



**Fall-Nr.:** IV 2012/223  
**Stelle:** Versicherungsgericht  
**Rubrik:** IV - Invalidenversicherung  
**Publikationsdatum:** 09.06.2020  
**Entscheiddatum:** 03.12.2014

### **Entscheid Versicherungsgericht, 03.12.2014**

**Art. 87 Abs. 3 i.V.m. Abs. 2 IVV, Art. 28 IVG. Neuanmeldung, Rentenanspruch. Verschlechterung des Gesundheitszustandes gegenüber der letzten rechtskräftigen abweisenden Verfügung glaubhaft gemacht. Auf die Berichte der behandelnden Ärzte im Rahmen des Neuanmeldeverfahrens kann mangels objektivierbarer Befunde nicht abgestellt werden. Der Gesundheitszustand ist im Vergleich zum Referenzzeitpunkt unverändert (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 3. Dezember 2014, IV 2012/223).**

Entscheid Versicherungsgericht, 03.12.2014

Präsidentin Karin Huber-Studerus, Versicherungsrichterinnen Monika Gehrler-Hug und Marie-Theres Rüegg Haltinner; Gerichtsschreiberin Nadja Francke Zubair

#### **Entscheid vom 3. Dezember 2014**

in Sachen

**A.**\_\_\_\_,

**Beschwerdeführerin,**

gegen

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

**Beschwerdegegnerin,**

betreffend



### IV-Leistungen

#### Sachverhalt:

A.

A.a A.\_\_\_\_ meldete sich am 6. Dezember 2008 zum Bezug von Leistungen der Invalidenversicherung bei der IV-Stelle des Kantons St. Gallen an (IV-act. 1). Gemäss einer Unfallmeldung zu Händen der zuständigen Unfallversicherung (Generali Versicherungen) war die Versicherte am 14. Dezember 2007 im Eingangsbereich des Restaurants B.\_\_\_\_, wo sie als Hilfsköchin beschäftigt gewesen war, auf dem nassen Boden ausgerutscht und mit der linken Körperhälfte bzw. mit dem linken Arm auf dem Boden aufgeprallt (Unfallmeldung vom 18. Januar 2008, Fremdakten 7.2). Der Hausarzt der Versicherten, Dr. med. C.\_\_\_\_, Allgemeinmedizin FMH, hatte die Diagnosen einer HWS-Distorsion sowie einer Rippenkontusion gestellt und folgende Arbeitsunfähigkeiten attestiert: 100% vom 15. Dezember 2007 bis 27. Januar 2008 sowie 60% vom 28. Januar 2008 bis auf Weiteres (Bericht vom 4. April 2008, Fremdakten 7.2). Er hatte festgehalten, die Versicherte leide an Sturzfolgen in Form von Kopf-, Nacken- und Thoraxschmerzen sowie verminderter körperlicher und kognitiver Leistungsfähigkeit. Als objektive Befunde zeigten sich rasche Ermüdung sowie die Notwendigkeit längerer Erholungsphasen (Bericht vom 10. Mai 2008, Fremdakten 7.2). In einem Bericht vom 18. August 2008 hatte Dr. C.\_\_\_\_ ab 19. Juli 2008 eine Arbeitsunfähigkeit von noch 40% angegeben (Fremdakten 7.2), woraufhin er der Unfallversicherung jedoch telefonisch mitteilte, dass ein Arbeitsversuch mit einem Pensum von 60% gleichentags wieder habe abgebrochen werden müssen. Bei der Versicherten sei daher nach wie vor von einer 60%igen Arbeitsunfähigkeit auszugehen (Aktennotiz vom 3. September 2008, Fremdakten 7.2). Gemäss einem Schreiben der Unfallversicherung vom 3. September 2008 hatte die Versicherte am 4. Juli 2008 in Italien durch einen Stolpersturz eine Verletzung am linken Fuss erlitten. In der Folge sei sie mittels Sanitätstransport in die Schweiz gebracht worden. Das Fahrzeug der Versicherten habe ebenfalls in die Schweiz rückgeführt werden müssen (Fremdakten 7.2). Auf Nachfrage der Unfallversicherung hatte die Versicherte mitgeteilt, dass sie allein mit dem Auto nach Italien gefahren sei. Es sei ihr zu dieser Zeit genügend gut gegangen, um Auto fahren zu können (Schreiben der Versicherten vom 14. Oktober



## St.Galler Gerichte

2008, Fremdakten 7.2). Gemäss einem Befragungsprotokoll der Unfallversicherung hatte sie zudem angegeben, dass sie für die ca. 800 km lange Strecke aufgrund der vielen Pausen den ganzen Tag gebraucht habe (Protokoll vom 20. November 2008, Fremdakten 7.2). In Beantwortung der Anfrage der Unfallversicherung hatte Dr. C.\_\_\_\_ am 14. November 2008 erklärt, dass er bei der Festsetzung der 60%igen Arbeitsunfähigkeit vom ehemaligen Teilzeitpensum der Versicherten in Höhe von 80% ausgegangen sei. Demnach sei die Versicherte ca. 3 Stunden pro Tag arbeitsfähig, wobei immer mit Tagesschwankungen zu rechnen sei (Fremdakten 7.2).

