

SO_GERICHTE VSBES.2020.209 vom 18. November 2021

SO Obergericht, 2021-11-18, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2020.209_d20211118

FR: SO_GERICHTE VSBES.2020.209 du 18 novembre 2021

IT: SO_GERICHTE VSBES.2020.209 del 18 novembre 2021

Regeste

Invalidenrente

Erwägungen

E. 1

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

1.2 Für die Beurteilung eines Falles hat das Sozialversicherungsgericht grundsätzlich auf den bis zum Zeitpunkt des Erlasses der streitigen Verfügung (hier: 18. September 2020) eingetretenen Sachverhalt abzustellen (BGE 144 V 224 E. 6.1.1 S. 232, 131 V 242 E. 2.1 S. 243).

E. 2

2.1 Die Beschwerdeführerin rügt zunächst eine Verletzung ihres Anspruchs auf rechtliches Gehör. Sie macht geltend, die Beschwerdegegnerin habe ihr vor dem Erlass der angefochtenen Verfügung vom 18. September 2020 die Stellungnahme des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD) vom 9. September 2020 (IV-Nr. 259) weder zur Kenntnis- noch zur Stellungnahme unterbreitet. Damit liege eine schwere Gehörsverletzung vor. Angesichts der Schwere der Gehörsverletzung rechtfertige sich eine Rückweisung der Sache an die Beschwerdegegnerin. Dies werde nicht als «formalistischer Leerlauf» angesehen (Beschwerde Ziff. 3 S. 3 ff.; A.S. 5 ff.).

2.2 Gemäss Art. 29 Abs. 2 der Bundesverfassung der Schweizerischen Eidgenossenschaft (BV, SR 101) haben die Parteien Anspruch auf rechtliches Gehör. Dieses dient einerseits der Sachaufklärung. Andererseits stellt es ein persönlichkeitsbezogenes Mitwirkungsrecht beim Erlass eines Entscheides dar, der in die Rechtsstellung des Einzelnen eingreift. Dazu gehört insbesondere das Recht des Betroffenen, sich vor Erlass eines solchen Entscheides zur Sache zu äussern, erhebliche Beweise beizubringen, Einsicht in die Akten zu nehmen, mit erheblichen Beweisanträgen gehört zu werden und an der Erhebung wesentlicher Beweise entweder mitzuwirken oder sich zumindest zum Beweisergebnis zu äussern, wenn dieses geeignet ist, den Entscheid zu beeinflussen. Der Anspruch auf rechtliches Gehör umfasst als Mitwirkungsrecht alle Befugnisse, die einer Partei einzuräumen sind, damit sie in einem Verfahren ihren Standpunkt wirksam zur Geltung bringen kann (BGE 135 I 279 E. 2.3 S. 282; 135 II 286 E. 5.1 S. 293; 132 V 368 E. 3.1 S. 370 mit Hinweisen). Voraussetzung des Äusserungsrechts sind genügende Kenntnisse über den Verfahrensverlauf, was auf das Recht hinausläuft, in geeigneter Weise über die entscheidungswesentlichen Vorgänge und Grundlagen vorweg orientiert zu werden. Wie weit dieses Recht geht, lässt sich nicht generell, sondern nur unter

Würdigung der konkreten Umstände beurteilen. Entscheidend ist, ob dem Betroffenen ermöglicht wurde, seinen Standpunkt wirksam zur Geltung zu bringen (Urteil des Bundesgerichts 9C_162/2019, 9C_191/2019 vom 29. Mai 2019 E. 5.3.3.1 mit Hinweisen).

2.3 Das Recht, angehört zu werden, ist formeller Natur. Eine Verletzung desselben führt ungeachtet der Erfolgsaussichten der Beschwerde in der Sache selbst zur Aufhebung des angefochtenen Entscheids. Es kommt mit anderen Worten nicht darauf an, ob die Anhörung im konkreten Fall für den Ausgang der materiellen Streitentscheidung von Bedeutung ist, d.h. die Behörde zu einer Änderung ihres Entscheids veranlasst wird oder nicht (BGE 127 V 431 E. 3d/aa S. 437; 132 V 387 E. 5.1 S. 390). Nach der Rechtsprechung kann aber jedenfalls eine nicht besonders schwerwiegende Verletzung des rechtlichen Gehörs als geheilt gelten, wenn die betroffene Person die Möglichkeit erhält, sich vor einer Beschwerdeinstanz zu äussern, die sowohl den Sachverhalt wie die Rechtslage frei überprüfen kann (BGE 133 I 201 E. 2.2 S. 204; 127 V 431 E. 3d/aa S. 438). Von einer Rückweisung der Sache ist selbst bei einer schwerwiegenden Verletzung des rechtlichen Gehörs dann abzusehen, wenn und soweit die Rückweisung zu einem formalistischen Leerlauf und damit zu unnötigen Verzögerungen führen würde, die mit dem (der Anhörung gleichgestellten) Interesse der betroffenen Partei an einer beförderlichen Beurteilung der Sache nicht zu vereinbaren wären (BGE 133 I 201 E. 2.2 S. 204 f.; 132 V 387 E. 5.1 S. 390).

