

SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2022/138 vom 23. Mai 2023

Sg Versicherungsgericht, 2023-05-23, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg_publicationen_IV_2022_138

FR: SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2022/138 du 23 mai 2023

IT: SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2022/138 del 23 maggio 2023

Regeste

Art. 87 Abs. 3 IVV in Verbindung mit Art. 87 Abs. 2 IVV. Wiederanmeldung. Trotz über die Jahre weitgehend unverändertem Gesundheitszustand ist nach 20-jähriger Arbeitsabstinenz und einer zwischenzeitlich erfolgten und gescheiterten Integrationsmassnahme von einer Verschlechterung der erwerblichen Möglichkeiten auszugehen, weshalb auf die (erneute) Neuanmeldung einzutreten ist (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 23. Mai 2023, IV 2022/138).

Volltext

Entscheid vom 23. Mai 2023 Besetzung Versicherungsrichterinnen Michaela Machleidt Lehmann (Vorsitz), Karin Huber-Studerus und Versicherungsrichter Michael Rutz; Gerichtsschreiber Jürg Schutzbach Geschäftsnr. IV 2022/138 Parteien A.____, Beschwerdeführer, vertreten durch Rechtsanwalt lic. iur. Rainer Deecke, schadenanwaelte.ch AG, Industriestrasse 13c, 6300 Zug, gegen IV-Stelle des Kantons St. Gallen, Postfach 368, 9016 St. Gallen, Beschwerdegegnerin, Gegenstand Rente (Nichteintreten) Sachverhalt A.____ meldete sich ursprünglich am 19. Mai 2003 unter Hinweis auf eine Nervenkrankheit zum Bezug von Rentenleistungen bei der IV-Stelle des Kantons St. Gallen (nachfolgend: IV-Stelle) an (act. G 3.1/4), welches Begehren mit Urteil des Bundesgerichts vom 15. März 2013 (8C_979/2012) letztinstanzlich abgewiesen wurde. In der Folge meldete er sich mehrmals erneut zum Leistungsbezug an, worauf die IV-Stelle jeweils mangels Glaubhaftmachung einer Sachverhaltsänderung nicht eintrat und auch die dagegen erhobenen Rechtsmittel jeweils abgewiesen wurden. Dabei machte der Versicherte im Einwandverfahren betreffend die (ausser die vorliegend zu beurteilende Wiederanmeldung) letzte Anmeldung vom 1. März 2018 sinngemäss geltend, es sei zumindest die Gewährung von beruflichen und Integrationsmassnahmen zu prüfen, habe doch das Bundesgericht mit Urteil vom 12. Januar 2018 (8C_597/2017) das Nichteintreten auf das vorangegangene Leistungsgesuch nur in Bezug auf die Rente bestätigt und sei er nunmehr integrationswillig (act. G 5.1/293, 295 f. und 301). Nachdem die IV-Stelle mit Verfügung vom 9. Juli 2018 - es habe sich auch in Bezug auf den Eingliederungswillen des Versicherten nichts geändert - wiederum nicht auf die Anmeldung eingetreten war (act. G 3.1/303), wies das hiesige Versicherungsgericht die IV-Stelle mit Entscheid vom 8. Juni 2020 an, auf die Gesuche um berufliche und Integrationsmassnahmen sowie um Arbeitsvermittlung einzutreten, da darüber noch nie befunden worden sei. Betreffend das neuerliche Rentengesuch bestätigte es dagegen die angefochtene Nichteintretensverfügung (Prozedur IV 2018/287; vgl. zur gesamten, mittlerweile rund zwanzigjährigen Vorgeschichte auch die weiteren bereits ergangenen Urteile des Versicherungsgerichts vom 2. März 2009 [IV 2008/90], vom 18. Oktober 2012 [IV 2011/384], vom 12. März 2015 [IV

