



Fall-Nr.: IV 2008/9
Stelle: Versicherungsgericht
Rubrik: IV - Invalidenversicherung
Publikationsdatum: 23.06.2020
Entscheiddatum: 17.06.2008

Entscheid Versicherungsgericht, 17.06.2008

**Art. 87 Abs. 3 IVV; Nichteintreten auf Neuanmeldungsgesuch;
Glaubhaftmachung einer erheblichen Veränderung bejaht (Entscheid des
Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 17. Juni 2008, IV 2008/9).**

Präsidentin Lisbeth Mattle Frei, Versicherungsrichter Joachim Huber,
Versicherungsrichterin Marie-Theres Rüegg Haltinner; Gerichtsschreiber Philipp
Geertsen

Entscheid vom 17. Juni 2008

in Sachen

A.____,

Beschwerdeführer,

vertreten durch Rechtsanwältin lic. iur. Sabrina Schneider, Vadianstrasse 44, Post-

fach 262, 9001 St. Gallen,

gegen

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

Beschwerdegegnerin,

betreffend

Rente (Nichteintreten auf Wiederanmeldung)



Sachverhalt:

A.

A.a A.____, geboren 1954, meldete sich am 1. Oktober 2003 zum Bezug von IV-Leistungen an (act. G 4.1/1.1 ff.). Der Versicherte erlitt am 5. September 2002 mit seinem Auto einen Verkehrsunfall. Die Ärzte der Klinik für Neurologie des Kantonsspitals St. Gallen (KSSG) diagnostizierten im ärztlichen Bericht vom 7. Februar 2003 eine somatoforme Störung (ICD-10: F45) mit posttraumatischem Schmerzsyndrom, funktioneller sensomotorischer Hemisymptomatik links sowie Verdacht auf depressive Störung. Des Weiteren diagnostizierten sie degenerative HWS- und LWS-Veränderungen (act. G 4.1/15.5 ff.). Am 15. Februar 2005 wurde der Versicherte polydisziplinär (internistisch, rheumatologisch und psychiatrisch) durch die Medizinische Begutachtungsstelle des Medizinischen Zentrums Römerhof (MZR) untersucht. Die Gutachter des MZR diagnostizierten mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit eine chronifizierte lumbovertbrale Schmerzsymptomatik sowie ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit eine Anpassungsstörung mit vorwiegender Beeinträchtigung von anderen Gefühlen (ICD-10: F 43.23), eine "andere" depressive Episode (larvierte Depression; ICD-10: F 32.8) und eine Varikose rechts mehr als links (act. G 4.1/49.17 f.). Sie kamen zum Schluss, dass in einer leidensadaptierten Tätigkeit eine Arbeitsfähigkeit von 100% bestehe (act. G 4.1/45.1 ff.).

A.b Mit Verfügungen vom 20. Juni 2006 lehnte die IV-Stelle gestützt auf das Gutachten des MZR vom 24. März 2005 einen Anspruch des Versicherten auf Rentenleistungen (act. G 4.1/80.1 ff.) und auf Arbeitsvermittlung (act. G 4.1/81.1 f.) ab.

A.c Gegen diese Verfügungen liess der Versicherte am 21. August 2006 vorsorglich Einsprache erheben (act. G 4.1/89.1 f.). Diese wurde am 29. September 2006 zurückgezogen (act. G 4.1/94.1).

B.

B.a Mit als "Revision" bezeichneter Eingabe vom 28. Juni 2007 beantragte der Versicherte die Zusprache einer ganzen Invalidenrente, eventualiter die Durchführung einer psychiatrischen Abklärung. Der Gesundheitszustand habe sich seit der



St.Galler Gerichte

Erstverfügung erheblich verschlechtert (act. G 4.1/102.1). Der Versicherte legte zur Untermauerung seiner Eingabe medizinische Akten bei (act. G 4.1/103.1 ff.).

B.b Gestützt auf eine interne Stellungnahme des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD) vom 20. August 2007 (act. G 4.1/104.1 f.) stellte die IV-Stelle im Vorbescheid vom 31. August 2007 ein Nichteintreten auf das Leistungsbegehren in Aussicht (act. G 4.1/108).

B.c Gegen diesen Vorbescheid liess der Versicherte am 28. September 2007 Einwand erheben und beantragte, dass auf sein "Revisionsgesuch" einzutreten sei (act. G 4.1/109.1 ff.). Unter Hinweis auf die ärztliche Stellungnahme der Psychiatrie-Dienste Süd, Fachstelle Uznach, vom 28. September 2007 (act. G 4.1/109.4 f.) machte der Versicherte insbesondere eine erhebliche Verschlechterung der psychischen Gesundheit geltend (act. G 4.1/109.3).

