete, er gehe davon aus, dass ihn der Beschwerdeführer nicht belüge, er sei kein Detektiv, er sei Psychiater, worauf der Beschwerdeführer antwortete «das ist ein 'huere Gwäsch' von Ihnen» (Tonaufnahme 07:40). Der Gutachter fragte, wie man jetzt mit der Tonaufnahme verfahren wolle, und fügte bei, der Beschwerdeführer habe im Anschluss an das Gespräch die Möglichkeit, innerhalb von 10 Tagen nach dem Gespräch dem Gericht zu erklären, dass die Aufnahme gelöscht und vernichtet werden solle. Der Beschwerdeführer antwortete: «Die wird jetzt schon vernichtet und gelöscht», worauf der Gutachter entgegnete: «Sicherlich nicht». Es folgt ein Geräusch, das auf einen Vorgang hinweist, der sich mit der Schilderung des Gutachters – der Beschwerdeführer sei handgreiflich geworden, habe versucht, den Schreibtisch umzuwerfen, und habe das Aufnahmegerät an sich genommen – vereinbaren lässt. Gleichzeitig sagte der Beschwerdeführer: «Jetzt muesch ufpass, he», worauf der Gutachter erklärte, damit sei die Sitzung jetzt, an dieser Stelle, beendet und den Beschwerdeführer bat, die Räume zu verlassen. Damit endet die Tonaufnahme. 9.5.2 Aus dem geschilderten, durch die Tonaufnahmen belegten Ablauf ergibt sich ohne weiteres, dass die sinngemässe Darstellung des Beschwerdeführers in der Stellungnahme vom 12. Dezember 2022, das Gespräch sei erst dann aus dem Ruder gelaufen, als ihm Dr. med. B. \_\_\_ «arrogant» gesagt habe, «die Sitzung ist beendet, verlassen Sie die Räume», unzutreffend ist. Umgekehrt wird aus den Tonaufnahmen deutlich, dass sich der Gutachter Dr. med. B. \_\_\_ jederzeit korrekt verhielt. Er begegnete dem Beschwerdeführer in freundlicher, angemessener Weise und blieb während der gesamten Diskussion ruhig. Seine Erläuterungen zu den Tonaufnahmen waren in allen Teilen zutreffend und entsprachen der richterlichen Instruktionsverfügung vom 21. September 2022 (A.S. 60 ff.). Darin wurde der Beschwerdeführer darauf hingewiesen, dass das gutachterliche Untersuchungsgespräch aus Transparenzgründen in Form von Tonaufnahmen aufgenommen werde (Ziffer 8.), dass er mittels einer schriftlichen Erklärung gegenüber dem Versicherungsgericht vor der Begutachtung auf die Tonaufnahme verzichten sowie bis 10 Tage nach dem «Interview» deren Vernichtung beantragen könne (Ziffer 8.1) sowie dass das Gericht im Einverständnis mit ihm die Tonaufnahme vernichten könne, sobald der darauf basierende Entscheid rechtskräftig geworden sei (Ziffer 8.2). Der Gutachter wies den Beschwerdeführer auf diese Regelung hin und hielt sich daran. Wenn der Beschwerdeführer in seiner Stellungnahme vom 16. Januar 2025 ausführt, der Gutachter hätte mit dem Versicherungsgericht Kontakt aufnehmen müssen, um dem Beschwerdeführer die Gelegenheit zu bieten, ad hoc gegenüber dem Gericht den Verzicht auf die Tonaufnahmen zu erklären (vgl. A.S. 98), kann dem nicht gefolgt werden, denn nach dem unmissverständlichen Wortlaut der

