

# **SG\_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2019/92 vom 9. Februar 2021**

Sg Versicherungsgericht, 2021-02-09, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg\\_publicationen\\_IV\\_2019\\_92](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg_publicationen_IV_2019_92)

FR: SG\_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2019/92 du 9 février 2021

IT: SG\_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2019/92 del 9 febbraio 2021

## **Regeste**

Neuanmeldung nach Abweisung eines ersten Gesuchs und Nichteintreten auf eine zweite Anmeldung (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 09. Februar 2021, IV 2019/92).

## **Volltext**

Entscheid vom 9. Februar 2021 Besetzung Versicherungsrichterinnen Karin Huber-Studerus (Vorsitz), Monika Gehrler-Hug und Corinne Schambeck; Gerichtsschreiberin Fides Hautle Geschäftsnr. IV 2019/92 Parteien A.\_\_\_\_ Beschwerdeführer, vertreten durch Rechtsanwältin lic. iur. Bettina Surber, Oberer Graben 44, 9000 St. Gallen, gegen IV-Stelle des Kantons St. Gallen, Postfach 368, 9016 St. Gallen, Beschwerdegegnerin, Gegenstand Rente Sachverhalt A.\_\_\_\_ wurde am 9. März 2011 (IV-act. 2) von der behandelnden Ärztin Dr. med. B.\_\_\_\_, Fachärztin für Innere Medizin, bei der Sozialversicherungsanstalt/IV-Stelle des Kantons St. Gallen zur Früherfassung angemeldet. Die Ärztin erklärte, der Versicherte sei als selbständigerwerbender I.\_\_\_\_ seit dem 18. Juni 2010 voll arbeitsunfähig. - Der Versicherte gab gemäss Gesprächsprotokoll am 28. März 2011 (IV-act. 3) an, er habe diesen Beruf erlernt und mache J.\_\_\_\_. Seit der Entlassung eines Mitarbeiters im Jahr 2009 habe er als Allrounder alle Arbeiten - es handle sich im Grunde nicht um schwere Arbeit - selber erledigt. Wegen der Schmerzen bei chronischem Tennisarm beidseits könne er das aber nicht mehr bewältigen. Vor zwei bis zweieinhalb Monaten habe er einen Arbeitsversuch mit 50 % Arbeit aufgenommen, seit März 2011 sei er aber wieder voll arbeitsunfähig geschrieben. Er habe nun den genannten Mitarbeiter durch Vermittlung des Regionalen Arbeitsvermittlungszentrums (RAV) wieder angestellt. Der Arzt (wohl: Vertrauensarzt) der Krankentaggeldversicherung, die ihn schon im Dezember 2010 zu einer IV-Anmeldung gedrängt habe, habe ihm ohne grosse Untersuchung mitgeteilt, er könne wieder voll arbeiten. Ein anderer Arzt habe dagegen eine Operation für nötig gehalten. Damit wolle er allerdings noch warten und suche noch nach Alternativen. Er besuche zwei bis drei Mal pro Woche die Physiotherapie. Von der Invalidenversicherung wolle er eigentlich nichts, lieber wolle er wieder gesund sein und voll arbeiten. - Nachdem sie ihn am 1. April 2011 (IV-act. 4) erfolglos zu einer IV-Anmeldung aufgefordert hatte, schloss die Sozialversicherungsanstalt/IV-Stelle des Kantons St. Gallen das Dossier am 20. April 2011 (IV-act. 6). Am 23./25. September 2013 (IV-act. 12, durch Unterschrift vervollständigt am 16. Oktober 2013, IV-act. 15) meldete sich der Versicherte zum Bezug von Leistungen der Invalidenversicherung an. Er sei seit Oktober 1982 bei einer AG angestellt und erziele derzeit ein Bruttoeinkommen von (sc. monatlich) Fr. 10'000.--. - Die Sozialversicherungsanstalt/IV-Stelle ersuchte um Einreichung der Buchhaltungsabschlüsse

der letzten fünf Jahre. Gemäss IK-Auszug (IV-act. 23) war der Versicherte von 1982 bis 1989 selbständigerwerbend gewesen und ab jenem Jahr bei der AG angestellt. Gemäss der Meldung des Steueramts vom \_\_. \_\_. 2013 (IV-act. 24) war er im Jahr 2009 für Fr. 90' \_\_\_\_, 2010 für Fr. 90' \_\_\_\_.-- und 2011 für Fr. 155' \_\_\_\_.-- unselbständigen Haupterwerb veranlagt worden. - Der Versicherte gab am 18. November 2013 (IV-act. 27-3) an, die Unternehmung aufgebaut zu haben und mit seiner Ehefrau und einer Familienangehörigen zu führen. An einer Unterstützung durch berufliche Massnahmen habe er kein Interesse. - Die Sozialversicherungsanstalt/IV-Stelle teilte ihm daher am 28. November 2013 (IV-act. 29) mit, berufliche Eingliederungsmassnahmen seien zurzeit nicht angezeigt. Gemäss einem bei den (im November 2013 eingegangenen) Fremddakten liegenden Bericht eines Röntgeninstituts vom 19. Dezember 2012 (Fremd-act. 1-15) über ein damaliges MRT der HWS wegen Schmerzen des Versicherten im Arm rechts bzw. an den Fingern III und IV hatten sich dabei eine breitbasige subligamentäre Hernierung der Bandscheibe C6/7 mit vor allem rechtsseitig foraminale Ausdehnung und Nervenwurzelkompression im foraminale Anteil rechts, aber auch bilaterale Einengung links rezessal, und eine ausgeprägte Spondylosis auch C5/6 mit linksbetonter foraminale Einengung auch auf dieser Höhe und mit bilaterale Nervenwurzelkompression im foraminale Anteil - auch diese Bandscheibe mit begleitender Protrusion - gezeigt. - PD Dr. med. C. \_\_\_\_, Facharzt für Allgemeinmedizin, hatte der Krankentaggeldversicherung am 6. Februar 2013 (Fremd-act. 1-11 ff.) erklärt, der Versicherte sei wegen Diskushernien C6/7 und C5/6 seit Dezember 2012 zurzeit arbeitsunfähig. Mit der Arbeit beginnen könne er je nach Verlauf. Im Arztbericht vom 25. Februar 2014 (IV-act. 34) erklärte PD Dr. C. \_\_\_\_, es bestünden beim Versicherten eine Diskushernie C6/C7 rechts und eine foraminale Stenose C5/C6 rechts seit 2013, daneben eine arterielle Hypertonie und eine Vitamin D-Insuffizienz. Seit Dezember 2013 sei der Versicherte als I. \_\_\_\_. schmerzbedingt voll arbeitsunfähig. Mit einer Wiederaufnahme beruflicher Tätigkeit könne nicht gerechnet werden. Die Frage, in welchem Umfang und seit wann eine behinderungsangepasste Tätigkeit möglich sei, wurde nicht beantwortet. Medizinische Massnahmen (Infiltration der HWS) könnten die Einschränkungen, nicht aber die Arbeitsunfähigkeit vermindern. Nicht zumutbar seien Tätigkeiten rein im Sitzen, Überkopfarbeiten, eine Rotation im Sitzen/Stehen, das Heben/Tragen von Gewichten über 5 kg und das Steigen auf Leitern/Gerüste sowie das Treppensteigen. Die übrigen einzelnen Verrichtungen (z.B. Tätigkeiten im Sitzen, in Wechselbelastung, Bücken, Kauern) seien zumutbar. - Am 20. April 2014 (IV-act. 41) teilte der Arzt mit, die bisherige Tätigkeit sei nicht zumutbar, in einer adaptierten Tätigkeit (ohne Überkopfarbeiten) sei der Versicherte aber arbeitsfähig. Der Zustand sei stationär. Es liege neben der Diskushernie C6/C7 rechts noch eine Insertionstendinopathie der Achillessehne rechts vor. In einer Arbeitgeberbescheinigung vom 3. April 2014 (IV-act. 38) hatte der Versicherte angegeben, ohne Gesundheitsschaden würde er derzeit ca. Fr. 98'000.-- verdienen. - Ebenfalls für seine Unternehmung hatte er der Krankentaggeldversicherung gegenüber am 7. Januar 2013 (Fremd-act. 1-16 f.) angegeben, er sei seit dem 10. Dezember 2012 wegen eines 'Tennisarms rechts (Bandscheibenvorfall)' arbeitsunfähig. Der versicherte Verdienst betrage Fr. 132'314.--. Der Regionale Ärztliche Dienst (RAD) der Invalidenversicherung gab am 20. Juni 2014 (IV-act. 42) bekannt, bei Einhaltung der von Dr. C. \_\_\_\_. erwähnten Bedingungen einer Erwerbstätigkeit sei der Versicherte als voll arbeitsfähig zu betrachten. - Mit Vorbescheid vom 4. Juli 2014 (IV-act. 45 f.) stellte die Sozialversicherungsanstalt/IV-Stelle dem Versicherten eine Abweisung seines Leistungsgesuchs vom 16. Oktober 2013, namentlich seines Rentenanspruchs bei einem

