



Entscheid des Kantonsgerichts Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht

vom 28. Februar 2019 (720 18 201 / 58)

Invalidenversicherung

Nichteintreten auf eine Neuanschuldung nach rechtskräftiger Ablehnung eines Rentenanspruchs; eine Veränderung des medizinischen Sachverhalts ist nicht glaubhaft gemacht

Besetzung Präsidentin Doris Vollenweider, Kantonsrichter Jgnaz Jermann, Kantonsrichterin Elisabeth Berger Götz, Gerichtsschreiber Markus Schäfer

Parteien **A.**____, Beschwerdeführerin, vertreten durch Nikolaus Tamm, Advokat, Spalenberg 20, Postfach 1460, 4001 Basel

gegen

IV-Stelle Basel-Landschaft, Hauptstrasse 109, 4102 Binningen,
Beschwerdegegnerin

Betreff IV-Rente / Nichteintreten

A. Die 1968 geborene, zuletzt bis April 2012 im Rahmen verschiedener Teilzeittätigkeiten als Aushilfe im Reinigungsdienst erwerbstätig gewesene A.____ hatte sich am 12. November 2012 unter Hinweis auf Rücken- und Beinprobleme sowie auf eine Depression bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) zum Bezug von Leistungen angemeldet. Nach Abklärung der gesundheitlichen, der erwerblichen und der hauswirtschaftlichen Verhältnisse ermittelte die IV-Stelle Basel-Landschaft bei der Versicherten in Anwendung der gemischten Bemessungs-

methode mit Anteilen von 40 % an Erwerbs- und von 60 % an Haushaltstätigkeit einen Invaliditätsgrad von 0 %. Gestützt auf dieses Ergebnis lehnte die IV-Stelle mit Verfügung vom 29. Juni 2016 einen Anspruch von A.____ auf eine IV-Rente ab. Eine von der Versicherten hiergegen erhobene Beschwerde wies das Kantonsgericht, Abteilung Sozialversicherungsrecht (Kantonsgericht), mit Urteil vom 2. Februar 2017 (Verfahren-Nr. 720 16 274/39) ab. Dieser Entscheid erwuchs unangefochten in Rechtskraft.

Am 14. August 2017 (Eingang bei der IV-Stelle: 7. September 2017) meldete sich A.____ unter Hinweis auf eine Verschlechterung der depressiven und ängstlichen Symptomatik, eine Panikstörung und eine generalisierte Angststörung erneut bei der IV-Stelle zum Leistungsbezug an. Nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren trat die IV-Stelle mit Verfügung vom 8. Mai 2018 auf dieses Leistungsbegehren nicht ein. Zur Begründung machte sie geltend, man habe seit der Ablehnung des letzten Leistungsbegehrens keine wesentlichen Veränderungen der beruflichen oder medizinischen Situation der Versicherten feststellen können.

B. Mit Schreiben vom 5. Juni 2018 gelangte A.____ an die IV-Stelle und teilte dieser mit, dass sie mit deren Entscheid nicht einverstanden sei. Die IV-Stelle leitete diese Eingabe am 14. Juni 2018 zuständigkeithalber „zur Eröffnung des Beschwerdeverfahrens“ an das Kantonsgericht weiter. Dieses machte die Versicherte mit Schreiben vom 20. Juni 2018 darauf aufmerksam, dass ihre Eingabe vom 5. Juni 2018 den gesetzlichen Anforderungen an eine Beschwerde in verschiedener Hinsicht nicht genüge. Das Kantonsgericht räumte A.____ deswegen eine unerstreckbare Nachfrist bis 11. Juli 2018 zur Beschwerdeverbesserung ein. In der Folge reichte die Versicherte fristgerecht eine im Vergleich zur ersten Eingabe leicht ergänzte und mit ihrer Unterschrift versehene Beschwerde samt eines Berichts der behandelnden Psychiaterin Dr. med. B.____, Psychiatrie und Psychotherapie FMH, vom 5. Juli 2018 ein.

C. Mit Verfügung vom 7. August 2018 bewilligte das Kantonsgericht der Beschwerdeführerin gestützt auf die eingereichten Unterlagen für das vorliegende Beschwerdeverfahren die unentgeltliche Prozessführung.

D. In ihrer Vernehmlassung vom 6. September 2018 beantragte die IV-Stelle die Abweisung der Beschwerde.

E. Unmittelbar vor Eingang der Vernehmlassung der IV-Stelle hatte die Versicherte mitteilen lassen, dass sie nunmehr Advokat Nikolaus Tamm mit der Wahrung ihrer Interessen beauftragt habe. Sie ersuchte deshalb zusätzlich um Bewilligung der unentgeltlichen Verbeiständung mit ihrem Rechtsvertreter. Mit Verfügung vom 17. September 2018 entsprach das Kantonsgericht diesem Begehren. Gleichzeitig ordnete es die Durchführung eines zweiten Schriftenwechsels an.

