

# **SO\_GERICHTE VSBES.2023.225 vom 13. Juli 2023**

SO Obergericht, 2023-07-13, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so\\_gerichte\\_VSBES.2023.225](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2023.225)

FR: SO\_GERICHTE VSBES.2023.225 du 13 juillet 2023

IT: SO\_GERICHTE VSBES.2023.225 del 13 luglio 2023

## **Erwägungen**

### **E. 1**

Die Verfügung der IV-Stelle Solothurn vom 13. Juli 2023 sei aufzuheben.

### **E. 2**

a) Die Beschwerdesache sei zur korrekten Durchführung des Vorbescheidverfahrens an die IV-Stelle Solothurn zurückzuweisen. b) Eventualiter: Die Beschwerdegegnerin sei anzuweisen, auf das Leistungsgesuch vom 23. März 2023 einzutreten und dieses in Bezug auf berufliche Massnahmen und eine Invalidenrente materiell zu prüfen. c) Subeventualiter: Die Beschwerdesache sei zur Weiterführung der Eintretensprüfung namentlich unter Berücksichtigung der Stellungnahme der J.\_\_\_\_ vom 12. Juli 2023 und zum anschliessenden Entscheid über das Eintreten an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen.

### **E. 3**

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

### **E. 4**

Ein- und Durchschlafinsomnie, nicht organisch · Verbesserungsfähige Schlafhygiene, Depression

### **E. 5**

Depression

### **E. 6**

Adipositas Grad I · BMI 33.5 kg/m<sup>2</sup> Zur Beurteilung wurde festgehalten, bei computertomographisch festgestellten subsoliden Formationen im rechten Unterlappen sei am 20. Januar 2023 eine Bronchoskopie durchgeführt worden. Dort zeigten sich zytologisch keine Hinweise auf einen opportunistischen Infekt sowie keine Malignitätszeichen. In der Mikrobiologie hätten sich Haemophilus influenzae Erreger gefunden. Daher interpretiere man den Befund am ehesten im Rahmen eines Haemophilus Influenza Infektes. Man habe dem Beschwerdeführer eine antibiotische Therapie für eine Woche verschrieben. Eine Verlaufskontrolle inklusive CT des Thorax werde in 6 Wochen stattfinden. 6.2.3 Im Bericht vom 1. April 2023 (IV-Nr. 134) diagnostizierte Dr. med. H.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie, ein schizophreses Residuum (ICD-10: F20.5) und eine mittelschwere Depression mit somatischem Syndrom (ICD-10: F32.11). Zur Beurteilung führte Dr. med. H.\_\_\_\_ aus, der Beschwerdeführer werde im O.\_\_\_\_ regelmässig im Abstand von 1 – 3 Wochen betreut. Während der ambulanten Nachsorge sei es zu nahezu psychotischen Episoden gekommen. Der Beschwerdeführer sei im Juli 2020 mit der Diagnose Schizophrenie in die J.\_\_\_\_ eingeliefert worden. Derzeit bestehe bei ihm ein

ängstlich-depressiver Zustand. Es sei zu einer Verschlechterung der Stimmung gekommen, begleitet von alltäglichen Ängsten. Er habe Schwierigkeiten, sich zu konzentrieren und aufmerksam zu sein. Das Interesse, die Freude und das Selbstwertgefühl hätten abgenommen. Der Beschwerdeführer leide unter neurovegetativen Störungen wie Tachykardie, Schwitzen und Kopfschmerzen. Gleichzeitig habe er manchmal Gedankengrübeln, begleitet von Verfolgungsgedanken. Zudem habe er Alpträume und düstere Zukunftsgedanken. Des Weiteren habe er häufig Selbstmordgedanken. Zur Gesamtbeurteilung hielt Dr. med. H.\_\_\_\_ fest, der Beschwerdeführer leide an einer schweren Krankheit: Zu einer tiefen Depression gesellten sich chronische Verfolgungssymptome. Der Beschwerdeführer sei zu 100 % arbeitsunfähig. Die Nebenwirkungen von Medikamenten sowie Migräneanfälle brächten zusätzliche Müdigkeit mit sich. Die Krankheit bestehe seit Jahren ohne Besserung und es sei sogar zu einer Verschlechterung der psychotischen und depressiven Symptome gekommen.

