

SO_GERICHTE VSBES.2021.16 vom 5. Januar 2021

SO Obergericht, 2021-01-05, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2021.16

FR: SO_GERICHTE VSBES.2021.16 du 5 janvier 2021

IT: SO_GERICHTE VSBES.2021.16 del 5 gennaio 2021

Erwägungen

E. 1

1.1 Die IV-Stelle des Kantons Solothurn (fortan: Beschwerdegegnerin) verneinte mit Verfügung vom 3. Mai 2007 einen Anspruch der Versicherten A.____ (fortan: Beschwerdeführerin) auf eine Rente und berufliche Massnahmen, da kein invalidisierendes Leiden vorlag (IV-Stelle Beleg / IV-Nr. 57). Das Versicherungsgericht des Kantons Solothurn (fortan: Versicherungsgericht) schützte dies mit Urteil VSBES.2007.202 vom 19. Juni 2008 (IV-Nr. 70 S. 2 ff.). 1.2 Am 9. Dezember 2019 meldete sich die Beschwerdeführerin erneut zum Leistungsbezug an (IV-Nr. 74). Die Beschwerdegegnerin stellte ihr daraufhin mit Vorbescheid vom 16. September 2020 in Aussicht, dass weder eine Rente noch berufliche Massnahmen gewährt würden (IV-Nr. 90). Dagegen liess die Beschwerdeführerin am 15. Oktober 2020 Einwand erheben (IV-Nr. 91). Die Beschwerdegegnerin holte daraufhin bei Dr. med. B.____, Facharzt für Allgemeine Medizin FMH beim Regionalen Ärztlichen Dienst der Invalidenversicherung (RAD), eine Stellungnahme vom 22. Dezember 2020 ein (IV-Nr. 98 S. 2). Sodann verfügte sie am 5. Januar 2021, ohne der Beschwerdeführerin diese Stellungnahme vorher zur Kenntnis zu bringen, dass wie angekündigt weder ein Anspruch auf eine Rente noch auf berufliche Massnahmen bestehe, da weiterhin ein invalidisierendes Leiden fehle (Aktenseite / A.S. 1 ff.).

E. 2

2.1 Die Beschwerdeführerin lässt am 8. Februar 2021 beim Versicherungsgericht Beschwerde erheben und folgende Rechtsbegehren stellen (A.S. 7 ff.): 1. Die Verfügung der [Beschwerdegegnerin] vom

E. 3

3.1 Mangels besonderer übergangsrechtlicher Regelungen sind diejenigen Rechtssätze massgeblich, die bei der Erfüllung des zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben (BGE 132 V 215 E. 3.1.1 S. 220). Im vorliegenden Fall steht frühestens ab 2020 eine Rentenberechtigung zur Debatte (s. E. II. 3.3 hiernach). Somit ist die Rechtslage ab 1. Januar 2012, nach der 6. IV-Revision, massgebend.

3.2 Als Invalidität gilt die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit andauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts / ATSG, SR 830.1). Sie kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 Bundesgesetz über die Invalidenversicherung / IVG, SR 831.20). Eine Erwerbsunfähigkeit liegt nur dann vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 Satz 2 ATSG). Nach der am 30. November 2017 begründeten neuen Rechtsprechung ist grundsätzlich auf sämtliche psychischen Erkrankungen das sog. strukturierte Beweisverfahren gemäss BGE 141 V 281 anzuwenden

(BGE 143 V 418 E. 7.2 S. 429 sowie 143 V 409 E. 4.5.2 S. 416 f.). Die Frage, ob ein psychisches Leiden zu einer ganzen oder teilweisen Arbeitsunfähigkeit führt, beurteilt sich nach einem strukturierten, normativen Prüfungsraster. Anhand eines Kataloges von Indikatoren, welche sich auf den funktionellen Schweregrad des Leidens und die Konsistenz des Verhaltens beziehen, erfolgt eine ergebnisoffene symmetrische Beurteilung des ■ unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und Kompensationspotentialen (Ressourcen) andererseits ■ tatsächlich erreichbaren Leistungsvermögens (BGE 141 V 281 E. 3.6 S. 294 f. und E. 4.1.3 S. 297). Liegt aber ein Ausschlussgrund in Form einer Aggravation o.ä. vor, so besteht von vornherein keine Grundlage für eine Invalidenrente (a.a.O., E. 2.2.1 f. S. 287 f.).

3.3 Anspruch auf eine Invalidenrente haben Versicherte, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können, während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig gewesen sind, und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid sind (Art. 28 Abs. 1 IVG). Arbeitsunfähigkeit ist die durch eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit bedingte, volle oder teilweise Unfähigkeit, im bisherigen Beruf oder Aufgabenbereich zumutbare Arbeit zu leisten (Art. 6 ATSG). Das Wartefahr gilt als eröffnet, sobald eine solche Arbeitsunfähigkeit von mindestens 20 % eingetreten ist (Ulrich Meyer / Marco Reichmuth, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, 3. Aufl., Zürich 2014, Art. 28 N 32; Amanda Wittwer, Der Begriff der Arbeitsunfähigkeit im schweizerischen Sozialversicherungsrecht, Zürich 2017, S. 109 Fn 615). Der Rentenanspruch wiederum könnte frühestens sechs Monate nach Geltendmachung des Leistungsanspruchs im Sinne von Art. 29 Abs. 1 ATSG entstehen (s. Art. 29 Abs. 1 IVG). Dies wäre hier, angesichts der Anmeldung vom 9. Dezember 2019 (E. I. 1.2 hiervor), im Juni 2020 der Fall.

Bei einem Invaliditätsgrad ab 40 % besteht Anspruch auf eine Viertelsrente, ab 50 % auf eine halbe Rente, ab 60 % auf eine Dreiviertelsrente sowie ab 70 % auf eine ganze Rente (Art. 28 Abs. 2 IVG).

3.4 Tritt die IV-Stelle wie hier auf eine Neuanmeldung ein, so ist analog wie bei einem Revisionsfall vorzugehen (Urteil des Bundesgerichts 8C_737/2019 vom 19. Juli 2020 E. 3.2.1).

Ändert sich der Invaliditätsgrad eines Rentenbezügers erheblich, so wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben (Art. 17 Abs. 1 ATSG). Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen (BGE 125 V 368 E. 2 S. 369). Die Invalidenrente ist deshalb nicht nur bei einer wesentlichen Veränderung des Gesundheitszustandes revidierbar, sondern auch dann, wenn sich die erwerblichen Auswirkungen des an sich gleich gebliebenen Gesundheitszustandes erheblich verändert haben (BGE 130 V 343 E. 3.5 S. 349 f., 117 V 198 E. 3b S. 199). Die Frage, ob eine erhebliche, d.h. mit Bezug auf den Invaliditätsgrad rentenwirksame Änderung der tatsächlichen Verhältnisse eingetreten ist, beurteilt sich auf Grund eines Vergleichs des Sachverhaltes, wie er im Zeitpunkt der ursprünglichen Rentenverfügung ■ oder einer späteren, auf einer umfassenden Prüfung beruhenden Bestätigung oder Änderung ■ bestanden hat, mit demjenigen im Zeitpunkt der streitigen Revisionsverfügung (BGE 133

V 108 E. 5 S. 110 ff.). Das Heranziehen eines Verwaltungsaktes als Vergleichsbasis setzt voraus, dass er auf den Abklärungen beruht, welche mit Blick auf die möglicherweise veränderten Tatsachen notwendig erscheinen (Urteil des Bundesgerichts 8C_441/2012 vom 25. Juli 2013 E. 6.2).

3.5 Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung auf Unterlagen angewiesen, die Arztpersonen und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung gestellt haben. Aufgabe des Arztes 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 bilden die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 140 V 193 E. 3.2 S. 196, 105 V 156 E. 1 S. 158 f.).

Der im Sozialversicherungsrecht massgebende Beweisgrad ist derjenige der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (BGE 117 V 194 f. E. 3.b). Weiter gilt für das gesamte Verwaltungs- und gerichtliche Beschwerdeverfahren der Grundsatz der freien Beweiswürdigung (BGE 125 V 351 E. 3a S. 352). Der Sozialversicherungsrichter hat alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestatten. Insbesondere darf er bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum er auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten ■ d.h. der Anamnese ■ abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und in seinen Schlussfolgerungen begründet ist. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten resp. in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (a.a.O.; BGE 122 V 157 E. 1c S. 160). Die Rechtsprechung erachtet es jedoch als mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung vereinbar, in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten Richtlinien für die Beweiswürdigung aufzustellen (BGE 125 V 351 E. 3b S. 352). So ist einem im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten medizinischen Gutachten durch externe Spezialärzte, welches auf Grund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten erstellt wurde und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangt, in der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 137 V 210 E. 2.2.2 S. 232, 125 V 351 E. 3b/bb S. 353). Andererseits ist der Erfahrungstatsache Rechnung zu tragen, dass behandelnde Ärzte im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen mitunter eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 125 V 351 E. 3b/cc S. 353).

3.6 Im Sozialversicherungsverfahren gilt der Untersuchungsgrundsatz, d.h. die Verwaltung resp. das Gericht haben von sich aus für die richtige und vollständige Abklärung des rechtserheblichen Sachverhalts zu sorgen (Art. 43 Abs. 1 und Art. 61 lit. c ATSG). Diese Untersuchungspflicht dauert so lange, bis über die für die Beurteilung des streitigen Anspruchs erforderlichen Tatsachen hinreichende Klarheit besteht. Der Grundsatz gilt jedoch nicht uneingeschränkt, sondern wird durch die Mitwirkungspflichten des Versicherten relativiert (BGE 125 V 193 E. 2 S. 195, 122 V 157 E. 1a S. 158). Ein

Teilgehalt der Mitwirkungspflicht besteht in der Teilnahme am Beweisverfahren (Ueli Kieser in: Kommentar zum ATSG, 4. Aufl., Zürich 2020, Art. 43 N 96).

