



Obergericht Appenzell Ausserrhoden
3. Abteilung

Zirkular-Urteil vom 16. März 2021

Mitwirkende	Obergerichtspräsident E. Zingg Oberrichter H.P. Fischer, F. Windisch, M. Schneider, E. Ganz Obergerichtsschreiber M. Giger
Verfahren Nr.	O3V 20 25
Beschwerdeführerin	A. vertreten durch: RA AA.
Vorinstanz	IV-Stelle Appenzell Ausserrhoden, Neue Steig 15, Postfach, 9102 Herisau
Gegenstand	Rente der Invalidenversicherung Beschwerde gegen die Verfügung der IV-Stelle Appenzell Ausserrhoden vom 27. Mai 2020

Rechtsbegehren

a) der Beschwerdeführerin:

1. Es sei auf das Leistungsbegehren der Beschwerdeführerin einzutreten und es seien ihr die gesetzlichen Leistungen zu erbringen, wobei ihr ab 1. April 2020 eine unbefristete, ganze Invalidenrente zuzusprechen sei.
2. Eventualiter sei die Sache zur weiteren Sachverhaltsabklärung und zur Einholung eines polydisziplinären Gutachtens an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen.
3. Alles unter Kosten- und Entschädigungsfolgen (zzgl. 7.7 % MWST) zu Lasten der Beschwerdegegnerin.

b) der Vorinstanz

Die Beschwerde sei abzuweisen.

Sachverhalt

- A. Die am XX.XX.1962 geborene A. (nachfolgend: die Versicherte oder Beschwerdeführerin) meldete sich im September 2006 erstmals zum Bezug von Leistungen der Invalidenversicherung an (act. 5.2/1, S.1 ff.). Die IV-Stelle des Kantons Appenzell Ausserrhoden (nachfolgend: IV-Stelle oder Vorinstanz) tätigte die erwerblichen und medizinischen Abklärungen und führte namentlich am 14. August 2007 eine Haushaltsabklärung durch (act. 5.2/9). Am 4. Oktober 2007 verfügte sie, dass nach Massgabe des von ihr ermittelten IV-Grads von 24 % kein Anspruch auf eine Invalidenrente bestehe (act. 5.2/14).
- B. Im März 2012 meldete sich die Versicherte zum zweiten Mal zum Leistungsbezug an (act. 5.2/19). Nach durchgeführten Abklärungen erklärte die IV-Stelle mit Verfügung vom 10. Juli 2012, dass eine wesentliche Veränderung des Gesundheitszustands nicht ausgewiesen sei und wies folglich im Dispositiv das Leistungsbegehren ab (act. 5.2/30).
- C. Eine neuerliche Anmeldung der Versicherten bei der IV-Stelle erfolgte im Oktober 2019 (act. 5.2/31). Nach Eingang eines Behandlungsberichtes von Dr. med. B., FMH Allgemeine Innere Medizin, Psychosomatische und Psychosoziale Medizin SAPP, erachtete der Regionale Ärztliche Dienst (RAD) eine Veränderung des Gesundheitszustands nicht als gegeben (act. 5.2/38). In der Folge stellte die IV-Stelle der Versicherten mit Vorbescheid

vom 20. März 2020 Nichteintreten auf das Leistungsbegehren in Aussicht (act. 5.2/39) und hielt daran mit Verfügung vom 27. Mai 2020 fest (act. 5.2/40).

- D. Gegen den nämlichen Entscheid richtet sich die vorliegende Beschwerde der durch RA AA. vertretenen Versicherten vom 19. Juni 2020, mit dem eingangs zitierten Rechtsbegehren (act. 1). Die Vernehmlassung der Vorinstanz mit dem Antrag auf Beschwerdeabweisung erfolgte am 10. August 2020 (act. 4); der Eingabe war eine neuerliche Beurteilung des RAD vom 13. Juli 2020 beigelegt (act. 6). Am 2. September 2020 erstattete die Beschwerdeführerin unter Beilegung eines aktuellen Berichts von Dr. B. ihre Replik, in welcher sie an ihrem Rechtsbegehren festhielt (act. 5.2/11 f.). Die Vorinstanz duplizierte am 14. September 2020 (act. 14).
- E. Die Parteien verzichteten auf eine mündliche Verhandlung.
- F. Mit einzelrichterlicher Verfügung vom 21. August 2020 wurde der Beschwerdeführerin die unentgeltliche Rechtspflege und die unentgeltliche Rechtsverteidigung für das vorliegende Beschwerdeverfahren gewährt.

