

SO_GERICHTE VSBES.2017.75 vom 3. Februar 2017

SO Obergericht, 2017-02-03, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2017.75

FR: SO_GERICHTE VSBES.2017.75 du 3 février 2017

IT: SO_GERICHTE VSBES.2017.75 del 3 febbraio 2017

Erwägungen

E. 1

1.1 Die 1972 geborene A.____ (im Folgenden: Beschwerdeführerin), gelernte IT + TK-Systemkauffrau, arbeitete zuletzt seit dem 24. April 2010 als Mediendesignerin bzw. Praktikantin (Pensum von 100 %) bei der B.____, [...]. Aus gesundheitlichen Gründen löste die Arbeitgeberin das Arbeitsverhältnis auf den 28. Februar 2011 auf (IV-Nr. 9 S. 1, 14 S. 1 und 17). Seit Dezember 2010 leidet die Beschwerdeführerin an einer depressiven Entwicklung im Zusammenhang mit einer psychosozialen Überlastung. Am 23. August 2011 meldete sie sich bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug an (IV-Nr. 2). Vom 10. Oktober bis 25. November 2011 war sie wegen einer rezidivierenden mittelschweren depressiven Störung bei psychosozialer Belastungssituation in der Klinik C.____ hospitalisiert; zur weiteren Stabilisierung wurde die Behandlung vom 16. Januar bis 23. Mai 2012 in der Tagesklinik ambulant fortgesetzt (IV-Nr. 47 S. 9 f.). Die IV-Stelle des Kantons Solothurn (im Folgenden: Beschwerdegegnerin) sprach der Beschwerdeführerin mit Verfügung vom 4. Juli 2012 einen Arbeitsversuch bei der B.____, [...], im Zeitraum vom 18. Juni bis 16. September 2012 zu (IV-Nr. 21). Dieser Arbeitsversuch wurde in der Folge bis 30. Juni 2013 verlängert (Mitteilungen vom 31. August, 20. Dezember 2012 und 24. April 2013; IV-Nr. 25, 29 und 36). Ab 1. Juli 2013 wurde die Beschwerdeführerin als Kommunikationsassistentin bei der B.____ für ein 80 %-Pensum unbefristet angestellt (IV-Nr. 40). Die Beschwerdegegnerin erteilte während der Einarbeitungszeit im Betrieb der B.____ Kostengutsprache für Einarbeitungszuschüsse im Zeitraum vom 1. Juli bis 30. September 2013 (Mitteilung vom 29. Juli 2013; IV-Nr. 42). Daraufhin wurde die berufliche Eingliederung abgeschlossen (IV-Nr. 46) Nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren wies die Beschwerdegegnerin den Anspruch der Beschwerdeführerin auf weitere berufliche Massnahmen und denjenigen auf eine Invalidenrente mit rechtskräftiger Verfügung vom 7. April 2014 ab (IV-Nr. 50).

1.2 Seit dem 1. November 2015 war die Beschwerdeführerin als Projektmitarbeiterin «Kommunikation» mit einem Arbeitspensum von 60 % im D.____ tätig (IV-Nr. 53 S. 6). Wegen einer Verschlechterung des psychischen Gesundheitszustands hielt sie sich vom 26. Juli bis 13. Oktober 2016 erneut stationär in der Klinik C.____ auf (IV-Nr. 55). Am 15. Oktober 2016 meldete sie sich wiederum bei der IV zum Leistungsbezug an (IV-Nr. 53). Mit Vorbescheid vom 24. Oktober 2016 stellte die Beschwerdegegnerin das Nichteintreten auf das neue Leistungsbegehren mit der Begründung in Aussicht, es seien keine neuen Tatsachen geltend gemacht worden (IV-Nr. 54). Nach der Übermittlung weiterer Unterlagen und Rücksprache mit dem Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD) trat die Beschwerdegegnerin mit Verfügung vom 3. Februar 2017 auf das neue Leistungsbegehren nicht ein. Zur Begründung wurde im Wesentlichen angegeben, am 4. November 2016 sei der Austrittsbericht der Klinik C.____ vom 25. Oktober 2016 inklusive Laborberichte

eingereicht worden. Auch unter Einbezug dieser Unterlagen seien keine Anhaltspunkte glaubhaft gemacht worden, dass sich die gesundheitlichen Verhältnisse in anspruchsvoller Weise verändert hätten. Mit Ausnahme einer dreimonatigen Hospitalisation sei keine langdauernde Arbeitsunfähigkeit ausgewiesen (IV-Nr. 65).

E. 2

2.1 Gemäss Art. 17 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben, wenn sich der Invaliditätsgrad einer Rentenbezügerin oder eines Rentenbezügers erheblich ändert.

Wird ein Gesuch um Revision eingereicht, ist darin glaubhaft zu machen, dass sich der Grad der Invalidität des Versicherten in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert hat (Art. 87 Abs. 2 der Verordnung über die Invalidenversicherung [IVV; SR 831.201]). Wurde eine Rente wegen eines zu geringen Invaliditätsgrades verweigert, so wird eine neue Anmeldung nur geprüft, wenn die Voraussetzungen nach Abs. 2 erfüllt sind (Art. 87 Abs. 3 IVV). Mit dieser Verordnungsregelung soll verhindert werden, dass die IV-Organen nach vorausgegangenem rechtskräftigen Leistungsverweigerungen oder rechtskräftig abgelehnten Revisionsgesuchen sich immer wieder mit gleichlautenden und nicht näher begründeten, d.h. keine Veränderung des Sachverhalts darlegenden Gesuchen befassen müssen. Ist demgegenüber im gesamten für die Anspruchsberechtigung erheblichen Tatsachenspektrum eine Änderung glaubhaft gemacht, ist die Verwaltung verpflichtet, auf das neue Leistungsbegehren einzutreten und es in tatsächlicher (wie auch in rechtlicher) Hinsicht allseitig zu prüfen (Meyer/Reichmuth, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG, 3. Aufl., 2014, S. 455 f. Rz. 118 mit Hinweisen).

2.2 Neuanmeldungsrechtlich massgebender Vergleichszeitraum ist seit der mit BGE 130 V 71 präzisierten Rechtsprechung der Zeitpunkt der letzten umfassenden materiellen Prüfung einerseits und der Zeitpunkt, in welchem das Neuanmeldungsgehalt und die Glaubhaftmachung einer anspruchsbeflussenden Tatsachenänderung geprüft wird, andererseits (Meyer/Reichmuth, a.a.O., S. 457 Rz. 122).

