



Fall-Nr.: IV 2012/37
Stelle: Versicherungsgericht
Rubrik: IV - Invalidenversicherung
Publikationsdatum: 19.06.2020
Entscheiddatum: 22.11.2012

Entscheid Versicherungsgericht, 22.11.2012

Art. 87 Abs. 3 i.V.m. Abs. 4 IVV (in der bis zum 31. Dezember 2011 gültigen Fassung). Voraussetzungen für das Eintreten auf eine Neuanschuldung. Glaubhaftmachen einer erheblichen Änderung des Invaliditätsgrades (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 22. November 2012, IV 2012/37).

Entscheid Versicherungsgericht, 22.11.2012

Versicherungsrichterin Lisbeth Mattle Frei (Vorsitz), Versicherungsrichterin Monika Gehrer-Hug, Versicherungsrichter Martin Rutishauser; Gerichtsschreiberin Sibylle Betschart

Entscheid vom 22. November 2012

in Sachen

A.____,

Beschwerdeführer,

vertreten durch Rechtsanwalt Dr. iur. Karl Gehler, LL.M., Hanfländerstrasse 67, Postfach 1539, 8640 Rapperswil SG,

gegen

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

Beschwerdegegnerin,



betreffend

IV-Leistungen (Nichteintreten auf neues Leistungsgesuch)

Sachverhalt:

A.

A.a A.____ meldete sich am 23. August 2002 erstmals zum Leistungsbezug bei der IV-Stelle des Kantons St. Gallen an; als Behinderung gab er ein Rückenleiden an (IV-act. 3-1 ff.).

A.b Im Auftrag der IV-Stelle wurde der Versicherte im Juli 2003 durch die Klinik für Rheumatologie und Rehabilitation des Bewegungsapparates, Valens, rheumatologisch-orthopädisch und psychiatrisch begutachtet. Im Gutachten vom 25. August 2003 (IV-act. 27-1 ff.) wurden folgende die Arbeitsfähigkeit beeinflussende Diagnosen genannt: Chronisches thorako-lumbospondylogenes Syndrom rechts seit 1986 (M54.4) sowie eine chronische Periarthropathia humeroscapularis tendinopathica rechts (M75.0) seit zirka einem Jahr (IV-act. 27-16). Der Versicherte sei bei einer leichten bis mittelschweren, wechselbelastenden Arbeit mit seltenen Gewichtsbelastungen bis maximal 20 kg zu 100 % (8 Stunden pro Tag) arbeitsfähig, wenn dabei Arbeiten über Kopf und Stehen vorgeneigt nur selten, d.h. 1-5 % eines Achtstundenarbeitstages und Sitzen vorgeneigt nur manchmal vorkämen (IV-act. 27-22).

A.c Basierend auf diesem Gutachten berechnete die IV-Stelle einen Invaliditätsgrad von 14 % und verneinte mit Verfügung vom 28. Januar 2004 den Anspruch des Versicherten auf eine Invalidenrente (IV-act. 35-1 f.). Die dagegen erhobene Einsprache vom 10. Februar 2004/9. März 2004 (IV-act. 38-1, 40-1 ff.) liess der Versicherte mit Schreiben vom 15. Juli 2004 zurückziehen (IV-act. 46-1 f.).

B.

B.a Am 6. April 2006 meldete sich der Versicherte für Hilfsmittel (Gehstock) und eine Rente der Invalidenversicherung bei der IV-Stelle des Kantons St. Gallen an; als Behinderung gab er ein psychisches Leiden an (IV-act. 56-1 ff.).



B.b Im Auftrag der IV-Stelle wurde der Versicherte im August 2006 erneut durch Dr. med. B.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, psychiatrisch begutachtet. Im Verlaufsgutachten vom 16. September 2006 (IV-act. 66-1 ff.) wurde keine Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit genannt. Dem Versicherten seien die bisherigen Tätigkeiten zu 100 %, d.h. acht Stunden täglich, zumutbar.