2013/414], und vom 29. Juni 2017 [IV 2017/24]). In der Folge holte die IV-Stelle beim behandelnden Psychiater Dr. med. B.____, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie sowie für Allgemeinmedizin, einen neuen Arztbericht ein. Dieser gab am 22. Dezember 2020 (Eingangsdatum IV-Stelle) an, beim Versicherten bestehe - mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit - seit 1996 eine organische affektive Störung mit Panikattacken (F06.3G [richtig wohl: F06.33; vgl. auch act. G 3.1/375.1]) infolge einer Polytoxikomanie in der Jugend mit Abhängigkeit (F19.20Z), 1990 bis 1994, seit mehr als 25 Jahren abstinent, sowie eine Störung der Impulskontrolle (F06.8) seit 1996. Berufliche und Integrationsmassnahmen hätten bei diesem bisher nie ausreichend abgeklärten Versicherten eine gute Prognose für eine Arbeitsfähigkeit bis 50 % im 1. Arbeitsmarkt bzw. bis 100 % im 2. Arbeitsmarkt. Das Rendement sei medizinisch auf 50 % begrenzt, erreichbar in 6 bis 12 Monaten. Es bestehe eine hohe Ablenkbarkeit und Reizbarkeit bei Gruppenarbeit, besser im Alleingang. Die exekutive und Planungsfähigkeit sei durch Entwöhnung aktuell deutlich vermindert und durch Training zu verbessern. Die Arbeitsleistung lasse unter Zeitdruck oder bei emotionaler Anspannung rasch nach. Der Versicherte sei noch stark anleitungsbedürftig und es bestehe vermutlich ein erschwertes Lernen neuer Tätigkeiten. Er sollte bevorzugt mit erkennbaren und definierten Aufgaben alleine arbeiten. Das Pensum sei anfänglich auf 2 bis 3 Stunden am Tag festzulegen und könne dann erweitert werden. Die Einschränkungen liessen sich mit medizinischen Massnahmen vermindern. Durch ein Integrations- und Arbeitstraining sollten die Routine, die Zuversicht und die Arbeitsgewohnheiten aufgebaut und dann eine ungelernete Tätigkeit auf der Höhe der erreichbaren Leistungsfähigkeit definiert werden. Der von Dr. B.____ angekündigte Bericht der Neuropsychologie des Kantonsspitals St. Gallen vom 4. Juni 2020 lag nicht bei und konnte auch beim KSSG nicht erhältlich gemacht werden (act. G 3.1/325). Am 21. April 2021 wurde ein Eingliederungsplan für Integrationsmassnahmen erstellt. Demnach sollte der Versicherte vom 28. April 2021 bis zum 28. Juli 2021 an vier Tagen pro Woche je zwei Stunden an einer Massnahme im C.____ teilnehmen (act. G 3.1/344). Mit Mitteilung vom 23. April 2021 wurde dem Versicherten eine entsprechende Kostengutsprache für die Übernahme der aus der Leistungsvereinbarung resultierenden Kosten des Belastbarkeitstrainings erteilt (act. G 3.1/347). In den Coaching-Protokollen vom 6. und 28. Mai 2021 sowie vom 25. Juni 2021 wurde dem Versicherten attestiert, dass er konstant arbeite, sich ruhig verhalte und die geleistete Arbeit den qualitativen und quantitativen Anforderungen des 2. Arbeitsmarktes entsprächen. Zudem bevorzuge er sitzende Tätigkeiten mit geringen Anforderungen an die Konzentration. Der zwischenzeitlich unternommene Versuch einer Steigerung der Arbeitszeit auf 2,5 Stunden pro Tag habe wieder abgebrochen werden müssen (act. G 3.1/349 f. und 353). Am 17. Juli 2021 reichte der Versicherte erneut eine Anmeldung zum Bezug von Rentenleistungen ein (act. G 3.1/354). Im Verlaufprotokoll vom 16. Juli 2021 war die Einschätzung der Integrationsverantwortlichen (Job Coach) unverändert. Am 14. Juli 2021 habe sich aber ein Vorfall ereignet, bei welchem der Versicherte kurz nach Arbeitsbeginn laut zu schimpfen begonnen und beinahe einen Tisch umgekippt habe. Dies sei die Reaktion auf das als störend empfundene Verhalten eines anderen Mitarbeiters gewesen. Dem Versicherten sei es jedoch wichtig gewesen, die Massnahme trotzdem weiterführen zu können. Er sei zudem über eine durchgeführte Leistungsmessung informiert worden, die eine 20%ige Leistung bei einem bestimmten Auftrag über 2 Stunden ergeben habe (act. G 3.1/357). Mit Schlussprotokoll vom 16. Juli 2021 stellte die Eingliederungsverantwortliche fest, dass die Präsenzzeit nicht längerfristig habe gesteigert werden können und dass die Arbeitsleistung von der