Erwägungen

1. 1.1

Gemäss Art. 57 des Bundesgesetzes vom 6. Oktober 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG, SR 830.1) i.V.m. Art. 28 Abs. 1 lit. b des Justizgesetzes vom 13. September 2010 (bGS 145.31) beurteilt das Obergericht in seiner Funktion als kantonales Versicherungsgericht Beschwerden aus dem Bereich der Sozialversicherungen. Die örtliche Zuständigkeit ist gemäss Art. 69 Abs. 1 lit. a des Bundesgesetzes vom 19. Juni 1959 über die Invalidenversicherung (IVG, SR 831.20) gegeben.

1.2

Das Gesamtgericht hat Beschwerden in Sozialversicherungssachen mit medizinischen Fragestellungen der 3. Abteilung zur Beurteilung zugewiesen (so publiziert im aktuellen Staatskalender des Kantons Appenzell Ausserrhoden [[https:// staatskalender.ar.ch/ organizations/pdf](https://staatskalender.ar.ch/organizations/pdf)], Ziff. 2.6.1.2), weshalb diese zur Beurteilung der vorliegenden Beschwerdesache zuständig ist.

1.3

Die von Amtes wegen vorzunehmende Prüfung der Prozessvoraussetzungen ergibt, dass letztere sowohl hinsichtlich der Beschwerdeberechtigung als auch hinsichtlich der Form- und Fristerfordernisse erfüllt sind (Art. 1 Abs. 1 und Art. 69 Abs. 1 lit. a IVG, Art. 60 Abs. 1 und Art. 61 lit. b ATSG, Art. 28 lit. b Justizgesetz sowie Art. 54, Art. 56 und Art. 59 des Gesetzes vom 9. September 2002 über die Verwaltungsrechtspflege [VRPG, bGS 143.1]).

Auf die Beschwerde ist somit einzutreten.

1.4

Gestützt auf Art. 2 der Verordnung über COVID-19-Massnahmen: Gerichte (bGS 113.2) kann das Obergericht zur Bewältigung der aktuell ausserordentlichen Lage in allen Fällen auf dem Zirkularweg entscheiden, wenn das Gesetz keine Verhandlung vorschreibt. Entscheide, die auf dem Zirkularweg gefällt werden, bedürfen der Einstimmigkeit (Art. 52 Abs. 2 Justizgesetz). Da vorliegend keine Durchführung einer Verhandlung vorgeschrieben ist und die Parteien auf die Durchführung einer solchen verzichteten, hat das Obergericht den vorliegenden Entscheid im Zirkularverfahren gefällt.

2. 2.1

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Sie kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 IVG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG).

2.2

Beeinträchtigungen der psychischen Gesundheit können in gleicher Weise wie körperliche Gesundheitsschäden eine Invalidität im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG in Verbindung mit Art. 8 ATSG bewirken. Rechtsprechungsgemäss ist bei psychischen Beeinträchtigungen zu prüfen, ob ein psychischer Gesundheitsschaden mit Krankheitswert besteht, welcher die versicherte Person auch bei Aufbietung allen guten Willens daran hindert, ein rentenausschliessendes Erwerbseinkommen zu erzielen (vgl. BGE 139 V 547 E. 5, 131 V 49 E. 1.2, 130 V 352 E. 2.2.1; Urteil des Bundesgerichts 9C_125/2015 vom 18. November 2015

