



Fall-Nr.: IV 2019/296
Stelle: Versicherungsgericht
Rubrik: IV - Invalidenversicherung
Publikationsdatum: 20.05.2020
Entscheiddatum: 05.05.2020

Entscheid Versicherungsgericht, 05.05.2020

Art. 87 Abs. 2 und 3 IVV, Eintreten auf eine Neuanmeldung (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 5. Mai 2020, IV 2019/296).

Entscheid vom 5. Mai 2020

Besetzung

Präsident Ralph Jöhl, Versicherungsrichterinnen Monika Gehrler-Hug und Karin Huber-Studerus; Gerichtsschreiberin Vera Kolb

Geschäftsnr.

IV 2019/296

Parteien

A.____,

Beschwerdeführerin,

vertreten durch Rechtsanwalt lic. iur. Dieter Studer, Studer Anwälte AG,
Hauptstrasse 11a, 8280 Kreuzlingen,

gegen

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

Beschwerdegegnerin,



Gegenstand

Rente (Nichteintreten)

Sachverhalt

A.

A.a. A.____ meldete sich im April 2005 erstmals zum Bezug von IV-Leistungen an (IV-act. 1). Sie gab an, sie habe eine Berufslehre zur Verkäuferin absolviert, sei nun aber seit Jahren von der Sozialhilfe abhängig. Der Hausarzt Dr. med. B.____, Allgemeine Medizin FMH, teilte der IV-Stelle im April 2005 mit (IV-act. 15-3), die Versicherte habe sich mit dem Wunsch nach einer Invalidenrente aus psychischen Gründen bei ihm gemeldet. Er habe sie an einen Psychiater verwiesen. Die Versicherte gab am 11. Januar 2006 an, sie befinde sich nicht in einer psychiatrischen Behandlung (IV-act. 27). Am 21. Februar 2006 verfügte die IV-Stelle die Abweisung des Rentenbegehrens (IV-act. 32). Die Verfügung erwuchs unangefochten in Rechtskraft.

A.b. Im Januar/März 2015 meldete sich die Versicherte erneut zum Bezug von IV-Leistungen an (IV-act. 35). Am 24. April 2015 gab med. pract. C.____ von der Tagesklinik des psychiatrischen Zentrums D.____ an (IV-act. 44), bei der Versicherten bestehe ein Verdacht auf eine paranoide Schizophrenie mit einem unklaren Verlauf. Differentialdiagnostisch sei an eine schizo-affektive Störung zu denken. Am 30. Juni 2015 teilte med. pract. C.____ mit (IV-act. 51), die Versicherte leide an einer rezidivierenden depressiven Störung mit einer gegenwärtig mittelgradigen Episode und einem somatischen Symptom, an einer schizotypen Persönlichkeitsstörung und an einer Panikstörung mit einer episodisch paroxysmalen Angst. Am 24. August 2015 berichtete med. pract. C.____, die Versicherte sei in einem geschützten Rahmen zu 50 Prozent arbeitsfähig (IV-act. 56). Die Fachärzte des psychiatrischen Zentrums E.____ gaben in ihrem Austrittsbericht vom 10. Februar 2015 an (IV-act. 63), dass die Versicherte ihnen durch den Hausarzt aufgrund einer unklaren Psychose zugewiesen worden sei. Beim Eintritt seien bei der Versicherten Wahnstörungen (überwertige Ideen, innerliche Unruhe, Jammern, Verzweiflung, teilweise Gereiztheit, Hoffnungslosigkeit, Freudlosigkeit und Antriebshemmung) aufgefallen. Am folgenden Tag sei die



Versicherte wieder ausgetreten. Der Psychostatus habe beim Austritt keine Auffälligkeiten aufgewiesen.

A.c. Dr. med. F.____, Psychiatrie und Psychotherapie FMH, erstattete am 14. März 2016 im Auftrag der IV-Stelle ein psychiatrisches Gutachten (IV-act. 72). Er berichtete, dass sich anlässlich seiner Untersuchung keine Beeinträchtigungen der Bewusstseinsklarheit und der Bewusstseinshelligkeit gezeigt hätten. Die Versicherte habe die Aufmerksamkeit und die Konzentration während der Dauer des Gesprächs durchgehend aufrechterhalten können. Die Auffassung sei ungestört gewesen. Es hätten sich nur leichte Merkfähigkeitsstörungen gezeigt. Ansonsten sei der klinische Befund unauffällig gewesen. Im Rahmen der Untersuchung hätten sich keinerlei Hinweise auf eine organische oder symptomatische psychische Störung, auf eine Störung durch psychotrope Substanzen, auf eine Schizophrenie oder auf eine schizotype oder wahnhaftige Störung gezeigt. Die Diagnostik sei in den Vorakten sehr unklar und in sich widersprüchlich. Die dort gestellten Diagnosen einer Panikstörung sowie einer schizotypen Störung seien nicht gegeben; eine schizotype Persönlichkeitsstörung gebe es ohnehin nicht. Insgesamt könne keine psychiatrische Diagnose gestellt werden. Die Arbeitsfähigkeit sei somit nicht eingeschränkt. Im Rahmen der Begutachtung durch Dr. F.____ war am 1. März 2016 (IV-act. 72-52 ff.) vorgängig eine neuropsychologische Beurteilung von Dr. G.____ durchgeführt worden, welche Dr. F.____ in seine Begutachtung miteinbezog. Dr. G.____ hatte ausgeführt, dass bei der Versicherten im Bereich der Aufmerksamkeit teilweise unterdurchschnittliche Leistungen vorlägen. Das verbale Gedächtnis, die verbale Flexibilität, das visuell-figurale Lernen und das visuell-figurale Gedächtnis seien weitgehend durchschnittlich. Höhere Denkleistungen und Exekutivfunktionen hätten sich als teilweise unterdurchschnittlich erwiesen. Insgesamt sei ein durchschnittliches prämorbidales Ausgangsniveau anzunehmen. Die Testbefunde zeigten eine leichte Hirnfunktionsstörung.

