

SO_GERICHTE VSBES.2019.232 vom 11. September 2019

SO Obergericht, 2019-09-11, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2019.232

FR: SO_GERICHTE VSBES.2019.232 du 11 septembre 2019

IT: SO_GERICHTE VSBES.2019.232 del 11 settembre 2019

Erwägungen

E. 2

2.1 Nach Art. 28 Abs. 1 Bundesgesetz über die Invalidenversicherung (IVG, SR 831.20) haben jene Versicherte Anspruch auf eine Rente, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a) und zusätzlich während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig gewesen sind (lit. b) sowie nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid sind. Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG, SR 830.1]). Sie kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 IVG).

2.2 Nach Art. 8 Abs. 1 IVG haben Invalide oder von einer Invalidität bedrohte Versicherte Anspruch auf Eingliederungsmassnahmen, soweit diese notwendig und geeignet sind, die Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, wieder herzustellen, zu erhalten oder zu verbessern (lit. a); und die Voraussetzungen für den Anspruch auf die einzelnen Massnahmen erfüllt sind (lit. b).

2.3 Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung und im Beschwerdefall das Gericht auf Unterlagen angewiesen, die Ärztinnen und Ärzte sowie 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 versicherte Person arbeitsunfähig ist. Im Weiteren sind ärztliche Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 132 V 93 E. 4, 125 V 261 E. 4).

E. 3

3.1 Wurde eine Rente wegen eines zu geringen Invaliditätsgrades verweigert, so wird eine Neuanschuldung nur geprüft, wenn glaubhaft gemacht wird, dass sich der Invaliditätsgrad seither erheblich verändert hat (Art. 87 Abs. 3 in Verbindung mit Abs. 2 Verordnung über die Invalidenversicherung [IVV, SR 831.201]). Dies gilt auch für berufliche Eingliederungsmassnahmen (BGE 113 V 22 E. 3b). Die Eintretensvoraussetzungen nach Art. 87 Abs. 2 IVV sollen verhindern, dass sich die Verwaltung nach vorangegangener rechtskräftiger Antragsprüfung immer wieder mit gleichlautenden und nicht näher begründeten Rentengesuchen befassen muss (BGE 133 V 108 E. 5.3.1). Die Rechtskraft der früheren Verfügung steht einer neuen Prüfung so lange entgegen, wie der seinerzeit beurteilte Sachverhalt sich in der Zwischenzeit nicht verändert hat. Die Verwaltung verfügt bei der Beurteilung der Eintretensvoraussetzungen über einen

gewissen Ermessensspielraum. Bei der Prüfung der Frage, ob die Vorbringen der versicherten Person glaubhaft sind, berücksichtigt die Verwaltung u.a., ob seit der rechtskräftigen Erledigung des letzten Leistungsgesuchs lediglich kurze oder schon längere Zeit vergangen ist; je nachdem sind an die Glaubhaftmachung einer Änderung des rechtserheblichen Sachverhalts höhere oder weniger hohe Anforderungen zu stellen (SVR 2003 IV Nr. 25 S. 76, I 238/02 E. 2.2; Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts I 724/99 vom 5. Oktober 2001 E. 1c/aa, nicht publ. in: BGE 127 V 294, aber in: SVR 2002 IV Nr. 10 S. 25; Urteil des Bundesgerichts 9C_688/2007 vom 22. Januar 2008 E. 2.2).

3.2 Das gegenüber dem im Sozialversicherungsrecht sonst üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (BGE 126 V 353 E. 5b S. 360) herabgesetzte Beweismass des «Glaubhaftmachens» im Sinne von Art. 87 Abs. 2 IVV unterliegt weniger strengen Anforderungen als im Zivilprozessrecht (Urteil des Bundesgerichts 9C_68/2007 vom 19. Oktober 2007 E. 4.4.1 mit Hinweisen). Es genügt, dass für das Vorhandensein des geltend gemachten rechtserheblichen Sachumstands wenigstens gewisse Anhaltspunkte bestehen, auch wenn durchaus noch mit der Möglichkeit zu rechnen ist, bei eingehender Abklärung werde sich die behauptete Änderung nicht erstellen lassen. Erheblich ist eine Sachverhaltsänderung, wenn angenommen werden kann, der Anspruch auf eine Invalidenrente (oder deren Erhöhung) sei begründet, falls sich die geltend gemachten Umstände als richtig erweisen sollten (Urteil des Bundesgerichts 8C_325/2016 vom 31. August 2016 E. 2.1 mit Hinweisen).