6.2.4 Im Bericht von Dr. med. F.\_\_\_\_, Facharzt für Neurochirurgie, vom 6. April 2023 (IV-Nr. 144, S. 13) wurde ausgeführt, die foraminale Infiltration L4/5 rechts vor 6 Wochen habe dem Beschwerdeführer keinerlei Besserung gebracht, auch keine temporäre Besserung. Bei diesem negativen Ansprechen auf die Infiltration und aufgrund des diskreten radiologischen Befundes einer kleinen, breitbasigen Diskusprotrusion, sei es unwahrscheinlich, dass eine Nervenwurzelirritation L4 rechts vorliege. Dies auch unter Beachtung der Tatsache, dass die Schmerzen im rechten Bein diffus und nicht auf das Dermatom L4 bezogen angegeben würden. Eine Operationsindikation könne unter diesen Aspekten nicht gestellt werden. Denkbar wäre aber ein Versuch mit Fazetteninfiltrationen bei nachgewiesenen Spondylarthrosen. Der Beschwerdeführer wolle dies noch überdenken und dürfe sich bei Bedarf wieder an ihn, Dr. med. F.\_\_\_\_, wenden.

6.2.5 Im Austrittsbericht der J.\_\_\_\_, vom 8. Mai 2023 betreffend die Hospitalisation des Beschwerdeführers vom 27. April 2023 bis 8. Mai 2023 (IV-Nr. 144, S. 7) wurden folgende Diagnosen gestellt: 1. Paranoide Schizophrenie, Residuum ICD-10 F20.0 · Mit akustische Halluzinationen, Beeinträchtigungs- und Verfolgungsideen sowie Minussymptomatik wie Antriebslosigkeit, Lustlosigkeit 2. A. e. rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (F32.1) Die Selbstzuweisung sei nach telefonischer Voranmeldung beim Triage Oberarzt, wegen psychischer Dekompensation mit zunehmender depressiver Stimmung im Rahmen eines bekannten schizophrenen Residuums sowie V.a. rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode, erfolgt. Die letzte Hospitalisation im Hause sei vom 9. bis 24. Juli 2020 unter den gleichen Umständen erfolgt. Während seines Aufenthaltes sei der Beschwerdeführer als zurückgezogen wahrgenommen worden. Er habe oft über Kopfschmerzen, vor allem morgens und chronisch unspezifische lumbale Schmerzen berichtet, die seine Tagesstruktur sehr beeinflussten. Auf der Station habe er bei der Körper- und Kleiderhygiene Hilfe durch die Pflege benötigt. Er habe oft von Durchschlafstörungen mit Alpträumen berichtet, doch sei er nachts meist schlafend, ohne Zeichen einer Schlafapnoe wahrgenommen worden. Pharmakologisch sei beim Beschwerdeführer das vorbekannte Duloxetin unverändert fortgeführt und das Reagila von 3 mg auf 4.5 mg aufgrund bestehender psychotischer Symptome erhöht worden. Der Beschwerdeführer gebe an, dass die akustischen Halluzinationen und Wahnsymptomatik deutlich abgenommen hätten. Im Verlauf sei es zu einer leichten objektiven Verbesserung des psychischen Zustandes gekommen. Man empfehle eine weitere stationäre Behandlung in der K.\_\_\_\_. Am 8. Mai 2023 sei der Beschwerdeführer bei fehlenden Hinweisen auf eine akute Selbst- oder Fremdgefährdung in die vorbestehenden Wohnverhältnisse entlassen

