

# SO\_GERICHTE VSBES.2023.295 vom 9. Juli 2024

SO Obergericht, 2024-07-09, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so\\_gerichte\\_VSBES.2023.295\\_d20240709](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2023.295_d20240709)

FR: SO\_GERICHTE VSBES.2023.295 du 9 juillet 2024

IT: SO\_GERICHTE VSBES.2023.295 del 9 luglio 2024

## Regeste

Invalidenrente

## Erwägungen

### 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; Verordnung über die Invalidenversicherung SR 831.201). 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. Streitig und zu prüfen ist vorliegend, ob die Beschwerdeführerin eine anspruchserhebliche Tatsachenänderung 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 letzten rentenverneinenden Verfügung, welche auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Berechnung des IV-Grades beruht hat (Rz. 5300 KSIR; BGE 147 V 167; BGE 133 V 108; Urteil des Bundesgerichts 8C\_441/2012 vom 25. Juli 2013). Dies ist im vorliegenden Fall die Verfügung vom 7. August 2007 (IV-Nr. 57), mit welcher die Beschwerdegegnerin den Anspruch des Beschwerdeführers auf eine Invalidenrente abwies.

5.1 In ihrer Rentenverfügung vom 7. August 2007 stellte die Beschwerdegegnerin hauptsächlich auf das interdisziplinäre Gutachten des B.\_\_\_\_ vom 12. Juni 2007 (IV-Nr. 53.1; Fachrichtungen: Orthopädie, Neurologie und Psychiatrie) ab. Darin wurden folgende Diagnosen gestellt:

Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit

Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit

Zur Beurteilung führten die Gutachter aus, im Abschnitt der Lendenwirbelsäule handle es sich um eine ausgeprägte Segmentinstabilität L5/S1 im Sinne einer Spondylolisthesis vera L5/S1 Meyerding links. Sowohl der beschriebene cervikale als auch der lumbale Röntgenbefund begründe eine Einschränkung der statischen Belastbarkeit der Wirbelsäule insgesamt. Der Versicherte sei schweren, in Zwangshaltungen auszuübenden und statisch die Wirbelsäule belastenden Arbeiten dauerhaft nicht gewachsen. In Frage kämen allerdings leichte und gelegentlich mittelschwere Arbeiten, wechselbelastend. Das Heben, Tragen und Bewegen von schweren Lasten sei mit 15 kg limitiert. Zusammenfassend sei der Beschwerdeführer aus orthopädischer Sicht vor allem wegen der pathologischen Veränderungen im Bereich der Halswirbelsäule (Chondrose C/6) und in der Lendenwirbelsäule (ausgeprägte Spondylolisthesis vera L5/S1) eingeschränkt. Darüber hinausgehende neurologische und psychiatrischerseits begründete weitere Einschränkungen lägen nicht vor. Sowohl in der angestammten als auch in einer optimal angepassten Tätigkeit bleibe wegen der Schäden im Bereich der Lendenwirbelsäule dauerhaft eine verminderte Leistungsfähigkeit von 10 %.

5.2 Mit seiner Neuanmeldung sowie im Rahmen des Vorbescheidverfahrens hat der Beschwerdeführer im Wesentlichen folgende relevante medizinische Unterlagen eingereicht:

5.2.1 Im Bericht des C.\_\_\_\_ vom 14. Juli 2022 (IV-Nr. 70, S. 40) wurden folgende Diagnosen gestellt:

Der Beschwerdeführer erkläre, am 25. Mai 2022 einen Verkehrsunfall gehabt zu haben. Ein Lastwagen sei ihm aufgefahren. Er habe hierauf eine Spannung in der rechten Schulter gespürt, die sich nun zu einem ausgeweiteten Schmerz entwickelt habe. Die MRI-Bilder zeigten eine deutliche Tendinopathie der Supraspinatussehne mit Unterflächenpartialläsion in den ersten zwei Dritteln der Sehnenbreite. Der Supraspinatusmuskel selber zeige keine Atrophie oder Verfettung. Als Befund hinsichtlich der rechten Schulter wurde im Bericht ausgeführt: «Jegliche Bewegung schmerzhaft, ebenso auf Widerstandstestung. Alle Bewegungsansätze schmerzhaft bei eingeschränktem Bewegungsausmass mit Flexion maximal 110°, Aussenrotation 30 und Innenrotation paragluteal, Gelenkkapsel im MRT nicht verdickt und Inferiore Gelenkrezessus unauffällig voluminös.»

