



**Fall-Nr.:** IV 2008/167  
**Stelle:** Versicherungsgericht  
**Rubrik:** IV - Invalidenversicherung  
**Publikationsdatum:** 10.07.2020  
**Entscheiddatum:** 24.04.2009

### **Entscheid Versicherungsgericht, 24.04.2009**

**Art. 57a Abs. 1 IV, Art. 73bis Abs. 1 IVV. Vorbescheid. Auch einer Verfügung, mit der nicht auf ein Rentenrevisionsgesuch eingetreten wird (Nichteintretensverfügung), hat ein Vorbescheid vorauszugehen. Nur so wird der Gesuchsteller in die Lage versetzt, rechtzeitig alle Unterlagen einzureichen, mit denen er die behauptete Sachverhaltsveränderung glaubhaft machen will (Entscheid Versicherungsgericht des Kantons St. Gallen vom 24. April 2009, IV 2008/167).**

Präsident Franz Schlauri, Versicherungsrichterinnen Monika Gehrler-Hug und Lisbeth Mattle Frei; Gerichtsschreiber Ralph Jöhl

Entscheid vom 24. April 2009

in Sachen

M.\_\_\_\_,

Beschwerdeführerin,

gegen

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

Beschwerdegegnerin,

betreffend

Rentenrevision (Nichteintreten auf neues Leistungsbegehren)



Sachverhalt:

A.

M.\_\_\_\_ meldete sich am 10. November 2003 zum Bezug von IV-Leistungen an. Dr. med. A.\_\_\_\_ berichtete am 23. Januar 2004, die Versicherte leide an einem zervikospondylogenen Schmerzsyndrom (St. n. Diskektomie HWK 4/5 und Einlage einer Prothese 2/03), an rezidivierenden Migräneattacken (multiple supratentorielle Glioseherde), an chronischen Spannungskopfschmerzen und an einem rechtsseitigen Skalenus-Syndrom bei Halsrippe rechts. Nur die beiden erstgenannten Diagnosen beeinträchtigten die Arbeitsfähigkeit. Als Sekretärin sei die Versicherte zu 50% arbeitsfähig. Die Versicherte hatte sich im September 2003 stationär zur Rehabilitation in der Rheinburgklinik aufgehalten. Gemäss dem Austrittsbericht umfasste die chronische Schmerzsymptomatik drei Problemkreise: Migräneanfälle, dauernd bestehende Spannungskopfschmerzen okzipital-temporal, meist beidseits, und teils invalidisierende Nacken- und Hinterkopfschmerzen mit pseudoradikulärer Ausstrahlung in die Arme. Die Rehabilitation blieb erfolglos. Die Arbeitsfähigkeit der Versicherten als Sekretärin wurde auf 50% geschätzt. Mit einer Verfügung vom 14. Januar 2005 sprach die IV-Stelle der Versicherten eine halbe Invalidenrente bei einem Invaliditätsgrad von 50% zu.

B.

Dr. med. B.\_\_\_\_ teilte der IV-Stelle am 6. September 2005 mit, dass eine Rentenrevision durchgeführt werden müsse. Er berichtete am 6. Dezember 2005, dass seit dem 15. September 2004 eine vollständige Arbeitsunfähigkeit bestehe. Während der nun zwei Jahre andauernden Arbeitsunfähigkeit seien die Attacken etwas seltener geworden. Die Persönlichkeitsstörung verbunden mit einer ausgeprägten depressiven Ausrichtung habe sich hingegen verschlimmert. In Absprache mit Dr. med. C.\_\_\_\_ betrage die Arbeitsunfähigkeit seit dem 15. September 2004 100%. Er schlage eine interdisziplinäre neurologische und psychiatrische Begutachtung vor. Der Neurologe Dr. med. C.\_\_\_\_ hatte am 21. September 2004 über einen chronifizierten Mischkopfschmerz mit Migräne ohne Aura, über Spannungskopfschmerzen und über rezidivierende Bewusstlosigkeiten berichtet. Am 3. Januar 2006 führte er gegenüber Dr.