3.3 In erster Linie ist es Sache der versicherten Person, substanzielle Anhaltspunkte für eine allfällige neue Prüfung des Leistungsanspruchs darzulegen. Wenn die der Neuanschuldung beigelegten ärztlichen Berichte so substantiiert sind, dass sich eine neue Prüfung aufgrund weiterer Erkenntnisse allenfalls rechtfertigen würde, ist die IV-Stelle zur Nachforderung weiterer Angaben dann verpflichtet, wenn den ■ für sich allein genommen nicht Glaubhaftigkeit begründenden ■ Arztberichten konkrete Hinweise entnommen werden können, wonach möglicherweise eine mit weiteren Erhebungen erstellbare rechtserhebliche Änderung vorliegt (Urteile des Bundesgerichts 9C_616/2010 vom 12. Oktober 2010 E. 2.4, 8C_1025/2010 vom 28. März 2011 E. 2.4; zum Ganzen: SZS 2009 S. 397, 9C_286/2009 E. 2.2.3).

3.4 Zeitliche Vergleichsbasis für die Prüfung einer anspruchserheblichen Tatsachenänderung bildet einerseits die letzte rechtskräftige Verfügung, welche auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Ermittlung des Invaliditätsgrades beruhte, und andererseits die angefochtene Verfügung (BGE 130 V 71 E. 3.2.3; vgl. auch BGE 133 V 108).

E. 4

4.1 Die Beschwerdegegnerin begründet ihren Nichteintretensentscheid in der angefochtenen Verfügung vom 11. September 2019 (A.S. 1) damit, dass seit der letzten rechtskräftigen Verfügung vom 1. Oktober 2014 keine wesentlichen Veränderungen vorlägen. Die damaligen medizinischen Abklärungen hätten eine 80%ige Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit als Detailhandelsassistentin sowie in jeglicher angepassten Verweistätigkeit ergeben. Die eingereichten medizinischen Unterlagen würden keine wesentlichen Veränderungen der tatsächlichen Verhältnisse glaubhaft machen. Gemäss RAD sei weder aus somatischer noch aus psychiatrischer Sicht eine klar ausgewiesene, anhaltende Verschlechterung des Gesundheitszustands eingetreten.

4.2 Dagegen wendet die Beschwerdeführerin in ihrer Beschwerde vom 27. September 2019 im Wesentlichen ein, dass sich ihr Gesundheitszustand seit zwei Jahren verschlechtert habe (A.S. 8). Obschon sie ihr Bestes gegeben habe, sei sie mehrere Jahre arbeitslos gewesen und beim Sozialamt gelandet und habe immer wieder Jobs aufgeben müssen. Nach einem langjährigen Arbeitstraining in der F.____ habe sie eine Anstellung als Magazin Logistikerin 50 % und 10 % in der Reinigung erhalten. Aber auch jetzt habe sie grosse Mühe bei der Arbeit. Mehr als 50 % sei sie nicht belastbar. Dies bestätige auch das Schreiben ihres Chefs. Gemäss dessen Arbeitsbeurteilung (IV-Nr. 55 S. 5) führe eine Belastung von einem Pensum über 50 % innerhalb kurzer Zeit zu erheblichen Ermüdungs- und Konzentrationsschwächen. Es werde keine Möglichkeit gesehen, dass die Beschwerdeführerin auf dem freien Arbeitsmarkt eine Anstellung mit einem höheren Pensum oder mehr Stressbelastung bewältigen könne. Mit ergänzender Stellungnahme vom 6. November 2019 macht die Beschwerdeführerin zudem geltend, dass sie seit Jahren täglich leide. Sie sei nicht mehr als 60 % arbeitsfähig. Den Eingaben wurden diverse medizinische Unterlagen beigelegt.