F. In seiner Replik vom 16. November 2018 beantragte Advokat Nikolaus Tamm namens und im Auftrag von A.____, die IV-Stelle sei in Aufhebung der angefochtenen Verfügung zu verpflichten, auf die Angelegenheit einzutreten und eine Neuprüfung vorzunehmen; insbesondere sei ein neues Gutachten einzuholen; unter o/e-Kostenfolge. Die IV-Stelle beantragte in

ihrer Duplik vom 7. Januar 2019 die Abweisung der Beschwerde. Gleichzeitig legte sie ihren Ausführungen eine Beurteilung von Dr. med. C.____, Psychiatrie und Psychotherapie FMH, Regionaler Ärztlicher Dienst (RAD) beider Basel, vom 28. November 2018 bei.

Das Kantonsgericht zieht **in Erwägung** :

1.1 Gemäss Art. 69 Abs. 1 lit. a des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) vom 19. Juni 1959 können Verfügungen der kantonalen IV-Stellen direkt vor dem Versicherungsgericht am Ort der IV-Stelle angefochten werden. Anfechtungsobjekt des vorliegenden Verfahrens bildet eine Verfügung der IV-Stelle Basel-Landschaft, sodass die örtliche Zuständigkeit des Kantonsgerichts Basel-Landschaft zu bejahen ist. Laut § 54 Abs. 1 lit. b des Gesetzes über die Verfassungs- und Verwaltungsprozessordnung (VPO) vom 16. Dezember 1993 beurteilt das Kantonsgericht als Versicherungsgericht als einzige gerichtliche Instanz des Kantons Beschwerden gegen Verfügungen der kantonalen IV-Stelle. Es ist somit auch sachlich zur Behandlung der vorliegenden Beschwerde zuständig.

1.2 Die Versicherte reichte ihre Beschwerde vom 5. Juni 2018 bei der IV-Stelle ein. Gestützt auf Art. 30 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) vom 6. Oktober 2000, wonach alle Stellen, die mit der Durchführung der Sozialversicherung betraut sind, versehentlich an sie gelangte Eingaben entgegenzunehmen und an die zuständige Stelle weiterzuleiten haben, überwies die IV-Stelle die Eingabe am 14. Juni 2018 „zur Eröffnung des Beschwerdeverfahrens“ an das Kantonsgericht. Zu ergänzen ist in diesem Zusammenhang, dass mit der rechtzeitigen Einreichung der Beschwerde bei der unzuständigen Behörde die Beschwerdefrist gewahrt wird (Art. 60 Abs. 2 ATSG in Verbindung mit Art. 39 Abs. 2 ATSG).

1.3 Gemäss § 5 Abs. 1 und 2 VPO muss eine Beschwerde in Sozialversicherungssachen ein klar umschriebenes Begehren und eine Begründung sowie die Unterschrift der Beschwerde führenden Person oder der sie vertretenden Person enthalten. Falls eine Beschwerdeeingabe diese gesetzlichen Formerfordernisse nicht erfüllt, hat die präsidierende Person des Gerichts gestützt auf § 5 Abs. 3 VPO die Beschwerde führende Partei unter Ansetzung einer unerstreckbaren Nachfrist zur Verbesserung der Beschwerde anzuhalten. Die von der IV-Stelle an das Kantonsgericht weitergeleitete Beschwerde der Versicherten vom 5. Juni 2018 beinhaltete weder ein Rechtsbegehren noch enthielt sie eine ausreichende Begründung. Zudem fehlte darin die Unterschrift der Beschwerdeführerin. Da die Eingabe demnach den vorstehend genannten gesetzlichen Anforderungen an eine Beschwerdeeingabe in verschiedener Hinsicht nicht genügte, hielt das Kantonsgericht die Versicherte zur Beschwerdeverbesserung an. In der Folge reichte die Versicherte innert der ihr angesetzten Nachfrist eine im Vergleich zur ersten Eingabe leicht ergänzte und mit ihrer Unterschrift versehene Beschwerde samt eines Berichts der behandelnden Psychiaterin Dr. B.____ vom 5. Juli 2018 ein. Es erscheint fraglich, ob diese „verbesserte“ Beschwerde samt dem beigelegten Bericht von Dr. B.____ den gesetzlichen Formerfordernissen genügt, lässt sich doch auch dieser Eingabe kein klares Rechtsbegehren entneh-

men. Die Frage kann letztlich jedoch offen bleiben, denn wenn man auf die Beschwerde eintritt und diese materiell beurteilt, ist sie nämlich, wie im Folgenden zu zeigen sein wird, abzuweisen.