## St.Galler Gerichte

med. B.\_\_\_\_ aus, die Migräneprophylaxe habe zunächst zu einer deutlichen Abnahme der Migräneattacken geführt. Nun komme es aber wieder zu sieben bis acht Migräneattacken monatlich. Die Versicherte sei mehrmals wöchentlich aufgrund von den ganzen Tag anhaltenden Kopfschmerzen sehr beeinträchtigt. Es bestünden dann schwere Konzentrations- und Aufmerksamkeitsstörungen, so dass für die Tätigkeit als Sekretärin eine vollständige Arbeitsunfähigkeit bestehe.

C.

Die IV-Stelle beauftragte Dr. med. D.\_\_\_\_ mit einer psychiatrischen Abklärung. Dieser berichtete in seinem neurologischen und psychiatrischen Gutachten vom 26. Mai 2006, die Versicherte habe eine sorgfältige Dokumentation vorgelegt, die im Schnitt für fünf bis acht Tage monatlich Migränekopfschmerzen ausgewiesen habe. Diese Schmerzen hätten jeweils einen Tag gedauert. Durchschnittlich einmal im Monat habe sich eine Episode über zwei bis drei Tage erstreckt. Weiter führte Dr. med. D.\_\_\_\_ aus, während der 90 Minuten dauernden Exploration sei die Nackenbeweglichkeit der Versicherten aktiv und passiv in allen Achsen frei gewesen. Die Versicherte habe die ganze Zeit in entspannter Körperhaltung dagesessen. Ihre Psychomotorik und ihre Gestik seien unbehindert und frei gewesen. Die Versicherte sei wach, bewusstseinsklar und zu allen Qualitäten scharf orientiert gewesen. Während der Exploration hätten weder die Aufmerksamkeit noch die Konzentration nachgelassen. Biographische und anamnestiche Inhalte seien überwiegend rasch und präzise memoriert und abgerufen worden. Die Versicherte habe spontane Schmerzangaben gemacht, aber gelegentlich habe Ratlosigkeit geherrscht bei Nachfragen bezüglich "maximaler" Schmerzintensität oder "täglichem" Auftreten. Dann sei die Versicherte auf Argumente wie "Gewöhnung" oder "Vergessen" ausgewichen. Erheblich unscharf sei die Beschwerdeschilderung bei den "Ohnmachtsanfällen" gewesen. Die Versicherte habe immer wieder Krankheitsvorstellungen thematisiert, bagatellisiert, Floskeln verwendet und eine parathyme Heiterkeit entwickelt. Dr. med. D.\_\_\_\_ stellte folgende Diagnosen: Migräne und zervikozepales Syndrom. Weiter gab er an, bezüglich des zervikozepalen Syndroms seien keine Auffälligkeiten festgestellt worden. Auch in bezug auf die Migräne habe die Versicherte in der Untersuchungssituation nicht beeinträchtigt gewirkt, obwohl sie angegeben habe, die Kopfschmerzen seien seit der eben durchgemachten viertägigen Attacke noch am Abklingen. Bezüglich der Häufigkeit der



Attacken gebe es keine Widersprüche zwischen den Angaben in der Abklärung und den Akten. Bezüglich des Schweregrades und der Dauer der Migräneattacken hingegen zeigten sich Widersprüche zwischen den mündlichen Angaben und den Aufzeichnungen im Kopfschmerzkalender. Eine Diskrepanz bestehe zwischen dem – überwiegend mit maximalen Begriffen geschilderten – Beschwerdebild und dem Ausmass der Therapiemassnahmen. Die vom Hausarzt am 6. Dezember 2005 angegebene Diagnose einer massiv ausgeprägten Depression könne aktuell nicht gestellt werden. Es fänden sich zwar Hinweise für eine akzentuierte Persönlichkeitsstörung, aber diese rechtfertige die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung nicht. Die Schmerzschilderung sei zu wenig vital bzw. authentisch, um eine Schmerzverarbeitungsstörung zu diagnostizieren. Eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes seit 2004 sei nicht ausgewiesen. Die Versicherte sei nach wie vor in einer adaptierten Erwerbstätigkeit zu 50% arbeitsfähig.

D.