B.d Nach Einholen einer erneuten internen Stellungnahme des RAD vom 8. November 2007 (act. G 4.1/110.1) verfügte die IV-Stelle am 19. November 2007, dass auf das neue Leistungsbegehren mangels erheblicher Veränderungen der tatsächlichen Verhältnisse nicht einzutreten sei (act. G 4.1/111).

C.

C.a Gegen diese Verfügung richtet sich die vorliegende Beschwerde vom 4. Januar 2008. Der Beschwerdeführer beantragt darin unter Kosten- und Entschädigungsfolge deren Aufhebung sowie das Eintreten auf das Revisionsgesuch vom 28. Juni 2007. Es seien die notwendigen Abklärungen zu treffen, insbesondere sei eine umfassende psychiatrische Begutachtung durchzuführen. Der Beschwerdeführer macht geltend, dass für das Eintreten auf eine Neuanmeldung bzw. ein Revisionsgesuch eine erhebliche Veränderung der tatsächlichen Verhältnisse lediglich glaubhaft zu machen sei. Es genüge, wenn gewisse Anhaltspunkte für eine Veränderung bestünden. Aus der seit der Erstverfügung neu bestehenden medizinischen Aktenlage gehe eine erhebliche Verschlechterung des Gesundheitszustandes hervor. Insbesondere habe sich das psychische Beschwerdebild wesentlich verschlechtert (act. G 1). Der Beschwerdeführer leistete am 11. Januar 2008 den geforderten Kostenvorschuss (act. G 3).



St.Galler Gerichte

C.b In der Beschwerdeantwort vom 19. Februar 2008 beantragt die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde. Sie bringt im Wesentlichen vor, dass sich aus den medizinischen Akten ein stationärer Befund ergebe. Weder aus psychiatrischer noch aus somatischer Sicht sei eine erhebliche Veränderung der tatsächlichen Verhältnisse glaubhaft gemacht worden. Die somatoforme Schmerzstörung sei überdies mit einer zumutbaren Willensanstrengung überwindbar (act. G 4).

C.c Replicando führt der Beschwerdeführer aus, dass seit der Erstverfügung insbesondere aus psychiatrischer Sicht neue Befunde und somit eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes festgestellt worden seien. Auf das Gesuch des Beschwerdeführers sei daher einzutreten. Die somatoforme Schmerzstörung sei für den Beschwerdeführer nicht überwindbar (act. G 7).

C.d Auf die Einreichung einer Duplik wurde verzichtet (act. G 9).

Erwägungen:

1.

1.1 Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG; SR 830.1]). Die Invalidität kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung [IVG; SR 831.20]). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 ATSG). Beeinträchtigungen der psychischen Gesundheit können in gleicher Weise wie körperliche Gesundheitsschäden eine Invalidität im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG in Verbindung mit Art. 8 ATSG bewirken. Nicht als Folgen eines psychischen Gesundheitsschadens und damit invalidenversicherungsrechtlich nicht als relevant gelten Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit, welche die versicherte Person bei Aufbietung allen guten Willens, die verbleibende Leistungsfähigkeit zu verwerten,



abwenden könnte; das Mass des Forderbaren wird dabei weitgehend objektiv bestimmt (BGE 131 V 50 E. 1.2 mit Hinweisen). Festzustellen ist, ob und in welchem Umfang die Ausübung einer Erwerbstätigkeit auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt mit der psychischen Beeinträchtigung vereinbar ist.

1.2 Nach Art. 28 Abs. 1 IVG besteht der Anspruch auf eine ganze Invalidenrente, wenn die versicherte Person mindestens zu 70%, derjenige auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens zu 60% invalid ist. Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50% besteht ein Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40% ein Anspruch auf eine Viertelsrente. Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist (BGE 125 V 261 E. 4). Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 125 V 261 E. 4 mit Hinweisen).

1.3 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 und 4 der Verordnung über die Invalidenversicherung [IVV; SR 831.201]). 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 (BGE 130 V 76 E. 3.2.3). Diesem Zweck kann im Revisionsverfahren ebenso wie im Neuanmeldungsverfahren nur wirksam Rechnung getragen werden, wenn sich die versicherte Person das Ergebnis der letztmaligen materiellen Überprüfung des Rentenanspruchs – mit rechtsgenügender Abklärung des Gesundheitszustands und gesetzeskonformer Ermittlung des Invaliditätsgrades – im Rahmen eines erneuten Leistungsgesuchs entgegenhalten lassen muss. Wie bei der Neuanmeldung (BGE 130 V 71) ist auch bei der Rentenrevision (auf Gesuch hin oder von Amtes wegen) daher zeitlicher Ausgangspunkt für die Beurteilung einer anspruchserheblichen Änderung des



Invaliditätsgrades die letzte rechtskräftige Verfügung, welche auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Durchführung eines Einkommensvergleichs beruht (BGE 133 V 108 ff.).