worden. Ein Arbeitsunfähigkeitszeugnis sowie Rezept sei dem Beschwerdeführer abgegeben worden. 6.2.6 Im Austrittsbericht der K.\_\_\_\_, vom 30. Mai 2023 betreffend die Hospitalisation des Beschwerdeführers vom 16. bis 30. Mai 2023 (IV-Nr. 144, S. 3) wurden folgende Diagnosen gestellt: Schizoaffective Störung mit aktuell Negativsymptomatik (F25.1) • Anhedonie, Antriebslosigkeit, Schlafstörungen • 02/2021: akustische Halluzinationen, Beeinträchtigungs- und Verfolgungsideen sowie Minussymptomatik (PZM) • St. n. siebenmaliger Hospitalisation in den J.\_\_\_\_ von 2016 – 2020 F25.1 Schizoaffective Störung, gegenwärtig depressiv Der Beschwerdeführer sei durch Frau Dr. med. P.\_\_\_\_ bei psychischer Dekompensation mit zunehmender depressiver Stimmung im Rahmen eines bekannten schizophrenen Residuums sowie Verdacht auf rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode, zugewiesen worden. Er sei aufgrund einer psychischen und körperlichen Verwahrlosung auf die Station gekommen. Psychopathologisch habe man im Vordergrund eine negative Symptomatik wie Antriebsarmut und Affektverflachung gesehen. Während der aktuellen Hospitalisation habe der Beschwerdeführer am meisten über Müdigkeit, Schlafstörungen und Rückenschmerzen geklagt. Schlafen sei aufgrund von Albträumen schwierig gewesen. Die Albträume habe er als schlechte Erlebnisse in der Vergangenheit beschrieben, wo er Gespräche mit einem verstorbenen Onkel führe. Während des Aufenthalts seien die Albträume objektiv nicht bewiesen worden. Aufgrund der Schlafstörung sei Remeron installiert und die Schlafhygiene besprochen worden. Im Verlauf habe eine Verbesserung der Schlafqualität erreicht werden können, jedoch hätten die Albträume weiterhin bestanden. Der Patient habe berichtet, dass er vor Jahren völlig arbeitsfähig gewesen sei, er habe ein eigenes Geschäft und ein eigenes Haus gehabt. Dann sei es zu einem psychischen Zusammenbruch gekommen. Er habe das Gefühl gehabt, dass er verfolgt werde und die anderen über ihn sprechen würden, auch habe er unter akustischen Halluzinationen gelitten. Aus ärztlicher Sicht habe diagnostisch eine schizoaffective Störung, gegenwärtig schwere depressive Episode festgestellt werden können. Der Beschwerdeführer habe sich entschieden, frühzeitig auszutreten. Die vorbestehenden Antidepressiva mit Duloxetin habe man auf 120 mg/d aufdosiert. Die anderen Medikamente seien fortgesetzt worden. Bezüglich der Reduktion von Reagila habe man keine Veränderung des Verhaltens im Sinne von negativer oder positiver Wirkung bemerkt. Eine Affektverflachung habe nicht festgestellt werden können. Am 30. Mai 2023 habe der Beschwerdeführer bei fehlenden Hinweisen auf eine akute Selbst- oder Fremdgefährdung in die vorbestehenden Wohnverhältnisse entlassen werden können. Ein Austritts-Setting habe nicht abschliessend organisiert werden können, die Behandlung sei aufgrund der Unkooperation des Beschwerdeführers frühzeitig abgebrochen worden. Man empfehle, den Besuch einer Tagesklinik und die weitere Betreuung durch einen ambulanten Psychiater sowie Spitex, um die Gefahr einer Dekompensation zu minimieren. 6.3 Stellt man dem E.\_\_\_\_-Gutachten vom 3. Oktober 2018 die vorgenannten, vom Beschwerdeführer im Neuanmeldungsverfahren eingereichten Arztberichte gegenüber, wird deutlich, dass damit keine erhebliche gesundheitliche Verschlechterung glaubhaft gemacht wurde, welche sich auf den Rentenanspruch auswirken könnte. Die aus psychiatrischer Sicht in den Berichten von Dr. med. H.\_\_\_\_ vom 1. April 2023 sowie den J.\_\_\_\_, vom 8. Mai 2023 gestellte Hauptdiagnose eines schizophrenen Residuums bzw. einer paranoiden Schizophrenie wurde von den behandelnden Psychiatern bereits mehrfach vor Erlass der letzten rentenabweisenden Verfügung vom 30. April 2019 gestellt (vgl. u.a. den Bericht der J.\_\_\_\_, vom 13. November 2015, IV-Nr. 23 S. 10 ff., sowie den Bericht von Dr. med. H.\_\_\_\_ vom 7. März 2017, IV-Nr.

