



Entscheid des Kantonsgerichts Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht

vom 26. April 2012 (720 11 292)

Invalidenversicherung

Nichteintreten auf Neuanmeldung

Besetzung	Präsidentin Eva Meuli, Kantonsrichter Yves Thommen, Kantonsrichter Markus Mattle, Gerichtsschreiberin Gisela Wartenweiler
-----------	---

Parteien	A.____, Beschwerdeführerin, vertreten durch Martin Kuhn, Rechtsanwalt, Mellingerstrasse 2a, Postfach 2078, 5402 Baden
----------	---

gegen

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

Betreff	IV-Rente (756.2528.9426.42)
---------	-----------------------------

A. Die 1958 geborene A.____ meldete sich am 30. Mai 2008 unter Hinweis auf ein Rückenleiden bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug an. Nachdem die IV-Stelle Basel-Landschaft die gesundheitlichen und die erwerblichen Verhältnisse der Versicherten abgeklärt hatte, erteilte die IV-Stelle eine Kostengutsprache für ein Arbeitstraining vom 16. März 2009 bis 15. Juni 2009. Diesen Arbeitsversuch brach die Versicherte frühzeitig ab. In der Folge prüfte die IV-Stelle den Rentenanspruch und ermittelte dabei einen Invaliditätsgrad von 25 %. Mit Verfügung vom 2. November 2010 lehnte die IV-Stelle - nach Durchführung

des Vorbescheidverfahrens - einen Anspruch von A.____ auf eine Invalidenrente ab. Diese Verfügung erwuchs unangefochten in Rechtskraft. Am 1. Juni 2011 meldete der Hausarzt Dr. med. B.____, FMH Innere Medizin und Onkologie, die Versicherte erneut zum Leistungsbezug an, da sich der psychische Zustand massiv verschlechtert habe. Zur Begründung dieser gesundheitlichen Verschlechterung verwies er auf das Einweisungszeugnis der C.____ vom 26. Januar 2011 und den Bericht der D.____ vom 3. Mai 2011. Die IV-Stelle trat mit Verfügung vom 1. August 2011 auf das Leistungsbegehren nicht ein. Es sei nicht glaubhaft dargelegt worden, dass sich die tatsächlichen Verhältnisse seit der letzten Verfügung verändert hätten.

B. Gegen diese Verfügung erhob A.____, vertreten durch Rechtsanwalt Martin Kuhn, am 30. August 2011 Beschwerde ans Kantonsgericht, Abteilung Sozialversicherungsrecht (Kantonsgericht). Darin beantragte sie, es sei die angefochtene Verfügung aufzuheben und es sei die Sache zur materiellen Prüfung ihrer Leistungsansprüche an die IV-Stelle zurückzuweisen; unter o/e Kostenfolge. Sie machte geltend, es gehe aus dem Schreiben der D.____ vom 22. August 2011 und dem Arztzeugnis der C.____ vom 24. August 2011 hervor, dass sie an einer inzwischen chronifizierten mittelgradigen depressiven Erkrankung leide, die eine längerfristige vollständige Arbeitsunfähigkeit zur Folge habe. Mit Eingabe vom 5. Oktober 2011 stellte die Versicherte dem Gericht das Schreiben des Krankentaggeldversicherers vom 3. Oktober 2011 zu, wonach ihr Taggeldanspruch infolge Verschlechterung des Gesundheitszustandes per 1. Januar 2011 aufgrund einer Arbeitsunfähigkeit von 40 % auf 60 % erhöht wurde.

C. In ihrer Vernehmlassung vom 4. Januar 2011 verwies die IV-Stelle auf den Bericht des Regionalen ärztlichen Dienstes (RAD) vom 1. Dezember 2011 und beantragte die Abweisung der Beschwerde.

D. Nach Einsicht in den RAD-Bericht vom 1. Dezember 2011 hielt der Rechtsvertreter namens und im Auftrag der Versicherten in seiner Eingabe vom 13. Februar 2012 an den Rechtsbegehren fest. Dabei stellte er einen Bericht der C.____ und des behandelnden Psychiaters Dr. med. E.____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, in Aussicht. Der Bericht der C.____ vom 15. Februar 2012 wurde dem Gericht am 2. März 2012 zugestellt.

