

SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2021/194 vom 23. Mai 2022

Sg Versicherungsgericht, 2022-05-23, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg_publicationen_IV_2021_194

FR: SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2021/194 du 23 mai 2022

IT: SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2021/194 del 23 maggio 2022

Regeste

Art. 87 Abs. 3 IVV. Neuanmeldung nach Rentenaufhebung. Eintretenshürde (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 23. Mai 2022, IV 2021/194).

Volltext

Entscheid vom 23. Mai 2022 Besetzung Präsident Ralph Jöhl, Versicherungsrichterinnen Monika Gehrer-Hug und Karin Huber-Studerus; Gerichtsschreiber Tobias Bolt Geschäftsnr. IV 2021/194 Parteien A.____, Beschwerdeführerin, vertreten durch Fürsprecher lic. iur. Daniel Küng, Anwaltskanzlei St. Jakob, St. Jakob Strasse 37, 9000 St. Gallen, gegen IV-Stelle des Kantons St. Gallen, Postfach 368, 9016 St. Gallen, Beschwerdegegnerin, Gegenstand IV-Leistungen (Nichteintreten) Sachverhalt A.____ meldete sich im Februar 2008 zum Bezug von Leistungen der Invalidenversicherung an (IV-act. 1 und 3). Im Auftrag der IV-Stelle erstattete das medizinische Gutachtenzentrum St. Gallen (MGSG) am 18. Dezember 2008 ein rheumatologisches und psychiatrisches Gutachten (IV-act. 51 f.). Die Sachverständigen hielten fest, die Versicherte leide an einer postpartal ausgelösten, seit etwa April 2007 bestehenden mittelgradigen bis schweren depressiven Episode mit einem somatischen Syndrom sowie – ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit – an einem chronifizierten, lokalisatorisch ausgedehnten musculo-skelettalen Schmerzsyndrom und an einem residuellen Knieschmerz links. Aus psychiatrischer Sicht sei sie vollständig arbeitsunfähig. Für eine ideal leidensadaptierte Tätigkeit könne höchstens ein Arbeitsfähigkeitsgrad von 30 Prozent attestiert werden. Mit einer Verfügung vom 13. Januar 2010 sprach die IV-Stelle der Versicherten mit Wirkung ab dem 1. März 2008 eine ganze Rente der Invalidenversicherung bei einem Invaliditätsgrad von 70 Prozent zu (IV-act. 97). Im Mai 2014 beantragte die Versicherte unter Hinweis auf eine im Jahr 2012 erfolgte Operation an der rechten Hüfte eine Hilflosenentschädigung (IV-act. 114). Im Auftrag der IV-Stelle erstellten die Psychiaterin Dr. med. B.____ und der Facharzt für orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates Dr. med. C.____ am 14. Februar 2015 ein bidisziplinäres Gutachten (IV-act. 141). Sie hielten fest, die Versicherte leide an einer kombinierten Persönlichkeitsstörung mit paranoid-misstrauischen, passiv-aggressiven und emotional-instabilen Anteilen, an einem chronischen Panvertebralsyndrom, an Hüftgelenksschmerzen rechts sowie – ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit – an einer gegenwärtig weitgehend remittierten rezidivierenden depressiven Störung, an einer beginnenden Coxarthrose links und an beidseitigen Knieschmerzen. Aus bidisziplinärer Sicht sei eine leidensadaptierte Tätigkeit grundsätzlich während sieben Stunden pro Tag zumutbar. Aufgrund der Dekonditionierung seien Integrationsmassnahmen mit einem langsamen Arbeitseinstieg und einer schrittweisen Steigerung der Arbeitsfähigkeit zu empfehlen. Innert Jahresfrist könne mit einer