E. 5

5.1 Vorliegend erfolgte die letzte materielle Prüfung des Leistungsanspruchs der Beschwerdeführerin mit Verfügung vom 1. Oktober 2014, mit welcher der Anspruch auf berufliche Eingliederungsmassnahmen und eine Invalidenrente abgewiesen wurden. Demgemäss beurteilt sich die Frage, ob eine Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen erfolgt ist, die ein Eintreten auf die Neuanschuldung rechtfertigt, durch Vergleich des Sachverhalts, wie er im Zeitpunkt der Verfügung vom 1. Oktober 2014 bestanden hat, mit demjenigen im Zeitpunkt der vorliegend angefochtenen Verfügung vom 11. September 2019.

5.2 In der rechtskräftigen Verfügung vom 1. Oktober 2014 stützte sich die IV-Stelle bei der Beurteilung des medizinischen Sachverhalts im Wesentlichen auf das polydisziplinäre C.____-Gutachten vom 19. Juni 2014 (IV-Nr. 33.1), bestehend aus einer allgemeininternistischen, einer psychiatrischen, einer neurologischen und einer neuropsychologischen Abklärung. In der allgemeininternistischen Exploration wurde eine Dysmenorrhoe (ICD-10 N54.6) diagnostiziert, welche die Arbeitsfähigkeit nicht einschränke.

Im Rahmen des psychiatrischen Teilgutachtens wurde eine leichte depressive Episode (ICD-10 F32.0) diagnostiziert. Festgestellt wurden nebst der leichten depressiven Episode eine erhöhte Ermüdbarkeit, leichte Konzentrations- und Merkfähigkeitsstörungen, ein vermehrtes Schlafbedürfnis und ein anamnestisch verminderter Appetit mit Gewichtsabnahme bei gegenwärtig konstantem Gewicht und normalem Appetit. Im Rahmen der depressiven Symptomatik bestehe auch eine Somatisierung mit subjektiv verstärkten Kopfschmerzen. Der Antrieb sei eher herabgesetzt. Es bestehe eine antidepressive Medikation. Die Versicherte fühle sich nicht mehr als 50 % arbeitsfähig und begründe dies mit ihrer verminderten Belastbarkeit und der vermehrten Müdigkeit infolge Kopfschmerzen und Depressionen. Es bestehe eine deutlich ausgeprägte Krankheits- und Behinderungsüberzeugung. Die Selbsteinschätzung könne durch die psychiatrischen Befunde nicht hinreichend objektiviert werden. Die Prognose für eine Steigerung des Arbeitspensums auf ein Vollzeitpensum sei ungünstig. Aus psychiatrischer Sicht sei der Versicherten eine ihren körperlichen und neuropsychologischen Einschränkungen angepasste Tätigkeit zu 90 % zumutbar.

Der neurologische Teilgutachter diagnostizierte eine chronische Migräne (ICD-10 G43.3); DD Medikamentenübergebrauchskopfschmerz und ein muskuläres Zervikalsyndrom (ICD-10 M43.8). Die Versicherte leide seit der Kindheit an Migräne. Die aktuelle Frequenz liege bei neun bis zehn Attacken pro Monat. Die kognitiven Defizite seien Folge von Interferenzfaktoren, in erster Linie der Kopfschmerzen. Bei offenbar vorbestehend eher tiefem intellektuellem Niveau mit einem IQ von 74 gemäss Aktenlage bestünden keine Anhaltspunkte für eine organische Ursache dieser Defizite. Die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit bei einer schwereren Migräne sei immer schwierig. Zum aktuellen Zeitpunkt werde eine Einschränkung von 10 % attestiert, wobei die Einschränkung arbiträr sei.

Die Neuropsychologin konnte keine neuropsychologischen Diagnosen stellen. In den Phasen von Migräneattacken dürfte die kognitive Leistungsfähigkeit deutlich beeinträchtigt sein. Die anlässlich einer früher durchgeführten neuropsychologischen Abklärung vermutete grenzwertige Intelligenz mit einem IQ von 74 könne indessen nicht repliziert werden. Der heutige Intelligenzquotient liege im Normbereich mit einem IQ von 92. Die Arbeitsfähigkeit der Versicherten sei durch das Migränegeschehen bestimmt und müsse von somatischer Seite beurteilt werden.