Invaliditätsgrad von 27 %, in Aussicht. Sie verglich ein Valideneinkommen von Fr. 84'269.-- mit einem Invalideneinkommen von Fr. 61'776.-- (Durchschnittseinkommen gemäss Lohnstrukturerhebung des Bundesamtes für Statistik 2011, vgl. IV-act. 43). - Nach unbenützt abgelaufener Einwandfrist verfügte sie am 19. September 2014 (IV-act. 47) entsprechend. Die angestammte Tätigkeit, in welcher er gemäss IK-Auszug in den Jahren 2009 bis 2011 im Durchschnitt ein Einkommen von Fr. 84'268.65 abgerechnet habe, sei dem Versicherten nicht mehr zumutbar. In einer leidensadaptierten Tätigkeit sei er aber voll arbeitsfähig. Am 9. Juli 2015 (IV-act. 51) sandte PD Dr. C.\_\_\_\_ der IV-Stelle einen Bericht der Rehaklinik D.\_\_\_\_ (vom 15. Mai 2015, Fremd-act. 2) betreffend den Versicherten zur Einsicht zu. - Die Rehaklinik hatte darin am 15. Mai 2015 über ein ambulantes Assessment berichtet. Als Diagnosen lägen beim Versicherten (verkürzt wiedergegeben) vor: ein Unfall vom 21.12.2014 (PKW-Unfall im Rahmen eines Sekundenschlafs mit kurzer Bewusstlosigkeit und Erinnerungslücke) mit HWS-Distorsion QTF II, fortgeschrittene degenerative Veränderungen der HWS mit persistierendem zervikozepalem und -spondyloem Syndrom, seit dem Unfall reaktiviert, der Verdacht auf ein Schlafapnoesyndrom, ausserdem eine nicht eingestellte arterielle Hypertonie und fortgeschrittene degenerative Veränderungen der LWS. Unter den vorgeschlagenen Therapieempfehlungen sollten die unfallbedingten Beschwerden der HWS abklingen, so dass eine Wiederaufnahme der Tätigkeit als Allrounder in der eigenen Unternehmung möglich sein sollte. Die berufliche Wiedereingliederung hänge aber vor allem von den unfallunabhängigen Befunden ab. Aufgrund der fortgeschrittenen degenerativen Veränderungen der HWS und LWS werde eine Einschränkung der Belastbarkeit für schwere und mittelschwere Tätigkeiten und für monotone Haltungen dieser Wirbelsäulenabschnitte sowie für Überkopfarbeiten übrigbleiben. Ausserdem bestehe der dringende Verdacht auf eine psychosoziale Belastungssituation, welche die berufliche Reintegration erschweren werde (vgl. Fremd-act. 2-5). Es wurde festgehalten, der Versicherte habe angegeben, den Unfall auf einer nächtlichen Fahrt vom \_\_\_\_ her erlitten zu haben und erst wieder aufgewacht zu sein, als er mit seinem Auto auf der Leitplanke gewesen sei. Er habe gemerkt, wie das Auto schwankend geworden sei. Ein Rettungssanitäter habe ihn gefragt, ob er auf die Notfallstation gebracht werden wolle. Er habe aber damals keine Schmerzen gehabt, diese seien erst ein paar Tage später aufgetreten (vgl. Fremd-act. 2-6). In seiner Tätigkeit sei er durch die Schmerzen und durch Vergesslichkeit beeinträchtigt. Er wolle die Belastbarkeit aber steigern und plane, [...]. Dadurch sei er gezwungen, aktiver zu werden. Im Bericht wurde festgehalten, am 12. Mai 2015 sei wegen der Frage nach einer leichten traumatischen Hirnverletzung ein neurologisches Konsil geplant gewesen. Die wegen einer damaligen organisatorischen Verzögerung erforderlich gewordene drei- bis vierstündige Wartezeit für den Versicherten habe dieser nicht aufbringen können. Falls ein solches Konsil noch als notwendig erachtet werde, sei es am Wohnort durchzuführen (vgl. Fremd-act. 2-4). Es wurde weiter dargelegt, der Versicherte habe eine mässige Leistungsbereitschaft gezeigt (vgl. Fremd-act. 2-5) und es sei eine erhebliche Symptomausweitung beobachtet worden. Auch hätten sich diskrepante Sachverhaltsdarstellungen gezeigt (vgl. IV-act. 2-4). Gemäss Testergebnissen waren das Leistungsverhalten und die Konsistenz schlecht gewesen (vgl. Fremd-act. 2-11). Am 5. April 2016 (IV-act. 52) schrieb Prof. C.\_\_\_\_ der IV-Stelle, der gesundheitliche Zustand des Versicherten, der in seiner Behandlung stehe und bei ihr (der Invalidenversicherung) angemeldet sei, habe sich verschlechtert. Er ersuche deshalb um eine Re-Evaluation der Sache. - Die Sozialversicherungsanstalt/IV-Stelle teilte dem Versicherten daraufhin am 14. April 2016 (IV-act. 53) mit, der Arzt sei zu einer

IV-Anmeldung nicht legitimiert. Werde (vom Versicherten selber) nach einem abweisenden Rentenentscheid (hier vom 19. September 2014) ein neues Gesuch gestellt, sei darin glaubhaft zu machen, dass sich der Invaliditätsgrad in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert habe. Das sei bis anhin nicht der Fall. Am 11./15. April 2016 (IV-act. 54) meldete sich der Versicherte mittels Formulars bei der Sozialversicherungsanstalt/IV-Stelle an. Er sei (mit einem Unterbruch von zehn Tagen) seit Dezember 2012 voll arbeitsunfähig und leide erstens an einem Bandscheibenvorfall und zweitens an einem weiteren nach einem Autounfall. Es handle sich um eine Verschlechterung der Krankheit. Alle Ausweise seien bereits beim ersten Versuch (bzw. Antrag auf Leistungen) beigelegt worden. Er stellte der Sozialversicherungsanstalt/IV-Stelle (gemäss IV-act. 55 f., am 3. Mai 2016; nebst dem Bericht der Rehaklinik D.\_\_\_\_) zwei Anmeldungen, eine Verfügung der Unfallversicherung, einen Bericht über eine kreisärztliche Untersuchung und einen Lohnausweis 2014 zu. - Die Unfallversicherung hatte in der Verfügung vom 6. Januar 2016 (Fremd-act. 3-1 f.) festgehalten, sie habe bis anhin für Folgen eines Unfallereignisses vom 21. Dezember 2014 gesetzliche Versicherungsleistungen erbracht. Aufgrund der Abklärungen seien die noch geklagten Beschwerden organisch nicht hinreichend nachweisbar. Die Adäquanz sei zu verneinen und die Leistungen würden auf den 31. Januar 2016 eingestellt. - Nach einer kreisärztlichen Untersuchung war im Bericht darüber vom 28. Oktober 2015 (Fremd-act. 3-3 bis 7) festgehalten worden, der Versicherte habe am Unfalltag als Fahrer eines Personenwagens eine Kollision mit der Leitplanke und dabei gemäss PD Dr. C.\_\_\_\_ eine kraniozervikale Beschleunigungsverletzung Grad II nach QTF-Klassifikation der degenerativ bereits erheblich vorgeschädigten Halswirbelsäule erlitten. Der Versicherte sei wegen der Verschleisserscheinung der HWS einschliesslich der Bandscheibenvorfälle während annähernd zweier Jahre arbeitsunfähig gewesen und die Behandlung sei zum Unfallzeitpunkt erst gerade seit drei Monaten abgeschlossen gewesen. Im Erstbehandlungsbericht von PD Dr. C.\_\_\_\_ seien mit Ausnahme von leichten Parästhesien keine neurologischen Ausfallerscheinungen oder Begleitverletzungen von Seiten der Schultergelenke oder der Lendenwirbelsäule dokumentiert worden. Frische knöcherner Verletzungen der HWS bzw. eine Instabilität der degenerativ vorgeschädigten HWS hätten ausgeschlossen werden können. Eine richtunggebende (anhaltende) Verschlimmerung des Vorzustands sei nicht festgestellt worden. Unfallunabhängig seien eine degenerative HWS-Erkrankung mit multisegmentaler Osteochondrose, Unkovertebralarthrose und zervikalen Diskushernien bzw. Diskusvorwölbung. Ausserdem bestehe der Verdacht auf eine unfallunabhängige Schädigung der Rotatorenmanschette bzw. ein Impingementsyndrom rechtes Schultergelenk mit Funktionsbeeinträchtigung einschliesslich Kraftminderung insbesondere des rechten Arms. Da eine geplante neurologische Abklärung in der Rehaklinik D.\_\_\_\_ nicht habe durchgeführt werden können, werde eine Untersuchung durch einen Neurologen oder eine kernspintomografische Abklärung des Neurokraniums und der Halswirbelsäule empfohlen. Der RAD hielt am 31. Mai 2016 (IV-act. 59) fest, für den Versicherten kämen überwiegend leichte körperliche Arbeiten ohne Zwangshaltungen von Hals- und Lendenwirbelsäule in Frage. Aus den umfassenden Abklärungen des Unfallversicherers lasse sich ableiten, dass es durch den Selbstunfall lediglich zu einer vorübergehenden Verschlimmerung der Folgen der bereits bekannten degenerativen Veränderungen an der HWS gekommen sei. Es bestünden Hinweise auf eine deutliche Symptomausweitung und die Angaben des Versicherten seien teilweise widersprüchlich gewesen. Am 1. Juni 2016 (IV-act. 61) kündigte die Sozialversicherungsanstalt/IV-Stelle dem Versicherten an, auf sein neues Gesuch vom 4. April 2016 nicht einzutreten, da er