2.4 Der Beschwerdeführerin wurde die Stellungnahme des RAD-Arztes Dr. med. F.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 9. September 2020 (IV-Nr. 259), erst zusammen mit der angefochtenen Verfügung vom 18. September 2020 zugestellt, womit es der Beschwerdeführerin in der Tat verwehrt wurde, sich vor Erlass der Verfügung dazu zu äussern. Inhaltlich hält der RAD-Arzt im Bericht im Resultat lediglich fest, dass eine gesundheitliche Verschlechterung seit Oktober 2017 zwar nicht ganz ausgeschlossen werden könne, dass sie aber eher wenig wahrscheinlich sei, zumal es sich insgesamt um einen sehr langen, stabil wirkenden Krankheitsverlauf handle (IV-Nr. 259). Die Beschwerdegegnerin stützte sich in ihrer Verfügung zwar unter anderem auf diese RAD-Stellungnahme. Dabei handelt es sich aber nicht um eine eigenständige fachmedizinische Einschätzung des RAD, sondern lediglich um eine versicherungsinterne Würdigung der vorhandenen und der Beschwerdeführerin bekannten Akten. Das rechtliche Gehör wäre zudem dann zu gewähren, wenn die RAD-Stellungnahme eine neue medizinische Erkenntnis oder Behauptung enthält, welche nicht den Akten entnommen werden kann (VersG SG IV 2009/280 vom 6. April 2011, bestätigt durch das Urteil des Bundesgerichts 9C_436/2011 vom 5. August 2011, E. 3.1; Urteil des Bundesgerichts 8C_501/2012 vom 24. Juli 2012, E. 4.2). Die in der RAD-Stellungnahme enthaltene Würdigung enthält jedoch keine neue medizinische Erkenntnis oder Behauptung, welche nicht den Akten entnommen werden kann. Der RAD-Bericht hat der Beschwerdeführerin somit nicht zwingend zugestellt werden müssen, so dass diesbezüglich keine Verletzung des rechtlichen Gehörs vorliegt. Im Übrigen würde es sich selbst bei Bejahung einer Gehörsverletzung um einen ohne Weiteres heilbaren Mangel handeln. So ist von einer Rückweisung der Sache zur Gewährung des rechtlichen Gehörs an die Verwaltung im Sinne einer Heilung des Mangels selbst bei einer schwerwiegenden Verletzung des rechtlichen Gehörs dann abzusehen, wenn und soweit die Rückweisung zu einem formalistischen Leerlauf und damit zu unnötigen Verzögerungen führen würde, die mit dem (der Anhörung gleichgestellten) Interesse der betroffenen Partei an einer beförderlichen Beurteilung der

Sache nicht zu vereinbaren wären (BGE 132 V 387 E. 5.1 S. 390). Weil das kantonale Versicherungsgericht sowohl den Sachverhalt wie auch die Rechtslage frei überprüft, könnte eine allfällige Verletzung des rechtlichen Gehörs vorliegend ohne weiteres als geheilt gelten (vgl. BGE 127 V 437 E. 3d/aa, 126 I 72, 126 V 132 E. 2b, je mit Hinweisen), zumal sich die Beschwerdeführerin in ihren Rechtsschriften zu der genannten RAD-Stellungnahme hat äussern können. Im Übrigen ist eine Partei auf Grund einer Gehörsverletzung nur insoweit zu entschädigen, als bei ihr nennenswerte (zusätzliche) Kosten entstanden sind, die ohne die Gehörsverletzung nicht angefallen wären (Urteil des Bundesgerichts 8C_212/2016 vom 8. August 2016 E. 2.2), was im vorliegenden Fall ohne Weiteres zu verneinen ist. Es besteht kein Zweifel daran, dass die Beschwerde auch erhoben worden wäre, wenn die RAD-Stellungnahme der Beschwerdeführerin vor Erlass der Verfügung zugestellt worden wäre.

E. 3

3.1 Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG, SR 830.1). 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, SR 831.20]).

3.2 Nach Art. 28 Abs. 1 IVG 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. Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG besteht bei einem Invaliditätsgrad ab 40 % ein Anspruch auf eine Viertelsrente, ab 50 % auf eine halbe Rente, ab 60 % auf eine Dreiviertelsrente und ab 70 % auf eine ganze Rente. Der Rentenanspruch entsteht frühestens nach Ablauf von sechs Monaten nach Geltendmachung des Leistungsanspruchs nach Art. 29 Abs. 1 ATSG (Art. 29 Abs. 1 IVG).

3.3 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. 4

mois après sa protonthérapie complémentaire (Optis 2 : 60Gy en 4 fractions) après exérèse chirurgicale sur place, suivi d'un mapping conjonctival à Lausanne, pour une exérèse incomplète d'un carcinome épidermoïde de la caroncule de l'OD (il fonctionnellement unique).

L'acuité visuelle est conservée à 1.0p contre l'énumération des doigts dans l'il controlatéral gauche, en relation avec une amblyopie myopique unilatérale forte. Au niveau du cul-de-sac cornéo-conjonctival droit, il n'y a aucun signe d'une récurrence clinique de son

carcinome épidermoïde. Le segment antérieur était parfaitement calme avec une TO à 12 mmHg, symétrique sans aucun traitement topique autre que du Lacrycon la journée et de la Vitamine A pomm. la nuit. Un symlépharon discret est présent au niveau du cul-de-sac nasal supérieur et inférieur. Au fond de l'OD, il n'y a pas encore de signe d'une rétinopathie actinique secondaire.».

8.2 Der Vertreter der Beschwerdeführerin hat am 7. April 2021 eine Kostennote eingereicht (A.S. 38 ff.), worin er einen Kostenersatz von insgesamt CHF 3'329.65 (12,39 Stunden à CHF 240.00 zuzüglich Auslagen von CHF 118.00 und Mehrwertsteuer von CHF 238.05) geltend macht.

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 von jeweils 0,17 Std. vom 26. Oktober 2020, 5. November 2020, 10. November 2020, 3. Dezember 2020, 15. Dezember 2020, 4. Januar 2021, 25. Januar 2021, 15. Februar 2021, 22. Februar 2021, 9. März 2021, 17. März 2021, 22. März 2021 und 6. April 2021 nicht berücksichtigt werden, da praxisgemäss von Orientierungskopien ausgegangen wird, welche reinen Kanzleiaufwand darstellen. Dies gilt auch für die unter dem Vermerk «Brief an O.____, Fürsprecher» von je 0,17 Std. vom 26. Oktober 2020 und 5. November 2020, «Brief an Versicherungsgericht des Kantons Solothurn» von je 0,33 Std. vom 11. Februar 2021 und 5. März 2021 angegebenen Positionen. Aufgrund des Ausgangs des vorliegenden Verfahrens ist der mit 1,00 Stunden geltend gemachte nachprozessuale Aufwand praxisgemäss auf 0,5 Stunden zu reduzieren. Nach Abzug von insgesamt 3,71 Stunden beträgt der Aufwand noch total 8,68 Stunden. Damit beträgt die Entschädigung bei einem Honoraransatz von CHF 240.00 CHF 2'083.20.

8.3 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 Beschwerdegegnerin die Verfahrenskosten von CHF 600.00 zu bezahlen. Der geleistete Kostenvorschuss von CHF 1'000.00 wird der Beschwerdeführerin zurückerstattet.