A.b Gemäss einem Gesprächsprotokoll des internen Regionalen Ärztlichen Dienstes der IV-Stelle (RAD) vom 15. Dezember 2008 gab Dr. C.\_\_\_\_ folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit der Versicherten an: chronisches HWS-Syndrom/ Status nach Unfall 12/2007 mit Schmerzen im Nacken, Übelkeit, Konzentrationsschwierigkeiten sowie eine psychasthenische Persönlichkeit mit rezidivierenden depressiven Episoden. Er teilte mit, es bestehe seit dem Unfall eine 60%ige Arbeitsunfähigkeit. Die Versicherte arbeite aktuell im Restaurant des Sohnes (quasi halbgeschützter Nischenarbeitsplatz) im Umfang von 2 Stunden pro Tag mit 100%. Mit dieser Tätigkeit sei die Versicherte bestmöglich adaptiert eingegliedert und sei bei einer prinzipiell 40-60%igen Leistung sicher dauerhaft am Limit (IV-act. 7, 10).

A.c Auf Veranlassung der Unfallversicherung (Schreiben vom 3. September 2008, Fremdakten 7.2) wurde die Versicherte im Januar 2009 im Zentrum D.\_\_\_\_ GmbH (ZVMB) ipolydisziplinär begutachtet. Gemäss dem entsprechenden Gutachten vom 30. Januar 2008 (richtig: 2009) wurden folgende Diagnosen angegeben: Status nach Sturz vom 14. Dezember 2007 mit Prellung des linken Thorax und Kontusion des linken Gesässes ohne Hinweise auf eine nachweisbare und bis heute anhaltende Körperschädigung sowie ein nicht unfallbedingter Spannungskopfschmerz. Die Gutachter hielten fest, dass die Diskrepanz zwischen dem Spontanverhalten und den Schmerzangaben während den klinischen Untersuchungen auffällig gewesen sei. Die Versicherte habe bei zahlreichen Tests unvermutet und organisch-strukturell nicht erklärbare Schmerzen geäussert. Radiologisch habe das veranlasste MRI der HWS vom 26. Januar 2009 kein mit den Beschwerden der Versicherten korrelierendes organisches Substrat gezeigt. Eine kleine Diskushernie C4/5 bewirke nachweislich keine radikuläre Kompression. Eine entsprechende Klinik fehle ebenfalls.



Zusammengefasst hätten sich Befunde ergeben, welchen generell ein organischer Hintergrund fehlte. Primär nach dem Unfall hätten weder klinisch fassbare kognitive Defizite noch gravierende zervikale Beschwerden bestanden, so dass eine radiologische Abklärung – bis auf eine Röntgenaufnahme des Thorax – damals nicht für nötig gehalten worden sei. Die anschliessende Ausweitung der Beschwerden könne organisch strukturell nicht erklärt werden. Neurologisch hätten sich keine Hinweise auf Störungen im Bereich des peripheren oder zentralen Nervensystems gefunden. Auch die Prüfung der vestibulären Funktionen sei normal ausgefallen. Psychiatrisch hätten sich in der klinischen Untersuchung keine Hinweise auf eine affektive Störung ergeben. Es sei davon auszugehen, dass sich ungünstige psychosoziale Faktoren (Partnerschaftsprobleme, finanzielle Situation) mit der primär unfallbedingten Schmerzsymptomatik vernetzt und zu einer Verselbständigung der Schmerzproblematik geführt hätten, wofür jedoch seit mehreren Monaten kein materielles Substrat erkennbar sei. In neuropsychologischer Hinsicht könne weder klinisch noch testpsychologisch eine krankheitswertige geistige Störung postuliert werden. Die Gutachter hielten weiter fest, dass die infolge des Unfalls vom 14. Dezember 2007 gestellte Diagnose einer HWS-Distorsion biomechanisch nicht nachvollziehbar sei. Die Versicherte sei fast ausschliesslich komplementärmedizinisch behandelt worden, ohne dass innerhalb eines Jahres eine Steigerung der Arbeitsfähigkeit habe erreicht werden können. Die Beschwerden hätten sogar zugenommen. Auf der anderen Seite sei die Versicherte aber in der Lage gewesen, innerhalb eines Tages mit dem Auto 850 km nach Italien zurückzulegen. Wirbelsäulenkontusionen, Hämatome und Ödeme klängen nach wenigen Wochen ab. Bei der Versicherten seien nach dem Sturz zudem keine Schwellungen oder Hämatome festgestellt worden, so dass von einem relativ banalen Ereignis ausgegangen werden könne. Ein Kopfanprall sei nirgends dokumentiert. Die von der Versicherten angegebenen Kopfschmerzen wie auch die subjektiven kognitiven Defizite liessen sich ohne Kopfanprall und ohne materielles Substrat nicht unfallbedingt erklären. Hingegen bestünden unfallfremde psychosoziale und sozioökonomische Belastungen, welche geeignet seien, Spannungs(kopf-)schmerzen herbeizuführen. Spannungs(kopf-)schmerzen seien zwar oft über lange Zeiträume anhaltend, aber keinesfalls als schwerwiegende gesundheitliche Beeinträchtigung anzusehen. Da spätestens nach 6 Monaten von einer folgenlosen Ausheilung der erlittenen



Wirbelsäulenkontusion auszugehen sei, könne es organisch-strukturell nicht erklärt werden, dass sich bei der Versicherten eine Ausweitung der Beschwerden mit einer persistierenden Arbeitsunfähigkeit von 60% ergeben habe. Die Autofahrt nach Italien bewiese, dass ein höheres Energiepotential vorhanden sei, als was die Versicherte für die Arbeit empfinde. Auch die im Rahmen der körperlichen Untersuchung festgestellten Diskrepanzen wiesen auf Selbstlimitierung hin. Eine unfallbedingte Arbeitsunfähigkeit könne spätestens nach 6 Monaten nicht mehr angenommen werden (IV-act. 19).