5.2.2 Im Bericht des D.\_\_\_\_ vom 24. August 2022 (IV-Nr. 72, S. 36) wurde ausgeführt, gemäss dem MRT LWS vom 6. Juli 2022 habe sich bei Status nach Schleudertrauma kein Hinweis auf frische oder stattgehabte knöcherne Verletzungen ergeben. Weiter wurden als MRT-Befunde festgehalten: «Intakte Darstellung der ligamentären Strukturen. Kein Hinweis auf eine Myelopathie. Mehrsegmentale degenerative Veränderungen, Form von Chondrosen von HWK 2/3 bis HWK 6/7 sowie Unkarthrosen und leichten neuroforaminalen Stenosen, Punctum maximum in HWK 5/6 mit möglicher Tangierung der C6-Wurzel beidseits intraforaminal sowie der C7-Wurzel links intraforaminal. Kleinvolumige Diskushernie HWK 6/7 ohne relevante Neurokompression.» Schliesslich wurde zur Beurteilung festgehalten, bei unveränderten MRT LWS-Befunden gegenüber einer Untersuchung von 2009 sehe man die aktuellen Beschwerden nicht im Rahmen einer strukturellen vertebrealen Genese.

5.2.3 Der Hausarzt des Beschwerdeführers, Dr. med. E.\_\_\_\_, Allgemeine Innere Medizin, hielt in seinem Bericht vom 1. Mai 2023 (IV-Nr. 70, S. 27) fest, beim Beschwerdeführer bestünden Schlafstörungen, depressive Symptome, somatische Symptome mit

Rückenschmerzen sowie Schultergürtelschmerzen. Es könne eine mittelschwere depressive Episode mit somatischem Syndrom diagnostiziert werden. Aktuell sei der Beschwerdeführer in jeglicher Tätigkeit zu 100 % arbeitsunfähig. Diese Arbeitsunfähigkeit bestehe wahrscheinlich für weitere drei Monate. Die Prognose sei unklar.

5.2.4 Im Bericht der F.\_\_\_\_, vom 5. April 2024 (IV-Nr. 72, S. 33) wurde als Diagnose ein Verdacht auf eine mittelgradige depressive Episode mit depressiver Symptomatik bei somatischen Diagnosen, Schmerzexazerbation, gestellt. Es bestehe eine deutliche depressive Symptomatik, welche aber mindestens zum Teil im Rahmen der Schmerzsymptomatik erklärt werden könnte. Daher könne keine definitive Diagnose festgestellt werden. Im Verlauf könnte, als antidepressive Medikation, Venlafaxin neu eingestellt werden. Aktuell sei sicherlich eine Intensivierung / Optimierung bei seit zwei Monaten deutlich exazerbierter Schmerzsymptomatik dringend erforderlich. Bei ausreichender Schmerzeinstellung könne die psychiatrische, nicht dringende akute Situation, noch einmal reevaluiert werden. Aktuell sei kein Kontrolltermin vereinbart worden.

5.2.5 Dr. med. G.\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädie und Traumatologie FMH, stellte in seinem Bericht vom 2. Mai 2023 (IV-Nr. 70, S. 24) folgende Hauptdiagnosen:

Myofasziale Schulter-Armschmerzen rechts

Der Beschwerdeführer sei stark verspannt und lasse sich nur schwer untersuchen. Sämtliche Bewegungen seien schmerzhaft. Grob könne aber gesagt werden, dass die aktive und passive Beweglichkeit frei seien und eine gute Kraft in 3 Ebenen bestehe. Die Schmerzen projizierten sich in die anteriore Schulter und strahlten gegen den Oberarm bis zum medialen Unterarm aus. Im Bereich des Erektor spina bestehe ein Muskelhartspann mit Druckdolenz. Zwecks Schmerzmodulation verabreiche er, Dr. med. G.\_\_\_\_, dem Beschwerdeführer heute eine erneute subakromiale Infiltration mit Naropin und Kenacort. In 2 Monaten werde eine Verlaufskontrolle durchgeführt. Er, Dr. med. G.\_\_\_\_, verlängere die Arbeitsunfähigkeit heute bis zum 21. Mai 2023.