Demnach wird erkannt:

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

E. 4.2

Unter Glaubhaftmachen im Sinne von Art. 87 Abs. 2 IVV ist nicht der Beweis nach dem im Sozialversicherungsrecht allgemein massgebenden Grad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu verstehen. Die Beweisanforderungen sind vielmehr herabgesetzt. Es braucht nicht im Sinne eines vollen Beweises die Überzeugung der Verwaltung begründet zu werden, dass seit der letzten Verfügung, welche auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Ermittlung des Invaliditätsgrades beruht, 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 im Rahmen der materiellen Behandlung der Neuanmeldung werde sich die behauptete Änderung nicht erstellen lassen (Urteil des Bundesgerichts 9C_732/2018 vom 4. März 2019 E. 4.2 mit Hinweisen). 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). 4.3 In erster Linie ist es Sache der versicherten Person, substantielle Anhaltspunkte für eine allfällige neue Prüfung des Leistungsanspruchs darzulegen. Wenn die der Neuanmeldung 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). Die Verwaltung hat in einem solchen Fall der versicherten Person unter Androhung des Nichteintretens eine angemessene Frist zur Einreichung weiterer Beweismittel anzusetzen (BGE 130 V 64 E. 5.2.5 S. 69; Urteil des Bundesgerichts 8C_844/2012 vom 5. Juni 2013 E. 2.1). Wird auch innerhalb der Nachfrist keine erhebliche Veränderung glaubhaft gemacht, ist ein Nichteintretensentscheid zu fällen. Das Gericht prüft in dieser Konstellation im Beschwerdefall einzig, ob zu Recht ein Nichteintretensentscheid ergangen ist. Es legt dem Urteil den Sachverhalt zugrunde, der sich der Versicherung geboten hat (BGE 130 V 64 E. 5 S. 66 f. und E. 5.2 S. 67 ff.; Urteil des Bundesgerichts 9C_799/2016 vom 21. März 2017 E. 2.1).

E. 5

Asymptomatische Hyperurikämie Weiter führten die E.____-Gutachter aus, in somatischer Hinsicht seien Fibromyalgie-Patienten nicht geeignet für stereotyp-repetitive Tätigkeiten, Tätigkeiten in Nässe und Kälte, körperliche Schwerarbeit sowie Tätigkeiten in prolongierter ergonomisch ungünstiger Körperstellung. Tätigkeiten, welche diesen Vorgaben Rechnung trügen, seien der Beschwerdeführerin prinzipiell zumutbar (IV-Nr. 151 S. 36 f.). Aus allgemeininternistischer Sicht seien der Beschwerdeführerin körperlich leichte bis maximal gelegentlich mittelschwer belastende Tätigkeiten ganztags vollumfänglich zumutbar. Einschränkend würden hier vor allem die multifaktoriell bedingte Anstrengungsdyspnoe sowie die erhebliche Dekonditionierung einhergehend mit deutlicher Adipositas wirken.

Die arterielle Hypertonie sei gut eingestellt und die Beschwerdeführerin sei kardiopulmonal kompensiert. Aufgrund der nur leichten lungenfunktionellen Einschränkung bestehe weder medizinisch-theoretisch noch praktisch eine Ateminvalidität von pulmonaler Seite (IV-Nr. 151 S. 37). Generell seien bei Patienten mit hypertensiver Herzkrankheit solche Tätigkeiten zu berücksichtigen, die zu abrupten Blutdrucksteigerungen führten wie zum Beispiel plötzliche Anstrengungen wie schweres Heben, aber auch stark emotionale Belastungen. Bereits bestehende Organkomplikationen könnten in bestimmten Berufen zu einer erhöhten Gefährdung für den Betreffenden und seine Umwelt führen. Dies sei hier jedoch nicht der Fall. Auch der Schicht-, beziehungsweise Nachtdienst könne für Hypertoniker und Versicherte mit hypertensiver Herzkrankheit ungünstig sein. Je nach Krankheitsverlauf und Krankheitsstadium könne die Belastbarkeit individuell jedoch sehr unterschiedlich sein. Die epigastrischen Beschwerden sowie die stattgehabten Harnwegsinfekte hätten keine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit. Betreffend das Asthma seien Tätigkeiten in staubfreier Umgebung zu empfehlen (IV-Nr. 151 S. 37). Aus angiologischer Sicht könne der Beschwerdeführerin keine Arbeitsunfähigkeit attestiert werden. Sie sei mit ihrem Phleblymphödem leidensadaptiert mit wechselnden Körperpositionen (Laufen, Sitzen, Stehen) aus angiologischer Sicht arbeitsfähig (IV-Nr. 151 S. 37). Aus psychiatrischer Sicht lasse sich keine andauernde Leistungseinschränkung begründen (IV-Nr. 151 S. 37).

E. 5.2

Im Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung vom 18. September 2020 präsentierte sich der medizinische Sachverhalt im Wesentlichen wie folgt: 5.2.1 Am

E. 5.2.3

Am 22. Januar 2020 berichtete Dr. med. J.____ über die im Rahmen der Nachkontrolle erhobenen Befunde (IV-Nr. 241 S. 3). Folgendes lässt sich diesem Bericht entnehmen: «Le 22 janvier 2020, le Docteur Pica et moi-même avons revu en contrôle Madame A.____, presque 4 mois après sa protonthérapie complémentaire (Optis 2 : 60Gy en 4 fractions) après exérèse chirurgicale sur place, suivi d'un mapping conjonctival à Lausanne, pour une exérèse incomplète d'un carcinome épidermoïde de la caroncule de l'OD (œil fonctionnellement unique). L'acuité visuelle est conservée à 1.0p contre l'énumération des doigts dans l'œil controlatéral gauche, en relation avec une amblyopie myopique unilatérale forte. Au niveau du cul-de-sac cornéo-conjonctival droit, il n'y a aucun signe d'une récurrence clinique de son carcinome épidermoïde. Le segment antérieur était parfaitement calme avec une TO à 12 mmHg, symétrique sans aucun traitement topique autre que du Lacrycon la journée et de la Vitamine A pomm. la nuit. Un syblépharon discret est présent au niveau du cul-de-sac nasal supérieur et inférieur. Au fond de l'OD, il n'y a pas encore de signe d'une rétinopathie actinique secondaire.».

