

SO_GERICHTE VSBES.2018.203 vom 2. August 2018

SO Obergericht, 2018-08-02, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2018.203

FR: SO_GERICHTE VSBES.2018.203 du 2 août 2018

IT: SO_GERICHTE VSBES.2018.203 del 2 agosto 2018

Erwägungen

E. 1

ff.).

2. Dagegen lässt die Beschwerdeführerin am 5. September 2018 Beschwerde erheben (A.S. 8 ff.) und die folgenden Rechtsbegehren stellen:

3. Mit Eingabe vom 7. November 2018 (A.S. 32) verzichtet die Beschwerdegegnerin auf Einreichung einer begründeten Beschwerdeantwort und schliesst auf Abweisung der Beschwerde.

4. Auf die weiteren Ausführungen in den Rechtsschriften der Parteien wird, soweit erforderlich, in den folgenden Erwägungen eingegangen. Im Übrigen wird auf die Akten verwiesen.

II.

1. Die Sachurteilsvoraussetzungen (Einhaltung von Frist und Form, örtliche und sachliche Zuständigkeit des angerufenen Gerichts) sind erfüllt. Auf die Beschwerde ist einzutreten.

E. 2

2.1 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).

2.2 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 99 f. E. 4, 125 V 261 E. 4).

E. 3

3.1 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. 3 und 4 IVV). Dies gilt in analoger Weise auch für

Revisionsgesuche im Sinne von Art. 17 Abs. 1 ATSG (BGE 130 V 351 E. 3.5.3) sowie dann, wenn die versicherte Person nach vorausgegangener rechtskräftiger Ablehnung erneut eine Eingliederungsmassnahme beantragt (BGE 113 V 27; ZAK 1991 S. 262 E. 1a). 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, 125 V 412 E. 2b, 117 V 200 E. 4b). 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 200 E. 4b).

3.2 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 114 E. 2b).

3.3 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 Beweisvorkehrungen geeignet sind, den entsprechenden Beweis zu erbringen. Sie ist mit der Androhung zu verbinden, dass ansonsten gegebenenfalls auf Nichteintreten zu erkennen sei. Ergibt 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 69 E. 5.2.5).

4. Gemäss den Ausführungen der Beschwerdeführerin sei bis zur Verfügung vom 14. März 2017, welche den relevanten zeitlichen Vergleichswert zur jetzigen Neuanschuldung darstelle, von keinem Arzt eine andere Diagnose als jene der rezidivierenden depressiven Störung gestellt worden. Zwischenzeitlich sei die Beschwerdeführerin erneut im Rahmen fürsorglicher Freiheitsentzüge sowohl in den Jahren 2017 als auch in den Jahren 2018 je