Die Verwaltung berücksichtigt u.a., ob die frühere rechtskräftige Verfügung nur kurze oder schon längere Zeit zurückliegt, und sie wird dementsprechend an die Glaubhaftmachung höhere oder weniger hohe Anforderungen stellen; insoweit steht ihr ein gewisser Beurteilungsspielraum zu, den das Gericht zu respektieren hat (Urteil des Bundesgerichts 9C_116/2010 vom 20. April 2010 E. 2.2 mit Hinweisen; Meyer/Reichmuth, a.a.O., S. 456 Rz. 119).

2.3 Für das Eintreten auf eine Neuanmeldung und auf ein Revisionsgehalt gilt der Beweisgrad des Glaubhaftmachens. Unter Glaubhaftmachen ist nicht der Beweis nach dem im Sozialversicherungsrecht allgemein massgebenden Grad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu verstehen. Die Beweisforderungen sind vielmehr herabgesetzt, indem nicht im Sinne eines vollen Beweises die Überzeugung der Verwaltung begründet zu werden braucht, dass seit der letzten, rechtskräftigen Entscheidung tatsächlich eine relevante Änderung eingetreten ist. Es genügt, dass für den geltend gemachten rechtserheblichen Sachumstand 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 des Bundesgerichts 9C_683/2016 vom 30. März 2017 E. 2.2 und 9C_116/2010 vom 20. April 2010 E. 2.2, je mit

Hinweisen;Müller, Das Verwaltungsverfahren in der Invalidenversicherung, 2010, S. 298, Rz. 1563 mit Hinweisen).

E. 3

3.1 Im vorliegenden Fall bildet die rechtskräftige Verfügung vom 7. April 2014 (IV-Nr. 50) den massgebenden Vergleichszeitpunkt im oben (unter E. II. 2.2 hiervor) dargelegten Sinn. Diese ist die letzte Verfügung der Beschwerdegegnerin, welche auf einer materiellen Prüfung des Leistungsanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Invaliditätsbemessung beruht. Dies wird von keiner Seite bestritten (vgl. Beschwerde, S. 3 f., Ziff. 4 [A.S. 7 f.] und Beschwerdeergänzung vom 22. März 2017, S. 4 Ziff. 5; A.S. 20). Die Beschwerdegegnerin stützte sich in ihrer Verfügung vom 7. April 2014 auf die damals vorliegenden medizinischen Berichte, primär auf den Bericht der Psychosomatik der Klinik C.____ vom 14. Juni 2012 über die Hospitalisation der Beschwerdeführerin im Zeitraum vom 10. Oktober bis 25. November 2011 und deren ambulanten Behandlung in der Tagesklinik vom 16. Januar bis 23. Mai 2012 (IV-Nr. 47 S. 9 f.), sowie den Abschlussbericht der Beruflichen Eingliederung vom 27. September 2013 (IV-Nr. 46). Im Folgenden ist zu prüfen, ob die Beschwerdeführerin eine seitherige Veränderung bzw. Verschlechterung ihres Gesundheitszustands glaubhaft darlegen konnte. Demnach ist die medizinische Situation der Beschwerdeführerin vor Erlass der rechtskräftigen Verfügung vom 7. April 2014 im Folgenden kurz darzulegen:

3.2 Gemäss dem Bericht der Psychosomatik der Klinik C.____ vom 14. Juni 2012 (Dr. med. E.____, Co-Chefarzt; lic. phil. F.____, Klinischer Psychologe) war die Beschwerdeführerin dort vom 10. Oktober bis 25. November 2011 wegen anhaltendem depressivem Zustand mit ausgeprägter Erschöpfungssymptomatik und somatischen Beschwerden stationär in Behandlung. Zur weiteren Stabilisierung wurde die Behandlung vom 16. Januar 2012 bis 23. Mai 2012 in der Tagesklinik ambulant fortgesetzt. Es wurden folgende Diagnosen gestellt: «1. Rezidivierende depressive Störung, aktuell mittelschwer bei psychosozialer Belastungssituation (ICD-10 F33.1); 2. Frühe Parentifizierung und emotionale Vernachlässigung mit Folgen von Aufopferungstendenzen und überhöhten Leistungsansprüchen (ICD-10 F60.8)». Im Weiteren wurde angegeben, Ziele der tagesklinischen Behandlung seien die Steigerung der psychophysischen Belastbarkeit sowie die Bearbeitung dysfunktionaler Bewältigungsmodi, insbesondere die Aufopferung und Bestrafung gewesen. Ein Behandlungsschwerpunkt habe die Bedürfniswahrnehmung und Kommunikation dargestellt. Nach dem Austritt aus dem stationären Setting seien Angstsymptome vermehrt aufgetreten, insbesondere in den Situationen Autofahren, Einkaufen und in hektischen Menschenansammlungen, aber ohne ausgeprägtes Vermeidungsverhalten. Gleichzeitig hätten somatische Beschwerden wie Kreislaufprobleme, Schwindel und Konzentrationsschwäche zugenommen. Vor allem der permanente Schwindel sei eine grosse Belastung gewesen, weil die Patientin Selbstberuhigungsmassnahmen wie Yoga nicht mehr habe durchführen können. Nach der Gabe eines kreislaufstabilisierenden Medikamentes und der Halbierung von Trittico auf 50 mg habe sich der Zustand verbessert.

Ferner wurde ausgeführt, die Patientin habe sich sehr schnell in das Behandlungskonzept der Tagesklinik eingefügt und motiviert an den unterschiedlichen Therapien teilgenommen und sich eingebracht. Es seien gleichwohl wieder die bekannten Muster von Aufopferung, Perfektionismus und Bestrafungsdanken aktiviert worden. Gegenüber den Patienten habe sie sich als fürsorgliche Helferin erlebt. Einerseits sei dieses Verhaltensmuster ein Teil ihrer

Identität und Persönlichkeit, andererseits bringe es sie in Anspannung mit der Konsequenz von Kopf- und Rückenschmerzen und Erschöpfung und trage somit wesentlich zur Aufrechterhaltung der depressiven Symptomatik bei. Auf der Beziehungsebene sei versucht worden, das Nähe-Distanz-Verhalten zu spiegeln und der Patientin bewusst zu machen, dass sie aus Angst vor Ablehnung Nähe vermeide und sich dafür in eine Aufopferungsrolle begeben. Ihre Selbstwahrnehmung und das Problembewusstsein hätten sich diesbezüglich laufend verbessert. Man habe insbesondere körperliche Anzeichen erarbeiten können wie das Gefühl eines zusammenziehenden Magens, Druck und Engegefühl auf der Brust und Rückenschmerzen. Zusätzlich habe die Patientin sehr gut den inneren Antreiber wahrnehmen können und es mit dem Gedanken «ich bin verantwortlich» verbinden können. Durch ihre perfektionistischen Anteile habe sie sich aber häufig hilflos bzw. überfordert gefühlt, weil sie nicht habe verhindern können, in diese Muster zu fallen. In den Einzelsitzungen hätten jeweils die Fortschritte herausgearbeitet werden können. Der Patientin selber sei es überaus schwergefallen, sich diese zuzugestehen.

