

# **SO\_GERICHTE VSBES.2022.164 vom 6. Juli 2022**

SO Obergericht, 2022-07-06, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so\\_gerichte\\_VSBES.2022.164](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2022.164)

FR: SO\_GERICHTE VSBES.2022.164 du 6 juillet 2022

IT: SO\_GERICHTE VSBES.2022.164 del 6 luglio 2022

## **Erwägungen**

### **E. 1**

1.1 Die IV-Stelle des Kantons Solothurn (fortan: Beschwerdegegnerin) verneinte am 5. September 2017 einen Anspruch des Versicherten A.\_\_\_\_ (fortan: Beschwerdeführer), geb. 1964, auf berufliche Massnahmen und eine Invalidenrente, da der Invaliditätsgrad nur bei 20 % lag (IV-Akten / IV-Nr. 138). Das Versicherungsgericht des Kantons Solothurn (fortan: Versicherungsgericht) schützte dies mit Urteil vom 28. September 2018 (IV-Nr. 152), welches unangefochten blieb. Auf das nächste Leistungsbegehren des Beschwerdeführers vom 6. April 2019 (IV-Nr. 154 S. 1 f.) trat die Beschwerdegegnerin am 10. Januar 2020 nicht ein (IV-Nr. 167). Das Versicherungsgericht und das Bundesgericht bestätigten dies am 26. November 2020 resp. 29. März 2021 (IV-Nrn. 175 + 177). 1.2 Am 18. März 2022 meldete sich der Beschwerdeführer erneut zum Leistungsbezug an (IV-Nr. 179). Die Beschwerdegegnerin stellte ihm mit Vorbescheid vom 29. März 2022 in Aussicht, mangels einer glaubhaft gemachten gesundheitlichen Veränderung werde auf seine Anmeldung nicht eingetreten, sofern er innert der Einwandfrist keine Beweismittel bebringe (IV-Nr. 184). Der Beschwerdeführer reichte daraufhin fristgerecht diverse Berichte ein (IV-Nrn. 188 + 190). Sodann setzte ihm die Beschwerdegegnerin erneut Frist (IV-Nrn. 191 + 193), worauf weitere Berichte folgten (IV-Nrn. 194 – 197). In der Folge trat die Beschwerdegegnerin mit Verfügung vom 6. Juli 2022 auf die Neuanmeldung nicht ein (Aktenseite / A.S. 1 ff.).

### **E. 2**

a) Es sei die Beschwerdesache zur korrekten Durchführung des Vorbescheidverfahrens an die [Beschwerdegegnerin] zurückzuweisen. b) Eventualiter: Es sei [die] Beschwerdegegnerin anzuweisen, auf den mit Neuanmeldung vom 18. März 2022 geltend gemachten Leistungsanspruch (berufliche Massnahmen, Rente) einzutreten und diesen materiell zu prüfen. c) Subeventualiter: Die Beschwerdesache sei zur Weiterführung der Eintretensprüfung und zum anschliessenden Entscheid über das Eintreten auf die Neuanmeldung vom 18. März 2022 an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen.

### **E. 3**

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

### **E. 4**

4.1 Die Beschwerdegegnerin stützte sich auf das B.\_\_\_\_-Gutachten vom 14. Oktober 2016 (IV-Nr. 126.1), als sie am 5. September 2017 einen Leistungsanspruch verneinte. Dieses Gutachten enthielt folgende Diagnosen (S. 10):

Mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit:

Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit

Vom Bewegungsapparat her könne eine verminderte Belastbarkeit des oberen und unteren Achsenskeletts sowie allenfalls beider Knie und des linken Daumengrundgelenks zugestanden werden (S. 11 unten). Kardiologisch gesehen sei die Pumpfunktion des Herzens intakt und eine Ischämie nicht mehr nachweisbar. Allgemeininternistisch und neurologisch ergäben sich keine Diagnosen (S. 12 oben). In psychiatrischer Hinsicht lasse sich keine anhaltende somatoforme Schmerzstörung diagnostizieren (S. 11). Die Persönlichkeitszüge, welche per se keinen Krankheitswert aufwiesen, und die zwei kardiologischen Eingriffe reichten nicht aus, um eine Arbeitsunfähigkeit zu begründen. Bei sämtlichen Untersuchungen zeige sich eine massiv eingeschränkte Beschwerdevalidität, welche letztlich auch eigenanamnestische Angaben mit Zweifeln belege. Es sei von einer Aggravation mit bewusstem Verdeutlichungsverhalten und Schmerzgebaren auszugehen (S. 12 Ziff. 6.3 ■ 6.5). Das Gesamtbild werde durch die eingeschränkte Beschwerdevalidität derartig verzerrt, dass eine valide Aussage zu einer möglicherweise tatsächlich vorliegenden anderen psychiatrischen Störung nicht mit ausreichender Sicherheit möglich sei. Dies betreffe vor allem die depressive Komponente (S. 13 Ziff. 7).