1.4 Nach der Rechtsprechung ist unter Glaubhaftmachung im Sinn von Art. 87 Abs. 3 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. 3 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. 3 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 9C_688/2007 vom 22. Januar 2008).

2.

2.1 Die Beschwerdegegnerin begründete den angefochtenen Nichteintretensentscheid damit, dass eine Veränderung des Gesundheitszustandes nicht glaubhaft gemacht worden sei (act. G 4.1/111). Die Beschwerdegegnerin hat sich demnach auf die Prüfung der Eintretensvoraussetzung der Glaubhaftmachung einer erheblichen Veränderung beschränkt und hat das Gesuch des Beschwerdeführers nicht materiell behandelt. Im vorliegenden Beschwerdeverfahren gilt es deshalb zu beurteilen, ob die Beschwerdegegnerin zu Recht nicht auf das Gesuch vom 28. Juni 2007 (act. G 4.1/102) eingetreten ist. Umstritten und zu prüfen ist einzig, ob der Beschwerdeführer glaubhaft dargelegt hatte, dass sich seit der einen Anspruch ablehnenden Verfügung vom 20. Juni 2006 (act. G 4.1/80) bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung vom 19.



November 2007 (act. G 4.1/111) der massgebliche medizinische Sachverhalt in einer für den Rentenanspruch so erheblichen Weise geändert hat, dass die IV-Stelle auf die Neuanschuldung vom 28. Juni 2007 (act. G 4.1/102) hätte eintreten müssen.

2.2 Bis zur abweisenden Verfügung vom 20. Juni 2006 (act. G 4.1/80) besteht folgende medizinische Aktenlage:

2.2.1 Die Ärzte der Klinik für Neurologie des KSSG diagnostizierten am 7. Februar 2003 eine somatoforme Störung (ICD-10: F45) mit posttraumatischem Schmerzsyndrom, funktioneller sensomotorischer Hemisymptomatik links sowie Verdacht auf depressive Entwicklung. Weiter diagnostizierten sie degenerative HWS- und LWS-Veränderungen (act. G 4.1/15.5). Sie berichteten, dass eine chronische Schmerzsymptomatik im Vordergrund stehe (act. G 4.1/15.7).

2.2.2 Der Austrittsbericht der Rehaklinik Bellikon vom 10. Juni 2003 (act. G 4.1/15.9 ff.) enthält die Diagnosen eines panvertebralen Schmerzsyndroms mit degenerativer Veränderung der HWS und LWS und einer depressiven Entwicklung. Weiter wurde ein Verdacht auf Konversionsstörung bei funktioneller sensomotorischer Hemisymptomatik links diagnostiziert. Bei Austritt bestehe eine 50%ige Arbeitsfähigkeit, die hauptsächlich aus psychischen Gründen festgelegt wurde (act. G 4.1/15.9 und 15.11). Vorgängige externe radiologische und kernspintomographische Befunde blieben bis auf altersentsprechende degenerative Veränderungen unauffällig. Im Vordergrund der Hospitalisation sei die psychische Auffälligkeit des Beschwerdeführers gestanden, der mit vermindertem Selbstwertgefühl, Verunsicherung und Ängsten sowie konsekutivem sozialen Rückzug bedrückt und affektlabil gewirkt habe. Aufgrund der psychogenen Überlagerung der somatischen Beschwerden sei die körperliche Belastbarkeit nur schwer einzuschätzen. Leichte, wechselbelastende Tätigkeiten ohne rückenbelastende Zwangsstellungen und ohne längeres Gehen und Stehen seien zumutbar (act. G 4.1/15.10).

2.2.3 Der damals behandelnde Arzt, Dr. med. B.____, Innere Medizin FMH, stellte im Arztbericht vom 12. November 2003 (act. G 4.1/15.1 ff.) folgende Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit: ein seit Jahren bestehendes panvertebrales Syndrom, seit 5. September 2002 bestehende unklare Dysästhesien am linken Arm und



linken Bein und eine seit 5. September 2002 bestehende schwere depressive Verstimmung. Dr. B. ___ attestierte ab dem 5. September 2002 eine 50%ige Arbeitsfähigkeit in einer leidensadaptierten Tätigkeit (act. G 4.1/15.1 und 15.4). Der Gesundheitszustand wurde als sich verschlechternd bezeichnet. Die Psyche stehe im Vordergrund. Der Beschwerdeführer sehe keinen Ausweg aus seiner finanziellen Notlage, er habe sogar schon Suizidgedanken ausgesprochen. Er wolle jetzt einfach eine Rente (act. G 4.1/15.2). Es seien keine körperlichen Anomalien vorhanden, welche eine Arbeitsunfähigkeit begründen liessen (act. G 4.1/15.4).