5.2.4 Dem Bericht der behandelnden Ärztin Dr. med. K.____, Spitalfachärztin, Spital B.____, vom 3. Februar 2020 (IV-Nr. 255 S. 15 f.) lassen sich folgende Diagnosen entnehmen: 1. Lipolymphödem der unteren Extremitäten Stadium 3 - Versagen der konservativen Therapie 2. Primäre Varikosis Stadium C1 Ep As Pr beidseits - St. n. Exhairese der V. saphena magna im Bereich des rechten Unterschenkels sowie Miniphlebektomie beider Unterschenkel 1999 3. Arterieller Hypertonus 4. Adipositas Grad II (BMI 36.1 kg/m²) 5. Chronische Schmerzkrankheit mit psychischen und somatischen Anteilen, Symptomatik Allodynie, myalgiforme Schmerzen, betont lumbogluteal - Schmerzbeginn im Rücken 1999 (Fabrikarbeiterin) - Anamnestisch Diskushernien, bisher keine operative Intervention - Frozen Shoulder rechts 2016 - Fibromyalgie 6. Depression 7. Bindehauttumor rechts, cT4 N0 M0 -

Bindehauttumorexzision, Amniondeckung R2 Resektion 1. April 2019 - Links Blindheit wegen angeborener Amblyopie Weiter führte Dr. med. K. ___ aus, auf Wunsch der Kollegin der plastischen Chirurgie hätten sie die Beschwerdeführerin erneut gesehen. Bereits im Jahr 2012 sei ein Lipödem diagnostiziert und die Indikation zur Liposuktion gestellt worden, da die konservative Therapie versagt habe. Zu einem späteren Zeitpunkt sei noch eine Mikrolymphographie durchgeführt worden. Hierbei habe noch eine Lymphödemkomponente nachgewiesen werden können. Dr. med. K. ___ habe die Beschwerdeführerin letztmalig im Juni 2018 gesehen. Aktuell zeige sich klinisch weiterhin das Korrelat eines Lipödems Stadium 3 vom Ganzbeintyp mit ausgeprägter Umfangsvermehrung und überhängenden Gewebeanteilen (Wammenbildung). Anamnestisch zeigten die Beine seit der zweiten und letzten Schwangerschaft vor 25 Jahren kein Volumenplus. Durch die Strukturveränderung im Bereich der unteren Extremitäten sei bereits das Gangbild deutlich gestört. Die Kompressionstherapie könne aufgrund der extremen Schmerzhaftigkeit im Bereich der unteren Extremitäten nicht durchgeführt werden. Auch im Rahmen der aktuellen Untersuchung könne eine Kompression, wie sie für die Venenuntersuchung notwendig sei, kaum durchgeführt werden aufgrund der extremen Schmerzhaftigkeit. Auf venöser Seite zeige sich ein analoger Befund zu 2018 mit Nachweis eines offenen und suffizienten tiefen Venensystems sowie einer suffizienten V. saphena magna und parva links. Rechts sei die V. saphena parva ebenfalls offen und suffizient. Die V. saphena magna sei am Unterschenkel chirurgisch entfernt worden. Klinische Zeichen einer chronisch venösen Insuffizienz lägen klinisch nicht vor. Neben dem Aspekt des Lipödems zeige sich das Stemmerzeichen rechts positiv und links schwach positiv als Zeichen einer zum Lipödem zusätzlich hinzukommenden lymphatischen Komponente. Bereits 2013 sei mittels Mikrolymphographie ein Lymphödem im Bereich beider unteren Extremitäten objektiviert worden. Im Ultraschall zeige sich eine homogene Verbreiterung der Subkutis mit gleichmässig vermehrter Echogenität und echoreichen Septen bei Fehlen von echolosen Spalten passend zum Lipödem. Im Hinblick auf die starke Schmerzhaftigkeit und das Schweregefühl sowie die bereits bestehende Störung des Gangbildes werde von angiologischer Seite, wie bereits 2012, die Liposuktion empfohlen. Dies auch vor dem Hintergrund, dass eine konservative Therapie aufgrund der Schmerzhaftigkeit nicht durchgeführt werden könne und der Tatsache, dass die Beschwerdeführerin bereits durch die bekannte Depression eine deutliche Einschränkung der Lebensqualität habe, welche durch das komplexe Lipolymphödem noch zusätzlich aggraviert werde.

5.2.5 Am 1. Juli 2020 erging die versicherungspsychiatrisch-arbeitsprognostische Abklärung der behandelnden Psychiaterin Dr. med. I. ___, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie (IV-Nr. 255 S. 6 ff.). Folgende Diagnosen lassen sich diesem Bericht entnehmen (IV-Nr. 255 S. 11): 1. Depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode mit somatischem Syndrom (ICD-10 F33.2) 2. Chronifizierte Schmerzproblematik mit zum Teil konversionsneurotischer dissoziativer Symptombildung, am ehesten im Sinn einer posttraumatischen Entwicklung – akuten Belastungsreaktion (ICD-10 F43.1) Weiter legte Dr. med. I. ___ dar, das aktuelle Beschwerdebild der Beschwerdeführerin entspreche einer schwergradigen (ängstlich-depressiven, posttraumatisch verschlechterten) psychischen Beeinträchtigung mit psychiatrischer Co-Morbidität. Die Einschränkung der Funktionalität im Alltag und vor allem der Lebensqualität sei deutlich. Medizinisch-theoretisch müsse bei vorangeschrittener Chronifizierung, innerpsychischer Verfestigung und psychodynamisch relevanter Kontextfaktoren von einer höhergradigen Arbeitsunfähigkeit ausgegangen werden. Die für die Bemessung von Arbeitsfähigkeitsprozenten nach