E. 5.4). Die Annahme eines psychischen Gesundheitsschadens im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG sowie Art. 3 Abs. 1 und Art. 6 ATSG setzt eine psychiatrische, lege artis auf die Vorgaben eines anerkannten Klassifikationssystems abgestützte Diagnose voraus (vgl. BGE 143 V 409 E. 4.5.2, 141 V 281 E. 2.1, 130 V 396 E. 5.3 und E. 6). Eine fachärztlich einwandfrei festgestellte psychische Krankheit ist jedoch nicht ohne weiteres gleichbedeutend mit dem Vorliegen einer Invalidität. In jedem Einzelfall muss eine Beeinträchtigung der Arbeits- und Erwerbsfähigkeit unabhängig von der Diagnose und grundsätzlich unbesehen der Ätiologie ausgewiesen und in ihrem Ausmass bestimmt sein. Entscheidend ist die nach einem weitgehend objektivierten Massstab zu beurteilende Frage, ob es der versicherten Person zumutbar ist, eine Arbeitsleistung zu erbringen (BGE 143 V 409 E. 4.2.1, 141 V 281 E. 3.7, 139 V 547 E. 5.2, 127 V 294 E. 4c, je mit Hinweisen; vgl. Art. 7 Abs. 2 ATSG).

2.3

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

2.4

Wurde eine Rente wegen eines zu geringen Invaliditätsgrades verweigert, so wird nach Art. 87 Abs. 3 der Verordnung vom 17. Januar 1961 über die Invalidenversicherung (IVV; SR 831.201) eine neue Anmeldung nur geprüft, wenn die Voraussetzungen gemäss Abs. 2 dieser Bestimmung erfüllt sind. Danach ist im Revisionsgesuch glaubhaft zu machen, dass sich der Grad der Invalidität der versicherten Person in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert hat. Mit Art. 87 Abs. 3 IVV soll verhindert werden, dass sich die Verwaltung nach vorangegangener rechtskräftiger Rentenverweigerung immer wieder mit gleichlautenden und nicht näher begründeten Rentengesuchen befassen muss (ZAK 1971 S. 525 E. 2 in fine, 1966 S. 279; nicht veröffentlichte Urteile Mettler vom 13. März 1981, Roch vom 5. Januar 1979 und Miéville vom 10. Juni 1977).

2.5

Gemäss höchstrichterlicher Rechtsprechung ist von Amtes wegen zu prüfen, ob seit der ersten Rentenverfügung zwischenzeitlich eine erneute materielle Prüfung des Rentenanspruchs stattgefunden hat. War dies nicht der Fall, so ist auf die Entwicklung der Verhältnisse seit der ersten Ablehnungsverfügung abzustellen; wie im Revisionsverfahren bleiben allfällige, vorangehende Nichteintretensverfügungen aufgrund des fehlenden Abklärung- und bloss summarischen Begründungsaufwandes der Verwaltung unbeachtlich. Erfolgte dagegen nach einer ersten Leistungsverweigerung eine erneute materielle Prüfung des

geltend gemachten Rentenanspruchs und wurde dieser nach rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Durchführung eines Einkommensvergleichs (bei Anhaltspunkten für eine Änderung in den erwerblichen Auswirkungen des Gesundheitszustands) abermals rechtskräftig verneint, muss sich die leistungsansprechende Person dieses Ergebnis – vorbehältlich der Rechtsprechung zur Wiedererwägung oder prozessualen Revision (vgl. BGE 127 V 466 E. 2c mit Hinweisen) – bei einer weiteren Neuanschuldung entgegenhalten lassen (BGE 130 V 71 E. 3.2.3).