B.c In einer internen Stellungnahme vom 13. November 2006 (IV-act. 70-1 f.) führte Dr. med. C.____ vom IV-internen regionalen ärztlichen Dienst (RAD) aus, im Verlaufsgutachten vom September 2006 könne keine Verschlechterung des psychischen Gesundheitszustandes im Vergleich zum Vorgutachten vom Juli 2003 festgestellt werden. Zudem sei aus somatischer Sicht ebenfalls keine Änderung des Gesundheitszustandes eingetreten; es könne auf das rheumatologische Gutachten der Klinik Valens vom August 2003 verwiesen werden (Arbeitsfähigkeit von 100 % für eine leichte bis mittelschwere Tätigkeit).

B.d Mit Vorbescheid vom 14. November 2006 kündigte die IV-Stelle an, sie gedenke, den Rentenanspruch zu verneinen (IV-act. 74-1). Am 8. Januar 2007 verfügte die IV-Stelle bei einem Invaliditätsgrad von 15 % die Rentenabweisung (IV-act. 75-1 f.).

B.e Mit Beschwerde vom 8. Februar 2007 beantragte der Versicherte die Aufhebung der Verfügung der IV-Stelle vom 8. Januar 2007 und die Zusprache der gesetzlichen Rentenleistungen (IV-act. 78-2 f.). In der Beschwerdeantwort vom 12. März 2007 beantragte die IV-Stelle die Abweisung der Beschwerde (IV-act. 81-1 ff.). Am 17. April 2007 erstattete der Versicherte Replik und liess an sämtlichen Anträgen und Ausführungen in der Beschwerde vom 8. Februar 2007 festhalten (IV-act. 84-1 f.). Mit der Replik legte der Versicherte zudem Berichte sowohl des Spitals Lachen, Institution für Radiologie, vom 19. Februar 2007 (IV-act. 86-1) als auch von Dr. med. D.____ vom 26. Februar 2007 (IV-act. 85-1) ins Recht.

B.f In einer internen Stellungnahme vom 20. April 2007 (IV-act. 87-2) führte RAD-Arzt Dr. C.____ aus, es handle sich nicht um eine echte Verschlechterung des Gesundheitszustandes, sondern um eine "Enthüllung" von Befunden aufgrund immer neuer bildgebender Verfahren, deren Stellenwert untergeordneter Natur sei. Einmal sei es eine Protrusion L5/S1, bei anderer Gelegenheit sei es eine altersentsprechende neuro-



St.Galler Gerichte

foraminale Verengung an der HWS. Was zähle sei die Funktionsfähigkeit und letztlich die Arbeitsfähigkeit, welche Dr. D.____ in einem rentenausschliessenden Bereich definiere.

B.g In der Duplik vom 23. April 2007 bestätigte die IV-Stelle unter Hinweis auf die Stellungnahme des RAD-Arztes vom 20. April 2007 ihren Antrag (IV-act. 88-1).

B.h In der Folge wies das Versicherungsgericht des Kantons St. Gallen die Beschwerde mit Entscheid vom 17. Juli 2008 ab (IV 2007/72). Der Entscheid erwuchs unangefochten in Rechtskraft.

C.

C.a Am 27. Juni 2011 meldete sich der Versicherte erneut zum Leistungsbezug bei der IV-Stelle des Kantons St. Gallen an; als Behinderung gab er Kopf-, Nacken- und Rückenschmerzen, Bewegungseinschränkungen und Missempfindungen an (IV-act. 97-1 ff.).

C.b Am 11. Juli 2011 ging bei der IV-Stelle der Verlaufsbericht von Dr. med. E.____, physikalische Medizin und Rehabilitation FMH, vom 31. Mai 2011 ein (IV-act. 99-1). Dr. E.____ führte aus, dass sich der Gesundheitszustand des Versicherten verschlechtert habe. Sie nannte als Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit einen Status nach ventraler Diskektomie C6/7 vom 13. März 2009 mit weiterhin chronischen Schmerzen, ein Cervicoradikulärsyndrom C5/6 rechts sowie eine Wurzelreizsymptomatik L5 rechts bei Diskushernie rechts medio-lateral L5/S1. In den letzten Monaten habe die Schmerzsymptomatik stark zugenommen, aktuell sei in keiner Tätigkeit eine Arbeitsfähigkeit gegeben. Es bestünde eine massive Einschränkung der HWS und LWS-Beweglichkeit, FBA 40 cm, massive Klopf- und Druckschmerzen sowie ausstrahlende Schmerzen bis in den linken Fuss und den rechten Arm.