2.1 Die Neuansmeldung eines Rentenanspruchs wird nur materiell geprüft, wenn die versicherte Person glaubhaft macht, dass sich die tatsächlichen Verhältnisse seit der letzten rechtskräftigen Entscheidung in einem für den Rentenanspruch erheblichen Mass verändert haben (Art. 87 Abs. 3 in Verbindung mit Abs. 2 der Verordnung über die Invalidenversicherung [IVV] vom 17. Januar 1961). Gelingt ihr dies nicht, so wird auf das Gesuch nicht eingetreten. Ist die anspruchserhebliche Änderung glaubhaft gemacht, ist die Verwaltung verpflichtet, auf das neue Leistungsbegehren einzutreten und es in tatsächlicher und rechtlicher Hinsicht umfassend zu prüfen (Urteil des Bundesgerichts vom 31. August 2016, 8C_325/2016, E. 2.1 mit Hinweisen). Die Eintretensvoraussetzung nach Art. 87 Abs. 3 in Verbindung mit Abs. 2 IVV soll verhindern, dass sich die Verwaltung nach vorangegangener rechtskräftiger Anspruchsprüfung immer wieder mit gleichlautenden und nicht näher begründeten Rentengesuchen befassen muss (BGE 130 V 71 E. 3.2.3 mit Hinweisen). Die Rechtskraft der früheren Verfügung steht einer neuen Prüfung so lange entgegen, wie der seinerzeit beurteilte Sachverhalt sich in der Zwischenzeit nicht verändert hat. Die Verwaltung verfügt bei der Beurteilung der Eintretensvoraussetzungen über einen gewissen Spielraum. So wird sie zu berücksichtigen haben, ob die frühere Verfügung nur kurze oder schon längere Zeit zurückliegt, und an die Glaubhaftmachung dementsprechend mehr oder weniger hohe Anforderungen stellen (Urteil des Bundesgerichts vom 28. Mai 2009, 9C_286/2009, E. 2.2.1 mit weiteren Hinweisen).

2.2 Mit dem Beweismass des Glaubhaftmachens sind herabgesetzte Anforderungen an den Beweis verbunden; die Tatsachenänderung muss also nicht nach dem im Sozialversicherungsrecht sonst üblichen Grad 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. Erheblich ist eine Sachverhaltsänderung, wenn angenommen werden kann, der Anspruch auf eine Invalidenrente (oder deren Erhöhung) sei begründet, falls sich die geltend gemachten Umstände als richtig erweisen sollten (Urteil des Bundesgerichts vom 31. August 2016, 8C_325/2016, E. 2.1 mit Hinweisen).

2.3 In erster Linie ist es Sache der versicherten Person, substantielle Anhaltspunkte für eine allfällige neue Prüfung des Leistungsanspruchs darzulegen (vgl. auch bezüglich Nachfristansetzung zur Einreichung ergänzender, in der Neuansmeldung lediglich in Aussicht gestellter Beweismittel BGE 130 V 64 E. 5.2.5). Wenn die der Neuansmeldung beigelegten ärztlichen Berichte so wenig substantiiert sind, dass sich eine neue Prüfung nur aufgrund weiterer Erkenntnisse allenfalls rechtfertigen würde, ist die IV-Stelle unter Umständen zur Nachforderung weiterer Angaben gehalten. Dies ist nur, aber immerhin dann der Fall, wenn den - für sich allein genommen nicht Glaubhaftigkeit begründenden - Arztberichten konkrete Hinweise entnommen werden können, wonach möglicherweise eine mit weiteren Erhebungen erstellbare rechtserhebliche Änderung vorliegt (Urteil des Bundesgerichts vom 21. Juni 2016, 8C_244/2016, E. 2.1 mit Hinweisen). Im Übrigen bedeutet eine blosser Abklärung durch die Verwaltung, so das Einholen

eines einfachen Arztberichtes, allein noch kein materielles Eintreten auf die Neuanschuldung (Urteil des Bundesgerichts vom 28. Mai 2009, 9C_286/2009, E. 2.2.3 mit Hinweis).

2.4 Zeitliche Vergleichsbasis für die Prüfung einer anspruchserheblichen Änderung des Invaliditätsgrades bildet die letzte (der versicherten Person eröffnete) rechtskräftige Verfügung, welche auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Durchführung eines Einkommensvergleichs (bei Anhaltspunkten für eine Änderung in den erwerblichen Auswirkungen des Gesundheitszustandes) beruht. Vorliegend erfolgte die letzte materielle Prüfung des Rentenanspruchs der Beschwerdeführerin im Rahmen des Verfahrens, das zur rentenablehnenden Verfügung vom 29. Juni 2016 geführt hat. Demgemäss beurteilt sich die Frage, ob eine Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen erfolgt ist, die ein Eintreten auf die Neuanschuldung rechtfertigt, durch Vergleich des Sachverhalts, wie er im Zeitpunkt der Rentenverfügung vom 29. Juni 2016 bestanden hat, mit demjenigen im Zeitpunkt der vorliegend angefochtenen Verfügung vom 8. Mai 2018.

