

SO_GERICHTE VSBES.2022.131 vom 30. Mai 2022

SO Obergericht, 2022-05-30, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2022.131

FR: SO_GERICHTE VSBES.2022.131 du 30 mai 2022

IT: SO_GERICHTE VSBES.2022.131 del 30 maggio 2022

Erwägungen

E. 1

1.1 Der 1973 geborene A.____ (nachfolgend: Beschwerdeführer) meldete sich am 10. Oktober 2001 erstmals bei der IV-Stelle des Kantons Solothurn (nachfolgend: Beschwerdegegnerin) zum Leistungsbezug an (Akten der IV-Stelle [IV-Nr.] 7). Mit Verfügung vom 2. Februar 2004 wurde ihm rückwirkend ab 1. Juni 2001 eine ganze Invalidenrente zugesprochen (IV-Nr. 39). Diese wurde im Rahmen von drei Revisionsverfahren bestätigt (IV-Nr. 57, 62 und 76). Nach Eingang einer anonymen Meldung leitete die Beschwerdegegnerin am 7. Mai 2018 eine erneute Rentenrevision ein (IV-Nr. 89), die zu einer rückwirkenden Aufhebung der Rente per 31. März 2017 sowie zu einer Rückforderung der seither ausgerichteten Rentenleistungen führte (IV-Nr. 119 und 122). Die dagegen erhobene Beschwerde wurde vom Versicherungsgericht des Kantons Solothurn (nachfolgend: Versicherungsgericht) am 30. Juni 2021 abgewiesen (VSBES.2020.131). Dieses Urteil wurde vom Bundesgericht geschützt (Urteil 8C_569/2021 vom 2. Februar 2022).

1.2 Mit Eingabe vom 18. Oktober 2021 meldete sich der Beschwerdeführer, vertreten durch Rechtsanwalt Claude Wyssmann, erneut bei der Beschwerdegegnerin zum Leistungsbezug an (IV-Nr. 165). Tags darauf reichte er medizinische Berichte zu den Akten (IV-Nr. 168). Die Beschwerdegegnerin sistierte die Behandlung der Neuanmeldung bis zum Abschluss des vorgenannten Beschwerdeverfahrens vor Bundesgericht (IV-Nr. 166). Schliesslich stellte sie mit Vorbescheid vom 28. März 2022 in Aussicht, mangels glaubhaft gemachter gesundheitlicher Veränderung werde auf die Neuanmeldung nicht eingetreten, sofern der Beschwerdeführer innert der Einwandfrist keine Beweismittel beibringe (IV-Nr. 174). Daraufhin wurden Arztberichte zu den Akten gereicht und Einwand gegen den vorgesehenen Entscheid erhoben (IV-Nr. 175, 180 und 182). Mit Verfügung vom 30. Mai 2022 trat die Beschwerdegegnerin auf die Neuanmeldung nicht ein (Aktenseite [A.S.] 1 ff.).

E. 2

2.1 Der Beschwerdeführer erhebt am 4. Juli 2022 beim Versicherungsgericht Beschwerde und stellt folgende Rechtsbegehren (A.S. 7 ff.):

1. Die Verfügung der IV-Stelle vom 30. Mai 2022 sei aufzuheben.
2. a) Es sei [die] Beschwerdegegnerin anzuweisen, auf den mit Neuanmeldung vom 18. Oktober 2021 geltend gemachten Leistungsanspruch (berufliche Massnahmen, Rente) einzutreten und diesen materiell zu prüfen.
b) Eventualiter: die Beschwerdesache sei zur Weiterführung der Eintretensprüfung und zum anschliessenden Entscheid über das Eintreten auf die Neuanmeldung vom 18. Oktober 2021 an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen.

3. Es sei eine öffentliche Verhandlung nach Art. 6 Ziff. 1 EMRK mit zusätzlicher Partei- und Zeugenbefragung durchzuführen.

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

5. Alles unter Kosten- und Entschädigungsfolge zu Lasten der Beschwerdegegnerin.

2.2 Die Beschwerdegegnerin beantragt in ihrer Beschwerdeantwort vom 22. August 2022 die Abweisung der Beschwerde (A.S. 32).

2.3 Mit Verfügung vom 6. September 2022 weist der Instruktionsrichter das Gesuch um Bewilligung der unentgeltlichen Rechtspflege und Bestellung eines unentgeltlichen Rechtsbeistandes wegen Aussichtslosigkeit der Beschwerde ab (A.S. 33 ff.). Gleichzeitig wird ein Kostenvorschuss in der Höhe von CHF 1'000.00 erhoben.

2.4 Im Rahmen seiner Replik vom 2. November 2022 (A.S. 43 ff.) reicht der Beschwerdeführer drei medizinische Berichte ein.

2.5 Mit Verfügung vom 30. November 2022 stellt das Versicherungsgericht fest, dass die Beschwerdegegnerin auf das Einreichen einer Duplik verzichtet hat (A.S. 48).

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

2. Am 1. Januar 2022 trat das revidierte Bundesgesetz über die Invalidenversicherung (IVG, SR 831.20) in Kraft. Vorbehältlich besonderer übergangsrechtlicher Regelungen sind in zeitlicher Hinsicht grundsätzlich diejenigen materiellen Rechts-sätze massgeblich, die bei der Erfüllung des rechtlich zu ordnenden oder zu Rechtsfolgen führenden Tatbestands Geltung haben (statt vieler: BGE 144 V 210 E. 4.3.1 mit Hinweisen). Dementsprechend ist der Anspruch für die Zeit bis Ende 2021 nach denjenigen materiellrechtlichen Normen zu beurteilen, die damals in Kraft standen.

E. 3

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

3.2 Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die Ärzte und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die Versicherten arbeitsunfähig sind. Im Weiteren sind ärztliche Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen den Versicherten noch zugemutet werden können (BGE 132 V 93 E. 4, 125 V 256 E. 4).