Die Gutachter gelangten zum Schluss, aus rheumatologischer Sicht bestehe in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Hilfsarbeiter in einer Garage und als Maschinenführer mit Heben von Lasten von mehrfach 10 bis 25 kg seit Beginn der Schmerzsymptomatik Mitte 2010 keine zumutbare Arbeitsfähigkeit. Für körperlich sehr leichte und leichte Tätigkeiten ohne Heben, Stossen oder Ziehen von Lasten von mehr als 5 bis 7 kg, ohne gehäuft über Kopf oder gebückt resp. kauern zu verrichtenden Tätigkeiten, ohne gehäuft kniende Tätigkeiten, ohne wiederholte Benutzung von Treppen, Stufen oder Leitern sowie ohne häufiges Rotieren des Oberkörpers bestehe eine Arbeitsfähigkeit von mindestens 80 %, dies spätestens drei bis max. sechs Monate nach der im Juli 2010 durchgeführten aortokoronaren Bypassoperation, während welcher der Explorand für sämtliche Tätigkeiten voll arbeitsunfähig gewesen sei (S. 12 Ziff. 6.6 f.).

4.2 In Zusammenhang mit der erneuten Anmeldung vom 6. April 2019 (IV-Nr. 154 S. 1 f.) gingen bei der Beschwerdegegnerin verschiedene Berichte ein:

4.2.1 Dr. med. C.\_\_\_\_, Facharzt für Facharzt Rheumatologie FMH, stellte im Bericht vom 14. April 2018 folgende Diagnosen (IV-Nr. 154 S. 6 ff.):

Die diffusen Schmerzen hätten sich seit 2009 noch ausgebreitet. Die klinische Untersuchung vom 9. April 2018 zeige keine Hinweise für eine Pathologie des rheumatischen Formenkreises. Die muskuloskelettale Funktionsprüfung ergebe keine relevante Funktionseinschränkung. Inwieweit ein Teil der Beschwerden auf eine Polyneuropathie zurückgehe, könne er als Rheumatologe nicht beurteilen. Ebenso wenig sei er in der Lage, eine psychiatrische Diagnose zu stellen. Es sei eine psychosomatische Beurteilung indiziert.

4.2.2 Der Bericht der Dres. D.\_\_\_\_ und E.\_\_\_\_, Ober- resp. Chefarzt am Kantonsspital F.\_\_\_\_, vom 4. Februar 2019 enthielt folgende Diagnosen (IV-Nr. 154 S. 4 f.):

Die MRI-Befunde der LWS erklärten die angegebenen Rückenschmerzen mit Ausstrahlung ins linke Bein sowie in den rechten Unterschenkel.

4.2.3 Dr. med. G.\_\_\_\_, Facharzt für Innere Medizin FMH, speziell Kardiologie, hielt zur Untersuchung vom 21. Februar 2019 fest (IV-Nr. 154 S. 9 ff.), der Beschwerdeführer leide unter einer bekannten koronaren Herzkrankheit mit erhaltener linksventrikulärer Funktion

und diffusen invalidisierenden Beschwerden, insbesondere Schwindel, sowie deutlich verminderter Leistungsfähigkeit. Am 22. November 2018 sei im Versorgungsgebiet der RCA eine relativ ausgedehnte Ischämie festgestellt worden. Nach PTCA / Stent an LCX und Hauptstamm links habe sich die Anstrengungsdyspnoe gebessert, während die Brustbeschwerden unverändert seien. EKG und Ruhe-Echokardiographie präsentierten sich weiterhin normal. Es persistierten eine schwere körperliche Dekonditionierung sowie ein invalidisierendes Schmerzsyndrom mit Depression und somatisierter Angst. Der Beschwerdeführer sei funktionell nach wie vor zu 100 % arbeitsunfähig und habe Anspruch auf eine vollumfängliche Invalidenrente. Seine Eingabe an das Versicherungsgericht sei von der IV-Behörde am 1. Oktober 2018 vollumfänglich abgewiesen worden. In Anbetracht des Verlaufs lasse sich eventuell nochmals ein neues Rentenbegehren begründen.

4.2.4 Dr. med. H.\_\_\_\_, Facharzt für Hals-, Nasen-, Ohrenkrankheiten FMH, stellte im Bericht vom 2. April 2019 folgende Diagnosen (IV-Nr. 154 S. 3):

Die ORL-Befunde seien unauffällig. Für das Globusgefühl finde sich im HNO-Bereich kein klinisches Korrelat.

