



Fall-Nr.: IV 2015/359
Stelle: Versicherungsgericht
Rubrik: IV - Invalidenversicherung
Publikationsdatum: 06.05.2020
Entscheiddatum: 08.12.2017

Entscheid Versicherungsgericht, 08.12.2017

Art. 29 ATSG. Formularzwang bei Neuanmeldung? (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 8. Dezember 2017, IV 2015/359).

Entscheid vom 8. Dezember 2017

Besetzung

Präsident Ralph Jöhl, Versicherungsrichterinnen Monika Gehrler-Hug und Karin Huber-Studerus; Gerichtsschreiberin Annina Janett

Geschäftsnr.

IV 2015/359

Parteien

A.____,

Beschwerdeführerin,

gegen

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

Beschwerdegegnerin,

Gegenstand



Rente

Sachverhalt

A.

A.a A.____ meldete sich im April 2008 unter Hinweis auf Knieschmerzen sowie ein psychisches Leiden erstmals bei der IV-Stelle des Kantons St. Gallen zum Bezug von IV-Leistungen an (IV-act. 1). Im September 2009 wurde die Versicherte im Auftrag der IV-Stelle durch das Ärztliche Begutachtungsinstitut (ABI) begutachtet (vgl. IV-act. 37). Die Sachverständigen hielten im Gutachten vom 11. November 2009 fest, die Versicherte habe während der psychiatrischen Begutachtung über Schlafstörungen, Nervosität, Ungeduld, Gereiztheit, Vergesslichkeit und verschiedene körperliche Sensationen geklagt. Die geklagten diffusen Schmerzen am Bewegungsapparat hätten sich somatisch nur ungenügend erklären lassen. Daher lasse sich die Diagnose einer Schmerzverarbeitungsstörung respektive Symptomausweitung mit algogener Verstimmung stellen. Eine genuine psychische Störung liege jedoch nicht vor. Eine somatoforme Schmerzstörung sei ebenfalls auszuschliessen, da eigentliche emotionale Konflikte fehlten. Auch die vom behandelnden Psychiater gestellte Diagnose einer depressiven Störung mittelgradigen Ausmasses könne nicht bestätigt werden. Die objektiven psychiatrischen Befunde stünden diskrepant zur Selbsteinschätzung der Versicherten. Aus psychiatrischer Sicht könne keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit attestiert werden. In rheumatologischer Hinsicht bestünden eine Wirbelsäulenfehlhaltung und -fehlform, eine deutliche allgemeine muskuläre Dekonditionierung bei massiver Adipositas, eine Gonarthrose am Kniegelenk rechts und im Bereich des Talonavikulargelenks rechts sowie ein Status nach Knie-Totalprothese links. Trotz dieser somatisch objektivierbaren Befunde sei die diffuse, multilokäre, sich deutlich ausbreitende Schmerzsymptomatik nicht nachvollziehbar. Die Angaben der Versicherten sowie die deutlich diskrepanten Befunde bei der Untersuchung liessen aus rheumatologischer Sicht nur den Schluss zu, dass eine wesentliche psychosoziale Überlagerung bestehe. Aus rein rheumatologischer Sicht sei der Versicherten eine körperlich leichte, wechselbelastende Tätigkeit zu 75% bei ganztägigem Pensum zumutbar (IV-act. 44-19 f.). Aus interdisziplinärer Sicht sei somit davon auszu-gehen, dass für die früher ausgeübte Tätigkeit als Stanzerin seit dem Mai



St.Galler Gerichte

2007 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit vorliege. In einer körperlich leichten, wechselbelastenden, adaptierten Tätigkeit bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 75%, ganztägig verwertbar (IV-act. 44-22).

A.b Gestützt auf die gutachterliche Beurteilung verneinte die IV-Stelle mit Verfügung vom 29. November 2010 einen Rentenanspruch der Versicherten bei einem Invaliditätsgrad von 21% (IV-act. 59). Gegen diese Verfügung erhob die Versicherte am 18. Januar 2011 Beschwerde am Versicherungsgericht des Kantons St. Gallen (IV-act. 67).