5.2.6 Im Bericht vom 4. Juli 2023 (IV-Nr. 72, S. 21) führte Dr. med. G.\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädie und Traumatologie FMH, aus, die Infiltration habe während ca. 3 Wochen eine Schmerzreduktion von ca. 30 % bewirkt. Auch die Dysästhesien in Dig 4 bis Dig 5. seien leicht rückläufig gewesen. Ähnliche Dysästhesien auf der linken Seite seien zwischenzeitlich spontan verschwunden. Im Moment sei der Beschwerdeführer unter Cortison per os und weiteren Medikamenten zwecks Behandlung der muskuloskelettalen Rückenschmerzen insbesondere links lumbal. Die Arbeitsunfähigkeit sei bis Ende Juli weiter attestiert worden. Betreffend die rechte Schulter bestünden insbesondere periskapuläre Schmerzen und gegen den Nacken ausstrahlende Schmerzen. Im Oberarm im Bereich des dorsalen Deltamuskels. Aufgrund der generalisierten muskuloskelettalen Schmerzen mit Verspannungen sei er, Dr. med. G.\_\_\_\_, betreffend einen chirurgischen Eingriff an der rechten Schulter zurückhaltend, insbesondere auch weil objektiv keine wesentliche Beweglichkeits- und Krafteinbusse bestehe. Hier sollte der Fokus primär auf den rheumatologischen Grundmorbus gelegt werden. Auch wäre es wahrscheinlich sinnvoll, das MRI der HWS im Verlauf zu wiederholen, wie hinsichtlich der Myelonläsion auf Höhe C7 ■ Th1 von der radiologischen Fachärztin empfohlen worden sei, was ja zu einer C8 Problematik und der entsprechenden Dysästhesien D4/5 re passen würde.

5.2.7 Im Bericht vom 11. Juli 2023 (IV-Nr. 72, S. 13) stellte Dr. med. H.\_\_\_\_, Fachärztin für Rheumatologie und Innere Medizin FMH, folgende Diagnosen:

Weiter führte Dr. med. H.\_\_\_\_ aus, das MRI der Ganzwirbelsäule vom 28. Juni 2023 (I.\_\_\_\_) habe folgende Befunde ergeben: «In der unteren LWS leichte degenerative Veränderungen mit ventraler Spondylophytose und breitbasiger Bandscheibenprotrusion C6/7. Unauffällige Darstellung von Th1-Th12/L1. Kleine, hyperintense Läsion auf Höhe C7/Th1 posterior mit leichter Kontrastmittelanreicherung. Altersentsprechende Befunde L1-L4. Kleiner Anulusriss paramedian rechts auf Höhe L4/5 mit leichten Spondylarthrosen. Osteochondrose L5/S1 mit kleinen ventralen Spondylophyten und Spondylylose, Anterolisthesis L5 gegenüber S1 von 12 mm und Pseudoprotrusion der Bandscheibe mit foraminaler Beteiligung beidseits. Foraminalstenosen linksbetont mit Kontakt zur Radix L5 links betont. Leichte ISG-Arthrose ohne Hinweise für ISG-Arthritis.» Sodann führte Dr. med. H.\_\_\_\_ zur Beurteilung aus, nach gutem Ansprechen auf die Wiederaufnahme von Spiricort mit einer initialen Dosis von 25 mg habe die Dosis bis auf 12.5 mg reduziert werden könne, ohne wesentliche Schmerzzunahme. Laborchemisch zeige sich eine Normalisierung der Entzündungsaktivität (aktuell CRP im Normbereich, BSR 12 mm/h, Werte am 20.06.2023 CRP 15, Norm <5, BSR 84 mm/h). Das veranlasste MRI der Gesamtwirbelsäule zeige keine sicheren entzündlichen Befunde, aber eine abklärungsbedürftige Läsion auf Höhe C7/Th1. Der Wirkungseintritt der erneuten Induktion mit Secukinumab/Cosentyx® sei in minimal 6 ■12 Wochen zu erwarten.