versicherungsmedizinischen Kriterien geforderte klinisch-objektive Schweregradbeurteilung rechtfertigt medizinisch-theoretisch eine mindestens 80%ige Arbeitsunfähigkeit. Aus psychiatrischer Sicht sei die Beschwerdeführerin zum Zeitpunkt der Untersuchung aufgrund der schwergradigen psychiatrischen Symptomatik im Rahmen der genannten Diagnosen sowohl in ihrer angestammten als auch in einer adaptierten Tätigkeit zu mindestens 80 % arbeitsunfähig. Die Beschwerdeführerin könne auf dem freien Arbeitsmarkt nicht zurechtkommen. Sämtliche Massnahmen müssten einen therapeutischen Zweck erfüllen. Eine Unterstützung zur Reintegration im Sinne eines allmählichen Wiedereinstiegs in eine Funktions- und Arbeitstätigkeit erscheine aktuell wenig sinnvoll. Therapeutische Massnahmen zur Strukturierung und Wiederherstellung einer Tagesstruktur seien sinnvoll und indiziert. 5.2.6 Am 9. September 2020 nahm Dr. med. F.____ Stellung zur Frage, ob mit dem aktuellen Bericht der Psychiaterin Dr. med. I.____ vom 1. Juli 2020 im Vergleich zum E.____-Gutachten vom 20. Oktober 2016 eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes der Beschwerdeführerin ausgewiesen ist (IV-Nr. 259). Dr. med. F.____ legte dar, bezüglich der unbestrittenen depressiven Erkrankung sei festzuhalten, dass das Ausmass der depressiven Symptomatik im Vergleich der Untersuchungsbefunde, soweit es möglich sei, in etwa gleichgeblieben sei. So kämen denn auch beide beurteilenden Fachpersonen zur gleichen Diagnose einer mittelgradigen Episode, wobei Dr. med. I.____ diese allerdings gegeben sehe im Rahmen einer rezidivierenden depressiven Störung. Diese sei mit F33 zu codieren, und nicht mit F32 wie die einmalige depressive Episode. Bei einer rezidivierenden depressiven Störung könne im längeren Verlauf durchaus eine höhere Funktionseinschränkung resultieren als im Rahmen einer einmaligen depressiven Episode. Dr. med. I.____ liefere aber keine Begründung für ihre abweichende Diagnostik. Auch seien die psychopathologischen Befunde in beiden Gutachten weitgehend die gleichen. Die Schmerzproblematik werde in beiden Gutachten berücksichtigt. Unterschiedlich seien lediglich die hinter den differierenden Diagnosen stehenden ätiopathogenetischen Konzepte. Für die Annahme einer posttraumatischen Belastungsstörung als Hintergrund der Schmerz-, aber auch der Angstproblematik, wie von Dr. med. I.____ postuliert werde, fehlten die gemäss der ICD-10, aber auch des DSM-V zu fordernden diagnostischen Kriterien. Die Angstproblematik werde zudem vom E.____-Gutachter Dr. med. L.____ ebenfalls berücksichtigt, jedoch sei die diagnostische Einordnung als Agoraphobie ohne Panikattacken (ICD-10 F40.0) klar überzeugender. Als Fazit bleibe dem RAD festzuhalten, dass eine gesundheitliche Verschlechterung seit Oktober 2017 zwar nicht ganz ausgeschlossen werden könne in Anbetracht der nicht klar vergleichbaren Befunderhebung, dass sie aber eher wenig wahrscheinlich sei, zumal es sich insgesamt um einen sehr langen, stabil wirkenden Krankheitsverlauf handle. 6. Wie bereits in E. II. 5 hiervor dargelegt, ist zu prüfen, ob die Beschwerdeführerin eine anspruchserhebliche Verschlechterung ihres Gesundheitszustandes glaubhaft gemacht hat und die Beschwerdegegnerin daher auf das Rentengesuch vom 8. Mai 2019 hätte eintreten müssen. Ob eine in diesem Sinn erhebliche Veränderung glaubhaft gemacht wurde, beurteilt sich durch einen Vergleich mit dem Sachverhalt bei Erlass der Verfügung vom 6. Januar 2014. 6.1 In erster Linie ist festzuhalten, dass der Einbezug eines RAD-Arztes – entgegen der Beschwerdeführerin (vgl. Beschwerde Ziff. 13 S. 10 f.; A.S. 12 f.) – nicht per se ein materielles Eintreten darstellt. So ist es der Verwaltung unbenommen, entsprechende Erhebungen selber anzustellen, ohne dass deswegen bereits auf ein materielles Eintreten auf die Neuanmeldung zu schliessen wäre (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_844/2012 vom 5. Juni 2013 E. 2.1 mit Hinweis auf 8C_341/2011 vom 27. Juni 2011 E. 2.2.2, 8C_1009/2010

vom 7. April 2011 E. 2.3, 9C_286/2009 vom 28. Mai 2009 E. 2.2.3, in: SZS 2009 S. 397; I 781/04 vom 17. Februar 2005 E. 3). Die Beschwerdegegnerin hat keine neuen Erhebungen veranlasst, sondern den RAD-Arzt lediglich zu den eingereichten Akten und zur Frage, ob damit eine gesundheitliche Verschlechterung glaubhaft sei, Stellung nehmen lassen. Dr. med. F.____ würdigt in seiner Stellungnahme wie erwähnt die von der Beschwerdeführerin im Rahmen der Neuanmeldung eingereichten medizinischen Unterlagen hinsichtlich der Frage, ob damit eine relevante gesundheitliche Verschlechterung glaubhaft gemacht wird. Dass eine solche Würdigung nicht gänzlich ohne materielle Ausführungen möglich ist, liegt in der Natur der Sache. Es kann aber nicht gesagt werden, Dr. med. F.____ habe darin bereits den Sachverhalt materiell geprüft.