zwei Mal in der psychiatrischen Klinik in [...] stationär hospitalisiert worden. Mit Austrittsberichten vom 12. Februar 2018 sowie vom 16. April 2018 sei abermals die schizoaffektive Störung, gemischte Episode diagnostiziert, worden. Hierbei handle es sich um eine klarerweise neu hinzugetretene, andersartige und auch schwerergradige psychische Störung als jene der Depression. Eine schizoaffektive Störung sei eine psychische Störung, die sowohl Symptome der Schizophrenie als auch der bipolaren affektiven Störung mit Depression und Manie in sich vereine. Damit einhergehend bestehe nun eine engmaschige psychiatrische Begleitung durch den involvierten Facharzt für Psychiatrie, Dr. med. D.____, von mindestens zwei Terminen pro Monat (alle zwei Wochen) und es bestehe auch eine anderweitige Medikation. Mit Bericht vom 9. Juni 2018 sei durch Dr. med. D.____ eine Verschlechterung im Verlauf seit Erlass der Verfügung klarerweise bestätigt worden. An dem Dargelegten würden auch die Ausführungen der Beschwerdegegnerin in der Verfügung vom 2. August 2018 sowie der Bericht der RAD-Ärztin vom 3. Juli 2018, auf welche sich die Beschwerdegegnerin stütze, nichts ändern. So sei der RAD-Bericht von Dr. G.____ schon mit Blick auf die bundesgerichtlich aufgestellten Beweisregeln kaum beweiskräftig und vermöge keine taugliche Grundlage zur Beurteilung des Leistungsanspruchs zu bilden. Zumal die Ärztin die Beschwerdeführerin nicht persönlich untersucht habe, als praktische Ärztin nicht über die richtige Fachrichtung verfüge und sich in diametralen Widerspruch zum behandelnden Arzt gesetzt habe, ohne diesen Widerspruch adäquat aufzulösen. Denn wie erwähnt, würden bereits geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen reichen, damit weitere Abklärungen vorzunehmen seien. Es sei zwar korrekt, dass im Jahr 2015 gutachterlich bei der Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit von einem Mittelwert ausgegangen worden sei. Bereits dem Urteil des Versicherungsgerichts des Kantons Solothurn vom 28. September 2017 könne jedoch entnommen werden, dass sich dieser Mittelwert auf die schwankenden depressiven Episoden bezogen habe (E. 8.2.1, 5. 24). In derselben Erwägung werde ausgeführt, dass es sich damals bei der Beurteilung von Dr. med. D.____ um eine Momentaufnahme gehandelt und die Beschwerdeführerin nicht dauerhaft bei ihm in Behandlung gestanden habe. Es werde nun einerseits die Diagnose einer schizoaffektiven Störung gestellt, welche nicht in den Mittelwert eingeflossen sei. Andererseits bestehe nun eine engmaschige psychiatrische Begleitung durch Dr. med. D.____ und die Medikation sei verändert worden. Überdies halte Dr. med. D.____ im Bericht vom 9. Juni 2018 fest, dass die Prognose als sehr ungünstig zu betrachten sei. Mit andern Worten ausgedrückt, gehe er von einem dauerhaften Zustand aus. Es könne somit nicht mehr die Rede davon sein, dass es sich um eine Momentaufnahme handle. Bereits aus dem soeben Ausgeführten sei ersichtlich, dass die Ausführungen der RAD-Ärztin nicht korrekt bzw. schlicht verzerrend seien. Auch die Ausführung der RAD-Ärztin, dass bereits im Jahr 2007 die Diagnose einer schizoaffektiven Störung gestellt worden sei, sei eine verzerrende Darstellung der tatsächlichen medizinischen Aktenlage. Zwar sei korrekt, dass in dem Austrittsbericht der H.____ vom 26. Februar 2007 die genannte Diagnose gestellt worden sei. Jedoch sei es damals bloss eine Differentialdiagnose gewesen und sei in der Folge auch nicht mehr gestellt worden. Abgesehen davon seien damals mehrere Jahre vergangen, bis die Beschwerdeführerin sich abermals in psychiatrische Behandlung habe begeben müssen. Dazwischen habe sie ihre Arbeit wieder teilzeitlich aufnehmen können. Es gelte sodann festzuhalten, dass Dr. med. F.____ im Gutachten die Diagnose einer schizoaffektiven Störung eben gerade nicht gestellt habe ■ auch nicht differentialdiagnostisch. Somit seien diese Diagnose und die damit zusammenhängenden Befunde damals, da sie ja auch erst neu

hinzugetreten sei, nicht Bestandteil der damaligen Einschätzung gewesen. Im Sinne des soeben Dargelegten sei es schlicht unhaltbar und verzerrend, eine Verschlechterung aufgrund der Tatsache zu verneinen, dass vor mehr als 10 Jahren die Diagnose schon einmal andiskutiert worden sei, sich damals aber nicht erhärtet habe, weshalb diese auch nicht mehr gestellt worden sei. Sodann verkenne die RAD-Ärztin auch, dass die Beschwerdeführerin seit Mai 2017 im Zeitraum von weniger als einem Jahr drei Mal im Rahmen einer fürsorgerischen Unterbringung stationär habe behandelt werden müssen. Schon allein diese Tatsache belege eine Verschlechterung eindeutig.

Demgegenüber vertritt die Beschwerdegegnerin die Ansicht, für eine Neuanmeldung resp. Rentenrevision reiche es nicht aus, eine ausschliesslich gesundheitliche Verschlechterung glaubhaft zu machen. Insbesondere genüge eine neu gestellte Diagnose per se nicht, um eine erhebliche Veränderung des Gesundheitszustandes glaubhaft zu machen, da damit über das quantitative Element einer relevanten, die Arbeitsfähigkeit schmälernenden Veränderung des Gesundheitszustandes nicht zwingend etwas ausgesagt werde (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_244/2016 vom 21. Juni 2016 E. 3.5). Es stelle sich folglich noch die Frage, ob mit den neu aufgelegten medizinischen Berichten ■ deren Einschätzungen mit Blick auf die beweisrechtlich bedeutsame Verschiedenheit von Behandlungs-/Therapieauftrag einerseits und Begutachtungsauftrag andererseits besonders sorgfältig zu würdigen seien ■ die Glaubhaftmachung einer gesundheitlichen Verschlechterung seit Erlass der rechtskräftigen Renten ablehnenden Verfügung vom 14. März 2017 zu bejahen sei. Mit Blick auf die ausführliche RAD-Aktennotiz vom 3. Juli 2018, die hiermit zum integrierenden Bestandteil dieser Verfügung erhoben werde, sei die Glaubhaftmachung einer gesundheitlichen Verschlechterung seit Erlass der rechtskräftigen Verfügung vom 14. März 2017 zu verneinen.