3.1 In ihrer rentenablehnenden Verfügung vom 29. Juni 2016 stützte sich die IV-Stelle bei der Beurteilung des medizinischen Sachverhalts vollumfänglich auf das bidisziplinäre Gutachten der Dres. med. D.____, Rheumatologie FMH, Innere Medizin FMH, manuelle Medizin SAMM, und E.____, Psychiatrie und Psychotherapie FMH, vom 23. April 2015.

3.1.1 Im rheumatologischen Teilgutachten diagnostizierte Dr. D.____ bei der Versicherten als Leiden mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit eine unspezifische Synovitis der rechten Hand (MRI 19.03.2015) sowie differentialdiagnostisch „eine virale Arthritis? Ev. Eine seronegative rheumatoide Arthritis?“. Zur Frage der Arbeitsfähigkeit führte Dr. D.____ aus, der Explorandin seien mittelschwere und schwere Arbeiten nicht mehr zumutbar. Ansonsten sei die Versicherte für jegliche leichte Tätigkeit, die nicht nur stehend oder nur sitzend zu verrichten sei, bei welcher sie nicht in Zwangshaltungen arbeiten müsse und die kein repetitives Bücken sowie kein Heben, Stossen oder Ziehen über 7,5 kg umfasse, zu 100 % arbeitsfähig, dies in Bezug auf ein Ganztagespensum.

3.1.2 Im psychiatrischen Teilgutachten gelangte Dr. E.____ zum Ergebnis, dass aus psychiatrischer Sicht keine Diagnose mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit gestellt werden könne. Als Diagnosen ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit hielt er eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41) und eine Simulation (ICD-10 Z76.8) fest. In seiner Beurteilung wies Dr. E.____ darauf hin, dass sich die sich widersprechenden Angaben und die völlige Desorientierung der Explorandin, die nicht einmal ihren Wohnort habe nennen können, durch eine psychiatrische Störung nicht erklären liessen. Bei der Explorandin würden sich keine Anzeichen einer Demenz zeigen. Eine derart ausgeprägte, völlige Desorientierung sei nur bei schwer dementen Personen, die in der Regel pflegebedürftig seien, zu beobachten. Die Explorandin täusche also willentlich ihre Gedächtnis- und Orientierungsschwierigkeiten vor. Auch beim durchgeführten “Test of Memory Malingerung“ lasse sich klar feststellen, dass die geklagten Gedächtnisstörungen eindeutig simuliert seien. Bei der Explorandin bestünden also eindeutige Zeichen einer Simulation. Da die Angaben der Explorandin nicht wahrheitsgetreu seien, sie psychische und geistige Einschränkungen vortäusche, könne

aus psychiatrischer Sicht neben der Schmerzstörung auch keine weitere Diagnose gestellt werden. Bei der Explorandin liessen sich keine verlässlichen Angaben erheben, auf deren Hintergrund sich diagnostische Überlegungen machen liessen. Wenn eine Person derartig simuliere, seien die geklagten Symptome wenig glaubhaft und es liessen sich dann auch keine Befunde mit Sicherheit feststellen, die allenfalls aus psychiatrischer Sicht eine Arbeitsunfähigkeit begründen würden. Aus der Diskrepanz zwischen den geklagten somatischen Symptomen und den objektivierbaren Befunden lasse sich einzig die Diagnose einer chronischen Schmerzstörung ableiten. Aus psychiatrischer Sicht könne der Explorandin aber zugemutet werden, trotz der geklagten Beschwerden die nötige Willensanstrengung aufzubringen, um ganztags einer beruflichen Tätigkeit nachgehen zu können. Als Ergebnis sei somit festzuhalten, dass bei der Versicherten sowohl in den bisherigen Tätigkeiten als Reinigungsfrau und im Haushalt als auch in jeder anderen beruflichen Tätigkeit aus psychiatrischer Sicht eine volle Arbeits- und Leistungsfähigkeit bestehe.

3.1.3 In ihrer abschliessenden interdisziplinären Konsensbeurteilung gelangten die Dres. D.____ und E.____ zu folgendem Ergebnis: Da aus psychiatrischer Sicht keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit bestehe, gelte die rheumatologische Beurteilung als Schlussbeurteilung. Zusammenfassend bestehe demnach für eine körperlich mittelschwere bis schwere Tätigkeit keine Arbeitsfähigkeit. Für jegliche leichte Tätigkeit hingegen sei eine 100 %-ige Arbeitsfähigkeit gegeben.