A.c Im März 2012 teilte die Versicherte der IV-Stelle mit, dass ein Sehnenriss in der rechten Schulter zu einer „erheblichen Erweiterung“ ihrer Arbeitsunfähigkeit geführt habe. Sie verwies dabei auf eine am 22. Februar 2012 durchgeführte MRT-Arthrographie des rechten Schultergelenks, welche einen vollständigen Durchriss der Supraspinatussehne ventral sowie eine höhergradige Partialruptur der Subscapularissehne mit vermutlich begleitender Pulley-Läsion ergeben hatte (IV-act. 82).

A.d Am 19. November 2012 wies das Gericht die Beschwerde vom 18. Januar 2011 ab (IV 2011/20, IV-act. 86). In medizinischer Hinsicht erachtete es gestützt auf das ABI-Gutachten einen Arbeitsfähigkeitsgrad von 75% als überwiegend wahrscheinlich. Bei der Invaliditätsbemessung ging es zur Bestimmung der Vergleichseinkommen vom Durchschnittslohn der Hilfsarbeiterinnen aller Branchen gemäss Lohnstrukturerhebungen (LSE) des Bundesamtes für Statistik aus und errechnete einen rentenausschliessenden Invaliditätsgrad von 33% (IV-act. 86-10 ff.). Auf die gegen diesen Entscheid erhobene Beschwerde trat das Bundesgericht mit Urteil vom 28. Februar 2013 nicht ein (IV-act. 93).

B.

B.a Im April 2013 informierte die IV-Stelle die Versicherte, dass sie das im März 2012 gestellte Gesuch nur prüfen könne, wenn eine wesentliche Veränderung des Invaliditätsgrades glaubhaft gemacht werde (vgl. IV-act. 96). Die Versicherte reichte daraufhin diverse Arztberichte ein und die IV-Stelle tätigte weitere Abklärungen. Im Juli



St.Galler Gerichte

2014 hielt der Regionale Ärztliche Dienst (RAD) fest, dass eine polydisziplinäre Verlaufsbegutachtung notwendig sei (vgl. IV-act. 153 f.).

B.b Im Frühjahr 2015 wurde die Versicherte durch das Zentrum für Interdisziplinäre Medizinische Begutachtungen (ZIMB) allgemeinmedizinisch, neurologisch, psychiatrisch und rheumatologisch begutachtet (IV-act. 159). Die Sachverständigen hielten im Gutachten vom 10. April 2015 als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ein chronifiziertes Ganzkörperschmerzsyndrom bei einer Polyarthrose, eine Periarthropathia humero-scapularis tendinotica rechts bei einer nachgewiesenen Totalruptur der Rotatorenmanschette sowie ein chronisches zervikal- und lumbalbetontes Panvertebralsyndrom fest. Ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit bestünden u.a. ein chronischer Kopfschmerz mit funktioneller Exazerbation bei Verdacht auf einen Medikamentenübergebrauch-Kopfschmerz (MOH), psychologische Faktoren und Verhaltensfaktoren bei andernorts klassifizierten Krankheiten (F54) sowie ein metabolisches Syndrom mit morbidem Adipositas, arterieller Hypertonie und Hypercholesterinämie (IV-act. 159-64). Die Gutachter hielten fest, dass aus rein internistischer Sicht keine Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit zu stellen seien. Limitierend seien vor allem die schwere Adipositas und die chronische Dekonditionierung, welche sich als Folge des chronischen Schonverhaltens entwickelt hätten (IV-act. 159-71 f.). In rheumatologischer Hinsicht wurde festgehalten, die Beschwerdeführerin habe sich gegen alle Untersuchungsbewegungen gewehrt. Die Bewegungseinschränkung der Schulter sei aufgrund der bildgebend nachgewiesenen Totalruptur der Supraspinatussehne nachvollziehbar. Auch die Knieschmerzen seien nachvollziehbar, wobei eine Gehstrecke von 30 Minuten nach wie vor möglich sei. Die leichten degenerativen Veränderungen der HWS und LWS mit starken Schmerzen stünden in Diskrepanz zu der recht ordentlichen Beweglichkeit der Gesamtwirbelsäule mit fehlenden neurologischen Ausfällen. Die Hyposensibilität auf der rechten Körperhälfte sei als funktionell anzusehen. In einer leidensadaptierten, körperlich leichten Tätigkeit sei der Versicherten aus rheumatologischer Sicht eine Arbeitsfähigkeit von 70% zumutbar (IV-act. 159-72). Aus neurologischer Sicht ergebe sich keine über die rheumatologisch begründete Arbeitsunfähigkeit hinausgehende Einschränkung. Bei der neurologischen Untersuchung hätten sich keine fokalneurologischen Defizite gefunden, welche von einer ausgeprägten Symptomausweitung mit einer Aggravation und einer eingeschränkten Kooperation



