



**Fall-Nr.:** IV 2008/445  
**Stelle:** Versicherungsgericht  
**Rubrik:** IV - Invalidenversicherung  
**Publikationsdatum:** 14.07.2020  
**Entscheiddatum:** 08.06.2010

### **Entscheid Versicherungsgericht, 08.06.2010**

**Art. 87 Abs. 4 IVV. Neuanmeldung nach vorausgegangener rechtskräftiger Abweisung eines Rentengesuchs. Das Novenrecht im Beschwerdeverfahren umfasst nicht die Möglichkeit, die gegenüber der IV-Stelle misslungene Glaubhaftmachung einer erheblichen Veränderung durch neue Eingaben an das Gericht nachträglich noch zu retten, denn das könnte zum paradoxen Resultat führen, dass eine rechtmässige Nichteintretensverfügung nachträglich als rechtswidrig aufgehoben werden müsste. Streitgegenstand des Beschwerdeverfahrens ist nicht die Glaubhaftmachung, sondern ausschliesslich die Frage, ob die der IV-Stelle eingereichten medizinischen Unterlagen ausreichen, eine erhebliche nachträgliche Sachverhaltsveränderung glaubhaft zu machen. Deshalb handelt es sich bei erst dem Gericht eingereichten medizinischen Unterlagen nicht um Noven, sondern um Unterlagen, die nichts mit dem Beschwerdeverfahren zu tun haben und deshalb aus dem Recht gewiesen werden müssen, selbst wenn sie an sich geeignet sind, eine erhebliche nachträgliche Veränderung glaubhaft zu machen (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 8. Juni 2010, IV 2008/445).**

Abteilungspräsidentin Karin Huber-Studerus, Versicherungsrichterin Monika Gehr-Hug, Versicherungsrichter Joachim Huber; Gerichtsschreiber Ralph Jöhl

Entscheid vom 8. Juni 2010

in Sachen

T.\_\_\_\_,

Beschwerdeführerin,



## St.Galler Gerichte

vertreten durch Rechtsanwalt lic. iur. Adrian Gmür, Obere Bahnhofstrasse 11,  
Postfach 253, 9501 Wil SG 1,

gegen

IV-Stelle des Kantons St. Gallen, Postfach 368, 9016 St. Gallen,

Beschwerdegegnerin,

betreffend

Rente (Nichteintreten auf neues Leistungsbegehren)

Sachverhalt:

A.

T.\_\_\_\_ (Jg. 1953) meldete sich am 27. Juni 2000 zum Bezug von IV-Leistungen an. Sie gab an, sie habe den Beruf einer Coiffeuse erlernt. Gemäss den Angaben von Dr. med. A.\_\_\_\_ vom 19. September 2000 litt sie an einer chronischen Zervikobrachialgie rechtsbetont bei Osteochondrose C5/6. Diese Krankheit hatte gemäss den Angaben der Versicherten schon seit über zwanzig Jahren chronische Nackenschmerzen mit Ausstrahlung in den rechten Arm zur Folge. Bei einer Haushaltabklärung vom 9. Januar 2001 gab die Versicherte an, im hypothetischen "Gesundheitsfall" wäre sie zu 50% erwerbstätig. Der Orthopäde Dr. med. B.\_\_\_\_ berichtete in einem Gutachten vom 24. September 2001, die Versicherte klage über stechende Nackenschmerzen mit Ausstrahlung beidseits in den Schultergürtel, über stechende lumbale Schmerzen, über stechende Ellbogenschmerzen und über stechende Schmerzen in beiden Knien. Alle diese Schmerzen seien zunehmend. Die Versicherte habe aber angegeben, sie nehme keine Schmerzmittel ein. Dr. med. B.\_\_\_\_ diagnostizierte eine Osteochondrose und Unkarthrose mit begleitender Diskusdegeneration und flachbogiger subligamentärer zirkumferentieller, nicht komprimierender Diskushernie C4/5, C5/6 und C6/7, eine Trapeziusmyogelose bds., einen V. a. eine leichte Chondropathie bei St. n. medialer Teilmeniskektomie links, einen V. a. eine leichte Chondropathie am rechten Kniegelenk, Senk-/Spreizfüsse bds., anamnestisch ein lumbovertebrales Syndrom und