Der Untersuchungsgrundsatz schliesst die Beweislast im Sinne einer Beweisführungslast begriffsnotwendig aus. Die Parteien tragen mithin im Sozialversicherungsverfahren in der Regel eine Beweislast nur insofern, als im Falle der Beweislosigkeit der Entscheid zu Ungunsten jener Partei ausfällt, die aus dem unbewiesen gebliebenen Sachverhalt Rechte ableiten wollte. Diese Beweisregel greift allerdings erst Platz, wenn es sich als unmöglich erweist, im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes auf dem Wege der Beweiserhebung einen Sachverhalt zu ermitteln, der zumindest die Wahrscheinlichkeit für sich hat, der Wirklichkeit zu entsprechen (BGE 117 V 261 E. 3b S. 264).

Führen die von Amtes wegen vorzunehmenden Abklärungen die Verwaltung oder das Gericht bei pflichtgemässer Beweiswürdigung zur Überzeugung, ein bestimmter Sachverhalt sei als überwiegend wahrscheinlich zu betrachten und es könnten weitere Beweismassnahmen an diesem feststehenden Ergebnis nichts mehr ändern, so ist auf die Abnahme weiterer Beweise zu verzichten. Gleiches gilt, wenn der Sachverhalt, den eine Partei beweisen will, nicht rechtserheblich erscheint (BGE 126 V 353 E. 5b S. 360, 125 V 193 E. 2 S. 195, 122 V 157 E. 1d S. 162). In einer solchen antizipierten Beweiswürdigung liegt kein Verstoß gegen das verfassungsmässig gewährleistete rechtliche Gehör (BGE 134 I 140 E. 5.3 S. 148, 124 V 90 E. 4b S. 94). Bleiben jedoch erhebliche Zweifel an der Vollständigkeit und / oder Richtigkeit der bisher getroffenen Tatsachenfeststellung bestehen, ist weiter zu ermitteln, soweit von zusätzlichen Abklärungsmassnahmen noch neue wesentliche Erkenntnisse zu erwarten sind (Urteil des Bundesgerichts 9C_407/2015 vom 22. April 2016 E. 3.1).

E. 4

4.1 Als die Beschwerdegegnerin das erste Leistungsbegehren der Beschwerdeführerin am 3. Mai 2007 abwies, stützte sie sich auf die Begutachtung durch die Gutachterstelle C.____:

4.1.1 Das rheumatologische Gutachten vom 4. September 2006 (IV-Nr. 48.2) enthielt folgende Diagnose (S. 1):

Vom Bewegungsapparat her lasse sich für eine den konstitutionellen Möglichkeiten angepasste Frauenarbeit keine dauerhafte Einschränkung begründen. Gegen ein wesentliches somatische Korrelat der Beschwerden sprächen die weitgehend symmetrischen Muskelumfänge an den Beinen ohne Atrophie, die symmetrische Beschwielung der Fusssohlen, die fehlende Schmerzlinderung bzw. die passagere Schmerzverstärkung nach gezielter Infiltration des unteren Sprunggelenks und der Fazettengelenke L5/S1, diverse Inkonsistenzen bei der Beobachtung und klinischen Untersuchung sowie das ausserordentlich hohe Schmerzniveau (zehn Punkte auf der Zehnerskala) ohne wesentliche Schwankungen (S. 4).

4.1.2 Dem psychiatrischen Teilgutachten vom 31. Oktober 2006 (IV-Nr. 48.3) liess sich entnehmen, dass die Beschwerdeführerin an einer dissoziativen Sensibilitäts- und Empfindungsstörung (ICD-10 F44.6) bei partnerschaftlicher Konfliktsituation (Z63.0) und finanziellen Problemen leide (S. 5), welche die Arbeitsfähigkeit nicht einschränke (S. 6). Die Beschwerdeführerin gebe an, dass es ihr immer schlecht gehe (S. 2). Im Gespräch, das über einen Dolmetscher erfolge, zeige sie sich im Denken formal wie inhaltlich unauffällig und nicht eingengt. Sie wirke weder sonderlich leidend noch niedergeschlagen, sondern fröhlich, zugänglich und affektiv spürbar, mit nur vereinzelt weinerlichen affektiven

Einbrüchen. Der Antrieb sei unauffällig (S. 4). Es bestehe eine massive Diskrepanz zwischen der geschilderten Befindlichkeit einerseits und der affektiven Schwingungsfähigkeit sowie dem fehlenden sozialen Rückzug andererseits. Die Beschwerdeführerin habe regelmässigem Kontakt zu ihren Kindern sowie zu mehreren Ehepaaren ausserhalb der Verwandtschaft. Sie wirke sowohl suggestibel als auch aggravierend. Da die Beschwerden als sich immer verschlimmernd, zum Teil sogar katastrophal beschrieben würden, sei die dissoziative Störung nur schwer von der Aggravation abzugrenzen. Es bestehe ein sekundärer Krankheitsgewinn, nämlich durch die Mithilfe der Kinder. Auffallend sei zudem, dass keine Therapie helfe. Die Rückenschmerzen liessen auch die Diagnose einer somatoformen Schmerzstörung zu; wegen des geringen Leidensdrucks, der stärkeren Ausprägung des sensiblen Hemisphärensyndroms gegenüber dem Schmerzsyndrom sowie der teilweise bewussten Kontrolle der Symptomatik sei die dissoziative Störung zu favorisieren. Die Beschwerdeführerin wirke zwar in ihrer Befindlichkeit beeinträchtigt, aber nicht in einer Weise, dass eine Depression oder eine andere zusätzliche psychiatrische Störung diagnostiziert werden könnte (S. 5). Die 2005 diagnostizierte depressive Störung sei heute nicht feststellbar. Auch die Anamnese lasse keine rezidivierende Depression erkennen (S. 6).

4.1.3 Das Hauptgutachten vom 18. Januar 2007 (IV-Nr. 48.1) hielt zusammenfassend fest, in der zuletzt ausgeübten, körperlich leichten Tätigkeit als Hilfskraft in einem Blumengeschäft sei die Beschwerdeführerin zu 100 % arbeitsfähig (S. 13). Dasselbe gelte für jede vergleichbare ausserhäusliche Tätigkeit. Den Beginn dieser Arbeitsfähigkeit lege man auf den 13. Dezember 2006. Frühere Arztzeugnisse hätten die Beschwerdeführerin seit Juli 2001 vollständig arbeitsunfähig geschrieben. Allerdings erwähne der Psychiater Dr. med. D. ____, dass vor allem psychosoziale Gründe die Arbeitsfähigkeit beeinträchtigten, was auch der eigenen Beurteilung entspreche. Solche Gründe seien aber invaliditätsfremd.

4.1.4 Das Versicherungsgericht erachtete dieses Gutachten in seinem Urteil vom 19. Juni 2008 als voll beweiswertig (IV-Nr. 70 S. 11).

4.2 Nach der Neuanschuldung vom 9. Dezember 2019 nahm die Beschwerdegegnerin folgende Arztberichte zu den Akten, welche für das vorliegende Verfahren von Interesse sind:

4.2.1 Dr. med. E. ____, Facharzt für Rheumatologie FMH, hielt im Bericht vom 19. Dezember 2018 (IV-Nr. 83 S. 26 f.) fest, die Beschwerdeführerin leide anamnestisch seit 2016 unter Schmerzen im lumbalen Bereich mit Ausstrahlung in die linke Leiste. Klinisch gebe es keine Hinweise für ein radikuläres Reizsyndrom oder sensomotorische Ausfälle. Das MR der Lendenwirbelsäule und der Iliosakralgelenke vom 1. Juni 2018 zeige eine Diskushernie L5/S1 nach kaudal-luxiert mit möglicher Kompression S1 links rezessal links.

4.2.2 Die Dres. F. ____, G. ____, Oberärztin resp. Chefarzt am H. ____, erklärten in ihrem Bericht vom 7. Februar 2019 (IV-Nr. 83 S. 28 ff.), die Beschwerdeführerin leide seit Jahren unter nächtlicher Dyspnoe, Kraftlosigkeit, Palpitation, Zittern und Kopfdruck unklarer Ätiologie. Dieser Zustand habe sich im Oktober 2018 verschlimmert. Die kardiologische Abklärung sei unauffällig (s. IV-Nr. 83 S. 22 ff.). Es gebe weder für eine pathologische Atemstörung noch für ein Phäochromozytom oder eine Euthyreose Hinweise. Weiter bestünden Refluxbeschwerden bei Hiatushernie, ein chronisches lumbalbetontes

Panvertebralsyndrom sowie rezidivierende Kniegelenksbeschwerden rechts. Man empfehle eine gastroenterologische Abklärung (welche einen Polypen im Sigma und den Verdacht auf eine Gastritis ergab, IV-Nr. 83 S. 16 ff.) sowie eine psychiatrische Evaluation.

4.2.3 Dr. med. I.____, Facharzt für Rheumatologie FMH, stellte im Bericht 29. August 2019 (IV-Nr. 83 S. 34 ff.) folgende Diagnosen:

Die tieflumbalen Rückenschmerzen hätten sich in den letzten zwei Monaten deutlich verschlechtert. Diese seien bisher erfolglos somatisch behandelt worden. Es fänden sich Druckdolenz an sämtlichen Fibromyalgie-typischen Tender points. Die deutlich positiven Waddell-Zeichen wiesen auf eine nichtorganische Komponente hin. Man empfehle in erster Linie eine psychologisch-psychiatrische Betreuung zur Vermittlung von Coping-Strategien resp. mit kognitiv und verhaltenstherapeutischen Ansätzen.

4.2.4 Der Austrittsbericht der Klinik J.____ vom 17. Dezember 2019 (IV-Nr. 83 S. 41 ff.) attestierte für den Aufenthalt der Beschwerdeführerin vom 1. November bis 12. Dezember 2019 eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % (S. 44) und enthielt folgende Diagnosen (S. 41):

Die Beschwerdeführerin berichte beim Eintritt über verminderte Konzentration, Merkfähigkeit und Antrieb sowie gedrückte Stimmung, lache dabei jedoch herzlich. Sie verneine eine akute Suizidalität, bejahe jedoch gelegentliche passive Todeswünsche und Lebensmüdigkeit auf Grund der Einschränkung durch die Schmerzen. Sie gebe weiter ein generalisiertes Angstgefühl an ■ ohne Anhalt für spezielle Phobien, Zwänge oder Wahnvorstellungen ■ sowie ausgeprägte Ein- und Durchschlafstörungen; ohne Medikamente gehe es beim Schlafen gar nicht, sie nehme seit Jahren Benzodiazepine. Ein chronischer Paarkonflikt belaste die Beschwerdeführerin, ihr Mann sei sehr eifersüchtig und kontrolliere sie stark (S. 42). Die psychometrischen Werte (BDI, BAI, GSI/BSCL) hätten sich während des Aufenthalts verschlechtert, was aber nicht dem klinischen Eindruck entspreche. Die Beschwerdeführerin sei mit verbesserter psychischer Befindlichkeit und mehr Antrieb, aber stabiler Schmerzsymptomatik entlassen worden (S. 43). Man empfehle eine ambulante Psychotherapie (S. 45).