5. Streitig und zu prüfen ist somit die Frage, ob die Beschwerdegegnerin auf die Neuanmeldung der Beschwerdeführerin vom 4. April 2018 hätte eintreten müssen, bzw. ob die Beschwerdeführerin eine entsprechende Verschlechterung ihres Gesundheitszustandes glaubhaft gemacht hat. Ob eine in diesem Sinn erhebliche Veränderung glaubhaft gemacht wurde, beurteilt sich durch einen Vergleich der von der Beschwerdeführerin neu eingereichten Unterlagen mit dem Sachverhalt bei Erlass der letzten ablehnenden Rentenverfügung vom 14. März 2017.

5.1 In ihrer Rentenverfügung vom 14. März 2017 stellte die Beschwerdegegnerin hauptsächlich auf das bidisziplinäre Gutachten in den Fachrichtungen Rheumatologie und Psychiatrie der Dres. E.____ und F.____ vom 19. November 2015 (IV-Nr. 66.1) ab. Da vorliegend ausschliesslich eine Verschlechterung aus psychischen Gründen geltend gemacht wird, beschränkt sich die nachfolgende Aktenwiedergabe auf das psychiatrische Fachgebiet. Im psychiatrischen Teilgutachten von Dr. med. F.____ wurden mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine rezidivierende depressive Störung, aktuell leicht- bis mittelgradige Störung (ICD-10 F33.1) sowie ein Verdacht auf unreife Persönlichkeitszüge (ICD-10 Z73.1) diagnostiziert. Die Beschwerdeführerin leide schon seit Jahren unter depressiven Zuständen, die teilweise ein schweres Ausmass, mit in der Vergangenheit teilweise sogar psychotischen Phänomenen angenommen hätten. Die Explorandin habe im Rahmen der Exazerbationen der Depressionen bereits mehrfach in den letzten Jahren stationär behandelt werden müssen. Aus psychiatrischer Sicht sei die Explorandin als vermindert belastbar einzustufen, indem sie immer wieder auch Erholungsphasen benötige. Für eine einfach strukturierte Tätigkeit, wobei es durchaus auch Reinigungsarbeiten wie

bisher sein könnten, bestehe eine Restarbeitsfähigkeit von 50 %. Diese Einstufung gelte ab Juli 2014 in diesem Ausmass.

5.2 Mit ihrer Neuanschuldung bzw. innert der ihr von der Beschwerdeführerin im Vorbescheidverfahren gesetzten Frist hat die Beschwerdeführerin folgende relevante medizinische Unterlagen eingereicht:

5.2.1 Im Austrittsbericht der H.____, vom

E. 4

Mai 2017 (IV-Nr. 128, S. 5) betreffend die 9. Hospitalisation vom 10. März - 23. März 2017 wurden eine schizoaffektive Störung, gegenwärtig depressiv (F25.1), DD rezidivierende depressive Störung, ggw. schwere Episode mit psychotischen Symptomen (F33.3) diagnostiziert. Die Beschwerdeführerin sei auf die schliessbare Psychose-Station aufgenommen worden. Bei Aufnahme habe sie sich in einem panischen Zustand gezeigt, sei fast mutistisch gewesen, habe keine Angaben machen können. Die Beschwerdeführerin habe die Medikamenteneinnahme inkl. der vom I.____ verschriebenen Antibiotika zur Behandlung des Harnwegsinfektes verweigert. Zudem habe sie die Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme sowie die Blutentnahme zur Kontrolle der vom I.____ diagnostizierten Hypokaliämie verweigert. Sie habe ständig auf Austritt gedrängt und habe psychotisch gewirkt. Sie sei im Intensivbereich untergebracht und mit Abilify 7,5 mg und Temesta 4 mg zwangsmediziert worden. Eine Verlängerung der fürsorgerischen Unterbringung sei nicht beantragt worden. Nach der Zwangsmedikation habe sich die Beschwerdeführerin beruhigt und habe auf die Station genommen werden können. Sie habe sich langsam geöffnet, sei zugänglicher geworden und habe auch akzeptiert, wenn auch unter Druck, ihre Medikamente wieder einzunehmen. Man habe Abilify 15 mg/Tag und Cymbalta 60 mg/Tag installiert. Auf der Station habe die Beschwerdeführerin die ganze Zeit in ihrem Zimmer verbracht, sei im Bett gelegen, habe sich nur schwer zur Bewegung motivieren lassen, habe kaum Kontakt mit Mitpatienten gehabt, habe sich antriebslos und weinend gezeigt, wenn das Thema Familie und insbesondere die vor kurzem verstorbene Mutter thematisiert worden sei. Der Zustand der Beschwerdeführerin habe sich langsam verbessert unter der verabreichten Medikation, sie habe wieder gut gegessen und getrunken. Sie habe über ihre paranoiden Ängste berichtet, sie habe gedacht, dass das Essen vergiftet worden sei, weswegen sie es verweigert habe; sie habe Angst um ihren Sohn gehabt und gedacht, dass ihm etwas Schlimmes passieren könnte, dass ihr Mann sie habe umbringen wollen, da sie ein schlechter Mensch sei. Die psychotischen Symptome hätten sich zurückgebildet und die Beschwerdeführerin habe unbedingt nach Hause austreten wollen. Sie werde die Medikamente weiter einnehmen und Termine bei ihrem Psychiater wahrnehmen. Bei fehlendem Hinweis auf Selbst- und Fremdgefährdung sei die Beschwerdeführerin am 23. März 2017 entlassen worden.