Im Laufe der Behandlung habe die Patientin gelernt, sich mehr und mehr zurückzunehmen im interpersonellen Kontakt, sich besser abzugrenzen und bessere Selbstfürsorge zu betreiben. In der Folge hätten sich insbesondere Anspannung, innere Unruhe und Kopfschmerzen reduziert. Stimmung, Motivation und Angst bzw. Anspannung hätten sich laufend stabilisiert. Leider hätten körperliche Beschwerden die therapeutische Arbeit häufig erschwert. Eine Nierenkolik und ein für die Patientin ungewöhnlich heftiger grippaler Infekt seien Herausforderungen gewesen, welche die Patientin am Vertrauen in die körperliche Stärke hätten zweifeln lassen. Dies habe sich eher negativ auf die Antriebsstörung und Erschöpfung ausgewirkt. Gegen Ende des Aufenthaltes seien vermehrt psychosoziale Stressfaktoren in den Vordergrund getreten, was die Fortschritte in der Depressionsbehandlung etwas verlangsamt habe. Insbesondere die Steigerung des Arbeitspensums des Ehemannes habe zu einer Exazerbation von Angst geführt, weil sie befürchtet habe, er würde sich wieder überfordern. Im Paargespräch sei dieser Umstand thematisiert und versucht worden, einen gemeinsamen Umgang mit den Ängsten der Patientin zu finden. Trotz Rückschlägen habe eine Stabilität erreicht und gehalten werden können, sodass die Wiedereingliederung in die ehemalige Arbeitsstelle auf den 19. Juni 2012 mit einem 50 %-Pensum habe geplant werden können. Die Patientin sei offener im persönlichen Umgang erlebt worden sowie adäquater mit besserem Zugang zu Emotionen und besserer Bedürfniswahrnehmung. Nur die Konzentrationsfähigkeit sei bis zum Ende für die Patientin noch unbefriedigend geblieben, insbesondere im Hinblick auf die Wiederaufnahme der Arbeitstätigkeit habe ihr dies am meisten Mühe bereitet. Es habe eine vollständige Arbeitsunfähigkeit bis und mit Mai 2012 bestanden, ab Juni 2012 sei ein Arbeitstraining im Rahmen von IV-Massnahmen geplant. Die weitere Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit habe durch den Nachbehandler zu erfolgen (IV-Nr. 47 S. 9 f.).

3.3 Aus dem Bericht des G. ___ vom 2. Oktober 2012 geht die Diagnose «schwerer, dekompensierter Tinnitus links an der Grenze zum sehr schweren, dekompensierten Tinnitus links» hervor. Es wurde angegeben, die Patientin habe inzwischen den Eindruck, dass der Tinnitus insbesondere am Abend beim Einschlafen oder in der Stille weniger störe und es ihr gelinge, insbesondere durch die Umlenkung der Gedanken auf andere Themen, diesen weniger wahrzunehmen. Im Rahmen der Konsultation sei nochmals ausführlich der Unterschied zwischen «Verdrängen» und «alternativen Beurteilungen» besprochen worden und es sei der Patientin empfohlen worden, den Tinnitus am Abend oder in der Stille als

Zeichen von Ruhe zu werten, was die Patientin auch versuchen wolle. Aktuell sei man so verblieben, dass sich die Patientin gegebenenfalls nochmals melde, aktuell sei kein weiterer Konsultationstermin vereinbart worden (IV-Nr. 47 S. 8).

3.4 Dem Sprechstundenbericht des Spitals H.____ vom 24. September 2013 können folgende Diagnosen entnommen werden: «Übergewicht, BMI 28.3 kg/m², Grösse 168 cm, Gewicht 80 kg, sehr negatives Körperbild; Rezidivierende depressive Störung (ICD-10: F33.1), frühe Parentifizierung und emotionale Vernachlässigung mit psychosozialen Folgen (ICD-10: F80.8) mit Hyperaltruismus und überhöhten Leistungsansprüchen». Zusammenfassend wurde angegeben, die Patientin berichte, dass sie schon als Kind eher mollig gewesen sei. Zwischen ihrem 22. und 25. Lebensjahr sei sie mehr oder weniger «dauerschwanger» gewesen, wobei ein Gewichtsanstieg von 65 auf 80 kg erfolgt sei. Nach der letzten Schwangerschaft habe sie ihr Gewicht wieder auf 63 kg reduzieren können. Die Patientin berichte, dass sie Angst habe, weiter zuzunehmen, das aktuelle Gewicht belaste sie stark. Sie habe Schmerzen in den Gelenken und bekunde zunehmend auch Schwierigkeiten, ihren Körper zu akzeptieren. Die Patientin habe sich in der Sprechstunde in einem psychisch stabilen Zustand präsentiert (gemäss Aussage der Patientin sei dieser Zustand auf die gut eingestellten Medikamente zurückzuführen). Fragen nach Frustessen, Emotional- und/oder Sweet-Eating seien von der Patientin verneint worden. Es seien keine Binge-Eating Attacken erfolgt. Sie könne sich ihr angestiegenes Gewicht aufgrund der Kalorienzufuhr (eher knapp) nicht erklären (IV-Nr. 47 S. 5 ff.).

3.5 Der Hausarzt, Dr. med. I.____, FMH Allgemeine Innere Medizin, stellte in seinem Bericht zu Händen der Beschwerdegegnerin vom 23. November 2013 folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit: «Rezidivierende depressive Störungen, frühe Parentifizierung und emotionale Vernachlässigung mit Folgen von Aufopferungstendenzen und überhöhten Leistungsansprüchen». Die weitere Diagnose (Tinnitus) hat nach den Angaben des Hausarztes keine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit. Im Weiteren wurde vermerkt, die Patientin befinde sich seit langem in einem interdisziplinären Coaching; dabei werde das Arbeitspensum festgelegt und eine Steigerung diskutiert. Der Gesundheitszustand sei besserungsfähig. Im Weiteren wurde angegeben, die Patientin werde meistens als sehr aufgeräumt erlebt; obwohl man wisse, dass dies nicht zutreffe, vermittele sie einen kompetenten und zuversichtlichen Eindruck. Gerade dieser Teil der Persönlichkeit(störung) berge die Gefahr, dass sie sich überfordere und dauernd in Situationen manövriere, welche bei ihr einen Stress verursachen.