## St.Galler Gerichte

anamnestisch Ellbogenschmerzen bds. Die MEDAS Ostschweiz stellte in einem polydisziplinären Gutachten vom 26. Februar 2003 folgende Diagnosen: Undifferenzierte Somatisierungsstörung bei histrionischer Persönlichkeit und diffuses chronisches Schmerzsyndrom vorwiegend zervikozephal und panvertebral mit vielen vegetativen Begleitbeschwerden. Sie führte dazu aus, bei der aktuellen Untersuchung habe die Versicherte über seit vielen Jahren bestehende Schmerzen im Nacken und Hinterkopf, im ganzen Rücken, speziell im Kreuz, und in den meisten Gelenken geklagt. Die Rückenstatik und –beweglichkeit sei normal gewesen. Auch die peripheren Gelenke seien normal beweglich gewesen. Die ausgiebigen radiologischen Abklärungen hätten degenerative Veränderungen der unteren HWS gezeigt, die aber ein übliches Altersmass nicht wesentlich überstiegen hätten. Es seien viele Zeichen nicht-organischen Krankheitsverhaltens festzustellen gewesen (diffuse Symptombeschreibung, sehr hohe Schmerzbewertung, weitgehende Erfolglosigkeit bisheriger Behandlungen, nicht plausibles Ausmass der angeführten Behinderung im Vergleich zu den klinischen und radiologischen Beurteilungen, extrem tiefe Bewertung der eigenen Leistungsfähigkeit im PACT-Test). In einer Ergänzung zum Gutachten teilte die MEDAS Ostschweiz am 21. Juli 2003 u.a. mit, Osteochondrosen, Unkarthrosen und subligamentäre Diskushernien an der unteren HWS seien bei einem hohen Prozentsatz (auch beschwerdefreier) 50-jähriger Personen vorhanden. Eine leichte Chondropathie sei keine sehr erhebliche Diagnose. Die mediale Teilmeniskektomie links sei ein Routineeingriff gewesen, der üblicherweise kaum wesentliche Folgen hinterlasse. Senk- und Spreizfüsse könnten durch Einlagen korrigiert werden.

B.

Der Rheumatologe Dr. med. C. \_\_\_ berichtete dem Hausarzt Dr. med. A. \_\_\_ am 10. Juni 2004, er habe folgende Diagnosen erhoben: Fibromyalgiesyndrom, chronisches Panvertebralsyndrom bei muskulärer Dysbalance, multisegmentale Dysfunktionen und degenerative Veränderungen der HWS und leicht auch der LWS, Restless legs-Syndrom anamnestisch, St. n. arthroskopischer Meniskusoperation rechts 8/2003, Thalassaemia minor. Die MEDAS Ostschweiz führte am 23. Februar 2005 (richtig: 23. Februar 2006) in einem zweiten Gutachten aus, die Versicherte habe über eine chronische Müdigkeit, Schmerzen von den Füßen bis zum Kopf bereits nach leichtesten körperlichen Tätigkeiten, über rezidivierendes nächtliches Erwachen, über



## St.Galler Gerichte

schmerzhafte Blockaden der HWS und über morgendliche Anlaufbeschwerden mit erneuter Verschlechterung gegen Abend geklagt. Folgende Diagnosen seien erhoben worden: undifferenzierte Somatisierungsstörung, histrionische Persönlichkeitsstruktur, chronifiziertes diffuses, generalisiertes Schmerzsyndrom, zervikozephal und panvertebral betont (Osteochondrosen, Unkovertebralspondylosen mit flachbogigen subligamentären Diskushernien C4/5 bis C6/7 ohne Neurokompression, mässiggradige Spondylarthrose der distalen LWS, Skoliose, dorsaler Überhang, Haltungsinsuffizienz), Knicksenkfüsse bds. mit Insuffizienz der Tibialis posterior-Sehne rechts (op. Reinsertion der Tibialis posterior-Sehne rechts 1/2002) sowie – ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit – St. n. zweimaliger arthroskopischer Meniskusteilresektion rechts (letztmals 8/2003), Operation IV. Zehe rechts und navikuläre Verschmälerung bds. 11/1993, Osteopenie, subklinische Hypothyreose, Thalassaemia minor, anamnestisch Restless-legs-Syndrom. Bei der Untersuchung sei eine deutliche Diskrepanz zwischen den von der Versicherten geschilderten Beschwerden und den objektivierbaren klinischen Befunden aufgefallen. Die bildgebenden Untersuchungen der ganzen Wirbelsäule, der Füsse bds. und der OSG bds. hätten gegenüber den Voraufnahmen keine Progredienz der degenerativen Veränderungen mit unveränderten Osteochondrosen C4/5 bis C6/7, Unkovertebralspondylosen und mässigen Spondylarthrosen der distalen LWS gezeigt. Aus somatischer Sicht sei keine Verschlechterung seit dem Vorgutachten zu objektivieren. Auch die psychiatrische Beurteilung habe eine unveränderte Situation ergeben. Als Coiffeuse sei die Versicherte zu 35% arbeitsfähig, in einer leidensadaptierten Erwerbstätigkeit zu 60% und als Hausfrau zu 90%. In Anwendung der gemischten Methode ermittelte die IV-Stelle einen Invaliditätsgrad von 4%. Mit einer Verfügung vom 21. April 2006 wies sie das Rentengesuch der Versicherten ab. Diese Verfügung erwuchs unangefochten in Rechtskraft.