E. 4

4.1 Wurde eine Rente wegen eines fehlenden oder zu geringen Invaliditätsgrades bereits einmal verweigert, so wird eine neue Anmeldung nur geprüft, wenn die versicherte Person glaubhaft macht, dass sich der Grad der Invalidität in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert hat (Art. 87 Abs. 2 und 3 IVV). Dies gilt in analoger Weise auch für Revisionsgesuche im Sinne von Art. 17 Abs. 1 ATSG (BGE 130 V 343 E. 3.5.3) sowie dann, wenn die versicherte Person nach vorausgegangener rechtskräftiger Ablehnung erneut eine Eingliederungsmassnahme beantragt (BGE 113 V 27). Mit dieser Bestimmung soll verhindert werden, dass sich die Verwaltung nach vorausgegangener rechtskräftiger Rentenverweigerung immer wieder mit gleichlautenden und nicht näher begründeten, d.h. keine Veränderung des Sachverhalts darlegenden Rentengesuchen befassen muss (BGE 130 V 68 E. 5.2.3). Eine Verschlechterung der Erwerbsfähigkeit oder der Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, ist zudem erst dann zu berücksichtigen, sobald sie ohne wesentliche Unterbrechung drei Monate gedauert hat (Art. 88a Abs. 2 IVV).

Die glaubhaft zu machende Änderung muss nicht gerade jenes Anspruchselement betreffen, welches die Verwaltung der früheren rechtskräftigen Leistungsabweisung bzw. rechtskräftigen Rentenzusprechung zugrunde legte. Vielmehr hat es zu genügen, wenn die versicherte Person zumindest die Änderung eines Sachverhalts aus dem gesamten für die Rentenberechtigung erheblichen Tatsachenspektrum glaubwürdig dartut. Trifft dies zu, ist die Verwaltung verpflichtet, auf das neue Leistungsbegehren einzutreten und es allseitig zu prüfen (BGE 117 V 198 E. 4b).

4.2 Nach Eingang einer Neuanschuldung ist die Verwaltung zunächst zur Prüfung verpflichtet, ob die Vorbringen der versicherten Person überhaupt glaubhaft sind; verneint sie dies, so erledigt sie das Gesuch ohne weitere Abklärungen durch Nichteintreten. Dabei wird sie unter anderem zu berücksichtigen haben, ob die frühere Verfügung nur kurze oder schon längere Zeit zurückliegt, und dementsprechend an die Glaubhaftmachung höhere oder weniger hohe Anforderungen stellen. Insofern steht ihr ein gewisser Beurteilungsspielraum zu, den der Richter grundsätzlich zu respektieren hat. Die Behandlung der Eintretensfrage durch die Verwaltung ist deshalb vom Gericht nur zu überprüfen, wenn das Eintreten streitig ist (vgl. BGE 109 V 108 E. 2b).

4.3 Die versicherte Person muss mit der Neuanschuldung oder dem Revisionsgesuch die massgebliche Tatsachenänderung glaubhaft machen. Der Untersuchungsgrundsatz, wonach das Gericht von Amtes wegen für die richtige und vollständige Abklärung des rechtserheblichen Sachverhalts zu sorgen hat, spielt insoweit nicht. Wird in der Neuanschuldung (oder dem Revisionsgesuch) kein Eintretenstatbestand geltend gemacht, sondern bloss auf ergänzende Beweismittel, insbesondere Arztberichte, hingewiesen, die noch beigebracht würden oder von der Verwaltung beizuziehen seien, ist der versicherten Person eine angemessene Frist zur Einreichung der Beweismittel anzusetzen. Diese Massnahme setzt voraus, dass die ergänzenden Beweisvorkehren geeignet sind, den entsprechenden Beweis zu erbringen. Sie ist mit der Androhung zu verbinden, dass ansonsten gegebenenfalls auf Nichteintreten zu erkennen sei. Ergeht eine Nichteintretensverfügung im Rahmen eines Verwaltungsverfahrens, das diesen Erfordernissen betreffend Fristansetzung und Androhung der Säumnisfolgen genügt, legen die Gerichte ihrer beschwerdeweisen Überprüfung den Sachverhalt zu Grunde, wie er sich der Verwaltung bot (BGE 130 V 64 E. 5.2.5).

5. Der Beschwerdeführer macht geltend, dass aus somatischer Sicht zumindest gewisse Anhaltspunkte für eine Verschlechterung des Gesundheitszustands bestünden. So sei dem

Bericht der Kardiologie des B.____ vom 10. September 2021 zu entnehmen, dass aufgrund einer rund 30 Minuten andauernden Hemianopsie und eines dokumentierten paroxysmalen Vorhofflimmerns von einer transitorischen ischämischen Attacke (TIA) ausgegangen worden sei, aber auch klare Hinweise auf eine Migräne mit Aura bestanden hätten. In der Folge habe eine neurologische Untersuchung stattgefunden, wobei die entsprechenden Berichte der Beschwerdegegnerin nicht zugegangen seien. Diese habe nicht ohne weitere Abklärungen davon ausgehen können, die Migräne mit Aura würde die Arbeitsfähigkeit nicht beeinträchtigen. Vielmehr hätte sie, so der Beschwerdeführer weiter, für eine Klärung des Sachverhalts sorgen müssen.

Zudem führt der Beschwerdeführer aus, dass er auch eine Verschlechterung seiner psychischen Gesundheit glaubhaft gemacht habe. So nehme er aktuell wöchentlich (und nicht mehr, wie im Urteil des Versicherungsgerichts vom 30. Juni 2021 festgehalten, alle vier Wochen) Psychotherapiesitzungen in Anspruch. Zudem sei eine neue Medikation wegen ausgeprägter Schlafstörungen bei Stimmenhören erfolgt. Auch habe eine stationäre Krisenintervention wegen Suizidgedanken stattgefunden. Aus alledem könne gefolgert werden, dass der Leidensdruck gestiegen sei. Gemäss Bericht von Dr. med. C.____ vom 12. April 2022 bestehe jetzt wieder eine deutliche Affektlabilität. Auch höre der Beschwerdeführer wieder Stimmen und leide an Verfolgungswahn, weshalb eine Psychose-Abklärung erforderlich sei. Aufgrund der beschriebenen Symptomatik mit erhöhtem Leidensdruck hätte die Beschwerdegegnerin nach Auffassung des Beschwerdeführers den medizinischen Sachverhalt weiter abklären müssen.