Im interdisziplinären Konsensus wurden mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit eine leichte depressive Episode (ICD-10 F32.0) und eine chronische Migräne (ICD-10 G43.3) bei DD Medikamentenübergebrauchskopfschmerz und beeinträchtigter kognitiver Leistungsfähigkeit bei Migräneattacken diagnostiziert. Ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit bestünden ein muskuläres Zervikalsyndrom (ICD-10 M43.8) und eine Dysmenorrhoe (ICD-10 N54.6). Aus interdisziplinärer Sicht bestehe für jegliche körperlich leichte bis mittelschwere Tätigkeit, so auch in den gelernten oder früher ausgeführten, eine 80%ige Arbeitsfähigkeit. Zur Selbsteinschätzung der Versicherten, wonach die maximale Arbeitsfähigkeit drei bis vier Stunden pro Tag betrage, stellten die Gutachter schliesslich fest, dass diese weder somatisch noch psychiatrisch nachvollzogen werden könne. Berufliche Massnahmen seien eher nicht vorzuschlagen.

5.3 Die Beschwerdeführerin beruft sich bezüglich der Frage der Verschlechterung ihres Gesundheitszustandes seit Erlass der Verfügung vom 1. Oktober 2014 im Wesentlichen auf die nachstehenden ■ zwischenzeitlich ergangenen ■ medizinischen Einschätzungen.

5.3.1 Dem neurovaskulären Ultraschallbericht der behandelnden Neurologin Dr. med. G.____, Fachärztin für Neurologie, vom 31. Januar 2015 (IV-Nr. 55 S. 26) lassen sich folgende Diagnosen entnehmen: 1. Karotidodynie links, NVUS: keine Hinweise auf Dissektion am punctum maximum, 2. Migräne mit selten visueller Aura (G 43.1), zusätzlich Vd. a. Medikamenten-Übergebrauch-Kopfschmerz, 3. (Reaktive) depressive Verstimmung, 4. Leichte neuropsychologische Leistungseinbussen.

5.3.2 Im neurologischen Sprechstundenbericht vom 16. Juli 2015 stellte Dr. med. G.____ sodann folgende Diagnosen: 1. Migräne mit selten visueller Aura (G 43.1), unter hormoneller Antikonzeption bei Dysmenorrhoe als möglicher Migräne-Verstärker, 2. (Reaktive) depressive Verstimmung mit Gewichtsverlust, 3. Leichte neuropsychologische Leistungseinbussen, 4. Status nach Karotidodynie links 01/15, NVUS: keine Hinweise auf Dissektion am punctum maximum.

5.3.3 Gemäss Radiologiebericht von Dr. med. H.____, Facharzt für Radiologie, vom 7. April 2017 (IV-Nr. 55 S. 20), ergab die Befundaufnahme eine regelrechte, unauffällige

Darstellung des Thorax. Es bestehe eine Steilstellung der HWS. Keine Skoliose. Alignment sei erhalten. Die Bandscheibenfächer sowie die Wirbelkörper seien normal breit. Es bestünden keine projektionsradiographisch abgrenzbaren degenerativen Veränderungen. Unauffällige Darstellung des linken Knies ohne Hinweis für arthrotische Veränderungen.

5.3.4 Dem Radiologiebericht vom 22. Mai 2017 von Dr. med. I.____, Facharzt für Radiologie, (IV-Nr. 55 S. 19) ist zu entnehmen, dass die Indikation für das durchgeführte CT des Thorax eine subjektiv störende und klinisch palpatorische asymmetrische Verwölbung im Bereich des anterioren Thorax, etwa 2. und 4. Rippe links gewesen sei. Beurteilt wurde der Befund dahingehend, dass aspektmässig ein Status nach Fraktur der 1. bis 3. Rippe links ventral vorliegen dürfte, leichte nach ventral gerichtete Konvexität im Bereich der konsolidierten 1. und 2. Rippe, Pseudarthrose. Ansonsten normales CT des Thorax.