abzugrenzen seien. Insbesondere seien die diffuse Minderinnervation und die völlig unplausibel eingeschränkten Funktionen der Arme im Finger-Nase- und Finger-Folge-Versuch diskrepanz zu der symmetrischen Armbewegung beim Ent- und Bekleiden sowie beim Abstützen und Aufrichten aus dem Liegen. Die dauerhaft bestehende Kopfschmerzsymptomatik korreliere nicht mit nonverbalen Kopfschmerzzeichen. Eine symptomatische bzw. eine organische Genese der Kopfschmerzen habe sich auch aus den wiederholten Kernspintomographien nicht ergeben. Eine formale kognitive Testung erübrige sich aufgrund der massiven Symptomaggravation (IV-act. 159-72 f.). In psychiatrischer Hinsicht entsprächen die von der Versicherten beklagten Beschwerden, wie Ganzkörperschmerzen, Schlafstörungen, Vergesslichkeit, Ungeduld, Gereiztheit und Streitereien mit dem Ehemann sowie die negative Selbsteinschätzung, sich aufgrund von Schmerzen zu keiner Tätigkeit mehr in der Lage zu fühlen, einem dysfunktionalen Krankheitsverhalten mit massiver Symptomausweitung. Auch die von der Versicherten demonstrierten und nicht konsistent vorhandenen kognitiven Defizite seien nicht plausibel. Insgesamt könnten die demonstrierten Defizite nicht nachvollzogen werden. Eine psychiatrische Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit könne nicht gestellt werden. Die negative Selbsteinschätzung mit inkonsistenten Angaben, einer massiven Symptomausweitung mit Selbstlimitierung und diversen psychosozialen Problemen sei nicht krankheitswertig (IV-act. 159-73 f.). Zusammenfassend sei die Versicherte in ihrer zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Stanzerin seit der Knie-Operation im Jahr 2007 nicht mehr arbeitsfähig. In einer körperlich leichten, leidensadaptierten Verweistätigkeit sei sie zu 70% arbeitsfähig. Aus interdisziplinärer Sicht seien die Befunde in etwa gleich wie bei der letzten Begutachtung durch das ABI im Jahr 2009. Neue Diagnosen seien keine hinzugekommen (IV-act. 159-74 ff.).

B.c Mit Vorbescheid vom 28. April 2015 stellte die IV-Stelle der Versicherten die Abweisung des Leistungsbegehrens in Aussicht. Zur Begründung führte sie an, dass keine Verschlechterung des Gesundheitszustandes eingetreten sei. In einer adaptierten Tätigkeit werde eine Arbeitsfähigkeit von 70% bestätigt. Der Einkommensvergleich auf der Grundlage der LSE 2012 ergebe einen Invaliditätsgrad von 33% (IV-act. 164). Dagegen wandte die Versicherte am 2. und 17. Juni 2015 ein, dass sie Anrecht auf einen „Leidensabzug“ von 25% habe, da sie 61 Jahre alt, Ausländerin und praktisch Analphabetin sei. Da sie gezwungen sei, täglich 21 verschiedene Medikamente