Schliesslich sei dem Bericht von Dr. med. C.____ vom 3. Oktober 2022 zu entnehmen, dass die vorgenannte Psychose-Abklärung zur Diagnose einer wahnhaften Störung im Sinne von ICD-10 F22.0 geführt habe. Diese neue Symptomatik wie auch die aus der Berichterstattung der Psychiatrischen Klinik zu entnehmende Affektlabilität seien gegenüber dem Sachverhalt, wie ihn das Versicherungsgericht am 30. Juni 2021 festgestellt habe, klare Hinweise auf eine Verschlechterung der psychischen Gesundheitslage. Ob sich diese Symptomatik bei weiteren Abklärungen bestätige oder nicht, könne heute weder bejaht noch verneint werden. Es müsse im Rahmen des Beweismasses der Glaubhaftmachung genügen, wenn entsprechende Symptome fachärztlich bestätigt worden seien. Dasselbe gelte mit Bezug auf die Kopfschmerzen, die als Migräne mit Aura gewertet worden seien.

Demgegenüber vertritt die Beschwerdegegnerin die Ansicht, dass sich aus den am 14. April 2022, am 10. Mai 2022 und am 12. Mai 2022 eingereichten Unterlagen, die vom Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD) geprüft worden seien, keine Anhaltspunkte für eine anspruchrelevante Veränderung der gesundheitlichen Verhältnisse seit dem Entscheid vom 5. Mai 2020 ergäben. Zudem habe das Versicherungsgericht dem Bericht von Dr. med. C.____ vom 8. Juni 2021, in welchem dieser dem Beschwerdeführer eine volle Arbeitsunfähigkeit attestiert habe, keine substantiierten Hinweise für eine Verschlechterung des Gesundheitszustands entnehmen können. Solche liessen sich auch den Berichten vom 12. April 2022 und vom 10. Mai 2022 nicht entnehmen. Der Bericht vom 12. April 2022 weiche kaum und nicht relevant von demjenigen vom 8. Juni 2021 ab. Mit den eingereichten Berichten werde deshalb keine relevante Verschlechterung seit der Verfügung vom 5. Mai 2020 glaubhaft gemacht.

6. Streitig und zu prüfen ist somit, ob der Beschwerdeführer eine anspruchserhebliche Verschlechterung seines Gesundheitszustands glaubhaft gemacht hat und die

Beschwerdegegnerin daher auf die Neuanschuldung hätte eintreten müssen. Die Beurteilung dieser Frage erfolgt durch einen Vergleich der vom Beschwerdeführer im Neuanschuldungsverfahren eingereichten Unterlagen mit dem Sachverhalt bei Erlass der rentenaufhebenden Verfügung vom 5. Mai 2020.

6.1 Vorweg ist in Bezug auf die drei vom Beschwerdeführer mit Replik vom 2. November 2022 eingereichten Arztberichte (neurologischer Sprechstundenbericht vom 18. November 2021, Bericht des Psychiaters Dr. med. C.____ und des Psychotherapeuten D.____ vom 3. Oktober 2022 sowie Austrittsbericht der psychiatrischen Dienste vom 3. Oktober 2022) das Folgende festzuhalten: Gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung muss die versicherte Person mit der Neuanschuldung die massgebliche Tatsachenänderung glaubhaft machen. Der Untersuchungsgrundsatz, wonach das Gericht von Amtes wegen für die richtige und vollständige Abklärung des rechtserheblichen Sachverhalts zu sorgen hat, spielt insoweit nicht (BGE 130 V 64 E. 5.2.5 mit weiteren Hinweisen). Wird in der Neuanschuldung kein Eintretenstatbestand glaubhaft gemacht, so ist der versicherten Person nach höchstrichterlicher Rechtsprechung eine angemessene Frist zur Einreichung der Beweismittel anzusetzen und ihr gleichzeitig anzudrohen, dass ansonsten gegebenenfalls auf Nichteintreten zu erkennen sei. Vorliegend wurde dem Beschwerdeführer mit Vorbescheid vom 28. März 2022 das Nichteintreten angedroht, wenn er innert der 30-tägigen Frist keine Beweismittel einreiche, die eine Veränderung des Gesundheitszustands glaubhaft erscheinen liessen. Somit erging die angefochtene Nichteintretensverfügung vom 30. Mai 2022 im Rahmen eines Verwaltungsverfahrens, das den vorgenannten Erfordernissen betreffend Fristansetzung und Androhung der Säumnisfolgen genügte, weshalb das Versicherungsgericht seiner beschwerdeweisen Überprüfung den Sachverhalt zu Grunde legt, wie er sich der Verwaltung bot (BGE 130 V 64 E. 5.2.5). Das Versicherungsgericht hat demnach nur zu prüfen, ob der Nichteintretensentscheid auf Grund der bis zum Erlass der Verfügung vom 30. Mai 2022 vorhandenen Akten korrekt war. Neue, erst während des Beschwerdeverfahrens beigebrachte Beweismittel hat das Gericht grundsätzlich auch dann nicht zu berücksichtigen, wenn sie geeignet sind, die Beurteilung im massgeblichen Zeitpunkt des Verfügungserlasses zu beeinflussen. Nur diejenigen Beweismittel, welche die versicherte Person der Verwaltung erst nach Ablauf der angesetzten Frist eingereicht hat, welche die Verwaltung aber ungeachtet dieser Verspätung in die Beurteilung der Eintretensfrage einbezogen hat, wären auch im Gerichtsverfahren zu beachten (vgl. Urteil des Bundesgerichts I 619/04 vom 10. Februar 2005 E. 2.2). Die drei eingangs erwähnten, vom Beschwerdeführer erst im Beschwerdeverfahren eingereichten Berichte sind demnach nicht in die Beurteilung miteinzubeziehen.

6.2 In ihrer Verfügung vom 5. Mai 2020 betreffend Aufhebung der Invalidenrente stellte die Beschwerdegegnerin auf zwei Gutachten in den Fachrichtungen Neuropsychologie (IV-Nr. 106.1) und Psychiatrie (IV-Nr. 107) ab, denen im vom Bundesgericht bestätigten Urteil des Versicherungsgerichts VSBES.2020.131 voller Beweiswert zuerkannt wurde (IV-Nr. 160 und 170).