5.3.5 Mit Schreiben vom 20. März 2018 teilte die Hausärztin Dr. med. J.____, Fachärztin FMH für Allgemein Innere Medizin, den Sozialen Diensten Solothurn mit, dass eine Erhöhung der aktuellen Arbeitsfähigkeit der Versicherten von 60 % aus medizinischen Gründen nicht möglich sei.

5.3.6 Der neuropsychologischen Verlaufsabklärung vom 16. April 2018 von lic. phil. K.____, Fachpsychologin für Neuropsychologie FSP, lassen sich folgende «relevanten Diagnosen» entnehmen: Migräne mit visueller Aura (G43.1) und gegenwärtig leichte depressive Episode (F31.3). Die Versicherte habe angegeben, dass sie seit zehn Jahren depressive Phasen, oft Kopfschmerzen gegen Abend und Tage mit Benommenheit habe. Seit Anfang Jahr fühle sie sich aber anhaltend benommen. Es sei wie ein Traumzustand, eine Müdigkeit im Kopf. Sie habe Mühe, sich zum Beispiel beim Velofahren auf alles gleichzeitig zu konzentrieren und mache bei der Arbeit mehr Fehler. Ausserdem falle ihr das Sprechen schwerer. Sie suche oft nach Wörtern oder sage ein falsches Wort, wenn sie ein längeres Gespräch führe. Sie habe Blackouts, wisse beim Drucken den Pin nicht mehr. Heute sei ihr bereits dreimal schwarz vor Augen geworden. Nach der Arbeit sei sie immer sehr müde. Sie schlafe zehn bis zwölf Stunden. Im Rahmen der Beurteilung stellte die Fachpsychologin für Neuropsychologie unter anderem fest, die neuropsychologische Verlaufsabklärung objektiviere gesamthaft keine richtungsweisenden kognitiven Veränderungen verglichen mit dem Resultat im Januar 2013. Es würden die gleichen neuropsychologischen Defizite festgestellt. Ferner sei im Rahmen der zeitlich begrenzten Untersuchung die Konzentration unauffällig gewesen. Testpsychologisch und klinisch werde keine Wortfindungsstörung eruiert.

5.3.7 Im Kardiologiebericht von Dr. med. L.____, Facharzt FMH für Kardiologie, vom 15. Mai 2018 (IV-Nr. 55 S. 16) wurde unter anderem festgehalten, dass die Versicherte ein Benommenheitsgefühl mit Schwindel, kalte Extremitäten sowie nächtliche Palpitationen beklage. Die klinische Untersuchung sei unauffällig gewesen. Er habe der Versicherten erklärt, dass er ihr bezüglich ihrer Beschwerden nicht weiterhelfen könne.

5.3.8 Gemäss neurologischem Sprechstundebericht von Dr. med. G.____ vom 22. August 2018 (IV-Nr. 55 S. 14) habe die Versicherte kaum mehr von Migränekopfschmerzen berichtet. Es liege erneut ein depressives Zustandsbild vor. Die Versicherte störe ein seit 2018 dauernd vorhandenes ■ früher wochenweise vorhandenes ■ «Benommen Sein». Diagnostiziert wurden: 1. Migräne mit selten visueller Aura (G 43.1), besser seit Wechsel

der hormonellen Antikonzeption (Dysmenorrhoe), 2. Depressive Verstimmung, aktuell tendenziell verstärkt, 3. Leichte neuropsychologische Leistungseinbussen, unklare Fatigue-Symptomatik, 4. Status nach Karotidodynie links 01/2015.

5.3.9 Dem Bericht zur Polysomnographie vom 23. September 2018 von Dr. med. M.____, Facharzt für Neurologie, und Dr. med. N.____, Facharzt für Neurologie, (IV-Nr. 50 S. 10) ist zu entnehmen, dass die Polysomnographie bis auf die Ein- und Durchschlafinsomnie keine Besonderheiten aufweise bis auf eine vermehrte Fragmentierung durch spontane Aufwachreaktionen, welche am ehesten einer affektiven Störung zuzuordnen seien. Auffallend sei die sehr ausgeprägte Hypotonie.