Verfügung vom 21. September 2022, welche inhaltlich dem für das Verwaltungsverfahren geltenden Art. 7k Abs. 2 ATSV entspricht, wäre ein Verzicht schriftlich zu erklären gewesen. Einer anderen Regelung, wie etwa einem mündlich erklärten Verzicht, hätte auch das Gericht nicht zustimmen können, zumal – wie sich in anderen Fällen zeigt – je nach Ergebnis eine hohe Wahrscheinlichkeit besteht, dass später gerügt wird, es lägen keine Tonaufnahmen vor, obwohl nicht in formell korrekter Form auf diese verzichtet worden sei, und das Gutachten sei aus diesem Grund nicht verwertbar. Das vorliegende Verfahren zeigt im Übrigen den Wert von Tonaufnahmen exemplarisch auf, denn gestützt darauf lässt sich beurteilen, welche der deutlich auseinandergehenden Darstellungen der Direktbeteiligten zutrifft. Dass der Gutachter die Untersuchung abbrach, nachdem ihn der Beschwerdeführer schon kurz nach Beginn des Gesprächs unter Bezugnahme auf seine Staatsangehörigkeit mit körperlicher Gewalt («auf die Schnorre hauen») bedroht, ihn im weiteren Verlauf mit absurder Begründung als Lügner betitelt, seine Worte als «huere Gwäsch» bezeichnet und zum Schluss mit «jetz muesch ufpass, he!» nochmals eine unmissverständliche Drohung ausgestossen hatte, lässt sich in keiner Weise beanstanden. Die Durchführung einer beweiskräftigen gutachterlichen Exploration wäre in dieser Situation offensichtlich nicht mehr möglich gewesen.

9.5.3 Das durch die Tonaufnahmen dokumentierte Verhalten des Beschwerdeführers gegenüber dem Gutachter war nicht nur unkooperativ, sondern darüber hinaus ausserordentlich aggressiv, geprägt von üblen Drohungen und der offensichtlich haltlosen Behauptung, der Gutachter sei ein Lügner. Damit verunmöglichte er die Durchführung der Exploration, welche die Grundlage für das psychiatrische Gutachten bilden sollte. Darin liegt eine gravierende Verletzung der Mitwirkungspflicht.

9.6 Zu prüfen ist weiter, ob von einer schuldhaften Verletzung der Mitwirkungspflicht auszugehen ist.

9.6.1 Der Beschwerdeführer führt zunächst aus, er habe keine Tonaufnahmen gewollt. Die diesbezüglichen Passagen in der richterlichen Verfügung vom 21. September 2022, welche aufzeigen, wie er hätte vorgehen müssen, um gültig den Verzicht auf Tonaufnahme zu erklären, habe er «offenbar gar nicht begriffen» (so die Darstellung in der Stellungnahme vom 12. Dezember 2022, A.S. 75 f.) respektive «gar nicht gelesen» (so die Ausführungen im Parteivortrag, vgl. A.S. 105). In der richterlichen Instruktionsverfügung vom 21. September 2022, Ziffer 8 (A.S. 62), wird festgehalten, dass Tonaufnahmen des Untersuchungsgesprächs erstellt werden, der Beschwerdeführer aber mittels einer schriftlichen Erklärung gegenüber dem Versicherungsgericht vor der Begutachtung erklären kann, er verzichte auf eine Tonaufnahme (vgl. auch E. II. 9.5.2 hiervor). Dass diese einfache Formulierung für den Beschwerdeführer, der (schweizer-)deutscher Muttersprache ist, die Primar- und Sekundarschule besuchte, eine Lehre abschloss und über Jahre hinweg in durchaus anspruchsvollen Tätigkeiten berufstätig war, unverständlich gewesen sein sollte, lässt sich nicht nachvollziehen und muss als vollkommen unglaublich bezeichnet werden. Auch die bei ihm im Lauf der Zeit gestellten psychiatrischen Diagnosen lassen nicht darauf schliessen, dass er unfähig wäre, einen einfachen Text zu verstehen; insbesondere wurden zu keinem Zeitpunkt kognitive Beeinträchtigungen erwähnt. Falls er dagegen, wie im Parteivortrag geltend gemacht wurde, die Verfügung oder zumindest die zitierte Passage gar nicht gelesen haben sollte – was schon eher als möglich erscheint –, könnte dies nicht als Entschuldigungsgrund akzeptiert werden. Vielmehr wäre ihm dieses Verhalten seinerseits als Verschulden anzurechnen.