4.2.5 Dr. med. K.____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin FMH, erklärte im Bericht vom 1. März 2020 (IV-Nr. 75), die mittelschwere depressive Erkrankung sei sicher das Hauptproblem und der Hauptgrund für die Arbeitsunfähigkeit der Beschwerdeführerin. Diese somatisiere wegen fehlender Ressourcen alle ihre psychischen, familiären oder sozialen Probleme. Die vorbekannten chronischen Rückenbeschwerden bei degenerativen Veränderungen im Bereich der ganzen Wirbelsäule seien durch das fortgeschrittene Alter ebenfalls schlechter geworden.

4.2.6 Im Bericht vom 23. April 2020 (IV-Nr. 83 S. 7 ff.) hielt Dr. med. K.____ fest, seit Jahren bestünden Rückenschmerzen mit spondylogenen Ausstrahlungen in die Beine, dann aber auch andere Gelenkprobleme. Immer wieder träten an Hysterie erinnernde Attacken mit Herzkreislaufbeschwerden, Schweissausbruch, Zittern, Atemnot etc. auf. Es bestehe eine auffallende Tendenz zur Somatisierung, dies im Rahmen von chronischen psychosozialen Belastungen wie fehlende Integration. Die Rückkehr in einen Arbeitsprozess sehe er unter Berücksichtigung der ganzen Situation als kaum realisierbar an. Die verschiedensten psychosomatischen Beschwerden, bei mässigen degenerativen Veränderungen der Wirbelsäule als objektives Korrelat der Rückenbeschwerden, hätten bisher keine Heilung zugelassen.

4.2.7 In seinem Bericht vom 15. Mai 2020 (IV-Nr. 85 S. 3 ff.) verwies Dr. med. I.____ auf seinen früheren Bericht vom 29. August 2019 (E. II. 4.2.3 hiervor) und bestätigte die damaligen Diagnosen. Die Prognose sei auf Grund der nichtsomatischen Komponenten der Erkrankung sowie der psychosozialen Faktoren und der anscheinend schon sehr lange fehlenden Berufstätigkeit sehr reserviert. Auf Grund der objektiven somatischen Befunde seien aus rein rheumatologischer Sicht das Tragen von Lasten über 10 kg auf Hüfthöhe, das Heben von Lasten über 5 kg vom Boden, das Arbeiten über Kopfhöhe mit Reklination der Wirbelsäule sowie das Gehen in unebenem Gelände ausgeschlossen. Bei deutlicher nichtsomatischer Komponente des Beschwerdebildes könne er aber aus dieser Sicht keine Stellung nehmen.

4.2.8 Der RAD-Arzt Dr. med. B.____ hielt in seiner Stellungnahme vom 17. August 2020 fest (IV-Nr. 89 S. 2 ff.), die degenerativen Veränderungen hätten sich wohl verschärft, was aber vor allem dem fortschreitenden Alter und der Adipositas zugeschrieben werden sollte. Die Tatsache, dass Dr. med. I.____ «ubiquitäre Druckdolenzen» erwähne, bilde ein zusätzliches Argument für einen im Wesentlichen nichtorganischen und nicht invalidisierenden Schmerzzustand. Der psychiatrische Bericht der Klinik J.____ zitiere dieselben (IV-fremden, aber sehr schwerwiegenden) psychosozialen Faktoren wie das psychiatrische Gutachten von 2007 und halte keine invalidisierenden Aspekte fest, sondern empfehle, den Fokus auf Selbständigkeit und Selbstwirksamkeit zu legen. Insgesamt ergäben sich keine Anhaltspunkte für invalidisierende Diagnosen. Im Haushalt bestünden geringe Einschränkungen. In einer ausserhäuslichen leichten Tätigkeit sei eine volle Arbeitsfähigkeit gegeben. Für die funktionellen Einschränkungen sei auf den Bericht von Dr. med. I.____ vom 15. Mai 2020 zu verweisen. Es seien keine weiteren medizinischen Abklärungen angezeigt.

4.2.9 Dr. med. L.____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, stellte in ihrem Bericht vom 18. November 2020 (IV-Nr. 96 S. 2 ff.), den die Beschwerdeführerin bei ihr einholen liess, folgende Diagnosen (S. 3):

Anamnestisch habe die Beschwerdeführerin bereits vier bis sechs Wochen vor dem Erstgespräch am 16. August 2019 unter der festgestellten Symptomatik gelitten. Die Zuweisung sei durch den Hausarzt erfolgt wegen einer neu aufgetretenen depressiven Symptomatik im Sinne einer eigenständigen Störung und nicht in Zusammenhang mit der chronischen Schmerzproblematik (S. 2 f.). Die Beschwerdeführerin habe den Beginn der Erkrankung traumatisch erlebt, da sie sich als wesensverändert empfunden habe. Eine konversionsneurotische und / oder dissoziative Symptombildung sowie eine somatopsychische-psychosomatische Dekompensation seien manifest. Im Vordergrund der aktuellen Beschwerdeschilderung stünden Versagensängste, Müdigkeit, Erschöpfung, schnelle Erschöpfbarkeit und Antriebslosigkeit, Konzentrationsminderung, Merkfähigkeitsstörung und Anspannung. Die Beschwerdeführerin beklage eine massive psychovegetative Symptomatik mit Nausea und Tremor, zum Teil ein paranoides Erleben bei soziophober Symptombildung, Insuffizienzgefühlen, Schlafstörungen und Vitalitätsstörungen im Sinne eines depressiven somatischen Syndroms (S. 3).

Was den objektiven Psychostatus angehe, so zeige sich im semistrukturierten Interview anhand des AMPD eine angespannte, nervöse und belastete, aber wache und allseits orientierte Beschwerdeführerin. Ein affektiver Rapport sei gut herstellbar. Psychomotorisch sei die Beschwerdeführerin verlangsamt, in der Grundstimmung bedrückt und in der affektiven Schwingungsfähigkeit eingeschränkt. Die Beantwortung der Fragen erfolge ohne

logische Brüche. Für formale Denkstörungen fänden sich keine Anhaltspunkte. Die eigenanamnestischen Angaben zu Belastungen und aktueller Situation seien kongruent und glaubhaft (S. 3). Klinisch-objektiv sei ein mittel- bis schwergradiges Beschwerdebild von Krankheitswert festzustellen. Es gebe Hinweise für eine strukturelle Vulnerabilität als versicherungsmedizinisch relevante Coping- und Ressourcenlimitierung sowie eine Minderung von Ich-Funktionen (S. 4).

Die Leistungsfähigkeit sei hochgradig eingeschränkt. Dies sei in erster Linie durch die akute Überlastungssituation (Dekompensation) sowie dem fehlenden Finden von Auswegen aus der Situation bedingt (S. 4 f.). Die psychische Problematik sei der Beschwerdeführerin nicht auf der bewussten Ebene zugänglich und könne daher nicht sinnvoll bewältigt und überwunden werden. Sie sei charakterisiert durch vorbestehende problematische Persönlichkeitszüge und beschränkte persönliche Ressourcen. Durch die Retraumatisierung habe sich eine dysfunktionale Bewältigung in Form einer anhaltenden Angst und depressiven Störung etabliert. Medizinisch-theoretisch sei angesichts der vorangeschrittenen Chronifizierung und innerpsychischen Verfestigung eine Arbeitsunfähigkeit von 80 bis 100 % ausgewiesen (S. 5). Der Gesundheitszustand habe sich seit Mai 2007, als die IV Leistungen abgelehnt habe, verschlechtert (S. 6). Trotz leitlinienkonformer und adäquater psychiatrisch-psychopharmakologischer Behandlung bei guter Therapieadhärenz sei keine namhafte Verbesserung des Zustandsbildes eingetreten (S. 7).

4.2.10 Der RAD-Arzt Dr. med. B.____ hielt in seiner Stellungnahme vom 22. Dezember 2020 dafür (IV-Nr. 98 S. 2), die neuen medizinischen Unterlagen enthielten keine Anhaltspunkte für eine andere Arbeitsunfähigkeit als diejenige im RAD-Bericht vom 17. August 2020. Beim Bericht von Dr. med. L.____ vom 18. November 2020 handle es sich um eine andere Bewertung des gleichen Sachverhalts. Die Schlussfolgerungen des RAD-Berichts vom 17. August 2020 seien immer noch gültig und weitere medizinische Abklärungen nicht indiziert.

4.3 Die Beschwerdegegnerin geht davon aus, dass nach wie vor kein Gesundheitsschaden vorliegt, der eine länger dauernde Arbeitsunfähigkeit oder eine drohende Invalidität begründen könnte (A.S. 1), d.h. es soll im Rahmen der Neuanschuldung an einer gesundheitlichen Verschlechterung seit der Verfügung vom 3. Mai 2007, welche den massgeblichen Vergleichszeitpunkt darstellt, fehlen. Dieser Auffassung kann indes nicht gefolgt werden:

4.3.1

4.3.1.1 Das psychiatrische Gutachten von 2006 (s. E. II. 4.1.2 hiervor) beschrieb einen recht unauffälligen Psychostatus und hielt ausdrücklich fest, die Beschwerdeführerin wirke nicht besonders leidend. Der Experte wies auf die erheblichen Diskrepanzen zwischen den angegebenen subjektiven Beschwerden und den objektivierbaren Befunden hin, wobei er feststellte, dass die Beschwerdeführerin aggraviere. Eine depressive Störung wurde verneint und lediglich eine dissoziative Störung diagnostiziert.