Arbeitsfähigkeit von mindestens 50 Prozent gerechnet werden. Medizinisch-theoretisch sei eine Steigerung auf 100 Prozent möglich. Auf eine Nachfrage der IV-Stelle hin führten die Sachverständigen im März 2015 ergänzend aus (IV-act. 147), die Arbeitsfähigkeit für eine ideal leidensadaptierte Tätigkeit liege aktuell bei 50 Prozent. Aufgrund der langjährigen Dekonditionierung seien aus psychiatrischer Sicht Integrationsmassnahmen mit einem langsamen und schrittweisen Aufbau der Arbeitsfähigkeit zu empfehlen. Im Juni 2015 berichtete der behandelnde Psychiater med. pract. D.____ (IV-act. 154), er hege den Verdacht, dass die Versicherte an einer schizo-affektiven Störung, gegenwärtig depressiv, leide. Differentialdiagnostisch stehe eine organische Erkrankung des Gehirns mit wahnhaften (schizophreniformen) und depressiven Anteilen zur Diskussion. Die Versicherte sei vollständig arbeitsunfähig. Sie könne nicht einmal in einem geschützten Rahmen arbeiten, weil sie den Vorgesetzten und den Mitarbeitern nicht zumutbar sei. Selbst eine stationäre oder tagesklinische Behandlung sei zum Scheitern verurteilt, weil die Versicherte den behandelnden Ärzten, dem Pflegepersonal und den übrigen Patienten nicht zumutbar sei. Im Auftrag der IV-Stelle wurde die Versicherte im Zeitraum vom 17. September 2015 bis zum 30. September 2015 durch die CX Partners GmbH observiert. Die CX Partners GmbH hielt in ihrem Observationsbericht vom 9. Oktober 2015 fest (IV-act. 164), die Versicherte habe sich ohne sichtbare Einschränkungen oder Beschwerden bewegt. Sie habe aufmerksam, beweglich und fit gewirkt. Sie habe gelacht und sie sei kommunikativ gewesen. Sie sei täglich als Fahrzeuglenkerin unterwegs gewesen. Im November 2015 notierte Dr. med. E.____ vom IV-internen regionalen ärztlichen Dienst (RAD; IV-act. 167), allein schon die Beobachtung, dass die Versicherte täglich als routinierte Fahrzeuglenkerin unterwegs gewesen sei, könne mit den vom behandelnden Psychiater D.____ beschriebenen Einschränkungen der Konzentration und der Auffassung sowie der angeblichen Verkennung von Situationen aufgrund eines psychotischen Geschehens nicht vereinbart werden. Anlässlich eines „Standortgesprächs“ räumte die Versicherte nach einer Konfrontation mit den Observationsergebnissen am 2. Dezember 2015 ein (IV-act. 169), sie habe teilweise unwahre Angaben gemacht. Sie habe ihre Krankheit verdeutlichen wollen. Im Auftrag der IV-Stelle erstatteten der Rheumatologe Dr. med. F.____ und der Psychiater PD Dr. med. G.____ vom H.____ am 10. November 2016 ein bidisziplinäres Gutachten (IV-act. 191 f.). Der rheumatologische Sachverständige hielt fest, die Versicherte leide an einem Status nach Implantation einer Hüft-Totalendoprothese rechts, an chronischen Cervicalgien und Lumbalgien sowie – ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit – an einer möglichen beginnenden Coxarthrose links. Die Ergebnisse der körperlichen Untersuchung seien abgesehen von einer deutlichen Fehlhaltung, einer ausgeprägt demonstrierten Insuffizienz der rumpfstabilisierenden Muskulatur, einer Druckdolenz des leicht hypertonen Musculus gluteus medius rechts und leichten Verkürzungen der hinteren Bein- und der vorderen Oberschenkelmuskulatur unauffällig gewesen. Auch der radiologische Befund müsse als weitgehend unauffällig qualifiziert werden. Es bestehe folglich eine Übereinstimmung zwischen den radiologischen Befunden, den objektiv klinischen Befunden und den Observationsergebnissen. In Übereinstimmung mit dem orthopädischen Sachverständigen Dr. C.____ sei aufgrund der Implantation einer Totalendoprothese der rechten Hüfte von einer leicht verminderten Belastbarkeit auszugehen. Von Seiten der degenerativen, geringen Veränderungen der Lendenwirbelsäule sei die Rückenbelastbarkeit geringgradig eingeschränkt. Zusammenfassend seien ein häufiges, repetitives Heben, Tragen oder Hantieren von Lasten über sieben Kilogramm oder von gelegentlichen Einzellasten über 20 Kilogramm zu vermeiden. Weitere

Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit könnten aus rheumatologischer Sicht nicht attestiert werden. Der psychiatrische Sachverständige führte aus, die Versicherte habe in der Untersuchung eine ausgeprägte Leidenshaltung eingenommen und mehrfach ausdrücklich darauf hingewiesen, dass sie sich besonders schmerzschonend bewegen und halten müsse, um einigermaßen zurecht zu kommen. Dieses Verhalten habe in einem erheblichen Kontrast zu jenem Verhalten gestanden, das in den Observationsvideos habe beobachtet werden können. Die in der Untersuchungssituation mehrfach wiederholte Aussage der Versicherten, wenn sie mit ihren Kindern unterwegs sei, um etwas einzukaufen, sei sie „nur am Schreien“, weil sie sich nicht beherrschen könne, lasse sich anhand der Observationsvideos nicht validieren. Angesichts des sehr wesentlichen Kontrastes zwischen dem in den Observationsvideos dokumentierten und dem in der Untersuchung präsentierten Verhalten stelle sich die Frage nach der medizinischen Authentizität der Beschwerdedarstellung. Die Versicherte habe in den testpsychologischen Selbstbeurteilungsskalen Extremwerte angekreuzt. Der SFSS-Test habe eine sehr erhebliche Beschwerdeverdeutlichungstendenz nachgewiesen. Das stehe in Übereinstimmung mit dem klinischen Untersuchungsbefund. In der Untersuchung habe die Versicherte verstimmt, ängstlich und angespannt gewirkt. Während eines Teils der Untersuchung habe sie sich stark an den Unterarmen gekratzt; sie habe emotional extrem angespannt gewirkt. Mehrfach habe sie sich ungehalten und vorwurfsvoll geäußert. Sie habe einen erheblich angespannt-aggressiven emotionalen Zustand gezeigt. Die Stimmung habe insgesamt sehr stark moros, angespannt und gereizt gewirkt. Die Grundstimmung sei dysthym, aber nicht eigentlich depressiv oder devitalisiert gewesen. Der Affekt sei praktisch nicht auslenkbar, aber vital gewesen. Der Antrieb sei gehemmt und gesteigert gewesen. Im Übrigen sei der klinische Untersuchungsbefund unauffällig ausgefallen. Insgesamt lasse sich auf dem psychiatrischen Fachgebiet keine krankheitswertige Störung belegen, die einen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit hätte. Die Versicherte leide zwar an einer Dysthymia, aber diese habe keine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit. Aufgrund der Angaben der Versicherten könne eine gewisse Persönlichkeitsakzentuierung angenommen werden, aber das ausschnitthaft dokumentierte Verhalten der Versicherten in den Observationsvideos zeige ein ganz anderes Bild, sodass kein Grund zur Annahme einer Persönlichkeitsakzentuierung oder einer Persönlichkeitsstörung bestehe. Bezüglich der Diagnosen und der Arbeitsfähigkeitsschätzung bestehe eine weitgehende Übereinstimmung zum psychiatrischen Teilgutachten von Dr. B.____, in dem ebenfalls eine überwiegend erhaltene Arbeitsfähigkeit attestiert worden sei. Die Versicherte sei uneingeschränkt arbeitsfähig. Der behandelnde Psychiater D.____ hielt in einer Stellungnahme vom 3. März 2017 zum psychiatrischen Teilgutachten von PD Dr. G.____ fest (IV-act. 197), er könne die Schlussfolgerungen des Sachverständigen nicht nachvollziehen. Die Versicherte zeige in den Sitzungen stets ein sehr auffälliges Verhalten. Die Vorgutachter und auch PD Dr. G.____ hätten dieses sehr auffällige Verhalten ebenfalls festgestellt und beschrieben. Aus medizinischer Sicht sei nicht nachvollziehbar, weshalb PD Dr. G.____ den Observationsergebnissen ein höheres Gewicht als den fachärztlichen Beurteilungen eingeräumt habe. Rechtsprechungsgemäss dürfe Observationsmaterial ohnehin nicht verwertet werden. Zu berücksichtigen sei auch, dass die Observationsergebnisse zufällig genau jene Momente dokumentieren könnten, in denen es der Versicherten verhältnismässig gut gegangen sei. Auch am Tag der Untersuchung durch PD Dr. G.____ könnte sich die Versicherte gerade in einer vorübergehenden Phase mit einer weniger starken Ausprägung der depressiven Störung befunden haben. Am 17. Juli 2017 nahm PD

Dr. G.____ Stellung zu den Ausführungen des behandelnden Psychiaters D.____ (IV-act. 201). Er hielt fest, das auffällige Verhalten der Versicherten in der Untersuchungssituation habe keine krankheitswertigen Formen angenommen. Die Versicherte habe nur eine ausgeprägt leidensorientierte Beschwerdedarstellung gezeigt. Sie sei kurz, aber heftig erobost gewesen, als sie mit den Observationsergebnissen konfrontiert worden sei. Darüber hinaus habe sie lediglich betont, wie elend und depressiv sie sich die ganze Zeit über fühle und wie sehr sie sich schonen müsse. Der behandelnde Psychiater D.____ habe nicht begründet, weshalb die Versicherte arbeitsunfähig sein solle. In der klinischen Untersuchung habe jedenfalls ganz wegleitend der Eindruck einer erheblichen Beschwerdeverdeutlichungstendenz bestanden. Am 22. August 2017 berichtete der behandelnde Psychiater D.____ (IV-act. 204), bei einer neuropsychologischen Testung habe das Vorliegen eines ADHS ausgeschlossen werden können. Die Testung habe allerdings eine erhebliche Intelligenzminderung gezeigt, wobei aber zu berücksichtigen sei, dass die Symptomvalidierung auffällige Resultate geliefert habe. Im Bericht über die neuropsychologische Testung vom 19. Juli 2017 war auf hoch auffällige Befunde in den Symptomvalidierungsverfahren hingewiesen worden, weshalb die Neuropsychologen festgehalten hatten, dass die objektivierten Befunde sehr wahrscheinlich nicht das tatsächliche aktuelle kognitive Leistungsvermögen widerspiegeln (IV-act. 205). Mit einer Verfügung vom 22. März 2018 hob die IV-Stelle die laufende Rente auf das Ende des der Zustellung der Verfügung folgenden Monats auf (IV-act. 215). Die Versicherte liess am 28. April 2018 eine Beschwerde gegen die Verfügung vom 22. März 2018 erheben (vgl. IV-act. 230). Im Beschwerdeverfahren reichte sie verschiedene medizinische Berichte ein: In einer Stellungnahme vom 3. Oktober 2018 hielt der behandelnde Psychiater D.____ fest (vgl. IV-act. 242), die Versicherte zeige ein hoch auffälliges Verhalten. Zudem leide sie an einer „Reizüberflutung“, an einer mittelgradig ausgeprägten depressiven Episode sowie an neuropsychologischen Defiziten. Sie sei vollständig arbeitsunfähig. Der Rheumatologe Dr. med. I.____ berichtete am 8. November 2018 (vgl. IV-act. 246), der von ihm erhobene (detailliert beschriebene) objektive klinische Befund sei weitgehend unauffällig gewesen, obwohl die Versicherte über massive Schmerzen geklagt habe. Diagnostisch sei an ein Fibromyalgiesyndrom zu denken. Die Klinik J.____ hielt in einem Austrittsbericht vom 24. Oktober 2019 betreffend eine stationäre Behandlung der Versicherten im Zeitraum vom 30. Juli 2019 bis zum 2. Oktober 2019 fest (vgl. IV-act. 257), die Versicherte leide an einer rezidivierenden depressiven Störung mit einer mittelgradigen Episode, an einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren, an einer posttraumatischen Belastungsstörung sowie an einer kombinierten Persönlichkeitsstörung. Zudem bestehe der Verdacht auf eine Agoraphobie. Sie habe in der Kindheit und Jugend bis ins Erwachsenenalter hinein unter sexuellem Missbrauch, emotionaler Vernachlässigung und körperlicher Misshandlung gelitten. Auf diesem traumatisierenden Hintergrund hätten sich eine rezidivierende depressive Störung und ein agoraphobisch anmutendes Vermeidungsverhalten entwickelt. Der behandelnde Psychiater D.____ habe im Rahmen einer Exacerbation der depressiven Störung dringlich zu einer stationären Behandlung geraten. Mit einem Entscheid vom 7. Juli 2020 wies das Versicherungsgericht des Kantons St. Gallen die Beschwerde gegen die Verfügung vom 22. März 2018 ab (IV 2018/149; vgl. IV-act. 273). Es qualifizierte das bidisziplinäre Gutachten von Dr. F.____ und PD Dr. G.____ als überzeugend. Bezüglich des Austrittsberichtes der Klinik J.____ vom 24. Oktober 2018 hielt es fest, dieser wecke den Verdacht, dass die Ärzte unkritisch auf die Angaben der Versicherten abgestellt und offenbar auch keine Kenntnis von den relevanten Vorakten,