A.d Die ehemalige Arbeitgeberin der Versicherten, die E.\_\_\_\_ AG, berichtete am 27. Februar 2009 (Eingangsdatum), dass die Versicherte vom 1. Januar 2007 bis 30. September 2008 als Köchin tätig gewesen sei. Vor dem Unfall vom 14. Dezember 2007 habe die Versicherte mit einem Pensum von 80% gearbeitet, danach habe das Pensum 40% bzw. 3,35 Stunden pro Tag betragen. Die Kündigung sei infolge einer Übergabe des Betriebs erfolgt (IV-act. 18).

A.e In einem FI-Assessmentprotokoll vom 24. März 2009 hielt die Eingliederungsverantwortliche fest, dass die Versicherte gemäss eigenen Angaben von Oktober bis Dezember 2008 mit einem Pensum von 20% und ab Januar 2009 mit einem Pensum von 40% als Köchin im Restaurants des Sohnes tätig gewesen sei. Der Sohn könnte die Versicherte auch mehr beschäftigen, doch diese sehe sich gemäss eigenen Angaben nicht mehr als 40% arbeitsfähig (IV-act. 23). Mit einer Mitteilung vom 31. März 2009 schloss die IV-Stelle die Arbeitsvermittlung ab (IV-act. 26). Gleichzeitig stellte die IV-Stelle der Versicherten mit einem Vorbescheid die Abweisung des Rentenbegehrens in Aussicht. Zur Begründung führte sie aus, dass gemäss dem D.\_\_\_\_-Gutachten keineunfallbedingten Einschränkungen bestünden. Somatisch wie auch psychiatrisch sei eine 100%ige Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit als Hilfsköchin wie auch in adaptierten Tätigkeiten ausgewiesen. Somit ergebe sich beim Einkommensvergleich keine Erwerbseinbusse. Aufgrund der uneingeschränkten Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit sei auch im 20%igen häuslichen Aufgabenbereich keine relevante Einschränkung anzunehmen (IV-act. 28). Mit einer Verfügung vom 2. Juni 2009 wies die IV-Stelle das Rentenbegehren der Versicherten ab (IV-act. 29).



A.f Am 12. Juli 2010 (Eingangsdatum) meldete sich die Versicherte erneut zum Leistungsbezug an (IV-act. 30). Die IV-Stelle verfügte am 3. August 2010, dass auf das neue Leistungsbegehren nicht eingetreten werde. Sie hielt fest, die Versicherte habe nicht glaubhaft dargelegt, dass sich die Verhältnisse seit der letzten Verfügung wesentlich verändert hätten (IV-act. 35).

A.g Am 22. September 2010 folgte erneut eine Anmeldung bei der IV-Stelle. Die Versicherte machte eine Verschlechterung ihres Gesundheitszustandes geltend und teilte mit, dass sie seit Oktober 2009 bei Dr. F.\_\_\_\_ in psychiatrischer Behandlung sei (IV-act. 38). Dr. C.\_\_\_\_ hatte am 11. August 2010 berichtet, dass die Versicherte aktuell im Umfang von maximal 3 Stunden pro Tag in einer adaptierten Tätigkeit arbeitsfähig sei (IV-act. 36). Der RAD hielt am 15. November 2010 fest, die von Dr. C.\_\_\_\_ attestierte hohe Arbeitsunfähigkeit könne nicht nachvollzogen werden (IV-act. 40). Im Bericht vom 29. Januar 2011 nannte Dr. C.\_\_\_\_ als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ein Schleudertrauma im Jahr 1992 mit Folgekopfschmerzen und Schwindel, Stürze am 14. Dezember 2007 und 4. Juli 2008 sowie eine Erschöpfungsdepression. Er hielt fest, die Versicherte sei aufgrund der sehr geringen, generellen Belastbarkeit und einer deutlichen Verschlechterung des Auffassungsvermögens in ihrer zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Köchin seit dem 1. Dezember 2010 und andauernd zu 100% arbeitsunfähig (IV-act. 41). Dr. C.\_\_\_\_ reichte u.a. einen radiologischen Untersuchungsbericht vom 26. Januar 2009 ein, gemäss welchem bei der Versicherten ein zervikales MRT durchgeführt worden war. Der untersuchende Arzt hatte festgehalten, es habe sich eine kleine Diskushernie C4/5 mit diskreter ventraler Myeloneindellung ohne Zeichen einer radikulären Kompression gezeigt. Ein Nachweis von posttraumatischen ossären Läsionen oder gar fokaler Myelonveränderungen sei nicht ersichtlich (IV-act. 41-12). Der behandelnde Psychiater Dr. med. F.\_\_\_\_, Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, berichtete am 3. Februar 2011, die Stellung einer Diagnose sei schwierig. Am ehesten bestehe eine depressive Reaktion (F43.21 oder F33.11), spätestens seit Behandlungsbeginn im Oktober 2009. Nach dem Unfall mit Schleudertrauma 1992 habe die Versicherte immer wieder somatische und psychische Probleme gehabt. Sie habe bei Behandlungsbeginn zu 40% als Köchin im Restaurant des Sohnes gearbeitet. Dieses Pensum habe sie jedoch sowohl wegen der Schmerzen als auch aus psychischen Gründen nicht mehr aufrecht erhalten können. Ein Arbeitsversuch als Putzfrau sei gescheitert. Die Versicherte habe



## St.Galler Gerichte

häufig eine depressive Grundstimmung. Die Arbeitsfähigkeit übersteige das für den täglichen Haushalt nötige Mass nicht mehr. In der bisherigen Tätigkeit sei die Versicherte seit 1. Dezember 2010 zu 100% arbeitsunfähig (IV-act. 43).