C.

Am 13. Dezember 2007 füllte die Versicherte erneut eine Anmeldung zum Bezug von IV-Leistungen aus. Im Gesuchsformular wurden folgende Diagnosen genannt: chronifiziertes diffuses generalisiertes Schmerzsyndrom zervikozephal und panvertebral, chronische Fusschmerzen bds. bei Knick-Senkfüssen bds. und St. n. mehreren Operationen und weiterhin bestehender Fehlstellung D IV rechts, subakutes



## St.Galler Gerichte

lumbospondylogenes Schmerzsyndrom links mit/bei Facettensyndrom L3/4, kleine mediale Diskushernie L3/4, Varusgonarthrosen, leichte Anämie bei bekannter Thalassaemia minor, interstitielle Zystitis (St. n. Operation 04/2007). Die IV-Stelle wies die Versicherte am 21. Dezember 2007 darauf hin, dass eine für den Anspruch erhebliche Veränderung glaubhaft gemacht werden müsse. Sie forderte die Versicherte auf, entsprechende Unterlagen einzureichen. Die Versicherte stellte verschiedene medizinische Unterlagen zu. Dr. med. D. \_\_\_ vom RAD fasste den Inhalt dieser Unterlagen am 11. Februar 2008 folgendermassen zusammen: irritative Miktionsbeschwerden bei hypokapazitiver Harnblase (alle 30 bis 60 Min. auf die Toilette, Behandlung durch die Versicherte abgebrochen), St. n. Fraktur Metatarsale V rechts (konsolidiert) und Fehlstellung D IV rechts, minimale mediale Diskushernie L3/4 ohne neurale Kompression (fragliche Relevanz für das aktuelle Beschwerdebild), Rückenproblematik und artikuläre Beschwerden in eindrücklicher Weise durch weichteilrheumatische Beschwerden überlagert, Korrektur-OP der Zehen IV und V vorgesehen. Dr. med. D. \_\_\_ ging davon aus, dass eine Veränderung des Gesundheitszustandes glaubhaft gemacht sei. Ihrer Auffassung nach war aber noch offen, ob sich dies auf die Arbeitsfähigkeit auswirkte. Sie empfahl, die Fussoperation abzuwarten. Am 12. Februar 2008 forderte die IV-Stelle einen entsprechenden Arztbericht an. Dr. med. E. \_\_\_ übermittelte am 13. Juni 2008 eine Zusammenfassung der Krankengeschichte: Am 18. Dezember 2007 war festgestellt worden, dass eine erneute Fussoperation notwendig war. Die Operation war am 22. Februar 2008 erfolgt. Am 4. März 2008 hatte die Versicherte keine Beschwerden mehr verspürt. Am 14. April 2008 hatte sie angegeben, sie sei mit der Position der Zehe IV rechts sehr zufrieden. Dasselbe hatte sie am 27. Mai 2008 angegeben. Allerdings war beim Tragen modischer Schuhe im Bereich des lateralen Narbenrandes ein brennender Schmerz im rechten D IV aufgetreten. Dr. med. E. \_\_\_ hatte reizlose Narbenverhältnisse mit anatomischer Zehenposition und einen leichten Druckschmerz im Bereich des quer verlaufenden lateralen Hohmannschnittes diagnostiziert. Dr. med. D. \_\_\_ hielt am 30. Juni 2008 fest, der Gesundheitszustand habe sich verändert. Neu seien die irritative Blasenentleerungsstörung und eine Korrektur der Zehenfehlstellung. Postoperativ habe die Versicherte noch Probleme bei längerem Stehen. Wegen der Blasenstörung müsse die Versicherte häufig die Toilette aufsuchen. Dr. med. D. \_\_\_ ging von einer



Arbeitsfähigkeit in einer adaptierten Erwerbstätigkeit von nach wie vor 60% aus.  
Notwendig seien eine Sitzgelegenheit und eine in der Nähe gelegene Toilette.