2.2.4 Im polydisziplinären Gutachten des MZR vom 24. März 2005 (act. G 4.1/45.1 ff.) diagnostizierten die Gutachter mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit eine chronifizierte lumbovertbrale Schmerzsymptomatik bei Osteochondrose L5/S1, bei Spondylarthrosen der unteren Lendenwirbelsäule, bei Diskusprotrusionen ohne Nervenwurzelkompromittierung und bei Rotationsskoliose. Ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit seien die diagnostizierte Anpassungsstörung mit vorwiegender Beeinträchtigung von anderen Gefühlen (ICD-10: F43.23), eine "andere" depressive Episode (larvierte Depression; ICD-10: F32.8) sowie eine Varikose rechts mehr als links (act. G 4.1/45.17 f.). Für die bisherige Tätigkeit als Steinfräser / Hilfsarbeiter (act. G 4.1/21) bestehe eine vollständige Arbeitsunfähigkeit. Der Beschwerdeführer sei aber für rückschonende Arbeiten mit Wechsel zwischen sitzender und stehender Position zu 100% arbeitsfähig (act. G 4.1/45.19). Das Heben von Gewichten über 20 kg sei ihm nicht zumutbar (act. G 4.1/45.20). Bei der psychiatrischen Untersuchung habe er eine grosse emotionale Schwingungsfähigkeit gezeigt. Einbussen in Bezug auf Aufmerksamkeit, Konzentration, Auffassung oder Gedächtnis beständen keine. Die psychiatrische Gutachterin stellte keine Anhaltspunkte für Wahnvorstellungen oder Psychosen fest. Das Unfallereignis und die erfolgte Kündigung des Arbeitgebers im September 2002 hätten beim Beschwerdeführer vermutlich zu einer erheblichen narzisstischen Kränkung geführt. Die momentane Lebenssituation habe für ihn einen demütigenden Charakter, was er vor allem durch die Hoffnung in eine zukünftige Gerechtigkeit ertragen könne. Es lasse sich daher die Diagnose einer Anpassungsstörung mit vorwiegender Beeinträchtigung von anderen Gefühlen (ICD-10: F43.23) stellen. Im erhobenen psychopathologischen Befund stünden depressive Symptome nicht im Vordergrund, dennoch spreche der aus somatischer Sicht nicht erklärbare Schmerzzustand für ein depressives Zustandsbild im Sinne einer larvierten



Depression (ICD-10 F32.8). Der psychische Befund führe nicht zu einer Arbeitsunfähigkeit (act. G 4.1/45.19, 45.20, 45.26). Wenn es gelinge, den Beschwerdeführer in eine leidensadaptierte Tätigkeit einzugliedern, sei die Prognose gut. Andererseits sei mit einer Verschlechterung der psychischen Situation zu rechnen, wenn er an einer neuen Stelle psychisch oder körperlich überfordert werde (act. G 4.1/45.20 und 45.26 f.). Der Beschwerdeführer habe an der durch das RAV vermittelten befristeten Tätigkeit im Recyclingbereich (vgl. act. G 4.1/45.24) Freude. Diese Tätigkeit führe zu einer Selbstbestätigung, so dass ein Ausbau dem verletzten Gerechtigkeitsgefühl durchaus gut tun könne (act. G 4.1/45.26).

2.2.5 In den internen RAD-Stellungnahmen vom 15. April 2005 (act. G 4.1/48.2) sowie vom 26. Januar 2006 (act. G 4.1/64) beurteilte der IV-Vertrauensarzt den Beschwerdeführer in Würdigung der medizinischen Aktenlage auch in einer leidensadaptierten Tätigkeit zu 50% arbeitsunfähig.

2.2.6 Dr. B.____ berichtete im Verlaufsbericht vom 28. April 2006 (act. G 4.1/73.1 ff.), dass der Gesundheitszustand stationär geblieben sei. Die Diagnose habe sich nicht verändert (act. G 4.1/73.1). Eine gute Arbeitsstelle würde den psychischen Gesundheitszustand des Beschwerdeführers deutlich verbessern (act. G 4.1/73.2). In einer leidensadaptierten Tätigkeit könne dieser ganztags arbeiten (act. G 4.1/73.3).

2.2.7 Gestützt auf den Verlaufsbericht von Dr. B.____ empfahl der IV-Vertrauensarzt in der internen Stellungnahme vom 8. Mai 2006, dass beim Beschwerdeführer von einer 100%igen Arbeitsfähigkeit in einer leidensadaptierten Tätigkeit auszugehen sei (act. G 4.1/74).