insbesondere vom Gutachten von PD Dr. G.____, gehabt hätten. Der behandelnde Psychiater D.____ habe offenkundig ebenfalls unkritisch auf die Angaben der Versicherten abgestellt, obwohl ihm bewusst gewesen sein müsse, dass die Versicherte bei einer Observation ein diametral anderes Verhalten als in Untersuchungs- und Behandlungssituationen gezeigt habe und dass mehrere neuropsychologische Testungen unverwertbare Ergebnisse produziert hätten, weil es nie gelungen sei, die Symptome zu validieren. Weshalb sich der behandelnde Psychiater D.____ darauf versteift habe, die subjektiven Angaben der Beschwerdeführerin für bare Münze zu nehmen, sei nicht nachvollziehbar. Noch unverständlicher sei, dass er sogar so weit gegangen sei, zur Verteidigung seines Attestes einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit auf die Ergebnisse der neuropsychologischen Testungen zurückzugreifen, obwohl er gewusst habe, dass die Testergebnisse nicht verwertbar gewesen seien, weil die Symptomvalidierungstests hoch auffällige Resultate gezeitigt hätten. Sein Einwand, die Observation sei möglicherweise gerade in einem Zeitraum durchgeführt worden, an dem es der Versicherten ausnahmsweise viel besser als sonst gegangen sei, sei nicht plausibel. Die Berichte und vor allem auch die zahlreichen Stellungnahmen im Beschwerdeverfahren zeichneten insgesamt ein sehr einseitiges Bild der Sachlage und wiesen damit auf eine Befangenheit des behandelnden Psychiaters D.____ zugunsten der von ihm seit Jahren behandelten Versicherten hin, die sich allein mit dem therapeutischen Auftrag wohl nicht erklären lasse. Bereits am 12. Januar 2019 hatte die Versicherte erneut um Leistungen der Invalidenversicherung ersucht (IV-act. 249). Die IV-Stelle forderte sie am 6. Oktober 2020 auf, eine relevante Veränderung des Sachverhaltes seit dem 22. März 2018 glaubhaft zu machen (IV-act. 275). Die Versicherte liess am 16. Dezember 2020 geltend machen, die massgebliche Verschlechterung des Gesundheitszustandes sei mit den im Beschwerdeverfahren IV 2018/149 eingereichten medizinischen Berichten glaubhaft gemacht worden (IV-act. 281). Am 25. März 2021 liess sie einen Austrittsbericht der psychiatrischen Tagesklinik L.____ vom 23. März 2021 betreffend eine Behandlung vom 25. November 2020 bis zum 5. Februar 2021 einreichen (IV-act. 285 f.). Die Ärzte hatten eine rezidivierende depressive Episode mit einer gegenwärtig mittelgradigen Episode, eine posttraumatische Belastungsstörung sowie eine kombinierte Persönlichkeitsstörung mit paranoiden und emotional instabilen Persönlichkeitsanteilen diagnostiziert. Sie hielten fest, den Anlass für die tagesklinische Behandlung habe ein Unfall des Ehemannes gebildet, in dessen Folge sich die Versicherte vor neue Anforderungen gestellt gesehen habe, denen sie aufgrund ihrer langjährig bestehenden chronifizierten depressiven Beschwerden nicht gewachsen zu sein scheine. Die RAD-Ärztin Dr. med. M.____ notierte am 14. April 2021 (IV-act. 287), die Berichte der psychiatrischen Tagesklinik L.____ vom 23. März 2021, der Klinik J.____ vom 24. Oktober 2019 und des behandelnden Psychiaters D.____ vom 30. Januar 2020, vom 16. Dezember 2019, vom 16. Oktober 2018, vom 3. Oktober 2018 sowie vom 10. Juli 2018 belegten keine relevante Veränderung des Gesundheitszustandes seit dem 22. März 2018. Gemäss diesen Berichten leide die Versicherte nach wie vor an einer mittelgradig ausgeprägten Depression. Diese Diagnosestellung sei von PD Dr. G.____ mit einer überzeugenden Begründung als falsch verworfen worden. Der in den Berichten beschriebene klinische Befund sei mit jenem in den Berichten der behandelnden Ärzte vor dem 22. März 2018 identisch. Das Vorliegen einer posttraumatischen Belastungsstörung sei von PD Dr. G.____, der spezifisch nach entsprechenden Symptomen geforscht habe, verneint worden. Die Kriterien gemäss dem ICD-10 seien nicht erfüllt. Die angebliche Traumatisierung solle in der Kindheit und Jugend erfolgt sein; eine neue Traumatisierung sei nirgends beschrieben