St.Galler Gerichte

einzunehmen, sei sie sicherlich nicht arbeitsfähig. Die Auswirkungen ihrer Erkrankungen seien von den Gutachtern des ZIMB zu wenig berücksichtigt worden. Dem psychiatrischen Teilgutachten könne man nicht glauben. Sie leide zurzeit an einer schweren depressiven Episode (IV-act. 165-1 ff., 166). Ihrem Einwand legte die Versicherte zwei Berichte des Medizinischen Zentrums Löwenstrasse (MZL) vom 11. und 22. Mai 2015 bei. Darin hatten die Ärzte 25 verschiedene Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit festgehalten und im Wesentlichen ausgeführt, die Versicherte leide unter einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome (F33.2). Aus schmerztherapeutischer Sicht unter Berücksichtigung aller Facetten der Persönlichkeit sei die Versicherte zu 100% arbeitsunfähig. Aus psychiatrischer Sicht sei die Versicherte aufgrund der Diagnosen, der neuropsychologisch bestätigten Depression, des positiven und negativen Leistungsbildes sowie der Fremdanamnese zu 100% arbeitsunfähig. Zusammenfassend sei ihr somit keine Arbeit zuzumuten (IV-act. 165-32 ff., 167).

B.d Auf Rückfrage der IV-Stelle nahm die psychiatrische ZIMB-Gutachterin am 11. August 2015 zum Bericht des MZL vom 22. Mai 2015 Stellung (IV-act. 171). Sie führte aus, dass sämtliche von der Versicherten beklagten Beschwerden (u.a. Schmerzen, Gehschwierigkeiten, Schlafstörungen) Gegenstand der gutachterlichen Untersuchung gewesen seien. Das MZL stütze sich im Wesentlichen auf die subjektiven Angaben der Versicherten. Im Psychostatus würden überwiegend Befindlichkeitsstörungen der Versicherten zitiert. Hieraus werde die Diagnose einer schweren Depression abgeleitet. Die Diagnose werde nicht durch einen entsprechenden Befund erhärtet und sei entsprechend auch nicht nachvollziehbar. Die gutachterliche Beurteilung der Arbeitsfähigkeit ändere sich durch die Berichte des MZL nicht (IV-act. 171). Der RAD notierte am 4. September 2015, dass weiterhin auf das Gutachten des ZIMB abgestellt werden könne (IV-act. 172).

B.e Mit Verfügung vom 29. September 2015 wies die IV-Stelle das Leistungsbegehren der Versicherten wie angekündigt ab. Zum Einwand erwiderte sie, dass weiterhin auf das Gutachten des ZIMB vom April 2015 abgestellt werde. Gemäss der Stellungnahme der ZIMB-Gutachter vom August 2015 beruhe die psychiatrische Beurteilung des MZL vor allem auf den subjektiven Angaben der Versicherten (IV-act. 176).



C.

C.a Gegen diese Verfügung erhob die Versicherte am 28. Oktober 2015 Beschwerde. Sie beantragte die Aufhebung der Verfügung und die Zusprache einer ganzen Invalidenrente. In prozessualer Hinsicht ersuchte sie um Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung. Zur Begründung führte sie im Wesentlichen das bereits im Einwand Vorgebrachte an, wobei sie neu einen 50%igen „Leidensabzug“ geltend machte. Sie beantragte zudem sinngemäss eine erneute Begutachtung (act. G 1).

C.b Am 16. November 2015 notierte der RAD, dass dem Bericht des MZL vom 11. Mai 2015 keine medizinischen Aspekte entnommen werden könnten, welche nicht bereits im Gutachten des ZIMB abgehandelt worden seien. Dieser Bericht eigne sich ausserdem nicht für eine versicherungsmedizinische Beurteilung, da er aus Sicht der Schmerztherapeuten erstellt worden sei (IV-act. 180).

C.c Mit Beschwerdeantwort vom 1. Dezember 2015 beantragte die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde (act. G 5). Zur Begründung führte sie im Wesentlichen an, aus dem schlüssigen ZIMB-Gutachten gehe hervor, dass keine relevante Veränderung des Gesundheitszustandes seit der ABI-Begutachtung im September 2009 stattgefunden habe. Das Gutachten des ZIMB sei widerspruchsfrei und die Arbeitsfähigkeitsschätzung sei nachvollziehbar. Dagegen könne hinsichtlich der Beurteilung des MZL von einer objektiven Befunderhebung und einer lege artis erhobenen Diagnose keine Rede sein. Die offensichtlich gestützt auf eine falsche Diagnose abgegebene Arbeitsfähigkeitsschätzung sei haltlos. Es bestehe kein Anlass zur Durchführung eines neuen Einkommensvergleichs (act. G 5 S. 5).