A.h Mit einem Vorbescheid vom 27. Juni 2011 stellte die IV-Stelle der Versicherten den Abschluss von Eingliederungsmassnahmen in Form von Arbeitsvermittlung in Aussicht (IV-act. 48). Nachdem die Versicherte gegen diesen Vorbescheid zunächst Einwand erhoben hatte (IV-act. 55), erklärte sie sich in einem Telefongespräch mit der IV-Stelle vom 26. August 2011 doch einverstanden mit dem Abschluss der beruflichen Massnahmen (IV-act. 58). Am 15. September 2011 verfügte die IV-Stelle dementsprechend, dass die Arbeitsvermittlung abgeschlossen werde (IV-act. 60).

A.i In einem Verlaufsbericht vom 3. November 2011 hielt Dr. F.\_\_\_\_ fest, dass die Versicherte die Therapie beendet habe, nachdem es ihr bezüglich der Depression besser gegangen sei. Aufgrund der körperlichen Symptome sei eine Verbesserung der Arbeitsfähigkeit aber nicht garantiert. Die Versicherte fühle sich überfordert und könne im Restaurant des Sohnes nur zwei bis drei Stunden in der Woche helfen. Es bestehe weiterhin eine massiv eingeschränkte Belastungsfähigkeit und schnelle Ermüdbarkeit (IV-act. 66). Dr. C.\_\_\_\_ gab in seinem Verlaufsbericht (eingegangen bei der SVA am 17. November 2011) eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes der Versicherten bei jedoch unveränderten Diagnosen an. Er hielt fest, die Versicherte sei in ihrer bisherigen Tätigkeit als Köchin bereits nach einer Stunde total erschöpft. Ob andere Tätigkeiten zumutbar seien, sei unklar. Es bestehe eine Kumulation diverser Diagnosen: Rezidivierende Stürze mit HWS-Distorsionen, Erschöpfungsdepression und Burn-out (IV-act. 67). In seiner Stellungnahme vom 29. Februar 2012 hielt der RAD fest, dass im Vergleich zum D.\_\_\_\_-Gutachten vom Januar 2009 keine erhebliche Verschlechterung des Gesundheitszustandes der Versicherten bestätigt werden könne. Die von den Dres. C.\_\_\_\_ und F.\_\_\_\_ angegebenen Gründe für eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit seien bereits anlässlich der Begutachtung von der Versicherten beklagt worden. Die subjektiven Einschränkungen hätten aber mit den objektivierbaren Befunden nicht erklärt werden können. Gemäss dem D.\_\_\_\_-Gutachten bestehe keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit, was auch aktuell gelte (IV-act. 68).



A.j Mit einem Vorbescheid vom 13. März 2012 stellte die IV-Stelle der Versicherten die Abweisung des Rentenbegehrens in Aussicht. Zur Begründung führte sie an, dass sich der Gesundheitszustand im Vergleich zur Referenzsituation nicht erheblich verschlechtert habe. Es bestehe weiterhin keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit als Hilfsköchin sowie im Aufgabenbereich als Hausfrau (IV-act. 71). Mit einer Verfügung vom 11. Mai 2012 wies die IV-Stelle das Rentengesuch der Versicherten ab (IV-act. 72).

B.

B.a Gegen diese Verfügung richtet sich die vorliegende Beschwerde der Versicherten vom 11. Juni 2012 (act. G 1). Die Beschwerdeführerin beantragt sinngemäss die Aufhebung der Verfügung sowie die Ausrichtung von Rentenleistungen. Zur Begründung gibt sie an, es sei eine erhebliche Verschlechterung ihres Gesundheitszustandes eingetreten. Die wiederholten Versuche, im Restaurant ihres Sohnes wieder als Köchin tätig zu sein, seien erfolglos gewesen. Ihr Immunsystem sei schwach und die Konzentrationsfähigkeit habe nachgelassen. Im Januar 2012 sei sie wegen Gürtelrose im Spital gewesen, wonach es ihr nun noch schlechter gehe. Bei der Begutachtung im D.\_\_\_\_ seien ihre Beschwerden nicht ernst genommen worden (act. G 3).

B.b Am 21. September 2012 beantragt die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde. Sie stellt sich auf den Standpunkt, dass sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin seit der Begutachtung durch das D.\_\_\_\_ kaum geändert habe. Bei den von den zwei behandelnden Ärzten Dr. C.\_\_\_\_ und Dr. F.\_\_\_\_ angegebenen Einschränkungen handle es sich um subjektive Angaben und nicht um objektivierbare Befunde. Aufgrund der auftragsrechtlichen Stellung zwischen behandelndem Arzt und Patient dürfe vermutet werden, dass die behandelnden Ärzten der Selbstwahrnehmung des Patienten eher unkritisch gegenüberstünden und zu dessen Gunsten aussagten, während Gutachter der Objektivität verpflichtet seien. Es seien keine Gründe erkennbar, weshalb gerade im vorliegenden Fall die behandelnden Ärzte die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin zuverlässiger einschätzen könnten als die auf Arbeitsfähigkeitsschätzungen spezialisierten Gutachter. Somit sei auf das D.\_\_\_\_ - Gutachten abzustellen. Da die Beschwerdeführerin weder in der angestammten



## St.Galler Gerichte

Tätigkeit als Hilfsköchin noch im Aufgabenbereich als Hausfrau eingeschränkt sei, habe sie keinen Anspruch auf IV-Leistungen (act. G 7).