4.2.5 Dr. med. G.\_\_\_\_ hielt im Bericht vom 7. November 2019 zur Untersuchung vom 23. Oktober 2019 folgende Diagnosen fest (IV-Nr. 164 S. 15 ff.):

Es persistierten eine schwere körperliche Dekonditionierung sowie ein invalidisierendes Schmerzsyndrom mit Depression und somatisierter Angst. Neu hinzugetreten seien eine therapeutisch kaum beeinflussbare invalidisierende Problematik bei lumbalen Diskushernien sowie Synkopen bei körperlicher Belastung. Als Folge der diversen internistischen Diagnosen bestehe ein chronisches Fatigue-Syndrom, welches vor allem durch den langjährigen Diabetes mellitus Typ II verursacht werde. Der Gesundheitszustand werde überdies durch die immer wieder floride koronare Herzkrankheit eingeschränkt. Zudem befinde sich der Beschwerdeführer mittlerweile in psychiatrischer Behandlung. Er sei weiterhin zu 100 % arbeitsunfähig. Die Eingabe an das Versicherungsgericht sei von der IV-Behörde am 1. Oktober 2018 vollumfänglich abgewiesen worden. In Anbetracht des Verlaufs mit Aggravation der Beschwerden und neuen medizinischen Diagnosen sei ein erneutes Rentenbegehren begründet. Die bisherigen Gutachten durch die Beschwerdegegnerin seien Beschimpfungs- und Gefälligkeitsgutachten mit Elementen der Falschbeurkundung, er verweise hier auf seine Eingaben vom 15. April 2014 und 11. Dezember 2017 (s. IV-Nr. 154 S. 14 ff.).

4.2.6 Dr. med. I.\_\_\_\_, Hausarzt des Beschwerdeführers, erklärte im Bericht vom 10. November 2019 (IV-Nr. 164 S. 12 f.), er behandle den Beschwerdeführer seit Februar 2018. Der Gesundheitszustand habe sich seit dem B.\_\_\_\_-Gutachten bzw. der IV-Verfügung vom

#### **E. 4.4**

4.4.1 Vorab ist festzuhalten, dass die Verfügung vom 5. September 2017 den massgeblichen Vergleichszeitpunkt bildet. Damals erfolgte die letzte materielle Beurteilung des Leistungsanspruchs, da auf die folgende Anmeldung vom 6. April 2019 nicht eingetreten wurde (s. E. I. 1.1 sowie E. II. 3.3 hiervor). Weiter ist darauf hinzuweisen, dass die Beschwerdegegnerin dem Beschwerdeführer im Vorbescheidverfahren zweimal Frist setzte, um Belege zur Glaubhaftmachung einer gesundheitlichen Verschlechterung einzureichen. Von dieser Möglichkeit machte der Beschwerdeführer denn auch jeweils Gebrauch (E. I. 1.2 hiervor). Angesichts dessen hat das Gericht aber nur diejenigen Arztberichte zu berücksichtigen, welche der Beschwerdegegnerin im Zeitpunkt der

angefochtenen Verfügung vorlagen, nicht aber die im Beschwerdeverfahren eingereichten Berichte (s. dazu E. II. 3.1 hiervor).

4.4.2 Der Beschwerdeführer macht einmal eine psychische Verschlechterung geltend, da nunmehr eine mittelgradig depressive Episode und eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung vorlägen. In der Tat finden sich in den Berichten der K.\_\_\_\_ resp. der L.\_\_\_\_ entsprechende Diagnosen (E. II. 4.3.4 hiervor), welche im B.\_\_\_\_-Gutachten von 2016 noch nicht gestellt worden waren (s. E. II. 4.1 hiervor). Der Beschwerdeführer übersieht jedoch eine wesentliche Aussage im besagten B.\_\_\_\_-Gutachten: Der psychiatrische Experte (und im Rahmen der Gesamtbeurteilung auch die anderen Gutachter) hielt dort dafür, die festgestellte Aggravation resp. eingeschränkte Beschwerdevalidität erlaube keine zuverlässige Beurteilung der gesundheitsbedingten Einschränkungen (s. IV-Nr. 126.3 S. 9 / 11 / 15 / 18 / 19). Dies bedeutet indes, dass eine leistungsbegründende Arbeitsunfähigkeit nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen war (s. dazu Urteil des Bundesgerichts 8C\_2/2022 vom 4. Juli 2022 E. 6.3). Eine wesentliche Veränderung seit dem B.\_\_\_\_-Gutachten könnte sich vor diesem Hintergrund zwar daraus ergeben, dass die Aggravation mittlerweile weggefallen ist, was nunmehr eine aussagekräftige psychiatrische Beurteilung gestatten würde. Dergleichen wird aber in den vorliegenden Berichten der behandelnden Ärzte nirgends erwähnt. Dort wird vielmehr auf die Frage der Aggravation, geschweige denn die betreffenden Ausführungen im B.\_\_\_\_-Gutachten, mit keinem Wort eingegangen. Bleibt aber offen, ob eine Aggravation, welche eine zuverlässige Einschätzung des psychischen Gesundheitszustands in der Vergangenheit verhindert hat, weiterhin vorliegt oder nicht, so sind die besagten Berichte schon aus diesem Grund nicht geeignet, eine psychisch bedingte Verschlechterung der Arbeitsfähigkeit gegenüber 2017 glaubhaft zu machen. Zudem ist auf die Würdigung der Akten durch die RAD-Ärztin Dr. med. P.\_\_\_\_, Fachärztin für Neurologie FMH, vom 5. Juli 2022 hinzuweisen (IV-Nr. 198 S. 2). Dort wird dargelegt, dass seit 2011 mehrfach eine ängstlich-depressive Symptomatik beschrieben worden sei. Diese habe ihren Niederschlag in verschiedenen Diagnosen wie rezidivierende depressive Störung mit chronischer Schmerzverarbeitungsstörung oder Angst und depressive Störung gemischt gefunden, was im B.\_\_\_\_-Gutachten nicht habe bestätigt werden können. Die aktuellen Beschwerden hätten sich gegenüber dem Gutachten nicht relevant verändert, weshalb es sich bei den aktuellen Berichten der behandelnden Ärzte einfach um eine andere Beurteilung handle.