Dr. med. L.____ bejahte demgegenüber im November 2020 eine depressive Störung und attestierte eine Arbeitsunfähigkeit von mindestens 80 % (E. II. 4.2.9 hiervor). Zwar genügt für sich allein genommen weder eine von früheren ärztlichen Einschätzungen abweichende Arbeitsunfähigkeit noch eine neue Diagnose resp. eine unterschiedliche diagnostische Einordnung des Leidens, um auf einen veränderten Gesundheitszustand zu schliessen.

Dafür bedarf es vielmehr einer veränderten Befundlage (Urteil des Bundesgerichts 8C_367/2020 vom 4. August 2020 E. 5.2.2). Dr. med. L. ___ begnügte sich indes nicht damit, gegenüber der Verfügung vom 3. Mai 2007 eine gesundheitliche Verschlechterung zu postulieren. Entscheidend ist, dass der von ihr erhobene aktuelle Psychostatus deutlich auffälliger ist als derjenige im Gutachten von 2006. Dr. med. L. ___ nannte namentlich für eine depressive Störung einschlägige objektive Symptome wie gedrückte Stimmung und reduzierte affektive Schwingungsfähigkeit, welche bei der Begutachtung im Jahr 2006 noch nicht vorlagen und die neue Diagnose einer Depression untermauern. Ausserdem spricht Dr. med. L. ___ im Unterschied zum Gutachten von 2006 nicht mehr von einer (bewussten) Aggravation der Beschwerden, welche eine Invalidität ausschliessen würde (s. E. II. 3.2 hiervor); sie geht vielmehr davon aus, dass die psychische Problematik der Beschwerdeführerin nicht auf der bewussten Ebene zugänglich ist. Im Übrigen behandelt Dr. med. L. ___ die Beschwerdeführerin erst seit 2019. Man kann deshalb auch nicht sagen, sie halte nach der rechtskräftigen Leistungsverweigerung von 2007 einfach an ihrer früheren Beurteilung fest.

Vor diesem Hintergrund vermag die Auffassung des RAD-Arztes, es liege eine blosser Neubeurteilung eines seit 2007 unveränderten Sachverhalts vor, nicht zu überzeugen. Dies muss umso mehr gelten, als er in seiner knappen Stellungnahme vom 22. Dezember 2020 nicht näher auf den relativ ausführlichen Bericht von Dr. med. L. ___ eingeht, sondern es bei der blossen Aussage belässt, dass nur eine irrelevante Neubeurteilung vorliege und sich keine neuen Gesichtspunkte ergeben hätten. Insbesondere hat es der RAD-Arzt unterlassen, die von Dr. med. L. ___ gestellten neuen Diagnosen eingehend zu überprüfen. Seine frühere Feststellung vom 17. August 2019 wiederum, wonach die psychosozialen Belastungsfaktoren immer noch die gleichen seien wie 2007, ist unbehelflich: Für die Annahme einer Invalidität braucht es ein fachärztlich schlüssig festgestelltes medizinisches Substrat, das nachgewiesenermassen die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit wesentlich beeinträchtigt (Urteil des Bundesgerichts 8C_207/2020 vom 5. August 2020 E. 5.2.2). Dr. med. L. ___ stellt indes mit der depressiven Störung eine neue, ausdrücklich als eigenständiges Leiden bezeichnete psychiatrische Diagnose, der sie einen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit beimass. Andererseits fehlt es an Ausschlussgründen wie Aggravation, welche der Bejahung einer Invalidität entgegenstehen würden. In dieser Situation darf einem verselbstständigten psychischen Leiden die invalidisierende Wirkung nicht von vornherein abgesprochen werden, nur weil psychosoziale oder soziokulturelle Belastungsfaktoren vorhanden sind. Solche Faktoren sind nämlich nicht vorab und losgelöst von der Indikatorenprüfung zu würdigen, sondern in deren Rahmen im Gesamtkontext (Urteile des Bundesgerichts 8C_407/2020 vom 3. März 2021 E. 4.1 f. und 8C_207/2020 vom 5. August 2020 E. 5.2.2).

4.3.1.2 Weiter ist darauf hinzuweisen, dass in der Klinik J. ___ ein Benzodiazepinabusus resp. eine Benzodiazepinabhängigkeit festgestellt worden war (wozu Dr. med. L. ___ keine Angaben macht). Davon war im Gutachten von 2006 noch keine Rede gewesen. Der RAD-Arzt tut dies als Diagnose ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit ab. Dabei bleibt unbeachtet, dass seit dem 11. Juli 2019 eine neue Rechtsprechung gilt. Danach ist die Auswirkung eines Abhängigkeitssyndroms auf das funktionelle Leistungsvermögen grundsätzlich nach dem strukturierten Beweisverfahren gemäss BGE 141 V 281 zu prüfen, wie dies bei sämtlichen psychischen Erkrankungen der Fall ist (BGE 145 V 215 E. 6.2 S. 227). In diesem Zusammenhang ist festzuhalten, dass die Beschwerdeführerin seit dem

Klinikaufenthalt nicht auf Benzodiazepine verzichtet, sondern immer noch Xanax verwendet (IV-Nr. 83 S. 8 Ziff. 2.3).

4.3.1.3 Schliesslich ist festzuhalten, dass man im H.____ organisch nicht erklärbare Befunde wie Kraftlosigkeit feststellte und deshalb zu einer psychiatrischen Abklärung riet (E. II. 4.2.2 hiervor). Darauf geht der RAD-Arzt nicht ein.

4.3.1.4 Die Berichte von Dr. med. L.____ und der Klinik J.____ sowie des H.____ bieten somit Anhaltspunkte für eine psychische Verschlechterung seit 2007. Sie genügen aber für sich allein nicht, um eine Invalidität zu bejahen. Abgesehen davon, dass es sich um Berichte von behandelnden Ärzten handelt, die kritisch zu würdigen sind, fehlt es an einer eingehenden Indikatorenprüfung, wie sie erforderlich ist, wenn ein Arzt aus einem psychischen Leiden eine Arbeitsunfähigkeit ableitet. Andererseits bestehen zwischen den Ausführungen von Dr. med. L.____ und der Klinik J.____ Diskrepanzen, welche aufgelöst werden müssen, um für die Indikatorenprüfung eine gesicherte diagnostische Beurteilung zu erhalten. Es bedarf folglich einer unabhängigen psychiatrischen Begutachtung.

4.3.2 In somatischer Hinsicht gibt es ebenfalls Hinweise für eine Verschlechterung. Der Umstand, dass sich die Rückenschmerzen 2018 subjektiv verschlimmert haben, reicht zwar nicht aus. Dr. med. K.____ spricht aber von fortschreitenden degenerativen Veränderungen, die ein gewisses objektives Korrelat für die Rückenbeschwerden darstellen (E. II. 4.2.5 + 4.2.6 hiervor). Dies wird durch die radiologischen Untersuchungen gestützt, welche 2006 nur eine leichtgradige Osteochondrose L5/S1 ergaben, 2019 dagegen eine erhebliche (E. II. 4.1.1 + 4.2.4 hiervor). Ausserdem wurde neu eine Gonarthrose links diagnostiziert (E. II. 4.2.5 + 4.2.6 hiervor). Der RAD-Arzt hält dem entgegen, dass es sich im Wesentlichen um nichtorganische Schmerzen handle. In der Tat sprechen auch die behandelnden Ärzte von einer psychosomatischen resp. nichtorganischen Komponente der Beschwerden (E. II. 4.2.3 / 4.2.5 ■ 4.2.7 hiervor). Hat aber das Beschwerdebild sowohl somatische als auch psychische Anteile, deren Verhältnis zueinander unklar bleibt, so bedarf es einer rheumatologischen Begutachtung als zuverlässige Basis für die psychiatrische Beurteilung, zumal im Rahmen der Indikatorenprüfung auch allfällige Komorbiditäten zu berücksichtigen sind (BGE 141 V 281 E. 4.3.1.3 S. 300 f.).

Hinzu kommt, dass das rheumatologische Gutachten von 2006 als Argument für ein fehlendes somatisches Korrelat der Beschwerden u.a. auf die symmetrischen Muskelumfänge an den Beinen sowie die symmetrische Beschwielung der Fusssohlen hinwies (E. II. 4.1.1 hiervor). Wie es sich damit heute verhält, geht indes aus den aktuellen Arztberichten nicht hervor, so dass insoweit ebenfalls Klärungsbedarf besteht.

4.4 Zusammenfassend ist die erfolgte Gehörsverletzung nicht zu heilen (s. E. II. 2.2 hiervor) und die angefochtene Verfügung in Gutheissung der Beschwerde aufzuheben. Die Sache geht zurück an die Beschwerdegegnerin, damit sie im dafür vorgesehenen Verfahren ein bidisziplinäres rheumatologisch-psychiatrisches Gutachten einholt, dieses der Beschwerdeführerin zur Stellungnahme vorlegt und sodann neu über deren Leistungsanspruch befindet.

Nachdem die Beschwerdeführerin mit ihrem Hauptbegehren und ihrem Subeventualbegehren durchgedrungen ist, erübrigt sich die von ihr beantragte öffentliche Verhandlung.

E. 5

5.1 Bei diesem Verfahrensausgang, d.h. angesichts des formellen Obsiegens, hat die anwaltlich vertretene Beschwerdeführerin Anspruch auf eine volle Parteientschädigung, welche grundsätzlich gleich zu gewähren ist wie für ein Obsiegen im materiellen Sinne (BGE 127 V 228 E. 2b/bb S. 234, 110 V 54 E. 3a S. 57). Diese Entschädigung bemisst sich ohne Rücksicht auf den Streitwert nach dem zu beurteilenden Sachverhalt sowie der Schwierigkeit des Prozesses und ist in einer Pauschalsumme festzusetzen (Art. 61 lit. g ATSG). Der anwaltliche Stundenansatz bewegt sich in einem Rahmen von CHF 230.00 bis 330.00 (§ 161 i.V.m. § 160 Abs. 2 Kantonaler Gebührentarif / GT, BGS 615.11).

