

AI_GERICHTE V 1-2021 vom 9. Oktober 2007

AI Gerichte, 2007-10-09, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ai_gerichte_V_1-2021

FR: AI_GERICHTE V 1-2021 du 9 octobre 2007

IT: AI_GERICHTE V 1-2021 del 9 ottobre 2007

Regeste

IVG-Beschwerde (Prüfung einer Neuanmeldung)

Erwägungen

E. 1

A., geboren 1960, meldete sich am 9. November 2005 wegen Schulter- und Hand-Arm-Problemen sowie depressiver Probleme erstmals zum Bezug von IV-Leistungen an.

Mit Verfügung vom 9. Oktober 2007 wies die IV-Stelle Appenzell I.Rh. das Rentenbegehren bei einem errechneten Invaliditätsgrad von 33,5% ab.

E. 2

Am 18. April 2012 meldete sich A. wegen Gelenkschmerzen, Behinderung an der Hand, Asthma, Sehnenverletzungen am Arm sowie Brustleiden erneut zum Bezug von IV-Leistungen an.

Mit Verfügung vom 20. September 2013 wies die IV-Stelle Appenzell I.Rh. das Rentenbegehren bei einem errechneten Invaliditätsgrad von 28,16% erneut ab.

E. 2.1

Vorliegend ist streitig und zu prüfen, ob die IV-Stelle des Kantons Appenzell I.Rh. (folgend: Beschwerdegegnerin) zu Recht nicht auf das Rentenbegehren eingetreten ist.

Prozessthema bildet die Frage, ob im Sinne von Art. 87 Abs. 2 i.V.m. Abs. 3 IVV glaubhaft ist, dass sich die tatsächlichen Verhältnisse der Beschwerdeführerin in für den Anspruch auf Rente erheblichen Weise geändert haben.

E. 2.2

Wurde eine Rente wegen eines zu geringen Invaliditätsgrades verweigert, so wird eine neue Anmeldung nur geprüft, wenn glaubhaft gemacht wird, dass sich der Grad der Invalidität in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert hat (Art. 87 Abs. 2 und 3 IVV).

Bezogen auf das Eintreten auf eine Neuanmeldung ist ein bestimmter Wahrscheinlichkeitsnachweis massgebend, wobei ein besonders tiefer Wahrscheinlichkeitsgrad, eben das Glaubhaftmachen, gilt (vgl. Kieser, Kommentar ATSG, 4. Auflage, 2020, Art. 17 N 17). Es genügt, dass für das Vorhandensein des geltend gemachten rechtserheblichen Sachumstandes 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 (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_635/2015 vom 16. Oktober 2015 E. 2.2). Wenn einer Neuanmeldung zwar ärztliche Berichte beigelegt werden, diese indessen so wenig substantiiert sind, dass sich eine neue Prüfung nur aufgrund weiterer Erkenntnisse allenfalls rechtfertigen würde, ist die IV-Stelle zur Nachforderung

weiterer Angaben nur, aber immerhin dann verpflichtet, wenn den – für sich allein genommen den Anforderungen der Glaubhaftmachung nicht genügenden – Arztberichten konkrete Hinweise entnommen werden können, wonach möglicherweise eine mit weiteren Erhebungen erstellbare rechtserhebliche Änderung vorliegt (vgl. BGer 8C_844/2012 vom 5. Juni 2013 E. 2.1). Entscheidend ist, ob kon-

3 - 8 krete Befunde benannt werden können, die hinzugekommen sind respektive sich verstärkt haben und deren Auswirkungen so bedeutsam sind, dass die Veränderung als geeignet erscheint, den Rentenanspruch zu verändern. Bewegt sich die Veränderung im Rahmen des vorbestehenden Zustandes, muss sich eine medizinische Beurteilung, welche von einer früheren Einschätzung abweicht, hinreichend darüber aussprechen, inwiefern eine effektive Veränderung des Gesundheitszustandes stattgefunden hat (vgl. Flückiger, in: Frésard-Fellay/Klett/Leuzinger [Hrsg.], Basler Kommentar ATSG, 2020, Art. 17 N 38).