5.3.10 Am 7. Januar 2019 berichtete Dr. med. G.____ (IV-Nr. 55 S. 12), dass es der Versicherten in Bezug auf die Migräne besser gehe mit nur vier Attacken pro Monat. Das seit langem beklagte Benommenheitsgefühl persistiere und beeinträchtige die Versicherte stark. Im Moment liege wieder ein Gewichtsverlust vor bei eindeutig depressiver Verstimmung. Eine Verlaufsbesprechung sei in einem Jahr vorgesehen.

5.3.11 Gemäss Austrittsbericht der O.____ vom 23. April 2019 war die Versicherte vom 4. - 12. April 2019 in stationärer Behandlung (IV-Nr. 50 S. 4). Diagnostiziert wurden eine mittelgradige depressive Episode mit somatischem Syndrom (F32.11) und ein Derealisationssyndrom (F48.1). Der Psychostatus bei Eintritt wurde unter anderem beschrieben als bewusstseinsklar, wach und allseits orientiert. Die Konzentration sei leicht vermindert. Im Gedankengang kohärent. Grübeln werde berichtet. Sorgen und Ängste. Keine Anhaltspunkte für Zwänge, Wahn, Sinnestäuschung oder Ich-Störung. Im Affekt klagsam, deprimiert mit Störung der Vitalgefühle. Der Antrieb sei mittelgradig vermindert, innerlich leicht angespannt, sozialer Rückzug. Psychomotorisch ruhig. Schlaf und Appetit seien gut. Medizinisch psychiatrisch würde das Benommenheitsgefühl am ehesten zu einem Derealisationssyndrom passen. Mit multimodaler Therapie nach dem Konzept der Akzeptanz- und Commitmenttherapie habe die Versicherte wieder mehr Zugang zu ihren Ressourcen und Werten finden können. Der Nachtschlaf habe sich deutlich verbessert.

5.3.12 Dem Einwandschreiben der behandelnden Psychiaterin Dr. med. D.____ vom 4. Juli 2019 (IV-Nr. 50 S. 2) sind schliesslich folgende Diagnosen zu entnehmen: Rezidivierende depressive Episoden, aktuell leicht bis mittelgradig mit somatischem Syndrom (ICD-10, F32.11) und Depersonalisations- / Derealisationsstörung (ICD-10, F48.1) bei chronischer Migräne mit selten visueller Aura (ICD-10, G43.1), ausgeprägter orthostatischer Hypotonie sowie leichter Intelligenzminderung (IQ 74) nebst leichten bis mittelschweren neuropsychologischen Funktionsstörungen. Die Versicherte zeige schon bei 50%igem Pensum erhebliche Erschöpfungszustände, sodass dauerhaft nicht an eine Pensum-Steigerung zu denken sei. Sie zeige konstant depressive Symptome mit Somatisierungstendenz (Lust- und Freud-Verlust, Antriebs- und Motivationsmangel, Konzentrations- und Gedächtnisprobleme, chronische Magenschmerzen). Daneben leide sie unter den bekannten Migräneattacken sowie chronischem Benommenheitsgefühl bzw. einem Fremdheitsgefühl in der Welt, sie fühle sich nicht dazugehörig. Ihr Zustandsbild habe sich seit einigen Monaten zunehmend verschlechtert. Insbesondere der Putzanteil mache der Versicherten Mühe, da sie körperlich kaum belastbar sei und schnell über Rücken- und Kopfschmerzen klage.

5.4 Zum Gesundheitsverlaufs der Versicherten zog Dr. med. E.____ vom RAD mit Stellungnahme vom 24. Juli 2019 (IV-Nr. 53) das Fazit, dass sich die Beschwerden der

Versicherten in den Bereichen Psychiatrie und Neurologie nicht verschlechtert hätten, tendenziell sogar verbessert. Auch die aktuelle neuropsychologische Standortbestimmung vom 16. April 2018 lasse keine nachvollziehbar ausgewiesene Verschlechterung des Gesundheitszustandes erkennen. Der neuropsychologischen Standortbestimmung fehle eine Symptomvalidierung. Es würden diverse Inkonsistenzen zwischen Angaben der Versicherten und der Befunde auffallen. Der Verdacht auf bewusstseinsnahe Antwortverzerrung resp. Symptomschilderungen im Sinne einer Aggravation würde naheliegen. Es werde empfohlen, am ablehnenden Bescheid festzuhalten.