C.c Im internen Protokoll vom 9. August 2011 führte Dr. med. F.____ vom RAD nach einem gleichentags stattgefundenen Gespräch mit dem behandelnden Hausarzt Dr. med. G.____, Allgemeine Innere Medizin, aus, es bestünden folgende Beeinträchtigungen der Arbeitsfähigkeit des Versicherten: Bekannte Rückenprobleme seit Jahren, Diabetes mellitus Typ 2 sowie ein Verdacht auf depressive Reaktion seit ca. August



2008. Aus somatischer Sicht seien leichte Tätigkeiten wahrscheinlich möglich; aus psychischer Sicht müsse offen bleiben, welche Tätigkeiten der Versicherte trotz der Defizite noch ausüben könne. Dr. G.____ hielt am 12. August 2011 ergänzend fest, aufgrund der langjährigen Geschichte mit Krankheit/Invalidität sei kaum mit einer vernünftigen Integration zu rechnen (IV-act. 103-1 f.).

C.d In einer internen Stellungnahme vom 26. August 2011 erfolgte durch die RAD-Ärztin Dr. F.____ die Empfehlung, an der früheren Einschätzung festzuhalten (IV-act. 105-1).

C.e Mit Vorbescheid vom 26. September 2011 stellte die IV-Stelle das Nichteintreten auf das Leistungsbegehren in Aussicht. Als Begründung wurde angeführt, der Versicherte habe mit dem neuen Gesuch nicht glaubhaft dargelegt, dass sich die tatsächlichen Verhältnisse seit der letzten Verfügung wesentlich verändert hätten (IV-act. 106-1 f.).

C.f Gegen die vorgesehene Erledigung erhob der Versicherte am 14. November 2011 diverse Einwände. Er beantragte das Eintreten auf sein aktuelles Leistungsbegehren, die Vornahme von weiteren medizinischen Abklärungen, den Erlass eines neuen Entscheides sowie die Zusprache der gesetzlichen Leistungen (IV-act. 117-1 ff.). Gleichzeitig legte der Versicherte ein ärztliches Attest von Dr. E.____ vom 28. Oktober 2011 (IV-act. 117-5) sowie einen Bericht der Schmerz- und Osteoporosezentrum (SOZ) AG, Pfäffikon SZ, vom 7. Juni 2010 (IV-act. 117-7) ins Recht.

C.g In einer internen Stellungnahme vom 8. Dezember 2011 (IV-act. 119-1) führte Dr. F.____ vom RAD aus, die behandelnde Rheumatologin nenne keine relevanten neurologischen Einschränkungen und die Neurochirurgen stellten mangels Fehlens solcher keine OP-Indikation. Die Situation wäre neu zu beurteilen, wenn der behandelnde Psychiater relevante Diagnosen stellen würde. Am Entscheid könne festgehalten werden (IV-act. 119-1).

C.h Mit Verfügung vom 16. Dezember 2011 trat die IV-Stelle auf das Leistungsbegehren nicht ein. Als Begründung wurde dargelegt, in den eingereichten Unterlagen würden keine neuen medizinisch objektivierbaren wesentlichen Änderungen



der Befunde oder Symptome mitgeteilt, welche nicht schon zum Zeitpunkt des Vorbescheides bekannt gewesen wären. Somit könne nicht von einem erheblich veränderten Gesundheitszustand ausgegangen werden (IV-act. 121-1 f.).

D.