A.d. Am 18. Mai 2016 kündigte die IV-Stelle der Versicherten an (IV-act. 76), dass sie die Abweisung des Rentenbegehrens vorsehe, da keine Diagnose vorliege, welche die Arbeitsfähigkeit einschränken würde. Dagegen liess die nun anwaltlich vertretene Versicherte einwenden (IV-act. 84-1 ff.), das Gutachten von Dr. F.____ überzeuge nicht. Auch die behandelnde Psychiaterin med. pract. C.____ habe am 18. Juli 2016



festgehalten (IV-act. 84-8 ff.), dass das Gutachten von Dr. F.____ dem Störungsbild der Versicherten nicht gerecht werde. Dr. F.____ nahm am 12. September 2016 Stellung zu den Einwänden der Versicherten und zum Bericht der Psychiaterin C.____ vom 18. Juli 2016 (IV-act. 89). Er hielt fest, es treffe nicht zu, dass seine Befunderhebung und seine Diagnosestellung eklatant von jener der behandelnden Ärzte abwichen. Die von med. pract. C.____ angeführten Befunde seien durchwegs nicht besonders auffällig. Beim Eintritt in das Psychiatrische Zentrum E.____ sei der Befund kaum auffällig gewesen. Nach nur einer Nacht sei der (Austritts-) Befund dann gänzlich unauffällig gewesen. Weitere anamnestic Angaben im Gutachten hätten keinen wesentlichen Erkenntnisgewinn verschafft. Bei der Diagnostik nach ICD-10 gehe es nicht darum, eine mögliche Erklärung für das Auftreten einer Störung zu finden, vielmehr müsse abgeklärt werden, ob genügend Kriterien erfüllt seien, die eine diagnostische Einordnung nach ICD-10 erlaubten. Nicht alle Auffälligkeiten stellten ein Krankheitssymptom dar. Med. pract. C.____ habe sich schliesslich auch nicht medizinisch-theoretisch mit der Frage nach der Arbeitsfähigkeit der Versicherten auseinandergesetzt. Insbesondere sei nicht ausgeführt worden, weshalb mit der langandauernden und nicht episodischen Störung eine gravierende Einschränkung der Arbeitsfähigkeit begründet worden sei, obwohl die Versicherte früher in der Lage gewesen sei, einer Erwerbstätigkeit nachzugehen. Mit einer Verfügung vom 7. Oktober 2016 wies die IV-Stelle das Rentenbegehren der Versicherten ab (IV-act. 91).

A.e. Am 10. November 2016 liess die Versicherte Beschwerde gegen die Verfügung vom 7. Oktober 2016 erheben (IV-act. 92). Am 18. August 2017 (IV-act. 102) liess die Versicherte einen Bericht von med. pract. C.____ vom 15. August 2017 einreichen (IV-act. 104). Laut diesem Bericht litt sie an einer kombinierten Persönlichkeitsstörung. Seit Anfang Juli 2017 seien wieder Angstzustände mit Schwindel, Schwitzen, verschwommenem Sehen und Taubheitsgefühlen aufgetreten. Auch sei ein Konzentrationsmangel aufgefallen. Weiter habe im Rahmen eines Mini-Mental-Tests eine leichte kognitive Beeinträchtigung resultiert; diese sei weiter zu beobachten, um mögliche demenzielle Entwicklungen auszuschliessen. Die Versicherte sei weiterhin auf nicht absehbare Zeit voll arbeitsunfähig. Mit einer Entscheid vom 15. Januar 2019 wies das Versicherungsgericht des Kantons St. Gallen die Beschwerde ab (IV 2016/391; IV-act. 109). Es führte im Wesentlichen aus, Dr. F.____ habe in einer



überzeugenden Auseinandersetzung mit den Vorakten und den von ihm selbst erhobenen objektiven klinischen Befunden dargelegt, dass keine psychiatrische Erkrankung diagnostiziert und demnach auch keine Arbeitsunfähigkeit attestiert werden könne. Das Verhalten, mit dem die Versicherte bei vielen Arbeitgebern "anecken" dürfte, habe gemäss den überzeugenden Ausführungen von Dr. F.____ keinen Krankheitswert, es handle sich dabei lediglich um eine charakterliche Besonderheit. Auch die Angaben der Versicherten bezüglich der von ihr in der Vergangenheit ausgeübten Tätigkeiten zeigten, dass sie durchaus in der Lage sei, eine ihr zusagende Tätigkeit über längere Zeit auszuüben, ohne den Arbeitgeber oder allfällige Mitarbeiter gegen sich aufzubringen. Der Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 15. Januar 2019 (IV 2016/391) erwuchs unangefochten in Rechtskraft.

B.