B.c Mit einer Replik vom 7. Dezember 2012 hält die Beschwerdeführerin an ihrer Beschwerde fest. Sie bringt erneut vor, dass die von ihr geklagten Beschwerden anlässlich der Begutachtung im D.\_\_\_\_ nicht genügend berücksichtigt und nicht ernst genommen worden seien. Sie sei zu 100% arbeitsunfähig, was Dr. C.\_\_\_\_ bestätige. Mittlerweile habe sich ihr Gesundheitszustand derart verschlechtert, dass eine Hüftgelenkoperation angezeigt sei (act. G 11). Gemäss dem Arztzeugnis von Dr. C.\_\_\_\_ zu Händen des Amts für Arbeit vom 5. März 2011 besteht seit dem 3. Januar 2011 auch in leidensangepassten Tätigkeiten eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit der Beschwerdeführerin (act. G 11.1).

B.d Die Beschwerdegegnerin verzichtet auf die Einreichung einer Duplik (act. G 14).

### Erwägungen:

1.

1.1 Ist eine Rente wegen eines zu geringen Invaliditätsgrads verweigert bzw. ein Rentengesuch abgewiesen worden, so wird eine neue Anmeldung nur geprüft, wenn die Voraussetzungen des Eintretens auf ein Rentenrevisionsgesuch (analog) erfüllt sind, d.h. wenn mit der Neuanmeldung glaubhaft gemacht wird, dass eine anspruchserhebliche Änderung des Invaliditätsgrads eingetreten ist (Art. 87 Abs. 3 i.V.m. Abs. 2 der Verordnung über die Invalidenversicherung [IVV; SR 831.201]). Gelingt es nicht, eine anspruchserhebliche Veränderung des Invaliditätsgrads glaubhaft zu machen, erlässt die IV-Stelle eine Nichteintretensverfügung. Entgegen dem Wortlaut der genannten Ordnungsbestimmung ist nicht direkt eine Veränderung des Invaliditätsgrads glaubhaft zu machen. Es genügt, wenn eine Veränderung eines für die Invaliditätsbemessung relevanten Sachverhaltselements (i.d.R. des Arbeitsfähigkeitsgrads) glaubhaft gemacht wird und daraus eine leistungsrelevante Veränderung des Invaliditätsgrads resultieren kann. Das Glaubhaftmachen stellt niedrigere Beweisanforderungen als der im Sozialversicherungsrecht im Allgemeinen massgebende Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit. Es genügt, dass für



den geltend gemachten rechtserheblichen Sachumstand wenigstens gewisse Anhaltspunkte bestehen, auch wenn durchaus noch mit der Möglichkeit zu rechnen ist, bei eingehender Abklärung werde sich die behauptete Sachverhaltsänderung (bzw. Sachlage) nicht erstellen lassen (Urteil des Bundesgerichts vom 8. Juli 2011, 9C\_263/11).

1.2 Bei der letzten rechtskräftigen Abweisung des Rentengesuchs vom 2. Juni 2009 hat sich die Beschwerdegegnerin auf das ZVMB-Gutachten vom 30. Januar 2009 gestützt und ist von einer 100%igen Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin ausgegangen (vgl. IV-act. 29). Im ZVMB-Gutachten sind als Diagnosen der Sturz vom 14. Dezember 2007 ohne Hinweise auf eine nachweisbare und bis heute anhaltende Körperschädigung sowie ein nicht unfallbedingter Spannungs(kopf-)schmerz genannt worden (vgl. IV-act. 26-30). Im Rahmen der Neuanschuldung vom 22. September 2010 hat die Beschwerdeführerin eine erhebliche Verschlechterung ihres Gesundheitszustandes geltend gemacht (vgl. IV-act. 38-1). Glaubhaft gemacht worden ist diese Behauptung insbesondere durch den Bericht des behandelnden Psychiaters Dr. F.\_\_\_\_ vom 3. Februar 2011, welcher im Vergleich zum Gutachten auf eine zusätzliche Beeinträchtigung der psychischen Gesundheit hat schliessen lassen (vgl. IV-act. 43). Die Beschwerdegegnerin ist somit zu Recht auf die Neuanschuldung eingetreten, um einen Anspruch der Beschwerdeführerin auf einen Rentenanspruch zu prüfen.

2.

2.1 Streitig und zu prüfen ist im Folgenden der Anspruch der Beschwerdeführerin auf eine Rente der Invalidenversicherung.

2.2 Nach Art. 28 Abs. 2 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG; SR 831.20) 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.



2.3 Um den Grad der Arbeitsunfähigkeit, der Erwerbsunfähigkeit und der Invalidität bemessen zu können, sind Verwaltung und Gericht auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe der ärztlichen Sachverständigen 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 mit Hinweisen). Hinsichtlich des Beweiswerts eines Arztberichts ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten begründet sind (BGE 125 V 352 E. 3a).

3.

3.1 Die Beschwerdegegnerin hat gestützt auf das ZVMB-Gutachten vom 30. Januar 2009 weiterhin eine 100%ige Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin angenommen. Sie bringt vor, dass sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin seit der Verfügung vom 2. Juni 2009 nicht verschlechtert habe und die nachfolgenden höheren Arbeitsunfähigkeitsschätzungen der behandelnden Ärzte nicht nachvollziehbar seien.