keine wesentliche Veränderung seit der Verfügung vom 19. September 2014 glaubhaft gemacht habe. - Nach unbenütztem Fristablauf erliess sie am 18. Juli 2016 (IV-act. 62) eine entsprechende Verfügung. Am 17. August 2016 (IV-act. 65) erkundigte sich eine Mitarbeiterin der Krankenversicherung des Versicherten nach dem Stand bzw. dem Verlauf der Sache seit der ersten IV-Anmeldung. Gleichentags (IV-act. 63) reichte sie eine Vollmacht des Versicherten für ein Care Management (IV-act. 64) ein. In einem Mail vom 19. August 2016 (IV-act. 66) schrieb die Sozialversicherungsanstalt/IV-Stelle des Kantons St. Gallen dem Versicherten, sie nehme Bezug auf eine von ihm an jenem Tag getätigte telefonische Anfrage betreffend erneutes Leistungsgesuch/Wiederanmeldung. Sie erklärte ihm, damit eine neue Anmeldung geprüft werden könne, seien vorerst ein unterzeichnetes schriftliches Gesuch mit konkretem Antrag bezüglich der beantragten Leistung (berufliche Integration/Massnahmen oder Invalidenrente) und Belege mit konkreten, sachlichen Anhaltspunkten für relevante Änderungen seit dem letzten relevanten Entscheid einzureichen, z.B. ausführliche Arztberichte, Buchhaltungsunterlagen (Erfolgsrechnungen/Bilanz). Ausserdem sei anzugeben, wann die Änderung eingetreten sei. Anlässlich einer persönlichen Vorsprache vom 22. März 2017 (IV-act. 67) machte der Versicherte gemäss der Aktennotiz geltend, seit dem Verkehrsunfall im Dezember 2014 habe sich sein Gesundheitszustand weiter verschlechtert. Er leide an verstärkten Nacken- und Schulterbeschwerden rechts, ausserdem an einer Gewichtszunahme, Bluthochdruck und beidseitigen Kniebeschwerden. Die angestammte Tätigkeit sei ihm nur noch sehr eingeschränkt möglich, er könne nämlich nur noch administrative Arbeit wie die Kundenakquisition, Schreibarbeiten und die Geschäftsführung erledigen. Seit dem Bandscheibenvorfall vom Dezember 2012 erleide er in der Erwerbstätigkeit auch konstant Gewinneinbrüche; unzählige Aufträge hätten an Dritte vergeben werden müssen. Er befinde sich zurzeit auch in Trennung von der Ehefrau. Er beziehe keine Taggeldleistungen, aber eine BVG-Invalidenrente bei einem Invaliditätsgrad von 27 % gemäss der IV-Verfügung vom 19. September 2014. Es wurde in der Aktennotiz festgehalten, es sei vereinbart worden, dass der Versicherte innert nützlicher Frist einen ausführlichen Arztbericht von Prof. C.\_\_\_\_ und nach Möglichkeit einen solchen des Physiotherapeuten zustellen werde. Am 22. März 2017 unterzeichnete der Versicherte auch ein Formular zur IV-Anmeldung (IV-act. 69, kein Eingangsdatum). Prof. C.\_\_\_\_ liess dem Versicherten am 23. März 2017 per Mail mitteilen, er solle die Invalidenversicherung dazu auffordern, ihm das IV-Formular direkt zuzustellen. - Bei den Akten liegen diverse Unterlagen ohne Eingangsdatum (IV-act. 70 bis 75), darunter etwa ein Schreiben von Prof. C.\_\_\_\_ vom 2. März 2017 (IV-act. 71-17), wonach der Versicherte voraussichtlich von Februar bis März 2017 wegen Unfalls zu 100 % arbeitsunfähig sei, ebenso Atteste einer vollen Arbeitsunfähigkeit wegen Unfalls für die Zeit vom 21. Dezember 2014 bis Juli 2016 und wegen Krankheit für die Monate von August 2016 bis Januar 2017. Ausserdem wurden Buchhaltungsunterlagen (2014/2015, IV-act. 73), ein (Internet-) Handelsregisterauszug der Aktiengesellschaft, dessen alleiniger Zeichnungsberechtigter der Versicherte ist, vom 21. März 2017 (IV-act. 74) und ein Schreiben der BVG-Sammelstiftung vom 2. März 2017 (IV-act. 75) eingereicht, wonach sich die Einrichtung der beruflichen Vorsorge den Entscheiden der Invalidenversicherung anschliesse, welche auf ein Erhöhungsgesuch ebenfalls nicht eingetreten sei. Am 6. April 2017 (IV-act. 77) reichte der Versicherte einen Brief von Prof. C.\_\_\_\_ ein. Dieser hatte ihm am 28. März 2017 (IV-act. 77-2) erklärt, eine Neubeurteilung mache, wie ihm die Invalidenversicherung per Mail mitgeteilt habe, nur Sinn, wenn eine relevante Änderung des Sachverhalts eingetreten sei. Da dies bei ihm nicht der Fall sei,