Auf dem Beiblatt zum Arztbericht wurde angegeben, die bisherige Tätigkeit sei noch zumutbar; die Patientin beschreibe, dass sie bei einem gewissen Stress/Anstrengungspegel sehr viele Fehler mache und dann immer mehr verunsichert und nervös werde. In welchem zeitlichen Ausmass die bisherige Tätigkeit noch zumutbar sei, werde fortlaufend von einem interdisziplinären Gremium festgelegt. Auch andere Tätigkeiten seien ihr zuzumuten; da sie aber einen passenden Arbeitsplatz habe, erübrige sich diese Einschätzung (IV-Nr. 47 S. 1 ff.).

4. Mit Neuanmeldung vom 15. Oktober 2016 gab die Beschwerdeführerin an, sie sei seit dem 31. Mai 2016 zu 100 % arbeitsunfähig und habe sich vom 27. Juli bis 13. Oktober 2016 erneut in der Psychosomatik der Klinik C.____ aufgehalten. Seit dem 21. Oktober 2016 stehe sie in psychiatrischer und psychotherapeutischer Behandlung in der Praxis J.____ (IV-Nr. 53). Im Rahmen des Vorbescheidverfahrens wurde der Austrittsbericht der Klinik C.____, Psychosomatische Medizin, vom 25. Oktober 2016 eingereicht.

4.1 Dem Austrittsbericht der Klinik C.____, Psychosomatische Medizin (Prof. Dr. med. K.____, Oberarzt; L.____, Psychologin; M.____, Stationsärztin Psychosomatik) vom 25. Oktober 2016 (IV-Nr. 55) kann entnommen werden, dass die Beschwerdeführerin dort vom 26. Juli bis 13. Oktober 2016 hospitalisiert war. Die Diagnosen lauteten wie folgt: «1. Ängstlich-vermeidende Persönlichkeitsstörung mit misstrauischen Anteilen (ICD-10 F60.6); 2. Schwere depressive Episode im Rahmen einer rezidivierenden depressiven Störung (ICD-10 F33.2); 3. Frühe Parentifizierung und emotionale Vernachlässigung mit Folgen von Aufopferungstendenzen und erhöhten Leistungsansprüchen (ICD-10 Z62)». Zur Anamnese wurde angegeben, die Patientin berichte von einer schleichenden psychischen Verschlechterung seit ca. 9. Monaten mit massiven Einschlafproblemen, Müdigkeit und Kraftlosigkeit. Sie ziehe sich sozial zurück und leide unter einer Gewichtszunahme sowie Kopf- und Gelenkschmerzen (Ellbogen, linke Schulter) sowie trockener Haut. Sie sei niedergeschlagen, teilweise auch hoffnungslos, antriebslos, interessiere sich kaum mehr für etwas und könne sich fast nicht mehr freuen. Es sei in den letzten Monaten Verschiedenes vorgefallen (u.a. Schwiegervater an einem aggressiven Hirntumor erkrankt, Mobbing am Arbeitsplatz, Kündigung der Wohnung durch den Vermieter). Sie sei in der Folge vor der Arbeit «geflüchtet» und habe in der Hausarztpraxis Hilfe gesucht. Sie sei daraufhin für acht Tage ins N.____ gekommen, was sie jedoch nicht als hilfreich erlebt habe. Bei Eintritt habe die Patientin angegeben, dass die Stimmung besser geworden sei aufgrund des Einsatzes von Cipralext, das Gedankenkreisen bestehe jedoch weiterhin.

Zur psychosozialen Entwicklung wurde festgehalten, die 18-jährige Tochter der Patientin habe gerade ein Au-pair-Jahr in [...] verbracht und besuche nun die Handelsschule. Sie lebe noch bei ihrer Mutter und deren Mann. Zum 20-jährigen Sohn bestehe seit vielen Jahren kein Kontakt mehr. Der um zwei Jahre jüngere Bruder habe sich vor wenigen Wochen im Alter von 42 Jahren umgebracht. Zu den Eltern bestehe kein Kontakt. Seit November 2015 arbeite die Patientin im D.____ im Marketing und Kommunikationsdesign der Angiologie. Bei ihrem Ehemann sei im Jahr 2010 eine limbische Enzephalitis diagnostiziert worden.

Zum Psychostatus bei Eintritt wurde angegeben, die Konzentration und Aufmerksamkeit seien reduziert, die Auffassung und die Gedächtnisfunktion für den Zeitraum der Untersuchung unauffällig. Im Denken sei sie formal eingeeengt auf ihre aktuelle Symptomatik. Der Appetit sei normal, jedoch habe sie in den letzten 3 Wochen 4 kg an Gewicht zugenommen, worunter sie leide. Es bestünden Einschlafstörungen, Müdigkeit, Kraftlosigkeit, schnellere Ermüdbarkeit, Antriebslosigkeit, sozialer Rückzug, reduzierte Freude und reduziertes Interesse sowie eine Selbstwertproblematik mit Insuffizienzgefühlen. Die Patientin leide unter rezidivierenden Kopf- und Gelenkschmerzen sowie trockener Haut. Suizidalität werde aktuell glaubhaft verneint. Es bestehe kein Anhaltspunkt für Fremdgefährdung.

Im Weiteren wurde ausgeführt, im SKID-II habe die Patientin einvernehmlich die Kriterien einer ängstlichen (vermeidenden) Persönlichkeitsstörung mit misstrauischen Anteilen erfüllt. Es habe sowohl im Beruflichen als auch im Privaten exploriert werden können, dass eine ständige Anspannung und permanente Sorge bestehe, in sozialen Situationen kritisiert und abgelehnt zu werden bei gleichzeitiger Überzeugung, im Vergleich mit anderen nicht zu genügen. Soziale Kontakte würden von der Patientin in der Regel nur intensiviert, wenn die Gewissheit bestehe, vom Gegenüber gemocht zu werden. In bestimmten zwischenmenschlichen Situationen seien Aktivitäten vermieden worden aus Angst vor Kritik, Missbilligung oder Ablehnung (bspw. etwas vor einer Gruppe zu präsentieren). Des

Weiteren hätten spezifische misstrauische Eigenschaften und Verhaltensweisen exploriert werden können. Insgesamt bestehe eine starke Empfindlichkeit auf Zurücksetzungen und Rück-schläge. Verletzungen und Beleidigungen hätten nur schwerlich vergeben werden können. Es bestehe eine Tendenz, neutrale oder freundliche Handlungen als feindlich oder gegen sich selber gerichtet zu interpretieren.