2.3 Die medizinische Aktenlage nach der abweisenden Verfügung vom 20. Juni 2006 (act. G 4.1/80) präsentiert sich wie folgt:

2.3.1 Dr. med. C.____, Radiologie FMH, Röntgeninstitut Jona, stellte im Bericht vom 8. März 2007 aufgrund einer gleichentags durchgeführten MRI der LWS eine Dehydration der Bandscheiben LWK 4/5 und LWK5/SWK1 fest. Der Anulus fibrosus der Bandscheibe LWK4/5 sei eingerissen. Es lasse sich eine rechts mediolaterale Diskushernie nachweisen. Die abgehende Wurzel L5 rechts werde hierdurch verlagert.



St.Galler Gerichte

In der Etage LWK6/SWK1 bestehe ein Nachweis einer medialen Diskusprotrusion mit enger Lagebeziehung zu der abgehenden Wurzel S1 beidseits. Die übrigen Bandscheibenetagen der LWS seien unauffällig (act. G 4.1/103.6).

2.3.2 Im Bericht der Klinik für Neurologie des KSSG vom 2. Mai 2007 (act. G 4.1/103.2 ff.) wurde folgende Diagnose gestellt: 1. Somatoforme Störung (ICD-10: F45) mit/bei posttraumatischem chronischem Schmerzsyndrom, funktioneller sensomotorischer Hemisymptomatik links und depressiver Episode; 2. Degenerative Veränderungen im Bereich der HWS und LWS (act. G 4.1/103.2). Die beurteilenden Ärzte des KSSG kamen zum Schluss, dass sich die Beschwerdesymptomatik qualitativ nicht relevant verändert habe. In der klinisch-neurologischen Untersuchung zeige sich ebenfalls ein im Vergleich zur Voruntersuchung vom 13. Dezember 2002 im Wesentlichen stationärer Befund. Anhaltspunkte für ein radikuläres Syndrom bestünden nicht. In der ambulant durchgeführten vertebro-spinalen lumbalen Kernspintomographie vom 8. März 2007 (act. G 4.1/103.6) hätten sich eine rechts medio-laterale Diskushernie LWK 4/5 mit Verlagerung der Wurzel L5 rechts sowie eine mediale Diskusprotrusion LWK5/SWK1 mit enger Lagebeziehung zur abgehenden Wurzel S1 beidseits gezeigt. Hierfür fänden sich allerdings in der klinischen Untersuchung sowie anamnestisch keine Korrelate. Aus neurologischer und psychiatrischer Sicht bestehe eine relevante Einschränkung der Arbeitsfähigkeit, wobei die Arbeitsfähigkeit auf ca. 20 bis 30% für eine leichte körperliche Tätigkeit geschätzt werde. Hierbei sei zu berücksichtigen, dass mehrere IV-fremde Faktoren die Arbeitsfähigkeit negativ beeinflussen würden. Die Prognose sei ungünstig (act. G 4.1/103.3).

2.3.3 Am 11. Mai 2007 führte Dr. C.____ eine MRI der HWS durch. Dabei stellte er eine Hyperlordosierung der HWS fest. In der Etage HWK6/7 lasse sich eine rechts mediolaterale Diskusprotrusion nachweisen. Eine Wurzelkompression sei nicht nachweisbar. In der Etage HWK3/4, HWK 4/5 und HWK 5/8 lasse sich eine weitere initiale rechts mediolaterale Diskusprotrusion nachweisen. Auch hier bestehe kein Nachweis einer Wurzelkompression. Das cervicale Myelon weise ein regelrechtes Signalverhalten auf. Eine Myelopathie sei nicht nachweisbar (act. G 4.1/103.1).

2.3.4 In der internen Stellungnahme des RAD vom 20. August 2007 (act. G 4.1/104.1 f.) kam der IV-Vertrauensarzt zum Schluss, dass ein im Wesentlichen unveränderter



Befund vorliege. Die Arbeitsfähigkeit werde zwar nun vom KSSG auf 20 bis 30% geschätzt, allerdings mit dem Hinweis, dass mehrere IV-fremde Faktoren die Arbeitsfähigkeit negativ beeinflussen würden. Die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit durch das KSSG sei demnach als eine andere Einschätzung eines im Grunde gleichen Sachverhaltes anzusehen (act. G 4.1/104.1). Weitere ärztliche Berichte, insbesondere psychiatrische Befunde, die eine Verschlechterung belegten, seien nicht vorhanden. Eine depressive Episode sei bereits im Gutachten vom 24. März 2005 attestiert worden. Aus medizinischer Sicht seien die vorgelegten Befunde und Berichte wenig geeignet, eine relevante objektivierbare Verschlechterung des Gesundheitszustandes zu belegen (act. G 4.1/104.2).