B.a. Am 31. Juli 2018 liess sich die Versicherte erneut zum Bezug von Leistungen der Invalidenversicherung anmelden (IV-act. 105). Ihr Rechtsvertreter gab an, der gesundheitliche Zustand habe sich seit der letzten abweisenden Verfügung vom 7. Oktober 2016 verschlechtert. Er reichte Arztberichte von Dr. med. H.____, Facharzt für Allgemeinmedizin FMH vom 1. Juni 2018 (IV-act. 106), von I.____, eidg. anerkannte Psychotherapeutin und klinische Neuropsychologin GNP, vom 10. Juli 2018 (IV-act. 107- 3 f.), von med. pract. C.____ vom 17. Juli 2018 (IV-act. 107-1 f.) sowie einen Verlaufsbericht der J.____ vom 13. Juli 2018 (IV-act. 107-5 f.) ein. Dr. H.____ hatte in seinem Bericht vom 1. Juni 2018 angegeben (IV-act. 106), dass die Versicherte vom 7. August bis 28. Dezember 2017 bei ihm in hausärztlicher Behandlung gewesen sei. Er könne keine IV-relevanten Daten beisteuern ausser seinem Eindruck, dass die psychische Anspannung bei einer ihm nicht bekannten Diagnose einen erheblichen Krankheitswert haben könnte. Er habe die Versicherte wegen Bauchschmerzen, Rückenschmerzen, hohem Puls und Blutdruck untersucht. Die Blutuntersuchungen inkl. Hepatitis B, Chlamydien und HIV seien unauffällig gewesen, sollten allenfalls aber wiederholt werden. Das 24-Stunden-EKG habe eine Tendenz zu Sinustachykardie gezeigt, welche am ehesten auf die innere Anspannung zurückzuführen sei. I.____ hatte in ihrem Bericht vom 10. Juli 2018 angeführt (IV-act. 107-3 f.), dass sich bei der Versicherten im Rahmen des kognitiven Screenings bei zunehmender Anforderungskomplexität eine stark eingeschränkte kognitive Leistungskapazität,



vorwiegend in den Aufmerksamkeitsfunktionen, in den exekutiven Funktionen und in den verbal-mnestischen Funktionen gezeigt habe. Diese Beeinträchtigungen wiesen eine hohe Alltagsrelevanz auf. Die psychische Belastbarkeit der Versicherten sei deutlich eingeschränkt, wobei die Versicherte dennoch in der Lage sei, sich im Rahmen der Abklärung mehrmals wieder zu motivieren. In den übrigen Funktionen (verbale und phonematische Flüssigkeit, Benennen von gezeichneten Bildern, Diskriminabilität im Abruf gelernter Informationen, Intrusionsanfälligkeit, Gedächtnisabruf gezeichneter Objekte, visuell-konstruktive Fähigkeit) hätten sich altersentsprechende Resultate gezeigt. Zur Abklärung einer Arbeits- und Erwerbsfähigkeit sei eine detaillierte kognitive Diagnostik zu empfehlen. Med. pract. C.____ berichtete am 17. Juli 2018 (IV-act. 107-1 f.), die Versicherte leide an einer kombinierten Persönlichkeitsstörung, an einer Panikstörung mit episodisch paroxysmaler Angst und an kognitiven Einschränkungen, die eine detaillierte kognitive Diagnostik erforderten. Im Rahmen der schweren Persönlichkeitsstörung sei es immer wieder zu konflikthafter Situationen im interaktionellen Bereich gekommen. Die gestörte Wahrnehmung, die Agitiertheit, die niedrige Frustrationstoleranz, die Gedächtnisstörungen, der Konzentrationsmangel und die Aufmerksamkeitsstörung führten zu einer starken Beeinträchtigung der Lebensqualität. Das Misstrauen gegenüber den Menschen sowie die Angst, von anderen ausgenutzt zu werden, seien schwer ausgeprägt. Die Lernfähigkeit und die Fähigkeit zur sozialen Kommunikation seien gestört. Angstzustände würden etwas seltener auftreten (circa einmal pro Monat). Die kognitiven Defizite sowie die Persönlichkeitsstörung verunmöglichten eine Tätigkeit im offenen Arbeitsmarkt. Sie attestiere der Versicherten daher ab dem Erstgespräch eine volle Arbeitsunfähigkeit. Die J.____ gab in ihrem Schreiben vom 13. Juli 2018 an (IV-act. 107-5 f.), dass sie aufgrund des Verhaltens der Versicherten eine Zusammenarbeit nicht weiterführen könne. Die gesetzten Ziele seien nicht erreichbar, es fehle an der Compliance. Am 3. Juni 2019 notierte der RAD-Arzt Dr. med. K.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, dass in den eingereichten Unterlagen keine neuen medizinischen Erkenntnisse ausgeführt worden seien, die eine arbeitsfähigkeitsrelevante Veränderung des Gesundheitszustandes begründen würden (IV-act. 111). Eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes mit einem überdauernden Charakter sei nicht ersichtlich. Der Hausarzt Dr. H.____ habe angegeben, dass er keine IV-relevanten Daten beisteuern könne. Med. Pract. C.____ habe berichtet, dass sie bereits ab dem Erstgespräch eine



volle Arbeitsunfähigkeit attestiere, was zum Zeitpunkt des Gutachtens von Dr. F.____ bereits bekannt gewesen sei. Weitere medizinische Abklärungen seien nicht notwendig.