Zur Therapie und zum Verlauf wurde angegeben, gemeinsam mit der Patientin seien folgende Therapieziele vereinbart worden: Gedankenkreisen reduzieren, Verspannungen und Kopfschmerzen reduzieren, Umgang mit Versagensängsten (Ständige Angst, etwas falsch zu machen oder etwas Falsches zu sagen), Gewichtsreduktion, sich anderen gegenüber besser durchsetzen können. Die Patientin habe engagiert und motiviert am multimodalen Therapieprogramm teilgenommen. Dieses beinhalte psychologische Einzelgespräche, psychiatrische und internistische Betreuung, Sozialberatung, Ergo- und Kunsttherapie sowie Physio- und Bewegungstherapie. Die Patientin habe vom Angebot, der strukturierenden Umgebung sowie dem regelmässigen Kontakt zum Therapieteam und zur Gruppe der Mitpatienten profitieren können. In den psychotherapeutischen Gesprächen sei gemeinsam mit der Patientin ein schematherapeutisches Modusmodell erstellt worden. Ausgeprägt bewältigendes Verhalten habe im Bereich der Vermeidung sowie im Bereich der Kompensation beobachtet werden können. Dies habe mit der Patientin gut reflektiert werden können und es sei eine biographische Verknüpfung hergestellt worden. Bereits im frühen Kindesalter sei die Patientin für die Versorgung ihrer jüngeren Schwester verantwortlich gewesen und sei bezüglich dieser Aufgabenerfüllung häufig entwertet oder ungerechtfertigt beschuldigt worden. Die Patientin habe erkennen können, dass sie unter permanenter Anspannung und Überforderung gestanden sei. Und obwohl sie Fehler so gut als möglich zu vermeiden gesucht habe, sei die Reaktion ihrer Bezugsperson (Mutter) häufig unvorhersehbar und nicht verlässlich gewesen. Es habe insgesamt kein Gefühl von Vertrauen in andere Personen entwickelt werden können. Die Patientin habe erkennen können, dass die misstrauische Seite eine Schutzfunktion darstelle, die heute nicht mehr dienlich sei. Für die weitere Therapie empfehle man die Fortführung der schematherapeutischen Arbeit. Die Patientin sei dabei zu unterstützen, diverse Situationen immer wieder von verschiedenen Perspektiven betrachten zu lernen, damit sie anstelle der im Vordergrund stehenden misstrauischen Beurteilung von Situationen Neuinterpretationen lernen könne. Bezüglich dem Umgang mit den Versagensängsten mit Fokus auf die ängstlich vermeidenden Verhaltensweisen sei die Patientin ermutigt worden, während des Aufenthalts neue Verhaltensweisen auszuprobieren. Diesbezüglich sei sie mit Rollenspielen unterstützt worden. Gegen Ende des Aufenthalts habe sie eigenständig neue Verhaltensweisen ausprobieren und auch Erfolgserlebnisse für sich verbuchen können. Daneben sei zudem die Reflektion der misstrauisch fordernden Anteile im Vordergrund gestanden. Da das Gedankenkreisen u.a. in Zusammenhang gestanden sei mit obgenannten Bewältigungsmodi habe diesbezüglich eine starke Reduktion von 80 % bis 90 % erreicht werden können. Auch die Versagensängste hätten mit 70 % deutlich reduziert werden können. Insgesamt habe die Patientin ihre Therapieziele, mit Ausnahme der Gewichtsreduktion, zu 65 % erreichen können. Zusätzlich zu den obgenannten Themen sei die Paarbeziehung ebenfalls ein wichtiges Thema in den Einzeltherapien gewesen. Der Ehemann der Patientin sei im Jahr 2010 an einer limbischen Enzephalitis erkrankt, was bis heute grosse Auswirkungen auf die Interaktion zwischen den Eheleuten habe. Aktuell sei eine Paartherapie gestartet worden. Während des Aufenthaltes sei ein Gespräch mit der Personalverantwortlichen des Arbeitgebers der Patientin erfolgt. Die Patientin sei darüber

informiert worden, dass das Arbeitsverhältnis nach Ablauf des gesetzlichen Kündigungsschutzes aufgelöst werde. Die Patientin habe diese Entwicklung sehr bedauert, habe insgesamt jedoch einen guten Umgang damit finden können.

Ferner wurde ausgeführt, in den Bewegungstherapien sei aufgefallen, dass die Patientin ein hohes Kontrollbedürfnis gezeigt habe. Auf Korrekturen habe sie häufig mit Widerstand reagiert. Mit zunehmender Dauer des Aufenthaltes habe sie sich jedoch immer besser auf die verschiedenen Übungen einlassen können. Auch korrigierende Aussagen habe sie gegen Ende des Aufenthaltes etwas besser annehmen können. In den Kreativtherapien sei die Patientin anfänglich sehr fordernd und bestimmend gewesen und habe sich mit diesem Verhalten häufig in den Vordergrund gedrängt. Charakteristisch seien ihre extreme Zielorientierung und ihr Ehrgeiz mit hohen Ansprüchen. Sie habe immer selbstständig gearbeitet, habe sich keine Hilfe geholt und wenig Vertrauen gezeigt. Erst im Verlauf ihres Aufenthaltes habe sie gelernt, Anregungen anzunehmen und zeitweise ihre Vorstellungen loszulassen. Sie habe die Konzentration zunehmend länger halten können, habe entspannter gewirkt und sei nicht mehr so fordernd gewesen. Auch habe sie sich bewusster wahrgenommen und viel ausgeglichener gewirkt. Das Ein- und Austrittslabor seien unauffällig gewesen. Die Patientin sei unter der bereits etablierten antidepressiven Therapie zwar stimmungsstabil, jedoch zu Beginn des Aufenthaltes innerlich getrieben und nervös gewesen mit einem starken Misstrauen gegenüber dem Personal und Mitpatienten. Nach dem Finden der passenden Tagesdosis habe man die Patientin als ausgeglichen und ruhig erlebt; die misstrauischen Persönlichkeitsanteile seien in den Hintergrund gerückt. Die Patientin habe dies selbst als förderlich für die Interaktion mit den Mitpatienten und zu Hause mit den Familienmitgliedern erlebt. Der Nachbehandler werde darum gebeten, die Medikamenteneinstellung so zu belassen. Zum Procedere wurde schliesslich festgehalten, es erfolge eine hausärztliche Weiterbetreuung und eine psychiatrisch-psychotherapeutische Weiterbehandlung. Die Ärzte gaben eine vollständige Arbeitsunfähigkeit während der Zeitdauer der Hospitalisation sowie bis einschliesslich 30. Oktober 2016 an (IV-Nr. 55).