E. In der Stellungnahme vom 18. April 2012 führte die IV-Stelle unter Hinweis auf den RAD-Bericht vom 17. April 2012 aus, dass sie an ihrem Antrag auf Abweisung der Beschwerde festhalte.

Das Kantonsgericht zieht **i n E r w ä g u n g** :

1. Streitgegenstand des vorliegenden Beschwerdeverfahrens bildet einzig die Frage, ob die IV-Stelle auf die Neuanschuldung zum Leistungsbezug, welche die Versicherte am 1. Juni 2011 einreichte, zu Recht nicht eingetreten ist.

1.1 Wurde ein Rentenanspruch der versicherten Person wegen eines zu geringen Invaliditätsgrades verweigert, so wird nach Art. 87 Abs. 4 der Verordnung über die Invalidenversiche-

rung (IVV) vom 17. Januar 1961 eine Neuansmeldung zum Rentenbezug nur geprüft, wenn die Voraussetzungen gemäss Abs. 3 erfüllt sind. Danach ist von der versicherten Person im Gesuch glaubhaft zu machen, dass sich der Grad der Invalidität in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert hat. 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 (vgl. BGE 117 V 200 E. 4b). Die Eintretensvoraussetzung nach Art. 87 Abs. 3 IVV soll verhindern, dass sich die Verwaltung nach vorangegangener rechtskräftiger Anspruchsprüfung immer wieder mit gleichlautenden und nicht näher begründeten Rentengesuchen befassen muss (BGE 133 V 112 E. 5.3.1). Die Rechtskraft der früheren Verfügung steht einer neuen Prüfung so lange entgegen, wie der seinerzeit beurteilte Sachverhalt sich in der Zwischenzeit nicht verändert hat. Die Verwaltung verfügt bei der Beurteilung der Eintretensvoraussetzungen über einen gewissen 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; BGE 109 V 114 E. 2b).

1.2 Mit dem Beweismass des Glaubhaftmachens sind allerdings herabgesetzte Anforderungen an den Beweis verbunden; die Tatsachenänderung muss also nicht nach dem im Sozialversicherungsrecht sonst üblichen Grad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (BGE 126 V 360 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 sei begründet, falls sich die geltend gemachten Umstände als richtig erweisen sollten (Urteil des Bundesgerichts vom 28. Mai 2009, 9C_286/2009, E. 2.2.2 mit weiteren Hinweisen).

1.3 In erster Linie ist es Sache der versicherten Person, substantielle Ansatzpunkte für eine allfällige neue Prüfung des Leistungsanspruchs darzulegen. Wie das Bundesgericht im Entscheid 130 V 64 ff. bekräftigte, spielt der Untersuchungsgrundsatz, wonach die Verwaltung von Amtes wegen für die richtige und vollständige Abklärung des rechtserheblichen Sachverhaltes zu sorgen hat (BGE 125 V 195 E. 2, 122 V 158 E. 1a, je mit Hinweisen), insoweit nicht. Wird in der Neuansmeldung bloss auf ergänzende Beweismittel, insbesondere Arztberichte, hingewiesen, die noch beigebracht würden oder von der Verwaltung beizuziehen seien, ist der versicherten Person nach der Rechtsprechung eine angemessene Frist zur Einreichung der Beweismittel anzusetzen. Sie ist mit der Androhung zu verbinden, dass ansonsten gegebenenfalls auf Nicht-eintreten zu erkennen sei (BGE 130 V 68 f. E. 5.2.5 mit Hinweisen). Wenn die der Neuansmeldung beiliegenden ärztlichen Berichte so wenig substantiiert sind, dass sich eine neue Prüfung nur aufgrund weiterer Erkenntnisse allenfalls rechtfertigen würde, ist es der Verwaltung zwar unbenommen, entsprechende Erhebungen anzustellen oder bei der versicherten Person Belege nachzufordern, eine Verpflichtung der IV-Stelle zur Nachforderung weiterer Angaben (analog zu BGE 130 V 64 ff.) besteht indessen nur, wenn den - für sich allein genommen nicht Glaubhaftigkeit begründenden - Arztberichten konkrete Hinweise entnommen werden können, wo-

nach möglicherweise eine mit weiteren Erhebungen erstellbare rechtserhebliche Änderung vorliegt. 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).