B.b. Am 7. Juni 2019 liess die Versicherte Berichte von Dr. H.____ vom 3. April 2019 (IV-act. 113) und von med. pract. C.____ vom 6. Mai 2019 (IV-act. 115) einreichen. Dr. H.____ hatte ausgeführt (IV-act. 113), dass die Versicherte sich bei ihm am 4. Juli 2018 gemeldet habe, nachdem sie vorletzte Nacht zu viel Alkohol getrunken habe. Die Abklärungen hätten eine Fraktur der 12. Rippe links ergeben. Die Versicherte lehne alle Psychopharmaka strikt ab. Er habe ihr aufgrund offensichtlicher Zusammenhänge psychosomatischer Art bei innerer Anspannung, grossen sozialen Problem und unklarer psychischer Grunderkrankung erneut eine psychiatrische Behandlung vorgeschlagen, welche sie aber abgelehnt habe. Med. pract. C.____ gab in ihrem Verlaufsbericht vom 6. Mai 2019 für den Zeitraum ab Juli 2018 an (IV-act. 115), dass die Versicherte bei deutlichen kognitiven Einschränkungen eine deutlich reduzierte Anpassungsfähigkeit, Leistungsfähigkeit und Belastbarkeit aufweise. Das psychotische Erleben habe sich zurückgebildet, Panikattacken träten rund zweimal im Monat auf. Immer wieder komme es zu sozialen Konflikten, die die Versicherte paranoid verarbeite und deren Hintergründe sie nicht verstehe. Die Versicherte könne nur mangelhaft kommunizieren, fühle sich schnell angegriffen und unfair behandelt. Die Frustrationstoleranz und die Kritikfähigkeit seien stark beeinträchtigt. Medikamentöse Behandlungen würden abgelehnt. Weiterhin bestehe eine volle Arbeitsunfähigkeit auf dem Arbeitsmarkt. Eine Beschäftigung von 50 Prozent im geschützten Rahmen sei zu empfehlen.

B.c. Mit einem Vorbescheid vom 21. Juni 2019 kündigte die IV-Stelle der Versicherten an, dass sie auf ihr Leistungsbegehren nicht eintreten werde (IV-act. 118). Sie führte aus, dass keine wesentliche Veränderung der tatsächlichen Verhältnisse seit der letzten Verfügung glaubhaft gemacht worden sei. Am 5. August 2019 liess die Versicherte Einwand erheben (IV-act. 119). Ihr Rechtsvertreter beantragte, auf die Wiederanmeldung vom 31. Juli 2018 sei einzutreten, die notwendigen Abklärungen seien vorzunehmen und anschliessend sei über den Anspruch der Versicherten auf Leistungen der eidgenössischen IV neu zu entscheiden. In der Begründung verwies der Rechtsvertreter im Wesentlichen auf die eingereichten Unterlagen (IV-act. 104, 105, 106, 107, 113, 114 und 115), aus denen eine Verschlechterung des



Gesundheitszustandes der Versicherten hervorgehe. Der Rechtsvertreter reichte einen Bericht von med. pract. C.____ vom 28. Juli 2019 ein (IV-act. 126a), laut dem die Versicherte an einer kombinierten Persönlichkeitsstörung mit paranoiden, schizotypischen, emotional instabilen Zügen, an einer Panikstörung mit episodisch paroxysmaler Angst, an kognitiven Einschränkungen, die eine detaillierte kognitive Diagnostik benötigten, sowie an einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig remittiert, leide. Bei der Versicherten seien eine erweiterte kognitive Diagnostik sowie eine MRI-Untersuchung dringend indiziert. Die Untersuchungen hätten bis anhin aufgrund der Verweigerung der Versicherten, der mangelnden Krankheitseinsicht und des fehlenden Realitätsbezuges nicht durchgeführt werden können. Eine Abklärung sei nur in einem geschützten Rahmen sinnvoll. Der RAD-Arzt Dr. K.____ hielt am 9. September 2019 fest (IV-act. 122), dass im Einwand der Versicherten auf medizinischer Ebene keine relevanten neuen Erkenntnisse aufgeführt würden. Auch lägen keine neuen wesentlichen medizinischen Erkenntnisse vor, die nicht bereits zum Begutachtungszeitpunkt bei Dr. F.____ bekannt gewesen seien. Am 1. Oktober 2019 trat die IV-Stelle nicht auf das Leistungsbegehren ein (IV-act. 123). Sie führte aus, die Versicherte habe keine wesentliche Veränderung der tatsächlichen Verhältnisse seit der letzten Verfügung glaubhaft gemacht.

C.

C.a. Die Versicherte (nachfolgend: Beschwerdeführerin) liess am 4. November 2019 Beschwerde gegen die Verfügung der IV-Stelle (nachfolgend: Beschwerdegegnerin) vom 1. Oktober 2019 erheben (act. G 1). Ihr Rechtsvertreter stellte die Anträge, die angefochtene Verfügung sei aufzuheben und die Beschwerdegegnerin sei anzuweisen, auf die Neuanschuldung vom 31. Juli 2018 einzutreten, ein Abklärungsverfahren einzuleiten und anschliessend einen materiellen Entscheid über den Anspruch der Beschwerdeführerin auf Invalidenleistungen nach IVG zu fällen; zudem sei der Beschwerdeführerin die unentgeltliche Prozessführung und Rechtsverteidigung zu gewähren. Zur Begründung führte er im Wesentlichen aus, dass in den Berichten von Dr. H.____ vom 1. Juni 2018 (IV-act. 106), von Frau I.____ vom 10. Juli 2018 (Untersuchung vom 25. Juni 2018; IV-act. 107-3 f.) und von med. pract. C.____ vom 17. Juli 2018 (IV-act. 107-1 f.) Anhaltspunkte für eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes vorlägen. Weiter führte der Rechtsvertreter aus, dass Dr. H.____