D.a Gegen diese Verfügung richtet sich die am 24. Januar 2012 erhobene Beschwerde von Dr. iur. Karl Gehler in Vertretung des Beschwerdeführers. Darin wird beantragt, die Verfügung vom 16. Dezember 2011 sei aufzuheben, die Beschwerdegegnerin sei zu verpflichten, auf das erneute Leistungsbegehren des Beschwerdeführers einzutreten, die Invalidität des Beschwerdeführers rechtsgenügend abzuklären und ihm die gesetzliche Rentenleistungen zuzusprechen. Zur Begründung wird im Wesentlichen ausgeführt, der Beschwerdeführer habe die Verschlechterung glaubhaft gemacht, indem er einen ärztlichen Bericht einer Fachärztin eingereicht habe, die festhalte, dass sich der Gesundheitszustand in den letzten Monaten vor der Gesuchseinreichung, konkret seit Mai 2010, verschlimmert habe. Daher sei durch ein solches ärztliches Attest bzw. einen Verlaufsbericht, der eine Verschlimmerung attestiere, diese auch glaubhaft gemacht. Es sei im Weiteren darauf hinzuweisen, dass die Beschwerdegegnerin an Gesuche von Laien keine allzu hohen Anforderungen stellen dürfe. Zudem sei es nicht zulässig und willkürlich, im vorliegenden Fall darauf hinzuweisen, die Diagnose sei bereits bekannt und es seien keine Veränderungen oder Verschlimmerungen nachgewiesen. Die letzte polydisziplinäre Untersuchung in dieser Angelegenheit sei am 25. August 2003 erfolgt, habe also vor mehr als sieben Jahren stattgefunden. In einer solchen Zeit könnten sich die damals festgestellten Befunde ohne weiteres verschlimmert und verschlechtert haben. Die psychologischen Abklärungen seien ebenfalls mehr als vier Jahre alt und würden lediglich die psychischen Beschwerden des Beschwerdeführers betreffen. Ebenfalls nicht haltbar sei die zwischen den Zeilen aufgestellte Behauptung, es handle sich vorliegend um die neue medizinische Beurteilung des gleichen Sachverhaltes. Von der Beschwerdegegnerin werde mit nichts dargelegt, ob sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers bei gleichen gesundheitlichen Problemen nicht doch verschlechtert habe. Entsprechend vage seien auch die Ausführungen im RAD-Protokoll vom 9. August 2011. Neben der Behauptung in der Stellungnahme des RAD vom 8. August 2011, es sei nicht glaubhaft gemacht, dass sich der Gesundheitszustand relevant



verschlechtert habe, sei auch dieser Stellungnahme nichts Sinnvolles zu entnehmen. In Hinblick auf die Ausführungen von Dr. E.____ sei diese Behauptung schlicht willkürlich (act. G 1).

D.b In der Beschwerdeantwort vom 23. März 2012 beantragt die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde. Zur Begründung führt sie im Wesentlichen aus, die Arbeitsfähigkeit eines Versicherten sei aufgrund von objektiven Faktoren, namentlich gestützt auf sorgfältig erhobene Befunde, zu bestimmen. Geltend gemachte "dramatische" Schmerzen dürften nur insofern in die Beurteilung einbezogen werden, als diese durch entsprechende Befunde hinreichend erklärbar seien. Dies sei beim Beschwerdeführer nicht der Fall. Dr. E.____ stütze ihre pessimistische Arbeitsfähigkeitsschätzung schwergewichtig auf die Schilderungen des Beschwerdeführers ab. Der RAD führe diesbezüglich in seiner Stellungnahme vom 29. Februar 2012 nachvollziehbar aus, dass sich die Befundlage beim Beschwerdeführer seit der Verfügung vom 8. Januar 2007 nicht verändert habe. Die bei ihm am 13. März 2009 durchgeführte ventrale Diskektomie C6/7 habe zu keiner Verbesserung der Schmerzsymptomatik geführt. Eine befundmässige Verschlechterung sei jedoch ebenfalls nicht ausgewiesen, zumal Dr. E.____ keine weiteren Abklärungen veranlasst habe. Beim Beschwerdeführer lägen weiterhin im Wesentlichen einzig syndromale Leidenszustände vor, denen infolge der fehlenden Objektivierbarkeit jedoch keine invalidisierende Wirkung zukomme. Weil sich somit der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers nicht glaubhaft verschlechtert habe, sei die Beschwerdegegnerin zu Recht auf die Neuanmeldung nicht eingetreten (act. G 4).