2.1.1 Vorliegend lehnte die IV-Stelle mit Verfügung vom 1. August 2011 einen Anspruch der Versicherten auf eine Invalidenrente (Invaliditätsgrad = 25 %) ab. Sie stützte sich damals bei der Beurteilung des medizinischen Sachverhaltes im Wesentlichen auf das interdisziplinäre Gutachten von Dr. med. F.____, FMH Rheumatologie und Allgemeine Innere Medizin, und Dr. med. G.____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, vom 2. Juni 2010. Die beiden Gutachter untersuchten die Versicherte im Auftrag der IV-Stelle bereits einmal im September 2008. Damals stellten sie gemäss ihrem Gutachten vom 6. Oktober 2009 keine Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit. Die anhaltende somatoforme Schmerzstörung, das chronische Lumbovertebralsyndrom und der angeborene offene Wirbelbogen S1 würden keine Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit der Versicherten haben. Bei der neuerlichen Untersuchung stellten sie insofern eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes fest, als sie eine leichte depressive Episode und eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung diagnostizierten, welche die Arbeitsfähigkeit beeinflussten. Aus gesamtmedizinischer Sicht sei die Versicherte seit Juli 2009 für jegliche Tätigkeit zu 80 % arbeitsfähig sofern sie keine Lasten über 15 kg heben, stossen oder ziehen, nicht dauernd vornüber gebeugt und nicht nur repetitiv bückend arbeiten müsse. Dr. F.____ führte an, dass sich seit der Erstbeurteilung im September 2008 in somatischer Hinsicht trotz Schmerzsymptomatik nichts geändert habe.

2.1.2 Dr. G.____ hielt in seinem psychiatrischen Fachgutachten als Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit eine leichte depressive Störung und eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung fest. Im Vergleich zu seiner Begutachtung vom 6. Oktober 2008 hätten sich nur diskrete Änderungen ergeben. Damals habe er lediglich eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung feststellen können. Heute sei aufgrund der tiefen Grundstimmung, der Müdigkeit, des teilweise reduzierten inneren Antriebs, der Interesse- und Freudlosigkeit sowie der gedanklichen Einengung zusätzlich die Diagnose der depressiven Episode zu stellen. Allerdings seien die objektiven Untersuchungsbefunde nur diskret pathologisch und würden das von der Versicherten geschilderte Ausmass nicht erreichen. Er habe lediglich eine diskrete Affektverarmung feststellen können. Die Versicherte zeige psycho- und sprachmotorisch bis auf einen etwas reduzierten Sprachtonus keinerlei Auffälligkeiten. Alle anderen Parameter seien vollständig bland, so dass aus objektiver Sicht die innerpsychische Vitalität nur sehr wenig beeinträchtigt sei. Die Explorandin beschreibe sich dagegen in sämtlichen Lebensbereichen als vollumfänglich dysfunktional. Diese Selbsteinschätzung werde widerlegt, in dem sie in der Lage sei, ihre Körperpflege alleine vorzunehmen, zweimal täglich Spaziergänge zu unternehmen, einfache Einkäufe zu tätigen und mit dem Auto über die Pfingsttage nach Kroatien zu reisen. Aus psychiatrischer Sicht bestehe deshalb in der bisherigen Tätigkeit und in einer Verweistätigkeit eine Arbeitsfähigkeit von 80 %.

2.2 Mit ihrer Neuanschuldung vom 1. Juni 2011 reichte die Versicherte der IV-Stelle Berichte der C.____ vom 26. Januar 2011 sowie der D.____ vom 3. Mai 2011 ein. Im Rahmen des vor-

liegenden Beschwerdeverfahrens stellte sie dem Gericht weitere Beurteilungen der C.____ vom 24. August 2011, 12. Dezember 2011, 5. Januar 2012, 15. Februar 2012 und 17. April 2012, der D.____ vom 22. August 2011 und von Dr. B.____ vom 30. Januar 2012 zu. Streitig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdeführerin mit diesen Berichten glaubhaft machen kann, dass sich ihr Gesundheitszustand seit Erlass der einen Rentenanspruch ablehnenden Verfügung vom 2. November 2010 in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert hat.