St.Galler Gerichte

in seinem Bericht vom 3. April 2019 (IV-act. 113) von einem übermässigen Alkoholkonsum der Beschwerdeführerin berichtet habe. Daneben ergebe sich aus den Akten, dass die Beschwerdeführerin bereits früher an einer langjährigen Alkoholproblematik gelitten habe, die offenbar etwa 10 Jahre gedauert habe (mit Verweis auf IV-act. 51-3 und 64-1). Selber habe die Beschwerdeführerin Anfang 2016 angegeben, die Sucht überwunden zu haben (mit Verweis auf IV-act. 72-26). Die Beschwerdeführerin habe jeweils getrunken, weil sie einfach nicht mehr weitergewusst habe (mit Verweis auf IV-act. 72-18 und 72-33). Aktuell trinke die Beschwerdeführerin gemäss ihren Angaben „manchmal“ Alkohol (mit Verweis auf IV-act. 72-53). Dabei sei es naheliegend, dass der Konsum grösser werde, wenn die Beschwerdeführerin unter vermehrten Anspannungen leide. Im neuropsychologischen Gutachten sei als eine Erklärung für die festgestellten Auffälligkeiten „Alkoholkonsum/Alkoholabhängigkeit“ genannt worden (mit Verweis auf IV-act. 72-35 und 72-59 f.). Die Beschwerdeführerin leide damit an einem jahrelangen problematischen Konsum von Alkohol. Gemäss Rechtsprechung könne ein Suchtleiden nicht mehr grundsätzlich als invalidenversicherungsrechtlich irrelevant beurteilt werden (mit Verweis auf BGE 145 V 215). Die Suchterkrankung sei demnach ein krankheitswertiges Geschehen, dessen funktionelle Auswirkungen sich mit einem hypothetischen Substanzentzug nicht ohne weiteres zurückbildeten. Durch den übermässigen Alkoholkonsum mit der Folge deutlicher Beeinträchtigungen sei eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes glaubhaft gemacht. Weiter gehe auch aus den Berichten vom 6. Mai 2019 (IV-act. 115) und vom 28. Juli 2019 (IV-act. 126a) von med. pract. C.____ eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes der Beschwerdeführerin im Vergleich zu den Feststellungen in der Erstbegutachtung (vom März 2016) hervor.

C.b. Die Beschwerdegegnerin beantragte am 26. November 2019 die Abweisung der Beschwerde (act. G 4). Sie führte aus, dass der RAD eine Glaubhaftmachung einer wesentlichen Änderung des Gesundheitszustandes der Beschwerdeführerin verneint habe. Die Ausführungen in den Berichten von med. pract. C.____ seien im psychiatrischen Gutachten von Dr. F.____ vom 14. März 2016 (IV-act. 72) widerlegt worden. Auch das Versicherungsgericht des Kantons St. Gallen habe in seinem Urteil vom 15. Januar 2019 (IV 2016/391) nicht auf die Berichte von med. pract. C.____ abgestellt. Der Bericht vom 28. Juli 2019 (IV-act. 126a) enthalte keine neuen Aspekte.



St.Galler Gerichte

In den neu eingereichten medizinischen Berichten sei einzig der im Wesentlichen gleich gebliebene relevante Sachverhalt anders gewürdigt worden, was keinen Revisionsgrund darstelle. Demnach habe sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin seit der letzten rechtskräftigen Verfügung nicht glaubhaft wesentlich verschlechtert.

C.c. Am 17. Dezember 2019 bewilligte das Versicherungsgericht des Kantons St.Gallen der Beschwerdeführerin die unentgeltliche Rechtspflege (Befreiung von den Gerichtskosten und Bewilligung der unentgeltlichen Rechtsverteidigung) für das vorliegende Verfahren (act. G 6).

C.d. Die Beschwerdeführerin liess am 23. Dezember 2019 an ihren Anträgen festhalten (act. G 8).

C.e. Die Beschwerdegegnerin verzichtete auf die Einreichung einer Duplik (act. G 10).

Erwägungen

1.

Am 1. Oktober 2019 hat die Beschwerdegegnerin verfügt, dass sie auf die Wiederanmeldung der Beschwerdeführerin vom 31. Juli 2018 nicht eintrete. Hiergegen hat die Beschwerdeführerin Beschwerde erhoben und die Aufhebung der angefochtenen Verfügung sowie das Eintreten auf die Neuanschuldung vom 31. Juli 2018 beantragt. Gegenstand dieses Beschwerdeverfahrens bildet demnach nur die Frage, ob die Beschwerdegegnerin auf die Neuanschuldung vom 31. Juli 2018 hätte eintreten müssen.

2.

2.1. Gemäss Art. 87 Abs. 2 in Verbindung mit Abs. 3 der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV, SR 831.201) wird eine neue Anmeldung für Rentenleistungen nur geprüft, wenn darin glaubhaft gemacht wird, dass sich der Grad der Invalidität des Versicherten in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert hat. Damit soll verhindert werden, dass sich die Verwaltung nach einer vorausgegangenen rechtskräftigen Leistungsverweigerung immer wieder mit gleichlautenden und nicht näher begründeten, das heisst keine Veränderung des Sachverhalts darlegenden Gesuchen befassen muss (BGE 117 V 200 E. 4b). Da es sich