D.c Am 15. Mai 2012 lässt der Beschwerdeführer Replik erstatten (act. G 6). Er führt aus, dass der verschlechterte Gesundheitszustand seit 2007 nicht eine subjektive Annahme seinerseits sei, sondern auf der Einschätzung von Dr. E.____ vom 31. Mai 2011 beruhe. Dabei handle es sich um einen ärztlichen Zwischenbericht einer Fachärztin. Immerhin halte Dr. E.____ darin fest, dass sich der Gesundheitszustand seit 2007 verschlechtert und dass sich auch die Diagnose verändert habe. Gerade eine Ausweitung oder Änderung der Diagnose müsse dazu führen, dass nicht mehr ohne Weiteres auf die Abklärung im Jahre 2003 abgestützt werden könne. Dr. E.____ halte nämlich in der Diagnose fest, dass am 13. März 2009 eine Diskektomie (Bandscheiben-Operation) durchgeführt worden sei, leider mit weiterhin chronischen Schmerzen. Diese



zusätzliche Operation müsse zu einer neuen Beurteilung führen und zeige, dass Dr. E.____ sich nicht nur auf die Angaben des Beschwerdeführers stütze. Es treffe im Weiteren nicht zu, dass Dr. E.____ ihre pessimistische Arbeitsfähigkeitsschätzung schwergewichtig auf die Schilderung des Beschwerdeführers abstütze. Zudem müsse die Glaubhaftmachung einer Verschlechterung des Gesundheitszustandes gelingen, wenn eine Fachärztin diese feststelle, und zwar nach persönlicher Untersuchung und nach Änderung der Diagnose. Es könne nicht angehen, dass sein beurteilender Arzt weitere Abklärungen veranlassen müsse. Vielmehr sei es an der Beschwerdegegnerin selbst, die notwendigen Abklärungen zu treffen, zumal seit der letzten polydisziplinären Untersuchung mehr als sieben Jahre verstrichen seien. Wenn schliesslich die Beschwerdegegnerin Verlaufsberichte nicht berücksichtige bzw. die Glaubhaftmachung bestreite, so würden diese Berichte zur Farce. Im Austrittsbericht der Reha-Klinik Walenstadtberg vom 23. Januar 2012 zeige sich, dass sich die Diagnose mittlerweile stark ausgeweitet habe. Gemäss dem Bericht der Etzelclinic AG vom 24. Februar 2012 werde eine weitere Operation ins Auge gefasst, und in einem weiteren Bericht der Etzelclinic AG vom 24. Februar 2012 werde zudem eine neue Diagnose aufgelistet, nämlich eine artikulärseitige Partialruptur im Bereich der SSP-Sehne. Mit der Replik legt der Beschwerdeführer den Austrittsbericht der Klinik für Rheumatologie und internistische Rehabilitation, Walenstadtberg, vom 23. Januar 2012 (act. G 6.1, Beilage 7), den Bericht der Etzelclinic AG, Pfäffikon, vom 24. Februar 2012 (act. G 6.1, Beilage 8), das Überweisungsschreiben der Etzelclinic AG an die Orthopädische Chirurgie des Kantonsspitals St. Gallen (KSSG) vom 24. Februar 2012 (act. G 6.1, Beilage 9) sowie das Schreiben des KSSG an den Beschwerdeführer vom 29. Februar 2012 (act. G 6.1, Beilage 10) ins Recht.

D.d Die Beschwerdegegnerin verzichtet auf eine Duplik (act. G 8).

Erwägungen:

1.

Am 1. Januar 2012 ist der erste Teil der 6. Revision der Invalidenversicherung in Kraft getreten. In zeitlicher Hinsicht gilt der übergangsrechtliche Grundsatz, dass der Beurteilung jene Rechtsnormen zugrunde zu legen sind, die bei Erlass des angefochtenen



Entscheidungs beziehungsweise im Zeitpunkt gegolten haben, als sich der zu den materiellen Rechtsfolgen führende Sachverhalt verwirklichte (vgl. BGE 127 V 467 E. 1, 126 V 136 E. 4b, je mit Hinweisen). Die Beschwerdegegnerin hat die angefochtene Verfügung am 16. Dezember 2011 (IV-act. 121-1 f.) und somit vor Inkrafttreten der IV-Revision 6a erlassen. Die übergangsrechtliche Lage zeitigt indessen im vorliegenden Fall ohnehin keine materiell-rechtlichen Folgen, weshalb nachfolgend die zum Zeitpunkt des Verfügungserlasses anwendbaren Bestimmungen wiedergegeben werden.