D.

Mit einem Vorbescheid vom 13. August 2008 teilte die IV-Stelle der Versicherten mit, dass sie beabsichtige, nicht auf die Neuanschuldung einzutreten. Die Versicherte wandte am 2. September 2008 ein, sie müsse alle 20 Min. Wasser lösen. Das sei nicht die Folge einer Entzündung, sondern einer chronischen Erkrankung. Es sei schwierig, mit dieser Krankheit auszukommen. Die Fibromyalgie bestehe schon seit längerer Zeit. Mit einer Verfügung vom 26. September 2008 trat die IV-Stelle nicht auf die Neuanschuldung vom 13. Dezember 2007 ein.

E.

Die Versicherte erhob am 17. Oktober 2008 Beschwerde gegen diese Verfügung. Sie machte geltend, ihr Gesundheitszustand habe sich stark verschlechtert. Sie müsse alle 20 Min. Wasser lösen. Ursache sei eine chronische Krankheit. Welcher Arbeitgeber stelle jemanden ein, der dauernd auf der Toilette sei. Der fast wöchentliche Gang zum Chiropraktiker und eine bevorstehende Operation zeigten zudem ebenfalls eine Verschlechterung.

F.

Die IV-Stelle beantragte am 9. Januar 2009 die Abweisung der Beschwerde. Sie führte aus, in orthopädischer Hinsicht seien keine Umstände erkennbar, die eine dauernde Verschlechterung glaubhaft machen könnten. Die operativen Eingriffe hätten bloss zu einer passageren Verschlechterung geführt. Es sei nicht glaubhaft, dass die Miktionsstörung das behauptete Ausmass habe. Zudem sei davon auszugehen, dass dieses Problem seit Jahren bestehe. Die Versicherte habe angegeben, die Erstdiagnose sei im Januar 2006 erfolgt. Massgebend sei aber nur die Sachverhaltsentwicklung seit dem 21. April 2006. Die Glaubhaftmachung sei also an der fehlenden Wesentlichkeit der geltend gemachten Veränderungen gescheitert.

G.



## St.Galler Gerichte

Die Versicherte liess am 2. Februar 2009 die Aufhebung der angefochtenen Nichteintretensverfügung und die Rückweisung an die IV-Stelle zur Festlegung des Invaliditätsgrades beantragen. Zur Begründung liess sie ausführen, die Behauptung, es sei keine Veränderung glaubhaft gemacht, müsse als aktenwidrig qualifiziert werden. In der Stellungnahme des RAD vom 30. Juni 2008 sei nämlich von einer Veränderung des Gesundheitszustandes ausgegangen worden. Nach dem Erlass der Abweisungsverfügung am 21. April 2006 seien folgende Krankheiten diagnostiziert worden: leichtgradige chronische, nicht aktive Gastritis, Pollakisurie, Nykturie, Duodenitis, Antrumgastritis, intermittierende Refluxbeschwerden, funktionelle Darmbeschwerden mit Stuhlnregelmässigkeiten, Splenomegalie, schmerzhafter, derber und anteflektierter Uterus, subakutes lumbospondylogenes Schmerzsyndrom, Fibromyalgie, Varusgonarthrosen, chronische Refluxkrankheit, Laktoseintoleranz, mediane Diskushernie L3/4. All diese Beschwerden seien nicht Gegenstand des am 21. April 2006 abgeschlossenen Verfahrens gewesen. Sie seien also als neu zu betrachten. Unbeachtlich sei, ob diese Beschwerden am 21. April 2006 bereits bestanden hätten oder nicht. Es genüge, dass sie am 21. April 2006 nicht in die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit eingeflossen seien. Im Vordergrund stünden die Darm- und Blasenbeschwerden. Diese hätten sich trotz Operationen und der Verabreichung diverser Medikamente nicht verbessert. Die Blasenbeschwerden hätten zur Folge, dass sie keiner geregelten Erwerbstätigkeit mehr nachgehen könne. Es sei ein Bericht des Hausarztes einzuholen. Am 27. Februar 2009 liess die Versicherte einen Bericht des Kantonsspitals St. Gallen vom 12. Februar 2009 einreichen. Gemäss diesem Bericht lagen eine hyperaktive Blase mit ausgeprägt irritativen Miktionsbeschwerden bei hypokapazitiver Blase, anamnestisch mit Unverträglichkeit von Anticholinergika, mit St. n. Zystoskopie mit Harnblasenspülzytologie sowie PE Blase und Blasendistension am 12.04.07, mit St. n. Botulinumtoxin-Injektion am 16.04.07 und mit St. n. Zystoskopie, Injektion von Botulinumtoxin und Blasendistension am 16. Dezember 2008 bei erneuter Zunahme der Beschwerden vor. Dazu hatten die Ärzte des Kantonsspitals ausgeführt, laut Miktionsprotokoll komme es zu dreissig Miktionen pro Tag. Die Urinproduktion betrage 4 L pro Tag, weil die Versicherte sehr viel trinke. Die maximalen Portionen seien 330 ml, jedoch öfters auch kleinere Mengen von nur 30-40 ml. Man habe der Versicherten empfohlen, die tägliche Trinkmenge von 4 L auf 2 L zu reduzieren. Im Begleitschreiben zuhanden des Rechtsvertreters der Versicherten