6.2.1 Im neuropsychologischen Teilgutachten vom 19. August 2019 (IV-Nr. 106.1) erkannte Dr. phil. E.____, dass sich beim Versicherten ein fast durchwegs deutlich vermindertes kognitives Leistungsprofil in allen geprüften Funktionsbereichen zeige. Es ergäben sich jedoch auch deutliche Hinweise auf eine Aggravationstendenz und auf leistungsminderndes Verhalten mit auffälligen Befunden in allen durchgeführten

simulationssensiblen Testverfahren. Völlig authentisch hätten sich aber deutliche Auffälligkeiten in den Bereichen Verhalten, Affekt und Persönlichkeit manifestiert im Sinne eines bisweilen ungezügelt und deutlich überschüssenden Affektes (mit Hineinsteigern in einen Erregungszustand mit Schreien und Weinen) sowie einer deutlichen motorischen Unruhe (etwa mit kurzzeitigem Aufstehen, Sich-Fallen-Lassen auf den Stuhl, Hin- und Herrutschen, Wippen eines Fusses, Ungeduld sowie häufigen Zigarettenpausen), die auf eine verminderte Impulskontrolle hindeuteten. Akustische Halluzinationen seien im Rahmen der neuropsychologischen Testuntersuchung nicht beklagt worden. Die Arbeitsfähigkeit könne aufgrund der nicht als valide einzustufenden Testergebnisse mit deutlichen Hinweisen auf Aggravationsverhalten nicht quantifiziert werden. Dr. phil. E.____ erachtete den Versicherten jedoch vor allem angesichts der aggressiven Verhaltensdurchbrüche, der verminderten Impulskontrolle und des reduzierten Durchhaltevermögens als keinem Arbeitgeber zumutbar.

6.2.2 Am 26. November 2019 erstattete Dr. med. F.____ ein psychiatrisches Gutachten (IV-Nr. 107), wobei er das vorgenannte Teilgutachten mitberücksichtigte. Darin diagnostizierte er eine dissoziale Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F60.2).

Im Rahmen der Erhebung der objektiven Befunde stellte Dr. med. F.____ unter anderem fest, dass sich anlässlich der gutachterlichen Untersuchung ein gepflegter und sauber gekleideter Versicherter präsentiert habe. Wesentliche kognitive Einschränkungen seien nicht objektivierbar gewesen. Der Versicherte habe während des Untersuchungsgesprächs keine Ablenkbarkeit oder formale gedankliche Einschränkungen gezeigt, die zum Befund des vom Beschwerdeführer angegebenen Stimmenhörens passten. Eine Plausibilisierung im Sinne einer akustischen Halluzination sei also nicht vorzunehmen gewesen. Hinsichtlich der Persönlichkeitsebene seien deutlich histrionische Anteile, verknüpft mit einer Neigung zur Dramatisierung von Beschwerden und mit einem theatralisch wirkenden Ausdruckscharakter von Emotionen und Gefühlen augenscheinlich gewesen.

Im Weiteren erläuterte der Gutachter die Ergebnisse des Mini-ICF-APP, gemäss welchen der Versicherte in seiner Funktionsfähigkeit nicht bis leicht eingeschränkt sei.

In seiner Beurteilung begründete Dr. med. F.____ die Diagnose einer dissozialen Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F60.2) anhand der ICD-Kriterien. Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis (Kapitel F2 der ICD-10) lägen überwiegend wahrscheinlich nicht vor, und auch Symptome einer Erkrankung aus dem depressiven Formenkreis (Kapitel F3 der ICD-10) seien nicht plausibel, ebenso wenig wie eine somatoforme Schmerzstörung. Die Persönlichkeitsstörung sei überwiegend wahrscheinlich beim Versicherten im Vordergrund; alle übrigen passageren psychiatrischen Diagnosen und der früher beschriebene Alkoholmissbrauch bzw. -abhängigkeit (ICD-10 F10.2) seien sekundär bzw. als psychische Mitreaktionen zu beurteilen. Die Diagnose einer dissozialen Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F60.2) sei keine psychische Gesundheitsstörung höhergradigen Ausmasses. Im Weiteren stellte Dr. med. F.____ fest, dass der Beschwerdeführer mit seinem dissozial-manipulativ anmutenden Verhalten einen entsprechenden Interaktionsstil zeige. Er neige dazu, eine gesundheitliche Verschlechterung mit einem Potpourri verschiedener unplausibler Symptome anzugeben bzw. dysphorisch und bizarres Verhalten zu zeigen. Im Jahr 2017 habe der Versicherte illegal eine Bar geführt, in der er u.a. Glücksspiele angeboten und Gäste bewirtet habe. Diese Ressourcen machten eine leistungseinschränkende psychische Gesundheitsstörung sehr unwahrscheinlich. In einer Gesamtschau sei zu beurteilen, dass es dadurch wesentliche

Inkonsistenzen und Unplausibilitäten gebe. Aus diesen Gründen sei es im Hinblick auf die vom Versicherten geltend gemachten Einschränkungen der funktionellen Leistungsfähigkeit überwiegend wahrscheinlich, dass hier ■ in Einklang mit der Beurteilung im neuropsychologischen Teilgutachten von Dr. phil. E. ___ ■ eine Aggravation, mithin eine übertriebene Darstellung der Schwere der Erkrankung bzw. der Symptome, vorliege.

Im Vergleich zu den medizinischen Sachverhaltsdarstellungen, die zur jeweiligen Zusprache einer vollen Invalidenrente geführt hätten, habe sich der psychische Gesundheitszustand des Beschwerdeführers wesentlich und relevant verbessert. Aus versicherungsmedizinischer-psychiatrischer Sicht liessen sich noch die Kriterien für die Diagnose einer dissozialen Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F60.2) plausibilisieren, die die berufliche Leistungsfähigkeit in den angestammten Tätigkeiten bzw. einer angepassten Verweistätigkeit nicht höhergradig einschränkten. Eine vollschichtige (Teil-)Arbeitsunfähigkeit könne nicht mehr mit einer depressiven Störung, einer Schmerzverarbeitungsstörung oder einer Erkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis erklärt werden. Spätestens im Zeitpunkt der Rentenrevision sei eine wesentliche und deutliche Verbesserung des Gesundheitszustands mit dem Beweismass der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu plausibilisieren bzw. festzustellen.

Die Beurteilung von Dr. phil. E. ___, wonach der Beschwerdeführer angesichts seiner aggressiven Verhaltensdurchbrüche, der verminderten Impulskontrolle und des reduzierten Durchhaltevermögens keinem Arbeitgeber zumutbar sei, stehe im Widerspruch zur festgestellten sehr deutlichen Aggravation. Es lasse sich keine IV-relevante psychische Störung der Achse I feststellen bzw. plausibilisieren, die diese Symptome und Befunde einer eingeschränkten Willensanwendung zuordenbar machten, indem der Beschwerdeführer krankheitsbedingt überhaupt keine Freiheitsgrade mehr habe, sich nicht mehr im Verhalten steuern zu können.