2.6

Mit dem Beweismass des Glaubhaftmachens im Sinne des Art. 87 Abs. 2 und 3 IVV sind herabgesetzte Anforderungen an den Beweis verbunden: Die Tatsachenänderung muss nicht nach dem im Sozialversicherungsrecht sonst üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (BGE 126 V 353 E. 5b) erstellt sein. Es genügt, dass für das Vorhandensein des geltend gemachten rechtserheblichen Sachumstandes wenigstens gewisse Anhaltspunkte bestehen, auch wenn durchaus noch mit der Möglichkeit zu rechnen ist, bei eingehender Abklärung werde sich die behauptete Änderung nicht erstellen lassen (BGE 130 V 64 E. 5.2, 130 V 71 E. 2.2 mit Hinweisen). Erheblich ist eine Sachverhaltsänderung, wenn angenommen werden kann, der Anspruch auf eine (höhere) Invalidenrente sei begründet, falls sich die geltend gemachten Umstände als richtig erweisen sollten (Urteil des Bundesgerichts 8C_844/2012 vom 5. Juni 2013 E. 2.3 mit Hinweisen auf 8C_1009/2010 vom 7. April 2011 E. 2.2 und 9C_838/2011 vom 28. Februar 2012 E. 3.3.2). Bei der Prüfung, ob die Vorbringen der versicherten Person überhaupt glaubhaft sind, ist unter anderem zu berücksichtigen, ob die frühere Verfügung nur kurze oder schon längere Zeit zurückliegt; je nachdem gelten für die Glaubhaftmachung höhere oder weniger hohe Anforderungen (ZAK 1966 S. 279, vgl. auch BGE 130 V 64 E. 5.2, 72 E. 2.2 mit Hinweisen).

2.7

Die zeitliche Vergleichsbasis für die Frage, ob eine rentenrelevante Veränderung des Sachverhalts glaubhaft ist, bildet der Zeitpunkt der letzten umfassenden materiellen Prüfung. Der Vergleichszeitraum erstreckt sich grundsätzlich bis zur Prüfung und Beurteilung des Gesuchs, d.h. bis zum Erlass der Verfügung betreffend die Neuanschuldung. Für die beschwerdeweise Überprüfung einer Nichteintretensverfügung ist somit der Sachverhalt, wie er sich der Verwaltung bot, respektive die Aktenlage bei Erlass dieser Verfügung massgeblich (Urteil des Bundesgerichts 9C_799/2016 vom 21. März 2017 E. 2.1 mit zahlreichen Hinweisen).

2.8

Versicherungsträger und Sozialversicherungsgerichte haben die Beweise frei, das heisst ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Für das Beschwerdeverfahren bedeutet dies, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestatten. Insbesondere darf es bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es 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 (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (BGE 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a). Den Berichten versicherungsinterner medizinischer Fachpersonen wird grundsätzlich Beweiswert zuerkannt, doch ist zu betonen, dass ihnen praxisgemäss nicht dieselbe Beweiskraft zuzubilligen ist wie einem gerichtlichen oder einem im Verfahren nach Art. 44 ATSG vom Versicherungsträger in Auftrag gegebenen Gutachten. Soll ein Versicherungsfall ohne Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden, so sind an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, so sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (Urteil des Bundesgerichts 8C_844/2019 vom 26. Februar 2020 E. 2.2 m.w.H.).

3. 3.1

Streitig und zu prüfen ist die Frage, ob die Beschwerdegegnerin auf die Neuanschuldung zu Recht nicht eingetreten ist. Prozessthema ist, ob die Beschwerdeführerin im Sinne von Art. 87 Abs. 2 IVV glaubhaft gemacht hat, dass sich ihr gesundheitlicher Zustand erheblich verschlechtert hat, dies verglichen mit dem Zeitpunkt, in welchem der Rentenanspruch letztmals materiell geprüft wurde (vgl. E. 2.5). In diesem Sinne bildet zeitliche Vergleichsbasis hier die erste IV-Verfügung vom 4. Oktober 2007 (act. 5.2/14). Zwar wurde auch in der Verfügung vom 10. Juli 2012 gemäss Dispositiv entschieden, dass das Leistungsbegehren abgewiesen werde. Allerdings basierte die betreffende Formulierung offenkundig auf einem Versehen, wie den Erwägungen des nämlichen Entscheids zu entnehmen ist.

Dort ist klar festzustellen, dass keine materielle Prüfung des Gesuchs erfolgte, vielmehr findet sich am Ende der Satz, dass auf das Gesuch nicht eingetreten werden könne (act. 5.29). Im Übrigen kann sich die vorliegende Prüfung auf das Fachgebiet der Psychiatrie beschränken; aus somatischer Sicht ist eine Verschlechterung – wie sich dies auch aus den Ausführungen der Beschwerdeführerin ergibt – von vornherein nicht ersichtlich.