5.2.2 Im Austrittsbericht der H.____, vom 12. Februar 2018 (IV-Nr. 118, S. 3) betreffend die 10. Hospitalisation vom 22. Januar - 12. Februar 2018 wurde eine schizoaffektive Störung, gegenwärtig depressiv (F25.1) diagnostiziert. Die Beschwerdeführerin sei notfallmässig, auf Basis einer fürsorgerischen Unterbringung aufgenommen worden. Psychopathologisch imponierten initial ein depressiv-mutistisches Zustandsbild und psychotische Symptome (diffuse Ängste, Vergiftungsideen mit Nahrungsverweigerung). Unter Berücksichtigung der Vorgeschichte der Beschwerdeführerin sei man von einer depressiven Episode nach Absetzen der Medikation bei bekannter schizoaffektiver Störung ausgegangen. Initial habe

aufgrund der Gesamtsituation bei zunehmender Gefährdung der Beschwerdeführerin (psychotischer Zustand ohne Nahrungs-Flüssigkeitsaufnahme) eine Zwangsmedikation mit Abilify erfolgen müssen. Im Verlauf der Hospitalisation habe eine antidepressive Medikation mit Cymbalta etabliert werden können. Auf Wunsch der Beschwerdeführerin habe man die antipsychotische Medikation auf Risperdal umgestellt. Im Rahmen des multimodalen Therapieprogrammes habe sich die Beschwerdeführerin stabilisiert und es sei ihr zunehmend besser gelungen, mit den Mitpatienten in Kontakt zu treten. Die Belastungserprobungen im realen Lebensumfeld seien erfolgreich verlaufen, so dass am 12. Februar 2018 die Entlassung in ihre weitere ambulante Behandlung habe erfolgen können.

5.2.3 Im Bericht der J.____, vom 28. Februar 2018 (IV-Nr. 118, S. 1) wurde festgehalten, der Anlass zur Konsultation bestehe darin, dass die Beschwerdeführerin zur Weiterbetreuung nach ihrer 10. Hospitalisation vom 22. Januar 2018 bis 12. Februar 2018 im Rahmen H.____ aufgrund einer depressiven Episode der vorbekannten schizoaffektiven Störung zu einem Gesprächstermin in der Notfall- und Krisenambulanz des Psychiatrischen Ambulatoriums Olten angemeldet worden sei. Die Beschwerdeführerin berichte, dass sie notfallmässig, auf Basis einer fürsorgerischen Unterbringung, auf der geschlossenen Station der aufgenommen worden sei. Sie habe Symptome wie Vergiftungsideen, Wahnvorstellungen, diffuse Angstsymptomatik Antriebslosigkeit, starkes Misstrauen und eine herabgestimmte Stimmungslage gezeigt. Als Grund für die aktuelle Dekompensation sei die durch die Patientin initiierte Absetzung der Medikation erschienen. Inzwischen habe sie sich recht gut erholt, sei aber noch nicht belastbar. Die Erstmanifestation der Krankheit sei im Jahre 2000 aufgrund von zu viel Stress erfolgt. Seither sei sie zehn Mal hospitalisiert gewesen, durch Absetzen der Medikation sei es jeweils zu schweren Rückfällen gekommen. Sodann werden im Wesentlichen folgende Befunde erhoben: «(.) Wach und bewusstseinsklar, in allen vier Ebenen orientiert, in den kognitiven Grundfunktionen adäquat. Im Kontakt freundlich zugewandt und kooperativ, kann Blickkontakt halten. Aufmerksamkeit und Gedächtnis: Mnestiche Funktionen objektiv intakt Formales Denken: unauffällig. Keine Hinweise auf inhaltliche Denkstörungen. Kein Hinweis auf Zwangsdanken, -impulse oder -handlungen. Befürchtungen im Sinne von Zukunftsängsten. Kein Anhalt für Wahnerleben, Wahnstimmung, Sinnestäuschungen oder Ich-Störungen. Affektivität: Frau A.____ wirkt bei Thematisierung ihrer Erkrankung und der Konsequenzen deprimiert und resigniert. Die Stimmungslage ist bei erhaltener Schwingungsfähigkeit überwiegend ausgeglichen. Es bestehen Insuffizienzgefühle, reduziertes Selbstwertgefühl, Schuldgefühle, Verarmungsgefühle. Der Antrieb wird als reduziert beschrieben, Psychomotorik: unauffällig. (.) Schlaf und Vigilanz: die Patientin beschreibt Tagesmüdigkeit. Appetenz: Appetit vermehrt. Kein Anhalt für Selbst- oder Fremdgefährdung, die Patientin ist absprachefähig und von handlungsrelevanter Suizidalität klar distanziert. Sie erklärt, gewiss keinen Suizidversuch mehr unternehmen zu wollen, ihr Sohn und ihr Ehemann würden sie im Leben halten.» Anhand der Anamnese und der klinischen Symptomatik sei diagnostisch von einem Status nach einer depressiven Episode der vorbekannten schizoaffektiven Störung nach Absetzen der verordneten Medikation auszugehen.