erübrige sich eine erneute IV-Anmeldung. Die Sozialversicherungsanstalt/IV-Stelle kündigte dem Versicherten mit Mail vom 7. April 2017 (IV-act. 76) den Abschluss des Abklärungsverfahrens an. Gemäss Telefonnotiz vom 8. Mai 2017 (IV-act. 78) meldete der Versicherte, zwischenzeitlich sei ein MRI des Rückens gemacht worden, bestätige Prof. C.\_\_\_\_ eine gesundheitliche Verschlechterung und sei am 24. Mai 2017 ein Konsultationstermin bei Dr. med. E.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, vorgesehen. In der Telefonnotiz wurde erwähnt, es sei abgemacht worden, dass der Versicherte umgehend den MRI-Befund einreiche und sich im Anschluss an die psychiatrische Konsultation melde und dass die IV-Stelle Prof. C.\_\_\_\_ einen IV-Arztbericht zum Ausfüllen zukommen lasse. Mit Mail vom 9. Mai 2017 (IV-act. 79) erklärte der Versicherte, er reiche u.a. zwei Unterlagen des Röntgeninstituts ein. - Das Röntgeninstitut hatte am 3. Mai 2017 (IV-act. 79-2) angegeben, auf Höhe C5/6 bestehe beim Versicherten eine breitbasige subligamentäre Hernierung unter leicht rechtsseitiger Bevorzugung mit Einengung des Foramen intervertebrale, teils diskogen, teils durch die Spondylosis und Unkarthrosis, teils aber auch durch die Spondylarthrose bedingt und bilateral. Auf Höhe C6/7 bestehe weiterhin eine subligamentäre breitbasige Hernierung der Bandscheibe mit auch Spondylosis auf dieser Höhe und mit mässiger foraminale Einengung durch die Degenerationen und Spondylarthrosen auch auf diesem Niveau, teils auch mit Einengung des Foramen intervertebrale rechtsbetont. Es sei auch eine minime Protrusion der Bandscheibe C3/4 ohne neurale Kompression vorhanden. Die übrige zervikale Wirbelsäule sei bei Osteochondrose C5/6 und C6/7 normal. - In einem eingelegten älteren Bericht vom 4. Februar 2014 (IV-act. 79-3) hatte eine Wirbelsäulenchirurgie (wohl Dr. med. F.\_\_\_\_, Facharzt für Neurochirurgie, vgl. IV-act. 80-5) berichtet, initial habe der Versicherte auf eine cervikale Infiltration gut angesprochen, weshalb am 10. Dezember 2013 nochmals eine solche durchgeführt worden sei. Nun wolle der Versicherte vorerst zuwarten. Längerfristig werde er um eine Dekompression und Prothesenimplantation C5 bis C7 nicht herumkommen. In einem IV-Arztbericht vom 23. Mai 2017 (IV-act. 80-1 bis 4) teilte Prof. C.\_\_\_\_ mit, es lägen beim Versicherten eine Diskushernie C6/C7 rechts, eine Insertionstendopathie Achillessehne rechts und ein KZBT (kraniozervikales Beschleunigungstrauma) vor. Er leide an chronischen Schmerzen, Kopfweg und oft Schwindel und sei seit dem 10. Dezember 2012 für sämtliche Tätigkeiten voll arbeitsunfähig. - Gemäss einem beigelegten Bericht der Klinik für Neurologie am Kantonsspital St. Gallen vom 14. Juni 2016 (IV-act. 80-18 f.) war eine leichte, bifurkationsbetonte Atheromatose in den (mit extrakraniell Ultraschall) untersuchten extrakraniellen Carotisabschnitten ohne Hinweise auf relevante Stenosen gefunden worden. - Das Spital Herisau hatte am 23. Februar 2017 (IV-act. 80-7 ff.) als nephrologische Diagnosen des Versicherten intermittierende Unterschenkelödeme, höchstwahrscheinlich medikamentös induziert, eine normale Nierenfunktion, eine komplizierte Nierenzyste linker Nierenunterpol sowie eine arterielle Hypertonie benannt. Eine eigentliche Nephropathie habe nicht gefunden werden können. Der RAD erklärte am 14. August 2017 (IV-act. 84), es sei medizinisch nicht plausibel nachvollziehbar, dass sich der Gesundheitszustand des Versicherten seit dem Referenzzeitpunkt der RAD-Stellungnahme vom 31. Mai 2016 bzw. der Verfügung vom 18. Juli 2016 mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit geändert haben könnte. Mit Vorbescheid vom 15. August 2017 (IV-act. 86) stellte die Sozialversicherungsanstalt/IV-Stelle der inzwischen bestellten Rechtsvertreterin des Versicherten in Aussicht, dessen Leistungsgesuch vom 22. März 2017 abzuweisen. Es sei nicht nachvollziehbar, dass sich der Gesundheitszustand relevant verändert haben könnte.

Die Rechtsvertreterin des Versicherten wandte am 20. Oktober 2017 (IV-act. 89) ein, es sei von einer - unbestrittenermassen glaubhaft zu machenden - Verschlechterung im Vergleich zu der in Rechtskraft erwachsenen Verfügung vom 18. Juli 2016 auszugehen. Denn gemäss dem Bericht vom 3. Mai 2017 liege eine breitbasige subligamentäre Hernierung C5/6 vor, die in den Vorakten nicht genannt worden sei, wie sich aus der RAD-Stellungnahme vom 20. Juni 2014 ergebe, auf welche in der RAD-Stellungnahme vom 31. Mai 2016 verwiesen werde. Auch die Protrusion C3/4 sei dort nicht erwähnt worden, ebenso wenig wie die Spondylosis auf Höhe C6/7. Prof. C.\_\_\_\_ nehme angesichts des MRT vom 3. Mai 2017 klar eine Verschlechterung an. Daher sei auf das Leistungsgesuch des Versicherten einzutreten. Es genüge hierzu eine Glaubhaftmachung der Verschlechterung. Der Versicherte sei unlängst am Kantonsspital St. Gallen an einem Termin gewesen; sollte der entsprechende Bericht relevante Erkenntnisse enthalten, werde er nachgereicht werden. - Mit Mails vom 22. und 26. Januar 2018 (IV-act. 94) teilte die Rechtsvertreterin des Versicherten mit, dieser habe sich nach den Abklärungen im Schmerzzentrum am Kantonsspital St. Gallen auf Anraten von Prof. C.\_\_\_\_ in psychotherapeutische Behandlung durch Dr. med. G.\_\_\_\_, Spezialarzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, begeben. - Nach einer Rückfrage der Sozialversicherungsanstalt/IV-Stelle vom 23. März 2018 (IV-act. 96) stellte die Rechtsvertreterin ihr am 10. April 2018 (IV-act. 97) einen Bericht von Dr. G.\_\_\_\_ vom 7. April 2018 (IV-act. 98) zu. Darin hatte der Arzt erklärt, der Versicherte stehe seit dem 19. Januar 2018 in Behandlung. Es lägen bei ihm (verkürzt wiedergegeben) eine Anpassungsstörung mit vorwiegender Störung von Angst, Depression, Besorgnis, Anspannung und Ärger, ein chronifiziertes Burnout-Syndrom bei vielfältigen, erdrückenden Stressoren, aktuell ein schwerer HWS-Befund, eine Schnittwunde am Finger (zugezogen bei einem neulich erfolgten Arbeitsversuch), ein obstruktives Schlafapnoe-Syndrom und als subjektives Hauptsymptom Konzentrationsstörungen vor. Es würden sich kleine Arbeitseinsätze empfehlen, doch sei fraglich, ob ein Kundenkreis existiere. - Auf Erkundigung vom 10. April 2018 (IV-act. 99), ob und gegebenenfalls bis wann weitere Unterlagen (aufgrund erwähnter weiterer Abklärungen zum HWS-Befund und erwähnter Abklärungen im Kantonsspital) einzureichen vorgesehen sei, teilte die Rechtsvertreterin am 26. April 2018 (IV-act. 100) mit, der Versicherte sei in der Klinik für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates am Kantonsspital St. Gallen untersucht worden. Gemäss dem beigelegten Bericht werde eine neurologische Abklärung empfohlen. Ob Prof. C.\_\_\_\_ eine solche Zuweisung vorsehe, werde sie später mitteilen. - Im Bericht vom 17. April 2018 (IV-act. 101) hatte die genannte Klinik als Diagnosen (verkürzt wiedergegeben) bezeichnet: ein chronisches Schmerzsyndrom mit psychischen und somatischen Faktoren, Chronifizierungsstadium II nach Gerbershagen, ein obstruktives Schlafapnoe-Syndrom, mittelgradig, eine arterielle Hypertonie, ein Diabetes mellitus Typ 2 und eine Nierenzyste im Unterpol links. Das seit mehreren Jahren vorliegende chronische Schmerzsyndrom im HWS- und Schulterbereich sei seit einem Autounfall von 2014 zunehmend. Ein eindeutiges anatomisches Korrelat habe sich anhand der aktuellen klinischen Befunde nicht gezeigt, eventuell könnte eine neurologische Abklärung die Symptomatik besser objektivieren. - Nachdem ihr die Sozialversicherungsanstalt/IV-Stelle am 26. Juni 2018 und am 27. Juli 2018, je unter Androhung einer Weiterführung der Sachverhaltsprüfung anhand der vorhandenen Akten für den Unterlassungsfall, Antwortfristen gesetzt hatte (IV-act. 103 und 105), erklärte die Rechtsvertreterin am 17. August 2018 (IV-act. 106-1), Ergebnisse einer neurologischen Untersuchung lägen noch nicht vor. Ende August solle aber nach Auskunft des Versicherten eine Untersuchung