5.2.8 Im Bericht vom 27. September 2023 (IV-Nr. 72, S. 16) führte Dr. med. H.\_\_\_\_, Fachärztin für Rheumatologie und Innere Medizin FMH, aus, nach Re-Induktion mit Secukinumab/Cosentyx hätten sich die entzündlichen Schmerzen deutlich reduziert, trotz gleichzeitiger Reduktion der Dosis von Spiricort. Klinisch liege nur noch eine diskrete Druckdolenz der Achillessehne beidseits vor, bei unauffälligen Befunden im ausführlichen rheumatologischen Status bis auf eine diskrete Druckdolenz des Sternoklavikulargelenk rechts. Dieser günstige Verlauf bestätige, dass die Aktivitätszunahme durch das Pausieren des Biologikums während des Ferienaufenthaltes bedingt gewesen sei und nicht auf einen Wirkungsverlust zurückzuführen sei. Subjektiv im Vordergrund stünden die Schulterschmerzen rechts, die nächtlich wieder exazerbierten, nachdem die Infiltration durch den Schulterorthopäden zu einer vorübergehenden Verbesserung geführt gehabt habe. Der Bewegungsumfang sei mittlerweile relevant eingeschränkt und die Elevation aktiv noch bis knapp 85° möglich, trotz fortgesetzter physiotherapeutischer Behandlung, die teilweise auch mit Dry Needling durchgeführt werde. Der Beschwerdeführer arbeite in einem reduzierten Pensum (60 %) in einer angepassten Tätigkeit, wo er weder schwere Gewichte hochheben noch Überkopfarbeiten verrichten müsse ■ dennoch beschreibe er, dass gelegentliches Hochheben der Arme überkopf notwendig sei, was jeweils zu einer Schmerzzunahme führe.

5.3 Mit dem Beweismass des Glaubhaftmachens sind herabgesetzte Anforderungen an den Beweis verbunden; die Tatsachenänderung muss nicht nach dem im Sozialversicherungsrecht sonst üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erstellt sein. Für das Beweismass des Glaubhaftmachens genügt es, dass für das Vorhandensein des behaupteten rechtserheblichen Sachumstands wenigstens gewisse Anhaltspunkte bestehen, auch wenn durchaus noch mit der Möglichkeit zu rechnen ist, bei eingehender Abklärung werde sich die behauptete Änderung nicht erstellen lassen (Urteile 8C\_571/2023 vom 29. Februar 2024 E. 4.2, 8C\_465/2022 vom 18. April 2023 E.

3.2 und 9C\_438/2022 vom 24. November 2022 E. 2; je mit Hinweis). Solche Anhaltspunkte sind in den eingereichten medizinischen Berichten, wie der Versicherte zu Recht geltend macht, vorhanden. Vergleicht man den medizinischen Sachverhalt im Zeitpunkt der Verfügung vom 7. August 2007 mit den vorgenannten, im Neuanmeldeverfahren eingereichten Arztberichten, so ist festzustellen, dass beim Beschwerdeführer unter anderem neu ein Partialdefekt subtotal der Supraspinatussehne und Kapselsteife rechts sowie eine Psoriasis-Arthritis diagnostiziert wurden. Zwar ist in diesem Zusammenhang darauf hinzuweisen, dass neu gestellte Diagnosen per se nicht genügen, um eine erhebliche Veränderung des Gesundheitszustandes glaubhaft zu machen, da damit über das quantitative Element einer relevanten, die Arbeitsfähigkeit schmälern den Veränderung des Gesundheitszustandes nicht zwingend etwas ausgesagt wird (vgl. dazu BGE 141 V 9 E. 5.2 S. 12). Jedoch wurde beim Beschwerdeführer gemäss den neu eingereichten Berichten vom 28. Februar 2023 bis Ende Juli 2023 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit attestiert (vgl. IV-Nr. 70 S. 52, 70 S. 27, 72 S. 25, 72 S. 21), welche zumindest teilweise aufgrund der Schulterproblematik ausgestellt wurde. Für die Zeit danach liegen zwar keine Arbeitsunfähigkeitsatteste vor, aber Dr. med. H.\_\_\_\_, Fachärztin für Rheumatologie FMH, hielt in ihrem Bericht vom 27. September 2023 fest, subjektiv im Vordergrund stünden die Schulterschmerzen rechts, die nächtlich wieder exazerbierten, nachdem die Infiltration durch den Schulterorthopäden zu einer vorübergehenden Verbesserung geführt gehabt habe. Der Bewegungsumfang sei mittlerweile relevant eingeschränkt und die Elevation aktiv noch bis knapp 85° möglich trotz fortgesetzter physiotherapeutischer Behandlung, die teilweise auch mit Dry Needling durchgeführt werde. Der Beschwerdeführer arbeite in einem reduzierten Pensum (60 %) in einer angepassten Tätigkeit, wo er weder schwere Gewichte hochheben noch Überkopfarbeiten verrichten müsse ■ dennoch beschreibe er, dass gelegentliches Hochheben der Arme überkopf notwendig sei, was jeweils zu einer Schmerzzunahme führe. Damit ergeben sich zumindest gewisse Anhaltspunkte, dass der Beschwerdeführer aufgrund der Schulterproblematik in seiner Arbeits- und Leistungsfähigkeit weiterhin eingeschränkt sein könnte. Zudem gibt es in den eingereichten Arztberichten Hinweise auf eine mögliche gesundheitliche Verschlechterung im Bereich der Wirbelsäule. So hielt Dr. med. H.\_\_\_\_, Fachärztin für Rheumatologie und Innere Medizin FMH, in ihrem Bericht vom 11. Juli 2023 (IV-Nr. 72, S. 16) hinsichtlich des MRI der BWS, LWS und ISG bds vom 28. Juni 2023 (IV-Nr. 72, S. 27) fest, das veranlasste MRI der Gesamtwirbelsäule zeige keine sicheren entzündlichen Befunde, aber eine abklärungsbedürftige Läsion auf Höhe C7/Th1.