Gruppenleiterin auf ca. 20 % geschätzt worden sei. Die Massnahme werde per 28. Juli 2021 abgeschlossen (act. G 3.1/355). Am 18. August 2021 reichte Dr. B.____ einen aktuellen Arztbericht ein. Dabei ging er von einer unveränderten Diagnose aus. Nach dem durchgeführten Belastbarkeitstraining sei beim Versicherten keine relevante gute Prognose mehr zu erwarten. Es sei nunmehr nachgewiesen, dass die Arbeitsleistung auf dem 2. Arbeitsmarkt dauerhaft bei 20 % oder darunter liege. In einer behinderungsangepassten Tätigkeit sei von einer Arbeitsfähigkeit von nur noch 2 Stunden an 2 Tagen pro Woche auszugehen. Es werde eine neuropsychologische Wiederanmeldung im Kantonsspital St. Gallen in die Wege geleitet (act. G 3.1/364). Mit Besprechungsprotokoll vom 30. August 2021 konstatierte die IV-Sachbearbeitung, dass aus Sicht der IV-Eingliederung sowie der Institution wohl keine verwertbare Arbeitsfähigkeit für den 1. Arbeitsmarkt mehr bestehe (act. G 3.1/366). Auch die Eingliederungsverantwortliche sah keine Möglichkeit einer weiteren Unterstützung (Arbeitsvermittlung) und schloss das Dossier ab (act. G 3.1/367). Mit Verfügung vom 18. Oktober 2021 wurde der Anspruch auf weitere berufliche Massnahmen formell abgewiesen (act. G 3.1/376). Diese Verfügung erwuchs unangefochten in Rechtskraft. Am 5. Oktober 2021 reichte die Klinik für Neurologie am Kantonsspital St. Gallen, D.____, Fachpsychologin für Neuropsychologie FSP, einen Bericht an Dr. B.____ über eine am 29. September 2021 erfolgte neuropsychologische Untersuchung ein. Dabei seien in fast allen untersuchten Teilfunktionen (ICF Körperfunktion) mittelschwere bis schwere Funktionsstörungen gefunden worden, etwa bei der Aufmerksamkeit, dem Lernen und im Bereich der Sprache. Leichte Minderleistungen hätten sich in weiteren Bereichen der Exekutivfunktionen und der Orientierung gefunden. Im Bereich Affektivität, Verhalten und Persönlichkeit seien leichte bis mittelschwere Auffälligkeiten anzunehmen. Es sei von einem depressiven Zustandbild, von einer verminderten Impulskontrolle sowie von Auffälligkeiten in der Selbst- und Verhaltensregulation auszugehen. Ressourcen hätten sich demgegenüber in der sozialen Interaktion sowie in einem unauffälligen Sprach- und Sprechverhalten und gutem Sprachverständnis erkennen lassen. Bei den ICF Aktivitäten und der Teilhabe sei von kognitiven Minderleistungen auszugehen, wobei der genaue Gesamtschweregrad auf Grund von Schwankungen in der Motivations-, Antriebs- und Aufmerksamkeitsregulation nicht quantifiziert werden könne. Die beschriebenen Diagnosen von mehrjähriger Substanzintoxikation mit Abhängigkeit, der organischen affektiven Störung mit Panikattacken und der Impulskontrollstörung erklärten aber nicht die Schwere der aktuell objektivierbaren Befunde oder der subjektiv erlebten Störungen. Auf Grund der aktuellen kognitiven Einschränkungen sei von einem erhöhten Risiko im Strassenverkehr auszugehen und bestünden aktuell Bedenken hinsichtlich der Fahreignung (act. G 3.1/375). Mit Stellungnahme vom 30. November 2021 führte der RAD Ostschweiz, Dr. med. E.____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, aus, eine Veränderung des Gesundheitszustands gegenüber der Verfügung vom 25. Oktober 2011 sei nicht plausibel. So enthalte das Referenzgutachten vom August 2010 im Wesentlichen die gleiche Beurteilung wie die aktuelle Beurteilung durch den behandelnden Psychiater Dr. B.____ in seinem Arztbericht vom 18. August 2021 und wie sie aus der neuropsychologischen Untersuchung vom 5. Oktober 2021 ersichtlich sei (act. G 3.1/377). Mit Vorbescheid vom 1. Dezember 2021 teilte die IV-Stelle dem Versicherten mit, auf die erneute Rentenanmeldung werde nicht eingetreten (act. G 3.1/379). Nach durchgeführtem Einwandverfahren - die gesundheitliche und erwerbliche Situation des Einsprechers habe sich seit dem Referenzzeitpunkt vom 25. Oktober 2011 bei chronifizierter depressiver

Entwicklung sowie progredientem neurokognitivem Verfallsprozess mit signifikanter neuropsychologischer Leistungsminderung relevant verschlechtert - trat die IV-Stelle nach diversen Rückfragen bei ihrem RAD mit Verfügung vom 13. Juli 2022 formell nicht auf die neuerliche Rentenanmeldung ein (act. G 3.1/383, 388 und 392). Gegen diese Verfügung richtet sich die vorliegende Beschwerde vom 9. September 2022 mit dem Antrag auf deren Aufhebung. Die Beschwerdegegnerin sei sodann zu verpflichten, auf die Wiederanmeldung des Beschwerdeführers vom 19. Juli 2021 einzutreten und diese materiell zu prüfen. Im Weiteren sei dem Beschwerdeführer die unentgeltliche Prozessführung zu bewilligen. Ausgangspunkt für die Beurteilung einer Verschlechterung sei die letzte materielle Verfügung vom 25. Oktober 2011, welcher das Gutachten der Klinik F.____ vom 16. August 2010 zu Grunde gelegen habe. Der Anspruch auf IV-Leistungen sei damals verneint worden, weil u.a. davon ausgegangen worden sei, dass sich die Impulskontrollstörung unter Abstinenz von Drogen nicht auswirke, sondern sich lediglich während Zeiten des Konsums bzw. unter Entzugsphasen ereigne. Dies sei mittlerweile klar widerlegt. So sei es in den letzten Jahren zu verschiedenen Impulskontrollverlusten gekommen. Einer davon sei am 14. Juli 2021 anlässlich der beruflichen Massnahme beobachtet und dokumentiert worden. Gemäss der fachpsychiatrischen Stellungnahme von Dr. B.____ vom 15. Februar 2022 werde u.a. betreffend die Glaubhaftmachung der Verschlechterung der massgeblichen tatsächlichen Verhältnisse seit dem Vergleichszeitpunkt festgehalten, dass eine alle Teilfunktionen betreffende neuropsychologische mittelschwere bis schwere Funktionsstörung, eine deutliche kognitive Leistungsreduktion, eine Vereinfachung der Persönlichkeitsqualitäten sowie eine reaktive, aber inzwischen chronifizierte depressive Störung vorlägen. Mit letzterer sei nebst der Verschlechterung der bereits vorbestehenden Beeinträchtigungen eine neue Diagnose F33.1G hinzugekommen. Die "auffälligen Symptomvalidierungen", die im Rahmen der neuropsychologischen Abklärung vom 5. Oktober 2021 festgehalten worden seien, seien zwar auf den Bereich der Aufmerksamkeit begrenzt, was aber keineswegs die Bewertung der anderen Funktionsstörungen und Auffälligkeiten etc. betreffe. Sofern nicht auf die Stellungnahme von Dr. B.____ abgestellt werde, der von einer mindestens 50%igen, eher aber von einer 70 - 90%igen Arbeitsunfähigkeit ausgehe, sei unter Berücksichtigung der durch BGE 141 V 281 normierten Beweisthemen zu prüfen, inwieweit die beruflich-erwerbliche Arbeitsfähigkeit eingeschränkt sei. Auch gemäss Schlussbericht der Integrationsmassnahmen sei von einer maximal 20%igen Leistungsfähigkeit auszugehen. Diese Ausführungen sprächen alle für eine wesentliche Veränderung der massgeblichen Verhältnisse, die sich auf die Arbeitsfähigkeit oder die funktionelle Leistungsfähigkeit auswirkten und den Beschwerdeführer für einen potentiellen Arbeitgeber sozialpraktisch unzumutbar machten. Da die Beschwerdegegnerin die Ergebnisse der Integrationsmassnahmen nicht genügend in ihre Überlegungen einbeziehe, zur neuen Diagnose der rezidivierenden Depression keine Stellung nehme und lediglich pauschal auf Inkonsistenzen und Aggravation verweise, ohne eine Abgrenzung zu machen, welche Anteile davon krankheitsbedingt seien, könne nicht auf die Schlussfolgerungen des RAD-Berichts abgestellt werden. Insgesamt sei eine Verschlechterung mindestens glaubhaft gemacht worden. Dies insbesondere unter Berücksichtigung, dass seit der letzten rechtskräftigen Verfügung knapp 10 Jahre vergangen seien und an die Glaubhaftmachung daher rechtsprechungsgemäss keine allzu hohen Anforderungen gestellt werden dürften (act. G 1). Mit Beschwerdeantwort vom 5. Oktober 2022 beantragt die Verwaltung die Abweisung der Beschwerde. Zur Begründung macht sie geltend, der RAD habe in den Stellungnahmen vom 30. November