Im Weiteren erklärte der Gutachter im Hinblick auf die Frage, ob der Beschwerdeführer einem Arbeitgeber zumutbar sei, dass dieser an keiner Impulskontrollstörung leide (Kapitel F63 der ICD-10). Ausserhalb des versicherungsmedizinischen bzw. strafrechtlichen Kontextes zeige er ein weitgehend unauffälliges Verhalten und Funktionsniveau, so dass eine vollständige Auflösung des sozialen Gefüges nicht vorliege. Sein Verhalten rechtfertige aus versicherungsmedizinischer-psychiatrischer Sicht daher keine Annahme einer Einschränkung der beruflichen Leistungsfähigkeit, so dass er aus Sachverständigensicht als vollschichtig arbeitsfähig in jedweder Tätigkeit beurteilt werde. Auch Eingliederungsmassnahmen seien aus rein versicherungsmedizinischer-psychiatrischer Sicht vollschichtig zumutbar. Diese würden schwierig umzusetzen sein, da sich der Versicherte als nicht eingliederungsfähig beurteile.

6.3 Im Anschluss an die Neuanmeldung sowie im Rahmen des Einwandverfahrens reichte der Beschwerdeführer die folgenden medizinischen Unterlagen ein:

6.3.1 Im Notfallbericht des G. ___ vom 17. Mai 2021 (IV-Nr. 168 S. 33 ff.) wurde nach Selbstzuweisung bei Palpationen und bekanntem paroxysmalem Vorhofflimmern ein paroxysmales Vorhofflimmern diagnostiziert, wobei anlässlich der Notfallkonsultation bereits wieder ein normokarder Sinusrhythmus vorgelegen habe. Zusätzlich bestehe anamnestisch der Verdacht auf eine stattgehabte TIA (transiente ischämische Attacke) in der Türkei vor einem Monat mit transienter Hemianopsie rechts. Gestützt auf ein CT des

Schädels mit Angiographie der Halsgefässe hielt Dr. med. H.____, Oberarzt Radiologie, gleichentags fest, dass keine akute intrakranielle Pathologie vorliege und eine regelrechte Perfusion der intra- und extrakraniellen hirnversorgenden Gefässe gegeben sei (IV-Nr. 168 S. 36).

6.3.2 Gestützt auf ein am 27. Mai 2021 durchgeführtes MRI des Schädels führte Dr. med. I.____, leitender Arzt Radiologie des G.____, in seinem Bericht vom 31. Mai 2021 zur Beurteilung das Folgende aus: Kleines Keilbeinflügel-Meningeom rechts, jedoch kein Anhaltspunkt für intrakranielle posthämorrhagische Residuen oder eine akute beziehungsweise subakute Ischämie (IV-Nr. 168 S. 31).

6.3.3 Gemäss Austrittsbericht des G.____ vom 24. Juni 2021 (IV-Nr. 168 S. 22 ff.) habe sich der Beschwerdeführer am 21. Juni 2021 mit Thoraxschmerzen und -druck sowie intermittierenden Schwindel- und Dyspnoeattacken notfallmässig vorgestellt. Er habe sich gleichentags bereits einmal mit der gleichen Symptomatik auf der Notfallstation vorgestellt, wobei eine tachykarde Episode des vorbekannten Vorhofflimmerns diagnostiziert und die Metropolol-Dosierung erhöht worden sei. Im klinischen Untersuch hätten sich neben der absoluten Arrhythmie keine Auffälligkeiten ergeben. Die thorakalen Beschwerden seien im Rahmen der Tachykardie interpretiert worden. Der Beschwerdeführer sei zur weiteren Überwachung und Therapie auf die internistische Bettenstation aufgenommen worden. Die Telemetrie habe ein durchgehendes Vorhofflimmern, in Ruhe normokard, bei Belastung tachykard, nachweisen können. Das Metropolol sei weiter ausgebaut worden. Der Beschwerdeführer habe am nächsten Tag auf eigenen Wunsch entlassen werden können und werde zur Evaluation einer elektrophysiologischen Ablation aufgeboten werden.

6.3.4 Im neurologischen Sprechstundenbericht vom 1. Juli 2021 (IV-Nr. 168 S. 18 ff.) wurde festgehalten, dass in Anbetracht des akuten Symptombeginns der im April 2021 erlittenen episodischen Gesichtsfeldeinschränkung, des bekannten Vorhofflimmerns und der vaskulären Risikofaktoren am ehesten von einer transienten ischämischen Attacke auszugehen sei. Kernspintomographisch habe retrospektiv keine zur Symptomatik zeitlich passende Ischämie oder Blutung nachgewiesen werden können. Neurosonographisch zeige sich keine relevante Makroangiopathie. Aus Sicht des Oberarztes Neurologie sei keine weitere Diagnostik geplant. Bezüglich Arbeitsfähigkeit bestünden aus neurologischer Sicht keine relevanten Einschränkungen.

6.3.5 Im Sprechstundenbericht von Dr. med. J.____, leitender Arzt Kardiologie, vom 9. Juli 2021 (IV-Nr. 168 S. 16 f.) wurde der Verdacht auf eine koronare Herzkrankheit diagnostiziert. Bei bekanntem paroxysmalem Vorhofflimmern beschreibe der Beschwerdeführer eine typische belastungsabhängige Angina-pectoris-Symptomatik seit zwei Monaten zunehmend. Ruhebeschwerden habe er keine. Bei zusätzlichen kardiovaskulären Risikofaktoren bestehe somit der dringende Verdacht auf eine koronare Herzkrankheit. Zur weiteren Abklärung werde ein Koronar-CT empfohlen. Bezüglich des Vorhofflimmerns werde eine Pulmonalvenenisolation empfohlen, zunächst sei jedoch die Koronarsituation dringlich abzuklären.