2.3.5 Die behandelnden Psychiater der Psychiatrie-Dienste Süd, Fachstelle Uznach, berichteten in der ärztlichen Stellungnahme vom 28. September 2007 (act. G 4.1/109.4 f.), dass der Beschwerdeführer seit dem 8. Februar 2007 in ambulanter psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlung sei. Sie diagnostizierten: eine somatoforme Schmerzstörung mit sensomotorischer Symptomatik (ICD-10: F45); eine mittelgradige depressive Episode mit somatischem Syndrom (ICD-10: F32.11); eine akzentuierte Persönlichkeitsstruktur DD gemischte Persönlichkeitsstörung (ICD-10: Z73.1 DD F61); eine vorbefundliche Anpassungsstörung nach Verkehrsunfall (ICD-10: F43.21); degenerative Wirbelsäulenveränderungen, aktuell rechts medio-laterale Diskushernie LWK 4/5 mit Verlagerung der Wurzel L/5 rechts sowie medialer Diskusprotrusion LWK 5/SWK 1 mit enger Lagebeziehung zur abgehenden Wurzel S1 beidseits. Es bestehe ein inzwischen chronifiziertes psychiatrisches Krankheitsbild. Gegenwärtig sei der Beschwerdeführer in geschütztem Rahmen teilschichtig arbeitsfähig. Aus psychiatrischer Sicht sei der Beschwerdeführer, aufgrund der psychiatrischen Störungen, auf dem freien Arbeitsmarkt gegenwärtig zu 100% arbeitsunfähig (act. G 4.1/109.4). Seit der Begutachtung vom 24. März 2005 (act. G 4.1/45.1 ff.) hätten sich aus psychiatrischer Sicht neue Aspekte ergeben. Aufgrund dessen sei eine erneute psychiatrische Begutachtung zu empfehlen (act. G 4.1/109.5).

2.3.6 In der internen Stellungnahme des RAD vom 8. November 2007 teilte der IV-Vertrauensarzt mit, dass die psychiatrische Stellungnahme vom 28. September 2007 (act. G 4.1/109.4 f.) nicht ausreiche, um eine relevante Verschlechterung gegenüber dem Vorgutachten vom 24. März 2005 (act. G 4.1/45.1 ff.) zu begründen.



2.4 Vor Vergleich der medizinischen Aktenlage vor und nach der ablehnenden Verfügung vom 20. Juni 2006 (act. G 4.1/80) ist angesichts der einjährigen Zeitspanne zwischen der ablehnenden Verfügung vom 20. Juni 2006 (act. G 4.1/80) und der Neuanschuldung vom 28. Juni 2007 (act. G 4.1/102) darauf hinzuweisen, dass an die Glaubhaftmachung neuer Tatsachen nicht allzu hohe Anforderungen zu stellen sind (vgl. Urteil des EVG vom 18. Februar 2003 i.S. S., I 460/2001, E. 4.1 mit Hinweisen, wo eine Zeitspanne von 10 Monaten zu beurteilen war und keine allzu hohen Anforderungen an die Glaubhaftmachung gestellt wurden).

2.5

2.5.1 Den ärztlichen Stellungnahmen von Dr. C. ___ vom 8. März 2007 (act. G 4.1/103.6) und vom 11. Mai 2007 (act. G 4.1/103.1) lässt sich entnehmen, dass aus radiologischer Sicht neue Befunde erhoben wurden (eingerrissener Anulus fibrosus [Faserknorpelring; Psyhyrembel, 260. Auflage, S. 104] der Bandscheibe LWK4/5, Verlagerung der abgehenden Wurzel L5 rechts, mediale Diskusprotrusion mit enger Lagebeziehung zu der abgehenden Wurzel S1 beidseits sowie weitere Diskusprotrusionen HWK3-7).

2.5.2 Im Vergleich zum ärztlichen Bericht vom 7. Februar 2003 (act. 4.1/15.5 ff.) änderten die Neurologen des KSSG im ärztlichen Bericht vom 2. Mai 2007 ihre Diagnose dahin gehend, dass sie das posttraumatische Schmerzsyndrom als chronisch beurteilten und bezüglich der depressiven Episode nicht mehr nur eine Verdachtsdiagnose stellten (act. G 4.1/103.2). Ansonsten stellten sie "einen im Wesentlichen stationären Befund" fest. Sie attestierten dem Beschwerdeführer eine 20 bis 30%ige Arbeitsfähigkeit in einer leichten körperlichen Tätigkeit und wiesen darauf hin, dass mehrere IV-fremde Faktoren die Arbeitsfähigkeit negativ beeinflussen würden (act. G 4.1/103.3). Im Bericht vom 7. Februar 2003 äusserten sie sich nicht zur Arbeitsfähigkeit (act. G 4.1/15.5 ff.). Unklar ist bei der neurologischen Einschätzung der Arbeitsfähigkeit, welche IV-fremden Faktoren mit welcher Quantität die Arbeitsfähigkeit beeinflussen. Gestützt auf den neurologischen Bericht vom 2. Mai 2007 (act. G 4.1/103.3) kann aber kaum davon ausgegangen werden, dass nur IV-fremde Faktoren die Arbeitsfähigkeit beeinflussen. Festzuhalten bleibt, dass sich die Arbeitsfähigkeitseinschätzung im Vergleich zur in der Verfügung vom 20. Juni 2006 angenommenen 100%igen Arbeitsfähigkeit in einer leidensadaptierten Tätigkeit



erheblich verändert hat und bezüglich der depressiven Episode nicht mehr nur eine Verdachtsdiagnose gestellt wurde (act. G 4.1/103.2).