2021, 2. Mai 2022 und vom 24. Juni 2022 nachvollziehbar dargelegt, dass sich der Gesundheitszustand im Vergleich zum Referenzzeitpunkt nicht verändert bzw. eher leicht gebessert habe. Demgemäss enthalte das Referenzgutachten der Klinik F.____ vom 16. August 2010 im Wesentlichen die gleiche Beurteilung wie die aktuelle Einschätzung im Arztbericht des behandelnden Psychiaters vom 18. August 2021 und in der neuropsychologischen Untersuchung vom 5. Oktober 2021. Auch aus der psychiatrischen Stellungnahme vom 15. Februar 2022 ergebe sich demgegenüber kein wesentlicher neuer Sachverhalt. In der Zusammenschau blieben die geklagten Störungen und das zugrundeliegende Beschwerdebild immer gleich, nur die Diagnoseschlüssel gemäss ICD-10 hätten sich verändert. Der Beschwerdeführer habe damit die behauptete Verschlechterung des Gesundheitszustands mit den eingereichten Unterlagen nicht glaubhaft gemacht. Die Beschwerdegegnerin sei auch nicht bereits auf das neuerliche Leistungsgesuch eingetreten, weshalb sie zu Recht einen Nichteintretensentscheid erlassen habe (act. G 3). Mit verfahrensleitender Verfügung vom 11. Oktober 2022 wurde dem Beschwerdeführer die unentgeltliche Rechtspflege gewährt (Befreiung von den Gerichtskosten und Bewilligung der unentgeltlichen Rechtsverteidigung [act. G 4]). Mit Replik vom 28. Oktober 2022 und Duplik vom 9. November 2022 halten die Parteien an ihren Anträgen und Ausführungen fest (act. G 3.1/6 und 8). Erwägungen Wurde eine Rente wegen eines zu geringen Invaliditätsgrades verweigert, wird eine neue Anmeldung nur geprüft, wenn die gesuchstellende Person glaubhaft macht, dass sich der Grad der Invalidität in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert hat (Art. 87 Abs. 3 der Verordnung über die Invalidenversicherung [IVV; SR 831.201] in Verbindung mit Art. 87 Abs. 2 IVV). Diese Eintretensvoraussetzung soll verhindern, dass sich die Verwaltung immer wieder mit gleichlautenden und nicht näher begründeten, d.h. keine Veränderung des Sachverhalts darlegenden Rentengesuchen befassen muss. Die Frage, ob eine anspruchsbegründende Änderung in den für den Invaliditätsgrad erheblichen Tatsachen eingetreten sein könnte, beurteilt sich durch den Vergleich des Sachverhaltes, wie er im Zeitpunkt der ersten Ablehnungsverfügung (bzw. bei mehreren Ablehnungen seit der letzten rechtskräftigen Ablehnung des Leistungsgesuchs) bestanden hat, mit demjenigen zur Zeit der streitigen neuen Verfügung (BGE 130 V 71 E. 3.2.3 S. 77; sowie Urteil des Bundesgerichts vom 2. November 2011, 8C_624/2011, E. 4.3.1, mit Hinweis). Im Rahmen der Eintretensprüfung muss sich die versicherte Person deshalb das Ergebnis der letztmaligen materiellen Überprüfung des Rentenanspruchs entgegenhalten lassen. Zeitlicher Referenzpunkt für die Prüfung einer anspruchserheblichen Änderung bildet somit die letzte (der versicherten Person eröffnete) rechtskräftige Verfügung, welche auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Durchführung eines Einkommensvergleichs (bei Anhaltspunkten für eine Änderung in den erwerblichen Auswirkungen des Gesundheitszustands) beruht; vorbehalten bleibt die Rechtsprechung zur Wiedererwägung und prozessualen Revision (BGE 133 V 108 E. 5.4). Nach der Rechtsprechung ist unter Glaubhaftmachung im Sinn von Art. 87 Abs. 2 IVV kein Beweis nach dem im Sozialversicherungsrecht allgemein massgebenden Grad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (BGE 121 V 47 E. 2a) zu verstehen. Dem Zweck der Eintretenshürde von Art. 87 Abs. 2 IVV gemäss muss es sich bei der Glaubhaftmachung um eine deutlich reduzierte Beweisanforderung handeln. Es genügt, dass für den geltend gemachten rechtserheblichen Sachumstand wenigstens gewisse Anhaltspunkte bestehen, auch wenn durchaus noch mit der Möglichkeit zu rechnen ist, dass eine eingehende Sachverhaltsabklärung die behauptete Veränderung nicht bestätigen wird. Grundsätzlich