9.6.2 Der Beschwerdeführer lässt weiter vorbringen, aufgrund der vordiagnostizierten Störungsbilder könne nachvollzogen werden, dass er wegen der für ihn nicht infrage kommenden Tonaufnahmen in einen Streit mit dem Gutachter gelangt sei. In seiner Vorstellung sei er berechtigt gewesen, die

Tonaufnahmen ad hoc abzulehnen. Er habe denn auch gleich zu Beginn mehrmals zu Dr. med. B. \_\_\_ gesagt, er müsse abstellen, sonst sage er nichts. Damit, dass der Gutachter keine Anstalten gemacht habe, die Begutachtung ohne Tonaufnahmen fortzusetzen, habe er nicht umgehen können (vgl. Eingabe vom 16. Januar 2025 S. 3, A.S. 98, sowie die entsprechenden Ausführungen im Parteivortrag). Daher sei von einer unverschuldeten Mitwirkungsverweigerung auszugehen oder es müsse, falls das Gericht dies nicht als hinreichend erstellt betrachtet, zu dieser Frage ein Gutachten eingeholt werden. Dieser Argumentation kann bereits im Ausgangspunkt nicht gefolgt werden. Wie bereits dargelegt, war der Beschwerdeführer ohne Zweifel in der Lage, die Verfügung vom 21. September 2022 und die darin enthaltenen Ausführungen zum Vorgehen bei Ablehnung von Tonaufnahmen zu verstehen. Ihm musste deshalb klar sein, dass keine Möglichkeit bestand, ad hoc, zu Beginn der Begutachtung, die Ablehnung zu erklären. Folglich konnte der in angemessenem, freundlichem Ton erfolgte Hinweis des Gutachters auf die in der Verfügung enthaltene Regelung von vornherein kein besonderes, störungsbedingtes Verhalten auslösen. Vielmehr ist entweder von einem bewussten Verhalten auszugehen, welches dem Ziel diene, die Begutachtung zu verunmöglichen, oder dann von einem bewussten Verzicht darauf, den Inhalt der Verfügung vom 21. September 2022 zur Kenntnis zu nehmen. In beiden Varianten liegt eine verschuldete Mitwirkungsverweigerung vor. Selbst wenn man, entgegen dem Gesagten, davon ausgehen wollte, der Beschwerdeführer habe den Inhalt der Verfügung vom 21. September 2022, Ziffer 8, nicht zur Kenntnis genommen und aus diesem Umstand folge noch nicht, dass die Mitwirkungsverweigerung verschuldet sei, ergäbe sich kein anderes Resultat: Die in jüngerer Zeit erstatteten medizinischen Stellungnahmen aus der psychiatrischen Fachrichtung nennen als Diagnosen eine mittelgradige Episode, psychische und Verhaltensstörungen durch schädlichen Gebrauch von Alkohol sowie, im Sinne einer Z-Kodierung, akzentuierte Persönlichkeitszüge, emotional instabil und zwanghaft (vgl. E. II. 6.7 hiervor), respektive eine Panikstörung, eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige depressive Episode in Teilremission, eine Zwangsstörung sowie eine emotional instabile Persönlichkeitsstörung vom impulsiven Typ (vgl. E. II. 6.16 hiervor). Einzig die letztgenannte Diagnose könnte allenfalls geeignet sein, eine unangemessene Reaktion auf einen «Reiz» zu erklären. Dies gilt jedoch nicht für die hier zur Diskussion stehende Situation: Erstens gab der Gutachter, der sich immer korrekt verhielt und ihm den Sachverhalt ruhig und in einfachen Worten erklärte, dem Beschwerdeführer keinen Anlass für eine Reaktion. Zweitens zeigte der Beschwerdeführer von allem Anfang an eine unkooperative Haltung. Drittens enthält sein Verhalten Elemente, welche sich schlicht nicht mit einer der diagnostizierten psychischen Störungen erklären lassen, wie namentlich die «nationalitätsbezogene» Drohung gegen den Gutachter oder auch die offenkundig haltlose Behauptung, dieser sei ein Lügner. Viertens schliesslich lässt sich das Verhalten des Beschwerdeführers, welches sich kontinuierlich der Entwicklung der Situation anpasste, auch gar nicht als unkontrollierte Impulsreaktion bezeichnen, wie sie bei einer Persönlichkeitsstörung dieser Art vorkommen kann. Vielmehr vermittelt das Vorgehen während der gesamten Untersuchung den Eindruck einer planmässigen und gezielten Bedrohung, Abwertung und Beleidigung des Experten, welche dem Ziel diene, die Begutachtung zu verhindern bzw. «platzen» zu lassen und damit den Gutachter doch noch loszuwerden, nachdem zuvor das gegen diesen gestellte Ausstandsgesuch abgelehnt worden war. Für diese Interpretation spricht auch das schon fast triumphierende Beharren des Beschwerdeführers auf einem Abbruch der Untersuchung, nachdem der Gutachter