Zusammenfassend liegen für die vom Beschwerdeführer geltend gemachte relevante gesundheitliche Verschlechterung somit gewisse Anhaltspunkte vor, was gemäss der erwähnten Rechtsprechung für das Glaubhaftmachen genügt. Demnach stellte die Beschwerdegegnerin zu hohe Anforderungen an das Beweismass des Glaubhaftmachens im Sinne von Art. 87 Abs. 2 IVV (vgl. Urteile 8C\_6/2022 vom 24. Mai 2022 E. 5.3 und 8C\_735/2019 vom 25. Februar 2020 E. 4.5 mit Hinweis). Somit ist die Beschwerdegegnerin auf die Neuanmeldung des Beschwerdeführers vom 13. September 2023 zu Unrecht nicht eingetreten. Die angefochtene, auf Nichteintreten lautende Verfügung vom 6. November 2023 ist demnach aufzuheben und die Sache an die IV-Stelle zurückzuweisen, damit sie auf die Neuanmeldung des Beschwerdeführers eintrete und dessen Leistungsanspruch materiell prüfe. Die Beschwerde ist in diesem Sinn gutzuheissen.

Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte depressive Episode (F 33.0)

## E. 6

November 2023 aufgehoben. Die Sache wird an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen, damit sie auf die Neuanschuldung vom 13. September 2023 eintrete und anschliessend über den Leistungsanspruch des Beschwerdeführers neu entscheide.

Rechtsmittel

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

Versicherungsgericht des Kantons Solothurn

Der Vizepräsident                      Der Gerichtsschreiber

Flückiger                                  Isch

## E. 7

Anamnestisch chronische Obstipation Weiter führte Dr. med. H.\_\_\_\_ aus, das MRI der Ganzwirbelsäule vom 28. Juni 2023 (I.\_\_\_\_) habe folgende Befunde ergeben: «In der unteren LWS leichte degenerative Veränderungen mit ventraler Spondylophytose und breitbasiger Bandscheibenprotrusion C6/7. Unauffällige Darstellung von Th1-Th12/L1. Kleine, hyperintense Läsion auf Höhe C7/Th1 posterior mit leichter Kontrastmittelanreicherung. Altersentsprechende Befunde L1-L4. Kleiner Anulusriss paramedian rechts auf Höhe L4/5 mit leichten Spondylarthrosen. Osteochondrose L5/S1 mit kleinen ventralen Spondylophyten und Spondylyolyse, Anterolisthesis L5 gegenüber S1 von 12 mm und Pseudoprotrusion der Bandscheibe mit foraminaler Beteiligung beidseits. Foraminalstenosen linksbetont mit Kontakt zur Radix L5 links betont. Leichte ISG-Arthrose ohne Hinweise für ISG-Arthritis.» Sodann führte Dr. med. H.\_\_\_\_ zur Beurteilung aus, nach gutem Ansprechen auf die Wiederaufnahme von Spiricort mit einer initialen Dosis von 25 mg habe die Dosis bis auf 12.5 mg reduziert werden könne, ohne wesentliche Schmerzzunahme. Laborchemisch zeige sich eine Normalisierung der Entzündungsaktivität (aktuell CRP im Normbereich, BSR 12 mm/h, Werte am 20.06.2023 CRP 15, Norm <5, BSR 84 mm/h). Das veranlasste MRI der Gesamtwirbelsäule zeige keine sicheren entzündlichen Befunde, aber eine abklärungsbedürftige Läsion auf Höhe C7/Th1. Der Wirkungseintritt der erneuten Induktion mit Secukinumab/Cosentyx® sei in minimal 6 –12 Wochen zu erwarten. 5.2.8 Im Bericht vom 27. September 2023 (IV-Nr. 72, S. 16) führte Dr. med. H.\_\_\_\_, Fachärztin für Rheumatologie und Innere Medizin FMH, aus, nach Re-Induktion mit Secukinumab/Cosentyx hätten sich die entzündlichen Schmerzen deutlich reduziert, trotz gleichzeitiger Reduktion der Dosis von Spiricort. Klinisch liege nur noch eine diskrete Druckdolenz der Achillessehne beidseits vor, bei unauffälligen Befunden im ausführlichen rheumatologischen Status bis auf eine diskrete Druckdolenz des Sternoklavikulargelenk rechts. Dieser günstige Verlauf bestätige, dass die Aktivitätszunahme durch das Pausieren des Biologikums während des Ferienaufenthaltes