2.3 Die zuständigen Ärzte der C.____ führten in ihrem Einweisungszeugnis in die D.____ vom 26. Januar 2011 als Diagnose eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte bis mittelgradige Episode, und eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung auf. Es gebe keine Anhaltspunkte für eine Beeinträchtigung der kognitiven Funktionen oder des Gedächtnisses. Im Affekt sei sie meistens traurig, hilf-, rat- und perspektivlos. Unterschwellig seien oft Verständnislosigkeit, Frustration und Ärger über die Ärzte feststellbar, welche ihr somatisches Krankheitskonzept nicht teilen und sie deshalb als arbeitsfähig betrachten würden. Sie äussere eine passive Lebensmüdigkeit ohne Suizidgedanken und der Antrieb sei vermindert. Ansonsten könnten keine psychischen Störungen festgestellt werden.

2.4 Gemäss den Berichten der D.____ vom 3. Mai 2011 und 22. August 2011 war die Versicherte vom 3. März 2011 bis 15. April 2011 dort hospitalisiert. Die behandelnden Ärzte diagnostizierten eine chronifizierte mittelgradige depressive Symptomatik vor dem Hintergrund einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung. Bei der Einweisung sei sie im Affekt ratlos, deprimiert und hoffnungslos gewesen. Sie beschreibe eine Störung der Vitalgefühle, eine innere Unruhe und Insuffizienzgefühle. Gelegentlich sei sie gereizt und der Antrieb sei vermindert. Es beständen Ein- und Durchschlafstörungen sowie Müdigkeit. Trotz Anpassung der antidepressiven Medikation und Teilnahme am multimodalen Therapieprogramm sei es nur zu einer geringfügigen Besserung der depressiven Symptomatik gekommen. Aufgrund der Schwere und der Chronifizierung sei zum Zeitpunkt der Hospitalisation von einer längerfristigen Arbeitsunfähigkeit auszugehen.

2.5 Zu diesen neu eingereichten Berichten nahmen die RAD-Ärzte Dr. med. H.____, Facharzt für Allgemeinmedizin, am 19. Juli 2011 und pract. med. I.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, am 1. Dezember 2011 Stellung. Dr. H.____, dem zum Zeitpunkt seiner Stellungnahme die Berichte der C.____ vom 26. Januar 2011 und der D.____ vom 3. Mai 2011 vorlagen, wies darauf hin, dass zu Recht keine Verschlechterung der somatischen Situation geltend gemacht werde. Er hielt nach einem Konsensgespräch mit pract. med. I.____ fest, dass aufgrund der von der Versicherten eingereichten Berichte der C.____ und der D.____ seit der Begutachtung durch Dr. G.____ vom 2. Juni 2010 auch keine erhebliche, IV-relevante Veränderung des psychischen Gesundheitszustandes bestehe. Die D.____ habe in ihrer Beurteilung nicht berücksichtigt, dass die subjektiven Angaben der Versicherten wesentlich von den objektiven Befunden abweichen würden. Zudem werde ausdrücklich auf einen sekundären Krankheitsgewinn hingewiesen. Die C.____ diagnostiziere eine rezidivierende depressive Störung. Bei einer solchen psychischen Erkrankung könnten vorübergehende Episoden mit einer Verbesserung oder Verschlechterung der Symptome immer wieder auftreten. Eine längerfristige, wesentliche Veränderung des psychischen Gesundheitszustandes sei damit aber nicht ausge-

wiesen. Pract. med. I.____ führte an, dass die Ärzte der C.____ in ihrem Einweisungsschreiben von einer leichten mittelgradigen depressiven Störung ausgegangen seien. Es sei nicht nachvollziehbar, weshalb die Versicherte nach der stationären Behandlung in der D.____ depressiver sein solle als vorher. Zudem werde die von den behandelnden Ärzten festgestellte unter 80 % liegende Arbeitsfähigkeit der Versicherten nicht präzisiert. Es sei deshalb davon auszugehen, dass eine mittelschwere depressive Störung nie für längere Zeit vorgelegen habe. Bei einer maximal leichten bis mittelschweren depressiven Beeinträchtigung könne nicht von einer qualitativ veränderten gesundheitlichen Situation in psychiatrischer Hinsicht gesprochen werden. So würden auch im Bericht der D.____ vor allem soziale und familiär interaktionelle Probleme aufgeführt. Dabei werde die Versicherte nicht ständig als mittelschwer depressiv angesehen. Er komme deshalb zum Schluss, dass seit der Begutachtung durch Dr. G.____ keine wesentliche Verschlechterung des psychischen Gesundheitszustandes der Versicherten eingetreten sei.