worden. Folglich könne sich diesbezüglich seit dem 22. März 2018 nichts geändert haben. Der Sachverständige PD Dr. G. ___ habe eine Persönlichkeitsstörung ausschliessen können. Die Klinik J. ___ habe die entsprechende Diagnose mittlerweile ebenfalls aufgegeben und mit einer in die „Restekategorie“ fallenden Diagnose eher beschreibend auf Symptome aus therapeutischen Erwägungen hinweisen wollen. Eine Veränderung lasse sich aus den aktuellen Berichten jedoch nicht ableiten. Am 12. April 2021 hatte die Versicherte einen Bericht der S. ___ AG vom 2. Dezember 2020 einreichen lassen, in dem eine komplexe posttraumatische Belastungsstörung, eine rezidivierende depressive Störung mit einer gegenwärtig mittelgradigen Episode sowie eine Persönlichkeitsstörung mit paranoiden und emotional instabilen Anteilen diagnostiziert worden waren und in dem die zuständige Ärztin auf eine neu aufgetretene Belastungssituation durch einen Arbeitsplatzwechsel des Ehemannes respektive durch einen neu wesentlich längeren Arbeitsweg und eine damit einhergehende Reduktion der Mithilfe des Ehemannes im Haushalt und in der Kindererziehung hingewiesen hatte (IV-act. 288 f.). Die RAD-Ärztin Dr. M. ___ notierte am 5. Mai 2021, der Bericht enthalte keine Hinweise auf eine Veränderung des Gesundheitszustandes (IV-act. 290). Mit einem Vorbescheid vom 25. Mai 2021 teilte die IV-Stelle der Versicherten mit (IV-act. 291), dass sie vorsehe, nicht auf das neue Leistungsbegehren einzutreten. Zur Begründung führte sie an, die nach dem 22. März 2018 eingereichten medizinischen Berichte der behandelnden Ärzte enthielten keine Hinweise auf eine relevante Veränderung des Gesundheitszustandes. Die behandelnden Ärzte hätten lediglich ihre „bekannten anderen Beurteilungen des unveränderten Sachverhaltes“ wiederholt. Dagegen liess die Versicherte am 19. Juli 2021 einwenden (IV-act. 296), im Rahmen der Eintretensprüfung müsse eine relevante Sachverhaltsveränderung nicht mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen, sondern nur glaubhaft gemacht werden. Der Eingabe lagen verschiedene medizinische Berichte bei: In einem radiologischen Bericht vom 10. Juni 2020 waren diskret progrediente, nun oligosegmentale Osteochondrosen beginnend ab C3/4 beschrieben worden (IV-act. 299–5); der Neurologe Dr. med. R. ___ hatte am 6. Juli 2020 über eine Migräne, über chronische Kopfschmerzen vom Spannungstyp, über eine Cervicobrachialgie sowie über eine Lumboischialgie bei einer bekannten depressiven Störung berichtet (IV-act. 299–7 f.); die Klinik N. ___ und der Chirurg Dr. med. O. ___ hatten am 29./30. April 2021 über eine symptomatische Behandlung einer Analvenenthrombose berichtet (IV-act. 299–9 ff.); das Schmerzzentrum des Kantonsspitals St. Gallen hatte die Versicherte am 1. Juni 2021 im Hinblick auf eine Behandlung des chronifizierten, vorwiegend nozizeptiven Schmerzsyndroms untersucht (IV-act. 299–13 ff.); der Handchirurg Dr. med. P. ___ hatte am 2. April 2020 berichtet, die Versicherte habe ihn wegen Handgelenksschmerzen rechts nach mehreren Stürzen aufgesucht, die sich als eine entzündliche Reaktion ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit als Hausfrau erwiesen hätten (IV-act. 299–19); die Gynäkologin Dr. med. Q. ___ hatte am 2. Juni 2020 über einen weitestgehend unauffälligen objektiven Befund berichtet (IV-act. 299–20); Dr. O. ___ hatte am 25. Juni 2021 über eine Verlaufsuntersuchung mit einem weitgehend unauffälligen objektiven Befund berichtet (IV-act. 299–21 f.). Die RAD-Ärztin Dr. M. ___ nahm am 18. August 2021 eingehend Stellung zu diesen Berichten (IV-act. 309). Sie hielt fest, der Bericht von Dr. P. ___ belege, dass die Versicherte nur kurzzeitig unter harmlosen Gelenksbeschwerden gelitten habe, die keinen Einfluss auf die Erwerbsfähigkeit gehabt hätten. Der gynäkologische Bericht von Dr. Q. ___ enthalte keine Hinweise auf relevante Gesundheitsbeeinträchtigungen, erwähne aber die Angabe der Versicherten, sie pflege ein aktives Sexualleben, was sich kaum mit