unterliegt das Glaubhaftmachen nach Art. 87 Abs. 2 IVV weniger strengen Anforderungen als im Zivilprozessrecht. Bei der Prüfung der Eintretensvoraussetzung der glaubhaft gemachten Sachverhaltsänderung berücksichtigt die Verwaltung - oder im Beschwerdefall das Gericht -, ob die frühere Verfügung nur kürzere oder schon längere Zeit zurückliegt. Sie wird dementsprechend an die Glaubhaftmachung höhere oder weniger hohe Anforderungen stellen (SVR 2003 IV Nr. 25 E. 2.2 mit Hinweisen, Urteil des Bundesgerichtes vom 22. Januar 2008, 9C_688/2007). Vorliegend ist unbestritten, dass die letzte rechtskräftige Verfügung, welche auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung und Beweiswürdigung beruht, jene vom 25. Oktober 2011 war und damit für den vorzunehmenden Zustandsvergleich grundsätzlich massgebend ist. Ein Rentenanspruch wurde damals im Wesentlichen mit der Begründung verneint, dass die untersuchten kognitiven Leistungseinschränkungen diagnostisch nicht zuverlässig einzuordnen seien und bezüglich der testpsychologischen Ergebnisse ein aggravatorisches Verhalten angenommen werden müsse. Zudem hätten die geltend gemachten aggressiven Durchbrüche während der stationären Abklärung in F.____ nicht beobachtet werden können und es sei auch sonst höchstens sporadisch zu solchen gekommen. In Bezug auf die Arbeitsfähigkeit stellte die Beschwerdegegnerin schon damals nicht auf das Gutachten der Klinik F.____ vom 16. August 2010 ab, das letztlich auch für eine leidensadaptierte Tätigkeit nicht von einer im 1. Arbeitsmarkt verwertbaren Arbeitsfähigkeit ausgegangen war (vgl. act. G 3.1/135.39). Vielmehr erachtete die Beschwerdegegnerin den Bericht von Dr. med. G.____, Spezialärztin für Neurologie FMH, vom 26. Mai 2003 als überzeugend, wonach aus neurologischer Sicht kein invalidisierendes Leiden beschrieben werden könne (vgl. act. G 3.1/10.7 f.). Auch in Bezug auf die aggressiven Durchbrüche ging die Beschwerdegegnerin damals von keiner die Arbeitsfähigkeit schwer einschränkenden gesundheitlichen Beeinträchtigung aus. Dabei stützte sie sich nach weiteren Abklärungen (Einholen von diversen fremdanamnestischen Auskünften, Standortgespräch mit dem Beschwerdeführer) auf die Stellungnahme des internen Dr. med. H.____ vom 29. Juni 2011, wonach weder die kognitiven Defizite mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen seien noch davon ausgegangen werden dürfe, dass der Beschwerdeführer an einer gravierenden pathologischen Impulskontrollstörung leide, die ihn für einen Arbeitgeber unzumutbar machen würde. Mit Dr. H.____ anerkannte sie eine 20%ige Einschränkung der Arbeitsfähigkeit, die sich aus der Annahme einer leichten Impulsstörung herleite. Zwar habe eine Veränderung der Persönlichkeit in Richtung von Impulsdurchbrüchen stattgefunden. Der Verwertung der Restarbeitsfähigkeit (von 80 %) stehe dies jedoch nicht entgegen (act. G 3.1/171.3 ff. und 187.5 ff.). Diese Ansicht wurde sowohl vom hiesigen Versicherungsgericht als auch vom Bundesgericht geteilt (Urteile vom 18. Oktober 2012 [IV 2011/384] und vom 15. März 2013 [8C_979/2012]), wobei das Versicherungsgericht ebenfalls im Wesentlichen auf die Arbeitsfähigkeitsschätzungen der früheren Gutachter abstellte (E. 2.2 f.; vgl. Gutachten Dr. med. I.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, vom 30. Oktober 2003, der den Beschwerdeführer auf Grund seiner körperlichen und psychischen Gesundheit in einer Hilfstätigkeit zwar grundsätzlich für [voll] arbeitsfähig, die vorhandene Arbeitsfähigkeit aber durch die reizbare Persönlichkeit mit eingeschränkter Fähigkeit zur Steuerung aggressiver Impulse für nicht umsetzbar hielt [act. G 3.1/20.4]; Gutachten J.____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychiatrischen Zentrum K.____, vom 29. Juni 2005, die ebenfalls keine Einschränkung der medizinisch-theoretischen Arbeitsfähigkeit feststellen konnte, aber auch davon ausging, dass der Beschwerdeführer einem Arbeitgeber bzw. den Arbeitskollegen