Richtig ist, dass der Beschwerdeführer im März 2022 in die Tagesklinik der K.\_\_\_\_ eintrat (E. II. 4.3.4 hiervor) und am 4. Juli 2022, also noch kurz vor dem Stichtag der angefochtenen Verfügung, hospitalisiert wurde (E. II. 4.3.6.2 hiervor). Dazu ist einerseits festzuhalten, dass der Beschwerdegegnerin zur Hospitalisation keine Berichte vorlagen, als sie verfügte (s. dazu E. II. 4.4.1 in fine hiervor). Andererseits lässt sich aus den Berichten der K.\_\_\_\_ nicht ableiten, dass bis zum Verfügungszeitpunkt eine dauerhafte gesundheitliche Verschlechterung eingetreten war, zumal die stationäre Behandlung am 28. Oktober 2022 endete und für die Zeit nach dem 1. November 2022 keine Zeugnisse vorliegen, welche eine Arbeitsunfähigkeit bescheinigen würden. Eine Invalidenrente setzt u.a. voraus, dass die versicherte Person während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig gewesen ist (Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG). Da der früheste Bericht, der auf eine gesundheitliche Verschlechterung mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit hindeuten könnte, vom 16. Februar 2022 stammt (E. II. 4.3.4 hiervor), wäre das Wartejahr am 6. Juli 2022 noch nicht abgelaufen gewesen und es hätte noch kein Rentenanspruch

entstehen können.

4.4.3 Was den Bewegungsapparat anbelangt, so war im B.\_\_\_\_-Gutachten von einer freien Beweglichkeit der HWS die Rede gewesen (E. II. 4.1 hiervor). Demgegenüber erklärte Dr. med. J.\_\_\_\_ im Dezember 2020 einerseits, der Beschwerdeführer beklage eine störende Einschränkung in der Beweglichkeit der HWS. Andererseits stellte er fest, bildgebend seien neu eine Spondylarthrose C5/6, eine Osteochondrose C5/6 und eine asymptotische Diskusprotrusion C5/6 nachgewiesen (E. II. 4.3.1 hiervor). Der Umstand, dass degenerative Veränderungen an den Wirbeln radiologisch belegt sind, bedeutet jedoch für sich allein genommen nicht, dass darin die Ursache für die geklagten Schmerzen liegt und die Leistungsfähigkeit deswegen eingeschränkt ist. Bei der Beurteilung von Gesundheitsschäden im Bereich der Wirbelsäule kommt es vielmehr in erster Linie auf das Ergebnis der klinischen Untersuchung an (Urteile des Bundesgerichts 9C\_512/2021 vom 1. Juli 2022 E. 6.2, 9C\_567/2020 vom 11. Dezember 2020 E. 6.1, 8C\_839/2019 vom 12. Mai 2020 E. 3.2.1 und 8C\_82/2019 vom 19. September 2019 E. 5.3). Dr. med. J.\_\_\_\_ bleibt indes nähere Angaben zu den postulierten Bewegungseinschränkungen schuldig. Von zentraler Bedeutung wäre eine Diagnose des Funktionsausfalls, d.h. eine qualitative und quantitative Analyse der Funktionsstörung des Bewegungsapparats und seiner Folgen für die versicherte Person. Fehlen in einem Arztbericht wie hier Ausführungen zur Brauchbarkeit eines Gelenks, so lässt sich insoweit keine Einschränkung der praktischen Leistungsfähigkeit begründen (Urteil des Bundesgerichts 9C\_451/2018 vom 10. April 2019 E. 4.1.2). Die Berichte von Dr. med. J.\_\_\_\_ bieten mit anderen Worten kaum mehr als eine unkommentierte Bestätigung der subjektiven Darstellung des Beschwerdeführers.