5.2.4 Im Austrittsbericht der H.____, vom 16. April 2018 (IV-Nr. 120) betreffend die 11. Hospitalisation vom 17. März - 29. März 2018 wurde eine schizoaffektive Störung, gemischte Episode (F25.2) diagnostiziert und ausgeführt, die Zuweisung sei auf der Basis einer fürsorgerischen Unterbringung bei nicht auszuschliessender Selbstgefährdung im

Rahmen einer bekannten schizoaffektiven Störung erfolgt. Psychopathologisch habe beim Eintritt eine depressive Stimmungslage mit Vergiftungsideen und psychomotorischer Unruhe imponiert. Die Beschwerdeführerin habe sowohl Medikation sowie Nahrung verweigert. Kurz nach Klinikeintritt sei es zu einem maniform anmutenden Zustandsbild gekommen. Die Beschwerdeführerin sei zunehmend dysphor geworden, zeigte Distanzminderung und sei verbal beleidigend und aggressiv erlebt worden. Die zunehmende Verschlechterung habe dazu geführt, dass die Beschwerdeführerin im Verlauf gegen ihren Willen habe mediziert werden müssen. Unter Brintellix und Xeplion habe sich die Beschwerdeführerin stabilisiert und sich mit der Weiterbehandlung mit dem Antidepressivum sowie dem Antipsychotikum als Phasenprofilaxe einverstanden gezeigt. Die Beschwerdeführerin sei am 29. März 2018 bei fehlenden akuten Eigen/Fremdgefährdungsaspekten in gegenseitigem Einverständnis aus der Klinik nach Hause ausgetreten. Die Weiterbehandlung werde ambulant durch Herr Dr. med. D.____ übernommen, welcher auch die Depotgabe durchführe.

5.2.5 Dr. med. K.____, Facharzt für Innere Medizin führte in seinem ärztlichen Zeugnis vom 21. Mai 2018 (IV-Nr. 124) aus, als Hausarzt bestätige er, dass die Beschwerdeführerin im Zeitraum von Anfang April 2017 bis Ende Februar 2018 an psychischen Problemen gelitten habe und sowohl ambulant als auch stationär habe therapiert werden müssen. In dem oben genannten Zeitraum sei die Beschwerdeführerin nicht arbeitsfähig gewesen.

5.2.6 Im Bericht von Dr. med. D.____ vom

E. 9

Juni 2018 (IV-Nr. 128, S. 14) wurden folgende Diagnosen gestellt:

Während der Konsultationen komme es immer wieder zu Äusserungen von Ratlosigkeit und Verzweiflung mit Weinattacken. Die Beschwerdeführerin sei wach, bewusstseinsklar und allseits orientiert, sie wirke besorgt und geprägt von Insuffizienzerleben im Hinblick auf die störungsbedingten Funktionsbeeinträchtigungen. Kooperation sei jeweils vorhanden, bei dem belastenden Thema «Beziehung zu ihrem Ehemann» sei eine deutliche Verunsicherung und Aufregung zu beobachten. Die Konzentration und die Auffassung sei deutlich reduziert, das Gedächtnis leicht eingeschränkt. Das Durchhaltevermögen sei aufgrund der Antriebsarmut deutlich herabgesetzt und es bestünden Ermüdungserscheinungen. Formalgedanklich sei sie deutlich eingeeengt auf affektive Beschwerden infolge Leidensdruck, Adipositas permagna und Schmerzsymptomatik. Inhaltlich ergäben sich Hinweise auf Wahnideen (ihr Ehemann würde sie betrügen), jedoch keine Anhaltspunkte für Zwänge, Sinnentäuschungen und Ich-Störungen. Der Affekt erscheine erheblich schwankend zwischen abgeflacht und deutlicher Agitation im Rahmen ihrer Depression. Affektiv wirke sie bedrückt, verzweifelt, ratlos und besorgt um ihre Zukunft. Es bestünden Insuffizienzgefühle und Beeinträchtigung der Vitalgefühle und des Selbstwertgefühls. Das psychomotorische Aktivitätsniveau und der Antrieb seien reduziert und sie beklage zudem eine innere Unruhe bei insgesamt auch objektiv ersichtlichem, erhöhten Anspannungsniveau. Die Suizidalität werde glaubhaft verneint. Aus psychiatrischer Sicht könne aufgrund der beschriebenen Antriebsstörung, der Stressintoleranz, der wahnhaften Symptomatik und der kognitiven Beeinträchtigungen mit Konzentrationsdefiziten, Aufmerksamkeitsstörungen und verminderter Belastbarkeit eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit als Reinigungsmitarbeiterin und auch für Verweistätigkeiten begründet werden. In der Gesamtschau zeige sich ein hoher