Mit einem Vorbescheid vom 6. September 2006 teilte die IV-Stelle der Versicherten mit, dass sie das Erhöhungsgesuch abweisen werde. Die Versicherte zweifelte am 5. Oktober 2006 die Qualität der Begutachtung durch Dr. med. K.\_\_\_\_ an. Sie kündigte einen aktuellen Bericht von Dr. med. C.\_\_\_\_ sowie die Durchführung einer neuropsychologischen Abklärung an. Dr. med. C.\_\_\_\_ führte am 13. Oktober 2006 aus, es liege ein therapieresistentes Kopfschmerzsyndrom mit nahezu täglich bestehenden, invalidisierenden Kopfschmerzen vor, so dass die Versicherte aus neurologischer Sicht vollständig arbeitsunfähig sei. Zudem bestehe eine zervikale Beschwerdesymptomatik, die von Dr. med. E.\_\_\_\_ als Fibromyalgie qualifiziert worden sei. Die Versicherte sei auch neurokognitiv beeinträchtigt. Die Psychologin Dr. phil. G.\_\_\_\_ vom Kantonsspital St. Gallen berichtete am 28. November 2006, aus neuropsychologischer Sicht hätten sich mittelschwere kognitive Funktionsstörungen gezeigt. Die Belastbarkeit sei reduziert und dürfte nicht mehr als ca. drei Stunden betragen, wobei immer wieder Pausen notwendig seien. Die verwertbare Arbeitsleistung dürfte nicht mehr als 30-40% betragen. Eine cranio-cerebrale Kernspintomographie hatte am 30. Oktober 2006 multiple Herde chronischer Marklagerischämien supratentoriell parietal bevorzugt aufgezeigt. Dr. med. C.\_\_\_\_ wies am 22. Dezember 2006 darauf hin, dass diese für die neurokognitiven Auffälligkeiten verantwortlich sein könnten, zumal auch eine leichte



frontale Hirnatrophie bestehe. Dr. med. I.\_\_\_\_ vom RAD Ostschweiz bezeichnete am 5. April 2007 eine Restarbeitsfähigkeit von 35% als plausibel. Die IV-Stelle ermittelte ausgehend von diesem Arbeitsfähigkeitsgrad einen Invaliditätsgrad von 68,36%. Mit einer Verfügung vom 27. September/4. Dezember 2007 sprach sie der Versicherten mit Wirkung ab 1. Februar 2007 eine Dreiviertelsrente zu.

E.

Bereits am 18. November 2007 stellte die Versicherte erneut ein Rentenrevisionsgesuch. Sie gab an, ihr Gesundheitszustand habe sich drastisch verschlechtert. Laut dem beigelegten Bericht des Kantonsspitals St. Gallen vom 5. November 2007 litt die Versicherte an einem chronischen Schmerzsyndrom bei somatoformer Schmerzstörung (DD: Fibromyalgie), bei degenerativem HWS-Syndrom mit St. n. ventraler Diskektomie und Einlage einer Bandscheibenprothese C4/5 bei medianer Diskushernie 2/2003, bei chronischer Migräne ohne Aura seit Kindheit mit konsekutiver Mischkopfschmerz-Problematik und bei Thoracic-Outlet-Symptomatik rechts bei hypertrophem Processus transversus C7, an Osteoporose, an einer unspezifischen mittelschweren kognitiven Funktionsstörung, an multiplen Medikamenten-Unverträglichkeiten und an einem St. n. ischämischer Colitis 12/2005 unter intensivierter Triptan-Medikation. Dazu wurde ausgeführt, im Rahmen der klinischen Untersuchung seien weder die umschriebenen neurologischen Ausfälle noch muskuläre Atrophien zu erkennen gewesen. Nativ-radiologisch bestünden zervikal bis auf eine Chondrose C7/Th1 und einem hypertrophen Processus transversus C7 rechts regelrechte Verhältnisse mit unauffälligen ossären Strukturen, passend zu einer klinisch guten globalen HWS-Beweglichkeit. Das vorbeschriebene Thoracic-outlet-Syndrom habe bestätigt werden können. Es weise jedoch derzeit eine geringe klinische Relevanz auf. Diffuse Klopfschmerzen über dem Achsenorgan seien mit der nachgewiesenen Osteoporose gut vereinbar. Ansonsten bestehe ein guter Funktionsbefund von Seiten des Achsenorgans mit noch befriedigenden statischen Verhältnissen. Es gebe keine Anzeichen für eine entzündliche rheumatische Erkrankung. Die Kriterien eines Fibromyalgiesyndroms seien bei lediglich vier Tenderpoints nicht erfüllt. Es sei von einer anhaltenden Schmerzverarbeitungsstörung im Sinne einer somatoformen Schmerzstörung auszugehen. Dr. med. H.\_\_\_\_ vom RAD Ostschweiz hielt dazu am 11. Dezember 2007 fest, neu sei lediglich die Diagnose der Osteoporose. Diese begründe