2.

Streitig und vorliegend zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin zu Recht nicht auf das Gesuch des Beschwerdeführers eingetreten ist. Eine materielle Beurteilung bildet nicht Gegenstand dieses Verfahrens.

2.1 Als Invalidität gilt laut Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) die ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit. Nach Art. 28 Abs. 2 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG; SR 831.20) besteht ein 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.

2.2 Eine erstmalige Rentenzusprache aufgrund einer Neuanschuldung nach vorangegangener Ablehnung eines Rentengesuchs gemäss Art. 87 Abs. 4 der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV; SR 831.201) in Verbindung mit Abs. 3 dieser Bestimmung setzt voraus, dass seit der letzten rechtskräftigen Verfügung, die auf einer materiellen Prüfung des Anspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Durchführung eines Einkommensvergleichs beruht (BGE 133 V 108 E. 5, 130 V 71 E. 3.2.3), eine Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen eingetreten ist, welche zu einem höheren Invaliditätsgrad führt, der nunmehr einen Rentenanspruch begründet (BGE 133 V 108 E. 5).



2.3 Nach der Rechtsprechung ist unter Glaubhaftmachung im Sinn von Art. 87 Abs. 3 IVV kein Beweis nach dem im Sozialversicherungsrecht allgemein massgebenden Grad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (BGE 121 V 47 E. 2a) zu verstehen. Dem Zweck der Eintretenshürde von Art. 87 Abs. 3 IVV gemäss muss es sich bei der Glaubhaftmachung um eine deutlich reduzierte Beweisanforderung handeln. Es genügt, dass für den geltend gemachten rechtserheblichen Sachumstand wenigstens gewisse Anhaltspunkte bestehen, auch wenn durchaus noch mit der Möglichkeit zu rechnen ist, dass eine eingehende Sachverhaltsabklärung die behauptete Veränderung nicht bestätigen wird. Grundsätzlich unterliegt das Glaubhaftmachen nach Art. 87 Abs. 3 IVV weniger strengen Anforderungen als im Zivilprozessrecht. Bei der Prüfung der Eintretensvoraussetzung der glaubhaft gemachten Sachverhaltsänderung berücksichtigt die Verwaltung – oder im Beschwerdefall das Gericht –, ob die frühere Verfügung nur kürzere oder schon längere Zeit zurückliegt. Sie wird dementsprechend an die Glaubhaftmachung höhere oder weniger hohe Anforderungen stellen (SVR 2003 IV Nr. 25 E. 2.2 mit Hinweisen, Urteil des Bundesgerichtes 9C_688/2007 vom 22. Januar 2008).

2.4 Es gilt festzuhalten, dass das Gericht bei der beschwerdeweisen Überprüfung in der Regel auf den Sachverhalt abstellt, wie er sich der Verwaltung bot. Nachfolgend zu würdigen sind auch die im vorliegenden Verfahren eingereichten medizinischen Unterlagen neueren Datums, sofern diese mit dem Streitgegenstand in engem Sachzusammenhang stehen und geeignet sind, die Beurteilung im Verfügungszeitpunkt zu beeinflussen (vgl. BGE 116 V 80 E. 6b).

3.

3.1 Ausgangspunkt für die Verlaufsbeurteilung ist vorliegend die rechtskräftige Verfügung vom 8. Januar 2007 (IV-act. 75-1 f.). Damals wurde von einer leidensadaptierten Arbeitsfähigkeit von jedenfalls 75-100 % ausgegangen (vgl. Urteil Versicherungsgericht vom 17. Juli 2008, E. 2.3).