4.2 RAD-Ärztin Dr. med. O.____, Fachärztin für Neurologie, äusserte sich nach einer Beurteilung der Aktenlage am 3. Januar 2017 dahingehend, aus versicherungsmedizinischer Sicht habe sich der Gesundheitszustand gegenüber dem Zeitpunkt der Rentenablehnung im Jahr 2014 nicht in erheblicher Art verändert. Sie weist darauf hin, auf dem Boden einer komplexen psychosozialen Belastungssituation habe sich der psychische Zustand der Beschwerdeführerin schleichend verschlechtert, sodass eine dreimonatige Hospitalisation in der Klinik C.____ vom 26. Juli bis 13. Oktober 2016 notwendig geworden sei. Die Beschwerdeführerin habe von der Behandlung profitieren können. Insbesondere die depressiven Symptome, aber auch das Gedankenkreisen, die Versagensängste und die misstrauischen Persönlichkeitsanteile hätten positiv beeinflusst werden können. Eine Arbeitsunfähigkeit sei vom Klinikeintritt bis Ende Oktober 2016 attestiert worden (Protokolleintrag vom 3. Januar 2017).

5. Die Beschwerdegegnerin trat mit vorliegend angefochtener Verfügung vom 3. Februar 2017 auf die Neuanmeldung der Beschwerdeführerin vom 15. Oktober 2016 im Wesentlichen mit der Begründung nicht ein, auch unter Einbezug des Austrittsberichts der Klinik C.____ vom 25. Oktober 2016 inklusive Laborberichte mache die Beschwerdeführerin keine Anhaltspunkte glaubhaft, dass sich die gesundheitlichen Verhältnisse in anspruch relevanter Weise verändert hätten. Mit Ausnahme einer dreimonatigen Hospitalisation bestehe keine ausgewiesene, langandauernde

Arbeitsunfähigkeit (IV-Nr. 65 bzw. A.S. 1 ff.).

Die Beschwerdeführerin lässt demgegenüber geltend machen, die Beschwerdegegnerin sei zu verpflichten, auf das Leistungsgesuch vom 15. Oktober 2016 einzutreten und den IV-Grad neu zu bestimmen. Zur Begründung wird im Wesentlichen geltend gemacht, die Beschwerdeführerin sei im Jahr 2016 erneut psychisch erkrankt, dieses Mal jedoch in schwerer Weise. Die Klinik C.____ habe während des stationären Klinikaufenthaltes eine schwere depressive Episode im Rahmen einer rezidivierenden depressiven Störung sowie eine ängstlich vermeidende Persönlichkeitsstörung mit misstrauischen Anteilen diagnostiziert. Die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung sei neu und die Depressivität sei nun schwergradiger Art. Sodann habe die Klinik C.____ eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit in jeglicher Tätigkeit nicht nur während des stationären Aufenthalts, sondern darüber hinaus bis Ende Oktober 2016 attestiert. Es sei ihr empfohlen worden, im Anschluss eine ambulante Therapie wahrzunehmen. Dies habe sie auch getan und tue es bis heute. Sie stehe seit dem 21. Oktober 2016 anhaltend in der Praxis J.____ in psychiatrischer und psychotherapeutischer Behandlung. Es sei Sache des nachbehandelnden Psychiaters, weiterhin eine Arbeitsunfähigkeit zu attestieren, was auch geschehen sei. Die Beschwerdeführerin erhalte auch heute noch ein Krankentaggeld nach Massgabe einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit. Gemäss dem Bericht der Klinik C.____ vom 25. Oktober 2016 sei eine klare Verschlechterung des Gesundheitszustands glaubhaft gemacht worden.

Ergänzend wird geltend gemacht, es sei von einem weit über den 30. Oktober 2016 hinaus fortbestehenden und auch bezogen auf die Arbeitsfähigkeit erheblich limitierend wirkenden psychischen Gebrechen auszugehen. Replikweise wird schliesslich darauf hingewiesen, auf den Protokolleintrag des RAD vom 3. Januar 2017 könne nicht abgestellt werden.

5.1 Zunächst ist festzuhalten, dass der von der Beschwerdeführerin nachgereichte Bericht des behandelnden Psychiaters, J.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 29. März 2017 (Beschwerdebeilage [BB] 7) nicht berücksichtigt werden kann. Nach der Rechtsprechung ist für die beschwerdeweise Überprüfung einer Nichteintretensverfügung der Sachverhalt massgeblich, wie er sich der Verwaltung bot, d.h. die Aktenlage bei Erlass der angefochtenen Verfügung ist massgeblich (Urteil des Bundesgerichts 8C_244/2016 vom 21. Juni 2016 E. 2.1 mit Hinweisen). Somit sind ausschliesslich die ärztlichen Berichte, die der IV-Stelle bis zum Erlass der vorliegend angefochtenen Nichteintretensverfügung vom 3. Februar 2017 vorlagen, zu berücksichtigen, während jene, die erst im kantonalen Gerichtsverfahren eingereicht wurden, unbeachtlich bleiben (Urteil des Bundesgerichts 9C_683/2013 vom 2. April 2014 E. 3.3.2). Der Bericht des behandelnden Psychiaters J.____ vom 29. März 2017 (BB 7) wurde erst nach Erlass der vorliegend angefochtenen Verfügung vom 3. Februar 2017 verfasst und dem Gericht erst im vorliegenden Beschwerdeverfahren am 12. April 2017 (Eingang) nachträglich eingereicht (vgl. A.S. 25 f.), weshalb er unbeachtlich ist. Daraus geht zwar der Behandlungsverlauf seit Behandlungsbeginn am 24. Oktober 2016 hervor, welcher noch vor Erlass der vorliegend angefochtenen Nichteintretensverfügung erfolgte, dies kann hier nach dem Gesagten aber nicht berücksichtigt werden.

5.2 Nach einem Vergleich der Berichte der Klinik C.____ über die stationären Aufenthalte der Beschwerdeführerin ist festzustellen, dass hinsichtlich der psychischen Symptomatik nicht mehr die gleichen Diagnosen gestellt wurden. Während im Bericht der Klinik C.____, Psychosomatik, vom 14. Juni 2012 (stationärer Aufenthalt vom 10. Oktober bis 25. November 2011, ambulante tagesklinische Behandlung vom 16. Januar bis 23. Mai

2012) u.a. eine «rezidivierende depressive Störung, aktuell mittelschwer bei psychosozialer Belastungssituation (ICD-10 F33.1)», diagnostiziert wurde, stellten die Ärzte der Klinik C.____, Psychosomatische Medizin, vom 25. Oktober 2016 (stationärer Aufenthalt vom 26. Juli bis 13. Oktober 2016) u.a. die Diagnosen «ängstlich-vermeidende Persönlichkeitsstörung mit misstrauischen Anteilen (ICD-10 F60.6)» sowie «schwere depressive Episode im Rahmen einer rezidivierenden depressiven Störung (ICD-10 F33.2)» (vgl. IV-Nr. 47 S. 9 und 55 S. 1). Demnach ist der Beschwerdeführerin beizupflichten, dass nach den fachärztlichen Angaben im Bericht vom 25. Oktober 2016 die Diagnose der Persönlichkeitsstörung neu war und die rezidivierende depressive Störung bzw. Episode als schwer (statt bisher nur mittelschwer) eingestuft wurde. Weichen die früher und heute erhobenen ärztlichen Befunde und die gestellten Diagnosen zumindest teilweise voneinander ab, kann dies als Anhaltspunkt für Veränderungen der gesundheitlichen Verhältnisse gewertet werden und allenfalls Anlass zu weiteren Abklärungen geben (Urteil des Bundesgerichts 8C_244/2016 vom 21. Juni 2016 E. 3.4).