6.2 Für die Beurteilung des psychischen Gesundheitszustandes zum Zeitpunkt der Verfügung vom 18. September 2020 wurde auf die Stellungnahme des RAD-Arztes Dr. med. F.____ vom 9. September 2020 (IV-Nr. 259) abgestellt, welcher sich in seiner Beurteilung auf die Akten stützte. Der RAD-Arzt stellte darin fest, dass eine gesundheitliche Verschlechterung seit Oktober 2017 in Anbetracht der nicht klar vergleichbaren Befunderhebung zwar nicht ausgeschlossen werden könne, dass sie aber eher wenig wahrscheinlich sei, zumal es sich insgesamt um einen sehr langen, stabil wirkenden Krankheitsverlauf handle. Den im Neuanmeldungsverfahren aufgelegten Berichten lässt sich in psychiatrischer Hinsicht nichts entnehmen, was nicht bereits seit Längerem aktenkundig ist oder eine andauernde Veränderung des Gesundheitszustandes begründen könnte. Bereits im Januar 2014 hatte Dr. med. M.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, in seinem versicherungspsychiatrischen Gutachten vom 27. Januar 2014 (IV-Nr. 101.1) die Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode, als solche mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gestellt (IV-Nr. 101.1 S. 19). Wie der RAD-Arzt Dr. med. F.____ in seiner Stellungnahme vom 9. September 2020 (vgl. E. II. 5.2.6 hiervor; IV-Nr. 259) festgehalten hat, entsprechen die von Dr. med. I.____ erhobenen Befunde in ihrer versicherungspsychiatrisch-arbeitsprognostischen Abklärung vom 1. Juli 2020 (IV-Nr. 255) sodann weitgehend jenen, die im psychiatrischen Teilgutachten der Begutachtungsstelle E.____ vom 28. September 2016 benannt wurden (IV-Nr. 151 S. 60 ff.). Im psychiatrischen E.____-Teilgutachten wurde festgehalten, es handle sich bei der Beschwerdeführerin um eine zum Untersuchungszeitpunkt bewusstseinsklare und allseits orientierte Explorandin. Biologisch wirke sie vorzeitig gealtert. Während der fast 3-stündigen Untersuchung mache sie einen mehr depressiven als schmerz erfüllt leidenden Eindruck. Die Psychomotorik sei depressiv gehemmt. Während der Untersuchung fänden sich keine Anhaltspunkte für kognitive Beeinträchtigungen wie Wortfindungsstörungen, Gedankenabbrechen oder Zeitgitterstörungen. Formal sei das Denken der Beschwerdeführerin unauffällig. Es bestehe keine Denkverlangsamung. Das Denken sei umständlich. Es bestünden keine Anhaltspunkte für Sinnestäuschungen oder Wahrnehmungsstörungen. Die Auffassung der Beschwerdeführerin sei nicht gestört. Sie vermöge Begriffe nach logischen Kategorien zu ordnen. Es seien keine Anhaltspunkte für Zwangsgedanken oder Zwangshandlungen vorhanden. Die Beschwerdeführerin meide Menschenansammlungen nicht. Das Einkaufen in Einkaufszentren sei in Begleitung möglich. Die Exploration ergebe, dass die Beschwerdeführerin nur in Ausnahmefällen unbegleitet die Wohnung verlasse. Dies sei der Fall, wenn der Zielort in kurzer Gehdistanz vom Wohnort liege. Sie verfüge über eine durchschnittliche Intelligenz. Die affektive Schwingungs- und Resonanzfähigkeit seien beeinträchtigt. Die Beschwerdeführerin mache einen durchgehend depressiven Eindruck mit wenig Mimik im Gesicht. Von freudigen Ereignissen sei bei ihr keine Freude spürbar,

sondern ein leichter Glanz in den Augen beobachtbar. Die Anstrengungsbereitschaft der Beschwerdeführerin sei gut. Sie sei bemüht, die anstrengende Untersuchung durchzustehen. Die Grundstimmung sei depressiv (IV-Nr. 151 S. 70). Dr. med. I.____ erhob in ihrer versicherungspsychiatrisch-arbeitsprognostischen Abklärung vom 1. Juli 2020 die folgenden – weitgehend identischen – Befunde: Die Beschwerdeführerin wirke angespannt und belastet, die affektive Schwingungsfähigkeit sei deutlich eingeschränkt, es bestehe klinisch-phänomenologisch Hypomimie, mittelgradig depressiv gezeichnet. Im Untersuchungsgang sei die Beschwerdeführerin ängstlich, zunächst fast misstrauisch, sichtlich um Kontrolle bemüht, äusserlich ruhig, innerlich gespannt, jedoch in der Gesprächssituation freundlich zugewandt, kooperativ, wach, allseits orientiert. Psychomotorisch sei sie etwas verlangsamt, zeige ein unauffälliges Sprechverhalten. Die Grundstimmung sei bedrückt, deutlich zum depressiven Pol verschoben. Der Gesprächsfluss werde zum Teil bei komplexeren Themen und Zusammenhängen durch eine eingeschränkte Auffassung bei muttersprachlichem Zugang gebremst. Es bestünden deutliche Einschränkungen der affektiven Modulationsfähigkeit. Im Zusammenhang mit lebensbiografisch relevanten Fragen in Bezug auf das Erleben der medizinischen Untersuchungen in der vergangenen Zeit (circa sechs bis neun Monate) werde die Situation kryptisch, zum Teil inkohärent mit Zunahme des Spannungszustandes geschildert. Es lägen keine Hinweise für wahnhaftes Geschehen, Sinnestäuschungen oder Ich-Demarkationspathologien vor. Das Denken sei formal kohärent, verlangsamt, in der letzten Zeit mit vermehrter Grübelneigung. Es seien keine Anhaltspunkte für formale Denkstörungen zu verzeichnen. Das Denken in Bezug auf rationales Funktionieren sei vordergründig unauffällig. Die Beschwerdeführerin sei bei komplexen Fragestellungen überfordert (IV-Nr. 255 S. 7). Soweit die Beschwerdeführerin unter Berufung auf ihren Aufenthalt in der Klinik G.____ (vgl. E. II. 5.2.1 hiervor) eine Verschlechterung glaubhaft machen will, vermag sie nicht durchzudringen. Auch der in diesem Bericht festgehaltene psychiatrische Befund entspricht weitgehend bereits Bekanntem. Es kommt hinzu, dass die Beschwerdeführerin den Ärzten zufolge in deutlich gebessertem psychischen und stabilen physischen Zustand, klar und deutlich von Eigen- und Fremdgefährdung sowie von Suizidalität distanziert, aus der Klinik habe austreten können. Damit fehlt es an Anhaltspunkten für eine langandauernde, relevante Verschlechterung des Gesundheitszustandes in psychiatrischer Hinsicht, was der RAD-Arzt Dr. med. F.____ richtig erkannt hat (vgl. E. II. 5.2.6 hiervor). Auch die Schmerzproblematik, die Dr. med. I.____ in ihrem Bericht darlegt (vgl. IV-Nr. 255 S. 8 ff.), war schon im Zeitpunkt der rentenaufhebenden Verfügung vom 6. Januar 2014 aktenkundig (vgl. hierzu das Gutachten der Begutachtungsstelle E.____ vom 21. Oktober 2016; IV-Nr. 151 S. 26 ff.). Im Übrigen ist darauf hinzuweisen, dass der Bericht von Dr. med. I.____ Mängel aufweist. So wird die Explorandin hin und wieder mit Frau N.____ bezeichnet, bei welcher es sich zweifelsohne nicht um die Beschwerdeführerin handelt (vgl. IV-Nr. 255 S. 8 und 10).