der geltend gemachten schweren psychischen Gesundheitsbeeinträchtigung vereinbaren lasse. Die radiologischen Untersuchungen hätten „wenig bis nichts“ ergeben. Der von Dr. R.____ ausführlich beschriebene neurologische Befund sei unauffällig gewesen. Bezüglich der Analvenenthrombose zeigten die Berichte, dass die Versicherte die ärztlichen Empfehlungen „nahezu komplett“ ignoriert habe und dass sich die Beschwerden trotzdem relevant verbessert hätten. Die Beckenbodensenkung sei versicherungsmedizinisch irrelevant. Auch diesbezüglich sei dokumentiert worden, dass die Versicherte „in erster Linie ihren eigenen Therapievorstellungen“ gefolgt sei. Der Bericht des Schmerzzentrums belege „sehr klar“, dass die geltend gemachten Probleme in erster Linie psychosozialen Belastungsfaktoren zuzuordnen seien. Zudem enthalte er deutliche Hinweise auf Diskrepanzen und Inkonsistenzen. Mit einer Verfügung vom 2. September 2021 trat die IV-Stelle nicht auf das neue Leistungsbegehren ein (IV-act. 310). Am 29. September 2021 liess die Versicherte (nachfolgend: die Beschwerdeführerin) eine Beschwerde gegen die Verfügung vom 2. September 2021 erheben (act. G 1). Ihr Rechtsvertreter beantragte die Aufhebung der angefochtenen Verfügung und die Rückweisung der Sache an die IV-Stelle (nachfolgend: die Beschwerdegegnerin) zur Abklärung des Sachverhaltes und zur materiellen Verfügung. Zur Begründung führte er aus, die Beschwerdeführerin habe bereits im Beschwerdeverfahren IV 2018/149 zahlreiche neue medizinische Berichte eingereicht. Wenn das Versicherungsgericht damals den Verdacht geäussert habe, dass der behandelnde Psychiater D.____ und die Klinik J.____ unkritisch auf die Angaben der Beschwerdegegnerin abgestellt hätten, habe das nur die richterliche Beweiswürdigung in Bezug auf die zum Urteilszeitpunkt vorliegenden Berichte bezüglich des Gesundheitszustandes im Referenzzeitpunkt betroffen. Daraus könne nichts zu Ungunsten der neu eingereichten Berichte abgeleitet werden. Hinzu komme, dass die Verschlechterung nur glaubhaft gemacht werden müsse. Die RAD-Ärztin habe sich intensiv mit den neu eingereichten Berichten befasst. Damit sei die Beschwerdegegnerin de facto auf die Neuanschuldung eingetreten. Die Beschwerdegegnerin beantragte am 17. November 2021 die Abweisung der Beschwerde (act. G 5). Zur Begründung führte sie an, der RAD habe die laufend neu eingereichten Berichte sorgfältig geprüft und keine relevante Veränderung des Gesundheitszustandes ausmachen können. In den Akten finde sich kein Anhaltspunkt dafür, dass die Berichte des behandelnden Psychiaters D.____ „und der übrigen Behandler“ zuverlässiger geworden wären oder dass die Beschwerdeführerin „heute plötzlich nur noch authentische Beschwerden präsentieren“ würde. Am 23. November 2021 wurde der Beschwerdeführerin die unentgeltliche Rechtspflege bewilligt (act. G 6). Die Beschwerdeführerin liess am 5. Januar 2022 an ihren Anträgen festhalten, ohne näher auf die Beschwerdeantwort vom 17. November 2021 einzugehen (act. G 10). Erwägungen Dieses Beschwerdeverfahren bezweckt die Überprüfung der angefochtenen Verfügung vom 2. September 2021 auf deren Rechtmässigkeit, weshalb sein Gegenstand jenem des vorangegangenen Verwaltungsverfahrens entsprechen muss. Dieses hat sich auf die Eintretensfrage beschränkt, das heisst es hat nur die Frage zum Gegenstand gehabt, ob es der Beschwerdeführerin gelungen sei, eine wesentliche Veränderung des relevanten Sachverhaltes seit der Aufhebung der früheren Rente glaubhaft zu machen. Diese „Eintretenshürde“ hat die Beschwerdeführerin gemäss dem eindeutigen und klaren Wortlaut des Art. 87 Abs. 3 IVV nur bezüglich eines Rentenanspruchs, aber nicht auch bezüglich beruflicher Massnahmen meistern müssen. Da sie in ihren Eingaben jeweils nur unspezifisch „Leistungen“ beantragt hat und da grundsätzlich eine Rente oder berufliche Eingliederungsmassnahmen in Frage gekommen wären, stellt sich die Frage, ob sie bei