nicht zumutbar sei [act. G 3.1/41.7]; Verlaufsgutachten L.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, vom 5. Juni 2007, der den Beschwerdeführer in einem Betätigungsfeld, in dem er mit einer vorgegebenen Aufgabe betraut ist, ohne sich während dieser Beschäftigung mit Kontrollen seiner Arbeitsleistung oder Diskussionen ob seiner Arbeitsweise auseinandersetzen zu müssen, ebenfalls zu 100 % arbeitsfähig hielt, ihm aber unter Berücksichtigung der leichten, neuropsychologisch nachgewiesenen Beeinträchtigung eine 20%ige Leistungsminderung zubilligte [act. G 3.1/69.11]). Das Bundesgericht schützte insbesondere die Annahme des Versicherungsgerichts, wonach mit Blick auf die durch aggressives Verhalten infrage gestellte sozialpraktische Verwertbarkeit der 80%igen Arbeitsfähigkeit das vom Beschwerdeführer geltend gemachte Benehmen im beruflichen Umfeld aktenkundig nicht zutage trete (E. 3.1 ff.). Nachdem die massgebende Referenzverfügung vom 25. Oktober 2011 nunmehr bereits rund elfeinhalb Jahre, die medizinischen Grundlagen, auf denen diese beruht, teilweise gar 20 Jahre zurückliegen, dürfen an die vorliegend zu verlangende Glaubhaftmachung einer Veränderung der gesundheitlichen oder erwerblichen Verhältnisse zweifellos keine hohen Anforderungen gestellt werden (vgl. vorstehende Erwägung 1.2). In Bezug auf die medizinische Situation ist indes nach wie vor - trotz des langen Zeitraums - von einem seit dem Referenzzeitpunkt kaum veränderten Gesundheitszustand auszugehen. So führte Dr. B.____ mit Arztbericht vom 18. August 2021 die Diagnosen einer organisch affektiven Störung mit Panikattacke (F06.3G) seit 1996 als Folge einer Polytoxikomanie in der Jugend (F19.20Z), 1990 - 1994, seit mehr als 25 Jahren abstinent, sowie einer schweren Störung der Impulskontrolle (F06.8) seit 1996, letzter Impulskontrollverlust am 26. Juli 2021 (richtig: 14. Juli 2021) auf (act. G 3.1/364.2). Dieser Befund unterscheidet sich nicht wesentlich von jenem, wie er auch dem versicherungsgerichtlichen Entscheid vom 18. Oktober 2012 (IV 2011/384) unter Hinweis auf die Gutachten der Klinik F.____ vom 16. August 2010 und von Dr. L.____ vom 5. Juni 2007 zu Grunde lag (E. 2.1). Daran ändern auch die Ergebnisse einer am 29. September 2021 an der Klinik für Neurologie des Kantonsspital St. Gallen durchgeführten neuropsychologischen Untersuchung der subjektiv fortschreitenden kognitiven Störungen nichts. Demgemäss seien zwar anhand der beschriebenen Diagnosen von mehrjähriger Substanzintoxikation mit Abhängigkeit, der organisch affektiven Störung mit Panikattacken und der Impulskontrollstörung kognitive Störungen anzunehmen. Sie erklärten aber nicht die Schwere der aktuell objektivierbaren Befunde oder der subjektiv erlebten Störungen und seien auf Grund von Schwankungen in der Motivations-, Antriebs- und Aufmerksamkeitsregulation nicht zu quantifizieren. Hingegen führten die kognitiven Einschränkungen zu einer mittelschweren bis schweren Verlangsamung in allen Reaktionsaufgaben, u.a. in der visuell-räumlichen Aufmerksamkeitsausrichtung, was etwa ein erhöhtes Risiko im Strassenverkehr darstelle. Aus neuropsychologischer Sicht empfahl die Fachpsychologin lediglich eine aktive und geregelte Tagesstruktur mit körperlichen, geistigen und sozialen Aktivitäten. Eine Physiotherapie mit medizinischer Trainingstherapie und Ergotherapie erachtete sie als empfehlenswert, eine zusätzliche neuropsychologische Therapie dagegen nicht (act. G 3.1/375.3 f.). Auch die RAD-Ärztin Dr. E.____ ging in ihrer Einschätzung vom 30. November 2021 beim Vergleich der vorgenannten neuen Arztberichte von Dr. B.____ und der Fachpsychologin M.____ mit dem Referenzgutachten vom August 2010 von einem unveränderten Gesundheitszustand aus (act. G 3.1/377). Zu den behaupteten, offensichtlich relativ selten auftretenden Impulsdurchbrüchen gilt im Übrigen nach wie vor das bereits im Entscheid des Versicherungsgerichts vom 12. März 2015 (IV 2013/414) Gesagte: Gelegentliche