5.3 Zur Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin ist Folgendes festzuhalten: Während im Bericht vom 14. Juni 2012 über die Hospitalisation der Beschwerdeführerin vom 10. Oktober bis 25. November 2011 und die ambulante Behandlung in der Tagesklinik vom 16. Januar bis 23. Mai 2012 angegeben wurde, trotz Rückschlägen habe eine Stabilität erreicht und gehalten werden können, es habe bis und mit Mai 2012 eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % bestanden und die Wiedereingliederung in die ehemalige Arbeitsstelle habe auf den 19. Juni 2012 mit einem 50 %-Pensum geplant werden können (IV-Nr. 47 S. 10), wurde im Bericht vom 25. Oktober 2016 vermerkt, es habe eine vollständige Arbeitsunfähigkeit während der Zeitdauer der Hospitalisation (26. Juli bis 13. Oktober 2016) bestanden und eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % dauere noch bis und mit 30. Oktober 2016 an. Danach erfolge eine psychiatrische-psychotherapeutische Weiterbehandlung in der Praxis J.____. Ein Erstgespräch finde am 21. Oktober 2016 statt (IV-Nr. 55 S. 4). Demnach bestanden gemäss den fachärztlichen Angaben während beiden Klinikaufenthalten und ■ prognostisch - für eine kurze Zeit danach zwar nur befristete vollständige Arbeitsunfähigkeiten, es gilt jedoch zu beachten, dass sich die gesundheitliche Verfassung der Beschwerdeführerin nach den beiden Klinikaufenthalten unterschiedlich präsentierte. So konnte die Beschwerdeführerin nach dem Austritt aus der Tagesklinik am 23. Mai 2012 vom 18. Juni 2012 bis 30. Juni 2013 einen Arbeitsversuch bei der B.____ absolvieren, wobei sie in dieser Zeit ein IV-Taggeld erhielt. Im Juli 2013 wurde die Beschwerdeführerin von der B.____ angestellt, die IV richtete der Arbeitgeberin von Juli bis Ende September 2013 einen Einarbeitungszuschuss aus und die Beschwerdeführerin konnte auf eigenen Wunsch einem Arbeitspensum von 80 % nachgehen. Daraufhin wurde die berufliche Eingliederung abgeschlossen (Abschlussbericht der beruflichen Eingliederung vom 27. September 2013, IV-Nr. 46). Im Vergleich dazu wurde nach dem Austritt der Beschwerdeführerin aus der Klinik C.____ vom 13. Oktober 2016 wie erwähnt eine psychiatrische-psychotherapeutische Weiterbehandlung bei J.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, verordnet, wobei um regelmässige Blutbild- und EKG-Kontrollen ersucht und empfohlen wurde, die aktuelle Medikation für die nächsten 4 bis 6 Monate so zu belassen (IV-Nr. 55 S. 4). Allfällige Eingliederungsmassnahmen wurden in der Folge bis zum Erlass der vorliegend angefochtenen Verfügung am 3. Februar 2017 nicht mehr aufgenommen. Dieser Verlauf stellt einen weiteren Hinweis für eine Verschlechterung des psychischen Gesundheitszustands der Beschwerdeführerin dar.

5.4 Im Weiteren ist festzustellen, dass die Beschwerdeführerin bei ihrem zweiten stationären Aufenthalt in der Klinik C.____ vom 26. Juli bis 13. Oktober 2016 während beinahe 3 Monaten behandelt werden musste und eine fachärztliche Weiterbehandlung erforderlich ist, während bei ihrem ersten stationären Aufenthalt vom 10. Oktober bis 25. November 2011 eine Behandlungsdauer von rund 6 Wochen und danach eine ambulante Behandlung in der Tagesklinik genügte, weshalb im Zeitpunkt der vorliegend angefochtenen Verfügung von einer schwereren psychischen Symptomatik auszugehen ist, da sie eine längere und umfassendere fachärztliche Behandlung erforderte. Im Bericht der Klinik C.____ vom 14. Juni 2012 wurde angegeben, im Laufe der Behandlung habe die Patientin gelernt, sich mehr und mehr zurückzunehmen, sich im interpersonellen Kontakt besser abzugrenzen und eine bessere Selbstfürsorge zu betreiben. In der Folge hätten sich insbesondere die Anspannung, die innere Unruhe und die Kopfschmerzen reduziert und die Stimmung, die Motivation und die Angst bzw. Anspannung laufend stabilisiert. Trotz Rückschlägen habe eine Stabilität erreicht und gehalten werden können (IV-Nr. 47 S. 10). Demgegenüber wurde im Bericht der Klinik C.____ vom 25. Oktober 2016 zum Therapieverlauf angegeben, beim Gedankenkreisen habe mit den entsprechenden Bewältigungsmodi eine Reduktion um 80 bis 90 % erreicht werden können und auch die Versagensängste seien mit 70 % deutlich reduziert worden. Insgesamt habe die Beschwerdeführerin ihre Therapieziele, mit Ausnahme der Gewichtsreduktion, zu 65 % erreichen können (IV-Nr. 55 S. 3). Diese Angaben erhärten, dass die Beschwerdeführerin weiterhin psychiatrisch-psychotherapeutisch behandelt werden musste, um ihre Therapieziele vollständig erreichen zu können, und sie erst danach allenfalls in der Lage sein könnte, erneut Eingliederungsmassnahmen zu absolvieren. Auch diese Umstände deuten auf eine Verschlechterung des psychischen Gesundheitszustands der Beschwerdeführerin im Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung hin.