2.6 Am 24. August 2011 berichtete die behandelnde Oberärztin der C.____, Dr. med. J.____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, dass die Versicherte nebst der somatoformen Schmerzstörung aktuell eine mittelgradige depressive Episode durchlaufe. Aufgrund dieser depressiven Störung sei die Versicherte weniger als 80 % arbeitsfähig.

2.7 In einem an den Rechtsanwalt der Versicherten gerichteten Schreiben vom 30. Januar 2012 bestätigte Dr. B.____, dass sich der gesundheitliche Zustand der Versicherten seit dem Aufenthalt in der D.____ im April 2011 nicht verbessert habe. Weiterhin zeige die Versicherte die typischen Beschwerden einer Depression. Er wies auf den Abschluss- und Verlaufsbericht der C.____ vom 12. Dezember 2011 hin. Darin diagnostizierten die behandelnden Ärzte eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung und eine mittelgradige depressive Episode. Die psychiatrische Störung weise einen stark chronifizierten Verlauf auf. Die depressive Symptomatik habe inzwischen das Ausmass einer mittelgradigen Episode erreicht und gehe damit über die depressive Begleitsymptomatik im Rahmen der Somatisierung hinaus. Psychopathologisch stehe die starke Verzweiflung, die Hilfs- Rat- und Perspektivlosigkeit, die ausgeprägte Selbstwertproblematik, Schuld- und Schamgefühle, eine starke innere und äussere Anspannung bei gleichzeitiger Antriebslosigkeit und eine Adynamie (= eine allgemeine Erschöpfung bzw. eine ausgeprägte Kraft- und Antriebslosigkeit) im Vordergrund. Diese Diagnosen bestätigte Dr. J.____ mit Schreiben vom 5. Januar 2012.

2.8 Dr. J.____ erstattete am 15. Februar 2012 erneut Bericht über den Gesundheitszustand der Versicherten. Sie verwies im Wesentlichen auf die Beurteilung der behandelnden Assistenzärztin der C.____ vom 12. Dezember 2011. Sie zeigte dabei auf, dass die Versicherte trotz aktivierender und rehabilitativer Massnahmen bis auf absehbare Zeit zu mindestens 80 % arbeitsunfähig sei. Angesichts der bereits eingetretenen Chronifizierung sei die Prognose bezüglich der Wiedererlangung einer zumindest teilweisen Arbeitsfähigkeit als ungünstig zu betrachten. Auch mittels einer unterstützenden antidepressiven Medikation habe keine wesentliche Verbesserung der depressiven Symptomatik oder des Schmerzerlebens erreicht werden können. Pract. med. I.____ nahm zum Bericht von Dr. J.____ am 17. April 2012 Stellung. Er hielt weiterhin daran fest, dass eine Verschlechterung und Chronifizierung der Depression fachpsychiatrisch nicht nachvollziehbar sei.