5.2 Die vom Vertreter eingereichte Kostennote vom 18. März 2021 (A.S. 38 f.) weist einen Zeitaufwand von 8,26 Stunden aus, der insgesamt als angemessen erscheint. Lediglich der nachprozessuale Aufwand ist angesichts des Obsiegens praxisgemäss von einer Stunde auf 0,5 Stunden zu kürzen, so dass ein Aufwand von 7,76 Stunden verbleibt. Daraus ergibt sich mit dem beantragten Ansatz von CHF 250.00 eine Entschädigung von CHF 1'940.00. Was die Auslagen über insgesamt CHF 88.90 betrifft, so sind die 66 Kopien pro Stück nur mit CHF 0.50 zu vergüten (§ 161 i.V.m. § 160 Abs. 5 GT) und nicht mit CHF 1.00, wie in der Kostennote geltend gemacht wird. Die Auslagen reduzieren sich so auf CHF 55.90. Einschliesslich CHF 153.70 Mehrwertsteuer (7,7 %) beläuft sich die Parteientschädigung demnach auf total CHF 2'149.60.

6. Das Beschwerdeverfahren vor dem Versicherungsgericht ist kostenpflichtig, sofern es sich um Streitigkeiten betreffend die Bewilligung oder Verweigerung von Leistungen der Invalidenversicherung handelt. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von CHF 200.00 bis 1'000.00 festgelegt (Art. 69 Abs. 1bis IVG). Im vorliegenden Fall hat die unterlegene Beschwerdegegnerin die Verfahrenskosten von CHF 600.00 zu bezahlen.

Demnach wird erkannt:

1. Die Verfügung der IV-Stelle des Kantons Solothurn vom 5. Januar 2021 wird in Gutheissung der Beschwerde aufgehoben. Die Angelegenheit wird zurück an die Beschwerdegegnerin gewiesen, damit diese im Sinne der Erwägungen verfährt.
2. Die IV-Stelle des Kantons Solothurn hat der Beschwerdeführerin eine Parteientschädigung von CHF 2'149.60 (inkl. Auslagen und Mehrwertsteuer) zu bezahlen.
3. Die IV-Stelle des Kantons Solothurn hat die Verfahrenskosten von CHF 600.00 zu bezahlen.

Rechtsmittel

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

Versicherungsgericht des Kantons Solothurn

Der Präsident

Der Gerichtsschreiber

E. 9

Dezember 2019 (E. I. 1.2 hiervor), im Juni 2020 der Fall. Bei einem Invaliditätsgrad ab 40 % besteht Anspruch auf eine Viertelsrente, ab 50 % auf eine halbe Rente, ab 60 % auf eine Dreiviertelsrente sowie ab 70 % auf eine ganze Rente (Art. 28 Abs. 2 IVG). 3.4 Tritt die IV-Stelle wie hier auf eine Neuanschreibung ein, so ist analog wie bei einem Revisionsfall vorzugehen (Urteil des Bundesgerichts 8C_737/2019 vom 19. Juli 2020 E. 3.2.1). Ändert sich der Invaliditätsgrad eines Rentenbezügers erheblich, so wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben (Art. 17 Abs. 1 ATSG). Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen (BGE 125 V 368 E. 2 S. 369). Die Invalidenrente ist deshalb nicht nur bei einer wesentlichen Veränderung des Gesundheitszustandes revidierbar, sondern auch dann, wenn sich die erwerblichen Auswirkungen des an sich gleich gebliebenen Gesundheitszustandes erheblich verändert haben (BGE 130 V 343 E. 3.5 S. 349 f., 117 V 198 E. 3b S. 199). Die Frage, ob eine erhebliche, d.h. mit Bezug auf den Invaliditätsgrad rentenwirksame Änderung der tatsächlichen Verhältnisse eingetreten ist, beurteilt sich auf Grund eines Vergleichs des Sachverhaltes, wie er im Zeitpunkt der ursprünglichen Rentenverfügung – oder einer späteren, auf einer umfassenden Prüfung beruhenden Bestätigung oder Änderung – bestanden hat, mit demjenigen im Zeitpunkt der streitigen Revisionsverfügung (BGE 133 V 108 E. 5 S. 110 ff.). Das Heranziehen eines Verwaltungsaktes als Vergleichsbasis setzt voraus, dass er auf den Abklärungen beruht, welche mit Blick auf die möglicherweise veränderten Tatsachen notwendig erscheinen (Urteil des Bundesgerichts 8C_441/2012 vom 25. Juli 2013 E. 6.2). 3.5 Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung auf Unterlagen angewiesen, die Arztpersonen und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung gestellt haben. Aufgabe des Arztes 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 bilden die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 140 V 193 E. 3.2 S. 196, 105 V 156 E. 1 S. 158 f.). Der im Sozialversicherungsrecht massgebende Beweisgrad ist derjenige der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (BGE 117 V 194 f. E. 3.b). Weiter gilt für das gesamte Verwaltungs- und gerichtliche Beschwerdeverfahren der Grundsatz der freien Beweiswürdigung (BGE 125 V 351 E. 3a S. 352). Der Sozialversicherungsrichter hat alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestatten. Insbesondere darf er bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum er auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten – d.h. der Anamnese – abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und in seinen Schlussfolgerungen begründet ist. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten resp. in Auftrag gegebenen

Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (a.a.O.; BGE 122 V 157 E. 1c S. 160). Die Rechtsprechung erachtet es jedoch als mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung vereinbar, in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten Richtlinien für die Beweiswürdigung aufzustellen (BGE 125 V 351 E. 3b S. 352). So ist einem im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten medizinischen Gutachten durch externe Spezialärzte, welches auf Grund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten erstellt wurde und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangt, in der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 137 V 210 E. 2.2.2 S. 232, 125 V 351 E. 3b/bb S. 353). Andererseits ist der Erfahrungstatsache Rechnung zu tragen, dass behandelnde Ärzte im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen mitunter eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 125 V 351 E. 3b/cc S. 353).

3.6 Im Sozialversicherungsverfahren gilt der Untersuchungsgrundsatz, d.h. die Verwaltung resp. das Gericht haben von sich aus für die richtige und vollständige Abklärung des rechtserheblichen Sachverhalts zu sorgen (Art. 43 Abs. 1 und Art. 61 lit. c ATSG). Diese Untersuchungspflicht dauert so lange, bis über die für die Beurteilung des streitigen Anspruchs erforderlichen Tatsachen hinreichende Klarheit besteht. Der Grundsatz gilt jedoch nicht uneingeschränkt, sondern wird durch die Mitwirkungspflichten des Versicherten relativiert (BGE 125 V 193 E. 2 S. 195, 122 V 157 E. 1a S. 158). Ein Teilgehalt der Mitwirkungspflicht besteht in der Teilnahme am Beweisverfahren (Ueli Kieser in: Kommentar zum ATSG, 4. Aufl., Zürich 2020, Art. 43 N 96). Der Untersuchungsgrundsatz schliesst die Beweislast im Sinne einer Beweisführungslast begriffsnotwendig aus. Die Parteien tragen mithin im Sozialversicherungsverfahren in der Regel eine Beweislast nur insofern, als im Falle der Beweislosigkeit der Entscheid zu Ungunsten jener Partei ausfällt, die aus dem unbewiesenen gebliebenen Sachverhalt Rechte ableiten wollte. Diese Beweisregel greift allerdings erst Platz, wenn es sich als unmöglich erweist, im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes auf dem Wege der Beweiserhebung einen Sachverhalt zu ermitteln, der zumindest die Wahrscheinlichkeit für sich hat, der Wirklichkeit zu entsprechen (BGE 117 V 261 E. 3b S. 264). Führen die von Amtes wegen vorzunehmenden Abklärungen die Verwaltung oder das Gericht bei pflichtgemässer Beweiswürdigung zur Überzeugung, ein bestimmter Sachverhalt sei als überwiegend wahrscheinlich zu betrachten und es könnten weitere Beweismassnahmen an diesem feststehenden Ergebnis nichts mehr ändern, so ist auf die Abnahme weiterer Beweise zu verzichten. Gleiches gilt, wenn der Sachverhalt, den eine Partei beweisen will, nicht rechtserheblich erscheint (BGE 126 V 353 E. 5b S. 360, 125 V 193 E. 2 S. 195, 122 V 157 E. 1d S. 162). In einer solchen antizipierten Beweiswürdigung liegt kein Verstoß gegen das verfassungsmässig gewährleistete rechtliche Gehör (BGE 134 I 140 E. 5.3 S. 148, 124 V 90 E. 4b S. 94). Bleiben jedoch erhebliche Zweifel an der Vollständigkeit und / oder Richtigkeit der bisher getroffenen Tatsachenfeststellung bestehen, ist weiter zu ermitteln, soweit von zusätzlichen Abklärungsmassnahmen noch neue wesentliche Erkenntnisse zu erwarten sind (Urteil des Bundesgerichts 9C_407/2015 vom 22. April 2016 E. 3.1).

4. 4.1 Als die Beschwerdegegnerin das erste Leistungsbegehren der Beschwerdeführerin am 3. Mai 2007 abwies, stützte sie sich auf die Begutachtung durch die Gutachterstelle C.____: 4.1.1 Das rheumatologische Gutachten vom 4. September 2006 (IV-Nr. 48.2) enthielt folgende Diagnose (S. 1): · Halbseitenschmerzsyndrom rechts ohne adäquates somatisches Korrelat · Hüftbeschwerden nach OSG-Distorsion rechts ohne objektivierbare Befunde · lumbospondylogenes

Schmerzsyndrom bei leichtgradiger Osteochondrose und Spondylarthrose L5/S1 Vom Bewegungsapparat her lasse sich für eine den konstitutionellen Möglichkeiten angepasste Frauenarbeit keine dauerhafte Einschränkung begründen. Gegen ein wesentliches somatische Korrelat der Beschwerden sprächen die weitgehend symmetrischen Muskelumfänge an den Beinen ohne Atrophie, die symmetrische Beschwellung der Fusssohlen, die fehlende Schmerzlinderung bzw. die passagere Schmerzverstärkung nach gezielter Infiltration des unteren Sprunggelenks und der Fazettengelenke L5/S1, diverse Inkonsistenzen bei der Beobachtung und klinischen Untersuchung sowie das ausserordentlich hohe Schmerzniveau (zehn Punkte auf der Zehnerskala) ohne wesentliche Schwankungen (S. 4).