beim Invaliditätsgrad nicht um ein Sachverhaltselement, sondern um das Ergebnis einer Rechtsanwendung handelt, kann er nicht direkt glaubhaft gemacht werden. Die Glaubhaftmachung einer relevanten Veränderung muss sich deshalb – entgegen dem Wortlaut der genannten Bestimmung – auf jene Sachverhaltselemente beziehen, die für die Invaliditätsbemessung relevant sind. Die glaubhaft gemachte Veränderung eines solchen Sachverhaltselements muss so erheblich sein, dass mit der Entstehung eines anspruchsbegründenden Invaliditätsgrades zu rechnen ist, falls sich die Veränderung in einem anschliessenden umfassenden Verwaltungsverfahren nachweisen lassen sollte. Die in Art. 87 Abs. 3 IVV aufgestellte "Prüfungs-" bzw. Eintretenshürde ist also unter anderem dann überwunden, wenn die sich neu anmeldende versicherte Person glaubhaft machen kann, dass sich ihr Gesundheitszustand verschlechtert hat und dass damit ihr Arbeitsunfähigkeitsgrad in einem erheblichen Ausmass angestiegen ist. Mit dem Beweismass des Glaubhaftmachens sind herabgesetzte Anforderungen an den Beweis verbunden; die Tatsachenänderung muss nicht nach dem im Sozialversicherungsrecht sonst üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erstellt werden. Es genügt, dass für das Vorhandensein des geltend gemachten rechtserheblichen Sachumstands wenigstens gewisse Anhaltspunkte bestehen, auch wenn durchaus noch mit der Möglichkeit zu rechnen ist, dass sich die behauptete Änderung bei einer eingehenden Abklärung nicht werden lassen (Entscheid des Bundesgerichtes vom 25. Februar 2020, 8C_735/2019, E. 4.2. mit weiteren Hinweisen). Die Beantwortung der Frage, ob eine wesentliche Sachverhaltsveränderung glaubhaft gemacht worden ist, setzt einen Vergleich zwischen dem aktuellen Sachverhalt (der allerdings noch nicht mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit ermittelt, sondern nur glaubhaft gemacht sein muss) und jenem Sachverhalt respektive jener Sachverhaltsannahme voraus, der bzw. die der ersten Ablehnungsverfügung zugrunde gelegt worden ist (vgl. hierzu auch BGE 130 V 73 ff. E. 3).

2.2. Die Beschwerdegegnerin hat das Rentengesuch der Beschwerdeführerin mit einer Verfügung vom 7. Oktober 2016 abgewiesen (IV-act. 91). Sie hat sich dabei insbesondere auf das Gutachten von Dr. F.____ gestützt (IV-act. 72). Die gegen die Verfügung vom 7. Oktober 2016 erhobene Beschwerde vom 10. November 2016 ist vom Versicherungsgericht des Kantons St. Gallen mit seinem rechtskräftigen Entscheid vom 15. Januar 2019 (IV 2016/391) abgewiesen worden. Bezüglich des Gutachtens von Dr. F.____ hat das Versicherungsgericht ausgeführt, dass dieser in einer überzeugenden Auseinandersetzung mit den Vorakten und den von ihm selbst erhobenen objektiven klinischen Befunden dargelegt habe, dass keine psychiatrische Erkrankung



diagnostiziert und demnach auch keine Arbeitsunfähigkeit habe attestiert werden können.

2.3. Zu prüfen ist, ob die Beschwerdeführerin mithilfe der Akten, die sich auf ihren Gesundheitszustand seit Erlass der rentenabweisenden Verfügung vom 7. Oktober 2016 beziehen und die vor dem Erlass der vorliegend angefochtenen Nichteintretensverfügung vom 1. Oktober 2019 eingereicht worden sind, eine relevante Verschlechterung ihres Gesundheitszustandes hat glaubhaft machen können. Folgende Akten liegen im Recht: Berichte von Dr. H.____ vom 1. Juni 2018 (IV-act. 106), 2. Januar 2019 (IV-act. 114) und 3. April 2019 (IV-act. 113), von I.____ vom 10. Juli 2018 (IV-act. 107- 3 f.), von med. pract. C.____ vom 8. November 2016 (IV-act. 96-9 f.), 15. August 2017 (IV-act. 104), 17. Juli 2018 (IV-act. 107-1 f.), 6. Mai 2019 (IV-act. 115) und 28. Juli 2019 (IV-act. 126a) sowie der J.____ vom 13. Juli 2018 (IV-act. 107-5 f.).

2.4. Der Hausarzt Dr. H.____ hat in seinem ärztlichen Bericht vom 1. Juni 2018 (IV-act. 106) ausgeführt, dass er keine „IV-relevanten Daten“ beisteuern könne. Die Blutuntersuchungen seien unauffällig gewesen. Für die beklagte Müdigkeit und die Nackenverspannungen habe er auf Wunsch eine Physiotherapie verordnet. Ein 24-Stunden-EKG habe eine Tendenz zu Sinustachykardie gezeigt, wobei diese am ehesten auf innere Anspannungen zurückzuführen sei. Eine 24-Stunden-Blutdruckmessung sei durch die Beschwerdeführerin abgelehnt worden. Mit einer Tendenz zu Sinustachykardie ist noch keine relevante Verschlechterung des Gesundheitszustandes glaubhaft gemacht worden. Dr. H.____ hat nämlich berichtet, dass er keine IV-relevanten Daten beisteuern könne, woraus abzuleiten ist, dass die Tendenz zu Sinustachykardie aus seiner Sicht invalidenrechtlich nicht relevant sein kann, zumal er deswegen auch keine weiteren Abklärungen bei einem Spezialisten in Betracht gezogen hat. Weiter ist – entgegen der Annahme der Beschwerdeführerin – auch nicht von einer HIV-Erkrankung die Rede, sondern Dr. H.____ hat angegeben, dass diesbezügliche Blutuntersuchungen unauffällig ausgefallen seien. Aus dem von Dr. H.____ erstellten Ultraschallbericht vom 2. Januar 2019 geht hervor, dass bei der Beschwerdeführerin eine akute Bursitis mit weichem Kalk und fraglicher SSP-Läsion vorgelegen hat, welche zu Schulterschmerzen rechts geführt hat (IV-act. 114). In seinem Schreiben vom 3. April 2019 hat Dr. H.____ dann aber berichtet, dass diese Schulterschmerzen rechts nach einer Infiltration gebessert hätten (IV-act. 113). Weiter hat Dr. H.____ notiert, dass die Beschwerdeführerin in der Nacht vom 2. auf den 3. Juli 2018 zu viel Alkohol getrunken habe und nun an einer Erinnerungslücke und Schmerzen im Rücken leide. Abklärungen hätten eine Fraktur der 12. Rippe links ergeben. Letztere ist gemäss den Angaben von Dr. H.____ keine IV-relevante