3.2 Die Neuanmeldung reichte der Beschwerdeführer nahezu 4 ½ Jahre nach der rechtskräftig gewordenen Verfügung vom 8. Januar 2007 am 27. Juni 2011 ein (IV-act. 97-1 ff.). Damit sind an die Glaubhaftmachung neuer Tatsachen nicht allzu hohe Anforderungen zu stellen, zumal die Begutachtung der Klinik Valens, auf die sich die



abweisende Verfügung vom 8. Januar 2007 in somatischer Hinsicht stützt, im Juli 2003 (IV-act. 27-1) und die Begutachtung von Dr. B.____, auf die sich die abweisende Verfügung in psychiatrischer Hinsicht stützt, im August 2006 durchgeführt wurden (IV-act. 66-2).

3.3 Im von der Beschwerdegegnerin eingeholten Verlaufsbericht von Dr. E.____ vom 31. Mai 2011 (IV-act. 99-1) nannte die Rheumatologin als Diagnose unter anderem einen Status nach ventraler Diskektomie C6/7 vom 13. März 2009 mit weiterhin chronischen Schmerzen. Sie führte aus, in den letzten Monaten habe eine stark zunehmende Schmerzproblematik bestanden. Aktuell sei keine Arbeitsfähigkeit gegeben; bereits Tätigkeiten des Alltags seien erschwert ausführbar. Liegen, Sitzen und Stehen seien immer nur in kurzen Zeitabschnitten möglich. Tragen und Heben sei nur minimal (unter 5 kg) möglich. Auch für angepasste Tätigkeit sei keine Arbeitsfähigkeit vorhanden. Als Verlauf/veränderte Befunde gab Dr. E.____ an, dass massive Einschränkung der HWS und LWS-Beweglichkeit, FBA von 40 cm, sowie massive Klopf- und Druckschmerzen bestünden. Der Beschwerdeführer leide unter ausstrahlenden Schmerzen bis in den linken Fuss und rechten Arm. Die Prognose sei schlecht, es bestünde eine starke Chronifizierung. Im anlässlich des Einwandverfahrens vom Beschwerdeführer ins Recht gelegten ärztlichen Attest von Dr. E.____ vom 28. Oktober 2011 (IV-act. 117-5) wird ausgeführt, der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers habe sich seit Mai 2010 verschlimmert. Aus Sicht von Dr. E.____ bestünde eine 100 %ige Arbeitsunfähigkeit. Bei fehlender Einsatzmöglichkeit der Arbeitshand des Beschwerdeführers sei dieser unfähig, lange zu stehen oder zu sitzen. Der Beschwerdeführer könne nur mit Unterarmstütze links gehen. Der Austrittsbericht der Klinik für Rheumatologie und internistische Rehabilitation Walenstadtberg vom 23. Januar 2012 hält ebenfalls fest, dass die im März 2009 durchgeführte Dekompression und Stabilisation Höhe HWK 6/7 eher noch eine Verschlechterung der Schmerzsituation mit weiterhin vorhandenen Schmerzen und Taubheits- sowie Kältegefühl vor allem im 3. und 4. Finger rechts gebracht habe (act. G 6.1, Beilage 7, S. 2). Dr. E.____ stellt im Verlaufsbericht vom 31. Mai 2011 zudem die Arbeitsfähigkeit beeinflussenden neuen Diagnosen eines Cervicoradikulärsyndroms C 5/6 rechts sowie eine Wurzelreizsymptomatik L5 rechts bei Diskushernie rechts medio-lateral L5/S1 (IV-act. 99-1). Wie dem erwähnten Austrittsbericht der Klinik für Rheumatologie und internistische Rehabilitation Walenstadtberg entnommen werden kann, besteht die



Cervicoproblematik erst seit ca. 2008; die Schmerzen cervical hätten eine intermittierende Ausstrahlung in den rechten Arm des Beschwerdeführers zur Folge (act. G 6.1, Beilage 7, S. 2). Geht man nunmehr davon aus, dass seit der Verfügung vom 8. Januar 2007 neue Diagnosen wie das Cervicoradikulärsyndroms C 5/6 rechts sowie die Wurzelreizsymptomatik L5 rechts bei Diskushernie rechts medio-lateral L5/S1 hinzugekommen sind und eine Bandscheibenoperation stattgefunden hat, erscheint eine relevante Verschlechterung des Gesundheitszustandes glaubhaft gemacht.