6.3.6 Anlässlich der ambulanten Herz-Untersuchung vom 19. Juli 2021 (IV-Nr. 168 S. 12 ff.) wurden eine belastungsabhängige Dyspnoe und thorakale Beschwerden diagnostiziert, ohne Hinweise auf eine koronare Herzkrankheit. Die Zuweisung des Patienten sei nach Vorstellung bei paroxysmalen Vorhofflimmern und belastungsabhängiger Symptomatik erfolgt. In den nativen CT-Aufnahmen liege kein

Nachweis einer koronaren Kalzifizierung vor. Nach Kontrastmittelapplikationen bestehe auch kein Nachweis nicht-kalzifizierter Plaques. Es finde sich kein Nachweis einer Koronaranomalie. Somit sei eine koronare Herzkrankheit als Ursache für die Beschwerden sehr unwahrscheinlich. Eine intrakardiale Auffälligkeit lasse sich nicht darstellen und es finde sich kein Anhalt für eine pulmonale Fehlmündung.

6.3.7 Im Sprechstundenbericht vom 20. August 2021 (IV-Nr. 168 S. 7 f.) fasste Dr. med. J.____, leitender Arzt Kardiologie, zusammen, dass der Beschwerdeführer wegen typischer pectanginöser Beschwerden und eines dokumentierten paroxysmalen Vorhofflimmerns vorgestellt worden sei. Mittels Koronar-CT habe eine koronare Herzerkrankung ausgeschlossen werden können. Wegen des symptomatischen paroxysmalen Vorhofflimmerns mit stattgehabter TIA werde eine Pulmonalvenenisolation als primäre Therapie empfohlen.

6.3.8 Gemäss Austrittsbericht vom 10. September 2021 (IV-Akte 168 S. 3 ff.) konnte die Pulmonalvenenisolation am 2. September 2021 komplikationslos durchgeführt werden. Während der Hospitalisation sei es zu einer 20 Minuten dauernden bilateralen Hemianopsie mit direkt danach folgenden unilateralen, druckartigen Kopfschmerzen gekommen. CT-graphisch habe sich kein Hinweis auf eine Ischämie ergeben, weshalb am ehesten von einer Migräne mit Aura ausgegangen werde. Der Beschwerdeführer habe am 3. September 2021 in gutem Allgemeinzustand entlassen werden können.

6.3.9 Am 24. März 2022 wurde der Beschwerdeführer nach Zuweisung durch den behandelnden Psychotherapeuten, D.____, wegen Suizidgedanken in die Kriseninterventionsstelle der K.____ aufgenommen und bis am 28. März 2022 stationär behandelt. Dem Austrittsbericht vom 6. April 2022 (IV-Nr. 180) sind folgende Diagnosen zu entnehmen:

Bei der Aufnahme habe der Beschwerdeführer über starke Suizidgedanken berichtet, von denen er sich jedoch nach einem Tag habe distanzieren können, weshalb er auf eine offene Station verlegt worden sei. Die vorbestehende Medikation werde unverändert fortgeführt. Bei ausgeprägten Schlafstörungen sei eine Therapie mit Seroquel etabliert worden. Bei fehlender Fremd- und Selbstgefährdung sei er am 28. März 2022 auf seinen ausdrücklichen Wunsch hin entlassen worden.

6.3.10 Am 12. April 2022 (IV-Akte Nr. 175) berichteten Dr. med. C.____ und Psychotherapeut D.____, dass der Beschwerdeführer seit dem 1. Oktober 2020 in ihrer Praxis in psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlung sei und im Rahmen einer wöchentlichen Einzelpsychotherapie behandelt werde. Als Befund hielten sie fest, dass der Beschwerdeführer ein stark ungepflegtes Erscheinungsbild habe und im Kontaktverhalten jammernd und gleichzeitig feindselig sei. Die Stimme sei laut, das Sprechtempo beschleunigt. Der Beschwerdeführer sei wach und bewusstseinsklar, voll orientiert, habe keine Gedächtnisstörungen. Konzentrationsstörungen seien vorhanden. Es wurden keine Halluzinationen, keine Sinnestäuschungen, keine inhaltlichen Denkstörungen und keine Ich-Störungen festgestellt. Der Beschwerdeführer habe Zukunftsängste. Seine Stimmung sei moros und gereizt. Es lägen eine Affektinkontinenz und deutliche Affektlabilität vor, Antrieb und Interesse seien reduziert. Der Beschwerdeführer habe Suizidgedanken, könne sich aber davon distanzieren. Die Diagnosen im Bericht entsprechen denjenigen im obgenannten Austrittsbericht vom 6. April 2022 (IV-Nr. 180).

6.3.11 Mit Schreiben vom 10. Mai 2022 (IV-Nr. 182 S. 3) halten Dr. med. C.____ und Herr D.____ fest, dass sie eine Psychose-Abklärung für sinnvoll erachteten, weil der Beschwerdeführer in der letzten Sitzung berichtet habe, dass er seit fünf oder sechs Jahren Informationen über kriminelle Aktivitäten in [...] an die Polizei weitergebe und denke, dass er von den Polizisten ausgenutzt worden sei. Nun wolle ihn die Polizei durch Ausweisung aus der Schweiz aus dem Weg schaffen. Dem Schreiben ist sodann zu entnehmen, dass der Beschwerdeführer wöchentlich zur therapeutischen Sitzung erscheine und medikamentös behandelt werde.

6.4 Stellt man den beiden Gutachten die vorgenannten, vom Beschwerdeführer eingereichten Arztberichte gegenüber, wird deutlich, dass im Neuanmeldeverfahren keine erhebliche Veränderung glaubhaft gemacht wurde, die sich auf den Rentenanspruch auswirken könnte.