Beeinträchtigung. Dr. H.____ hat in seinen Berichten nicht erwähnt, dass er den Verdacht hege, die Beschwerdeführerin könnte aktuell unter einem Alkoholabusus leiden. Auch aus den weiteren von der Beschwerdeführerin im Beschwerdeverfahren eingereichten Berichten lässt sich nicht entnehmen, dass aktuell ein Alkoholproblem oder eine Beeinträchtigung aufgrund eines früheren Alkoholproblems bestehen würde. Damit geht aus den Berichten von Dr. H.____ nicht glaubhaft eine wesentliche Verschlechterung des Gesundheitszustandes der Beschwerdeführerin hervor.

2.5. In ihrer Stellungnahme vom 8. November 2016 (IV-act. 96-9 f.) hat med. pract. C.____ im Wesentlichen ausgeführt, weshalb sie in ihrem vorangehenden Bericht vom 18. Juli 2016 (IV-act. 84-8 ff.) die Diagnose einer schizotypen Störung angegeben hatte. Dieser Bericht war im Rahmen des ersten Beschwerdeverfahrens mit dem Ziel ausgefertigt worden, eine Stellungnahme zu den Ausführungen von Dr. F.____ vom 12. September 2016 abzugeben. Diese Stellungnahme ist nicht geeignet, eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes seit Erlass der letzten abweisenden Verfügung vom 7. Oktober 2016 glaubhaft zu machen, denn die Ausführungen stützen sich auf den Gesundheitszustand vor Erlass dieser abweisenden Verfügung. In ihrem weiteren Bericht vom 15. August 2017 hat med. pract. C.____ angegeben (IV-act. 104), dass sich bei der Beschwerdeführerin neben den bereits früher beschriebenen schizotypischen Persönlichkeitsmerkmalen ganz deutliche zwanghafte und emotional instabile Züge gezeigt hätten. Deswegen sei von einer kombinierten Persönlichkeitsstörung auszugehen. Im Weiteren hat med. pract. C.____ auszugsweise die Krankheitsgeschichte seit Juli 2016 wiedergegeben, die im Wesentlichen auf den von der Beschwerdeführerin in den Therapiesitzungen geäusserten subjektiven Klagen beruhe. Eine objektive Beurteilung und Würdigung dieser subjektiven Klagen ist nicht erfolgt. Am Ende ist lediglich festgehalten worden, dass die Beschwerdeführerin in den alltäglichen und lebenspraktischen Verrichtungen hochgradig eingeschränkt und weiterhin auf nicht absehbare Zeit voll arbeitsunfähig sei. In ihrem Bericht vom 17. Juli 2018 (IV-act. 107-1) hat med. pract. C.____ erneut ausgeführt, dass die Beschwerdeführerin an einer kombinierten Persönlichkeitsstörung und daneben an einer Panikstörung, episodisch paroxysmale Angst, sowie an kognitiven Einschränkungen leide, die eine detaillierte kognitive Diagnostik benötigten. Sie hat wiederum eine volle Arbeitsunfähigkeit angegeben, die seit dem Erstgespräch bei ihr gelte. Im Verlaufsbericht vom 6. Mai 2019 (IV-act. 115) hat med. pract. C.____ keine Änderung der Diagnosen angegeben. Sie hat ausgeführt, dass die Beschwerdeführerin einer medikamentösen Behandlung ablehnend gegenüberstehe. Weiterhin sei diese auf dem Arbeitsmarkt voll arbeitsunfähig, eine Beschäftigung im geschützten Rahmen sei aber zu 50 Prozent therapeutisch sinnvoll. Am 28. Juli 2019 hat med. pract. C.____ von



unveränderten Diagnosen berichtet (IV-act. 126a), wobei sie zusätzlich noch die gegenwärtig remittierte rezidivierende depressive Störung erwähnt hat. Weitere Abklärungen (kognitive Diagnostik und MRI-Untersuchung) seien von der Beschwerdeführerin abgelehnt worden. Eine Arbeitsfähigkeitsschätzung ist in diesem Bericht nicht abgegeben worden. Aus den Arbeitsfähigkeitsschätzungen von med. pract. C.____ kann keine Verschlechterung des Gesundheitszustandes abgeleitet werden. Diese konnten bereits durch das psychiatrische Gutachten von Dr. F.____ entkräftet werden. Med. pract. C.____ hat der Beschwerdeführerin sowohl für den vor – konkret ab der ersten Behandlung bei ihr – als auch nach der Begutachtung durch Dr. F.____ im März 2016 liegenden Zeitraum bei weitgehend unveränderten Diagnosen eine volle Arbeitsunfähigkeit attestiert. Bei der Begutachtung durch Dr. F.____ hatte sich jedoch gezeigt, dass im Begutachtungszeitpunkt keine volle Arbeitsunfähigkeit vorgelegen hatte. Vielmehr hatte gemäss dem Gutachten im März 2016 eine volle Arbeitsfähigkeit für ideal leidensadaptierte Tätigkeiten bestanden. Damit sind die Berichte und insbesondere auch die darin angegebenen Arbeitsfähigkeitsschätzungen von med. pract. C.____ von vornherein ungeeignet, eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes glaubhaft zu machen.