aber keine zusätzliche Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in einer optimal adaptierten Erwerbstätigkeit. Im klinischen Status seien keine neuen objektivierbaren Befunde erhoben worden. Mit einer Verfügung vom 19. März 2008 trat die IV-Stelle nicht auf das Revisionsgesuch ein.

F.

Die Versicherte erhob am 7. April 2008 Beschwerde gegen diese Verfügung. Sie machte geltend, sie habe meist unerträgliche Muskelschmerzen am ganzen Körper, die sie weder schlafen noch arbeiten liessen. Sie habe einen Untersuchungstermin bei dem auf Muskelerkrankungen spezialisierten Neurologen Dr. med. J.\_\_\_\_ vom Kantonsspital St. Gallen. Die IV-Stelle sei zu veranlassen, nach Vorliegen des Untersuchungsberichts zu entscheiden. Am 21. August 2008 reichte die Versicherte einen Bericht von PD Dr. med. J.\_\_\_\_ vom 2. Juli 2008 ein. Laut diesem Bericht lag ein chronifiziertes Schmerzsyndrom vor. Das Routinelabor hatte keine wesentlichen Auffälligkeiten gezeigt. Differentialdiagnostisch bestand die Möglichkeit einer Polymyalgia rheumatica. Empfohlen wurde ein Therapieversuch mit Steroiden. Zudem bestand die Möglichkeit einer diagnostischen Muskelbiopsie, auch wenn sich daraus wohl wenig therapeutische Konsequenzen ergeben würden. Immerhin könnte ein Normalbefund die Versicherte vielleicht überzeugen, dass andere Wege für die Bewältigung der Beschwerden einzuschlagen seien. Dr. med. C.\_\_\_\_ hatte am 14. März 2008 berichtet, die Versicherte klage jetzt über massive Gelenksschmerzen in den Finger-, Hand- und Fussgelenken. Diese Schmerzen beeinträchtigten die Versicherte im Moment sehr. Abschliessend hielt Dr. med. C.\_\_\_\_ fest, die angegebene chronifizierte Schmerzsymptomatik sei möglicherweise therapieresistent, weil die Hirnatrophie und die dadurch ausgelösten neurokognitiven Beeinträchtigungen eine verminderte Introspektionsfähigkeit und damit eine verminderte Schmerztolerabilität zur Folge hätten.

G.

Die IV-Stelle beantragte am 10. Oktober 2008 die Abweisung der Beschwerde. Sie machte geltend, bis zum Datum der angefochtenen Verfügung sei keine seit dem 27. September 2007 eingetretene Veränderung des Gesundheitszustandes glaubhaft



gemacht worden. Auch die im Sommer erfolgten Untersuchungen belegten keine Verschlechterung.

H.

Die Versicherte wandte am 28. Oktober 2008 ein, der Grund für die ärztliche Neubeurteilung sei die Verschlechterung des Gesundheitszustandes mit einer weiteren Reduktion der Leistungsfähigkeit gewesen. Die fachärztlichen Unterlagen hätten bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung noch nicht vorgelegen. Die Sache sei zur gutachterlichen Beurteilung oder mindestens zur weiteren Abklärung bei den behandelnden Fachärzten an die IV-Stelle zurückzuweisen.

I.

Die IV-Stelle verzichtete am 31. Oktober 2008 auf eine weitere Stellungnahme.

Erwägungen:

1.