6.3 Eingehend auf die somatische Gesundheitssituation der Beschwerdeführerin ergibt sich Folgendes:

6.3.1 Von angiologischer Seite wurden im E.____-Gutachten vom 21. Oktober 2016 unter anderem die Diagnosen «eines Phleblymphipödems an beiden Beinen bei chronischer venöser Insuffizienz Stadium I-II mit Besenreisern und retikulären Varizen beidseits sowie Nebenastvarizen rechts, Status nach Varizenoperation beidseits 1999; Lipomatose der Ober- und Unterschenkel beidseits, Adipositas; primärem Lymphödem und verminderter Aktivierung der Muskel- und Gelenkpumpe» gestellt (vgl. E. II. 5.1 hiervor). Weiter wurde im angiologischen Teilgutachten dargelegt, eine relevante chronisch venöse Insuffizienz

oder eine periphere arterielle Verschlusskrankheit lasse sich an beiden Beinen nicht nachweisen. Die aktuell von der Beschwerdeführerin geschilderten Schmerzen liessen sich mit dem klinisch doch eher moderaten Lipoedem per se nicht erklären. Lipoedemschmerzen seien nicht dermassen intensiv, wie von der Beschwerdeführerin geschildert. Die von der Beschwerdeführerin angegebenen sehr intensiven Beinbeschwerden liessen sich somit mit dem vorliegenden Phleblymphlipoedem nicht erklären. Auch die Beinschmerzen dürften im Zusammenhang mit dem generalisierten Schmerzsyndrom stehen (IV-Nr. 151 S. 58). Dem im Neuanmeldungsverfahren eingereichten Bericht der behandelnden Ärztin Dr. med. K.____ vom 3. Februar 2020 (vgl. E. II. 5.2.4 hiervor) lässt sich entnehmen, dass sich aktuell klinisch weiterhin das Korrelat eines Lipödems Stadium 3 vom Ganzbeintyp mit ausgeprägter Umfangsvermehrung und überhängenden Gewebeanteilen (Wammenbildung) zeige. Durch die Strukturveränderung im Bereich der unteren Extremitäten sei bereits das Gangbild deutlich gestört. Die Kompressionstherapie könne aufgrund der extremen Schmerzhaftigkeit im Bereich der unteren Extremitäten nicht durchgeführt werden. Auf venöser Seite zeige sich ein analoger Befund zu 2018 mit Nachweis eines offenen und suffizienten tiefen Venensystems sowie einer suffizienten V. saphena magna und parva links. Rechts sei die V. saphena parva ebenfalls offen und suffizient. Die V. saphena magna sei am Unterschenkel chirurgisch entfernt. Klinische Zeichen einer chronisch venösen Insuffizienz lägen klinisch nicht vor. Neben dem Aspekt des Lipödems zeige sich das Stemmerzeichen rechts positiv und links schwach positiv als Zeichen einer zum Lipödem zusätzlich hinzukommende lymphatische Komponente. Bereits 2013 sei mittels Mikrolymphographie ein Lymphödem im Bereich beider unteren Extremitäten objektiviert worden. Im Ultraschall zeige sich eine homogene Verbreiterung der Subkutis mit gleichmässiger vermehrter Echogenität und echoreichen Septen bei Fehlen von echolosen Spalten passend zum Lipödem. Mit diesem Bericht der behandelnden Ärztin Dr. med. K.____ liegen gewisse Anhaltspunkte für eine mögliche relevante Verschlechterung des Gesundheitszustandes der Beschwerdeführerin vor, was rechtsprechungsgemäss für eine Glaubhaftmachung einer rechtserheblichen Veränderung genügt (vgl. E. II. 4.2 hiervor). So berichtet Dr. med. K.____ neu von einem Lipödem Stadium 3 vom Ganzbeintyp mit ausgeprägter Umfangsvermehrung und überhängenden Gewebeanteilen (Wammenbildung) . Auch berichtet sie von einem deutlich gestörten Gangbild. Auch wenn der Bericht der konsultierten Ärztin keine Angaben zur Arbeitsfähigkeit enthält, kann jedenfalls nicht ausgeschlossen werden, dass sich die Problematik im Sinne einer Verschlechterung zusätzlich limitierend auf die Arbeitsfähigkeit auswirkt. Zu einer allfälligen Veränderung des Gesundheitszustandes der Beschwerdeführerin aus angiologischer Sicht äusserte sich die Beschwerdegegnerin in ihrer angefochtenen Verfügung vom 18. September 2020 nicht. 6.3.2 Sodann wurde mit der Diagnose eines Tumors der Konjunktiva (vgl. E. II. 5.2.2 und 5.2.3 hiervor) eine Erkrankung dargetan, welche seit der rentenaufhebenden Verfügung vom 6. Januar 2014 neu hinzugetreten ist. Nicht auszuschliessen ist, dass sich diese im Sinne einer Verschlechterung auf die Arbeitsfähigkeit auswirkt. Aus dem Bericht des Spitals B.____ vom 2. April 2019 (vgl. E. II. 5.2.2. hiervor), lässt sich nicht ohne Weiteres auf eine volle Arbeitsfähigkeit schliessen. Vielmehr hält der Bericht lediglich fest, dass sich der intra- und postoperative Verlauf der Bindehauttumor-Exzision komplikationslos gestaltet habe, sodass die Beschwerdeführerin nach Hause habe entlassen werden können. Dies ist nicht gleichzusetzen mit dem Fehlen einer Arbeitsunfähigkeit, zumal nicht auszuschliessen ist, dass die Ärzte keine Veranlassung hatten, bei einer arbeitslosen Patientin die Arbeitsunfähigkeit zu beurteilen. Dasselbe gilt auch für den Bericht von