3.2

Im Zuge der Erstanmeldung im Jahr 2006 hatten die medizinischen Abklärungen damals folgende Diagnosen ergeben: Depressive Episode mit somatischem Syndrom; Status nach Spondylodiszitis L4-L5 Brucellose; Chronische Hepatitis B; Status nach Hepatitis A. Dies ergibt sich aus dem zusammenfassenden Bericht der Hausärztin Dr. C. vom 16. August 2007 (act. 5.2/10). Anzumerken ist, dass der Austrittsbericht der Klinik Gais vom 16. Juni 2005 statt eine Depressive Episode mit somatischem Syndrom die Diagnose einer Anpassungsstörung mit Angst und Depression stellte (act. 5.2/6, S. 13). In einem früheren Bericht von Dr. C. vom 11. Oktober 2006 war ausserdem als Diagnose ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ein Tinnitus bds., bestehend seit 2002, angegeben worden (act. 5.2/6, S. 1). Was die Frage der Arbeitsfähigkeit betrifft, bezifferte Dr. C. diese gemäss Bericht vom 16. August 2007 auf 50 % seit dem Jahr 2005 (act. 5.2/10), was vom RAD indes nicht als plausibel erachtet wurde (act. 5.2/12). Da die Versicherte damals Hausfrau war, hatte die IV-Stelle zur Ermittlung des IV-Grads ausschliesslich auf die Ergebnisse des Haushaltsabklärungsberichts vom 2. August 2007 abgestellt und so die Invalidität verfügungsweise auf 23,75 % beziffert (act. 5.2/14).

3.3.

Im Rahmen der zweiten Anmeldung hielt der RAD gestützt auf die neu eingereichten Arztberichte in einer Beurteilung vom 24. Mai 2012 fest, dass keine anhaltende Veränderung des Gesundheitszustands bestehe, namentlich mit Verweis darauf, dass keine wesentlichen somatischen Veränderungen vorlägen, neu eine Somatisierungsneigung und ein Status nach depressiven Episoden gegeben sei und die Arbeitsfähigkeit von Dr. C. unverändert im Vergleich zu 2007 angegeben werde. Diese Beurteilung führte dann eben zum Nichteintreten auf das neue Leistungsgesuch mit Verfügung vom 10. Juli 2012 (act. 5.2/29).

3.4

Im Rahmen der nun zu beurteilenden Anmeldung wurde von der Versicherten ein Bericht von Dr. B. vom 8. Dezember 2019 (act. 5.2/37) eingereicht. Darin wird eine Reihe an psychiatrischen und somatischen Diagnosen gestellt. Aus psychiatrischer Sicht werden genannt: Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen (...); generalisierte Angststörung seit 2011; Posttraumatische

Belastungsstörung (...); Klaustrophobie; kognitive Dysfunktion (...); Status nach Synkope bei Hyperventilation (...).

3.5

Dem Bericht von Dr. B. ist sodann zu entnehmen, die Versicherte stehe seit dem 12. August 2019 bei ihr in psychosomatisch-psychosozialer Behandlung. Bald nach Behandlungsbeginn sei es am 25.10.2019 wegen akuter Suizidalität zur Selbsteinweisung in die Psychiatrische Klinik Herisau gekommen. Insgesamt habe sich der psychische Zustand der Patientin verschlechtert durch anhaltende Beschwerden auf dem Boden komplexer ungelöster familiärer gesundheitlicher Probleme. Bisherige regelmässige Psychopharmakatherapien und Gesprächstherapien seien ohne positive Wirkung. Insgesamt lägen chronische bisher therapieresistente psychische Belastungen vor mit einer vollständigen Berufsunfähigkeit. Die Patientin reagiere bereits auf banale Ereignisse stark emotional; ihre Verhaltensweisen seien sehr stark durch Ängste geprägt mit starker Einschränkung der Erlebnis- und Gestaltungsfähigkeit und gleichzeitig mit ausgeprägten sozial-kommunikativen Beeinträchtigungen. Kognitive Dysfunktionen, sozialer Rückzug und Probleme bei der Erledigung des Haushaltes hätten zugenommen. Die Alkoholabhängigkeit des Ehemanns und die psychische Situation des Sohnes belasteten die Patientin zusätzlich sehr stark. Der Ehemann habe all die Jahre Angehörigengespräche in den Kliniken und Praxen abgelehnt. Zusammenfassend handle es sich um eine 57-jährige schwerkranke Patientin mit zunehmenden chronischen therapieresistenten psychischen Beschwerden, langer Arbeitsunfähigkeit und mit schwieriger psychosozialer Lebenssituation. Die Patientin sei weiterhin vollständig arbeitsunfähig für alle Tätigkeiten. Eine berufliche Integration sei aussichtslos.