5.5 Wird der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin im Zeitpunkt der Verfügung vom 1. Oktober 2014 und im Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung vom 11. September 2019 verglichen, kann keine wesentliche Verschlechterung resp. keine erhebliche Veränderung der tatsächlichen Verhältnisse festgestellt werden. Die vormals diagnostizierte chronische Migräne hat sich zwischenzeitlich verbessert, wie die behandelnde Neurologin Dr. med. G. ___ in ihren jüngsten Berichten vom 22. August 2018 und

E. 7

Januar 2019 festgestellt hat. Im C. ___-Gutachten aus dem Jahr 2014 wurde eine Frequenz von neun bis zehn Migräneattacken pro Monat festgehalten. Gemäss der aktuellsten neurologischen Abklärung betrug die Anzahl im Januar 2019 noch vier Migräneattacken pro Monat. Die Behandlung durch die Neurologin wurde entsprechend eingestellt bzw. es wurde eine Verlaufskontrolle in einem Jahr vorgesehen. Ebenfalls keine Verschlechterung lässt sich in Bezug auf den neuropsychologischen Zustand feststellen. Die kognitive Leistungsfähigkeit ist innerhalb der massgeblichen zeitlichen Vergleichsbasis gleich geblieben. Die Fachpsychologin für Neuropsychologie stellte im neuropsychologischen Verlaufsbericht vom 16. April 2018 fest, dass keine richtungsweisenden kognitiven Veränderungen vorlägen verglichen mit dem Resultat im Januar 2013. Den Berichten der Neurologin und der Neuropsychologin lassen sich somit keinerlei Anhaltspunkte für eine erhebliche Verschlechterung des Gesundheitszustandes entnehmen. Gleiches gilt für die Berichte, welche im Rahmen der kardiologischen, der radiologischen sowie der polysomnographischen Untersuchungen erstattet wurden. Ebenfalls keinen substantiellen Anhaltspunkt für eine wesentliche Gesundheitsverschlechterung bilden die von der behandelnden Psychiaterin geltend gemachten körperlichen Beeinträchtigungen beim Putzen.

Auch in Bezug auf die psychischen Beschwerden ist keine wesentliche Verschlechterung ersichtlich. Die erwähnten Beschwerden im Austrittsbericht der O. ___ vom 23. April 2019 sowie im Schreiben von Dr. med. D. ___ vom 4. Juli 2019 wurden mehrheitlich bereits im Gutachten des C. ___ vom 19. Juni 2014 festgestellt, insbesondere die depressive Symptomatik. Diagnostiziert wurde damals eine leichte depressive Episode. Festgestellt wurden ausserdem eine erhöhte Ermüdbarkeit, leichte Konzentrations- und Merkfähigkeitsstörungen, ein vermehrtes Schlafbedürfnis sowie eine im Rahmen der depressiven Symptomatik bestehende Somatisierung mit subjektiv verstärkten Kopfschmerzen. Die im Therapieverlauf nach dem 19. Juni 2014 gestellten Diagnosen «reaktive depressive Verstimmung», «mittelgradige depressive Episode mit somatischem Syndrom» oder «rezidivierende depressive Episoden aktuell leicht bis mittelgradig mit somatischem Syndrom» vermögen somit im Vergleich zur früheren Diagnosestellung keine erheblichen Veränderungen der tatsächlichen Verhältnisse herbeizuführen. Auch die beklagten Symptome, namentlich die Konzentrations- und Gedächtnisprobleme, der