Eine anspruchserhebliche Änderung kann auch dann gegeben sein, wenn sich ein Leiden bei im Wesentlichen gleichbleibender Diagnose in seiner Intensität und in seinen Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit verändert hat, wie dies etwa bei der Chronifizierung einer psychischen Störung zutreffen kann (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_683/2016 vom 30. März 2017 E. 4.1.1). Führen neue medizinische Abklärungen zu einer anderen Beurteilung der Arbeitsfähigkeit, liegt nicht ohne Weiteres ein Revisionsgrund vor. Die lediglich unterschiedliche Beurteilung eines im Wesentlichen gleich gebliebenen Sachverhalts ist im revisionsrechtlichen Kontext unbeachtlich (vgl. Flückiger, a.a.O., Art. 17 N 37).

E. 2.3

Die zeitliche Vergleichsbasis für die Frage, ob eine erhebliche Veränderung des Sachverhalts glaubhaft ist, bildet der Zeitpunkt der letzten umfassenden materiellen Prüfung der abweisenden Verfügung der Vorinstanz (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_635/2015 vom 16. Oktober 2015 E. 2.1; BGE 130 V 64 E. 3; Flückiger, a.a.O., Art. 17 N 20 ff., 78; BGE 130 V 64 E. 5.2.5). Der Vergleichszeitraum erstreckt sich somit zwischen 20. September 2013 und 11. Dezember 2020, als die Vorinstanz auf das zuletzt gestellte Leistungsbegehren der Beschwerdeführerin nicht eingetreten ist. 3.

E. 3

A. meldete sich am 24. Mai 2016 wiederum zum Bezug von IV-Leistungen an.

Auf dieses Leistungsbegehren trat die IV-Stelle Appenzell I.Rh. mit Verfügung vom 20. September 2016 nicht ein.

E. 3.1

Der Verfügung der IV-Stelle Appenzell I.Rh. vom 20. September 2013 lag das psychiatrisch-orthopädische Gutachten von Dr. med. B., Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie FMH und Dr. med. C., Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates FMH, Institut für Forensisch-Psychologische Begutachtung vom 15. Dezember 2012 zugrunde. Darin wurden folgende Diagnosen mit Einfluss auf Arbeitsfähigkeit gestellt: psychiatrische Symptomatik unverändert im Vergleich zur MEDAS-Begutachtung vom 27. Juni 2007, psychogene Überlagerung der Folgen der Unfälle 1996 und 1997 mit Supraspinatusverletzung rechts und der neuropathischen Schmerzen (ICD-10: F54), anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10: F45.4), Klaustrophobie (ICD-10: F40.2), intrinsisches Asthma bronchiale (Erstdiagnose im Verlauf

des Jahres 2009; J45.8), chronisches Lumbovertebralsyndrom (M54.4) bei degenerativen Veränderungen auf Höhe L2/L3 (M47.86), Rotatorenmanschettenläsion (Supraspinatus) rechts, teils traumatisch (S46.0), teils degenerativ (M75.1) bedingt und Funktionsstörungen an der linken Hand mit neuropathischen Schmerzen Dig II bis Dig IV (M25.54) sowie Beugekontraktur im PIP Dig IV (M25.64). Die Arbeitsfähigkeit wurde unverändert bei 70% (30% Arbeitsunfähigkeit wegen psychiatrischer Symptomatik, nur qualitative Einschränkungen wegen des Bewegungsapparats) in einer adaptierten Tätigkeit bescheinigt. Es solle sich um eine körperlich leichte bis gelegentlich mittel- schwere Tätigkeit in temperierten grossen Räumen handeln, mit der Möglichkeit des Wechsels zwischen Sitzen, Gehen und Stehen, ohne Tätigkeiten über der Horizontal- ebene, ohne Zwangspositionen der Wirbelsäule, ohne Notwendigkeit des Absolvierens

4 - 8 längerer Gehstrecken oder des Überwindens von Höhendifferenzen wie Treppen, Leitern oder Gerüste, ohne feinmotorische Tätigkeiten namentlich der linken Hand sowie ohne Exposition gegenüber Staub oder reizenden Gasen. Aufgrund der Platzangst könne die Explorandin nicht in engen und geschlossenen Räumen arbeiten. Auf die psychischen Leiden der Beschwerdeführerin wurde ausführlich eingegangen.