3.6

Von Seiten des RAD wird eine Verschlechterung des Gesundheitszustands verneint. Die zuständige Ärztin Dr. D. hielt zunächst in ihrer Beurteilung vom 15. Januar 2020, welche zur Grundlage der angefochtenen Verfügung wurde, fest, der Arztbericht von Dr. B. berichte anschaulich die bekannten somatischen und psychiatrischen Gesundheitsschäden und ihre Auswirkungen. Zusätzlich werde sehr offen die erhebliche psychosoziale Belastung der versicherten Person dokumentiert (act. 5.2/38). Im vorliegenden Beschwerdeverfahren reichte nun die IV-Stelle eine neuerliche Stellungnahme von Dr. D. ein, in welcher diese sich zu den im Bericht von Dr. B. enthaltenen Diagnosen bzw. deren Arbeitsfähigkeitsschätzung äussert (act. 6).

3.7

3.7.1 Dr. D. brachte in Bezug auf verschiedene von Dr. B. erwähnte Diagnosen vor, die behandelnde Ärztin habe keinen psychiatrischen Facharztstitel, weshalb diese Diagnosen schon aus diesem Grund nicht als ausgewiesen gelten könnten. Im Sinne der Angaben der Beschwerdeführerin erscheint es indes fragwürdig, Dr. B. pauschal jegliche Kompetenz zur Diagnosestellung abzusprechen. Einerseits verfügt die Therapeutin über den Titel Psychosomatische und psychosoziale Medizin SAPPm, was für detaillierte Kenntnisse auf dem Fachgebiet der Psychiatrie spricht. Andererseits ist vor allem festzustellen, dass die Angaben im Bericht von Dr. B. sehr fundiert wirken. In beweismässiger Hinsicht sei auch angemerkt, dass die Beurteilungen von Dr. B. aufgrund persönlicher Untersuchungen erfolgten, derweil die RAD-Ärztin D. eine reine Aktenbeurteilung vornahm. Betrachtet man im Übrigen die Angaben der RAD-Ärztin im Einzelnen, werfen diese Fragen auf. So hielt Dr. D. im Zusammenhang mit der rezidivierenden Depression fest, grundsätzlich sei über Jahre eine Anpassungsstörung mit depressiver Symptomatik dokumentiert. Je nach aktuellen psychosozialen Belastungsfaktoren schwanke die depressive Symptomatik zwischen schwer und leicht. Dies spreche gegen eine Verschlechterung. Vorliegend können die behaupteten „Schwankungen“ indes nicht nachvollzogen werden. Fakt ist, dass die im Zuge der ersten und zweiten IV-Anmeldung getätigten Abklärungen nie eine schwere depressive Episode ergeben hatten; erst im Arztbericht von Dr. B. ist davon nun erstmals die Rede. Damit liegt gerade ein Indiz für eine gesundheitliche Verschlechterung vor.