4.1.2 Dem psychiatrischen Teilgutachten vom 31. Oktober 2006 (IV-Nr. 48.3) liess sich entnehmen, dass die Beschwerdeführerin an einer dissoziativen Sensibilitäts- und Empfindungsstörung (ICD-10 F44.6) bei partnerschaftlicher Konfliktsituation (Z63.0) und finanziellen Problemen leide (S. 5), welche die Arbeitsfähigkeit nicht einschränke (S. 6). Die Beschwerdeführerin gebe an, dass es ihr immer schlecht gehe (S. 2). Im Gespräch, das über einen Dolmetscher erfolge, zeige sie sich im Denken formal wie inhaltlich unauffällig und nicht eingeengt. Sie wirke weder sonderlich leidend noch niedergeschlagen, sondern fröhlich, zugänglich und affektiv spürbar, mit nur vereinzelt weinerlichen affektiven Einbrüchen. Der Antrieb sei unauffällig (S. 4). Es bestehe eine massive Diskrepanz zwischen der geschilderten Befindlichkeit einerseits und der affektiven Schwingungsfähigkeit sowie dem fehlenden sozialen Rückzug andererseits. Die Beschwerdeführerin habe regelmässigem Kontakt zu ihren Kindern sowie zu mehreren Ehepaaren ausserhalb der Verwandtschaft. Sie wirke sowohl suggestibel als auch aggravierend. Da die Beschwerden als sich immer verschlimmernd, zum Teil sogar katastrophal beschrieben würden, sei die dissoziative Störung nur schwer von der Aggravation abzugrenzen. Es bestehe ein sekundärer Krankheitsgewinn, nämlich durch die Mithilfe der Kinder. Auffallend sei zudem, dass keine Therapie helfe. Die Rückenschmerzen liessen auch die Diagnose einer somatoformen Schmerzstörung zu; wegen des geringen Leidensdrucks, der stärkeren Ausprägung des sensiblen Hemisphärensyndroms gegenüber dem Schmerzsyndrom sowie der teilweise bewussten Kontrolle der Symptomatik sei die dissoziative Störung zu favorisieren. Die Beschwerdeführerin wirke zwar in ihrer Befindlichkeit beeinträchtigt, aber nicht in einer Weise, dass eine Depression oder eine andere zusätzliche psychiatrische Störung diagnostiziert werden könnte (S. 5). Die 2005 diagnostizierte depressive Störung sei heute nicht feststellbar. Auch die Anamnese lasse keine rezidivierende Depression erkennen (S. 6).

4.1.3 Das Hauptgutachten vom 18. Januar 2007 (IV-Nr. 48.1) hielt zusammenfassend fest, in der zuletzt ausgeübten, körperlich leichten Tätigkeit als Hilfskraft in einem Blumengeschäft sei die Beschwerdeführerin zu 100 % arbeitsfähig (S. 13). Dasselbe gelte für jede vergleichbare ausserhäusliche Tätigkeit. Den Beginn dieser Arbeitsfähigkeit lege man auf den 13. Dezember 2006. Frühere Arztzeugnisse hätten die Beschwerdeführerin seit Juli 2001 vollständig arbeitsunfähig geschrieben. Allerdings erwähne der Psychiater Dr. med. D.____, dass vor allem psychosoziale Gründe die Arbeitsfähigkeit beeinträchtigten, was auch der eigenen Beurteilung entspreche. Solche Gründe seien aber invaliditätsfremd.

4.1.4 Das Versicherungsgericht erachtete dieses Gutachten in seinem Urteil vom 19. Juni 2008 als voll beweiswertig (IV-Nr. 70 S. 11).

4.2 Nach der Neuanmeldung vom 9. Dezember 2019 nahm die Beschwerdegegnerin folgende Arztberichte zu den Akten, welche für das vorliegende Verfahren von Interesse sind:

4.2.1 Dr. med. E.____, Facharzt für Rheumatologie FMH, hielt im Bericht vom 19. Dezember 2018 (IV-Nr. 83 S. 26 f.) fest, die

Beschwerdeführerin leide anamnestisch seit 2016 unter Schmerzen im lumbalen Bereich mit Ausstrahlung in die linke Leiste. Klinisch gebe es keine Hinweise für ein radikuläres Reizsyndrom oder sensomotorische Ausfälle. Das MR der Lendenwirbelsäule und der Iliosakralgelenke vom 1. Juni 2018 zeige eine Diskushernie L5/S1 nach kaudal-luxiert mit möglicher Kompression S1 links rezessal links. 4.2.2 Die Dres. F.____ und G.____, Oberärztin resp. Chefarzt am H.____, erklärten in ihrem Bericht vom 7. Februar 2019 (IV-Nr. 83 S. 28 ff.), die Beschwerdeführerin leide seit Jahren unter nächtlicher Dyspnoe, Kraftlosigkeit, Palpitation, Zittern und Kopfdruck unklarer Ätiologie. Dieser Zustand habe sich im Oktober 2018 verschlimmert. Die kardiologische Abklärung sei unauffällig (s. IV-Nr. 83 S. 22 ff.). Es gebe weder für eine pathologische Atemstörung noch für ein Phäochromozytom oder eine Euthyreose Hinweise. Weiter bestünden Refluxbeschwerden bei Hiatushernie, ein chronisches lumbalbetontes Panvertebralsyndrom sowie rezidivierende Kniegelenksbeschwerden rechts. Man empfehle eine gastroenterologische Abklärung (welche einen Polypen im Sigma und den Verdacht auf eine Gastritis ergab, IV-Nr. 83 S. 16 ff.) sowie eine psychiatrische Evaluation. 4.2.3 Dr. med. I.____, Facharzt für Rheumatologie FMH, stellte im Bericht 29. August 2019 (IV-Nr. 83 S. 34 ff.) folgende Diagnosen: 1) Chronisches generalisiertes Weichteilschmerzsyndrom (zentrale Schmerzempfindungsstörung bei Chronifizierung von Diagnose 2) 2) Chronifiziertes lumbospondylogenes Schmerzsyndrom 3) Medialbetonte Gonarthrose links 4) Arterielle Hypertonie 5) Adipositas Die tieflumbalen Rückenschmerzen hätten sich in den letzten zwei Monaten deutlich verschlechtert. Diese seien bisher erfolglos somatisch behandelt worden. Es fänden sich Druckdolenzen an sämtlichen Fibromyalgie-typischen Tender points. Die deutlich positiven Waddell-Zeichen wiesen auf eine nichtorganische Komponente hin. Man empfehle in erster Linie eine psychologisch-psychiatrische Betreuung zur Vermittlung von Coping-Strategien resp. mit kognitiv und verhaltenstherapeutischen Ansätzen. 4.2.4 Der Austrittsbericht der Klinik J.____ vom 17. Dezember 2019 (IV-Nr. 83 S. 41 ff.) attestierte für den Aufenthalt der Beschwerdeführerin vom 1. November bis 12. Dezember 2019 eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % (S. 44) und enthielt folgende Diagnosen (S. 41): 1. Chronische Schmerzstörungen mit somatischen und psychischen Faktoren (F45.41) 2. Benzodiazepinabusus bzw. -abhängigkeit (F13.2) 3. Aktivierte Osteochondrose L2/3, deutliche Osteochondrose L5/S1 o MRT der LWS und ISG nativ von Juni 2018: grosse linksmediolaterale Diskushernie, L5/S1 mit rezessaler Einengung links 4. Hyperlipidämie 5. Andere Diagnosen: o medial betonte Gonarthrose links o arterielle Hypertonie o Vitamin D3-Mangel o Adipositas (BMI 33,0) Die Beschwerdeführerin berichte beim Eintritt über verminderte Konzentration, Merkfähigkeit und Antrieb sowie gedrückte Stimmung, lache dabei jedoch herzlich. Sie verneine eine akute Suizidalität, bejahe jedoch gelegentliche passive Todeswünsche und Lebensmüdigkeit auf Grund der Einschränkung durch die Schmerzen. Sie gebe weiter ein generalisiertes Angstgefühl an – ohne Anhalt für spezielle Phobien, Zwänge oder Wahnvorstellungen – sowie ausgeprägte Ein- und Durchschlafstörungen; ohne Medikamente gehe es beim Schlafen gar nicht, sie nehme seit Jahren Benzodiazepine. Ein chronischer Paarkonflikt belaste die Beschwerdeführerin, ihr Mann sei sehr eifersüchtig und kontrolliere sie stark (S. 42). Die psychometrischen Werte (BDI, BAI, GSI/BSCL) hätten sich während des Aufenthalts verschlechtert, was aber nicht dem klinischen Eindruck entspreche. Die Beschwerdeführerin sei mit verbesserter psychischer Befindlichkeit und mehr Antrieb, aber stabiler Schmerzsymptomatik entlassen worden (S. 43). Man empfehle eine ambulante Psychotherapie (S. 45). 4.2.5 Dr. med. K.____, Facharzt für Allgemeine