bedingt gewesen sei und nicht auf einen Wirkungsverlust zurückzuführen sei. Subjektiv im Vordergrund stünden die Schulterschmerzen rechts, die nächtlich wieder exazerbierten, nachdem die Infiltration durch den Schulterorthopäden zu einer vorübergehenden Verbesserung geführt gehabt habe. Der Bewegungsumfang sei mittlerweile relevant eingeschränkt und die Elevation aktiv noch bis knapp 85° möglich, trotz fortgesetzter physiotherapeutischer Behandlung, die teilweise auch mit Dry Needling durchgeführt werde. Der Beschwerdeführer arbeite in einem reduzierten Pensum (60 %) in einer angepassten Tätigkeit, wo er weder schwere Gewichte hochheben noch Überkopfarbeiten verrichten müsse – dennoch beschreibe er, dass gelegentliches Hochheben der Arme überkopf notwendig sei, was jeweils zu einer Schmerzzunahme führe. 5.3 Mit dem Beweismass des Glaubhaftmachens sind herabgesetzte Anforderungen an den Beweis verbunden; die Tatsachenänderung muss nicht nach dem im Sozialversicherungsrecht sonst üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erstellt sein. Für das Beweismass des Glaubhaftmachens genügt es, dass für das Vorhandensein des behaupteten rechtserheblichen Sachumstands wenigstens gewisse Anhaltspunkte bestehen, auch wenn durchaus noch mit der Möglichkeit zu rechnen ist, bei eingehender Abklärung werde sich die behauptete Änderung nicht erstellen lassen (Urteile 8C\_571/2023 vom 29. Februar 2024 E. 4.2, 8C\_465/2022 vom 18. April 2023 E. 3.2 und 9C\_438/2022 vom 24. November 2022 E. 2; je mit Hinweis). Solche Anhaltspunkte sind in den eingereichten medizinischen Berichten, wie der Versicherte zu Recht geltend macht, vorhanden. Vergleicht man den medizinischen Sachverhalt im Zeitpunkt der Verfügung vom 7. August 2007 mit den vorgenannten, im Neuanmeldeverfahren eingereichten Arztberichten, so ist festzustellen, dass beim Beschwerdeführer unter anderem neu ein Partialdefekt subtotal der Supraspinatussehne und Kapselsteife rechts sowie eine Psoriasis-Arthritis diagnostiziert wurden. Zwar ist in diesem Zusammenhang darauf hinzuweisen, dass neu gestellte Diagnosen per se nicht genügen, um eine erhebliche Veränderung des Gesundheitszustandes glaubhaft zu machen, da damit über das quantitative Element einer relevanten, die Arbeitsfähigkeit schmälern den Veränderung des Gesundheitszustandes nicht zwingend etwas ausgesagt wird (vgl. dazu BGE 141 V 9 E. 5.2 S. 12). Jedoch wurde beim Beschwerdeführer gemäss den neu eingereichten Berichten vom 28. Februar 2023 bis Ende Juli 2023 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit attestiert (vgl. IV-Nr. 70 S. 52, 70 S. 27, 72 S. 25, 72 S. 21), welche zumindest teilweise aufgrund der Schulterproblematik ausgestellt wurde. Für die Zeit danach liegen zwar keine Arbeitsunfähigkeitsatteste vor, aber Dr. med. H.\_\_\_\_, Fachärztin für Rheumatologie FMH, hielt in ihrem Bericht vom 27. September 2023 fest, subjektiv im Vordergrund stünden die Schulterschmerzen rechts, die nächtlich wieder exazerbierten, nachdem die Infiltration durch den Schulterorthopäden zu einer vorübergehenden Verbesserung geführt gehabt habe. Der Bewegungsumfang sei mittlerweile relevant eingeschränkt und die Elevation aktiv noch bis knapp 85° möglich trotz fortgesetzter physiotherapeutischer Behandlung, die teilweise auch mit Dry Needling durchgeführt werde. Der Beschwerdeführer arbeite in einem reduzierten Pensum (60 %) in einer angepassten Tätigkeit, wo er weder schwere Gewichte hochheben noch Überkopfarbeiten verrichten müsse – dennoch beschreibe er, dass gelegentliches Hochheben der Arme überkopf notwendig sei, was jeweils zu einer Schmerzzunahme führe. Damit ergeben sich zumindest gewisse Anhaltspunkte, dass der Beschwerdeführer aufgrund der Schulterproblematik in seiner Arbeits- und Leistungsfähigkeit weiterhin eingeschränkt sein könnte. Zudem gibt es in den eingereichten Arztberichten Hinweise auf eine mögliche gesundheitliche Verschlechterung im Bereich der Wirbelsäule. So hielt Dr. med. H.\_\_\_\_,