3.7.2 a) Ungeachtet der genauen psychiatrischen Diagnosen ist vor allem die Frage von Bedeutung, wie sich die psychische Problematik der Beschwerdeführerin konkret auswirkt. Dazu sind namentlich die Behandlungsbedürftigkeit sowie die Leistungsfähigkeit der Versicherten zu betrachten. Bezüglich seitens der Beschwerdeführerin in Anspruch genommener Behandlungen ist namentlich darauf hinzuweisen, dass die Beschwerdeführerin laut dem Bericht von Dr. B. vom 8. Dezember 2019 anscheinend vom 17. März bis 5. Mai 2019 in der Klinik Herisau war. Anschliessend stand sie noch bis zum 21. Juni 2019 in tagesklinischer Behandlung. Vom 25. Oktober bis 15. November 2019 sei es erneut zu einem stationären Aufenthalt in der Klinik Herisau gekommen, wegen akuter Suizidalität (act. 5.2/37, S. 2). Berücksichtigt man, dass für den relevanten Vergleichszeitraum einzig ein stationärer Aufenthalt in der Klinik Herisau vom 13. bis 26. Juli 2010 dokumentiert ist, entsprechen die angegebenen stationären bzw. halbstationären Therapien, welchen sich die Beschwerdeführerin im Jahr 2019 unterzog, einer deutlichen Zunahme solcher Klinikaufenthalte. Damit liegt wiederum ein Indiz für die von der Beschwerdeführerin behauptete Verschlechterung des Gesundheitszustands vor. Was die IV-Stelle betrifft, hatte diese aufgrund des Berichts von Dr. B. grundsätzlich Kenntnis von den (halb-)stationären Aufenthalten. Auf den Beizug der entsprechenden Behandlungs- bzw. Austrittsberichte

hatte sie indes offenbar verzichtet. Der RAD scheint dazu in seiner Stellungnahme vom 15. Januar 2020 keine Veranlassung gesehen zu haben, wie er auch sonst in der betreffenden Beurteilung keine Auseinandersetzung mit den fraglichen Behandlungen vornahm. Die gänzliche Ausserachtlassung dieser erheblichen Tatsachen ist letztlich nicht nachvollziehbar. Im Rahmen der in diesem Beschwerdeverfahren erfolgten ergänzenden Stellungnahme des RAD finden die stationären bzw. halbstationären Aufenthalte in der Klinik Herisau nur insoweit Erwähnung, als erklärt wird, die Klinikbesuche seien kein Nachweis für eine Verschlechterung. Schlüssig begründet wird dies indes nicht, laut RAD liege diesbezüglich bloss eine „störungsspezifisch zielführendere“ Therapie vor. Der Beweiswert dieser Beurteilung des RAD erscheint indes gerade deshalb eingeschränkt, weil die zuständige Ärztin Dr. D. vom Inhalt der Behandlungsberichte der Klinik Herisau gar keine Kenntnis hatte.

b) Betrachtet man schliesslich noch die Frage der Arbeitsfähigkeit, so wurde letztere von Dr. B. als gänzlich aufgehoben betrachtet. Soweit in den Entscheidgrundlagen der 1. und 2. IV-Anmeldung bloss von einer 50%igen Arbeitsfähigkeit ausgegangen wurde (vgl. act. 5.2/28 und 12), liegt damit erneut ein konkreter Anhaltspunkt für eine gesundheitliche Verschlechterung vor, auch wenn für die Einschätzung der medizinisch-theoretischen Arbeitsfähigkeit von Dr. B. eine umfassende Begründung fehlt. Jedenfalls vermag die Beurteilung von Dr. D., wonach der Verlust der Arbeitsstelle in der Pilzfabrik, wo die Versicherte von April bis Mai 2018 zu einem 100 %-Pensum angestellt war, mit psychosozialen Faktoren erklärt werden könne, die Verneinung einer Verschlechterung nicht zu plausibilisieren. Im Übrigen drängt sich aufgrund der Angaben betreffend Arbeitsstellen, welche die Beschwerdeführerin in ihrer dritten IV-Anmeldung lieferte, die Frage einer Statusänderung und damit verbunden eine Änderung der Bemessungsmethode auf. Während der ursprünglichen Verfügung, in Rahmen welcher letztmals eine materielle Beurteilung erfolgte, noch die Annahme einer 100%igen Haushaltstätigkeit zugrundelag, habe die Versicherte zwischen 2009 und 2013 und nochmals im Juli 2018 zu einem Pensum von 2 Stunden/Tag als Raumpflegerin gearbeitet und im Mai/April 2018 eben die besagte Tätigkeit in einer Pilzfabrik ausgeübt (act. 5.2/31, S.6). In der angefochtenen Verfügung findet keine Auseinandersetzung mit einer allfälligen Statusänderung statt.