3.2 In somatischer Hinsicht hat Dr. C.\_\_\_\_ gemäss dem Protokoll des RAD vom 15. Dezember 2008 angegeben, dass die Beschwerdeführerin nach dem Unfall vom 14. Dezember 2007 an einem chronischen HWS-Syndrom in Form von Schmerzen im Nacken, Übelkeit und Konzentrationsschwierigkeiten leide (vgl. IV-act. 10-1). Im Gutachten des D.\_\_\_\_ vom 30. Januar 2009 ist jedoch nachvollziehbar dargelegt worden, weshalb es sich beim Sturz vom 14. Dezember 2007 nicht um eine HWS-Distorsion bzw. um ein Schleudertrauma gehandelt haben kann. So haben die Gutachter festgehalten, dass die Biomechanik des Unfalls nicht die für diese Diagnose erforderlichen Kriterien erfülle. Zudem komme es beim Ausrutschen der Beine reflektorisch in Sekundenbruchteilen schon vor dem drohenden Aufprall zur muskulären Tonisierung der gesamten Rumpf- und auch der Wirbelsäulenmuskulatur. Translatorische Kräfte, die zu einem zervikalen Schermechanismus führen würden, hätten deshalb bei diesem Ereignis nicht auftreten können (vgl. IV-act. 19-22). Gemäss eigenen Angaben der



Beschwerdeführerin sei ihr vom behandelnden Chiropraktiker, Dr. G.\_\_\_\_, erklärt worden, dass sie den Kopf durch den Sturz schlagartig gegen die Fallrichtung, d.h. nach rechts, abgekippt habe, wobei es sich um den Schleudertrauma-Mechanismus handle (vgl. IV-act. 19-8). Dazu haben die Gutachter festgehalten, dass die Vorstellung der Beschwerdeführerin nicht dem bei einem solchen Ereignis zu erwartenden Bewegungsablauf entspreche. Bei einem linksseitigen Aufprall komme es automatisch – wenn überhaupt – zur linksseitigen Abwinkelung des Kopfes (vgl. IV-act. 19-22 f.). Zum Unfallhergang haben die Gutachter ausgeführt, dass bei der Beschwerdeführerin weder Schwellungen, noch Hämatome festgestellt worden seien. Auch ein Kopfanprall sei nirgends dokumentiert worden. Vor diesem Hintergrund könne von einem relativ banalen Unfallereignis ausgegangen werden (vgl. IV-act. 19-25).

3.3 Trotz der überzeugenden gutachterlichen Ausführungen zum Unfallhergang hat Dr. C.\_\_\_\_ auch im Rahmen der Neuanschuldung in seinem Bericht vom 29. Januar 2011 wieder die Diagnosen Schleudertrauma und HWS-Distorsion genannt. Neu hat er einen Unfall der Beschwerdeführerin im Jahr 1992 erwähnt, wobei es sich um ein Schleudertrauma mit Folgekopfschmerzen und Schwindel gehandelt haben soll (vgl. IV-act. 41-1). In den Akten sind bezüglich dieses Unfalls keine Berichte zu finden, welche die Angaben von Dr. C.\_\_\_\_ bestätigen würden. In einem von Dr. C.\_\_\_\_ eingereichten Bericht der Klinik für Neurologie am Kantonsspital St. Gallen vom 24. September 1997 ist lediglich in der Anamnese die Aussage der Beschwerdeführerin wiedergegeben worden, wonach sie im 1992 ein Schleudertrauma erlitten habe (vgl. IV-act. 41-5). Belege dafür sind jedoch nicht ersichtlich. Gemäss dem Bericht war die neurologische Untersuchung erfolgt, nachdem bei der Beschwerdeführerin am 18. September 1997 anhaltende Schwindelbeschwerden aufgetreten sind. Der behandelnde Arzt hatte jedoch keine objektivierbaren Befunde erheben können, welche die von der Beschwerdeführerin geklagten Beschwerden erklärten. Gemäss den Angaben der Beschwerdeführerin war es im Verlauf wohl auch ohne Behandlung zu einer zunehmenden Verbesserung des Schwindels gekommen (vgl. IV-act. 41-5 f.). Offenbar haben in der Folge auch keine weiteren Abklärungen oder Untersuchungen der Schwindelbeschwerden stattgefunden. Dass dieser akut aufgetretene, vorübergehende Schwindel im Jahr 1997 auf ein angebliches Schleudertrauma im 1992 zurückzuführen gewesen ist, wie es Dr. C.\_\_\_\_ vermutet, erscheint unwahrscheinlich. Gemäss dem D.\_\_\_\_-Gutachten hat die Beschwerdeführerin bei der Anamneseerhebung angegeben,



dass sie im Jahr 1997 wegen Überlastung und Schwindel für zwei Wochen im Spital habe behandelt werden müssen. Die Ursache habe nicht geklärt werden können (vgl. IV-act. 19-10). Ein im Jahr 1992 erlittenes Schleudertrauma hat sie gegenüber den Gutachtern jedoch nicht erwähnt. Vor diesem Hintergrund ist die von Dr. C.\_\_\_\_ gestellte arbeitsfähigkeitsrelevante Diagnose eines Schleudertraumas – nun neu aufgrund eines Unfalls im Jahr 1992 - wenig glaubhaft. Weiter hat Dr. C.\_\_\_\_ an seiner früheren Beurteilung festgehalten, wonach die Beschwerdeführerin bei ihrem Sturz vom 14. Dezember 2007 eine HWS-Distorsion erlitten habe (vgl. IV-act. 41-2). Dieser Ansicht kann in Anbetracht der überzeugenden gegenteiligen Ausführungen im D.\_\_\_\_-Gutachten nicht gefolgt werden. Da Dr. C.\_\_\_\_ seiner Beurteilung somit offenbar unzutreffende Sachverhaltsannahmen zu Grunde gelegt hat, kann auf seinen Bericht vom 29. Januar 2011 sowie auf seine Arbeitsfähigkeitsschätzung nicht abgestellt werden. Gleiches gilt für seinen Verlaufsbericht, welcher der Beschwerdegegnerin am 17. November 2011 zugegangen ist. Darin hat Dr. C.\_\_\_\_ bei unveränderten Diagnosen noch eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes der Beschwerdeführerin angegeben (vgl. IV-act. 67). Seine im Vergleich zum D.\_\_\_\_-Gutachten eher knappen und wenig präzisen medizinischen Ausführungen vermögen eine Verschlechterung indes nicht zu begründen und die attestierte Einschränkung der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin ist wenig überzeugend.