6.4.1 Zunächst ist in Bezug auf die somatischen Beschwerden festzuhalten, dass hierzu umfassende, auch zahlreiche bildgebende Untersuchungen durchgeführt wurden. Im Anschluss daran wurde im neurologischen Sprechstundenbericht vom 1. Juli 2021 (IV-Nr. 168 S. 18 ff.) festgehalten, dass ■ aus neurologischer Sicht ■ keine weitere Diagnostik geplant sei und in Bezug auf die Arbeitsfähigkeit keine relevanten Einschränkungen bestünden. Wie sich dem kardiologischen Bericht vom 20. August 2021 (IV-Nr. 168 S. 7 ff.) entnehmen lässt, konnte sodann eine koronare Herzkrankheit ausgeschlossen werden. Wegen des symptomatischen paroxysmalen Vorhofflimmerns mit stattgehabter TIA wurde am 2. September 2021 eine Pulmonalvenenisolation durchgeführt, die komplikationslos verlief (IV-Nr. 168 S. 9 f.). Laut Austrittsbericht vom 10. September 2021 (IV-Nr. 168 S. 3 ff.) kam es während der anschliessenden Hospitalisation zwar zu einer 20 Minuten dauernden bilateralen Hemianopsie mit direkt danach folgenden Kopfschmerzen. Nachdem sich CT-graphisch jedoch kein Hinweis auf eine Ischämie ergeben hatte, wurde der Beschwerdeführer am 3. September 2021, mithin einen Tag nach der durchgeführten Pulmonalvenenisolation, in gutem Allgemeinzustand nach Hause entlassen. In Anbetracht dieser Aktenlage überzeugt die Einschätzung von Dr. med. L.____ vom Regionalen Ärztlichen Dienst vom 28. März 2022 (IV-Nr. 173), wonach die aufgetretenen medizinischen Probleme erfolgreich behandelt worden oder nur vorübergehender Natur gewesen seien, so dass nicht von einer dauerhaften Verschlechterung des Gesundheitszustands auszugehen sei. In der Beschwerde wird als relevante Veränderung in somatischer Hinsicht denn auch einzig die vermutete Migräne mit Aura genannt (Beschwerdeschrift S. 7). Diesbezüglich liegt die Aussage vom 10. September 2021 aus kardiologischer Sicht vor, wonach die vom Beschwerdeführer beschriebene Symptomatik am ehesten im Rahmen einer Migräne mit Aura interpretiert werde und eine neurologische Standortbestimmung als angezeigt erscheine (IV-Nr. 168 S. 4). Insofern der Beschwerdeführer nun geltend macht, die Beschwerdegegnerin hätte gestützt auf diese Aussage für eine weitere Klärung des Sachverhalts sorgen müssen, ist darauf hinzuweisen, dass die versicherte Person mit der Neuanmeldung die massgebliche Tatsachenänderung glaubhaft machen muss. Der Untersuchungsgrundsatz, wonach das Gericht beziehungsweise die Verwaltung von Amtes wegen für die richtige und vollständige Abklärung des rechtserheblichen Sachverhalts zu sorgen hat, greift hier gerade nicht (BGE 130 V 64 E. 5.2.5). Es stellt sich deshalb einzig die Frage, ob angesichts der medizinischen Aktenlage im Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung eine im Vergleich zum Zeitpunkt der Rentenaufhebung massgebliche Verschlechterung des Gesundheitszustands glaubhaft

gemacht worden ist. Eine solche Veränderung lässt sich indes allein aus dem Umstand, dass eine neurologische Standortbestimmung als angezeigt erschien, nicht ■ auch nicht im Sinne eines Glaubhaftmachens ■ ableiten. So hat der Beschwerdeführer denn auch nie begründet, inwiefern die Symptomatik seine Arbeitsfähigkeit einschränkt. Angaben zu Frequenz, Dauer, Behandelbarkeit und dergleichen fehlen gänzlich. Zudem ist darauf hinzuweisen, dass der Beschwerdeführer im Rahmen des Neuanmeldeverfahrens insgesamt mehr als ein halbes Jahr Zeit gehabt hätte, die Ergebnisse einer Standortbestimmung zu den Akten zu reichen und eine allfällige Verschlechterung aus neurologischer Sicht glaubhaft zu machen. Einen entsprechenden Bericht hat er jedoch auch innerhalb der ihm mit Vorbescheid vom 28. März 2022 (IV-Nr. 174) gesetzten Frist nicht eingereicht. Nach Gesagtem kann gestützt auf die der Beschwerdegegnerin im Verfügungszeitpunkt vorliegenden Akten aus somatischer Sicht nicht gesagt werden, eine erhebliche, dauerhafte Veränderung des Gesundheitszustands mit potenziell anspruchsbefehlenden Auswirkungen sei glaubhaft gemacht worden.

6.4.2 Was die psychiatrischen Aspekte anbelangt, ist entscheidend, ob glaubhaft gemacht wurde, dass nach der Begutachtung durch Dr. med. F.____ vom 28. August 2019 (vgl. IV-Nr. 107 S. 2) eine erhebliche Verschlechterung eingetreten ist, die geeignet ist, zu einem rentenbegründenden Invaliditätsgrad zu führen. Der Beschwerdeführer hatte im Verfahren VSBES.2020.131 die These vertreten, sein psychischer Gesundheitszustand habe sich gegenüber der ursprünglichen Rentenzusprechung im Jahr 2006 nicht verbessert (vgl. Eingabe vom 11. Juni 2021, IV-Nr. 155 S. 2 f.). Zur Stützung dieses Standpunkts hatte er einen Bericht des Psychiaters Dr. med. C.____ und des Psychologen D.____ vom 8. Juni 2021 eingereicht (IV-Nr. 155 S. 4 ff.). Das Versicherungsgericht führte dazu in seinem Urteil vom 30. Juni 2021, E. II. 6.5, aus, dieser Bericht liefere keine genügenden Anhaltspunkte für die Annahme einer Veränderung, die nach der Begutachtung durch Dr. med. F.____ eingetreten wäre. So werde die Verdachtsdiagnose eines Alkohol-Abhängigkeitssyndroms nicht näher begründet, und zudem sei der Bericht wegen fehlender Angaben zur Häufigkeit der Behandlungen und zum Tagesablauf des Beschwerdeführers wenig aussagekräftig. Der nun eingereichte Bericht von Dr. med. C.____ und Herrn D.____ vom 12. April 2022 (IV-Nr. 175) stimmt über weite Strecken wörtlich mit dem Bericht vom 8. Juni 2021 überein. Ergänzt sind im Wesentlichen der Hinweis auf die Herzrhythmusstörung und damit verbundene Ängste. Weiter werden neu Suizidgedanken erwähnt, von denen sich der Beschwerdeführer aber distanzieren könne. Zudem wird neu erklärt, die Sitzungen fänden wöchentlich statt. Weggelassen sind die Ausführungen zur Arbeitsfähigkeit und zu den Fähigkeiten nach Mini-ICF. Dieser leicht angepasste Bericht ist genauso wenig geeignet, eine Veränderung als glaubhaft erscheinen zu lassen, wie der Bericht vom 8. Juni 2021. Er äussert sich zwar zur Sitzungsfrequenz, weiterhin aber nicht zum Tagesablauf, dem im früheren Verfahren erhebliche Bedeutung zukam. Zudem fällt auf, dass in den zehn Monaten, die zwischen den beiden Berichten liegen, nahezu keine zusätzlichen Erkenntnisse gewonnen werden konnten. Auch der Bericht der psychiatrischen Dienste vom 6. April 2022 (IV-Nr. 180 S. 6 f.), der einen stationären Aufenthalt vom 24. bis 28. März 2022 dokumentiert, liefert keine Hinweise auf eine längerfristige Verschlechterung. Der Beschwerdeführer wurde wegen Suizidgedanken eingewiesen, konnte sich aber nach einem Tag davon distanzieren, weshalb er in die offene Station verlegt wurde. Seine Schlafstörungen wurden mit Seroquel behandelt. Am 28. März 2022 beendete er bei fehlender Selbst- und Fremdgefährdung den Aufenthalt auf eigenen Wunsch. Vor diesem Hintergrund überzeugt die RAD-Stellungnahme von Dr. med. L.____ vom 12. Mai 2022