Durchbrüche bzw. Kontrollverluste sind nicht jedes Mal als Verschlechterung des Gesundheitszustands zu werten, sondern als vereinzelte Manifestationen des längst bekannten Beschwerdebildes (Erw. 3.1). In seinem erneuten Bericht vom 15. Februar 2022 berichtete Dr. B. ___ erstmalig von einer chronifizierten depressiven Entwicklung (rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode [F33.1G]) und ging nunmehr von einer organischen Persönlichkeitsstörung (F07.0G) vom Typ gemäss F60.30 emotional-instabile Persönlichkeit, impulsiver Typus, aus (act. G 3.1/388.11). Demgegenüber ging die RAD-Ärztin in ihrer Stellungnahme vom 24. Juni 2022 wiederum von einem unveränderten Zustand aus. Die geklagten Störungen seien immer gleich, nur die Diagnoseschlüssel gemäss ICD-10 änderten sich. F07.0 und F06.3 beurteilten dasselbe Befundbild; die jeweiligen Befunder interpretierten die Störung nur anders. Dabei bleibe der kausale Zusammenhang zu den diskreten Mikroinfarkten mehr als fragwürdig. F19.xx seien Beschreibungen des immer gleichen Befunds, also postulierte Schäden nach Drogenkonsum. Gemäss Akte sei dieser seit spätestens 2006 sistiert. Zum Referenzzeitpunkt seien kognitive Defizite mit Drogen in Zusammenhang gebracht worden. Aktuell würden nicht näher bestimmte und nicht nachvollziehbare (auch nicht glaubhafte) psychotische Störungen und Verhaltensstörungen mit dem Drogenkonsum in Zusammenhang gebracht. Aktuell finde keine leitliniengerechte Behandlung der postulierten Störungen statt. Daraus leite sich ein geringer Leidensdruck ab. Es bestehe eine durchgängig geringe Behandlungsmotivation des Beschwerdeführers sowohl bezüglich Medikation als auch bezüglich Psychotherapie. Gemessen am postulierten Ausmass der Störung sei die subjektive Behandlungsbedürftigkeit und objektive Behandlungsfrequenz sehr gering. Dazu passe, dass die Familie des Beschwerdeführers trotz berichteter höchster Aggressivität intakt sei, wenn auch die Ehefrau gemäss Angaben von Dr. B. ___ in psychiatrischer Behandlung sei. Die Fremdanamnesen wiesen auf eher seltene impulsive aggressive Durchbrüche hin. Eine pathologische Aggressivität sei im Gutachten der Klinik F. ___ von 2010 ausgeschlossen worden. Insgesamt sei von einem unveränderten, eher sogar leicht gebesserten Gesundheitszustand auszugehen (act. G 3.1/391.11 f.). Ob mit dem erst anlässlich des Einwandverfahrens eingereichten - gewissermassen zu Prozesszwecken erstellten und mit alternativen Diagnosen und ICD-10-Kodierungen versehenen - Arztbericht vom 15. Februar 2022 tatsächlich ein geänderter Gesundheitszustand als glaubhaft gemacht angesehen werden kann, kann im Licht der nachstehenden Erwägung offenbleiben. Immerhin ging Dr. B. ___ aber selber noch bis zu seinem Bericht vom 18. August 2021 von denselben Diagnosen wie das Gutachten der Klinik F. ___ vom 16. August 2010 aus, womit die nunmehr geltend gemachte Verschlechterung (namentlich die rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode [F33.1G]) nicht wie angegeben seit September 2010, sondern - wenn schon - erst seit August 2021 eingetreten sein müsste. Trotz der Tatsache, dass nach dem Gesagten von einem seit Jahren im Wesentlichen unveränderten Gesundheitszustand auszugehen ist, erscheint die in der letzten rechtskräftigen Verfügung vom 25. Oktober 2011 unterlegte - sowohl vom Gutachten der Klinik F. ___ vom 16. August 2010 wie auch von der Ansicht des damaligen RAD-Arzt Dr. N. ___ vom 1. September 2010 abweichende (act. G 3.1/135.39 und 138) - medizinisch-theoretische Arbeitsfähigkeit von 80 % in einer adaptierten Tätigkeit auf dem 1. Arbeitsmarkt auf Grund der Ergebnisse/Erkenntnisse des zwischenzeitlich durchgeführten Belastungstrainings kaum noch realistisch und besteht zumindest eine erhebliche Abweichung der Einschätzungen. So führte Dr. B. ___ in seinem Bericht vom 18. August 2021 aus, dass die - im Nachgang zum Urteil des hiesigen