hatte Dr. med. F.\_\_\_\_ angegeben, mit der Notwendigkeit, dreissigmal täglich die Toilette aufzusuchen, sei eine deutlich reduzierte Fähigkeit verbunden, den Beruf der Coiffeuse auszuüben. Der Rechtsvertreter der Versicherten machte am 27. Februar 2009 geltend, das treffe natürlich auch für die Tätigkeit im Haushalt zu.

H.

Die IV-Stelle wandte am 26. März 2009 ein, die neu eingereichten Akten seien zum vornherein nicht geeignet, eine wesentliche Veränderung glaubhaft zu machen, denn Streitgegenstand sei nur die Frage, ob die Versicherte bis zum Erlass der Nichteintretensverfügung eine wesentliche Veränderung glaubhaft gemacht habe. Es sei ausschliesslich die Aufgabe der Versicherten gewesen, die zur Glaubhaftmachung notwendigen Unterlagen beizubringen. Massgebend seien nur Veränderungen im Gesundheitszustand, die nach der Abweisungsverfügung eingetreten seien. Es sei eine erhebliche Veränderung glaubhaft zu machen. Die Miktionsproblematik sei vorbestehend. Ausserdem sei dabei stark übertrieben worden. Höchstwahrscheinlich könnte die Situation dadurch beherrscht werden, dass die Trinkmenge auf ein normales Mass reduziert würde.

Erwägungen:

1.

Wurde eine Rente wegen eines zu geringen Invaliditätsgrades verweigert, so wird eine neue Anmeldung nur geprüft, wenn die Voraussetzungen gemäss Art. 87 Abs. 3 IVV erfüllt sind, wenn im neuen Leistungsgesuch also glaubhaft gemacht wird, dass sich der Grad der Invalidität in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert habe (Art. 87 Abs. 4 IVV). Entgegen der von der Beschwerdeführerin offenbar vertretenen Auffassung genügt es demnach nicht, irgendeine Veränderung des Gesundheitszustandes glaubhaft zu machen. Vielmehr muss es sich um eine (glaubhaft gemachte) Veränderung des Gesundheitszustandes handeln, die einen anderen Invaliditätsgrad bewirkt. Diese Veränderung des Invaliditätsgrades muss zudem für den Anspruch erheblich sein. Erheblich ist sie in Fällen wie dem vorliegenden nur, wenn neu ein Invaliditätsgrad von mindestens 40% (Art. 28 Abs. 2 IVG) glaubhaft gemacht ist.