Gemäss Art. 87 Abs. 3 IVV ist in einem Rentenrevisionsgesuch glaubhaft zu machen, dass sich der Invaliditätsgrad in einer für den Rentenanspruch erheblichen Weise geändert habe. Kann keine erhebliche Veränderung glaubhaft gemacht werden, wird kein Revisionsverfahren eröffnet, d.h. nicht auf das Rentenrevisionsbegehren eingetreten. Der Sinn dieser Verfahrensbestimmung besteht zur Hauptsache darin, aus verfahrensökonomischen Gründen überflüssige aufwendige Sachverhaltsabklärungen zu vermeiden. Mit der Glaubhaftmachung einer erheblichen Veränderung des Invaliditätsgrades soll also "belegt" werden, dass die aufwendigen Sachverhaltsabklärungen, die mit der Frage nach dem Vorliegen einer erheblichen Änderung des Invaliditätsgrades notwendigerweise verbunden sind, nicht überflüssig sind. Mit dem Glaubhaftmachen i.S. von Art. 87 Abs. 3 IVV kann nicht der allgemeine Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit gemeint sein, denn damit würde im Ergebnis dem Gesuchsteller die volle Beweisführungslast überbunden. Dem Zweck dieser Eintretenshürde gemäss muss es sich bei der Glaubhaftmachung um eine deutlich reduzierte Beweisanforderung handeln. Praxisgemäss genügt es, wenn



gewisse Indizien für die behauptete erhebliche Veränderung des Invaliditätsgrades sprechen, selbst wenn mit der Möglichkeit zu rechnen ist, dass eine eingehende Sachverhaltsabklärung die behauptete Veränderung nicht bestätigen wird. Die Anforderungen an das Glaubhaftmachen i.S. von Art. 87 Abs. 3 IVV sind deshalb auch weniger streng als im Zivilprozessrecht (vgl. das Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts vom 3. Januar 2000, I 294/98, Erw. 1 a.E.). Die Pflicht zur rechtsgleichen Behandlung aller Personen, die ein Rentenrevisionsgesuch stellen, verbietet es den IV-Stellen, in einzelnen Fällen die Hürde der Glaubhaftmachung höher anzusetzen, als es ihrer Praxis entspricht. Im vorliegenden Fall ist deshalb anhand einer gerichtsnotorisch zugunsten der Versicherten grosszügigen Interpretation des Art. 87 Abs. 3 IVV durch die Beschwerdegegnerin zu prüfen, ob die Beschwerdeführerin eine im Vergleich zur Situation am 27. September 2007 erhebliche Veränderung ihres Invaliditätsgrades glaubhaft gemacht hat.

2.

2.1 Die Beschwerdeführerin macht geltend, ihr Gesundheitszustand habe sich verschlechtert. Die Behauptung einer Veränderung des Gesundheitszustandes vermag für sich allein keine Veränderung des Invaliditätsgrades glaubhaft zu machen. Es ist vielmehr erforderlich, dass mittels einer glaubhaft gemachten Veränderung des Gesundheitszustandes auch eine leistungserhebliche Veränderung der Arbeitsfähigkeit glaubhaft gemacht wird. Zu prüfen ist vorliegend also, ob eine Erhöhung des Arbeitsunfähigkeitsgrades der Beschwerdeführerin auf mehr als 65% glaubhaft gemacht ist. Als Mittel zur Glaubhaftmachung kommen im vorliegenden Fall nur die vor dem Erlass der angefochtenen Nichteintretensverfügung der Beschwerdegegnerin eingereichten medizinischen Unterlagen in Betracht, da nur diese der Beschwerdegegnerin bei ihrem Entscheid über das Eintreten auf das Revisionsgesuch vom 18. November 2007 zur Verfügung gestanden haben. Da Art. 87 Abs. 3 IVV den Untersuchungsgrundsatz – vorläufig, d.h. nur für die Eintretensprüfung – ausschaltet und vollumfänglich durch die Glaubhaftmachungslast der gesuchstellenden Person ersetzt, ist es ausgeschlossen, eine Nichteintretensverfügung auch anhand der erst während des Beschwerdeverfahrens von der gesuchstellenden Person eingereichten Unterlagen zu beurteilen. Der Einbezug dieser verspätet eingereichten Unterlagen würde nämlich den Vorwurf an die IV-Stelle beinhalten, dass sie ihre