27.4, S. 9) und vom psychiatrischen Gutachter der E.\_\_\_\_ im Gutachten vom 3. Oktober 2018 mit eingehender und nachvollziehbarer Begründung verneint (vgl. E. II. 7.1 hiervor sowie das Urteil des Versicherungsgerichts VSBES.2019.147 vom 3. Juni 2020 und das Urteil des Versicherungsgerichts VSBES.2021.214 vom 22. Februar 2023 E. 7.4). Dr. med. Q.\_\_\_\_ vom E.\_\_\_\_ legte diesbezüglich dar, beim Beschwerdeführer ergäben sich aktuell und auch retrospektiv aus der Aktenlage bis auf die von ihm angegebenen, seltenen halluzinatorischen Phänomene insbesondere keine Hinweise auf formale Denkstörungen, beispielsweise im Sinne einer Inkohärenz, auch seien die Schwingungsfähigkeit und der Affekt nicht verändert. Das Bekunden, Stimmen zu hören, unter Halluzinationen zu leiden, sei schwer zu objektivieren. Bei Schizophrenie kämen derartige Symptome jedoch sehr selten isoliert vor. Gravierende Symptome einer Schizophrenie seien verhaltensrelevant. Symptome, die sich im Alltagsleben und in Beziehungen kaum manifestierten, begründeten Zweifel. Auch sei es schwer, bestimmte Symptome wie Affektstörungen, Dissoziation von Affekt und Denkinhalt nachzuahmen; dies gelte auch für die Gesetzmässigkeiten der Entwicklung psychotischer Symptome, insbesondere jedoch schizophrene Denkstörungen und autistische Verhaltenszüge, die bei vorgetäuschten Symptomen einer Psychose nur selten vorkämen. Auch der Umstand, dass der Beschwerdeführer von der bisherigen Therapie nicht über einen längeren Zeitraum habe profitieren können, erscheine nicht schlüssig und nachvollziehbar. Auch seien die stationären Aufenthalte zum Teil sehr kurz, was eher gegen das Vorhandensein einer relevanten Schizophrenie mit akuten und dringend akut behandlungsbedürftigen Symptomen spreche. Es sei auch unwahrscheinlich, dass sich Symptome, die zu einer stationären Akutaufnahme führten, innerhalb weniger Tage zurückbildeten. Die Einnahme eines Antipsychotikums und eine längere psychiatrische Behandlung belegten per se das Vorliegen einer Schizophrenie nicht, zumal auch die behandelnden Ärzte zeitweilig Zweifel angemeldet und den Zustand des Beschwerdeführers nach seinen eigenen Angaben beschrieben hätten, dabei jedoch auch diagnostische Unsicherheiten bekundet oder sich diagnostisch zum Teil gar nicht festgelegt hätten; manchmal seien auch frühere Diagnosen übernommen worden, ohne dies erneut zu diskutieren. Dabei seien die damals schon zum Teil bekannten psychosozialen Aspekte nicht gebührend berücksichtigt und in differentialdiagnostische Überlegungen einbezogen worden. Es sei auch zu erwähnen, dass zu der aktuell angegebenen Einnahme von Olanzapin dessen Metabolit nicht nachweisbar gewesen sei, was auch gegen eine konstante Einnahme spreche. Selbst wenn eine blande psychotische Störung beim Beschwerdeführer vorhanden wäre, würde sie sich auf die Arbeitsfähigkeit längerfristig erst dann auswirken, wenn alle Therapiemöglichkeiten ausgeschöpft wären. Auch müssten beim Beschwerdeführer Negativsymptome, Antriebsdefizite und ein mangelndes Durchhaltevermögen zu massiver Beeinträchtigung der beruflichen Leistungsfähigkeit führen, bevor eine dauerhafte Arbeitsunfähigkeit angenommen werden könnte. Bei einem akuten Zustandsbild mit passagerem Wahn, Stimmenhören und affektiven Symptomen gehe man jedoch von einer nur vorübergehenden Arbeitsunfähigkeit aus. Beim Beschwerdeführer sei gegenwärtig weder eine floride psychotische Symptomatik noch eine depressive Nachschwankung oder ein relevanter Residualzustand nachzuweisen (IV-Nr. 59.7 S. 18 f.). Vergleicht man nun die vorstehenden Ausführungen aus dem psychiatrischen Teilgutachten des E.\_\_\_\_ vom 3. Oktober 2018 mit den Befunden der vom Beschwerdeführer im Rahmen des Neuanmeldungsverfahrens neu eingereichten Berichten von Dr. med. H.\_\_\_\_ vom 1. April 2023 sowie den J.\_\_\_\_, vom 8. Mai 2023 so ergibt sich daraus aus psychiatrischer Sicht keine glaubhaftgemachte relevante Verschlechterung des