stattfinden. Sie würde die Ergebnisse umgehend weiterleiten. Die Sozialversicherungsanstalt/IV-Stelle teilte ihr am 17. August 2018 (IV-act. 106-1) mit, sie selber werde demnach zurzeit keine weiteren Abklärungen treffen. Der RAD hielt am 27. Februar 2019 (IV-act. 107) fest, die vorhandene Aktenlage könne nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit eine Verschlechterung des Gesundheitszustands seit 2017 annehmen lassen. Nach Auskunft des Steueramtes vom \_\_. \_\_ 2019 (IV-act. 108) war der Versicherte im Jahr 2015 für ein Einkommen (nicht aus selbständiger Erwerbstätigkeit; z.B. Mandate, Nebenerwerb aus Arbeitnehmertätigkeit, Taggelder/Renten usw., ohne Kapitalerträge) von Fr. 95'\_\_.-- und ein Einkommen der Ehefrau als Selbständigerwerbende von Fr. 36'\_\_.-- und ein gesamtes Erwerbseinkommen von Fr. 143'\_\_.-- veranlagt worden. Die entsprechenden Einkommen im Jahr 2016 hatten Fr. 93'\_\_.--, Fr. 29'\_\_.-- und Fr. 138'\_\_.-- ausgemacht. Am 11. März 2019 (IV-act. 112) hielt die Sozialversicherungsanstalt/IV-Stelle fest, seit dem 17. August 2018 habe sich die Rechtsvertreterin nicht mehr vernehmen lassen. Trotz mehrmaligen Versuchen, sie telefonisch zu erreichen, habe sie nicht reagiert. Mit Verfügung vom 11. März 2019 (IV-act. 110) wies die Sozialversicherungsanstalt/IV-Stelle des Kantons St. Gallen das Leistungsgesuch des Versicherten vom 22. März 2017 ab. Am 18. Juli 2016 sei auf sein (zweites) Leistungsgesuch nicht eingetreten worden. Damals sei lediglich eine vorübergehende Verschlechterung bestätigt und auf die bisherige Beurteilung der Arbeitsfähigkeit abgestellt worden. Mit dem Gesuch vom 22. März 2017 sei erneut eine Verschlechterung geltend gemacht und seien Leistungen beantragt worden. Bis anhin seien keine weiteren medizinischen Unterlagen eingegangen, die den Nachweis einer möglichen Verschlechterung des Gesundheitszustands erbringen würden. Demnach sei aufgrund der vorliegenden Akten mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nicht von einer Verschlechterung des Gesundheitszustands seit dem letzten Entscheid auszugehen. Gegen diese Verfügung richtet sich die von Rechtsanwältin lic. iur. Bettina Surber für den Betroffenen am 11. April 2019 erhobene Beschwerde. Die Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers beantragt, die angefochtene Verfügung sei aufzuheben und die Beschwerdegegnerin sei anzuweisen, den Gesundheitszustand des Beschwerdeführers mit Blick auf die Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit genauer abzuklären. Der Beschwerdeführer habe über ein eigenes Geschäft verfügt, mit dem er gute Umsätze erzielt habe. Das habe ihm erlaubt, sich in der Zeit vor Eintritt der gesundheitlichen Beeinträchtigungen einen sehr guten Lohn auszubezahlen, wie sich aus den Auszügen aus dem Individuellen Konto ergebe. Er habe sich nach der Ablehnung eines ersten und dem Nichteintreten auf ein zweites IV-Gesuch am 22. März 2017 wieder angemeldet. Der ersten Anmeldung von 2013 habe eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % zugrunde gelegen, die seit Juni 2010 bestanden habe. Der Beschwerdeführer habe an belastungsabhängig immer wieder auftretenden grossen Schmerzen in beiden Armen mit Ausstrahlung bis in die Finger gelitten. Gemäss dem Arztbericht vom 24. Februar 2014 hätten eine Diskushernie C6/C7 und eine foraminale Stenose C5/C6 vorgelegen. Bei einem Autounfall mit HWS-Distorsion sei das persistierende zervikozepale und spondylogene Syndrom reaktiviert worden. Die Unfallversicherung habe die UVG-Leistungen bis zum 21. Dezember 2016 (recte: 31. Januar 2016) erbracht. Auf die Anmeldung vom 6. April 2016, die der Beschwerdeführer wegen der weiterhin vorliegenden Rückenproblematik gemacht habe, sei nicht eingetreten worden. Mit dem neuen Gesuch und im Lauf des Verfahrens seien verschiedene Arztberichte eingereicht worden. Strittig sei, ob seit der letzten Ablehnung von einer Verschlechterung des Gesundheitszustandes auszugehen sei. Denn mit der

Verfügung vom 18. Juli 2016 sei eine Verschlechterung gegenüber dem Zustand vom 19. September 2014 als nicht glaubhaft betrachtet worden. Gemäss den in den Akten liegenden Arztberichten sei von einer Verschlechterung seit 19. September 2014 bzw. seit dem Nichteintreten vom 18. Juli 2016 auszugehen. Aufgrund des MRI der HWS vom 3. Mai 2017 sei anzunehmen, dass die degenerative Veränderung an der HWS weiter fortgeschritten sei. Die breitbasige Hernierung C5/C6 sei eine im Vergleich zum Zustand vom 19. September 2014 neu genannte Diagnose. Im Bericht des Kantonsspitals sei denn auch festgehalten worden, die Hernierung C6/C7 bestehe "weiterhin", während solches bei der Hernierung C5/C6 nicht erwähnt worden sei. Der RAD habe offenbar am 14. August 2017 eine Befundänderung in Betracht gezogen, sei dieser aber mangels Vorliegens der Voruntersuchungen nicht nachgegangen. Massgeblich müsste aber sein, gestützt auf welche medizinischen Unterlagen die Leistungspflicht abgelehnt worden sei, und diese Unterlagen seien aktenkundig. Die breitbasige subligamentäre Hernierung C5/C6 sei in der betreffenden Zusammenfassung nicht genannt worden. Dr. med. H.\_\_\_\_, Facharzt für Neurochirurgie, erachte die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers aufgrund der degenerativen Veränderungen als stark beeinträchtigt und nehme ein zumutbares Arbeitspensum von 50 % an. Wie sich die Verschlechterung auf die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers auswirke, sei ungeklärt. Das würde auch ein allfälliger neuer Arztbericht nicht belegen. Dazu brauche es eine Beurteilung im Rahmen eines gutachterlichen Auftrags, allenfalls durch ein Leistungstraining. In ihrer Beschwerdeantwort vom 11. Juni 2019 beantragt die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde. Strittig sei, ob sie zu Recht aufgrund der vorliegenden Akten von einer versicherungsmedizinisch nicht relevanten Verschlechterung des Gesundheitszustands ausgegangen sei oder ob weitere Abklärungen in Form einer versicherungsexternen Begutachtung angezeigt seien. Die blossе Möglichkeit eines bestimmten Sachverhalts genüge den Beweisanforderungen nicht. Die Behörde habe sich auf schlüssige medizinische Berichte zu stützen. Lügen solche nicht vor oder würden sich die Berichte widersprechen, seien weitere Abklärungen nötig. Ein förmlicher Anspruch auf eine Begutachtung bestehe allerdings nicht, auch Aktengutachten und RAD-Berichte könnten beweiskräftig sein, sofern es im Wesentlichen nur um die fachärztliche Beurteilung eines an sich feststehenden medizinischen Sachverhalts gehe. Entscheidend sei daher, ob der RAD die ihm vorgelegten medizinischen Unterlagen hinreichend gewürdigt habe, um gestützt darauf schlussfolgern gekonnt zu haben, dass sich die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers seit der Referenzsituation nicht verändert habe. Während der Beschwerdeführer dafürhalte, der RAD habe den neuen Befund einer Hernierung auf Höhe C5/C6 nicht ausreichend berücksichtigt, sei dort schon am 19. Dezember 2012 eine ausgeprägte Spondylosis mit linksbetonter foraminaler Einengung und bilateraler Nervenwurzelkompression im foraminalen Anteil erwähnt und angegeben worden, die Bandscheibe zeige eine begleitende Protrusion. Auch Prof. C.\_\_\_\_ habe gemäss Bericht vom 6. Februar 2013 eine Diskushernie C5/C6 diagnostiziert und ausgeführt, mit einer Wiederaufnahme der beruflichen Tätigkeit könne gerechnet werden; ausser diversen genannten Ausnahmen (wie z.B. Überkopfarbeiten) könnten alle Arbeiten ausgeführt werden. Das habe der RAD in der Stellungnahme vom 20. Juni 2014 berücksichtigt, ebenso wie am 31. Mai 2016 die Ergebnisse der kreisärztlichen Untersuchung. Zu keinem abweichenden Resultat führe das Fazit des ambulanten Assessments der Rehaklinik D.\_\_\_\_ vom 15. Mai 2016. Gemäss dem RAD sei es durch den Unfall lediglich zu einer vorübergehenden Verschlimmerung der vorbestehenden degenerativen Veränderungen an der Halswirbelsäule gekommen. Der