E. 3.2

Die Beschwerdeführerin wurde von der Beschwerdegegnerin mit Schreiben vom 30. Oktober 2019 aufgefordert, mit Berichten von Spezialärzten und stationären Auf- enthalten zu belegen, dass sich die gesundheitliche Situation der Beschwerdeführerin verschlechtert habe. So würden die kurzen Ausführungen des Hausarztes Dr. med. D. vom 24. August 2019 wohl eine Verschlechterung der gesundheitlichen Situation mög- lich machen, würden jedoch noch nicht hinreichend genug begründen, um auf das Ge- such einzutreten. Damit kam die Beschwerdegegnerin ihrer Verpflichtung, von der Be- schwerdeführerin weitere Angaben nachzufordern, nach.

E. 3.3

Nachstehend ist auf die von der Beschwerdeführerin mit oder nach Neuanschuldung vom 4. Oktober 2019 eingereichten ärztlichen Berichte einzugehen und zu prüfen, ob mit diesen eine wesentliche Verschlechterung des Gesundheitszustands seit 2013 mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit glaubhaft gemacht werden kann.

4.

E. 4

Am 4. Oktober 2019 meldete sich A. wegen Beschwerden am Schultergelenk v.a. rechts, in den letzten Jahren verschlechtert, Asthma bronchiale (Belastungsluftnot, er- höhte Infektanfälligkeit: 2018 zwei Lungenentzündungen), chronischem Rückenleiden (mit rezidivierendem lumbovertebralem bzw. zerviko- und thorakovertebralem Schmerz.), Schmerzsyndrom IV. Finger links nach Schnittverletzung und psychischer Befindlichkeitsstörung mit depressiver Reaktion und Ängsten erneut zum Bezug von IV-Leistungen an.

E. 4.1

In den Berichten des Pneumologen Dr. med. D., Spital Thurgau Münsterlingen vom 19. Oktober 2018 und 20. November 2018 wurde nach erfolgter Bronchoskopie vom 19. Oktober 2018 und einem CT-Thorax vom 12. November 2018 St. n. linksseitiger Pneumonie 09/2018 diagnostiziert. Die auf den 14. November 2018 geplante erneute

Bronchoskopie habe aufgrund einer Hospitalisation wegen Allgemeinzustandsverschlechterung und erhöhter laborchemischer Infektparameter nicht stattgefunden. Es wurde eine Grössenzunahme der Atelektase im anterobasalen Unterlappen links bei Abbruch des zugehörigen Bronchus und ein regredienter Pleuraerguss links beurteilt.

Die Beschwerdeführerin behauptet, diese Berichte würden ausdrücklich eine Verschlechterung ihres Gesundheitszustands nennen. Dem ist entgegenzuhalten, dass Dr. med. E. die angeplante Bronchoskopie, mit welcher hätte geklärt werden können, wie sich der Gesundheitszustand entwickelt habe, nicht durchführen konnte. Der Spi- talaufenthalt wegen eines Infekts lässt nicht darauf schliessen, dass diese momentane Verschlechterung des Gesundheitszustands der Beschwerdeführerin angehalten hätte, was die Ergebnisse der später erfolgten Untersuchungen durch die Pneumologen be- stätigten.