gesagt hatte, er müsste eigentlich einen Ausweis sehen, und der Beschwerdeführer angegeben hatte, er habe nichts dergleichen bei sich (vgl. E. II. 9.5.1 hiavor; Tonaufnahmen ab 07:10). 9.6.3 Zusammenfassend ist davon auszugehen, dass sich der Beschwerdeführer durch sein Verhalten eine Art «Vetorecht» verschaffen und den Gutachter, nachdem zuvor das gegen diesen gerichtete Ausstandsgesuch abgelehnt worden war, auf diese Weise «loswerden» wollte. Zu diesem Zweck sabotierte er die Untersuchung und verhielt sich gleichzeitig so, dass es dem Experten unmöglich sein würde, sich für eine künftige, neue Untersuchung als unvoreingenommen zu bezeichnen. Die Rechtsprechung hat es jedoch seit jeher, auch bezogen auf das Verwaltungsverfahren, abgelehnt, der versicherten Person ein derartiges Vetorecht einzuräumen (vgl. BGE 139 V 349 E. 5.2.1 S. 354). Es muss von einer schuldhaften Verletzung der Mitwirkungspflicht gesprochen werden, welche schwer wiegt und die Abklärung des relevanten medizinischen Sachverhalts in Bezug auf die psychiatrischen Aspekte verunmöglicht hat. 9.7 Zu prüfen bleiben die Rechtsfolgen der festgestellten Mitwirkungsverweigerung. 9.7.1 In der richterlichen Instruktionsverfügung vom 21. September 2022, Ziffer 6, wurde der Beschwerdeführer auf seine Pflicht hingewiesen, zum Begutachtungstermin zu erscheinen und sich der Untersuchung zu unterziehen respektive sich bei triftigen Hinderungsgründen rechtzeitig und mit den erforderlichen Belegen abzumelden. Weiter wurde festgehalten, dass das Gericht im Unterlassungsfall aufgrund der Akten entscheiden könne, «wobei es die Verletzung der Mitwirkungspflicht bei der Beweiswürdigung und der Verteilung der Beweislast berücksichtigt». Es stellt sich somit die Frage, ob im Sinne dieser Ankündigung ein Entscheid aufgrund der Akten zu fällen ist. 9.7.2 Der Beschwerdeführer macht geltend, eine Mitwirkungsverletzung könne, selbst wenn sie nicht als unverschuldet anzusehen sei, nicht direkt zu einem Aktenentscheid führen. Vielmehr sei auch im gerichtlichen Kontext zunächst, analog zu Art. 43 Abs. 3 ATSG, eine Mahn- und Bedenkzeitverfahren durchzuführen. Dies bedeute für den vorliegenden Fall, dass eine weitere Begutachtung bei einem anderen Gutachter anzuordnen sei, wobei auf Tonaufnahmen zu verzichten und dem Beschwerdeführer allenfalls aufzutragen sei, sich durch eine geeignete Person (z.B. des Sozialdienstes) begleiten zu lassen. 9.7.3 Das Versicherungsgericht stellt unter Mitwirkung der Parteien die für den Entscheid erheblichen Tatsachen fest; es erhebt die notwendigen Beweise und ist in der Beweiswürdigung frei (Art. 61 lit. c ATSG). Eine Verletzung der Mitwirkungspflicht zieht Folgen nach sich, die bei der Auferlegung der entsprechenden Pflicht zu nennen sind (Miriam Lendfers, in: Kieser/Kradolfer/Lendfers [Hrsg.], Kommentar zum ATSG, 5. Auflage 2024, Art. 61 N 101). Nach der Rechtsprechung besteht die Folge regelmässig darin, dass das Gericht aufgrund der vorliegenden Beweise entscheidet (Susanne Bollinger, Basler Kommentar zum ATSG, 2. Auflage 2024, Art. 61 N 27; Lendfers, a.a.O., Art. 61 N 105). Es ist demnach in der Regel direkt ein Entscheid aufgrund der Akten zu fällen, jedenfalls wenn dies (wie hier mit der prozessleitenden Verfügung vom 21. September 2022) für diesen Fall angekündigt worden war und die Verletzung der Mitwirkungspflicht nicht leicht wiegt. Bricht ein Beschwerdeführer eine gerichtlich angeordnete Begutachtung freiwillig und nicht gesundheitlich bedingt ab, so würde die Anordnung eines weiteren Gerichtsgutachtens den Untersuchungsgrundsatz von Art. 61 lit. c ATSG sprengen (Urteil des Bundesgerichts 8C\_65/2023 vom 2. Mai 2023 E. 5.2 mit Hinweis auf die Urteile 8C\_199/2013 vom 30. Juli 2013 E. 3.3 und 8C\_668/2012 vom 26. Februar 2013 E. 6.,2; Lendfers, a.a.O., Art. 61 N 105). Nicht anders kann es sich verhalten, wenn die Untersuchung durch den Versicherten verunmöglicht und deshalb durch den Gutachter abgebrochen wird. Die vom Beschwerdeführer postulierte Analogie