Befund des Röntgeninstituts vom 3. Mai 2017 sei inhaltlich weitgehend deckungsgleich mit dem Untersuchungsbericht vom 19. Dezember 2012. Mit der Bemerkung, die Voruntersuchung zur Beurteilung einer Befundänderung stehe nicht zur Verfügung, habe der RAD lediglich die Ausführung des Röntgenologen wiedergegeben. Demnach könne auch nicht erwartet werden, dass der betreffende Bericht Aussagen über eine Veränderung enthalte, denn hierzu wäre ein Vergleichswert nötig. Den bis anhin jüngsten Bericht der Klinik für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates am Kantonsspital St. Gallen habe der RAD am 27. Februar 2019 eher als Indiz dafür gewertet, dass seit 2017 keine Verschlechterung eingetreten sei, da kein anatomisches Korrelat habe ausfindig gemacht werden können, welches darauf hinzuweisen vermöchte. Die Empfehlung, eine neurologische Untersuchung durchzuführen, sei nicht im Mindesten begründet. Es werde auch nur eventuell eine bessere Objektivierung erwartet. Der RAD habe sich somit mit allen relevanten ärztlichen Dokumenten auseinandergesetzt und habe ein schlüssiges Fazit gezogen. Es fehlten konkrete stichhaltige Hinweise dafür, dass eine massgebende Verschlechterung eingetreten sei. Zu weiteren Abklärungen sei sie (die Beschwerdegegnerin) daher nicht gehalten. Mit Replik vom 21. Oktober 2019 hält die Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers daran fest, dass dessen degenerative Veränderungen im Bereich der Halswirbelsäule seit dem Referenzzeitpunkt der Leistungsablehnung weiter fortgeschritten seien. Wenn das eintrete und die Beschwerden zunehmen, könne das dazu führen, dass die Arbeit - der Beschwerdeführer habe die körperlich anstrengende und mit Zwangshaltungen der Halswirbelsäule verbundene Arbeit als I. \_\_\_ ausgeübt - nicht mehr oder nur noch eingeschränkt möglich sei. Die Voraussetzung, dass mit einer Neuanschuldung eine Veränderung glaubhaft gemacht werden müsse, solle die Verwaltung vor Mehrfachgesuchen schützen. Da jede Zunahme der degenerativen Veränderungen auch die Arbeitsfähigkeit im erlernten Beruf beeinflussen könne, werde weiterhin daran festgehalten, dass die Beschwerdegegnerin zu Unrecht nicht auf das Leistungsgesuch des Beschwerdeführers eingetreten sei. Der Beschwerdeführer habe die bisherige Arbeit in der Zwischenzeit aufgeben müssen und arbeite als Mitarbeiter einer \_\_\_-unternehmung in der \_\_\_\_\_. Damit erziele er ein deutlich tieferes Einkommen als in der selbständigen Tätigkeit als I. \_\_\_, die ihm zu Zeiten voller Arbeitsfähigkeit ein gutes Einkommen garantiert habe. Die Beschwerdegegnerin hat am 13. November 2019 auf die Erstattung einer Duplik verzichtet. Erwägungen Im Streit liegt die Verfügung der Beschwerdegegnerin vom 11. März 2019. Gemäss dem Wortlaut des Dispositivs dieser Verfügung hat sie damit das Leistungsbegehren des Beschwerdeführers vom 22. März 2017 abgewiesen. Unbestrittenermassen ist zunächst davon auszugehen, dass die Beschwerdegegnerin ein Gesuch des Beschwerdeführers vom März 2017 zu beurteilen hatte. Denn das Verfahren der ersten IV-Anmeldung des Beschwerdeführers vom 23./25. September 2013 war mit der formell rechtskräftigen Verfügung vom 19. September 2014 abgeschlossen worden. Dass die Beschwerdegegnerin auf das Schreiben von Prof. C. \_\_\_ vom 9. Juli 2015 (IV-act. 51) nicht reagiert hatte, ist sodann nicht zu beanstanden. Auf die zweite Anmeldung des Beschwerdeführers vom 11./15. April 2016 (IV-act. 54) war die Beschwerdegegnerin in der Folge mit Verfügung vom 18. Juli 2016 nicht eingetreten. Wie aus einem Bestätigungsmail der Beschwerdegegnerin an den Beschwerdeführer vom 19. August 2016 (IV-act. 66) hervorgeht, hatte dieser an jenem Tag, somit innerhalb der Rechtsmittelfrist jener Verfügung, angerufen. Das Mail trägt den Betreff "Ihre telefonische Anfrage - erneutes Leistungsgesuch/Wiederanschuldung" und die dem Beschwerdeführer darin angezeigte Zusammenfassung enthält nichts, was wahrscheinlich machen würde, dass

dieser die erlassene Nichteintretensverfügung beanstandet hatte. Auf das Mail, worin er u.a. zur Einreichung eines (sc. weiteren) unterzeichneten Gesuchs aufgefordert worden war, reagierte er nach der Aktenlage denn auch nicht. Auch die Erkundigung der Care-Managerin der Krankenversicherung nach dem aktuellen Stand und dem Verlauf des Verfahrens vom 17. August 2016 (IV-act. 65) war im Übrigen ohne aktenkundige Folgeaktion geblieben. Es ist demnach (wie es im Übrigen auch die Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers annimmt) davon auszugehen, dass die Verfügung vom 18. Juli 2016 ebenfalls in formelle Rechtskraft erwachsen ist. Gemäss dem Wortlaut ihres Dispositivs hat die Beschwerdegegnerin mit der angefochtenen Verfügung vom 11. März 2019 das Gesuch wie erwähnt abgewiesen. - Verfügungsverfügungen sind nach der Rechtsprechung des Bundesgerichts allerdings nicht (lediglich) nach ihrem Wortlaut zu verstehen, sondern es ist - vorbehaltlich der Problematik des Vertrauensschutzes - nach ihrem tatsächlichen rechtlichen Gehalt zu fragen (vgl. BGE 132 V 76). Vorweg ist festzuhalten, dass ein materielles Einlassen der Beschwerdegegnerin auf die IV-Anmeldung durch über das Einholen eines blossen Arztberichts hinausreichende Abklärungen vorliegend nicht erfolgte. Im Vorbescheid war erklärt worden, es sei anhand der vorliegenden medizinischen Unterlagen nicht plausibel nachvollziehbar, dass sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers im Vergleich zur Referenzsituation relevant mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit verändert haben könnte, aber auch, aufgrund der vorliegenden Unterlagen bestehe weiterhin kein Anspruch auf eine IV-Rentenleistung (vgl. IV-act. 86-2). Die Begründung der Verfügung lässt sodann wiederum insofern auf eine dispositivgemässe Erledigung schliessen, als die Beschwerdegegnerin festgehalten hat, es bestehe unter Berücksichtigung der vorliegenden Unterlagen weiterhin kein Anspruch auf eine IV-Rentenleistung. Ausserdem führte die Beschwerdegegnerin aus, es sei "aufgrund der vorliegenden Akten mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nicht von einer Verschlechterung des Gesundheitszustands seit dem letzten Entscheid auszugehen" (IV-act. 110-2). Diese Begründungselemente und das Dispositiv stimmen demnach insofern überein. Die Ausführungen in der Beschwerdeantwort zeigen, dass die Beschwerdegegnerin selbst von einem materiellen Entscheid ausgeht, erwähnt sie doch, es müssten (für einen Anspruch) schlüssige Beweise vorliegen und auch RAD-Berichte könnten beweiskräftig sein, ein Anspruch auf eine Begutachtung bestehe dagegen nicht. Insgesamt rechtfertigt es sich, von einem materiell abweisenden Entscheid der Beschwerdegegnerin auszugehen. - Dass der Beschwerdeführer seinerseits einen Nichteintretensentscheid annimmt, der angesichts einer nach seiner Auffassung glaubhaft gemachten Änderung unzutreffend sei, vermag daran nichts zu ändern. Die in der angefochtenen Verfügung enthaltene Stellungnahme zum Einwand enthält des Weiteren auch Hinweise auf eine Gesuchserledigung durch eine Sanktion für ungenügende Mitwirkung bei der Abklärung. Eine materielle Anspruchsbeurteilung aufgrund der vorhandenen Akten ist in Art. 43 Abs. 3 ATSG denn auch als Sanktion vorgesehen (vgl. dazu unten E. 5.2). - Die Beschwerdegegnerin hat nach der Aktenlage jedenfalls wie erwähnt entschieden, auf das Gesuch einzutreten, was als solches nicht zu beanstanden ist, und sie hat das Gesuch abgewiesen. Tritt die Verwaltung auf eine Neuanschuldung ein, so hat sie das neue Leistungsgesuch (abgesehen von Sanktionsverhältnissen) in tatsächlicher und rechtlicher Hinsicht allseitig zu prüfen (vgl. BGE 130 V 253 E. 3.3). Nach Art. 28 IVG besteht der Anspruch auf eine ganze Invalidenrente, wenn die versicherte Person mindestens zu 70 %, derjenige auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens zu 60 % invalid ist. Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem

Invaliditätsgrad von mindestens 40 % Anspruch auf eine Viertelsrente. Zum Gesundheitszustand und zur Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers liegen aus dem Verfahren der vorliegenden Neuanschuldung vom März 2017 zunächst Angaben von Prof. C. \_\_\_ vor, namentlich diverse - nicht näher begründete - Bescheinigungen durchgehend voller Arbeitsunfähigkeit des Beschwerdeführers für die Zeit vom Unfall am 21. Dezember 2014 (zunächst wegen dieses Unfalls und später wegen Krankheit) bis Ende März 2017, letzteres gemäss Attest vom 2. März 2017 (vgl. IV-act. 71-17). Am 28. März 2017 wies der Arzt den Beschwerdeführer sodann jedoch darauf hin, dass eine relevante Änderung des Sachverhalts bei ihm nicht eingetreten sei, weshalb sich eine weitere IV-Anmeldung erübrige. Das könnte darauf hindeuten, dass der Arzt nicht von einer invalidenversicherungsrechtlich relevanten Arbeitsunfähigkeit des Beschwerdeführers ausging. Zuvor war der RAD nämlich am 31. Mai 2016 aufgrund des Ergebnisses einer kreisärztlichen Untersuchung (vom Oktober 2015) zur Beurteilung gelangt, der Beschwerdeführer sei für adaptierte Tätigkeiten arbeitsfähig (vgl. IV-act. 59). In einem IV-Arztbericht vom 23. Mai 2017 erklärte Prof. C. \_\_\_ den Beschwerdeführer jedoch wegen der chronischen Schmerzen, des Kopfwehs und oft auftretenden Schwindels ausdrücklich für alle Tätigkeiten als arbeitsunfähig. Die Beschreibung einer zwischenzeitlichen (d.h. seit seiner Äusserung von Ende März 2017 eingetretenen) Verschlechterung des Zustands des Beschwerdeführers lässt sich im Bericht allerdings nicht ausmachen. Diagnostiziert hat der Arzt hauptsächlich (d.h. mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit) eine Diskushernie C6/C7 rechts, eine Insertionstendopathie Achillessehne rechts und ein KZBT. Bei der Beurteilung der letztgenannten kraniozervikalen Beschleunigungsverletzung (durch den Unfall vom 21. Dezember 2014) einerseits hatte sich der Kreisarzt der Unfallversicherung in seinem Bericht vom 28. Oktober 2015 auf eine entsprechende Annahme von Prof. C. \_\_\_ vom 19. Januar 2015 bezogen (vgl. Fremd-act. 3-6). Mit Ausnahme von leichten Parästhesien waren demnach im Erstbehandlungsbericht aber keine neurologischen Ausfallerscheinungen oder Begleitverletzungen von Seiten der Schultergelenke oder der Lendenwirbelsäule dokumentiert worden. Frische knöcherne Verletzungen der HWS bzw. eine Instabilität der degenerativ vorgeschädigten HWS hatten ausgeschlossen werden können. Eine richtunggebende (anhaltende) Verschlimmerung des Vorzustands war nicht festgestellt worden. Der Kreisarzt schloss, es habe sich um eine vorübergehende Verschlimmerung des vorbestehenden Zustands durch den Unfall gehandelt. Die in seinem IV-Arztbericht vom 23. Mai 2017 erwähnte Diskushernie C6/C7 und das Sehnenleiden andererseits hatte Prof. C. \_\_\_ bereits am 20. April 2014 (vgl. IV-act. 41) beschrieben. Schon am 6. Februar 2013 (vgl. Fremd-act. 1-11) hatte er ausserdem von einer Diskushernie C5/6 und am 25. Februar 2014 (vgl. IV-act. 34) von einer foraminalen Stenose C5/C6 rechts seit 2013 berichtet. Auch die Wirbelsäulenveränderungen auf Höhe C5/6 bestanden demnach bereits im Dezember 2012, war einem Röntgenbericht vom 19. Dezember 2012 (Fremd-act. 1-15) doch zu entnehmen, dass dort eine ausgeprägte Spondylosis mit linksbetonter foraminaler Einengung mit bilateraler Nervenwurzelkompression im foraminalen Anteil und mit Diskusprotrusion bestehe. - In Kenntnis dieser bereits vorhandenen gesundheitlichen Beeinträchtigungen hatte Prof. C. \_\_\_ dem Beschwerdeführer am 20. April 2014 für adaptierte (ohne Überkopfarbeiten stattfindende) Tätigkeiten Arbeitsfähigkeit attestiert. Eine röntgenologische Abklärung der HWS vom 3. Mai 2017 (vgl. IV-act. 79-2) zeigte insgesamt, dass (nebst einer minimalen Protrusion der Bandscheibe C3/4 ohne neurale Kompression) auf Höhe C5/6 eine Hernierung mit bilateraler Einengung des Foramen intervertebrale und auf Höhe C6/7 weiterhin eine

Hernierung der Bandscheibe mit auch Spondylosis und mässiger foraminaler Einengung durch die Degenerationen und Spondylarthrosen, teils auch mit Einengung des Foramen intervertebrale rechtsbetont, vorlagen. Und der Kreisarzt der Unfallversicherung hatte in seinem Bericht vom 28. Oktober 2015 den Verdacht auf eine Schädigung der Rotatorenmanschette bzw. ein Impingementsyndrom rechtes Schultergelenk mit Funktionsbeeinträchtigung einschliesslich Kraftminderung insbesondere des rechten Arms geäussert. - Für das chronische Schmerzsyndrom im HWS- und Schulterbereich fand jedoch die Klinik für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates am Kantonsspital St. Gallen gemäss ihrem Bericht vom 17. April 2018 in den klinischen Befunden kein eindeutiges anatomisches Korrelat. Eine neurologische Abklärung könnte die Symptomatik eventuell besser objektivieren (vgl. IV-act. 101-3). - Ein Arztbericht von Dr. H.\_\_\_\_ wurde im Übrigen nicht zu den Akten gereicht, ebenso wenig ein solcher des Schmerzzentrums am Kantonsspital St. Gallen. Was den Aspekt des psychischen Gesundheitszustands betrifft, liegt ein Bericht von Dr. G.\_\_\_\_ vom 7. April 2018 vor, wonach beim Beschwerdeführer eine Anpassungsstörung und ein chronifiziertes Burnout-Syndrom (bei zunehmender Schmerzsymptomatik seit 2013 und Autounfall im Dezember 2014) bestünden. Der Psychiater erwähnte eine "persistierende Arbeitsunfähigkeit, ärztlich attestiert", bescheinigte seinerseits jedoch nicht (ausdrücklich) eine psychiatrisch bedingte Einschränkung. Vielmehr empfahl er kleine Arbeitseinsätze und stellte in diesem Zusammenhang die Existenz eines Kundenkreises des Beschwerdeführers in Frage (vgl. IV-act. 98), was gegen die Annahme einer relevanten Arbeitsunfähigkeit unter diesem Gesichtspunkt spricht. Der RAD hielt schliesslich am 27. Februar 2019 (IV-act. 107) dafür, die Datenlage sei schmal. Aufgrund der vorhandenen Akten könne nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit eine Verschlechterung des Gesundheitszustands des Beschwerdeführers seit 2017 angenommen werden. Im Gegenteil würden die konsultierten Chirurgen eine chronische Schmerzstörung mit seit fünf Jahren bestehenden Beschwerden erwähnen, für die sich kein organisches Korrelat finden lasse. Eine Anpassungsstörung ziehe zudem in der Regel keine Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit in rentenbegründendem Ausmass nach sich. Eine neurologische Abklärung sei ferner nicht aktenkundig. Dieser medizinischen Beurteilung kann in Anbetracht der gesamten Aktenlage gefolgt werden und es ist zusammenfassend anzunehmen, dass beim Beschwerdeführer rentenrelevante Gesundheitsschädigungen zu vorliegend massgeblicher Zeit nicht bestanden, zumal eine anhaltende Verschlechterung seines Zustands und seiner Arbeitsfähigkeit nicht ausgewiesen erscheint und die frühere, eine Rente abweisende Verfügung vom 19. September 2014 - in jedenfalls nicht als zweifellos unrichtig zu betrachtender Weise - zum Ergebnis einer vollen Arbeitsfähigkeit in adaptierter Tätigkeit gelangt war. Denn wie erwähnt hatte Prof. C.\_\_\_\_ den Beschwerdeführer am 20. April 2014 für adaptierte Tätigkeiten als arbeitsfähig bezeichnet. Nach dem Unfall vom Dezember 2014 war der Beschwerdeführer in der Folge auch in der Rehaklinik D.\_\_\_\_ untersucht worden. Es hatte sich dabei ergeben, dass wegen der fortgeschrittenen degenerativen Veränderungen der HWS und der LWS (multisegmentale degenerative Veränderungen, p.m. LWK4-SWK1 mit Spondylosen, Osteochondrosen, Fazettengelenksarthrosen, vgl. Fremd-act. 2-1) nach Abklingen der unfallbedingten HWS-Beschwerden eine verminderte Belastbarkeit für schwere und mittelschwere Tätigkeiten und für monotone Haltungen dieser beiden Wirbelsäulenabschnitte und für Überkopfarbeiten übrigbleiben werde (vgl. Fremd-act. 2-5). Festzustellen gewesen war indessen auch eine erhebliche Symptomausweitung. Die genannte qualitative Beeinträchtigung durch die degenerativen