3.1 Vorliegend lehnte die IV-Stelle mit Verfügung vom 2. November 2010 mangels Renten begründenden Invaliditätsgrades einen Rentenanspruch der Versicherten ab. Knapp 7 Monate später stellte die Versicherte bereits ein neues Leistungsbegehren. Aufgrund dieser kurzen Zeitspanne zwischen Ablehnung des Rentenanspruchs und Neuansmeldung sind an die Glaubhaftmachung der wesentlichen Änderung des Gesundheitszustandes strenge Anforderungen zu stellen (vgl. Erwägung 1.1). Die Versicherte machte nun unter Verweis auf die seit der Begutachtung durch Dr. G.____ erstellten ärztlichen Berichte der C.____ vom 26. Januar 2011, 24. August 2011, 12. Dezember 2011, 5. Januar 2012 und 15. Februar 2012, der D.____ vom 3. Mai 2011 und 22. August 2011 und von Dr. B.____ vom 30. Januar 2012 eine Verschlechterung ihres psychischen Gesundheitszustandes geltend. Wird der Krankheitsverlauf anhand der gesamten medizinischen Aktenlage näher betrachtet, so fällt in Bezug auf die depressive Entwicklung auf, dass die zuständigen Ärzte der C.____ im April 2010 bei der Versicherten eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte Episode, diagnostizierten (vgl. Bericht der C.____ vom 9. April 2010). Weniger als zwei Monate später kam Dr. G.____ bei seiner Untersuchung vom 26. Mai 2010 zum gleichen Ergebnis. Am 26. Januar 2011 stellten die behandelnden Ärzte der C.____ insofern eine Veränderung der psychischen Störung fest, als sie als Diagnose eine rezidivierende leicht- bis mittelgradige depressive Episode aufführten. Gemäss Bericht der D.____ vom 3. Mai 2011 litt die Versicherte beim Eintritt bereits an einer mittelschweren depressiven Störung. Hinsichtlich der Befundaufnahme stellte Dr. G.____ anlässlich seiner Untersuchung vom 26. Mai 2010 eine diskrete Affektverarmung, eine wenig beeinträchtigte Vitalität und einen teilweisen reduzierten Antrieb fest. Suizidgedanken der Versicherten verneinte er. In ihren späteren Berichten und abweichend von den Befunden von Dr. G.____ beschrieben die Ärzte der C.____ und der D.____ die Versicherte als stark verzweifelt, hilf-, rat- und perspektivlos. Sie habe eine ausgeprägte Selbstwertproblematik, eine starke innere sowie äussere Anspannung und sei ohne Kraft und Antrieb. Darüber hinaus habe die Versicherte Todeswünsche geäussert, von denen sie gemäss den ärztlichen Aussagen jedoch glaubhaft Abstand haben können. Diese Verschlechterung des psychischen Zustandes beeinflusse die Arbeitsfähigkeit der Versicherten wesentlich.

3.2 Vor diesem Hintergrund liegen sowohl hinsichtlich der Diagnosestellung als auch in der Befunderhebung gewisse Anhaltspunkte für das Vorhandensein der geltend gemachten Verschlechterung des psychischen Gesundheitszustandes der Versicherten seit der Begutachtung durch Dr. G.____ vor. Zudem ist zu berücksichtigen, dass sämtliche psychiatrische Fachpersonen seit dem Aufenthalt in der D.____ keine Verbesserung der depressiven Entwicklung feststellen konnten und inzwischen von einer Chronifizierung der mittelschweren depressiven Störung ausgehen. Der Hausarzt der Versicherten Dr. B.____ bestätigte ebenfalls, dass sich der Gesundheitszustand der Versicherten seit dem Aufenthalt in der D.____ nicht verbessert habe. Daraus lässt sich der Schluss ziehen, dass es sich bei der diagnostizierten mittelgradigen depressiven Episode um einen länger andauernden Zustand handelt, was auf eine wesentliche Veränderung des psychischen Gesundheitszustandes hindeutet. Es ist zwar durchaus möglich, dass sich die behauptete Verschlechterung des Gesundheitszustandes bei eingehender Abklärung nicht erstellen lassen wird. Erweist sie sich aber als richtig, wäre der Anspruch auf eine Invalidenrente begründet, was für das Beweismass des Glaubhaftmachens genügt (vgl. Erwä-

gung 1.1 und 1.2). Auch wenn hier diesbezüglich infolge der kurzen Zeitdauer zwischen der Ablehnung der Anspruchsberechtigung und der Neuanschuldung erhöhte beweisrechtliche Anforderungen an das Glaubhaftmachen gelten, kann es die IV-Stelle bei dieser Ausgangslage nicht mehr dabei bewenden lassen, die neu vorgelegten Arztberichte lediglich dem internen RAD zur Prüfung zu unterbreiten. Vielmehr hat sie die Sache materiell an die Hand zu nehmen und nach Durchführung entsprechender medizinischer Abklärungen über den geltend gemachten Leistungsanspruch der Versicherten neu zu verfügen.