zum Verwaltungsverfahren und zu Art. 43 Abs. 3 ATSG besteht demnach nicht. Anzuführen bleibt, dass selbst die Anwendung dieser Norm in der hier gegebenen Konstellation zu keinem anderen Ergebnis führen würde, denn die Erfüllung des in Art. 43 Abs. 3 ATSG umschriebenen Sachverhalts der Missachtung der Mitwirkungspflichten setzt nicht voraus, dass die Verwaltung eine konkrete Verweigerungshandlung der versicherten Person abwartet und dieser alsdann mit Blick auf eine neuerliche Begutachtung in allen Einzelheiten vorschreibt, wie sie sich zu verhalten hat (Urteil des Bundesgerichts 9C\_383/2021 vom 23. November 2021 E. 4.2).

9.7.4 Anzuführen bleibt, dass die vom Beschwerdeführer vertretene gegenteilige Ansicht zu Ergebnissen führen würde, welche nicht zu befriedigen vermögen. Eine versicherte Person hätte es in der Hand, einen ihr nicht genehmen Gutachter quasi «auszuschalten», indem sie, wie hier der Beschwerdeführer, zwar zur Untersuchung erscheint, diese aber in der Folge derart sabotiert, dass der Gutachter für eine neue Begutachtung nicht mehr infrage kommt, weil er nicht mehr als unbefangen gelten kann.