Fachärztin für Rheumatologie und Innere Medizin FMH, in ihrem Bericht vom 11. Juli 2023 (IV-Nr. 72, S. 16) hinsichtlich des MRI der BWS, LWS und ISG bds vom 28. Juni 2023 (IV-Nr. 72, S. 27) fest, das veranlasste MRI der Gesamtwirbelsäule zeige keine sicheren entzündlichen Befunde, aber eine abklärungsbedürftige Läsion auf Höhe C7/Th1. Zusammenfassend liegen für die vom Beschwerdeführer geltend gemachte relevante gesundheitliche Verschlechterung somit gewisse Anhaltspunkte vor, was gemäss der erwähnten Rechtsprechung für das Glaubhaftmachen genügt. Demnach stellte die Beschwerdegegnerin zu hohe Anforderungen an das Beweismass des Glaubhaftmachens im Sinne von Art. 87 Abs. 2 IVV (vgl. Urteile 8C\_6/2022 vom 24. Mai 2022 E. 5.3 und 8C\_735/2019 vom 25. Februar 2020 E. 4.5 mit Hinweis). Somit ist die Beschwerdegegnerin auf die Neuanschuldung des Beschwerdeführers vom 13. September 2023 zu Unrecht nicht eingetreten. Die angefochtene, auf Nichteintreten lautende Verfügung vom 6. November 2023 ist demnach aufzuheben und die Sache an die IV-Stelle zurückzuweisen, damit sie auf die Neuanschuldung des Beschwerdeführers eintrete und dessen Leistungsanspruch materiell prüfe. Die Beschwerde ist in diesem Sinn gutzuheissen.

6. 6.1 Bei diesem Verfahrensausgang steht dem Beschwerdeführer eine ordentliche Parteientschädigung zu, die von der Beschwerdegegnerin zu bezahlen ist. In Anbetracht von Aufwand und Schwierigkeit des Prozesses erscheint der vom Rechtsvertreter des Beschwerdeführers mit Kostennote vom 8. März 2024 geltend gemachte Aufwand angemessen, womit die Parteientschädigung auf CHF 2'636.45 festzusetzen ist (9 Stunden zu CHF 270.00 [§ 160 Abs. 2 GT], zuzügl. Auslagen von CHF 17.20 und MwSt).

6.2 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. Nach dem Ausgang des vorliegenden Verfahrens hat die Beschwerdegegnerin die Verfahrenskosten von CHF 600.00 zu bezahlen. Folglich ist dem Beschwerdeführer der geleistete Kostenvorschuss von CHF 600.00 zurückzuerstatten.

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