Auch wenn der Wortlaut der Abs. 4 und 3 des Art. 87 IVV dies nicht zum Ausdruck bringt, muss die erhebliche Veränderung des Invaliditätsgrades doch nach der Abweisung des früheren Rentenbegehrens eingetreten sein. Das ergibt sich aus dem Wesen der Revision (Art. 17 ATSG), die ausschliesslich der Anpassung rechtskräftig festgesetzter, laufender Dauerleistungen an eine nachträgliche Änderung des leistungserheblichen Sachverhalts dient. Die bereits vor der Eröffnung der Abweisungsverfügung eingetretene Veränderung des leistungserheblichen Sachverhalts gehört in den Anwendungsbereich der prozessualen Revision bzw. der Wiedererwägung (Art. 53 Abs. 1 und 2 ATSG). Art. 87 Abs. 3 IVV regelt die Voraussetzungen des Eintretens auf ein Revisionsgesuch, also auf ein Gesuch um eine Anpassung einer laufenden Rente an eine nachträgliche Veränderung des Invaliditätsgrades. Deshalb muss auch Art. 87 Abs. 4 IVV, der die Voraussetzungen des Art. 87 Abs. 3 IVV ohne Modifikation oder Einschränkung analog anwendet, auf nachträgliche Sachverhaltsveränderungen beschränkt sein. Eine Sachverhaltsveränderung, die vor der Eröffnung der Abweisungsverfügung erfolgt ist, kann also nie ein Eintreten auf eine Neuanmeldung gestützt auf Art. 87 Abs. 4 IVV erlauben. Entgegen der Auffassung der Beschwerdeführerin gilt das auch für eine Sachverhaltskomponente, die bei der Eröffnung der Abweisungsverfügung bereits verändert, der IV-Stelle aber noch nicht bekannt war oder bekannt sein konnte. Mit dem Erlass einer Verfügung ist nämlich notwendigerweise die Fiktion verbunden, dass der gesamte relevante (Dauer-) Sachverhalt, wie er sich bis zum Tag der Verfügungseröffnung entwickelt hat, erhoben und gewürdigt worden sei. Dass eine bestimmte, möglicherweise leistungserhebliche Sachverhaltsentwicklung, die der Eröffnung der Abweisungsverfügung vorausgegangen ist, bei der Sachverhaltswürdigung übersehen oder nicht als solche erkannt worden ist, ändert deshalb nichts daran, dass die Abweisungsverfügung die Rechtswirkungen des (Dauer-) Sachverhalts bis und mit dem Eröffnungstag regelt. Deshalb ist es ausgeschlossen, im Sinne des Art. 87 Abs. 4 IVV eine relevante Erhöhung des Invaliditätsgrades glaubhaft zu machen, indem man medizinische Unterlagen beibringt, die auf eine unzureichende Sachverhaltserhebung bis zur Eröffnung der Abweisungsverfügung hindeuten. Im vorliegenden Fall muss eine allfällige relevante Sachverhaltsveränderung gemäss Art. 87 Abs. 4 IVV also nach dem 21. April 2006 eingetreten sein.



2.

Art. 87 Abs. 4 IVV überträgt der sich nach einer rechtskräftigen Abweisung neu anmeldenden versicherten Person die Glaubhaftmachungslast. Die sich neu anmeldende Person kann sich also nicht darauf beschränken, eine nachträgliche erhebliche Erhöhung ihres Invaliditätsgrades zu behaupten und es dann der IV-Stelle unter Berufung auf den Untersuchungsgrundsatz überlassen, herauszufinden, ob diese Behauptung glaubhaft sei oder nicht. Vielmehr muss sie selbst der IV-Stelle Arztzeugnisse u.ä. vorlegen, welche die behauptete nachträgliche Erhöhung des Invaliditätsgrades als glaubhaft erscheinen lassen. Unterlässt die versicherte Person die Glaubhaftmachung der behaupteten Erhöhung oder vermögen die der IV-Stelle zugestellten Belege die behauptete Erhöhung nicht glaubhaft zu machen, so tritt die IV-Stelle nicht auf die Neuanmeldung ein. Diese Nichteintretensverfügung entspricht Art. 87 Abs. 4 IVV und ist deshalb rechtmässig. Würde man nun das Novenrecht im Beschwerdeverfahren so auslegen, dass die Glaubhaftmachung durch neue Belege im Beschwerdeverfahren nachgeholt werden könnte, müsste eine rechtmässige Nichteintretensverfügung als rechtswidrig aufgehoben und durch den Entscheid ersetzt werden, auf die Neuanmeldung einzutreten. Das kann das Novenrecht im Beschwerdeverfahren nicht leisten. Die gegenteilige Behauptung beruht auf einer fehlerhaften Definition des Streitgegenstandes bei derartigen Beschwerdeverfahren. Streitgegenstand ist nicht die Glaubhaftmachung selbst, sondern nur die Frage, ob die IV-Stelle zu Recht gestützt auf die ihr vorgelegten Belege nicht auf die Neuanmeldung eingetreten sei. Als Noven können in einem solchen Beschwerdeverfahren also höchstens Belege zugelassen werden, die der Klärung der Frage nach der Glaubhaftmachung bereits vor der IV-Stelle dienen. Nicht zugelassen sind Belege, die direkt der Glaubhaftmachung der behaupteten nachträglichen erheblichen Sachverhaltsveränderung gegenüber dem Versicherungsgericht dienen. Die von der Beschwerdeführerin erst im Beschwerdeverfahren eingereichten Akten, die der Beschwerdegegnerin nicht vorgelegen haben, sind deshalb aus dem Recht zu weisen, weil sie nur der Nachholung der Glaubhaftmachung der behaupteten nachträglichen erheblichen Erhöhung des Invaliditätsgrades dienen können.