Schweregrad mit Beschwerdechronifizierung bei bisher therapieresistenten Behandlungsversuchen, weshalb von einer eher ungünstigen Prognose im weiteren Krankheitsverlauf auszugehen sei. Es bestehe demnach keine Restarbeitsfähigkeit. Auf die Frage des Rechtsvertreters der Beschwerdeführerin, ob mit überwiegender Wahrscheinlichkeit von einer Verschlechterung seit 14. März 2017 auszugehen sei, führte Dr. med. D. ___ aus, angesichts der Chronifizierung der beschriebenen affektiven Symptomatik und der psychotischen Beschwerden bei Therapieresistenz trotz mehrmaligen stationären Behandlungen, einige Hospitalisationen auch per fürsorgerischer Unterbringung, zum Teil mit längeren Behandlungsphasen, bestehe ein sehr komplexes und erheblich instabiles Zustandsbild mit erheblichen Beeinträchtigungen im Alltagsleben und mit deutlichen Leistungseinschränkungen, weshalb von einer ungünstigeren Prognose ausgegangen werden müsse. Es sei zu erwähnen, dass seit Jahren im Gesamtverlauf ein wechselhafter unddeutlich beeinträchtigter Gesundheitszustand mit progredienter Symptomatik ohnenachhaltige Besserung bestehe. Zudem befinde sich die Beschwerdeführerin seit Jahren unterregelmässiger psychopharmakologischer Therapie mit Antidepressiva in Kombination mit Neuroleptika und ergänzend durch psychotherapeutische Behandlung mitverhaltenstherapeutischen Ansätzen, dennoch habe sich der psychische Zustand bislang nicht nachhaltig gebessert, stattdessen habe sich der psychische Zustand verschlechtert und deshalb habe die Beschwerdeführerin notfallmässig hospitalisiert werden müssen.

6.

6.1 In formeller Hinsicht ist festzuhalten, dass die Beschwerdeführerin mit der Neuanmeldung vom 4. April 2018 lediglich Arztberichte eingereicht hat, die vor der letzten Rentenverfügung vom 14. März 2017 datierten (vgl. IV-Nr. 117). Somit hat die Beschwerdegegnerin mit Vorbescheid vom 11. April 2018 zu Recht festgehalten, die Beschwerdeführerin habe mit ihrer Neuanmeldung nicht glaubhaft dargelegt, dass sich die tatsächlichen Verhältnisse seit der letzten Verfügung wesentlich verändert hätten. Innerhalb der 30-tägigen Einwandfrist könnten jedoch Beweismittel (Arzt, Therapieberichte, etc.) eingereicht werden, welche eine Veränderung des Gesundheitszustandes glaubhaft erscheinen liessen. Lediglich auf Beweismittel zu verweisen, ohne diese einzureichen, genüge nicht. Zudem kündigte die Beschwerdegegnerin der Beschwerdeführerin mit dem Vorbescheid an, dass sie beabsichtige, auf das Leistungsbegehren nicht einzutreten. In der Folge reichte die Beschwerdeführerin die vorgehend unter E. II 5.2 hiervor aufgeführten Arztberichte ein. Das Vorgehen der Beschwerdegegnerin genügt den Anforderungen der Rechtsprechung (BGE 130 V 68; vgl. Ziff. II/ 3.2 hiervor; vgl. Urteil I 710/02 vom 11. Dezember 2003 E. 2.4.3). Die Beschwerdegegnerin hat der Beschwerdeführerin mitgeteilt, ihr Gesuch um Bezug einer Rente könne nur geprüft werden, wenn sie eine Verschlechterung ihres Gesundheitszustandes glaubhaft mache und hat ihr eine Frist zum Einreichen weiterer Arztberichte angesetzt und das Nichteintreten angedroht. Somit ist das Versicherungsgericht gehalten, den vorliegenden Fall unter dem Blickwinkel desjenigen Sachverhalts und der Aktenlage zu beurteilen, wie er sich der Beschwerdegegnerin bei Erlass der Nichteintretensverfügung vom 2. August 2018 geboten hat.