Im Bericht von Dr. med. O.\_\_\_\_ zur Untersuchung vom 18. August 2022 ist zwar von starken Zervikobrachialgien und ebensolchen lumboischialgieformen Schmerzen die Rede (E. II. 4.3.6 hiervor), welche in den letzten Monaten (also noch vor der angefochtenen Verfügung) zugenommen hätten. Hierzu ist wiederum festzuhalten, dass der Beschwerdegegnerin kein entsprechender Bericht vorlag, als sie auf die Neuanmeldung nicht eintrat. Im Übrigen fehlt hier nach wie vor eine detaillierte Würdigung der Nackenbeschwerden. Auch bei den lumbalen Rückenschmerzen wurde nicht näher ausgeführt, inwiefern diese resp. ihre Ausprägung objektivierbar sind. Dr. med. O.\_\_\_\_ stellte vielmehr unkritisch auf die subjektiven Angaben des Beschwerdeführers ab, welche für sich allein nicht ausreichen (Urteil des Bundesgerichts 9C\_793/2016 vom 3. März 2017 E. 4.1.2); so heisst es im Bericht namentlich, der Beschwerdeführer «beklage» Schmerzen oder «berichte» davon. Andererseits korrespondieren die erhobenen Befunde wie ein normales Gangbild sowie der vorgeführte Zehenspitzen- und Fersenstand schwerlich mit unerträglichen Schmerzen, wie sie der Beschwerdeführer vorbringt. Aufschlussreiche Angaben zu seinem Verhalten in der Untersuchung, z.B. wie lange er während des Gesprächs sitzen konnte oder ob er einen schmerzgeplagten Eindruck hinterliess, fehlen gänzlich. Richtig ist, dass Dr. med. O.\_\_\_\_ am 18. August 2022 erstmals eine Hyposensibilität feststellte. Dies geschah jedoch mehr als einen Monat nach der angefochtenen Verfügung vom 6. Juli 2022 und liegt damit ausserhalb des entscheiderelevanten Sachverhalts. Es ist zwar durchaus möglich, dass diese Hyposensibilität schon vor der Verfügung bestand, aber anhand der Akten lässt sich dies nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nachweisen. Die Berichte vom 22. September und 15. November 2022 schliesslich (E. II. 4.3.6.3 f. hiervor) sind ebenfalls unbehelflich, da sie eine Untersuchung resp. Behandlung rund zweieinhalb resp. drei Monate nach der

Verfügung der Beschwerdegegnerin betreffen.

4.4.4 Hinsichtlich der koronaren Herzerkrankung lässt sich in den verschiedenen Berichten von Dr. med. G.\_\_\_\_ (IV-Nr. 154 S. 9 ff. / Nr. 164 S. 15 ff. / Nr. 180 S. 8 ff.) keine objektive Verschlechterung ausmachen. Seine aktuelle Beurteilung vom 14. Januar 2022 (IV-Nr. 180 S. 14) deckt sich vielmehr wortwörtlich mit derjenigen vom 20. November 2015 (IV-Nr. 114 S. 7), welche vor dem B.\_\_\_\_-Gutachten und der Leistungsverweigerung am 5. September 2017 ergangen war:

Patient mit bekannter koronarer Herzkrankheit, erhaltener linksventrikulärer Funktion und diffusen invalidisierenden Beschwerden, insbesondere Schwindel, und deutlich verminderter Leistungsfähigkeit

Dr. med. G.\_\_\_\_ hielt zudem wiederholt fest, es lägen unveränderte Befunde resp. persistierende Beschwerden vor (IV-Nr. 180 S. 14). Dies korrespondiert damit, dass die Ergebnisse der Echokardiographie vom 14. Juni 2017, d.h. der letzten Untersuchung vor der Leistungsverweigerung am 5. September 2017, mit denjenigen vom 14. Dezember 2021 übereinstimmen, abgesehen von einer gewissen Verringerung der linksventrikulären Funktion von 70 % auf 65 %. Ausserdem war seit 2017 stets von einer objektiv normalen Ergometrie und Belastungs-Echokardiographie die Rede, wenn man von den Untersuchungen von November 2018 bis Februar 2019 absieht, als ein weiterer Eingriff erfolgte und der Beschwerdeführer sich erst wieder erholen musste (S. 8). Im Übrigen fällt auf, dass Dr. med. G.\_\_\_\_ bereits am 15. April 2014 erklärt hatte, der Beschwerdeführer sei weiterhin zu 100 % arbeitsunfähig (IV-Nr. 154 S. 18), und am 11. Dezember 2017 ergänzte, auf das B.\_\_\_\_-Gutachten könne nicht abgestellt werden (IV-Nr. 154 S. 14 f.). Daran knüpfte Dr. med. G.\_\_\_\_ in seinen Berichten vom 21. Februar und 7. November 2019 sowie 14. Januar 2022 an, indem er von einem Anspruch auf eine ganze Rente sowie von «Beschimpfungs- und Gefälligkeits-Gutachten mit Elementen der Falsch-Beurkundung» sprach (IV-Nr. 154 S. 11 / Nr. 164 S. 19 / Nr. 180 S. 14). Daraus erhellt, dass er den Beschwerdeführer bereits seit Jahren als invalid ansah und daran in seinen neueren Bericht einfach festhielt, ungeachtet der Tatsache, dass sowohl die Beschwerdegegnerin als auch das Versicherungsgericht das anderslautende B.\_\_\_\_-Gutachten als beweiswertig erachtet hatten.