9.7.5 Nach dem Gesagten ist von der erneuten Anordnung einer psychiatrischen Begutachtung abzusehen. Stattdessen ist ein Entscheid aufgrund der Akten zu fällen.

10. Wie dargelegt, ist eine erhebliche Veränderung des Gesundheitszustands in somatischer Hinsicht zu verneinen (vgl. E. II. 8 hiavor). Ob sich der psychische Gesundheitszustand des Beschwerdeführers in der Zeit vom Erlass der Verfügung vom 18. Juli 2016 bis zum 10. Mai 2021 in einer für den Anspruch erheblichen Weise verändert hat, lässt sich gestützt auf die vorhandenen Akten nicht mit hinreichender Zuverlässigkeit beurteilen (vgl. E. II. 9.2 hiavor). Damit liegt in diesem Punkt Beweislosigkeit vor. Diese muss sich in der gegebenen Konstellation zulasten des Beschwerdeführers auswirken (vgl. das bereits zitierte Urteil des Bundesgerichts 8C\_65/2023 vom 2. Mai 2023 E. 5.2). Eine Veränderung ist daher auch in dieser Hinsicht zu verneinen. Andere Aspekte und Entwicklungen, welche einen Revisionsgrund im Sinne des (auf Neuanmeldungen analog anwendbaren; E. II. 3.2 hiavor) Art. 17 Abs. 1 ATSG bilden könnten, sind nicht ersichtlich. Die angefochtene Verfügung ist daher zu bestätigen und die Beschwerde ist abzuweisen.

11. Wie dargelegt, hat das Gericht im vorliegenden Beschwerdeverfahren nur den Sachverhalt zu beurteilen, der sich bis zum Erlass der Verfügung vom 10. Mai 2021 entwickelt hat. Im Lauf des Verfahrens liess der Beschwerdeführer eine Reihe von Dokumenten einreichen, welche in der Zeit vom 31. Mai 2024 bis 19. Juli 2024 erstellt wurden und sich auf die weitere Entwicklung der kardiologischen Situation beziehen (vgl. E. I. 2.12 hiavor; BB 5-9). Diese enthalten Hinweise auf potenziell gravierende gesundheitliche Probleme. Ob damit eine erhebliche Veränderung des relevanten Sachverhalts vorliegt bzw. in einem ersten Schritt zumindest glaubhaft gemacht ist, wird die Beschwerdegegnerin im Rahmen einer allfälligen (bevorstehenden oder eventuell auch bereits erfolgten [vgl. den in der Kostennote erwähnten Brief an die IV-Stelle vom 25. Juli 2024]) Neuanmeldung zu prüfen haben. Ob darüber hinaus auch ohne erhebliche gesundheitliche Veränderung eine Neubeurteilung vorzunehmen wäre, wenn der Beschwerdeführer seine Bereitschaft erklärt, an einer neuen Begutachtung mitzuwirken und sich kooperativ zu verhalten, erscheint mit Blick auf die neuere Rechtsprechung als unsicher (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_404/2021 vom 22. März 2022 E. 5.2). Die Frage bildet aber nicht Gegenstand des vorliegenden Verfahrens und ist daher auch keiner vertieften Prüfung zu unterziehen.

## **E. 12**

12.1 Bei diesem Verfahrensgang besteht kein Anspruch des Beschwerdeführers auf eine Parteientschädigung zu Lasten der Beschwerdegegnerin (Art. 61 lit. g ATSG).