2.5.3 In der psychiatrischen Stellungnahme vom 28. September 2007 (act. G 4.1/109.4 f.) wird von einer seit dem 8. Februar 2007 ambulanten psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung berichtet. Neu wird die Diagnose einer mittelgradigen depressiven Episode erhoben (act. G 4.1/109.4), während im Gutachten des MZR lediglich von einer larvierten Depression die Rede war (act. G 4.1/45.17). Des Weiteren stellten die behandelnden Psychiater neu die Diagnose einer akzentuierten Persönlichkeitsstruktur DD gemischte Persönlichkeitsstörung (ICD-10: Z73.1 DD F61) fest (act. G 4.1/109.4). Die behandelnden Psychiater schätzen den Beschwerdeführer generell zu 100% arbeitsunfähig ein. Aus psychiatrischer Sicht hätten sich seit der Begutachtung im Jahr 2005 nebst der inzwischen eingetretenen Chronifizierung neue Aspekte ergeben. Deshalb empfehlen die behandelnden Psychiater, den Beschwerdeführer psychiatrisch begutachten zu lassen (act. G 4.1/109.4 f.).

2.5.4 Die von den Neurologen des KSSG am 2. Mai 2007 attestierte Arbeitsfähigkeit von 20 bis 30% in einer leidensadaptierten Tätigkeit (act. G 4.1/103.3) und insbesondere die von den behandelnden Psychiatern attestierte volle Arbeitsunfähigkeit (act. G 4.1/109.4) weichen deutlich von der 100%igen Arbeitsfähigkeit ab, die bei der abweisenden Verfügung vom 20. Juni 2006 (act. G 4.1/80.1 ff.) massgeblich war. Eine bloss unterschiedliche Beurteilung eines im Wesentlichen gleich gebliebenen Sachverhalts stellt zwar zweifellos keine revisionsbegründende Änderung dar (BGE 112 V 372 E. 2b). Als Indiz dafür, eine relevante, nachträgliche Veränderung als wenigstens im oben genannten Sinn glaubhaft erscheinen zu lassen (vgl. vorstehende E. 1.4), muss aber eine erhebliche Differenz in der Arbeitsfähigkeitsschätzung selbst für sich allein genügen (Urteil des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 16. Mai 2007 i.S. W., IV 2007/54, E. 2e mit Hinweis). Eine erhebliche Differenz in der Arbeitsunfähigkeitseinschätzung ist in tatsächlicher Hinsicht ausgewiesen (act. G 4.1/109.4 f. und act. G 4.1/103.3). Nebst den erheblich unterschiedlichen Arbeitsfähigkeitseinschätzungen sind vor allem aber auch noch die neu festgestellte – inzwischen eingetretene – Chronifizierung der psychiatrischen Beschwerden und die neuen psychiatrischen Diagnosen (act. G 4.1/109.4 f.) zu berücksichtigen, die ebenfalls Anhaltspunkte für eine



Verschlechterung des Gesundheitszustandes bieten ("zunehmend ausgeprägtes psychiatrisches Krankheitsbild", "akzentuierte Persönlichkeitsstruktur"; act. G 4.1/109.4; die Neurologen des KSSG stellten bezüglich der depressiven Episode nicht mehr bloss eine Verdachtsdiagnose; act. G 4.1/103.2). Wesentlich ist aber auch, dass der psychiatrische Gutachter des MZR noch berichtete, dass im erhobenen psychopathologischen Befund depressive Symptome nicht im Vordergrund stünden (act. G 4.1/45.26), während die Ärzte der Psychiatrie-Dienste Süd, Fachstelle Uznach, von einer mittelgradigen depressiven Episode (ICD-10: F32.11) sprechen und von einem sich verschlechternden psychischen Gesundheitszustand (zunehmend ausgeprägtes Krankheitsbild, neue Aspekte [act. G 4.1/109.4 f.]) berichten. Unter diesen Umständen hätte die Beschwerdegegnerin auf das Gesuch des Beschwerdeführers eintreten müssen, zumal die abweisende Verfügung schon immerhin mehr als ein Jahr zurückliegt und dementsprechend an die Glaubhaftmachung einer relevanten Veränderung nicht allzu hohe Anforderungen zu stellen sind.