4.4.5 Richtig ist, dass der Beschwerdeführer diabetesbedingt an beiden Augen eine Retinopathie entwickelte, welche aber gemäss Augenarzt erfolgreich behandelt wurde und stabil ist (s. E. II. 4.3.5 hiavor). Die behaupteten häufigen Blutzuckerentgleisungen wiederum sind nirgends in den Akten ärztlich dokumentiert. Eine diabetische Neuropathie schliesslich, wie sie einige Ärzte feststellten (E. II. 4.3.2 + 4.3.3 hiavor) wurde schon vor dem 5. September 2017 erwähnt und ist damit nicht neu (IV-Nr. 194 S. 2 f.). Dasselbe gilt für die Nephropathie (IV-Nr. 65 S. 2). Berichte über eine zwischenzeitlich eingetretene Verschlimmerung sind nicht aktenkundig, weshalb sich aus diesen Diagnosen nichts für den Beschwerdeführer ableiten lässt.

4.4.6 Unter Schwindel litt der Beschwerdeführer bereits vor der Verfügung vom 5. September 2017, ohne dass dem im B.\_\_\_\_-Gutachten ein Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit beigemessen worden wäre (s. unter E.II. 4.1 hiavor). Die Dres. H.\_\_\_\_ und G.\_\_\_\_ erwähnen diese Symptomatik zwar weiterhin (E. II. 4.2.4 / 4.2.5 / 4.3.3), ohne aber näher darauf einzugehen. Namentlich heisst es in keinem der fraglichen Berichte, dass mittlerweile eine Verschlechterung eingetreten sei. Was die bei Dr. med. G.\_\_\_\_ erwähnten

Synkopen unter Belastung angeht, so ist nach dem 5. September 2017 nur ein einziger derartiger Vorfall dokumentiert, nämlich eine Präsynkope im Juni 2021 (s. E II. 4.3.2 hiervor). Von einer bedeutsamen und anhaltenden gesundheitlichen Verschlimmerung kann somit in diesem Zusammenhang keine Rede sein.

Die von Dr. med. H.\_\_\_\_ im Jahr 2019 gestellten Diagnosen Schwerhörigkeit und Globusgefühl (E. II. 4.2.4 hiervor) helfen dem Beschwerdeführer ebenfalls nicht weiter. Hinsichtlich der Schwerhörigkeit fehlen nach wie vor audiometrische Messwerte. Ist aber der Grad der Beeinträchtigung unklar, so kann aus dieser Diagnose keine Arbeitsunfähigkeit abgeleitet werden. Das Globusgefühl wiederum lässt sich durch keine objektiven Befunde erklären und kann daher auch keine invalidisierende Wirkung haben. In den Akten finden sich keine Anhaltspunkte dafür, dass sich daran in der Zwischenzeit etwas geändert hätte.

4.5 Zusammenfassend ist die Beschwerdegegnerin auf die Neuanschuldung des Beschwerdeführers vom 18. März 2022 mangels Glaubhaftmachung einer relevanten Veränderung zu Recht nicht eingetreten. Die Beschwerde stellt sich damit als unbegründet heraus und ist abzuweisen.

5. Die obsiegende Beschwerde führende Person hat Anspruch auf Ersatz der Parteikosten (Art. 61 lit. g ATSG). Da das Versicherungsgericht die angefochtene Verfügung bestätigt, ist der Beschwerdeführer an sich unterlegen. Im Hinblick auf die klare Verletzung der Begründungspflicht erscheint es jedoch angezeigt, ihm zu Lasten der Beschwerdegegnerin eine reduzierte Parteientschädigung von pauschal CHF 300.00 (einschliesslich Auslagen und Mehrwertsteuer) zuzusprechen.

6. Bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder Verweigerung von Leistungen der Invalidenversicherung ist das Beschwerdeverfahren vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig (Art. 69 Abs. 1bisIVG). Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von CHF 200.00 bis 1'000.00 festgelegt. Im vorliegenden Fall hat der unterlegene Beschwerdeführer die Verfahrenskosten von CHF 1'000.00 zu bezahlen, welche mit dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe verrechnet werden.

Demnach wird erkannt:

3. Der Beschwerdeführer hat die Verfahrenskosten von CHF 1'000.00 zu bezahlen. Dieser Betrag wird mit dem geleisteten Kostenvorschuss in Höhe von CHF 1'000.00 verrechnet.

4. Je eine Kopie des Protokolls der Verhandlung vom 13. Dezember 2022 geht zur Kenntnisnahme an die Parteien.

5. Je eine Kopie der Kostennote vom 13. Dezember 2022 sowie der Beweisurkunden 5 ■ 8 des Beschwerdeführers 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



eingeschränkt. Der Beschwerdeführer sei funktionell weiterhin für jede Art von Tätigkeit zu 100 % arbeitsunfähig und habe Anspruch auf eine vollumfängliche Invalidenrente. Die Eingabe an das Versicherungsgericht sei von der IV-Behörde am 1. Oktober 2018 vollumfänglich abgewiesen worden. In Anbetracht des Verlaufs mit Aggravation der Beschwerden und neuen medizinischen Diagnosen sei ein erneutes Rentenbegehren begründet. Die bisherigen Gutachten seien Beschimpfungs- und Gefälligkeitsgutachten mit Elementen der Falschbeurkundung, er verweise dazu auf seine Eingaben vom 15. April 2014 und vom 11. Dezember 2017 (S. 14).