Untersuchungspflicht verletzt habe, indem sie die von der gesuchstellenden Person aufgestellte Behauptung einer Erhöhung des Invaliditätsgrades nicht auf ihre Richtigkeit geprüft, d.h. keine eigenen Abklärungen vorgenommen habe. Gerade diese Untersuchungspflicht ist durch Art. 87 Abs. 3 IVV ausgeschlossen worden. Das bedeutet, dass es in einem gegen eine gestützt auf Art. 87 Abs. 3 IVV erlassene Nichteintretensverfügung gerichteten Beschwerdeverfahren keine Möglichkeit geben darf, dem Versicherungsgericht weitere Akten zur Beurteilung vorzulegen. Im vorliegenden Fall ist also ausschliesslich anhand der von der Beschwerdeführerin vor dem 19. März 2008 eingereichten Unterlagen zu prüfen, ob die Beschwerdegegnerin zu Recht nicht auf das Revisionsgesuch vom 18. November 2007 eingetreten ist.

2.2 Die Beschwerdeführerin hat mit ihrem Revisionsgesuch nur den Bericht des Kantonsspitals St. Gallen vom 5. November 2007 eingereicht. Dr. med. H.\_\_\_\_ vom RAD Ostschweiz hat zu Recht darauf hingewiesen, dass der Bericht des Kantonsspitals St. Gallen nur eine einzige neue Diagnose, nämlich diejenige der Osteoporose enthalte und dass diese die Restarbeitsfähigkeit nicht vermindere. Hinzu kommt, dass es sich nicht um eine revisionsrechtlich relevante Veränderung handelt, denn die Diagnose der Osteoporose ist bereits seit März 2007, also vor dem Erlass der Verfügung vom 27. September 2007 (Erhöhung der halben auf eine Dreiviertelsrente) gesichert gewesen. Die von der Beschwerdeführerin behauptete Verschlechterung des Gesundheitszustandes könnte sich also nur aus dem veränderten Schweregrad der bestehenden Erkrankungen ergeben. Diese Veränderung müsste zudem nach dem 27. September 2007 eingetreten sein. Dafür fehlt im Bericht des Kantonsspitals St. Gallen vom 5. November 2007 jeder Hinweis. Die Untersuchungen sind am 4. und am 16. Oktober 2007, also wenige Tage nach dem Erlass der Revisionsverfügung am 27. September 2007, erfolgt. Sie haben weder die umschriebenen neurologischen Ausfälle noch muskuläre Dysbalancen aufgezeigt. Die Wirbelsäulenbeweglichkeit war gut, das Thoracic-outlet-Syndrom klinisch kaum relevant. Anzeichen für eine entzündliche Krankheit fehlten, die Kriterien eines Fibromyalgiesyndroms waren nicht erfüllt. Die Ärzte des Kantonsspitals St. Gallen hatten einen interdisziplinären Therapieansatz unter Einbezug der psychologischen Aspekte empfohlen. In diesem Bericht fehlt also jeder Hinweis auf eine Verschlechterung. Im Gegenteil könnte durchaus argumentiert werden, die Abklärungsbefunde deuteten sogar auf eine leichte Verbesserung hin.



Grundsätzlich ist die Beschwerdegegnerin also zu Recht nicht auf das Revisionsgesuch vom 18. November 2007 eingetreten.