Antriebsmangel, die Müdigkeit, die Benommenheit, die Lust- und Freudverlust oder die Sorgen und Ängste, sind weitgehend vorbekannt. Das wiederholt erwähnte Benommenheitsgefühl konnte neurologisch und kardiologisch keiner Diagnose zugeordnet werden. Nach Einschätzung der O. ___ passe dieses am ehesten zu einem Derealisationssyndrom (F48.1). Die behandelnde Psychiaterin Dr. med. D. ___ bestätigte in der Folge die Verdachtsdiagnose einer Depersonalisations- / Derealisationsstörung (ICD-10, F48.1). Diese neue Diagnose bildet indessen keinen substanziellen Anhaltspunkt für eine erhebliche Verschlechterung des Gesundheitszustands. Im Bericht von Dr. med. D. ___ wurde die Depersonalisations- / Derealisationsstörung weder besonders gewichtet noch als konkrete Verschlechterung gewertet. Vielmehr wurde die Verschlechterung des Gesundheitszustands der Versicherten auf diverse Diagnosen und Symptome zurückgeführt, welche grossmehrheitlich vorbekannt oder nach Einschätzung der jeweiligen Fachärzte unverändert geblieben oder gar besser geworden sind, so namentlich die Kopfschmerzen und die kognitive Leistungsfähigkeit. Damit fehlen konkrete Anhaltspunkte, dass sich der psychische Gesundheitszustand der Versicherten erheblich verschlechtert hätte.

Schliesslich ist darauf hinzuweisen, dass der massgebliche medizinische Vorzustand eine 80%ige Arbeitsfähigkeit vorsah, bestehend aus einer psychischen Einschränkung von 10 % sowie einer neurologischen Einschränkung von 10 %. In Anbetracht dessen, dass die Migräneattacken rückläufig sind und sich das neurologische Beschwerdebild zwischenzeitlich verbessert hat, erscheint eine aus neurologischer Sicht erhöhte Arbeitsfähigkeit grundsätzlich naheliegend. Insofern hat sich die Schwelle für eine rentenbegründende Verschlechterung im Vergleich zum medizinischen Vorzustand tendenziell zusätzlich erhöht. In den seit der rechtskräftigen Verfügung ergangenen Berichten haben die behandelnden Fachärzte keine konkreten Einschätzungen zur Arbeitsfähigkeit festgehalten. Einzig die Hausärztin Dr. med. J. ___ und die behandelnde Psychiaterin Dr. med. D. ___ stellten eine maximale Arbeitsfähigkeit von 60 % resp. 50 % fest. Während die Hausärztin ihre Einschätzung nicht begründet hat, führt die Psychiaterin die Teilarbeitsunfähigkeit auf diverse Beschwerden aus teils fachfremden Disziplinen zurück. Wie bereits erwähnt, sind diese jedoch aus fachärztlicher Sicht grossmehrheitlich gleich verlaufend oder gar verbessert. Eine aus rein psychiatrischer Sicht bestehende Arbeitsunfähigkeit in einem rentenrelevanten Ausmass wurde somit weder attestiert noch erscheint eine solche mit Blick auf das im Vergleich zum medizinischen Vorzustand mehrheitlich identische Beschwerdebild glaubhaft. Diese Schlussfolgerung wird im Übrigen auch unterstützt von den Einschätzungen der C. ___-Gutachter, welche bereits 2014 die Prognose für eine Steigerung des Arbeitspensums aufgrund der deutlich ausgeprägten Krankheits- und Behinderungsüberzeugung für ungünstig erachtet hatten. Die geltend gemachten Verschlechterungen wirken sich demnach nicht erheblich auf die Arbeitsfähigkeit aus und erweisen sich nicht als so wesentlich, dass sie einen Rentenanspruch begründen könnten. Damit fehlen Hinweise respektive medizinische Befunde, wonach sich der Gesundheitszustand seit der letzten Abklärung massgeblich verschlechtert haben könnte. Eine erhebliche Verschlechterung des Gesundheitszustandes wurde damit nicht glaubhaft gemacht.

6. Aus dem Gesagten folgt zusammenfassend, dass die IV-Stelle auf die Neuanmeldung der Versicherten zu Recht nicht eingetreten ist. Die gegen die betreffende Verfügung der IV-Stelle vom 11. September 2019 erhobene Beschwerde erweist sich als unbegründet,

weshalb sie abzuweisen ist.

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. 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

Die Gerichtsschreiberin

Flückiger

Baltermia-Wenger

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