3.



Die rechtskräftige Abweisungsverfügung beruht in bezug auf den medizinischen Teil des Sachverhalts auf dem MEDAS-Gutachten vom 23. Februar 2006. Der von den Sachverständigen der MEDAS ermittelte Gesundheitszustand bildet somit weitgehend die Vergleichsbasis, an der die Behauptung der Beschwerdeführerin zu prüfen ist, dass sich ihr Gesundheitszustand und damit ihr Invaliditätsgrad nachträglich leistungserheblich verändert habe. Verglichen wird nicht mit dem am 13. Dezember 2007 (Datum der Neuanmeldung) objektiv bestehenden Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin, sondern mit dem Gesundheitszustand, wie er in den der Beschwerdegegnerin mit der Neuanmeldung bzw. im Verfahren der Eintretensprüfung zugewandten medizinischen Akten dargestellt worden ist. Im MEDAS-Gutachten sind folgende Diagnosen angeführt: undifferenzierte Somatisierungsstörung, histrionische Persönlichkeitsstruktur, chronifiziertes diffuses generalisiertes Schmerzsyndrom, zervikozephal und panvertebralbetont (Osteo-chondrosen, Unkovertebralspondylosen mit flachbogiger subligamentärer Diskushernie C4/5 bis C6/7 ohne Neurokompression, mässiggradige Spondylarthrose der distalen LWS, Skoliose, dorsaler Überhang, Haltungsinsuffizienz), Knicksenkfüsse bds. mit Insuffizienz der Tibialis posterior-Sehne rechts. Die der Beschwerdegegnerin mit oder nach der Neuanmeldung zugewandten medizinischen Unterlagen äussern sich nicht zur psychischen Gesundheitssituation. Die Beschwerdeführerin hat also gar nicht versucht, eine relevante Veränderung ihres psychischen Zustandes glaubhaft zu machen. Eine allfällige relevante Veränderung müsste demnach somatischer Natur sein. In bezug auf die Rückenproblematik taucht in den neuen Unterlagen eine Beeinträchtigung im Bereich L3/4 auf. Diese Beeinträchtigung ist aber nicht neu, auch wenn erstmals ein Facettensyndrom L3/4 und eine kleine mediale Diskushernie L3/4 angegeben worden sind. Es scheint also höchstens eine nachträgliche Verschlechterung eingetreten zu sein. Diese Verschlechterung hat aber keine relevanten Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit entfaltet. Sensomotorische und motorische Defizite sind nämlich nicht vorhanden und die Schmerzsymptomatik hat durch eine Infiltration L3/4 deutlich reduziert werden können. Bei der Nachkontrolle hat die Beschwerdeführerin angegeben, sie sei beschwerdearm. Die Diagnose einer Fibromyalgie ist bereits vor dem Erlass der rechtskräftigen Abweisungsverfügung von einem behandelnden Arzt gestellt, von den medizinischen Sachverständigen aber nie bestätigt worden. Auch die MEDAS hat in ihrem zweiten Gutachten statt der Fibromyalgie ein diffuses generalisiertes