3.4 Die Beurteilungen der behandelnden Ärzte stellen objektive Hinweise für eine Verschlimmerung des Leidens des Beschwerdeführers dar, die eine rentenrelevante Auswirkung auf den Invaliditätsgrad haben kann. Es ergeben sich somit unter Berücksichtigung der neuen Diagnosen eines Cervicoradikulärsyndroms C 5/6 rechts und einer Wurzelreizsymptomatik L5 rechts, die zudem durch eine nach der Verfügung vom 8. Januar 2007 zugezogene Fachärztin gestellt wurden, Anhaltspunkte für eine relevante Veränderung des Sachverhalts.

3.5 Soweit die nicht der rheumatologischen Fachrichtung angehörige RAD-Ärztin - ohne dass ihr die aktuellen bildgebenden Befunde vorgelegen haben - vorbringt, die Auffassung von Dr. E.____ beruhe lediglich auf subjektiver Einschätzung (IV-act. 119), so ist anzumerken, dass für das Glaubhaftmachen einer wesentlichen Änderung im Sinn von Art. 87 Abs. 3 IVV auch eine abweichende medizinische Einschätzung genügen kann. Eine bloss unterschiedliche Beurteilung eines im Wesentlichen gleich gebliebenen Sachverhaltes stellt zwar zweifellos keine revisionsbegründende Änderung dar (BGE 112 V 372 E. 2b). Als Indiz dafür, eine relevante, nachträgliche Veränderung als wenigstens im oben genannten Sinn glaubhaft erscheinen zu lassen, kann aber eine erhebliche Differenz in der Arbeitsfähigkeitsschätzung - wie sie von Dr. E.____ vorgenommen wurde - genügen (Entscheide des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 16. Mai 2007, IV 2007/54, E. 2e, vom 17. Juni 2008, IV 2008/9, E. 2.5.4 und vom 28. Januar 2009, IV 2008/189, E. 3.3).

3.6 Vor dem gegebenen Hintergrund ist eine relevante Änderung des Invaliditätsgrades im Sinne von Art. 87 Abs. 4 in Verbindung mit Abs. 3 IVV seit Erlass der Verfügung vom 8. Januar 2007 glaubhaft gemacht. Die Beschwerdegegnerin ist deshalb zu Unrecht auf die Neuanmeldung vom 27. Juni 2011 nicht eingetreten.



4.

4.1 In Gutheissung der Beschwerde ist die angefochtene Verfügung vom 16. Dezember 2011 aufzuheben und die Sache zur materiellen Prüfung der Neuanschuldung vom 27. Juni 2011 an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen.

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^{bis} IVG). Die unterliegende Beschwerdegegnerin hat die gesamte Gerichtsgebühr von Fr. 600.-- zu bezahlen. Der vom Beschwerdeführer geleistete Kostenvorschuss von Fr. 600.-- ist ihm zurückzuerstatten.

4.3 Bei diesem Verfahrensausgang hat der Beschwerdeführer Anspruch auf eine Parteientschädigung. Diese ist vom Gericht ermessensweise festzusetzen, wobei insbesondere der Bedeutung der Streitsache und dem Aufwand Rechnung zu tragen ist (Art. 61 lit. g ATSG; vgl. auch Art. 98 ff. VRP/SG, sGS 951.1). Der Bedeutung und Komplexität der Streitsache angemessen erscheint eine Parteientschädigung von pauschal Fr. 3'000.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer).

Demgemäss hat das Versicherungsgericht

im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VR

entschieden:

1. In Gutheissung der Beschwerde wird die Verfügung vom 16. Dezember 2011 aufgehoben und die Sache zur materiellen Prüfung der Neuanschuldung vom 27. Juni 2011 an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen.

2. Die Beschwerdegegnerin hat die Gerichtskosten von Fr. 600.-- zu bezahlen. Der vom Beschwerdeführer geleistete Kostenvorschuss von Fr. 600.-- wird ihm zurück-erstattet.

3. Die Beschwerdegegnerin hat dem Beschwerdeführer eine Parteientschädigung von Fr. 3'000.-- (einschliesslich Barauslagen und Mehrwertsteuer) zu bezahlen.