3.7.3 Im Sinne der vorstehenden Erwägungen erscheint aufgrund der neuen medizinischen Aktenlage, welche sich mit der dritten IV-Anmeldung der Beschwerdeführerin präsentiert, eine gesundheitliche Verschlechterung als glaubhaft dargetan. Namentlich vermag der RAD mit seiner Beurteilung die Feststellungen im Bericht von Dr. B. vom 8. Dezember 2009 nicht zu entkräften. Bei diesem Ergebnis ist die Beschwerde dahingehend gutzuheissen, dass die angefochtene Verfügung aufgehoben und die Streitsache an die IV-Stelle

zurückgewiesen wird, damit diese auf die Neuanschuldung eintrete und nach erfolgter Prüfung über den Leistungsanspruch der Beschwerdeführerin neu verfüge.

4. 4.1

Nach Art. 69 Abs. 1^{bis} IVG sind Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder Verweigerung von Leistungen der Invalidenversicherung kostenpflichtig. Dem Verfahrensausgang entsprechend sind vorliegend keine Kosten zu erheben, da die Rückweisung der Sache zu erneuter Abklärung für die Frage der Auferlegung der Gerichtskosten als vollständiges Obsiegen des Beschwerdeführers gilt (vgl. z.B. BGE 141 V 281 E. 11.1) und der IV-Stelle laut Art. 22 Abs. 1 VRPG keine Gerichtskosten auferlegt werden.

4.2

Gestützt auf Art. 61 lit. g ATSG hat die obsiegende beschwerdeführende Partei gegenüber der IV-Stelle Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Die Entschädigung ist vom Versicherungsgericht festzusetzen, wobei die Bemessung ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache sowie nach der Schwierigkeit des Prozesses erfolgt (Art. 61 lit. g ATSG). Im Übrigen ist die Bemessung der Parteientschädigung dem kantonalen Recht überlassen (Urteil des Bundesgerichts 8C_11/2016 vom 22. Februar 2016 E. 3.1). In Sozialversicherungsverfahren vor Obergericht ist das anwaltliche Honorar pauschal zu bemessen (Art. 13 Abs. 1 lit. c der Verordnung über den Anwaltstarif vom 14. März 1995 [AT; bGS 145.53]). Vorliegend handelt es sich um einen durchschnittlich leichten Fall. Unter diesen Umständen ist das Honorar des beschwerdeführerischen Rechtsvertreters RA AA. als Grundlage der Parteientschädigung auf Fr. 2'500.--, zuzüglich Barauslagen von 4 % und Mehrwertsteuer von 7.7 %, total Fr. 2'800.20 festzulegen.

Das Obergericht erkennt:

1. Die Beschwerde wird dahingehend gutgeheissen, dass die angefochtene Verfügung aufgehoben und die Sache an die IV-Stelle zurückgewiesen wird, damit diese auf die erneute Anmeldung eintrete und nach erfolgter Prüfung über den Leistungsanspruch der Beschwerdeführerin neu verfüge.
2. Es werden keine Gerichtskosten erhoben.
3. Der Beschwerdeführerin wird zulasten der Vorinstanz eine Parteientschädigung von Fr. 2'800.20 zugesprochen.
4. **Rechtsmittel:**
Gegen dieses Urteil kann innert 30 Tagen seit der Zustellung Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten erhoben werden. Die Zulässigkeit einer solchen Beschwerde richtet sich nach Art. 82 ff. Bundesgerichtsgesetz (BGG, SR 173.110). Die Beschwerde ist beim Schweizerischen Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, schriftlich einzureichen. Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift zu enthalten; der angefochtene Entscheid sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind - soweit vorhanden - beizulegen (Art. 42 BGG). Die Beschwerde hat in der Regel keine aufschiebende Wirkung (Art. 103 BGG).
5. Zustellung an die Beschwerdeführerin über deren Anwalt, die Vorinstanz und das Bundesamt für Sozialversicherungen.

Im Namen der 3. Abteilung des Obergerichts

Der Obergerichtspräsident:

Der Obergerichtsschreiber:

lic. iur. Ernst Zingg

lic. iur. Marc Giger

versandt am: 19. März 2021