6.2 Von der Beschwerdeführerin sowie von Seiten der behandelnden Ärzte wurde eine Verschlechterung aus psychiatrischer Sicht geltend gemacht. Die Beschwerdeführerin führt in diesem Zusammenhang aus, Dr. med. F. ___ habe im Gutachten die Diagnose einer schizoaffektiven Störung eben gerade nicht gestellt. Somit seien diese Diagnose und die

damit zusammenhängenden Befunde damals, da sie ja auch erst neu hinzugetreten sei, nicht Bestandteil der damaligen Einschätzung gewesen, womit bereits aus diesem Grund eine Verschlechterung erstellt sei. Dem ist Folgendes entgegenzuhalten: Es ist zwar korrekt, dass Dr. med. F. ___ in seinem Gutachten keine schizoaffektive Störung festgestellt hat. Aber auch er hat darauf hingewiesen, die Beschwerdeführerin leide schon seit Jahren unter depressiven Zuständen, die teilweise ein schweres Ausmass, mit in der Vergangenheit teilweise sogar psychotischen Phänomenen angenommen hätten. Zudem hat er in seinem Gutachten festgehalten, der Verlauf sei wechselhaft mit Schwankungen gekennzeichnet, weshalb bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit ein Mittelwert eruiert werden müsse. Es ist demnach davon auszugehen, dass Dr. med. F. ___ in seiner Beurteilung die Schwankungen ■ auch jene mit psychotischen Symptomen ■ mitberücksichtigt hat. Angesichts der erstellten häufigen gesundheitlichen Schwankungen der Beschwerdeführerin sind somit zum Sachverhaltsvergleich neben dem Gutachten von Dr. med. F. ___ auch die übrigen damals relevanten Berichte der behandelnden Ärzte beizuziehen, zumal sich die aktuell geltend gemachte Verschlechterung alleine auf die im Rahmen der Neuanmeldung eingereichten Berichte der gleichen behandelnden Ärzte abstützt.

Stellt man den Sachverhalt im Zeitpunkt der letzten ablehnenden Rentenverfügung vom 14. März 2017 die Angaben aus den von der Beschwerdeführerin im Rahmen des Neuanmeldungsverfahrens eingereichten Berichten gegenüber, wird deutlich, dass keine erhebliche Veränderung glaubhaft gemacht wurde, welche sich auf den Rentenanspruch auswirken könnte: Im Austrittsbericht der H. ___, vom 12. Februar 2018 (IV-Nr. 118, S. 3) betreffend die 10. Hospitalisation vom 22. Januar - 12. Februar 2018 wurde eine schizoaffektive Störung, gegenwärtig depressiv (F25.1) diagnostiziert. Die Beschwerdeführerin sei notfallmässig, auf Basis einer fürsorgerischen Unterbringung aufgenommen worden. Psychopathologisch imponierten initial ein depressiv-mutistisches Zustandsbild und psychotische Symptome (diffuse Ängste, Vergiftungsideen mit Nahrungsverweigerung). Die psychotischen Symptome ■ u.a. die Vergiftungsideen ■ aber auch die Nahrungsverweigerung zeigte die Beschwerdeführerin aber bereits anlässlich vorgehender Hospitalisationen. In diesem Zusammenhang ist auf die im Rahmen einer fürsorgerischen Unterbringung vom 31. August bis 5. September 2016 erfolgte Hospitalisation in den H. ___, hinzuweisen. Im Austrittsbericht vom 28. November 2016 (IV-Nr. 90) wurde diesbezüglich festgehalten, die Beschwerdeführerin sei per fürsorgerischer Unterbringung wegen Vergiftungsideen und agitiertem Verhalten mit Zertrümmerung der Wohnung zugewiesen worden. Sie sei eingeengt gewesen im Glauben, dass ihr Ehemann sie habe vergiften wollen. Er wolle, dass sie tot sei, damit er das Geld von der Lebensversicherung bekomme. Sodann erfolgte die im Rahmen der fürsorgerischen Unterbringung durchgeführte 9. Hospitalisation bei den H. ___ vom 10. März bis 23. März 2017 ebenfalls aufgrund psychotischer Symptome wie etwa Vergiftungsfantasien (vgl. E. II. 5.2.1 hiervor; IV-Nr. 128, S. 5). Schliesslich erfolgte auch die 11. Hospitalisation vom 17. März bis 29. März 2018 unter anderem wiederum aufgrund psychotischer Symptome wie Vergiftungsideen (vgl. IV-Nr. 120). Des Weiteren ist eine Verschlechterung auch nicht aufgrund der von den behandelnden Ärzten gestellten Diagnose einer schizoaffektiven Störung, gegenwärtig depressiv (ICD-10 F25.1) bzw. gemischte Episode (F25.2) erstellt, zumal diese Diagnose von den behandelnden Ärzten bereits vor Erlass der letzten Rentenverfügung vom