2.6. Der Bericht der J.____ vom 13. Juli 2018 (IV-act. 107-5 f.) wurde nicht durch eine medizinische Fachperson erstellt. Dementsprechend gehen daraus weder medizinische Diagnosen oder Beurteilungen noch eine aussagekräftige Arbeitsfähigkeitsschätzung hervor. Auch liefert der Bericht keine verwertbaren Angaben über den Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin. Der Bericht der J.____ ist damit offensichtlich nicht geeignet, eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes der Beschwerdeführerin glaubhaft zu machen.

2.7. Frau I.____ hat in ihrem Bericht zur neurokognitiven Kurzabklärung vom 10. Juli 2018 im Wesentlichen festgehalten (IV-act. 107-3 f.), dass bei der Beschwerdeführerin diverse Leistungsbeeinträchtigungen vorlägen (vgl. dazu die vorstehenden Ausführungen in Bst. B.a). Sie hat insbesondere mittelschwere bis schwere Beeinträchtigungen in allen getesteten Aufmerksamkeitsfunktionen (selektive, geteilte und Daueraufmerksamkeit), in den exekutiven und verbal-mnetischen Funktionen, der Daueraufmerksamkeit sowie dem Arbeitsgedächtnis festgestellt und daher zur weiteren Beurteilung der Arbeits- und Erwerbsfähigkeit eine detaillierte kognitive Diagnostik empfohlen. Damit zeichnet diese zwar kurze, aber lege artis durchgeführte neuropsychologische Abklärung ein deutlich schlechteres Bild als jene neuropsychologische Abklärung, die von Dr. G.____ am 26. Februar 2016 (IV-act. 72-52 ff.; vgl. vorstehend Bst. A.c) durchgeführt worden war. Frau I.____ hat insbesondere bei



den Aufmerksamkeitsfunktionen, die Dr. G. ___ als nur teilweise unterdurchschnittlich bewertet hatte, und auch bei den verbalen Funktionen und den sprachlichen Gedächtnisleistungen, die Dr. G. ___ als weitgehend durchschnittlich geschildert hatte, eine Veränderung der Leistungsfähigkeit aufgezeigt. Dies hat Frau I. ___ dazu veranlasst, die Durchführung einer weiteren Abklärung im Sinne einer detaillierteren kognitiven Diagnostik zu empfehlen. Sie hat damit klargestellt, dass ihre Kurzabklärung nicht ausreichen würde, um den Gesundheitszustand und damit auch die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin im Detail aufzuzeigen; vielmehr hat sie hierfür eine weitergehende bzw. ausführliche neuropsychologische Untersuchung als notwendig erachtet. Der RAD-Arzt Dr. K. ___ hat sich in seinem Bericht vom 3. Juni 2019 (IV-act. 111) und vom 9. September 2019 (IV-act. 122) nicht mit den erhobenen Leistungsbeeinträchtigungen gemäss der neurokognitiven Kurzabklärung von Frau I. ___ befasst; er hat lediglich darauf hingewiesen, dass Frau I. ___ zwar eine weitere Abklärung empfehle, die durchgeführte Kurzabklärung aber keinesfalls mit der ausführlichen neuropsychologischen Abklärung im Rahmen der Begutachtung durch Dr. F. ___ verglichen werden könne. Um jedoch feststellen zu können, ob eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes *glaubhaft* gemacht worden ist, muss eine Auseinandersetzung mit dem Inhalt dieses Berichtes erfolgen. Dabei ist von Bedeutung, dass daraus Indizien hervorgehen, welche auf eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes hindeuten; dies ist wie vorstehend beschrieben der Fall. Daher ist im Rahmen einer ausführlichen neuropsychologischen Abklärung durchaus damit zu rechnen, dass die von Frau I. ___ aufgezeigten Einschränkungen eine relevante Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin haben könnten. Mit dem Kurzbericht von Frau I. ___ ist also eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes der Beschwerdeführerin glaubhaft gemacht.

2.8. Zusammenfassend erweist sich die angefochtene Nichteintretensverfügung vom 1. Oktober 2019 als verordnungswidrig. Sie ist deshalb aufzuheben und durch den verfahrensleitenden Entscheid zu ersetzen, dass auf die Neuanmeldung vom 31. Juli 2018 eingetreten wird. Die Sache ist zur Durchführung des Verwaltungsverfahrens zur Prüfung eines Rentenanspruchs der Beschwerdeführerin an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen.

3.

3.1. 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). Die Gerichtskosten sind angesichts des durchschnittlichen Verfahrensaufwandes auf Fr. 600.-- festzusetzen. Dem Ausgang des



Verfahrens entsprechend sind sie vollumfänglich der Beschwerdegegnerin aufzuerlegen.

3.2. Die Beschwerdegegnerin hat der Beschwerdeführerin eine Parteientschädigung auszurichten. Da in diesem Gerichtsverfahren nur wenig neue Akten angefallen sind und da sich, anders als insbesondere in einem Streit um einen Rentenanspruch, nur eine einzige Rechtsfrage gestellt hat, ist von einem deutlich unterdurchschnittlichen Vertretungsaufwand auszugehen. Die Parteientschädigung wird deshalb auf Fr. 2'000.-- (einschliesslich Barauslagen und Mehrwertsteuer) festgesetzt.

Entscheid

im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP

1.

In Gutheissung der Beschwerde wird die angefochtene Verfügung vom 1. Oktober 2019 aufgehoben und durch den verfahrensleitenden Entscheid ersetzt, auf die Anmeldung vom Juli 2018 einzutreten; die Sache wird zur materiellen Behandlung dieser Anmeldung an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen.

2.

Die Beschwerdegegnerin hat die Gerichtskosten von Fr. 600.-- zu bezahlen.

3.

Die Beschwerdegegnerin hat die Beschwerdeführerin mit Fr. 2'000.-- zu entschädigen.