3.3.1 An diesem Ergebnis vermögen die Einwände der IV-Stelle nichts zu ändern. Entgegen der Ansicht der IV-Stelle bzw. des RAD-Arztpract. med. I.____ ist kein Widerspruch zwischen dem Einweisungszeugnis der C.____ vom 26. Januar 2011 und dem Arztbericht der C.____ vom 24. August 2011 sowie der Berichte der D.____ vom 3. Mai 2011 und 22. August 2011 zu erblicken. Der RAD-Arzt verwies selbst auf den rezidivierenden Charakter der depressiven Erkrankung. Es ist daher durchaus vorstellbar, dass sich die Versicherte beim Eintritt in die D.____ in einer mittelschweren depressiven Episode befand. Dass sich dieser Schweregrad trotz des stationären Aufenthalts nicht verbesserte, ergibt sich aus dem Bericht der D.____ vom 22. August 2011, wonach sämtliche Behandlungen und Massnahmen keine wesentliche Veränderung des psychischen Gesundheitszustandes der Versicherten zur Folge hatten. Der Umstand, dass die behandelnde Ärztin der C.____ in ihrem Bericht vom 24. August 2011 als Einweisungsgrund in die D.____ im Gegensatz zum Einweisungszeugnis der C.____ vom 26. Januar 2011 eine mittelgradige depressive Störung anführte, ist damit zu erklären, dass dieser Bericht erst nach dem stationären Aufenthalt in der D.____ verfasst wurde.

3.3.2 Weiter stellten sich die IV-Stelle bzw. der RAD auf den Standpunkt, dass die Ärzte der C.____ und der D.____ unberücksichtigt liessen, dass gemäss Beurteilung von Dr. G.____ erhebliche Diskrepanzen zwischen den Angaben der Versicherten und den objektiven Untersuchungsbefunden bestehen würden. Es müssten daher die objektiven Untersuchungsbefunde prioritär gewürdigt werden. Werden die psychiatrischen objektiven Befunde von Dr. G.____ mit denjenigen der untersuchenden Ärzte der C.____ und der D.____ verglichen, so fällt auf, dass die diskret ausgeprägte Affektverarmung seit der Begutachtung durch Dr. G.____ nun deutlicher geworden ist, der teilweise reduzierte Antrieb sich zu einer vollständigen Antriebslosigkeit entwickelte, die Versicherte erstmals Suizidgedanken geäussert hatte und die zu Beginn wenig beeinträchtigte Vitalität inzwischen gestört ist. Die Veränderung der psychiatrischen Befunde weist somit auch auf die Verschlechterung des psychischen Gesundheitszustandes hin.

3.3.3 Der RAD-Arzt pract. med. I.____ bemängelte ferner, dass im Bericht der C.____ vom 15. Februar 2012 kein psychopathologischer Befund aufgeführt sei, weshalb die Diagnose einer chronifizierten mittelgradigen depressiven Störung nicht nachvollziehbar sei. Dieses Vorbringen ist nicht stichhaltig. Die Diagnosestellung wurde bereits in den vorhergehenden Berichten der C.____ anhand von objektiven Befunden begründet, weshalb bei gleichlautender Diagnose kein Anlass zu Wiederholungen bestand. Im Zusammenhang mit den weiteren Rügen des RAD-Arztpract. med. I.____ ist zudem darauf hinzuweisen, dass es im Rahmen des Beweismasses der Glaubhaftigkeit genügt, wenn Anhaltspunkte für die geltend gemachte Verschlechterung des Gesundheitszustandes vorliegen. Es ist daher nicht erforderlich, dass die von der Rechtsprechung formulier-

ten inhaltlichen Anforderungen an den Beweiswert eines Arztberichts erfüllt sind (vgl. zu den rechtsprechungsgemässen Kriterien: BGE 125 V 352 E. 3a). Auch wenn nicht jede Feststellung der behandelnden Ärzte der C._____ detailliert begründet ist, ergeben sich aus diesen Berichten doch gewichtige Anhaltspunkte, dass sich der psychische Zustand der Versicherten zusehends verschlechtert hat.