E. 4.2

Dr. med. D., Hausarzt der Beschwerdeführerin, führte in seinem Bericht vom 24. Au- gust 2019 folgende chronische Krankheiten mit Auswirkungen und Einschränkungen auf/der Aktivitäten des alltäglichen Lebens auf: Asthma bronchiale (seit 2010, Belas- tungsluftnot, erhöhte Infektanfälligkeit [2 x Lungenentzündungen im letzten Jahr], chro- nisches Rückenleiden (seit 2011 mit rezidivierendem lumbovertebralem Schmerzsyn- drom und rezidivierendem zerviko- und thorakovertebralem Schmerzsyndrom), neuro- pathisches Schmerzsyndrom (seit 11/1997) nach Schnittverletzung der linken Hand IV. Finger, chronische Schulterarmschmerzen rechts nach Sehnenverletzung und bei Arth- rose (seit 08/1996), psychische Befindlichkeitsstörungen, teils mit depressiver Reaktion und Ängsten im Zusammenhang mit körperlichen Störungen.

5 - 8

Die Beschwerdeführerin bringt vor, die Verschlechterung in den letzten Jahren ergebe sich indirekt aus dem Hinweis, dass medikamentöse Behandlungen wegen Unverträg- lichkeit der Medikamente nicht oder nur kurzzeitig hätten durchgeführt werden können. Vor allem erkläre Dr. med. D. seine Auffassung, wonach er es für sehr unwahrschein- lich halte, dass die Beschwerdeführerin wieder eine berufliche Tätigkeit ausüben könne, und er eine IV-Anmeldung für angezeigt erachte. Sämtliche von Dr. med. D. di- agnostizierten Krankheiten der Beschwerdeführerin bestehen jedoch schon vor der Verfügung vom 20. September 2013. Konkrete Befunde, die seit 2013 hinzugekommen seien respektive sich verstärkt hätten, nannte er nicht. Er gab auch nicht an, dass sich der Gesundheitszustand seit 2013 wesentlich verschlechtert hätte.

E. 4.3

Dr. med. F. diagnostizierte in seinem Konsultationsbericht vom 4. April 2019 eine Cuff Arthropatie rechts und symptomatischer Hallux valgus. Da die Patientin keine Opera- tion gemocht habe, sei eine Infiltration in die rechte Schulter erfolgt. In seinem Konsul- tationsbericht vom 25. September 2020 hielt er folgende Diagnosen fest: Cuff Arthropa- thie rechts mit irreparabler RM-Ruptur nach Trauma 1996 (MRI SSP-Ruptur 1996) und Humeruskopfhochstand Rx 28. März 2019, beginnende Gonarthrose rechts, sympto- matischer Hallux valgus et interphalangeus links, Cervicocephal-Syndrom, chronifizier- ter Schmerz linke Hand bei Schnittverletzung Dig. II und III Ps, Dig IV PIP mit Beuge- sehnedurchtrennung und palmares radiales Nervenbündel links 26. November 1997, Sehnen- und Nervennaht Dig. IV, Thirschdeckung Dig III, WV Dig II 26. November 1997 und neurologischem Konsilium 24. August 2005, Ulcus duodeni (Gastroskopie 1992 und

1993 Heliobacter und Ulcus pos., Gastroskopie 2000 neg.), Depressionen seit Jahren in psychotherapeutischer Behandlung, Klaustrophobie, intrinsic Asthma ED 2009 (nächtlicher Husten mit hohem Leidensdruck seit 2015). Zum Prozedere führte er an, dass grundsätzlich die Implantation einer Schulterprothese bei der 60-jährigen Patientin zu empfehlen wäre, aufgrund der psychischen Konstellation mit Entwicklung eines chronischen Schmerzsyndroms wäre aber hier eine Garantie nicht gegeben. Die beginnende Gonarthrose Knie rechts sei im Moment nicht leistungsmindernd. Bezüglich der Schmerzen im rechten Handgelenk zeige sich radiologisch kein Grund dafür, allenfalls entwickle sich hier ein Handgelenksganglion bei doch leicht vorhandener Schwellung dorsal. Hier könnte ein MRI zur Diagnostik durchgeführt werden, er denke im Moment aber nicht, dass es therapeutische Konsequenzen habe, da die Patientin auch keine Operation hierfür wolle. Bezüglich Arbeitsfähigkeit sei eine Einschränkung der Schulterfunktion rechts gegeben. Auch bei chronischen Schmerzen im Bereich der linken Hand mit Fehlstellung im Mittelfinger sei volle Belastung nicht gegeben.