3.2 Die von der Versicherten gegen die rentenablehnende Verfügung vom 29. Juni 2016 erhobene Beschwerde wies das Kantonsgericht mit Urteil vom 2. Februar 2017 ab. Dieser Entscheidung erwuchs unangefochten in Rechtskraft. Das Kantonsgericht gelangte damals zum Ergebnis, dass die IV-Stelle bei der Würdigung des medizinischen Sachverhalts zu Recht auf das interdisziplinäre Gutachten der Dres. D.____ und E.____ abgestellt habe. In seinen Erwägungen führte es unter anderem aus, es könne mit der IV-Stelle - und den Gutachtern - davon ausgegangen werden, dass sich bei der Versicherten neben der Schmerzstörung keine zusätzliche psychiatrische Diagnose erheben lasse. Die geltend gemachten massiven Leistungseinschränkungen, wie etwa die geklagten Gedächtnisstörungen und die anlässlich der psychiatrischen Begutachtung präsentierte völlige Desorientierung, beruhten vielmehr auf einem bewusst gesteuerten Verhalten der Versicherten. Letztlich nicht entscheidend sei, ob dieses - je nach Situation - aktiv im Rahmen einer Simulation oder einer überdeutlichen Aggravation oder aber passiv durch ein die Abklärung bewusst verhinderndes "Verweigerungsverhalten" zum Ausdruck komme. Massgeblich sei, dass aufgrund der Feststellungen und eindrücklichen Schilderungen der Gutachter mit der IV-Stelle im Ergebnis von einem Ausschlussgrund auszugehen sei, der die Annahme einer zusätzlichen, versicherten psychiatrischen Gesundheitsbeeinträchtigung verbiete (E. 7.3 des Urteil vom 2. Februar 2017).

3.3 Im Zuge ihrer Neuanmeldung vom 14. August 2017 (Eingang bei der IV-Stelle: 7. September 2017) reichte die Versicherte zwei Berichte der behandelnden Psychiaterin Dr. B.____ vom 26. Oktober 2017 und 29. Januar 2018 sowie einen Austrittsbericht der Klinik F.____ vom 15. Dezember 2017 ein. In ihrem ersten Bericht diagnostizierte Dr. B.____ bei der Versicherten (1) eine chronisch verlaufende depressive Episode, gegenwärtig schwere Episode

mit fraglich psychotischen Symptomen, (2) eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren bei Verdacht auf eine gemischte dissoziative Störung sowie (3) eine substituierte Hypothyreose und eine essentielle Hypertonie. Zum Verlauf führte Dr. B.____ aus, die Patientin habe am 1. September 2016 einen Autounfall erlitten und sei deswegen während einer Woche hospitalisiert gewesen. Seither klage sie über eine verstärkte Schmerzproblematik (Nacken-, Kopf- und Rückenschmerzen). Auch der psychische Zustand der Patientin habe sich verschlechtert. Stützende und verhaltenstherapeutisch orientierte Psychotherapie, unterstützt mit Psychopharmaka, habe keine Veränderung des Zustands gebracht. In der gesamten Zeit der psychiatrischen Behandlung sei die Patientin nie beschwerdefrei gewesen. Eine rapide Verschlechterung sei seit März 2017 zu beobachten mit einer Zunahme der depressiven Symptomatik mit sozialem Rückzug, Antriebsstörung, Motivationseinbruch, Schlafstörungen und Müdigkeit. Die Patientin fühle sich von Ärzten nicht ernst genommen und im Stich gelassen. Sie zeige eine paranoide Verarbeitung betreffend ihrer Krankheit. Sie präsentiere mehrfach eine misstrauische Haltung und schildere Verfolgungs- und Beobachtungsgefühle. Es sei bemerkbar, dass die Patientin alle Einweisungen und Aktivierungsversuche paranoid als gegen sich gerichtet interpretiere. Im Austrittsbericht der Klinik F.____ vom 15. Dezember 2017, in welchem über einen vom 14. November 2017 bis 21. Dezember 2017 dauernden stationären Aufenthalt berichtet wird, diagnostizierte die Oberärztin Dr. med. G.____ bei der Versicherten eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode mit allenfalls fraglichen psychotischen Symptomen (ICD-10 F33.2), eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41), Alpträume (Angsträume; ICD-10 F51.5), eine Hypothyreose, nicht näher bezeichnet (ICD-10 E03.9), eine essentielle Hypertonie, nicht näher bezeichnet, ohne Angabe einer hypertensiven Krise (ICD-10 I10.90), und andere Kontakttänse mit Bezug auf den engeren Familienkreis (ICD-10 Z63). Zu Therapie und Verlauf führte Dr. G.____ aus, die Versicherte sei in das multimodale Therapieprogramm der Klinik integriert worden, soweit dies aufgrund ihrer sprachlichen Einschränkungen möglich gewesen sei. Dies habe die Behandlung der Patientin mit Einzelgesprächen, Körpertherapien und gestaltenden Therapien sowie die Beratung durch den sozialpsychiatrischen Dienst umfasst. Der Fokus der Behandlung sei auf die Aktivierung und Förderung der Selbstwirksamkeit gerichtet gewesen, hier sei die Patientin motivierbar gewesen, sie habe aber wenig Eigeninitiative gezeigt. Insgesamt sei es nicht möglich gewesen, nachhaltige Verhaltensänderungen aufzugleisen. In ihrem zweiten Bericht vom 29. Januar 2018 wies Dr. B.____ darauf hin, dass sich der psychische Zustand der Patientin - wie bereits am 26. Oktober 2017 festgehalten - verschlechtert habe. Sie habe die Patientin deswegen in der Klinik F.____ angemeldet, wo sie in der Folge vom 14. November 2017 bis 21. Dezember 2017 stationär behandelt worden sei. Leider habe die Patientin von diesem Klinikaufenthalt nicht profitieren können. Aufgrund des bisherigen Verlaufs könne bestätigt werden, dass die Patientin trotz der intensiven ambulanten psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung in ihrer Muttersprache sowie trotz der stationären Behandlung nicht aus ihrer depressiven Entwicklung herausgefunden habe, sondern immer depressiver geworden sei.