2.3 Gemäss Art. 57a Abs. 1 Satz 1 IVG teilt die IV-Stelle der versicherten Person den vorgesehenen Endentscheid über ein Leistungsgesuch oder über den Entzug oder die Herabsetzung einer bisher gewährten Leistung mittels eines Vorbescheides mit. Gegenstand eines Vorbescheides sind laut Art. 73<sup>bis</sup> Abs. 1 IVV aber nur jene Fragen, die in den Aufgabenbereich der IV-Stellen gemäss Art. 57 Abs. 1 lit. a bis d IVG fallen. Gemeint ist damit die frühere, bis zur 5. IV-Revision geltende Fassung des Art. 57 Abs. 1 IVG. Somit ist ein Vorbescheid zu erlassen, wenn die vorgesehene Verfügung die Abklärung der versicherungsmässigen Voraussetzungen (lit. a), die Abklärung der Eingliederungsfähigkeit, die Berufsberatung und die Arbeitsvermittlung (lit. b), die Bestimmung und Überwachung der Eingliederungsmassnahmen (lit. c) oder die Bemessung des Invaliditätsgrades (lit. d) voraussetzt. Wäre die Beschwerdegegnerin auf das Rentenrevisionsgesuch der Beschwerdeführerin eingetreten, hätte sie eine Invaliditätsbemessung vornehmen müssen. Die anschliessend zu erlassende Verfügung wäre also "vorbescheidspflichtig" gewesen. Dies rechtfertigt es - über den allzu engen Gesetzeswortlaut hinausgehend und dem Sinn und Zweck des Vorbescheides Rechnung tragend - auch für das Nichteintreten auf ein Rentenrevisionsgesuch von einer "Vorbescheidspflicht" auszugehen. In diesem Vorbescheid hätte nicht nur das Nichteintreten auf das Rentenrevisionsgesuch angekündigt, sondern auch der Grund für den vorgesehenen Nichteintretensentscheid genannt werden müssen. Die Beschwerdeführerin wäre also darüber zu informieren gewesen, dass sie selbst mittels Indizien eine revisionsrechtlich erhebliche Sachverhaltsveränderung glaubhaft machen müsse und dass die von ihr bis dahin eingereichten medizinischen Unterlagen nicht genügten, um eine solche Sachverhaltsveränderung glaubhaft zu machen. Im Vorbescheid hätte die Beschwerdeführerin also darauf aufmerksam gemacht werden müssen, dass sie es mit dem Bericht des Kantonsspitals St. Gallen vom 5. November 2007 allein noch nicht geschafft habe, die behauptete Erhöhung ihrer Arbeitsunfähigkeit und damit ihres Invaliditätsgrades glaubhaft zu machen.

2.4 Eine "Heilung" der Verletzung der "Vorbescheidspflicht" ist nicht angebracht, da die Rückweisung an die Beschwerdegegnerin zur Durchführung eines Vorbescheidsverfahrens (und damit einer Beurteilung der Eintretensfrage unter



Berücksichtigung der während des Beschwerdeverfahrens eingereichten und allfälliger weiterer medizinischer Unterlagen) nur einen bescheidenen Zeitaufwand erfordert, so dass von einer "Heilung" der Verletzung der "Vorbescheidspflicht", d.h. von einer direkten gerichtlichen Beurteilung der Eintretensfrage anhand aller (nach der Aufforderung an die Beschwerdeführerin, allfällige weitere Unterlagen noch nachzureichen) dem Gericht vorliegenden medizinischen Akten kein relevanter verfahrensökonomischer Vorteil zu erwarten ist. Zudem wird so gewährleistet, dass der Beschwerdeführerin wieder der gesamte Rechtsmittelzug zur Verfügung steht, während gegen ein Urteil des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen über die Eintretensfrage nur noch die Beschwerde an das in seiner Kognition stark eingeschränkte Bundesgericht möglich wäre.

3.

Im Sinne der vorstehenden Ausführungen ist die angefochtene Verfügung vom 19. März 2008 aufzuheben und die Sache ist zur Durchführung eines korrekten Vorbescheidsverfahrens und zur anschliessenden neuen Entscheidung über die Frage des Eintretens auf das Rentenrevisionsgesuch an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. Das Beschwerdeverfahren ist kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.- bis Fr. 1000.- festgelegt (Art. 69 Abs. 1<sup>bis</sup> IVG). Aufgrund des unterdurchschnittlichen Verfahrensaufwandes wird die Gerichtsgebühr auf Fr. 400.- festgesetzt. Diese Gerichtsgebühr ist von der vollumfänglich unterliegenden Beschwerdegegnerin zu tragen. Der geleistete Kostenvorschuss von Fr. 600.- ist der Beschwerdeführerin zurückzuerstatten.

Demgemäss hat das Versicherungsgericht

im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 53 GerG

entschieden:

1. In Gutheissung der Beschwerde wird die Verfügung vom 19. März 2008 aufgehoben und die Sache wird zur Fortsetzung des Verfahrens im Sinne der Erwägungen an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen.



2. Die Beschwerdegegnerin bezahlt eine Gerichtsgebühr von Fr. 400.-; der geleistete Kostenvorschuss von Fr. 600.- wird der Beschwerdeführerin zurückerstattet.