(IV-Nr. 183), wonach die eingereichten Berichte keine anhaltende, relevante Verschlechterung des Gesundheitszustands belegen. Daran ändert auch das kurze Schreiben vom 10. Mai 2022 nichts, in welchem Dr. med. C.____ und Herr D.____ eine Psychose-Abklärung empfehlen, weil der Beschwerdeführer anlässlich der letzten Sitzung berichtet habe, Informant gewesen zu sein und eine Ausweisung aus der Schweiz zu befürchten (IV-Nr. 182 S. 3). Wie bereits oben im Zusammenhang mit den Kopfschmerzen ausgeführt, lässt sich allein aus dem Umstand, dass weitere Abklärungen als sinnvoll erachtet werden, kein Anhaltspunkt für eine massgebliche Verschlechterung des Gesundheitszustands ableiten. Dass der Beschwerdeführer nunmehr wöchentlich und nicht mehr monatlich eine Therapiesitzung in Anspruch nimmt, deutet ebenfalls nicht per se auf eine anspruchrelevante Veränderung hin. Vorliegend wurde die höhere Frequenz der Sitzungen vom behandelnden Psychotherapeuten denn auch nicht begründet. Zudem wird in den beiden Berichten vom 12. April 2022 und vom 10. Mai 2022 an keiner Stelle auf die frühere Begutachtung Bezug genommen. Weder die damals in der neuropsychologischen Untersuchung festgestellte Aggravation noch die in der psychiatrischen Untersuchung festgestellten beruflichen Ressourcen werden thematisiert. Auch dass der Beschwerdeführer wieder Stimmen höre, wie in der Beschwerdeschrift vorgebracht, wird weder in den beiden Berichten noch im Austrittsbericht vom 6. April 2022 erwähnt. Nach Gesagtem kann auch unter Berücksichtigung der psychiatrischen Aspekte nicht gesagt werden, eine erhebliche, dauerhafte Veränderung des Gesundheitszustands mit potenziell anspruchsbeeinflussenden Auswirkungen sei glaubhaft gemacht worden.

6.4.3 Zusammenfassend wird festgehalten, dass der Beschwerdeführer keine anspruchrelevante Veränderung des Gesundheitszustands glaubhaft gemacht hat. Die Beschwerdegegnerin ist somit zu Recht auf die Neuanmeldung nicht eingetreten. Dementsprechend ist die Beschwerde gegen die Nichteintretensverfügung vom 30. Mai 2022 abzuweisen.

7. Der Beschwerdeführer beantragt, es sei eine öffentliche Verhandlung nach Art. 6 Ziff. 1 EMRK mit zusätzlicher Partei- und Zeugenbefragung durchzuführen. Nach bundesgerichtlicher Rechtsprechung kann auf eine öffentliche Verhandlung verzichtet werden, wenn sich mit hinreichender Zuverlässigkeit erkennen lässt, dass eine Beschwerde offensichtlich unbegründet ist (BGE 136 I 279 E. 1, BGE 122 V 47 E. 3). Dies ist vorliegend der Fall, da die Beschwerde von vornherein nicht geeignet war, die Verfügung der Beschwerdegegnerin infrage zu stellen. In diesem Zusammenhang wird auf die unangefochten gebliebene Zwischenverfügung des Instruktionsrichters vom 6. September 2022 verwiesen, mit welcher das Gesuch um Bewilligung der unentgeltlichen Rechtspflege und Bestellung eines unentgeltlichen Rechtsbeistandes wegen Aussichtslosigkeit der Beschwerde abgewiesen wurde (A.S. 33 ff.). Vorliegend sind keine Gründe ersichtlich, die trotz offensichtlicher Unbegründetheit der Beschwerde für die Durchführung einer öffentlichen Verhandlung sprechen. Auch der Beschwerdeschrift ist diesbezüglich keine Begründung zu entnehmen, im Übrigen auch nicht für den Antrag, es seien Partei- und Zeugenbefragungen durchzuführen. Der Antrag auf Durchführung einer öffentlichen Verhandlung wird deshalb abgewiesen.

E. 8

8.2 Aufgrund von Art. 69 Abs. 1bisIVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand

und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von CHF 200.00 ■ 1'000.00 festgelegt. Im vorliegenden Fall hat der Beschwerdeführer Verfahrenskosten von CHF 600.00 zu bezahlen, wobei dieser Betrag mit dem geleisteten Kostenvorschuss von CHF 1'000.00 zu verrechnen ist. Dem Beschwerdeführer ist die Differenz von CHF 400.00 zurückzuerstatten.

Demnach wird erkannt:

4. Der Beschwerdeführer hat Verfahrenskosten von CHF 600.00 zu bezahlen. Der Betrag wird mit dem geleisteten Kostenvorschuss verrechnet. Die restlichen CHF 400.00 werden dem Beschwerdeführer zurückerstattet.

Rechtsmittel

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

Versicherungsgericht des Kantons Solothurn

Die Präsidentin

Die Gerichtsschreiberin

Weber-Probst

von Arx

E. 8.1

Bei diesem Ausgang des Verfahrens besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung.

8.2 Aufgrund von Art. 69 Abs. 1 bis IVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von CHF 200.00 – 1'000.00 festgelegt. Im vorliegenden Fall hat der Beschwerdeführer Verfahrenskosten von CHF 600.00 zu bezahlen, wobei dieser Betrag mit dem geleisteten Kostenvorschuss von CHF 1'000.00 zu verrechnen ist. Dem Beschwerdeführer ist die Differenz von CHF 400.00 zurückzuerstatten.

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