12.2 Der Beschwerdeführer steht ab Prozessbeginn im Genuss der unentgeltlichen Rechtspflege (Verfügung vom 28. Oktober 2021; A.S. 37 f.; E. I. 2.3 hiervor). Die Kostenforderung ist bei Unterliegen der Partei mit unentgeltlichem Rechtsbeistand vom Gericht festzusetzen. Der Kanton entschädigt den unentgeltlichen Rechtsbeistand angemessen (Art. 122 Abs. 1 lit. a ZPO). Der Vertreter des Beschwerdeführers hat am 13. November 2023 eine erste Kostennote (A.S. 79 ff.) und anlässlich der öffentlichen Verhandlung vom 21. Mai 2025 (A.S. 107 ff.) eine ergänzende Kostennote eingereicht. Darin macht er einen Zeitaufwand von 17.96 Stunden und 12.93 Stunden, somit insgesamt 30.89 Stunden, einen Stundenansatz von CHF 250.00 sowie Auslagen von CHF 130.60 und CHF 129.10, insgesamt CHF 259.70, geltend.

Reine Kanzleiarbeit (z.B. die Weiterleitung von Dokumenten mittels Orientierungskopie an die Klientschaft, das Einfordern von Akten, die Kenntnisnahme von Verfügungen, das Stellen von Fristerstreckungsgesuchen etc.) ist im Stundenansatz eines Anwalts bereits inbegriffen und somit nicht separat zu vergüten. Demnach können die folgenden

### **E. 13**

in der ersten Kostennote enthaltene Positionen à 0.17 Stunden mit der Bezeichnung «Brief an Klient» nicht berücksichtigt werden: 10. und 15. Juni, 15. Juli, 29. Oktober, 4. und 15. November 2021, 19. Mai, 9. Juni, 22. September, 9. November, 9. und 12. Dezember 2022 sowie 13. November 2023. Dasselbe gilt für den Brief an Dr. med. B. \_\_\_ vom 14. November 2022, der nicht aktenkundig ist. Damit reduziert sich der zu berücksichtigende Aufwand von 17.96 Stunden um 14 x 0.17 Stunden, ergebend 2.38 Stunden, und es verbleiben aus dieser ersten Kostennote vom 13. November 2023 15.58 Stunden. Davon entfallen 0.5 Stunden auf die Zeit ab 1. Januar 2023.

In der zweiten Kostennote vom 21. Mai 2025 ergeben sich gegenüber den geltend gemachten 12.93 Stunden die folgenden Abzüge: 9 Mal die Position «Brief an Klient» zu 0.17 Stunden, total 1.53 Stunden, sowie die Briefe an die IV-Stelle vom 25. Juli und 9. August 2024, total 0.5 Stunden, deren Bezug zum vorliegenden Beschwerdeverfahren nicht erkennbar ist. Weiter erscheinen je 0.33 Stunden oder 20 Minuten für die vier kurz nacheinander vom 22. bis 26. Juli 2024 je einzeln eingereichten Urkunden (BB 5 ■ 8) als zu hoch, zu berücksichtigen sind insgesamt 40 Minuten, was einer Kürzung um 0.66 Stunden entspricht. Weiter ist der Aufwand von 1.00 Stunden für einen Brief an den Klienten vom 22. Juli 2024 mit Blick auf die Akten nicht nachvollziehbar; es dürfte sich ebenfalls um Bemühungen handeln, welche nicht das vorliegende Beschwerdeverfahren betreffen. Die Verhandlung schliesslich dauerte 0.75 Stunden, was eine Reduktion um 0.25 Stunden bewirkt. Insgesamt vermindert sich somit der Aufwand gemäss der zweiten Kostennote von 12.93 Stunden um 3.94 Stunden auf 8.99 Stunden. Gesamthaft sind demnach 24.57 Stunden zu entschädigen. Der Stundenansatz gemäss § 161 i.V.m. § 160 Abs. 3 des Gebührentarifs (GT, BGS 615.11) beträgt CHF 180.00 bis Ende 2022 respektive CHF 190.00 ab 1. Januar 2023.