Die Beschwerdeführerin macht geltend, ein völlig neuer Befund gegenüber früher sei die beginnende Gonarthrose im rechten Knie. Damit liegt zwar im Vergleich zu 2013 eine neue Diagnose vor, Dr. med. F. schätzt aber die damit zusammenhängenden Beschwerden im Moment nicht leistungslimitierend ein, weshalb diesbezüglich auch keine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit besteht.

Zudem argumentiert die Beschwerdeführerin, auf die Schulterprothese sei u.a. wegen Platzangst der Beschwerdeführerin verzichtet worden. Der Hinweis, dass eine Schulterprothese in Erwägung gezogen werden könnte, zeige ausserdem, dass die Schulterbeschwerden in jedem Fall dauerhafte Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin hätten; denn auch mit einer Schulterprothese bestehe eine massgebliche Einschränkung. Insbesondere seien die deutlicheren Bewegungsschmerzen im Bereich der rechten Schulter einerseits und die psychische Konstellation andererseits insofern neu, als diese nie in die materielle Beurteilung der Vorinstanz eingeflossen seien. Dieser Argumentation der Beschwerdeführerin steht entgegen, dass bereits im Jahr 2013 von der Beschwerdegegnerin berücksichtigt wurde, dass die Schmerzen in der rechten Schulter die Beschwerdeführerin beeinträchtigen würden. So wurde im psychiatrisch-orthopädischen Gutachten vom 15. Dezember 2012 eine qualitative Einschränkung wegen des Bewegungsapparats bescheinigt, wonach eine adaptierte Tätigkeit zumutbar sei, also eine körperlich leichte bis gelegentlich mittelschwere Tätigkeit in temperierten grossen Räumen, mit der Möglichkeit des Wechsels zwischen Sitzen, Gehen und Stehen, ohne Tätigkeiten über der Horizontalebene, ohne Zwangspositionen der Wirbelsäule, ohne Notwendigkeit des Absolvierens längerer Gehstrecken oder des Überwindens von Höhendifferenzen wie Treppen, Leitern oder Gerüste, ohne feinmotorische Tätigkeiten namentlich der linken Hand sowie ohne Exposition gegenüber Staub oder reizenden Gasen. Aufgrund der Platzangst könne die Explorandin nicht in engen und geschlossenen Räumen arbeiten. Die Bewegungsschmerzen im Bereich der rechten Schulter flossen bereits in die materielle Beurteilung der Vorinstanz im Jahr 2013 ein, hat doch die Beschwerdeführerin damals gegenüber der Gutachterin angegeben, die Schmerzen in der rechten Schulter seien immer vorhanden und würden sich bei Bewegung über der Horizontalebene und bei Belastung verstärken, es gehe ihr insgesamt schlecht, sie verspüre überall Schmerzen und sie hätte keine Kraft mehr. Den beiden Berichten von Dr. med. F. kann somit kein Hinweis entnommen werden, inwiefern sich der

Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin seit dem Gutachten vom 15. Dezember 2012 verschlechtert habe.

E. 4.4

Gemäss Verlaufsbericht Pneumologie des Facharzts für Lungenkrankheiten G., St. Gallen, der Untersuchung von Februar 2020 könne eine beginnende Bronchiektase diskutiert werden. Dominant imponierten die radiomorphologischen Zeichen einer chronischen Bronchitis, welche Schleimproduktion erklären würden. Nebst Sekretolyse werde eine fortgesetzte asthmakontrollierende Therapie empfohlen. Im ergänzender Bericht vom 25. Mai 2020 hielt er fest, er wisse, dass die Patientin hauptsächlich an ihrer permanenten, mengenmässig belastenden Schleimproduktion leide. Der Erfolg der von der Patientin regelmässig, nämlich mehrmals täglich, durchgeführten zeitaufwendigen Massnahmen, der Schleimproduktion medikamentös und nicht-medikamentös entgegenzuwirken und vorhandenen Schleim bestmöglich zu mobilisieren, werde im Computertomogramm vom Februar 2020 sichtbar: Ihre Lunge sei „sauber“, es sei kaum Schleim in den Luftwegen sichtbar. Den Ergebnissen der letzten Lungenfunktionsprüfung lasse sich eine medizinisch-theoretische Ateminvalidität von 30% ableiten, womit die Patientin den Anforderungen einer leichtgradigen Arbeitstätigkeit, z.B. Büroarbeit, gewachsen sei, unter Berücksichtigung der aufwändigen Massnahmen für die Schleimmobilisation beim Arbeitspensum.