3.4 Aus dem D.\_\_\_\_-Gutachten geht hervor, dass trotz umfassender somatischer Untersuchungen keine objektivierbaren Befunde als Ursache für die von der Beschwerdeführerin geklagten Beschwerden erhoben werden konnten. Den Gutachtern sind zudem Diskrepanzen zwischen dem Spontanverhalten der Beschwerdeführerin und den Schmerzangaben während der chirurgisch-traumatologisch/manualmedizinischen Untersuchung aufgefallen. Sie haben festgehalten, dass die Beschwerdeführerin bei zahlreichen Tests unvermutet Schmerzen im Sinne einer generalisierten Hypersensitivität geäussert habe. Die kleine Diskushernie C4/5, welche sich im MRI der HWS vom 26. Januar 2009 gezeigt habe, bewirke nachweislich keine radikuläre Kompression. Eine entsprechende Klinik fehle ebenfalls (vgl. IV-act. 19-24). Betreffend die von der Beschwerdeführerin im Rahmen der Begutachtung vordergründig geklagten Kopfschmerzen und Konzentrationsschwierigkeiten (vgl. IV-act. 19-9) haben die Gutachter festgehalten, dass diese Beschwerden mangels eines organischen Korrelats wohl auf psychosoziale



und soziökonomische Belastungen (erheblicher Partnerschaftskonflikt und damit verbundene Zukunftsängste in finanzieller Hinsicht) zurückzuführen seien. Diese sog. Spannungs(kopf-)schmerzen seien zwar oft über lange Zeiträume anhaltend, aber keinesfalls als schwerwiegende gesundheitliche Beeinträchtigung anzusehen (vgl. IV-act. 19-26). Dr. C.\_\_\_\_ hat im Bericht vom 29. Januar 2011 als Befunde eine geringe Belastbarkeit sowie Schwindel- und Kopfschmerzattacken bei Anstrengungen genannt und eine andauernde 100%ige Arbeitsunfähigkeit als Köchin attestiert (vgl. IV-act. 41-2). Ein organisches Korrelat für diese Beschwerden hat er jedoch nicht anführen können, weshalb davon auszugehen ist, dass er sich massgeblich auf die Angaben der Beschwerdeführerin gestützt hat. Dazu ist jedoch festzuhalten, dass Schmerzangaben der versicherten Person allein für die Annahme einer Arbeitsunfähigkeit nicht genügen können. Vielmehr muss im Rahmen der sozialversicherungsrechtlichen Leistungsüberprüfung verlangt werden, dass Schmerzangaben durch damit korrelierende, schlüssig feststellbare Befunde hinreichend erklärbar sind. Ansonsten wäre eine rechtsgleiche Beurteilung der Rentenansprüche nicht gewährleistet (Ulrich Meyer, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, 2. Aufl. 2010, S. 353 f.).

3.5 Zusammengefasst sind die von der Beschwerdeführerin geklagten Beschwerden überwiegend wahrscheinlich nicht auf eine HWS-Distorsion bzw. ein Schleudertrauma zurückzuführen. Beim Sturz vom 14. Dezember 2007 sind die biomechanischen Kriterien für die Annahme dieser Diagnose nicht erfüllt gewesen. Das angeblich erlittene Schleudertrauma im Jahr 1992 ist in keiner Weise belegt und – wenn es überhaupt stattgefunden hat – nicht in einen nachvollziehbaren Zusammenhang mit den aktuellen Beschwerden zu bringen. Ansonsten bestehen keine objektivierbaren Befunde, welche die geklagten Beschwerden erklären könnten. Somit ist in somatischer Hinsicht seit der Begutachtung vom Januar 2009 überwiegend wahrscheinlich keine Veränderung bzw. Verschlechterung des Gesundheitszustandes der Beschwerdeführerin eingetreten.

3.6 In psychiatrischer Hinsicht hat der Gutachter des D.\_\_\_\_ bei der Beschwerdeführerin keine Hinweise für eine affektive Störung erheben können. Er hat zudem festgehalten, dass es sich bei den von der Beschwerdeführerin geschilderten gewissen Ängsten vor erneuten Stürzen nicht um eine therapiebedürftige oder krankheitswertige Angststörung handle. Bezüglich der geklagten Schmerzen sei davon auszugehen, dass sich unfallunabhängige psychosoziale Belastungen mit der primär