3.4 Für die Versicherte geht aus den vorstehend wiedergegebenen Berichten hervor, dass sich ihr Gesundheitszustand seit der letzten Leistungsablehnung verschlechtert habe. Sie habe am 1. September 2016 einen Auffahrunfall erlitten, bei dem sie sich ein Schädel-Hirn-Trauma

zugezogen habe. Die Folgen dieses Ereignisses seien im Rahmen der gerichtlichen Überprüfung der leistungsablehnenden Verfügung vom 29. Juni 2016 aus formellen Gründen nicht berücksichtigt worden. Schon daraus ergebe sich, dass der heute zu beurteilende Sachverhalt ein anderer sei als derjenige, welcher der Verfügung vom 29. Juni 2016 zugrunde gelegen habe. Sodann folge aus dem Austrittsbericht der Klinik F.____ vom 15. Dezember 2017 und dem Bericht von Dr. B.____ vom 29. Januar 2018, dass die mehrwöchige stationäre Behandlung aufgrund neu oder deutlich verstärkt aufgetretener Symptome indiziert gewesen sei und dass sich diese Symptome nur teilweise zurückgebildet hätten. Somit sei eine Veränderung des medizinischen Sachverhalts glaubhaft gemacht, weshalb die IV-Stelle auf die Neuanmeldung hätte eintreten müssen. Dieser Auffassung der Beschwerdeführerin kann jedoch nicht beigepllichtet werden. Wie die IV-Stelle gestützt auf die Beurteilungen des RAD-Arztes Dr. C.____ vom 31. Oktober 2017 und 2. Februar 2018 zu Recht festhält, sei die im Bericht von Dr. B.____ vom 26. Oktober 2017 beschriebene schwere depressive Episode mit fraglichen psychotischen Symptomen bereits in den früheren Berichten von Dr. B.____ vom 2. Dezember 2013 und der Klinik F.____ vom 9. Dezember 2014 geltend gemacht worden. Zwar gebe Dr. B.____ eine Verschlechterung seit März 2017 an, doch sei dies nicht plausibel, da die behandelnde Ärztin die gleichen Beschwerden und die gleiche Diagnose wie im Jahr 2013 beschreibe. Zu keiner andern Einschätzung führten sodann der zweite Bericht von Dr. B.____ vom 29. Januar 2018 und der Austrittsbericht der Klinik F.____ vom 15. Dezember 2017. Im Wesentlichen werde von der behandelnden Psychiaterin eine Verschlechterung des psychischen Gesundheitszustands geltend gemacht und dies mit einer stationären Behandlung belegt. Dass die Versicherte immer depressiver geworden sei, sei indessen nicht plausibel, vielmehr werde der Zustand seit Jahren so beschrieben. Eine massgebliche Verschlechterung lasse sich beim Vergleich der klinischen Beschreibung nicht erkennen.