Die Beschwerdeführerin ist der Auffassung, wenn Arzt G. an einer Stelle die Auffassung vertrete, leichte Büroarbeiten seien der Beschwerdeführerin allenfalls möglich, sei dem entgegenzuhalten, dass die Beschwerdeführerin mangels Ausbildung und ausreichender Sprachkenntnisse höchstens zu Putzarbeiten, allenfalls noch zu kleineren Botengängen in einem Büro eingesetzt werden könnte, und dabei sei der ärztlich bestä-

7 - 8 tigte grosse Zeitaufwand für die Bekämpfung der Schleimproduktion noch völlig unberücksichtigt. Dabei verkennt die Beschwerdeführerin, dass der Facharzt G. bescheinigte, die Beschwerdeführerin sei einer leichtgradigen Arbeitstätigkeit gewachsen, wobei Büroarbeit lediglich als Beispiel angeführt wurde. Auch in diesen beiden Berichten nennt der Pneumologe keine konkreten Befunde, welche die Arbeitsfähigkeit im Vergleich zum Jahr 2013 reduzieren könnten. Inwiefern sich die Arbeitsfähigkeit im Vergleich zu derjenigen, welche ihr mit Gutachten vom 15. Dezember 2012, nämlich eine körperlich leichte bis gelegentlich mittelschwere Tätigkeit ohne Exposition gegenüber Staub oder reizenden Gasen, als zumutbar bescheinigt wurde, massgeblich verschlechtert haben soll, macht die Beschwerdeführerin nicht geltend und ist auch nicht erkennbar.

E. 4.5

Dem Bericht der Hochgebirgsklinik Davos, Pneumologie über die ambulante Sprechstunde (Verlaufskontrolle) vom 9. September 2020, ist die Diagnose eines intrinsischen Asthmas bronchiale ED 2009 (Eosinophile 0.3 G/l, FEV1 vom 9. September 2020 73% [2,01 Liter], ANA/ANCA unauffällig, IgE 550 kU/l) und einer anamnestisch art. Hypertonie diagnostiziert worden. In der Lungenfunktion zeige sich aktuell nur eine unwesentliche Verschlechterung des FEV1 mit Werten von 2,26 Litern in 2011 und aktuell 2,01 Litern. Die Patientin berichte jedoch über eine erhebliche Verschleimung, welche über die Jahre zugenommen habe. Die Immunglobuline zeigten sich unauffällig, auch das m3 als Hinweis auf eine ABPA zeigten sich normwertig. Die Durchführung einer physiotherapeutisch angeleiteten Atemtherapie sowie die Nutzung eines Flutters sei besprochen

worden und die Medikation mit Seretide 250/25 1-0-1 werde fortgeführt.

Die Beschwerdeführerin sieht in diesem Bericht eine Bestätigung der Verschlechterung, erwähne er doch eine erhebliche, im Laufe der Jahre zunehmende Verschleimung. Dies sei in den früheren Verfügungen nie geprüft worden. Der Beschwerdeführerin ist zwar zuzustimmen, dass die Problematik mit der Schleimproduktion im Jahr 2013 nicht aktenkundig ist. Die Verschleimung, welche die Beschwerdeführerin medikamentös und (selbst-)therapeutisch behandelt, wirkt sich aber auf eine adaptierte Tätigkeit, wie sie der Beschwerdeführerin zugemutet wird, nicht in relevanter Weise aus. Entgegen der Behauptung der Beschwerdeführerin, die asthmatischen Beschwerden sowie die Bronchial- und Lungenprobleme seien im Gutachten vom 15. Dezember 2012 in keiner Weise berücksichtigt worden, wurde darin festgehalten, dass bereits früher von PD Dr. H. (Hochgebirgsklinik Davos) aus rein pneumologischer Sicht eine volle Arbeitsfähigkeit per November 2011 bescheinigt worden sei. Anlässlich der aktuellen somatischen Befragung und Untersuchung hätten keine Befunde erhoben werden können, die dieser Einschätzung widersprächen.