Innere Medizin FMH, erklärte im Bericht vom 1. März 2020 (IV-Nr. 75), die mittelschwere depressive Erkrankung sei sicher das Hauptproblem und der Hauptgrund für die Arbeitsunfähigkeit der Beschwerdeführerin. Diese somatisiere wegen fehlender Ressourcen alle ihre psychischen, familiären oder sozialen Probleme. Die vorbekannten chronischen Rückenbeschwerden bei degenerativen Veränderungen im Bereich der ganzen Wirbelsäule seien durch das fortgeschrittene Alter ebenfalls schlechter geworden. 4.2.6 Im Bericht vom 23. April 2020 (IV-Nr. 83 S. 7 ff.) hielt Dr. med. K. ___ fest, seit Jahren bestünden Rückenschmerzen mit spondylogenen Ausstrahlungen in die Beine, dann aber auch andere Gelenkprobleme. Immer wieder träten an Hysterie erinnernde Attacken mit Herzkreislaufbeschwerden, Schweissausbruch, Zittern, Atemnot etc. auf. Es bestehe eine auffallende Tendenz zur Somatisierung, dies im Rahmen von chronischen psychosozialen Belastungen wie fehlende Integration. Die Rückkehr in einen Arbeitsprozess sehe er unter Berücksichtigung der ganzen Situation als kaum realisierbar an. Die verschiedensten psychosomatischen Beschwerden, bei mässigen degenerativen Veränderungen der Wirbelsäule als objektives Korrelat der Rückenbeschwerden, hätten bisher keine Heilung zugelassen. 4.2.7 In seinem Bericht vom 15. Mai 2020 (IV-Nr. 85 S. 3 ff.) verwies Dr. med. I. ___ auf seinen früheren Bericht vom 29. August 2019 (E. II. 4.2.3 hiervor) und bestätigte die damaligen Diagnosen. Die Prognose sei auf Grund der nichtsomatischen Komponenten der Erkrankung sowie der psychosozialen Faktoren und der anscheinend schon sehr lange fehlenden Berufstätigkeit sehr reserviert. Auf Grund der objektiven somatischen Befunde seien aus rein rheumatologischer Sicht das Tragen von Lasten über 10 kg auf Hüfthöhe, das Heben von Lasten über 5 kg vom Boden, das Arbeiten über Kopfhöhe mit Reklination der Wirbelsäule sowie das Gehen in unebenem Gelände ausgeschlossen. Bei deutlicher nichtsomatischer Komponente des Beschwerdebildes könne er aber aus dieser Sicht keine Stellung nehmen. 4.2.8 Der RAD-Arzt Dr. med. B. ___ hielt in seiner Stellungnahme vom 17. August 2020 fest (IV-Nr. 89 S. 2 ff.), die degenerativen Veränderungen hätten sich wohl verschärft, was aber vor allem dem fortschreitenden Alter und der Adipositas zugeschrieben werden sollte. Die Tatsache, dass Dr. med. I. ___ «ubiquitäre Druckdolenzen» erwähne, bilde ein zusätzliches Argument für einen im Wesentlichen nichtorganischen und nicht invalidisierenden Schmerzzustand. Der psychiatrische Bericht der Klinik J. ___ zitiere dieselben (IV-fremden, aber sehr schwerwiegenden) psychosozialen Faktoren wie das psychiatrische Gutachten von 2007 und halte keine invalidisierenden Aspekte fest, sondern empfehle, den Fokus auf Selbständigkeit und Selbstwirksamkeit zu legen. Insgesamt ergäben sich keine Anhaltspunkte für invalidisierende Diagnosen. Im Haushalt bestünden geringe Einschränkungen. In einer ausserhäuslichen leichten Tätigkeit sei eine volle Arbeitsfähigkeit gegeben. Für die funktionellen Einschränkungen sei auf den Bericht von Dr. med. I. ___ vom 15. Mai 2020 zu verweisen. Es seien keine weiteren medizinischen Abklärungen angezeigt. 4.2.9 Dr. med. L. ___, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, stellte in ihrem Bericht vom 18. November 2020 (IV-Nr. 96 S. 2 ff.), den die Beschwerdeführerin bei ihr einholen liess, folgende Diagnosen (S. 3): · Mittelgradige depressive Episode, klinisch-phänomenologisch im Sinne einer mittelgradigen depressiven Störung mit Somatisierung und intermittierenden suizidalen Phasen (F32.2). · Posttraumatische Entwicklung vor dem Hintergrund einer vorbestehenden komplexen Mehrfachtraumatisierung in der Vorgeschichte, klinisch-phänomenologisch im Sinne von Angst und Depression (F43.1) Anamnestisch habe die Beschwerdeführerin bereits vier bis sechs Wochen vor dem Erstgespräch am 16. August 2019 unter der

festgestellten Symptomatik gelitten. Die Zuweisung sei durch den Hausarzt erfolgt wegen einer neu aufgetretenen depressiven Symptomatik im Sinne einer eigenständigen Störung und nicht in Zusammenhang mit der chronischen Schmerzproblematik (S. 2 f.). Die Beschwerdeführerin habe den Beginn der Erkrankung traumatisch erlebt, da sie sich als wesensverändert empfunden habe. Eine konversionsneurotische und / oder dissoziative Symptombildung sowie eine somatopsychische-psychosomatische Dekompensation seien manifest. Im Vordergrund der aktuellen Beschwerdeschilderung stünden Versagensängste, Müdigkeit, Erschöpfung, schnelle Erschöpfbarkeit und Antriebslosigkeit, Konzentrationsminderung, Merkfähigkeitsstörung und Anspannung. Die Beschwerdeführerin beklage eine massive psychovegetative Symptomatik mit Nausea und Tremor, zum Teil ein paranoides Erleben bei soziophober Symptombildung, Insuffizienzgefühlen, Schlafstörungen und Vitalitätsstörungen im Sinne eines depressiven somatischen Syndroms (S. 3). Was den objektiven Psychostatus angehe, so zeige sich im semistrukturierten Interview anhand des AMPD eine angespannte, nervöse und belastete, aber wache und allseits orientierte Beschwerdeführerin. Ein affektiver Rapport sei gut herstellbar. Psychomotorisch sei die Beschwerdeführerin verlangsamt, in der Grundstimmung bedrückt und in der affektiven Schwingungsfähigkeit eingeschränkt. Die Beantwortung der Fragen erfolge ohne logische Brüche. Für formale Denkstörungen fänden sich keine Anhaltspunkte. Die eigenanamnestischen Angaben zu Belastungen und aktueller Situation seien kongruent und glaubhaft (S. 3). Klinisch-objektiv sei ein mittel- bis schwergradiges Beschwerdebild von Krankheitswert festzustellen. Es gebe Hinweise für eine strukturelle Vulnerabilität als versicherungsmedizinisch relevante Coping- und Ressourcenlimitierung sowie eine Minderung von Ich-Funktionen (S. 4). Die Leistungsfähigkeit sei hochgradig eingeschränkt. Dies sei in erster Linie durch die akute Überlastungssituation (Dekompensation) sowie dem fehlenden Finden von Auswegen aus der Situation bedingt (S. 4 f.). Die psychische Problematik sei der Beschwerdeführerin nicht auf der bewussten Ebene zugänglich und könne daher nicht sinnvoll bewältigt und überwunden werden. Sie sei charakterisiert durch vorbestehende problematische Persönlichkeitszüge und beschränkte persönliche Ressourcen. Durch die Retraumatisierung habe sich eine dysfunktionale Bewältigung in Form einer anhaltenden Angst und depressiven Störung etabliert. Medizinisch-theoretisch sei angesichts der vorangeschrittenen Chronifizierung und innerpsychischen Verfestigung eine Arbeitsunfähigkeit von 80 bis 100 % ausgewiesen (S. 5). Der Gesundheitszustand habe sich seit Mai 2007, als die IV Leistungen abgelehnt habe, verschlechtert (S. 6). Trotz leitlinienkonformer und adäquater psychiatrisch-psychopharmakologischer Behandlung bei guter Therapieadhärenz sei keine namhafte Verbesserung des Zustandsbildes eingetreten (S. 7).

4.2.10 Der RAD-Arzt Dr. med. B. ___ hielt in seiner Stellungnahme vom 22. Dezember 2020 dafür (IV-Nr. 98 S. 2), die neuen medizinischen Unterlagen enthielten keine Anhaltspunkte für eine andere Arbeitsunfähigkeit als diejenige im RAD-Bericht vom 17. August 2020. Beim Bericht von Dr. med. L. ___ vom 18. November 2020 handle es sich um eine andere Bewertung des gleichen Sachverhalts. Die Schlussfolgerungen des RAD-Berichts vom 17. August 2020 seien immer noch gültig und weitere medizinische Abklärungen nicht indiziert.

4.3 Die Beschwerdegegnerin geht davon aus, dass nach wie vor kein Gesundheitsschaden vorliegt, der eine länger dauernde Arbeitsunfähigkeit oder eine drohende Invalidität begründen könnte (A.S. 1), d.h. es soll im Rahmen der Neuanschuldung an einer gesundheitlichen Verschlechterung seit der Verfügung vom 3. Mai 2007, welche den massgeblichen Vergleichszeitpunkt darstellt, fehlen. Dieser Auffassung