3.5 Diesen zutreffenden Ausführungen der IV-Stelle ist vollumfänglich beizupflichten und es ist mit der Vorinstanz festzuhalten, dass in den neu eingereichten psychiatrischen Berichten im Wesentlichen der gleiche psychische Gesundheitszustand der Versicherten beschrieben wird, wie er bereits im Zeitpunkt der ersten leistungsablehnenden Verfügung vom 29. Juni 2016 vorgelegen hatte. Zu beachten ist sodann, dass vorliegend an die Glaubhaftmachung einer Verschlechterung ohnehin höhere Anforderungen zu stellen sind, da die letzte Leistungsablehnung lediglich kurze Zeit zurückliegt (vgl. dazu E. 2.1 hiervor und die dortigen Hinweise). Ebenfalls nicht ausser Acht zu lassen ist, dass die IV-Stelle und das Kantonsgericht im Rahmen der vorausgegangenen Prüfung des Rentenanspruchs davon ausgegangen sind, dass die geltend gemachten massiven Leistungseinschränkungen, wie etwa die geklagten Gedächtnisstörungen und die anlässlich der psychiatrischen Begutachtung präsentierte völlige Desorientierung, auf einem bewusst gesteuerten Verhalten der Versicherten beruht hatten. Vor diesem Hintergrund muss umso mehr verlangt werden, dass im Rahmen einer Neuanmeldung medizinische Unterlagen vorgelegt werden, die sich in der Diagnosestellung und der Beschreibung der erhobenen Befunde deutlich von den früheren Berichten und Einschätzungen unterscheiden oder die schlüssig aufzeigen, dass heute nicht mehr von einem bewusst gesteuerten Verhalten der Versicherten - sei es aktiv im Rahmen einer Simulation oder einer überdeutlichen Aggravation oder aber passiv durch ein die Abklärung bewusst verhinderndes "Verweigerungsverhalten" - ausgegangen werden kann. Dies ist hier nach dem vorstehend Gesagten nicht der Fall.

3.6 Was die Beschwerdeführerin vorbringt, vermag an diesem Ergebnis nichts zu ändern. Als unbehilflich erweist sich der Einwand, dass aus heutiger Sicht das vor dreieinhalb Jahren erstattete Gutachten der Dres. D._____ und E._____ nicht mehr als beweiskräftig qualifiziert werden könnte, da es die heute gestellten Anforderungen gemäss der bundesgerichtlichen Indikatorenrechtsprechung nicht erfülle. Einwände gegen die beweisrechtliche Verwertbarkeit des betreffenden Gutachtens hätten im vorausgegangenen Beschwerdeverfahren gegen die rentenablehnende Verfügung vom 29. Juni 2016 erhoben werden müssen; solche Rügen sind denn auch im damaligen Beschwerdeverfahren vorgebracht, vom Kantonsgericht aber in seinem Urteil vom 2. Februar 2017 als unbegründet abgewiesen worden (vgl. E. 7.3 des Entscheids). Darauf ist im heutigen Urteil nicht mehr zurückzukommen. Zu keiner anderen Beurteilung führt sodann der Hinweis auf den am 1. September 2016 erlittenen Auffahrunfall. Die Versicherte legt nicht dar, welche anhaltenden Folgen dieses Ereignis auf ihren Gesundheitszustand gehabt haben soll und es liegen auch keine Arztberichte vor, die glaubhaft nach wie vor bestehende - somatische oder psychische - Gesundheitsbeeinträchtigungen dokumentieren, die auf diesen Unfall zurückzuführen sind. Nichts zu ihren Gunsten ableiten kann die Beschwerdeführerin schliesslich aus dem Umstand, dass die Beschwerdegegnerin beim RAD Stellungnahmen zu den Berichten der Psychiaterin Dr. B._____ und der Klinik F._____ AG eingeholt hat. Wie oben aufgezeigt (vgl. E. 2.3 hiervor), stellt nach der bundesgerichtlichen Rechtsprechung die Vornahme blosser Abklärungen durch die Verwaltung - wie etwa das Einholen eines einfachen Arztberichtes oder einer kurzen Stellungnahme des RAD - allein noch kein materielles Eintreten auf ein neues Leistungsbegehren dar. Zu beachten ist allerdings, dass sich die medizinischen Abklärungen, welche die IV-Stelle im Zusammenhang mit der Prüfung der Frage, ob eine Änderung des anspruchserheblichen medizinischen Sachverhaltes glaubhaft gemacht worden ist, grundsätzlich in Grenzen zu halten haben. Es gilt, die im Rahmen einer Neuanmeldung als erstes zur Diskussion stehende Eintretensfrage und die allenfalls daran anschliessende materielle Beurteilung des neuen Leistungsbegehrens, welche auf einer vollständigen Abklärung des relevanten medizinischen Sachverhaltes zu beruhen hat, jeweils klar auseinander zu halten. Die erforderliche Abgrenzung dieser beiden Verfahrensstadien erweist sich nicht nur umso schwieriger, sondern auch umso problematischer, je aufwändiger und umfassender die Abklärungen ausfallen, welche die IV-Stelle bzw. der RAD bereits im Hinblick auf die Beurteilung der Eintretensfrage vornehmen. Im hier zu beurteilenden Fall liegen die von der IV-Stelle eingeholten Beurteilungen des RAD-Arztes Dr. C._____ aber noch im Rahmen dessen, was in diesem Verfahrensstadium als zulässige Abklärungsmassnahme bezeichnet werden kann. Somit besteht auch unter diesem Aspekt keine Veranlassung, die angefochtene Nichteintretensverfügung in Frage zu stellen.