Schmerzsyndrom angegeben. Es ist also nicht neu eine Fibromyalgie aufgetreten, sondern ein und dasselbe - unveränderte – Krankheitsbild ist erneut von einem behandelnden Arzt als Fibromyalgie interpretiert worden. Die früher als Hauptproblem betrachteten Beeinträchtigungen der HWS tauchen in den von der Beschwerdeführerin im Rahmen der Neuanschuldung eingereichten medizinischen Unterlagen gar nicht mehr auf. In bezug auf die Rückenbeschwerden sowohl im LWS- als auch im HWS-Bereich hat die Beschwerdeführerin demnach keine für ihren Invaliditätsgrad erhebliche Veränderung glaubhaft gemacht. Dasselbe gilt für die Knieprobleme, denn bereits im zweiten MEDAS-Gutachten ist dieser Beeinträchtigung Rechnung getragen worden und die neuen medizinischen Unterlagen weisen diesbezüglich weder eine Veränderung noch eine Verschlimmerung aus. In bezug auf die Probleme mit dem rechten Fuss hat sich insofern eine Veränderung ergeben, als nach der Abweisung des Rentengesuchs eine Operation durchgeführt worden ist. Diese Operation hat den Gesundheitszustand aber verbessert, so dass es sich dabei zum vornherein nicht um eine erhebliche Sachverhaltsveränderung handeln kann. Somit verbleibt die irritative Blasenstörung als einzige mögliche relevante Veränderung des Gesundheitszustandes. Die von der Beschwerdeführerin mit oder nach der Neuanschuldung eingereichten medizinischen Unterlagen zeigen, dass diese Gesundheitsbeeinträchtigung bereits seit langer Zeit bestanden hat. Es fehlt aber jeder Hinweis darauf, dass nach der rechtskräftigen Abweisung des Rentengesuchs eine erhebliche Verschlechterung eingetreten wäre, dass die Beschwerdeführerin also erst seit kurzer Zeit mit dem Problem einer übermässig hohen Miktionsfrequenz zu kämpfen hätte. Selbst wenn eine solche Verschlimmerung eingetreten wäre, läge keine für den Invaliditätsgrad relevante Veränderung vor, denn die Notwendigkeit, tagsüber alle 30 bis 60 Min. die Toilette aufzusuchen, schränkt die Arbeitsfähigkeit nicht merklich ein, wenn sowohl die Erwerbstätigkeit als auch der Arbeitsplatz dieser Beeinträchtigung Rechnung tragen. Auf dem allgemeinen und ausgeglichenen Arbeitsmarkt finden sich Arbeitsplätze, die nicht nur allen anderen behinderungsbedingten Anforderungen, sondern auch dem häufigen Miktionsbedarf angepasst sind.

4.

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass die Beschwerdeführerin mit denjenigen medizinischen Unterlagen, die sie mit der Neuanschuldung oder während des Verfahrens



der Eintretensprüfung durch die Beschwerdegegnerin eingereicht hat, keine leistungserhebliche nachträgliche Sachverhaltsveränderung hat glaubhaft machen können. Im Umstand, dass die Beschwerdegegnerin selbst einen Bericht von Dr. med. E.\_\_\_\_ angefordert hat, kann kein stillschweigender Eintretensentscheid der Beschwerdegegnerin erblickt werden, denn dabei hat es sich – ständiger Praxis des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen gemäss – um eine grundsätzlich zulässige Hilfestellung der Beschwerdegegnerin bei der Glaubhaftmachung gehandelt, die auch darin hätte bestehen können, die Beschwerdeführerin auf die Notwendigkeit des Einreichens eines Berichts von Dr. med. E.\_\_\_\_ aufmerksam zu machen. Die Beschwerdegegnerin ist mit der angefochtenen Verfügung vom 26. September 2008 zu Recht nicht auf die Neuanschuldung vom 13. Dezember 2007 eingetreten, so dass die Beschwerde abzuweisen ist. Die vollumfänglich unterliegende Beschwerdeführerin hat die amtlichen Kosten des Beschwerdeverfahrens zu bezahlen. Diese bemessen sich nach dem Verfahrensaufwand (Art. 69 Abs. 1<sup>bis</sup> IVG). Dieser Aufwand rechtfertigt eine Gerichtsgebühr von Fr. 600.-, die durch den von der Beschwerdeführerin geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe gedeckt ist. Das Begehren um die Zusprache einer Parteientschädigung ist abzuweisen.

Demgemäss hat das Versicherungsgericht

entschieden:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Die Beschwerdeführerin hat eine Gerichtsgebühr von Fr. 600.- zu bezahlen; diese Gebühr ist durch den in gleicher Höhe geleisteten Kostenvorschuss gedeckt.