Veränderungen ist zu berücksichtigen, bedeutet allerdings keine Arbeitsunfähigkeit für leidensangepasste Tätigkeiten. Insbesondere ist zur Frage einer allfälligen Verschlimmerung des Leidens darauf hinzuweisen, dass der vom Beschwerdeführer hierfür geltend gemachte Grund, dass die Hernierung des Diskus C5/C6 (sc. im Vergleich zum Zustand vor dem Verfahren der Neuanschuldung vom März 2017) neu sei, nicht zutrifft. Da sich ein eindeutiges anatomisches Korrelat beim Untersuchen der klinischen Befunde durch die Klinik für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates am Kantonsspital St. Gallen wie erwähnt nicht gezeigt hat, ist auch nicht von einer relevanten Zunahme der degenerativen Veränderungen auszugehen. Was den erwerblichen Aspekt betrifft, lässt der Beschwerdeführer in der Replik mitteilen, er habe inzwischen die bisherige Tätigkeit aufgeben müssen und arbeite als Mitarbeiter in einer Unternehmung mit einem deutlich tieferen Einkommen, als es ihm seine selbständige Tätigkeit als I.\_\_\_\_ garantiert habe. Nähere Auskünfte, etwa zum Zeitpunkt und zum Lohn, gab er nicht. Ein Grund zur Annahme eines rentenbegründenden Invaliditätsgrads liegt darin indessen nicht. Der Beschwerdeführer hatte am 3. April 2014 angegeben, er würde ohne Gesundheitsschaden ein Einkommen von Fr. 98'000.-- verdienen. Selbst wenn zum Vergleich mit einem solchen Valideneinkommen das statistisch erhobene Durchschnittseinkommen von Männern für einfache Tätigkeiten körperlicher oder handwerklicher Art (Kompetenzniveau 1) im privaten Sektor für jenes Jahr von Fr. 66'453.-- (gemäss Anhang 2 der Textausgabe Invalidenversicherung, Allgemeiner Teil des Sozialversicherungsrechts, Gesetze und Verordnungen, 2019, herausgegeben von der Informationsstelle AHV/IV, S. 228, basierend auf der Schweizerischen Lohnstrukturerhebung LSE des Bundesamtes für Statistik) heranzuziehen wäre, ergäbe sich kein rentenbegründender Invaliditätsgrad (sondern ein solcher von 32 %). Unberücksichtigt bliebe dabei, dass anzunehmen ist, der Beschwerdeführer verfüge aus seiner langjährigen beruflichen Tätigkeit als Selbständigerwerbender und als geschäftsführender Angestellter einer eigenen Unternehmung über diverse Fähigkeiten, welche ihm bei zumutbarer Mitwirkung auch bei Vorliegen der gesundheitlichen Beeinträchtigungen noch ein überdurchschnittliches Einkommen ermöglichen. In Anbetracht der gesamten Aktenlage rechtfertigt es sich somit, mit überwiegender Wahrscheinlichkeit von einem nicht rentenbegründenden Ausmass der Invalidität des Beschwerdeführers auszugehen, ohne dass gemäss dem Untersuchungsgrundsatz weitere Abklärungen erforderlich gewesen und noch vorzunehmen wären. Bei diesem Ergebnis kann offen bleiben, ob die Voraussetzungen von Art. 43 Abs. 3 ATSG für eine sanktionsweise Verfügung eines materiellen Entscheids aufgrund der Akten erfüllt gewesen wären. Nach dieser Bestimmung kann der Versicherungsträger, wenn die versicherte Person oder andere Personen, die Leistungen beanspruchen, den Auskunfts- oder Mitwirkungspflichten in unentschuldbarer Weise nicht nachkommen, aufgrund der Akten verfügen oder die Erhebungen einstellen und Nichteintreten beschliessen. Wenn zuvor bereits auf ein Gesuch eingetreten worden ist, umfasst die Sanktion des Nichteintretens auch ein "nachträgliches Nichteintreten" im Sinn der Einstellung des Verfahrens bzw. eines Verfahrensabbruchs (vgl. Entscheide des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 23. September 2008, IV 2007/65, vom 13. Juni 2012, IV 2010/107, und vom 22. Oktober 2012, IV 2010/443). Die Beschwerdegegnerin hat der Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers zwar im Vorbescheidsverfahren wiederholt angedroht, "die Sachverhaltsprüfung anhand vorliegender Akten" weiterzuführen, falls sie nicht innert angesetzter Frist über den Stand der Abklärungen orientiert werde und/oder ihr allfällige weitere medizinische Unterlagen

zugestellt würden, wie die Rechtsvertreterin es in Aussicht gestellt habe (vgl. IV-act. 103 und 105). Die Rechtsvertreterin hatte sich in der Folge am 17. August 2018 (IV-act. 106-1) aber noch (letztmals) gemeldet und in Aussicht gestellt, dass sie Ergebnisse einer Untersuchung von Ende August 2018 umgehend weiterleiten würde. Im folgenden Mail vom selben Tag (IV-act. 106-1) hatte die Sozialversicherungsanstalt/IV-Stelle ihr erklärt, sie werde ihrerseits somit keine weiteren Abklärungen tätigen. Danach erfolgten lediglich noch telefonische Kontaktversuche (vgl. IV-act. 109). Die Voraussetzungen eines sanktionsweisen Entscheids aufgrund der Akten oder eines Verfahrensabbruchs erscheinen daher kaum erfüllt zu sein; das kann indessen wie erwähnt dahingestellt bleiben. Im Sinn der vorstehenden Erwägungen ist die Beschwerde abzuweisen. Nach Art. 69 Abs. 1 bis IVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von 200 bis 1000 Franken festgelegt. Als unterliegende Partei hat der Beschwerdeführer die Gerichtskosten zu bezahlen (vgl. Art. 95 Abs. 1 VRP). Diese sind ermessensweise auf Fr. 600.-- zu veranschlagen. Mit dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe ist die geschuldete Gerichtsgebühr getilgt. Bei diesem Verfahrensausgang hat der Beschwerdeführer keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung (vgl. Art. 61 lit. g ATSG). Entscheid im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP Die Beschwerde wird abgewiesen. Der Beschwerdeführer hat die Gerichtskosten von Fr. 600.-- zu bezahlen, unter Anrechnung des bezahlten Kostenvorschusses in gleicher Höhe.

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