4.3.4 Nach der Aufnahme in die Tagesklinik stellten die K.\_\_\_\_ im Bericht vom 3. März 2022 folgende Diagnosen (IV-Nr. 180 S. 1 ff.; s.a. Bericht der L.\_\_\_\_ vom 16. Februar 2022, S. 5 ff.):

Es finde eine supportive Einzelpsychotherapie, eine Behandlung mit Psychopharmaka sowie eine delegierte verhaltenstherapeutisch orientierte Psychotherapie statt. In den Schreiben vom

#### **E. 6**

Valgus-Knick-Senkfüsse beidseits, klinisch diffuse Palpationsdolenzen beidseits Vom Bewegungsapparat her könne eine verminderte Belastbarkeit des oberen und unteren Achsenskeletts sowie allenfalls beider Knie und des linken Daumengrundgelenks zugestanden werden (S.

#### **E. 8**

Juli 2022 wurde sodann ab 4. Juli 2022 eine vollständige Arbeitsunfähigkeit attestiert und erklärt, der Beschwerdeführer habe eine teilstationäre Behandlung aufgenommen (IV-Nr. 202).

4.3.5 Dr. med. M.\_\_\_\_, Oberarzt Retinologie bei der N.\_\_\_\_-Klinik in [...], diagnostizierte im Bericht vom 11. März 2022 (IV-Nr. 190 S. 12 ff.) eine beidseitige rechtsbetonte diabetische Retinopathie mit Status nach Laserkoagulation rechts am 13. Oktober 2015. Hinzu kämen beidseits mässige hypertone Fundusveränderungen und eine Sicca-Symptomatik. In der heutigen Verlaufskontrolle zeigte sich ein stabiler Netzhautbefund. Derzeit seien keine frischen Blutungen und kein Makulaödem nachweisbar.

4.3.6 Im Beschwerdeverfahren reichte der Beschwerdeführer folgende Berichte ein, welche nach der angefochtenen Verfügung ergangen waren:

4.3.6.1 Dr. med. O.\_\_\_\_, Leitender Arzt Wirbelsäulenchirurgie am Kantonsspital F.\_\_\_\_, stellte im Bericht vom 19. August 2022 (Beschwerdebeilage / BB-Nr. 4) folgende Diagnosen:

Der Beschwerdeführer leide schon seit Jahren an zervikalen und lumbalen Rückenschmerzen. Die Beschwerden hätten in den letzten Monaten zugenommen, besonders die lumbale Symptomatik sei nicht mehr zu ertragen. Der Beschwerdeführer beklage am Morgen nach dem Aufstehen sehr starke lumbosakrale Rückenschmerzen mit auch starken Schmerzausstrahlungen ins linke Bein. Er berichte zudem über ein Taubheitsgefühl im linken Oberschenkel und ab und zu auch weniger Kraft. Die zervikalen Beschwerden seien ebenfalls persistierend. Das Gangbild sei normal, der Zehenspitzen- und Fersenstand gut vorführbar. Links finde sich im Dermatome L5 eine Hyposensibilität. Motorische Ausfälle an den unteren Extremitäten seien nicht objektivierbar.

4.3.6.2 Der Austrittsbericht der K.\_\_\_\_ vom 28. Oktober 2022 (BB-Nr. 5) bestätigte in Zusammenhang mit der stationären Behandlung ab 4. Juli 2022 die Diagnosen einer mittelgradig depressiven Episode sowie einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren. Das Zeugnis vom gleichen Tag bescheinigte vom 4. Juli bis 1. November 2022 eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % (BB-Nr. 6).

4.3.6.3 Dr. med. O.\_\_\_\_ stellte im Sprechstundenbericht vom 22. September 2022 (BB-Nr. 7) die nachstehenden Diagnosen:

4.3.6.4 Der Zwischenbericht des Kantonsspitals F.\_\_\_\_ vom 15. November 2022 (BB-Nr. 8) äusserte sich zum Verlauf der Physiotherapie ab 13. Oktober 2022.

## **E. 11**

Verdacht auf Cluster-Headache linkes Auge Bei der Szintigraphie im Januar 2022 habe sich keine Ischämie nachweisen lassen. Als Folge der diversen internistischen Diagnosen bestehe ein chronisches Fatigue-Syndrom, welches vor allem durch den langjährigen Diabetes mellitus Typ II verursacht werde. Hinzu getreten seien eine therapeutisch kaum beeinflussbare invalidisierende Problematik bei lumbalen Diskushernien sowie Synkopen bei körperlicher Belastung. Der Gesundheitszustand werde zudem durch die immer wieder floride koronare Herzkrankheit eingeschränkt. Der Beschwerdeführer sei funktionell weiterhin für jede Art von Tätigkeit zu 100 % arbeitsunfähig und habe Anspruch auf eine vollumfängliche Invalidenrente. Die Eingabe an das Versicherungsgericht sei von der IV-Behörde am 1. Oktober 2018 vollumfänglich abgewiesen worden. In Anbetracht des Verlaufs mit Aggravation der Beschwerden und neuen medizinischen Diagnosen sei ein erneutes Rentenbegehren begründet. Die bisherigen Gutachten seien Beschimpfungs- und Gefälligkeitsgutachten mit Elementen der Falschbeurkundung, er verweise dazu auf seine Eingaben vom 15. April 2014 und vom 11. Dezember 2017 (S. 14).