Gesundheitszustandes. So können diesen Berichten im Vergleich zum E.\_\_\_\_-Gutachten keine wesentliche Befundverschlechterung bzw. neue medizinische Aspekte entnommen werden. Das Gleiche gilt sodann auch für den Austrittsbericht der K.\_\_\_\_, vom 30. Mai 2023. Zwar wurde darin eine schizoaffektive Störung mit aktuell Negativsymptomatik (F25.1) diagnostiziert und damit im Vergleich zum E.\_\_\_\_-Gutachten eine abweichende Diagnose gestellt und von einer gesundheitlichen Verschlechterung berichtet. Die im Austrittsbericht genannten Befunde stimmen aber im Wesentlichen mit den Befunden überein, wie sie schon im Zeitpunkt der letzten rentenablehnenden Verfügung erhoben wurden. Wie der RAD-Arzt, Dr. med. I.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, in seiner Aktennotiz vom 13. Juli 2023 (IV-Nr. 147) zudem korrekt angemerkt hat, fehlen im Austrittsbericht in den wenigen Angaben zum klinischen Bild aktuell festgestellte Symptome, die auf eine psychotische Grunderkrankung hinweisen würden. Die berichtete sogenannte Negativsymptomatik beschränke sich auf die Antriebsarmut, die auch depressiv bedingt oder im Zusammenhang mit der Motivationslosigkeit stehend sein könnte. Aus Sicht des RAD präsentiere sich damit die medizinische Situation gegenüber früheren Beurteilungen unverändert. Das Vorliegen einer schizophrenen bzw. schizoaffektiven Störung sei nach wie vor wenig gesichert. Diesen nachvollziehbaren Ausführungen des RAD kann gefolgt werden. So genügt weder eine im Vergleich zu früheren ärztlichen Einschätzungen ungleich attestierte Arbeitsunfähigkeit noch eine unterschiedliche diagnostische Einordnung des geltend gemachten Leidens, um auf einen veränderten Gesundheitszustand zu schliessen; notwendig ist vielmehr eine veränderte Befundlage (Urteil 9C\_212/2021 vom 22. Oktober 2021 E. 4.4.1; Urteil 8C\_586/2022 vom 26. April 2023 E. 3.2). Des Weiteren vermochte der Beschwerdeführer mit den im Neuanmeldungsverfahren eingereichten Berichten auch in somatischer Hinsicht keine relevante Verschlechterung glaubhaft zu machen. Hierzu kann auf die treffenden Ausführungen von Dr. med. I.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, RAD, in seiner Stellungnahme vom 20. April 2023 (IV-Nr. 138) verwiesen werden. Demnach seien die im Bericht von Dr. med. F.\_\_\_\_ vom Februar 2022 diagnostizierten chronisch intermittierenden, belastungsabhängigen lumbalen Rückenschmerzen, damals mit Ausstrahlung in den rechten Oberschenkel, seit September 2017 bekannt. Zum Zeitpunkt der polydisziplinären Begutachtung habe der Versicherte sogar über eine Ausstrahlung der Schmerzen in beide Beine berichtet. Die im Bericht von Dr. med. F.\_\_\_\_ erwähnte mögliche Reizung der Nervenwurzel L4 sei vor über einem Jahr festgehalten worden. Erst ein Jahr später sei erstmals eine probatorische Infiltration durchgeführt worden. Der Leidensdruck des Versicherten scheine deshalb nicht allzu gross gewesen zu sein. Sodann belege der Bericht der Pneumologie des G.\_\_\_\_ als Ergebnis der Bronchoskopie eine akute Infektion des rechten Lungenunterlappens, die antibiotisch behandelt worden sei. Bleibende Einschränkungen seien davon nicht zu erwarten und würden auch nicht berichtet. Zusammenfassend ist somit die vom Beschwerdeführer geltend gemachte gesundheitliche Verschlechterung nicht glaubhaft gemacht worden, womit die Beschwerdegegnerin zu Recht auf die Neuanmeldung bezüglich Ausrichtung einer Invalidenrente nicht eingetreten ist. An diesem Resultat vermögen auch die vom Beschwerdeführer vorgebrachten Rügen nichts zu ändern. Der Beschwerdeführer bringt unter anderem vor, im Gutachten der E.\_\_\_\_ vom 3. Oktober 2019 sei noch von einem kongenitalen engen Duralschlauch «ohne Stenosen» die Rede gewesen. Dagegen seien gemäss Bericht von Dr. med. F.\_\_\_\_ vom 6. April 2023 Rezessusstenosen festgestellt worden und auch die festgestellten Spondylarthrosen (L2 bis S1) seien sowohl von den betroffenen Segmenten wie von der

Ausprägung her, zunehmend gewesen. Eine relevante Verschlechterung ist damit aber nicht glaubhaft gemacht, zumal weder vom behandelnden Arzt noch vom Beschwerdeführer geltend gemacht wurde, dass damit eine relevante Verschlechterung des Gesundheitszustandes mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit einherginge. 7. Gestützt auf die vorgehenden Ausführungen ist die Beschwerde somit abzuweisen. 7.1 Bei diesem Verfahrensausgang besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung. 7.2 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 die Verfahrenskosten von CHF 1'000.00 zu bezahlen, die mit dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe zu verrechnen sind.

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