E. 4.6

In sämtlichen dieser obgenannten, von der Beschwerdeführerin eingereichten Berichte nennen die Ärzte somit keine konkreten, neu hinzugekommenen Befunde, deren Auswirkungen so bedeutsam wären, dass die Veränderung als geeignet erscheint, den Rentenanspruch zu verändern. Sie geben keine medizinische Beurteilung ab, inwiefern eine effektive Verschlechterung des Gesundheitszustandes zum Vergleich mit demjenigen im Jahr 2013 stattgefunden habe. Es gelingt der Beschwerdeführerin nicht, mit den eingereichten ärztlichen Berichten eine relevante Verschlechterung ihres Gesundheitszustands mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit in einer leidensangepassten Tätigkeit seit der Verfügung vom 20. September 2013 glaubhaft zu machen.

E. 5

Mit Vorbescheid vom 17. Juli 2020 teilte die IV-Stelle Appenzell I.Rh. A. mit, dass auf das neue Leistungsbegehren nicht eingetreten werde.

E. 6

Mit Stellungnahme zum Vorbescheid beantragte der Rechtsvertreter von A. am 19. Oktober 2020 eine interdisziplinäre Begutachtung.

E. 7

Die IV-Stelle Appenzell I.Rh. trat mit Verfügung vom 11. Dezember 2020 auf das Leistungsbegehren von A. nicht ein.

So werde gemäss Art. 87 Abs. 3 IVV eine neue Anmeldung nur geprüft, wenn glaubhaft gemacht worden sei, dass seit der materiellen Prüfung der Rente eine erhebliche

2 - 8 Verschlechterung eingetreten sei. Es sei bereits mit Verfügungen vom 9. Oktober 2007 und 20. September 2013 materiell über eine Rentenleistung entschieden und die Leistungsbegehren abgewiesen worden. Somit müsse von der versicherten Person eine wesentliche Verschlechterung ihres Gesundheitszustands belegt werden, damit auf die erneute Anmeldung eingetreten werden könne. Die Prüfung der Aktenlage habe keine erheblichen Veränderungen gezeigt.

E. 8

8 Auch finden sich keine Anhaltspunkte, dass das Zusammenwirken der verschiedenen psychischen und physischen Beschwerden der Beschwerdeführerin zur Verschlechterung des Gesundheitszustands führen könnte oder dass es der Beschwerdeführerin im Alltag schlechter gehe als noch im Jahr 2013. Entsprechend zielen die Ausführungen der Beschwerdeführerin, das in den Akten liegende Gutachten vom 15. Dezember 2012 sei fast 9 Jahre alt sowie für die Bemessung der Invalidität sei zu prüfen, wie sich die einzelnen Arbeitsunfähigkeiten sowie deren Kumulation auf Einsatzfähigkeit der Beschwerdeführerin im gesamten für sie in Betracht fallenden Arbeitsmarkt auswirken würden, ins Leere.

Es ist somit nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin nicht auf das Leistungsbegehren der Beschwerdeführerin vom 4. Oktober 2019 eintrat. Die Beschwerde ist folglich abzuweisen.

Kantonsgericht Appenzell I.Rh., Verwaltungsgericht, Entscheid V 1-2021 vom 5. Oktober 2021

Die gegen diesen Entscheid erhobene Beschwerde wurde vom Bundesgericht mit Urteil 8C_64/2022 vom 29. März 2022 abgewiesen.

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