kann indes nicht gefolgt werden: 4.3.1 4.3.1.1 Das psychiatrische Gutachten von 2006 (s. E. II. 4.1.2 hiervor) beschrieb einen recht unauffälligen Psychostatus und hielt ausdrücklich fest, die Beschwerdeführerin wirke nicht besonders leidend. Der Experte wies auf die erheblichen Diskrepanzen zwischen den angegebenen subjektiven Beschwerden und den objektivierbaren Befunden hin, wobei er feststellte, dass die Beschwerdeführerin aggraviere. Eine depressive Störung wurde verneint und lediglich eine dissoziative Störung diagnostiziert. Dr. med. L. ___ bejahte demgegenüber im November 2020 eine depressive Störung und attestierte eine Arbeitsunfähigkeit von mindestens 80 % (E. II. 4.2.9 hiervor). Zwar genügt für sich allein genommen weder eine von früheren ärztlichen Einschätzungen abweichende Arbeitsunfähigkeit noch eine neue Diagnose resp. eine unterschiedliche diagnostische Einordnung des Leidens, um auf einen veränderten Gesundheitszustand zu schliessen. Dafür bedarf es vielmehr einer veränderten Befundlage (Urteil des Bundesgerichts 8C_367/2020 vom 4. August 2020 E. 5.2.2). Dr. med. L. ___ begnügte sich indes nicht damit, gegenüber der Verfügung vom 3. Mai 2007 eine gesundheitliche Verschlechterung zu postulieren. Entscheidend ist, dass der von ihr erhobene aktuelle Psychostatus deutlich auffälliger ist als derjenige im Gutachten von 2006. Dr. med. L. ___ nannte namentlich für eine depressive Störung einschlägige objektive Symptome wie gedrückte Stimmung und reduzierte affektive Schwingungsfähigkeit, welche bei der Begutachtung im Jahr 2006 noch nicht vorlagen und die neue Diagnose einer Depression untermauern. Ausserdem spricht Dr. med. L. ___ im Unterschied zum Gutachten von 2006 nicht mehr von einer (bewussten) Aggravation der Beschwerden, welche eine Invalidität ausschliessen würde (s. E. II. 3.2 hiervor); sie geht vielmehr davon aus, dass die psychische Problematik der Beschwerdeführerin nicht auf der bewussten Ebene zugänglich ist. Im Übrigen behandelt Dr. med. L. ___ die Beschwerdeführerin erst seit 2019. Man kann deshalb auch nicht sagen, sie halte nach der rechtskräftigen Leistungsverweigerung von 2007 einfach an ihrer früheren Beurteilung fest. Vor diesem Hintergrund vermag die Auffassung des RAD-Arztes, es liege eine blosser Neubeurteilung eines seit 2007 unveränderten Sachverhalts vor, nicht zu überzeugen. Dies muss umso mehr gelten, als er in seiner knappen Stellungnahme vom 22. Dezember 2020 nicht näher auf den relativ ausführlichen Bericht von Dr. med. L. ___ eingeht, sondern es bei der blossen Aussage belässt, dass nur eine irrelevante Neubeurteilung vorliege und sich keine neuen Gesichtspunkte ergeben hätten. Insbesondere hat es der RAD-Arzt unterlassen, die von Dr. med. L. ___ gestellten neuen Diagnosen eingehend zu überprüfen. Seine frühere Feststellung vom 17. August 2019 wiederum, wonach die psychosozialen Belastungsfaktoren immer noch die gleichen seien wie 2007, ist unbehelflich: Für die Annahme einer Invalidität braucht es ein fachärztlich schlüssig festgestelltes medizinisches Substrat, das nachgewiesenermassen die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit wesentlich beeinträchtigt (Urteil des Bundesgerichts 8C_207/2020 vom 5. August 2020 E. 5.2.2). Dr. med. L. ___ stellt indes mit der depressiven Störung eine neue, ausdrücklich als eigenständiges Leiden bezeichnete psychiatrische Diagnose, der sie einen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit beimass. Andererseits fehlt es an Ausschlussgründen wie Aggravation, welche der Bejahung einer Invalidität entgegenstehen würden. In dieser Situation darf einem verselbstständigten psychischen Leiden die invalidisierende Wirkung nicht von vornherein abgesprochen werden, nur weil psychosoziale oder soziokulturelle Belastungsfaktoren vorhanden sind. Solche Faktoren sind nämlich nicht vorab und losgelöst von der Indikatorenprüfung zu würdigen, sondern in deren Rahmen im Gesamtkontext (Urteile des Bundesgerichts 8C_407/2020 vom 3. März 2021 E. 4.1 f. und 8C_207/2020

vom 5. August 2020 E. 5.2.2). 4.3.1.2 Weiter ist darauf hinzuweisen, dass in der Klinik J. ___ ein Benzodiazepinabusus resp. eine Benzodiazepinabhängigkeit festgestellt worden war (wozu Dr. med. L. ___ keine Angaben macht). Davon war im Gutachten von 2006 noch keine Rede gewesen. Der RAD-Arzt tut dies als Diagnose ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit ab. Dabei bleibt unbeachtet, dass seit dem 11. Juli 2019 eine neue Rechtsprechung gilt. Danach ist die Auswirkung eines Abhängigkeitssyndroms auf das funktionelle Leistungsvermögen grundsätzlich nach dem strukturierten Beweisverfahren gemäss BGE 141 V 281 zu prüfen, wie dies bei sämtlichen psychischen Erkrankungen der Fall ist (BGE 145 V 215 E. 6.2 S. 227). In diesem Zusammenhang ist festzuhalten, dass die Beschwerdeführerin seit dem Klinikaufenthalt nicht auf Benzodiazepine verzichtet, sondern immer noch Xanax verwendet (IV-Nr. 83 S. 8 Ziff. 2.3). 4.3.1.3 Schliesslich ist festzuhalten, dass man im H. ___ organisch nicht erklärbare Befunde wie Kraftlosigkeit feststellte und deshalb zu einer psychiatrischen Abklärung riet (E. II. 4.2.2 hiervor). Darauf geht der RAD-Arzt nicht ein. 4.3.1.4 Die Berichte von Dr. med. L. ___ und der Klinik J. ___ sowie des H. ___ bieten somit Anhaltspunkte für eine psychische Verschlechterung seit 2007. Sie genügen aber für sich allein nicht, um eine Invalidität zu bejahen. Abgesehen davon, dass es sich um Berichte von behandelnden Ärzten handelt, die kritisch zu würdigen sind, fehlt es an einer eingehenden Indikatorenprüfung, wie sie erforderlich ist, wenn ein Arzt aus einem psychischen Leiden eine Arbeitsunfähigkeit ableitet. Andererseits bestehen zwischen den Ausführungen von Dr. med. L. ___ und der Klinik J. ___ Diskrepanzen, welche aufgelöst werden müssen, um für die Indikatorenprüfung eine gesicherte diagnostische Beurteilung zu erhalten. Es bedarf folglich einer unabhängigen psychiatrischen Begutachtung. 4.3.2 In somatischer Hinsicht gibt es ebenfalls Hinweise für eine Verschlechterung. Der Umstand, dass sich die Rückenschmerzen 2018 subjektiv verschlimmert haben, reicht zwar nicht aus. Dr. med. K. ___ spricht aber von fortschreitenden degenerativen Veränderungen, die ein gewisses objektives Korrelat für die Rückenbeschwerden darstellen (E. II. 4.2.5 + 4.2.6 hiervor). Dies wird durch die radiologischen Untersuchungen gestützt, welche 2006 nur eine leichtgradige Osteochondrose L5/S1 ergaben, 2019 dagegen eine erhebliche (E. II. 4.1.1 + 4.2.4 hiervor). Ausserdem wurde neu eine Gonarthrose links diagnostiziert (E. II. 4.2.5 + 4.2.6 hiervor). Der RAD-Arzt hält dem entgegen, dass es sich im Wesentlichen um nichtorganische Schmerzen handle. In der Tat sprechen auch die behandelnden Ärzte von einer psychosomatischen resp. nichtorganischen Komponente der Beschwerden (E. II. 4.2.3 / 4.2.5 – 4.2.7 hiervor). Hat aber das Beschwerdebild sowohl somatische als auch psychische Anteile, deren Verhältnis zueinander unklar bleibt, so bedarf es einer rheumatologischen Begutachtung als zuverlässige Basis für die psychiatrische Beurteilung, zumal im Rahmen der Indikatorenprüfung auch allfällige Komorbiditäten zu berücksichtigen sind (BGE 141 V 281 E. 4.3.1.3 S. 300 f.). Hinzu kommt, dass das rheumatologische Gutachten von 2006 als Argument für ein fehlendes somatisches Korrelat der Beschwerden u.a. auf die symmetrischen Muskelumfänge an den Beinen sowie die symmetrische Beschwielung der Fusssohlen hinwies (E. II. 4.1.1 hiervor). Wie es sich damit heute verhält, geht indes aus den aktuellen Arztberichten nicht hervor, so dass insoweit ebenfalls Klärungsbedarf besteht. 4.4 Zusammenfassend ist die erfolgte Gehörsverletzung nicht zu heilen (s. E. II. 2.2 hiervor) und die angefochtene Verfügung in Gutheissung der Beschwerde aufzuheben. Die Sache geht zurück an die Beschwerdegegnerin, damit sie im dafür vorgesehenen Verfahren ein bidisziplinäres rheumatologisch-psychiatrisches Gutachten einholt, dieses der Beschwerdeführerin zur Stellungnahme vorlegt und sodann neu über deren

Leistungsanspruch befindet. Nachdem die Beschwerdeführerin mit ihrem Hauptbegehren und ihrem Subeventualbegehren durchgedrungen ist, erübrigt sich die von ihr beantragte öffentliche Verhandlung. 5. 5.1 Bei diesem Verfahrensausgang, d.h. angesichts des formellen Obsiegens, hat die anwaltlich vertretene Beschwerdeführerin Anspruch auf eine volle Parteientschädigung, welche grundsätzlich gleich zu gewähren ist wie für ein Obsiegen im materiellen Sinne (BGE 127 V 228 E. 2b/bb S. 234, 110 V 54 E. 3a S. 57). Diese Entschädigung bemisst sich ohne Rücksicht auf den Streitwert nach dem zu beurteilenden Sachverhalt sowie der Schwierigkeit des Prozesses und ist in einer Pauschalsumme festzusetzen (Art. 61 lit. g ATSG). Der anwaltliche Stundenansatz bewegt sich in einem Rahmen von CHF 230.00 bis 330.00 (§ 161 i.V.m. § 160 Abs. 2 Kantonaler Gebührentarif / GT, BGS 615.11). 5.2 Die vom Vertreter eingereichte Kostennote vom 18. März 2021 (A.S. 38 f.) weist einen Zeitaufwand von 8,26 Stunden aus, der insgesamt als angemessen erscheint. Lediglich der nachprozessuale Aufwand ist angesichts des Obsiegens praxisgemäss von einer Stunde auf 0,5 Stunden zu kürzen, so dass ein Aufwand von 7,76 Stunden verbleibt. Daraus ergibt sich mit dem beantragten Ansatz von CHF 250.00 eine Entschädigung von CHF 1'940.00. Was die Auslagen über insgesamt CHF 88.90 betrifft, so sind die 66 Kopien pro Stück nur mit CHF 0.50 zu vergüten (§ 161 i.V.m. § 160 Abs. 5 GT) und nicht mit CHF 1.00, wie in der Kostennote geltend gemacht wird. Die Auslagen reduzieren sich so auf CHF 55.90. Einschliesslich CHF 153.70 Mehrwertsteuer (7,7 %) beläuft sich die Parteientschädigung demnach auf total CHF 2'149.60. 6. Das Beschwerdeverfahren vor dem Versicherungsgericht ist kostenpflichtig, sofern es sich um Streitigkeiten betreffend die Bewilligung oder Verweigerung von Leistungen der Invalidenversicherung handelt. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von CHF 200.00 bis 1'000.00 festgelegt (Art. 69 Abs. 1 bis IVG). Im vorliegenden Fall hat die unterlegene Beschwerdegegnerin die Verfahrenskosten von CHF 600.00 zu bezahlen.

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