2.5.5 Soweit die Beschwerdegegnerin den Grundsatz geltend macht, dass die somatoforme Schmerzstörung mit einer zumutbaren Willensanstrengung überwindbar sei (act. G 4, S. 5), vermag sie nichts zu ihren Gunsten abzuleiten. Denn vorliegend bestehen – wie der Beschwerdeführer zu Recht vorbringt (act. G 7) – Hinweise (psychische Komorbidität [act. G 4.1/109.4], langjähriger, therapieresistenter Krankheitsverlauf; gestützt auf die hohe Arbeitsunfähigkeitsschätzung von 70 – 80% [act. G 4.1/103.3] bzw. 100% [act. G 4.1/109.4] Anzeichen auf eine besondere Schwere der Schmerzstörung), dass von diesem Grundsatz abzuweichen sei. Überdies liegen beim Beschwerdeführer diverse chronische körperliche Beeinträchtigungen wie Osteochondrose L5/S1, Spondylarthrosen der unteren Lendenwirbelsäule, Rotationsskoliose, Diskusprotrusionen (act. G 4.1/45.17), Diskushernie und eingerissener Anulus fibrosus der Bandscheibe LWK 4/5 mit Verlagerung der Wurzel L5 rechts vor (act. G 4.1/103.6). Aus dem ärztlichen Bericht der Psychiatrie-Dienste Süd, Fachstelle Uznach, geht zudem hervor, dass der Beschwerdeführer nebst der somatoformen Schmerzstörung an einem komplexen, zunehmend ausgeprägten und inzwischen chronifizierten psychischen Krankheitsbild leide und nebst der somatoformen Schmerzstörung erhebliche psychische Beschwerden wie eine mittelgradige depressive Episode sowie eine akzentuierte Persönlichkeitsstruktur DD



gemischte Persönlichkeitsstörung vorliegen (act. G 4.1/109.4). Es ist somit glaubhaft gemacht, dass auch unter Berücksichtigung des Grundsatzes zur zumutbaren Willensanstrengung (vgl. hierzu eingehend Urteil des Bundesgerichts vom 30. April 2008 i.S. B., 9C_903/2007, E. 4) eine Verschlechterung der gesundheitlichen Verhältnisse vorliegt und sich diese auf den Invaliditätsgrad auszuwirken vermag.

3.

3.1 Vor diesem Hintergrund ist die Sache der Beschwerdegegnerin unter Aufhebung der angefochtenen Verfügung vom 19. November 2007 zur materiellen Behandlung zurückzuweisen.

3.2 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 als angemessen. Die Beschwerdegegnerin unterliegt vollumfänglich. Da sie gemäss Art. 3 Abs. 1 lit. b des st. gallischen Einführungsgesetzes zur Bundesgesetzgebung über die Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung (sGS 350.1) Teil der Sozialversicherungsanstalt und damit Teil einer selbständigen öffentlich-rechtlichen Anstalt ist, kommt Art. 95 Abs. 3 VRP (Befreiung von der Pflicht zur Übernahme amtlicher Kosten) nicht zur Anwendung (vgl. Urs Peter Cavelti/Thomas Vögeli, Verwaltungsgerichtsbarkeit im Kanton St. Gallen – dargestellt an den Verfahren vor dem Verwaltungsgericht, 2. Aufl., 2003, Rz 792). Die Beschwerdegegnerin hat deshalb die gesamte Gerichtsgebühr von Fr. 600.-- zu bezahlen. Der geleistete Kostenvorschuss von Fr. 600.-- wird dem Beschwerdeführer zurückerstattet.

3.3 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 (Art. 61 lit. g ATSG). In der Verwaltungsrechtspflege beträgt das Honorar vor Versicherungsgericht nach Art. 22 Abs. 1 lit. b HonO (sGS 963.75) pauschal Fr. 1'000.-- bis Fr. 12'000.--. Der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers verzichtete auf das



Einreichen einer Kostennote. Im vorliegenden Fall erscheint eine Parteienschädigung von Fr. 3'500.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) als angemessen.

Demgemäss hat das Versicherungsgericht

im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 53 GerG

entschieden:

1. In Gutheissung der Beschwerde wird die angefochtene Verfügung vom 19. November 2007 aufgehoben und die Sache wird zur Behandlung des Gesuchs vom 28. Juni 2007 im Sinne der Erwägungen an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen.
2. Die Beschwerdegegnerin bezahlt eine Gerichtsgebühr von Fr. 600.--. Der geleistete Kostenvorschuss von Fr. 600.-- wird dem Beschwerdeführer zurückerstattet.
3. Die Beschwerdegegnerin hat dem Beschwerdeführer eine Parteienschädigung von Fr. 3'500.-- (einschliesslich Barauslagen und Mehrwertsteuer) zu bezahlen.