genauer Betrachtung nicht zwei Begehren (je eins um eine Rente und um berufliche Eingliederungsmassnahmen) gestellt hat und ob die Beschwerdegegnerin dementsprechend am 2. September 2021 nicht zwei Nichteintretensentscheide erlassen hat. Diese Frage ist zu verneinen, denn die Beschwerdeführerin hat sich dezidiert auf den Standpunkt gestellt, sie sei vollständig arbeitsunfähig. Diese Behauptung hat notwendigerweise eine Unfähigkeit zur beruflichen Eingliederung mit eingeschlossen, weshalb der Beschwerdeführerin nicht unterstellt werden kann, sie habe um berufliche Eingliederungsmassnahmen ersucht. Ihr unspezifisches Leistungsbegehren hat eindeutig nur auf eine Rente abgezielt, weshalb in diesem Beschwerdeverfahren ausschliesslich zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin zu Recht nicht auf dieses neue Rentenbegehren eingetreten ist. Der Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin hat geltend gemacht, die Beschwerdegegnerin habe sich bereits so intensiv mit der Sache befasst, dass sie de facto auf die Neuanmeldung eingetreten sei, weshalb es unzulässig gewesen sei, eine Nichteintretensverfügung zu erlassen. Diese Argumentation ist nicht stichhaltig. Für den seit langen Jahren im Sozialversicherungsrecht tätigen Rechtsvertreter ist unschwer erkennbar gewesen, dass die neu eingereichten Berichte belanglos gewesen sind. Insbesondere die gynäkologischen und die eine Analvenenthrombose betreffenden Berichte sowie der Bericht von Dr. P. ___ betreffend harmlose, rasch abgeklungene Handgelenksbeschwerden zeigen klar, dass sich am Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin im hier massgebenden Zeitraum keine wesentlichen Änderungen mit dem notwendigen Dauercharakter ergeben haben. Der Beschwerdegegnerin ist gar nichts anderes übrig geblieben, als all diese Berichte dem RAD zur Würdigung vorzulegen, wenn sie sich nicht dem Vorwurf aussetzen wollte, den Anspruch der Beschwerdeführerin auf rechtliches Gehör zu verletzen. Abgesehen davon erweist sich die Argumentation des Rechtsvertreters der Beschwerdeführerin auch als haltlos. Die Beschwerdegegnerin hat sich allein darauf beschränkt, in den vom Rechtsvertreter selbst als „zahlreich“ bezeichneten medizinischen Berichten nach einem Hinweis auf eine relevante Veränderung des Gesundheitszustandes der Beschwerdeführerin zu forschen. Sie hat keinerlei eigene Abklärungen getätigt und sie hat sich mit keiner ausserhalb des Verfahrensgegenstandes liegenden Frage befasst. Damit ist sie eindeutig nicht de facto auf die Neuanmeldung eingetreten. Das Versicherungsgericht des Kantons St. Gallen hat bereits im Entscheid IV 2018/149 vom 7. Juli 2020 mit einer ausführlichen Begründung dargelegt, dass die Berichte des behandelnden Psychiaters D. ___ und der Klinik J. ___ keinen Beweiswert haben. Weshalb diese Argumentation für das vorliegende Verfahren irrelevant sein sollte, wie der Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin ohne eine nachvollziehbare Begründung behauptet hat, ist nicht einzusehen. Im Austrittsbericht vom 23. März 2021 haben die behandelnden Ärzte der psychiatrischen Tagesklinik L. ___ offenkundig die im Bericht der Klinik J. ___ vom 24. Oktober 2019 erwähnten Diagnosen unbesehen übernommen. Augenscheinlich ist ihnen das Gutachten von PD Dr. G. ___ nicht bekannt gewesen, denn dieser hatte die im Bericht der Klinik J. ___ vom 24. Oktober 2019 erwähnten Diagnosen überzeugend begründet als unzutreffend bezeichnet, worauf auch die RAD-Ärztin Dr. M. ___ am 14. April 2021 nochmals hingewiesen hat. Der einzige Anhaltspunkt für eine mögliche relevante Verschlechterung des Gesundheitszustandes im Austrittsbericht der psychiatrischen Tagesklinik L. ___ vom 23. März 2021 könnte der Hinweis auf einen Unfall des Ehemannes sein, der in der Folge zu einer Überforderungssituation der Beschwerdeführerin geführt habe. Allerdings lässt sich dem Bericht der S. ___ AG vom 2. Dezember 2020 entnehmen, dass der Ehemann wohl gar keinen Unfall erlitten, sondern lediglich den Arbeitsplatz gewechselt hat und dass er