4.3.4 Nach der Aufnahme in die Tagesklinik stellten die K.\_\_\_\_ im Bericht vom 3. März 2022 folgende Diagnosen (IV-Nr. 180 S. 1 ff.; s.a. Bericht der L.\_\_\_\_ vom 16. Februar 2022, S. 5 ff.): 1. Mittelgradig depressive Episode (F32.1) 2. Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (F45.41) · Fatigue-Symptomatik 3. Arterielle Hypertonie · Blutdruckspitzen und häufige Entgleisungen 4. Koronare Herzkrankheit mit Karotis-Atheromatose (Erstdiagnose 2012) · Status nach offener Bypass-OP (2010) 5. Diabetes mellitus Typ II, insulinabhängig (Erstdiagnose 2012) · Retinopathie, Nephropathie, Neuropathie. 6. Tinnitus seit Jahren Es finde eine supportive Einzelpsychotherapie, eine Behandlung mit Psychopharmaka sowie eine delegierte verhaltenstherapeutisch orientierte Psychotherapie statt. In den Schreiben vom 8. Juli 2022 wurde sodann ab 4. Juli 2022 eine vollständige Arbeitsunfähigkeit attestiert und erklärt, der Beschwerdeführer habe eine teilstationäre Behandlung aufgenommen (IV-Nr. 202).

4.3.5 Dr. med. M.\_\_\_\_, Oberarzt Retinologie bei der N.\_\_\_\_-Klinik in [...], diagnostizierte im Bericht vom 11. März 2022 (IV-Nr. 190 S. 12 ff.) eine beidseitige rechtsbetonte diabetische Retinopathie mit Status nach Laserkoagulation rechts am 13. Oktober 2015. Hinzu kämen beidseits mässige hypertone Fundusveränderungen und eine Sicca-Symptomatik. In der heutigen Verlaufskontrolle zeigte sich ein stabiler Netzhautbefund. Derzeit seien keine frischen Blutungen und kein Makulaödem nachweisbar.

4.3.6 Im Beschwerdeverfahren reichte der Beschwerdeführer folgende Berichte ein, welche nach der angefochtenen Verfügung ergangen waren:

4.3.6.1 Dr. med. O.\_\_\_\_, Leitender Arzt Wirbelsäulenchirurgie am Kantonsspital F.\_\_\_\_, stellte im Bericht vom 19. August 2022 (Beschwerdebeilage / BB-Nr. 4) folgende Diagnosen: 1. Starke Zervikobrachialgien linksbetont mit axialen

Nackenschmerzen bei bekannter Spondylarthrose und Bandscheibenprotrusion C5/6 2. Starke lumboischialgieforme Schmerzen links im Dermatome L5 und S1 3. Bekannte Diskopathie und Diskusprotrusion L4/5 Der Beschwerdeführer leide schon seit Jahren an zervikalen und lumbalen Rückenschmerzen. Die Beschwerden hätten in den letzten Monaten zugenommen, besonders die lumbale Symptomatik sei nicht mehr zu ertragen. Der Beschwerdeführer beklage am Morgen nach dem Aufstehen sehr starke lumbosakrale Rückenschmerzen mit auch starken Schmerzausstrahlungen ins linke Bein. Er berichte zudem über ein Taubheitsgefühl im linken Oberschenkel und ab und zu auch weniger Kraft. Die zervikalen Beschwerden seien ebenfalls persistierend. Das Gangbild sei normal, der Zehenspitzen- und Fersenstand gut vorführbar. Links finde sich im Dermatome L5 eine Hyposensibilität. Motorische Ausfälle an den unteren Extremitäten seien nicht objektivierbar. 4.3.6.2 Der Austrittsbericht der K. \_\_\_ vom 28. Oktober 2022 (BB-Nr. 5) bestätigte in Zusammenhang mit der stationären Behandlung ab 4. Juli 2022 die Diagnosen einer mittelgradig depressiven Episode sowie einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren. Das Zeugnis vom gleichen Tag bescheinigte vom 4. Juli bis 1. November 2022 eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % (BB-Nr. 6). 4.3.6.3 Dr. med. O. \_\_\_ stellte im Sprechstundenbericht vom 22. September 2022 (BB-Nr. 7) die nachstehenden Diagnosen: 1. Diskopathie L3/4, L4/5 und L5/S1 mit zentraler rechtsbetonter Bandscheibenprolaps L5/S1 mit Lumbalgien und Lumboischialgien 2. Deutlich verminderte lumbale Lordose 3. Diskopathie und unkovertbrale Arthrose C5/6 mit beidseitiger foraminaler Stenose und starke Zervikalgie 4.3.6.4 Der Zwischenbericht des Kantonsspitals F. \_\_\_ vom 15. November 2022 (BB-Nr. 8) äusserte sich zum Verlauf der Physiotherapie ab 13. Oktober 2022.

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