Dr. med. J.____ vom 22. Januar 2020 (vgl. E. II. 5.2.3 hiervor). Diesem Bericht lässt sich sodann entnehmen, dass im Rahmen der Nachkontrolle zwar kein Rückfall des Tumors habe festgestellt werden können, aber es sei ein Symblepharon zu erkennen. Somit liegen auch in ophthalmologischer Hinsicht gewisse Anhaltspunkte für eine mögliche relevante Verschlechterung des Gesundheitszustandes der Beschwerdeführerin vor. 7. Nach dem Dargelegten wurde eine revisionsrechtlich relevante Änderung bzw. Verschlechterung des Gesundheitszustands der Beschwerdeführerin seit der rentenaufhebenden Verfügung vom 6. Januar 2014 glaubhaft gemacht. Die Beschwerdegegnerin hätte daher auf das Revisionsgesuch vom 8. Mai 2019 (IV-Nr. 235) 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 Beschwerde gutzuheissen und die angefochtene Verfügung vom 18. September 2020 aufzuheben. Die Sache ist an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen, damit sie auf die Neuanschuldung der Beschwerdeführerin eintrete und deren Leistungsanspruch materiell prüfe. Auf die beantragte öffentliche Verhandlung vor dem Versicherungsgericht kann bei diesem Verfahrensausgang verzichtet werden. 8. 8.1 Unter dem Gesichtspunkt des (bundesrechtlichen) Anspruchs auf eine Parteientschädigung im Streit um eine Sozialversicherungsleistung gilt die Aufhebung einer ablehnenden Verfügung und die Rückweisung der Sache an die Verwaltung zu ergänzender Abklärung und neuer Beurteilung als Obsiegen der versicherten Person (BGE 132 V 215 E. 6.2 S. 235 f.). Der Beschwerdeführerin steht somit eine ordentliche Parteientschädigung zu Lasten der Beschwerdegegnerin zu. 8.2 Der Vertreter der Beschwerdeführerin hat am 7. April 2021 eine Kostennote eingereicht (A.S. 38 ff.), worin er einen Kostenersatz von insgesamt CHF 3'329.65 (12,39 Stunden à CHF 240.00 zuzüglich Auslagen von CHF 118.00 und Mehrwertsteuer von CHF 238.05) geltend macht. 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 von jeweils 0,17 Std. vom 26. Oktober 2020, 5. November 2020, 10. November 2020, 3. Dezember 2020, 15. Dezember 2020, 4. Januar 2021, 25. Januar 2021, 15. Februar 2021, 22. Februar 2021, 9. März 2021, 17. März 2021, 22. März 2021 und 6. April 2021 nicht berücksichtigt werden, da praxisgemäss von Orientierungskopien ausgegangen wird, welche reinen Kanzleiaufwand darstellen. Dies gilt auch für die unter dem Vermerk «Brief an O.____, Fürsprecher» von je 0,17 Std. vom 26. Oktober 2020 und 5. November 2020, «Brief an Versicherungsgericht des Kantons Solothurn» von je 0,33 Std. vom 11. Februar 2021 und 5. März 2021 angegebenen Positionen. Aufgrund des Ausgangs des vorliegenden Verfahrens ist der mit 1,00 Stunden geltend gemachte nachprozessuale Aufwand praxisgemäss auf 0,5 Stunden zu reduzieren. Nach Abzug von insgesamt 3,71 Stunden beträgt der Aufwand noch total 8,68 Stunden. Damit beträgt die Entschädigung bei einem Honoraransatz von CHF 240.00 CHF 2'083.20. Was die Auslagen von CHF 118.00 anbelangt, so sind die insgesamt 75 Kopien pro Stück nur mit CHF 0.50 zu vergüten (§ 160 Abs. 5 Gebührentarif [GT, BGS 615.11]) und nicht mit CHF 1.00, wie in der Kostennote geltend gemacht. Die Auslagen reduzieren sich so um CHF 37.50 auf CHF 80.50. Somit beläuft sich die Parteientschädigung unter Einbezug der MwSt von 7,7 % auf total CHF 2'330.30 (CHF 2'083.20 + CHF 80.50 + 7,7 %). Diese ist durch die Beschwerdegegnerin zu bezahlen.

8.3 Aufgrund von Art. 69 Abs. 1 bis IVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von CHF 200.00 – 1'000.00 festgelegt. Im vorliegenden Fall hat die Beschwerdegegnerin die Verfahrenskosten von CHF 600.00 zu bezahlen. Der geleistete Kostenvorschuss von CHF 1'000.00 wird der Beschwerdeführerin zurückerstattet.

E. 10

Oktober 2018 erging der Kurzaustrittsbericht der Klinik G.____ (IV-Nr. 219 S. 2 f.). Diesem Bericht lässt sich entnehmen, dass die Beschwerdeführerin in der Zeit vom 21. August bis 10. Oktober 2018 hospitalisiert war. Folgenden Diagnosen wurden gestellt: Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10 F33.1) Benigne essentielle Hypertonie: Mit Angabe einer hypertensiven Krise Lumbale und sonstige Bandscheibenschäden mit Radikulopathie (ICD-10 M51.1) Venöse Insuffizienz (chronisch) (peripher) ohne Ulzeration Die Beschwerdeführerin habe in deutlich gebessertem psychischen und stabilen physischen Zustand, klar und deutlich von Eigen- und Fremdgefährdung sowie von Suizidalität distanziert, am 10. Oktober 2018 aus der Klinik austreten können. Sie werde in ihre vorbestehenden Wohnverhältnisse austreten. Die somatische Nachbehandlung finde, wie vor Klinikeintritt, bei Herrn Dr. H.____ statt. Zuhause werde die Beschwerdeführerin durch die Spitex wöchentlich unterstützt. Die psychiatrisch-psychotherapeutische Nachbehandlung erfolge wie vor Klinikeintritt bei Frau Dr. med. I.____. 5.2.2 Dem Bericht des Spitals B.____ vom 2. April 2019 (IV-Nr. 232 S. 2 f.) lässt sich entnehmen, dass sich die Beschwerdeführerin einer Operation (Bindehauttumor-Exzision) unterzogen hat. Folgende Diagnosen wurden gestellt: Tumor der Konjunktiva [C69.0]: V.a. Plattenepithelkarzinom - Bindehautbiopsie 29. Januar 2019 (extern, wenig Material): unauffällig - Chlamydienabstrich 18. Februar 2019: negativ - MRI Orbita 26. März 2019: keine intrakonale Ausdehnung, unklare Noduli medial des M. rectus medialis und lateral des M. rectus lateralis Amblyopie [H53.0] Lymphödem Diabetes Mellitus Typ 2 Der intra- und postoperative Verlauf habe sich komplikationslos gestaltet, so dass die Beschwerdeführerin bei oben genannten Befunden nach Hause habe entlassen werden können.

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