aufgrund des nun längeren Arbeitsweges nicht mehr so viel wie früher im Haushalt und bei der Kinderbetreuung hat mithelfen können. Damit haben sich die familiären Verhältnisse also nur geringfügig verändert, was eine neu eingetretene Überforderungssituation, die einen relevanten Einfluss auf den Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin hätte haben können, nicht erklären könnte, zumal die Kinder damals aufgrund ihres Alters keine intensive Betreuung mehr benötigt haben. Der Hinweis im Austrittsbericht der psychiatrischen Tagesklinik L. ___ vom 23. März 2021 auf einen angeblichen Unfall des Ehemannes eignet sich deshalb nicht, um eine relevante Sachverhaltsveränderung glaubhaft zu machen. Die von der – erwiesenermassen erheblich aggravierenden – Beschwerdeführerin gegenüber den Ärzten der psychiatrischen Tagesklinik L. ___ und der S. ___ AG geltend gemachten Beschwerden sind zudem weitgehend identisch mit den bereits früher vorgebrachten Klagen gewesen, sodass sich insgesamt kein Anhaltspunkt für eine relevante Veränderung ergibt. Im Übrigen haben auch die Ärzte der S. ___ AG die nachweislich falschen Diagnosen im Bericht der Klinik J. ___ AG vom 24. Oktober 2019 unbesehen übernommen, was den Beweiswert dieses Berichtes erheblich mindert. Der Bericht des Schmerzzentrums St. Gallen vom 3. Juni 2021 belegt, dass die Angaben der Beschwerdeführerin weiterhin von erheblichen Diskrepanzen und Inkonsistenzen geprägt gewesen sind. Gesamthaft fehlt in den zahlreichen medizinischen Berichten also jeder Hinweis auf eine relevante Verschlechterung des psychischen Gesundheitszustandes der Beschwerdeführerin nach dem 22. März 2018. Auch in somatischer Hinsicht fehlt es gemäss der sorgfältig erarbeiteten und überzeugend begründeten Aktenwürdigung der RAD-Ärztin Dr. M. ___ an einem Hinweis auf eine relevante Veränderung des Gesundheitszustandes der Beschwerdeführerin nach dem 22. März 2018. Der Neurologe Dr. R. ___ hat den bei einer eingehenden Untersuchung der Beschwerdeführerin von ihm erhobenen objektiven klinischen Befund detailliert beschrieben. Dem Bericht lässt sich entnehmen, dass er keine neuen Befunde hatte erheben können. Die übrigen Beschwerden, die in den von der Beschwerdeführerin eingereichten Berichten beschrieben werden (vorübergehende Handgelenksschmerzen, gynäkologische Probleme, Analvenenthrombose), sind mit Blick auf einen allfälligen Rentenanspruch augenscheinlich irrelevant gewesen. Zusammenfassend ist es der Beschwerdegegnerin nicht gelungen, eine relevante Sachverhaltsveränderung nach dem 22. März 2018 glaubhaft zu machen, weshalb die Beschwerdegegnerin zu Recht nicht auf die Neuanmeldung eingetreten ist. Die Beschwerde ist abzuweisen. Die angesichts des durchschnittlichen Verfahrensaufwandes auf 600 Franken festzusetzenden Gerichtskosten wären an sich der unterliegenden Beschwerdeführerin aufzuerlegen. Da ihr die unentgeltliche Prozessführung bewilligt worden ist, ist sie von der Pflicht, die Gerichtskosten zu bezahlen, befreit. Zuzugabe der Bewilligung der unentgeltlichen Rechtsverteidigung hat ihr Rechtsvertreter einen Anspruch auf eine Entschädigung, die 80 Prozent des erforderlichen Vertretungsaufwandes abdeckt (Art. 31 Abs. 3 AnwG). Der erforderliche Vertretungsaufwand ist als minimal zu qualifizieren, da der massgebende Sachverhalt dem langjährigen Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin bereits aus dem früheren Beschwerdeverfahren IV 2018/149 bestens bekannt gewesen ist und da diesem aufgrund der Lektüre des Beschwerdeentscheides IV 2018/149 vom 7. Juli 2020 bekannt sein musste, dass der Versuch, gestützt auf die nicht überzeugenden Berichte der behandelnden Psychiater eine relevante Sachverhaltsveränderung glaubhaft zu machen, zum Vorneherein zum Scheitern verurteilt gewesen ist. Für das Beschaffen von medizinischen Berichten, die allenfalls eine relevante Sachverhaltsveränderung hätten glaubhaft machen können, und für die Würdigung dieser

Begriffe ist ein gewisser Zusatzaufwand angefallen, der zu entschädigen ist. Der übrige Vertretungsaufwand hat sich auf eine Auseinandersetzung mit der Begründung der angefochtenen Verfügung beschränkt, die wiederum nur die isolierte Rechtsfrage betroffen hat, ob es der Beschwerdeführerin gelungen sei, mit den eingereichten medizinischen Berichten eine relevante Sachverhaltsveränderung glaubhaft zu machen. Die Entschädigung für die unentgeltliche Rechtsverbeiständung im Beschwerdeverfahren ist gesamthaft auf 80 Prozent von 1'500 Franken, also auf 1'200 Franken, festzusetzen. Sollten es ihre wirtschaftlichen Verhältnisse dereinst gestatten, wird die Beschwerdeführerin zur Nachzahlung der Gerichtskosten und zur Rückerstattung der Entschädigung für die unentgeltliche Rechtsverbeiständung verpflichtet werden können (Art. 99 Abs. 2 VRP i.V.m. Art. 123 ZPO). Entscheid im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP Die Beschwerde wird abgewiesen. Die Beschwerdeführerin ist von der Pflicht, die Gerichtskosten von 600 Franken zu bezahlen, befreit. Der Staat hat den Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin mit 1'200 Franken (einschliesslich Barauslagen und Mehrwertsteuer) zu entschädigen.

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