Versicherungsgerichts vom 8. Juni 2020 - vom 28. April 2021 bis zum 28. Juli 2021 im Sinn eines Belastbarkeitstrainings und Arbeitsversuchs in den Werkstätten C.____ durchgeführte Integrationsmassnahme gezeigt habe, dass beim Beschwerdeführer keine relevante gute Prognose mehr zu erwarten sei. Es sei nunmehr nachgewiesen, dass dessen Arbeitsleistung (selbst) auf dem 2. Arbeitsmarkt auf Dauer bei 20 % oder darunter zu veranschlagen sei. Zudem ging er nun definitiv von einer starken Anleitungsbedürftigkeit und einem deutlich erschwerten Lernen aus, welche Formulierungen er im Dezember 2020 noch etwas offener formuliert hatte ("aktuell noch stark anleitungsbedürftig", "vermutlich erschwertes Lernen neuer Tätigkeiten"). Eine Tätigkeit sei nur noch für 2 Stunden an 2 Tagen möglich; ein Aufbau sei auf Grund des gescheiterten Belastbarkeitstrainings nicht möglich. Im Weiteren wies er darauf hin, dass bei klinisch deutlichen neurokognitiven Schwächen eine neuropsychologische Wiederanmeldung beim Kantonsspital St. Gallen vorgesehen sei (act. G 3.1/325.4 und 364.3 ff.). Auch aus Sicht sowohl der Eingliederungsverantwortlichen der Beschwerdegegnerin als auch der Eingliederungsinstitution war keine verwertbare Arbeitsfähigkeit auf dem 1. Arbeitsmarkt mehr vorhanden, weshalb auch keine Arbeitsvermittlung ins Auge gefasst wurde. Die Präsenzzeit konnte nicht längerfristig gesteigert werden; die Gruppenleiterin schätzte die Arbeitsleistung des Beschwerdeführers auf 20 % in der ausgeübten (geschützten) Tätigkeit. Im Übrigen wurde ihm attestiert, dass er motiviert gewesen sei und die Aufgaben in guter Qualität ausgeführt habe. Verschiedentlich wurde auch erwähnt, dass es ihm wichtig gewesen sei, die Abklärung zu Ende zu führen (3. Verlaufsprotokoll vom 16. Juli 2021, Bericht Fallführung vom 30. August 2021 und Eintrag im Assessment-Protokoll vom 30. August 2021; vgl. auch Schlussbericht vom 16. Juli 2021 [act. G 3.1/355.3 f., 357.4, 366, 367.10 und 368]). Gemäss der bundesgerichtlichen Rechtsprechung kann das fortgeschrittene Alter, zusammen mit weiteren persönlichen und beruflichen Gegebenheiten dazu führen, dass die einer versicherten Person verbliebene Resterwerbsfähigkeit auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt realistischerweise nicht mehr nachgefragt wird, und dass ihr deren Verwertung auch gestützt auf die Selbsteingliederungslast nicht mehr zumutbar ist. Fehlt es an einer wirtschaftlich verwertbaren Resterwerbsfähigkeit, liegt eine vollständige Erwerbsunfähigkeit vor, die einen Anspruch auf eine ganze Invalidenrente begründet (Urteil vom 26. Oktober 2015 [8C_338/2015] E. 2, mit Hinweis auf BGE 138 V 457 E. 3.1 S. 459). Auch vorliegend ist festzustellen, dass der Beschwerdeführer bei der initialen Anmeldung im Jahr 2003 Anfang 30 war. Heute ist er Anfang 50, wobei er in diesen 20 Jahren nicht gearbeitet hat und demzufolge von einer vollständigen Desintegration vom Arbeitsmarkt auszugehen ist. Angesichts dieser langjährigen Arbeitsentwöhnung und des ernüchternden Resultats der zwischenzeitlich durchgeführten Integrationsmassnahme erscheint eine Verschlechterung der erwerblichen Verwertbarkeit einer allfällig noch vorhandenen medizinisch-theoretischen Restarbeitsfähigkeit zumindest mit dem vorliegend erforderlichen - angesichts des langen Zeitablaufs sehr geringen - Beweisgrad als im Sinn von Art. 87 Abs. 2 IVV glaubhaft gemacht. Nach dem Gesagten ist die Beschwerde gutzuheissen und die angefochtene Nichteintretensverfügung vom 13. Juli 2022 ist aufzuheben. Die Sache ist alsdann zur materiellen Beurteilung des Leistungsgesuchs vom 17. Juli 2021 an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. Das Beschwerdeverfahren ist kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festgelegt (Art. 69 Abs. 1 bis IVG). Eine Gerichtsgebühr von Fr. 600.-- erscheint in der vorliegend zu beurteilenden Angelegenheit als angemessen. Dem Ausgang des Verfahrens entsprechend ist sie

vollumfänglich der Beschwerdegegnerin aufzuerlegen. Gemäss Art. 61 lit. g ATSG hat die obsiegende beschwerdeführende Partei Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Die Parteientschädigung wird vom Versicherungsgericht festgesetzt und ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache und nach der Schwierigkeit des Prozesses bemessen. In der Verwaltungsrechtspflege beträgt das Honorar vor Versicherungsgericht nach Art. 22 Abs. 1 lit. b der Honorarordnung (sGS 963.75) pauschal Fr. 1'500.-- bis Fr. 15'000.--. Der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers hat keine Honorarnote eingereicht. Im hier zu beurteilenden Fall erscheint mit Blick auf die reduzierte Fragestellung (Eintretensfrage) eine pauschale Parteientschädigung von Fr. 3'500.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) als angemessen. Mit der Zusprache der Parteientschädigung erübrigt sich die Festsetzung einer Entschädigung aus unentgeltlicher Rechtsverteidigung. Entscheid im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP In Gutheissung der Beschwerde wird die angefochtene Verfügung vom 13. Juli 2022 aufgehoben und die Sache zur materiellen Behandlung des Leistungsgesuchs vom 17. Juli 2021 an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen. Die Beschwerdegegnerin bezahlt eine Gerichtsgebühr von Fr. 600.--. Die Beschwerdegegnerin hat dem Beschwerdeführer eine Parteientschädigung von Fr. 3'500.-- (inkl. Barauslagen und Mehrwertsteuer) zu bezahlen.

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