3.3.4 Entgegen der Ansicht der RAD-Ärzte sind im Bericht der D._____ vom 3. Mai 2011 keine IV-fremden Faktoren zu erblicken, welche den Gesundheitszustand der Versicherten massgeblich beeinflussen würden. Es wurde zwar am Rande erwähnt, dass die Versicherte die Erkrankung ihres Ehemannes in den letzten Jahren als belastend empfinde. Gleichzeitig wurde aber auch darauf hingewiesen, dass der familiäre Zusammenhalt eine wichtige Ressource für die Versicherte darstelle. Eine familiäre Belastungssituation ergibt sich aus den Ausführungen im Bericht der D._____ nicht für die Versicherte selbst, sondern vielmehr für ihren Sohn und dessen Ehefrau, welche im gemeinsamen Haushalt mit der Versicherten leben und sich um die kranken Eltern bzw. Schwiegereltern kümmern.

3.4 Aufgrund dieser Ausführungen ergibt sich, dass die Versicherte glaubhaft darlegen konnte, dass sich ihr psychischer Gesundheitszustand seit der Begutachtung durch Dr. G._____ verschlechtert haben könnte. Es wird deshalb in Gutheissung der Beschwerde die angefochtene Verfügung vom 1. August 2011 aufgehoben und die IV-Stelle angewiesen, auf die Neu anmeldung der Versicherten vom 1. Juni 2011 einzutreten.

4.1 Gemäss Art. 69 Abs. 1^{bis} des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) vom 19. Juni 1959 sind Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Die Verfahrenskosten werden gestützt auf § 20 Abs. 3 des kantonalen Gesetzes über die Verfassungs- und Verwaltungsprozessordnung (VPO) vom 16. Dezember 1993 in der Regel in angemessenem Ausmass der unterliegenden Partei auferlegt. Vorliegend hätte deshalb die IV-Stelle als unterliegende Partei grundsätzlich die Verfahrenskosten zu tragen. In diesem Zusammenhang ist allerdings zu beachten, dass laut § 20 Abs. 3 Satz 3 VPO den Vorinstanzen - vorbehältlich des hier nicht interessierenden § 20 Abs. 4 VPO - keine Verfahrenskosten auferlegt werden. Aufgrund dieser Bestimmung hat die IV-Stelle als Vorinstanz trotz Unterliegens nicht für die Verfahrenskosten aufzukommen. Dies hat zur Folge, dass für den vorliegenden Prozess keine Verfahrenskosten erhoben werden.

4.2 Laut Art. 61 lit. g des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) vom 6. Oktober 2000 hat die obsiegende Beschwerde führende Person Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Da die Versicherte obsiegende Partei ist, ist ihr eine Parteientschädigung zu Lasten der IV-Stelle zuzusprechen. Der Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin machte in seiner Honorarnote vom 24. Februar 2012 für das vorliegende Verfahren einen Zeitaufwand von insgesamt 13,72 Stunden geltend. Unter Abzug der im vorliegenden Verfahren praxisgemäss nicht zu entschädigenden Aufwendungen für Studium, Versand und Besprechung des Urteils von 1,5 Stunden sind die verbleibenden 12,22 Stunden in Anbetracht der sich stellenden Sachverhalts- und Rechtsfragen umfangmässig nicht zu beanstanden. Das-

selbe gilt für die gemäss Honorarnote verbleibenden Auslagen von Fr. 124.--. Damit ist der Versicherten eine Parteientschädigung für das vorliegende Beschwerdeverfahren in der Höhe von Fr. 3'433.30 (12,22 Stunden à Fr. 250.-- und Auslagen von Fr. 124.-- zuzüglich 8 % MwSt.) zu Lasten der IV-Stelle zuzusprechen.

Demgemäss wird **e r k a n n t** :

- ://:
1. In Gutheissung der Beschwerde wird die Verfügung der IV-Stelle Basel-Landschaft vom 1. August 2011 aufgehoben und diese angewiesen, auf das Leistungsbegehren der Beschwerdeführerin vom 1. Juni 2011 einzutreten.
 2. Es werden keine Verfahrenskosten erhoben.

Der geleistete Kostenvorschuss in der Höhe von Fr. 600.-- wird der Beschwerdeführerin zurückerstattet.
 3. Die IV-Stelle Basel-Landschaft hat der Beschwerdeführerin eine Parteientschädigung in der Höhe von Fr. 3'433.30 (inkl. Auslagen und 8 % Mehrwertsteuer) zu bezahlen.

Vermerk eines allfälligen Weiterzugs