unfallbedingten Schmerzsymptomatik vernetzt und zu einer Verselbständigung der Schmerzproblematik geführt hätten, für die schon seit mehreren Monaten kein materielles Substrat erkennbar sei (vgl. IV-act. 19-25). Im Gegensatz zum Gutachter hat der behandelnde Psychiater Dr. F.\_\_\_\_ gemäss seinem Bericht vom 3. Februar 2011 eine affektive Störung angenommen. Er hat festgehalten, es sei schwierig eine Diagnose zu stellen, am ehesten bestehe jedoch eine depressive Reaktion (F43.21 oder F33.11), spätestens ab dem Zeitpunkt des Behandlungsbeginns im Oktober 2009. Als Befunde hat er eine häufig depressive Grundstimmung, Schlafprobleme, Ermüdbarkeit, Konzentrationsmangel sowie Ängste bei Stress genannt. Die Arbeitsfähigkeit hat er als vollumfänglich aufgehoben angesehen. Die Beschwerdeführerin sei nur noch in der Lage, den täglichen Haushalt für sich allein zu erledigen (vgl. IV-act. 43-1). Angesichts der erhobenen Befunde erscheint die Annahme einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit nicht nachvollziehbar. Offenbar hat Dr. F.\_\_\_\_ zudem auch die von der Beschwerdeführerin geklagten somatischen Beschwerden in seine Arbeitsfähigkeitsbeurteilung miteinbezogen. So hat er festgehalten, dass die Wechselwirkung zwischen Unfallfolgen (Wirbelsäulenschmerzen), Arthrose, Gefühle des Unwertseins, nicht mehr leisten zu können und möglicherweise zusätzlichen psychosomatischen Schmerzen sehr unheilvoll sei (vgl. IV-act. 43-2). Zumindest einen Teil der von der Beschwerdeführerin geklagten somatischen Beschwerden hat er somit als objektiv gegeben angenommen, obwohl diesen kein organisches Korrelat zu Grunde liegt (s.o. E. 3.5). Im Verlaufsbericht vom 3. November 2011 hat Dr. F.\_\_\_\_ festgehalten, dass die Beschwerdeführerin die Therapie im Februar 2011 beendet habe, nachdem es ihr bezüglich der Depression besser gegangen sei (vgl. IV-act. 66-4). Demgegenüber hat er jedoch angegeben, dass der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin stationär und die Diagnosen unverändert seien. Diese Angaben erscheinen angesichts der von ihm beschriebenen eingetretenen Verbesserung in psychischer Hinsicht mit einer selbständigen Beendigung der Therapie seitens der Beschwerdeführerin als widersprüchlich. Bezüglich der Arbeitsfähigkeit hat Dr. F.\_\_\_\_ festgehalten, dass eine Verbesserung aufgrund der körperlichen Symptome nicht garantiert sei. Für Auskünfte betreffend die somatischen Befunde hat er auf Dr. C.\_\_\_\_ verwiesen (vgl. IV-act. 66-4). Allein aufgrund der Aussagen der Beschwerdeführerin betreffend ihre Arbeitstätigkeit im Restaurant des Sohnes, welche sie nicht mehr als zwei bis drei Stunden in der Woche ausüben könne, ist Dr. F.\_\_\_\_ davon ausgegangen,



dass weiterhin eine massiv eingeschränkte Belastungsfähigkeit und schnelle Ermüdbarkeit bestehe (vgl. IV-act. 66-5). Die Ausführungen von Dr. F.\_\_\_\_ betreffend den psychischen Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin sowie die Schlussfolgerungen bezüglich ihrer Arbeitsfähigkeit sind nicht überzeugend. Objektive psychiatrische Befunde als Erklärung für die erwähnten Einschränkungen fehlen völlig. Aus diesen Gründen kann nicht auf die Berichte von Dr. F.\_\_\_\_ sowie dessen Arbeitsfähigkeitsschätzungen abgestellt werden. Aufgrund der Befundlage ist überwiegend wahrscheinlich davon auszugehen, dass bei der Beschwerdeführerin keine psychiatrischen Erkrankungen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit bestehen. Somit ist auch in psychischer Hinsicht keine Veränderung bzw. Verschlechterung des Gesundheitszustandes der Beschwerdeführerin gegenüber der Begutachtung im Januar 2009 ausgewiesen.

3.7 Zusammengefasst sind die von der Beschwerdeführerin beklagten Schmerzen und kognitiven Einschränkungen weder aus somatischer noch aus psychiatrischer Sicht mit objektivierbaren Befunden erklärbar. Eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit lässt sich vor diesem Hintergrund nicht begründen. Die mit der Anmeldung vom September 2010 geltend gemachte Verschlechterung des Gesundheitszustandes sowie der Arbeitsfähigkeit seit der Begutachtung im D.\_\_\_\_ ist weder nachvollziehbar noch objektivierbar. Aus diesem Grund liegt überwiegend wahrscheinlich ein im Vergleich zum D.\_\_\_\_-Gutachten vom 30. Januar 2008 im Wesentlichen unveränderter Gesundheitszustand vor, womit auch weiterhin von einer 100%igen Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit als Köchin sowie jeder anderen Tätigkeit – den Aufgabenbereich als Hausfrau eingeschlossen – auszugehen ist.

3.8 Da weder in der bisherigen Tätigkeit als Köchin noch im Aufgabenbereich Haushalt gesundheitlichen Einschränkungen bestehen, erübrigt sich die Durchführung eines Einkommens- bzw. eines Betätigungsvergleichs. Der Invaliditätsgrad der Beschwerdeführerin liegt in diesem Fall bei 0% (vgl. IV-act. 24-2). Die Beschwerdeführerin hat somit keinen Anspruch auf eine Invalidenrente. Die angefochtene Verfügung vom 11. Mai 2012 erweist sich folglich als rechtmässig.

4.

4.1 Gestützt auf die vorstehenden Erwägungen ist die Beschwerde abzuweisen.



4.2 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<sup>bis</sup> IVG). Eine Gerichtsgebühr von Fr. 600.-- erscheint bei dem vorliegenden durchschnittlichen Beurteilungsaufwand angemessen. Der unterliegenden Beschwerdeführerin sind die Gerichtskosten in Höhe von Fr. 600.-- aufzuerlegen (vgl. Art. 95 Abs. 1 des Gesetzes über die Verwaltungsrechtspflege [VRP/SGS 951.1]). Mit dem geleisteten Kostenvorschuss von Fr. 600.-- sind die Gerichtskosten beglichen.

Demgemäss hat das Versicherungsgericht

im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP

### **entschieden:**

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Die Beschwerdeführerin hat eine Gerichtsgebühr von Fr. 600.-- zu bezahlen; diese ist mit dem in gleicher Höhe geleisteten Kostenvorschuss beglichen.