5.5 Der Einschätzung der RAD-Ärztin Dr. med. O.____ kann insoweit gefolgt werden, als auch diese ausführte, der psychische Zustand der Beschwerdeführerin habe sich auf dem Boden einer komplexen psychosozialen Belastungssituation schleichend verschlechtert, sodass eine dreimonatige Hospitalisation in der Klinik C.____ vom 26. Juli bis 13. Oktober 2016 notwendig geworden sei. Die Beschwerdeführerin habe von der stationären Behandlung profitieren und insbesondere die depressiven Symptome, aber auch das Gedankenkreisen, die Versagensängste und die misstrauischen Persönlichkeitsanteile positiv beeinflussen können (vgl. Protokolleintrag vom 3. Januar 2017). Daraus kann jedoch nicht abgeleitet werden, die Beschwerdeführerin habe den psychischen Gesundheitszustand im Zeitpunkt der rechtskräftigen Verfügung vom 7. April 2014, als sie noch in der Lage war, auf eigenen Wunsch in einem Arbeitspensum von 80 % tätig zu sein, wieder erreicht. Aufgrund der im Zeitpunkt der vorliegend angefochtenen Verfügung bestehenden Aktenlage kann davon nicht ausgegangen werden.

5.6 Wie (unter E. II. 2.2 hiervor) erwähnt, hat die Verwaltung u.a. zu berücksichtigen, ob die frühere rechtskräftige Verfügung nur kurze oder schon längere Zeit zurückliegt; dementsprechend sind an die Glaubhaftmachung höhere oder weniger hohe Anforderungen zu stellen. Zwischen der rechtskräftigen Verfügung vom 7. April 2014 und der vorliegend angefochtenen Nichteintretensverfügung vom 3. Februar 2017 liegen knapp 3 Jahre, zwischen den stationären Aufenthalten der Beschwerdeführerin in der Klinik C.____ vom 10. Oktober bis 25. November 2011 und vom 26. Juli bis 13. Oktober 2016 knapp 5 Jahre. Demnach sind an die Glaubhaftmachung nicht allzu hohe Anforderungen zu stellen (vgl.

Urteil des Bundesgerichts 8C_1025/2010 vom 28. März 2011 E. 4.3 mit Hinweis auf BGE 130 V 64 E. 6.2 S. 70).

6. Nach dem Gesagten wurde mit dem Bericht der Klinik C.____ vom 25. Oktober 2016 eine revisionsrechtlich relevante Änderung bzw. Verschlechterung des psychischen Gesundheitszustands der Beschwerdeführerin seit der rechtskräftigen Verfügung vom 7. April 2014 glaubhaft gemacht. Die Beschwerdegegnerin hätte daher auf das Revisionsgesuch vom 15. Oktober 2016 (IV-Nr. 53) eintreten und abklären müssen, ob nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit tatsächlich eine gesundheitliche Verschlechterung von voraussichtlich längerer Dauer eingetreten war, welche sich auf die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit der Beschwerdeführerin auswirkt. Demnach ist die Sache zur materiellen Beurteilung an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen.

E. 7

7.1 Die Rückweisung der Sache an die Verwaltung zwecks Vornahme ergänzender Abklärungen gilt als anspruchsbegründendes Obsiegen (BGE 132 V 215 E. 6 S. 235).

Gemäss Art. 61 lit. g ATSG hat der im kantonalen Beschwerdeverfahren obsiegende Beschwerdeführer Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Diese werden vom Versicherungsgericht festgesetzt und ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache und der Schwierigkeit des Prozesses bemessen. Nach § 161 i.V.m. § 160 Abs. 2 des Gebührentarifs (GT, BGS 615.11) beträgt der Stundenansatz für die Bestimmung der Kosten der berufsmässigen Vertretung CHF 230.00 bis 330.00 zuzüglich Mehrwertsteuer, soweit sie durch Anwälte wahrgenommen wird. Die vom Vertreter der Beschwerdeführerin eingereichte Kostennote vom 6. Juli 2017 weist einen Zeitaufwand von insgesamt 9.77 Stunden, einen Stundenansatz von CHF 250.00 sowie Auslagen von CHF 382.80 aus (A.S. 44 f.).

Reine Kanzleiarbeit (z.B. die Weiterleitung von Dokumenten an die Klientschaft, das Einfordern von Akten, die Kenntnisnahme von Verfügungen, das Stellen von Fristerstreckungsgesuchen etc.) sind im Stundenansatz eines Anwalts bereits inbegriffen und nicht separat zu vergüten. Demnach können die unter dem Vermerk «Brief an Klientin» angegebenen Positionen vom 28. März 2017 (0.17 Std.), 31. März 2017 (0.17 Std.), 18. April 2017 (0.17 Std.), 10. Mai 2017 (0.17 Std.) und 27. Juni 2017 (0.17 Std.) nicht berücksichtigt werden, da praxisgemäss von Orientierungskopien ausgegangen wird, welche Kanzleiaufwand darstellen. Der geltend gemachte Aufwand für den «Brief an IV-Stelle Solothurn» vom 3. März 2017 (0.25 Std.) ist als verfahrensfremd anzusehen und daher nicht zu entschädigen. Im Weiteren können sowohl der geltend gemachte Aufwand für den «Brief an Praxis J.____» vom 22. März 2017 (0.33 Std.) als auch die Kosten des entsprechenden Arztberichtes vom 13. April 2017 von CHF 150.00 nicht berücksichtigt werden, da dieser erst nach Erlass der vorliegend angefochtenen Nichteintretensverfügung verfasste und dem Gericht erst nachträglich eingereichte Bericht wie erwähnt unbeachtlich ist (vgl. E. II. 5.1 hiervor). Sodann sind für den nachprozessualen Aufwand bei einer Gutheissung der Beschwerde praxisgemäss 30 Minuten einzusetzen. Damit verbleibt ein Zeitaufwand von insgesamt 7.84 Stunden. Die Auslagen belaufen sich auf CHF 232.80. Unter Berücksichtigung des geltend gemachten Stundenansatzes von CHF 250.00 und der Mehrwertsteuer führt dies zu einer Parteientschädigung von insgesamt CHF 2'368.25 (Honorar von CHF 1'960.00, Auslagen von CHF 232.80 und MwSt. von CHF 175.45).

7.2 Aufgrund von Art. 69 Abs. 1bisIVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von CHF 200.00 ■ 1■000.00 festgelegt. Ausgangsgemäss hat die Beschwerdegegnerin die Verfahrenskosten von CHF 600.00 zu bezahlen.

Demnach wird erkannt:

1. In Gutheissung der Beschwerde wird die Verfügung vom 3. Februar 2017 aufgehoben und die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen, damit sie im Sinne der Erwägungen auf die Neuanschuldung vom 15. Oktober 2016 eintrete und die Sache materiell beurteile.

2. Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, dem Beschwerdeführer eine Parteientschädigung von CHF 2'368.25 (inkl. Auslagen und MwSt) zu bezahlen.

3. Die Beschwerdegegnerin hat die Verfahrenskosten von CHF 600.00 zu bezahlen.

Rechtsmittel

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

Versicherungsgericht des Kantons Solothurn

Die Vizepräsidentin

Der Gerichtsschreiber

Weber-Probst

Schmidhauser

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