Bei den Auslagen sind die Kopien mit CHF 0.50 zu vergüten (§ 160 Abs. 5 GT) und nicht mit CHF 1.00. Für die Fahrspesen sind CHF 0.70 pro Kilometer (nicht CHF 1.00 pro Kilometer) einzusetzen (vgl. § 161 i.V.m. § 160 Abs. 5 und § 157 Abs. 3 GT sowie § 161 lit. a des Gesamtarbeitsvertrages [GAV, BGS 126.3]). Somit sind Auslagen von insgesamt CHF 186.60 zu vergüten. Damit beläuft sich die Kostenforderung auf insgesamt CHF 5'073.50 (Honorar von CHF 4'517.50 [15.08 Std. à CHF 180.00 und 9.49 Std. à

CHF 190.00; 0.5 Std. aus der ersten Kostennote betreffen das Jahr 2023] zuzüglich Auslagen von CHF 186.60 und MwSt von CHF 369.40 [7.7 % auf einem Honoraranteil von CHF 2'824.60 und einem Auslagenanteil von CHF 90.70 = CHF 224.50; 8.1 % auf einem Honoraranteil von CHF 1'692.90 und einem Auslagenanteil von CHF 95.90 = CHF 144.90]). Dieser Betrag ist von der Zentralen Gerichtskasse des Kantons Solothurn zu bezahlen. Vorbehalten bleibt der Rückforderungsanspruch des Staates während 10 Jahren sowie der Nachzahlungsanspruch des unentgeltlichen Rechtsvertreters im Umfang von CHF 1'323.40 (Differenz zu dem mit einem Stundenansatz von CHF 230.00 [CHF 250.00 ab 1. Januar 2023] ermittelten Honorar), wenn der Beschwerdeführer zur Nachzahlung in der Lage ist (Art. 123 ZPO).

12.3 Aufgrund von Art. 69 Abs. 1bisIVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von CHF 200.00 ■ 1■000.00 festgelegt. Der Beschwerdeführer hat die Verfahrenskosten von CHF 1■000.00 zu bezahlen, welche jedoch infolge Bewilligung der unentgeltlichen Rechtspflege durch den Kanton Solothurn zu übernehmen sind (Art. 122 Abs. 1 lit. b ZPO). Vorbehalten bleibt der Rückforderungsanspruch des Staates während 10 Jahren, wenn der Beschwerdeführer zur Nachzahlung in der Lage ist (Art. 123 ZPO).

Demnach wird erkannt:

3. Die Kostenforderung des unentgeltlichen Rechtsbeistands, Rechtsanwalt Claude Wyssmann, [...], wird auf CHF 5'073.50 (inkl. Auslagen und MwSt) festgesetzt, zahlbar durch die Zentrale Gerichtskasse des Kantons Solothurn. Vorbehalten bleiben der Rückforderungsanspruch des Staates während zehn Jahren sowie der Nachzahlungsanspruch des unentgeltlichen Rechtsvertreters im Umfang von CHF 1'323.40, wenn A. \_\_\_ zur Nachzahlung in der Lage ist (Art. 123 ZPO).

4. Der Beschwerdeführer hat die Verfahrenskosten von CHF 1■000.00 zu bezahlen, die infolge Bewilligung der unentgeltlichen Rechtspflege durch den Staat Solothurn zu übernehmen sind. Vorbehalten bleibt der Rückforderungsanspruch des Staates während zehn Jahren, wenn A. \_\_\_ zur Nachzahlung in der Lage ist (Art. 123 ZPO).

5. Je eine Kopie des Protokolls der öffentlichen Verhandlung vom 21. Mai 2025 geht zur Kenntnisnahme an die Parteien.

6. Eine Kopie der an der Verhandlung eingereichten ergänzenden Kostennote des Rechtsvertreters des Beschwerdeführers vom 21. Mai 2025 geht zur Kenntnisnahme an die Beschwerdegegnerin.

Rechtsmittel

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

Versicherungsgericht des Kantons Solothurn

Der Vizepräsident

Der Gerichtsschreiber

Flückiger

Schmidhauser

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