4. Aus dem Gesagten folgt zusammenfassend, dass die IV-Stelle auf die Neuanmeldung der Versicherten vom 14. August 2017 (Eingang bei der IV-Stelle: 7. September 2017) zu Recht nicht eingetreten ist. Die gegen die betreffende Verfügung der IV-Stelle vom 8. Mai 2018 erhobene Beschwerde erweist sich als unbegründet. Sie ist deshalb abzuweisen, soweit darauf eingetreten werden kann (vgl. E. 1.3 hiervor).

5.1 Gemäss Art. 69 Abs. 1^{bis} IVG sind Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von 200-1000 Franken festgelegt. Bei Fällen wie dem vorliegenden, in denen ein durchschnittlicher Verfahrensaufwand entstanden ist, setzt das Gericht die Verfahrenskosten in Berücksichtigung des bundesrechtlichen Kostenrahmens einheitlich auf 800 Franken fest. Nach § 20 Abs. 3 VPO werden die Verfahrenskosten in der Regel der unterliegenden Partei in angemessenem Ausmass auferlegt. Vorliegend ist die Beschwerdeführerin unterliegende Partei, weshalb die Verfahrenskosten ihr zu auferlegen sind. Der Beschwerdeführerin ist nun allerdings mit Verfügung vom 7. August 2018 die unentgeltliche Prozessführung bewilligt worden. Aus diesem Grund werden die Verfahrenskosten vorläufig auf die Gerichtskasse genommen.

5.2 Die ausserordentlichen Kosten sind dem Prozessausgang entsprechend wettzuschlagen. Da der Beschwerdeführerin mit Verfügung vom 17. September 2018 die unentgeltliche Verbeiständung mit ihrem Rechtsvertreter bewilligt worden ist, ist dieser für seine Bemühungen aus der Gerichtskasse zu entschädigen. Gemäss § 3 Abs. 2 der Tarifordnung für die Anwältinnen und Anwälte vom 17. November 2003 beträgt das Honorar bei unentgeltlicher Verbeiständung Fr. 200.-- pro Stunde. Der Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin hat in seiner Honorarnote vom 31. Januar 2019 für das vorliegende Verfahren einen Zeitaufwand von 9 Stunden und 5 Minuten geltend gemacht, was sich in Anbetracht der sich stellenden Sachverhalts- und Rechtsfragen als angemessen erweist. Nicht zu beanstanden sind sodann die ausgewiesenen Auslagen von Fr. 20.10. Dem Rechtsvertreter ist deshalb ein Honorar in der Höhe von Fr. 1'978.20 (9 Stunden und 5 Minuten à Fr. 200.-- + Auslagen von Fr. 20.10 zuzüglich 7,7% Mehrwertsteuer) aus der Gerichtskasse auszurichten.

5.3 Die Beschwerdeführerin wird ausdrücklich auf § 53a Abs. 1 des Gesetzes über die Organisation der Gerichte (GOG) vom 22. Februar 2001 aufmerksam gemacht, wonach eine Partei, der die unentgeltliche Rechtspflege gewährt wurde, zur Nachzahlung verpflichtet ist, sobald sie dazu in der Lage ist.

Demgemäss wird **erkannt** :

- ://:
1. Die Beschwerde wird abgewiesen, soweit darauf eingetreten werden kann.
 2. Die Verfahrenskosten in der Höhe von Fr. 800.-- werden der Beschwerdeführerin auferlegt.

Zufolge Bewilligung der unentgeltlichen Prozessführung werden die Verfahrenskosten vorläufig auf die Gerichtskasse genommen.
 3. Es wird keine Parteientschädigung zugesprochen.

Zufolge Bewilligung der unentgeltlichen Verbeiständung wird dem Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin ein Honorar in der Höhe von Fr. 1'978.20 (inkl. Auslagen und 7,7 % Mehrwertsteuer) aus der Gerichtskasse ausgerichtet.

<http://www.bl.ch/kantonsgericht>