E. 14

März 2017 verschlechtert hat ■ insbesondere auch mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit, vermag er aber nicht überzeugend zu begründen und verweist lediglich auf die notfallmässig notwendig gewordenen Hospitalisationen. Es fällt auch auf, dass er deutlich andere Wahnideen nennt (der Ehemann würde die Beschwerdeführerin betrügen) als die in den Berichten der J.____ erwähnten Vergiftungsideen, und diesen im Gesamtbild auch nur eine untergeordnete Bedeutung beimisst.

Im Weiteren macht die Beschwerdeführerin geltend, bereits aufgrund derveränderten Medikation sei eine Verschlechterung geltend gemacht. Gemäss Austrittsbericht der H.____, vom 16. April 2018 (IV-Nr. 120) wurde der Beschwerdeführerin das Medikament Xeplion verabreicht und festgelegt, dieses sei in der Folge alle 4 Wochen durch Dr. med. D.____ zu verabreichen. Xeplion enthält den Wirkstoff Paliperidon, der zur Klasse der antipsychotischen Arzneimittel gehört und zur Erhaltungstherapie gegen die Symptome der Schizophrenie bei erwachsenen Patienten angewendet wird, die auf Paliperidon oder Risperidon eingestellt sind. Dr. med. D.____ hielt in diesem Zusammenhang in seinem Bericht vom 9. Juni 2018 fest, die Beschwerdeführerin befinde sich seit Jahren unter regelmässiger psychopharmakologischer Therapie mit Antidepressiva in Kombination mit Neuroleptika und ergänzend durch psychotherapeutische Behandlung mit verhaltenstherapeutischen Ansätzen. Als Neuroleptika werden alle antipsychotisch wirksamen Substanzen bezeichnet, also Medikamente, die gegen Erregungszustände, Wahnideen, Halluzinationen, Denkzerfahrenheit und weitere (z. B. katatone) Störungen des Erlebens oder Verhaltens eingesetzt werden. Wie aus dem Austrittsbericht vom 28. November 2016 (IV-Nr. 90) hervorgeht, erhielt die Beschwerdeführerin im Verlauf des Aufenthaltes das Medikament Abilify verabreicht. Der in Abilify enthaltene Arzneistoff Aripiprazol ist aus der Gruppe der atypischen Neuroleptika und angezeigt zur Behandlung der Schizophrenie. Da auch das neue Medikament Xeplion zur Gruppe der Neuroleptika gehört, welche der Beschwerdeführerin bereits vor Erlass der letzten Rentenverfügung verschrieben wurden, ist somit eine Verschlechterung aufgrund des neuen Medikaments ebenfalls nicht erstellt.

Wie schliesslich unter E. II. 3.3 hiavor erwähnt wurde, muss die versicherte Person mit der Neuanmeldung 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. Dies gilt entgegen der Ausführungen der Beschwerdeführerin auch für die Untersuchungspflicht der Beschwerdegegnerin. Nachdem es der Beschwerdeführerin nicht gelungen ist, mit den von ihr eingereichten Berichten eine relevante gesundheitliche Verschlechterung glaubhaft zu machen, musste die Beschwerdegegnerin diesbezüglich keine weiteren Abklärungen vornehmen. In diesem Zusammenhang sind auch die von der Beschwerdeführerin gegen den RAD-Bericht vom 3. Juli 2018 (A.S. 6) vorgebrachten Rügen nicht von Belang. So hat sich das Gericht alleine auf die Würdigung der von der Beschwerdeführerin bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung vom 2. August 2018 eingereichten Unterlagen zu beschränken (vgl. E. II. 6.1 hiavor), zumal es sich beim betreffenden RAD-Bericht nur um eine Würdigung der von der Beschwerdeführerin eingereichten Akten handelt.

7. Aufgrund des Gesagten konnte die Beschwerdeführerin gestützt auf die eingereichten Unterlagen eine erhebliche Verschlechterung des Gesundheitszustandes nicht glaubhaft

machen. Somit ist die Beschwerde abzuweisen.

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. Im vorliegenden Fall hat die Beschwerdeführerin die Verfahrenskosten von CHF 600.00 zu bezahlen, die mit dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe zu verrechnen sind.

Demnach wird erkannt:

3. Die Beschwerdeführerin hat Verfahrenskosten von CHF 600.00 zu bezahlen, die mit dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe verrechnet werden.

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 Präsident

Der Gerichtsschreiber

Flückiger

Isch

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