C.d Am 7. Dezember 2015 bewilligte das Gericht das Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege (Befreiung von den Gerichtskosten) für das Beschwerdeverfahren (act. G 6).

C.e Mit Replik vom 20. Januar 2016 hielt die Beschwerdeführerin an ihren Anträgen fest (act. G 11). Die Beschwerdegegnerin verzichtete ihrerseits auf die Einreichung einer Duplik (vgl. act. G 13).



Erwägungen

1.

1.1 Die Beschwerdeführerin hat sich erstmals im April 2008 zum Bezug von IV-Leistungen angemeldet. Im November 2010 hat die Beschwerdegegnerin die Abweisung des Leistungsgesuchs verfügt. Die dagegen erhobene Beschwerde hat das Versicherungsgericht im November 2012 ebenfalls abgewiesen. Im März 2012, d.h. zwischen dem Erlass der Verfügung und dem abweisenden Entscheid des Versicherungsgerichtes, hat die Beschwerdeführerin die Beschwerdegegnerin unter Verweis auf einen neuen MRT-Bericht über eine „erhebliche Erweiterung“ ihrer Arbeitsunfähigkeit informiert (vgl. IV-act. 82). Die Beschwerdegegnerin hat die Beschwerdeführerin in der Folge informiert, dass sie auf das Gesuch nur eintreten könne, wenn eine wesentliche Veränderung des Invaliditätsgrades durch entsprechende Unterlagen glaubhaft gemacht werde. Sie hat die Beschwerdeführerin gleichzeitig dazu aufgefordert, das vollständig ausgefüllte Anmeldeformular nachzureichen (IV-act. 96). Die Beschwerdeführerin hat daraufhin die angeforderten Unterlagen, nicht jedoch das Anmeldeformular eingereicht. Die Beschwerdegegnerin hat die eingereichten Unterlagen dennoch geprüft und eine anspruchserhebliche Veränderung des Gesundheitszustandes als glaubhaft erachtet (vgl. IV-act. 99 ff.). Zu prüfen ist, ob diese Vorgehensweise der Beschwerdegegnerin als gesetzmässig zu qualifizieren ist. Dabei ist in erster Linie zu prüfen, ob sie zu Recht auf die Durchsetzung der Formularpflicht verzichtet hat. In zweiter Linie stellt sich die Frage, ob die Beschwerdegegnerin eine wesentliche Verschlechterung des Gesundheitszustands der Beschwerdeführerin zu Recht als glaubhaft erachtet hat.

1.2 Gemäss Art. 29 Abs. 1 ATSG hat sich eine Person, die Versicherungsleistungen beansprucht, beim zuständigen Versicherungsträger „in der für die jeweilige Sozialversicherung gültigen Form“ anzumelden. In der Invalidenversicherung werden dafür entsprechende amtliche Formulare bereitgestellt (vgl. Art. 65 Abs. 1 und 2 IVV; vgl. Art. 29 Abs. 2 ATSG). Art. 29 Abs. 3 ATSG regelt, dass auch bei einer nicht formgerechten oder bei einer unzuständigen Stelle eingereichten Anmeldung für die Einhaltung der Fristen und für die an die Anmeldung geknüpften Rechtswirkungen derjenige Zeitpunkt massgebend ist, in dem sie der Post übergeben oder bei der



unzuständigen Stelle eingereicht wird. Den Materialien zum ATSG ist in diesem Zusammenhang zu entnehmen, dass die Einreichung der Anmeldung in unzureichender Form oder bei der unzuständigen Stelle dem Versicherten keine fristenmässigen oder andere Nachteile bringen darf (BBI 1991 II 259). Eine nicht formgerechte Anmeldung ist damit nicht nichtig, sondern wird lediglich als mangelhaft qualifiziert, wobei sich die Mangelhaftigkeit für die versicherte Person nicht nachteilig auswirken darf. Vor diesem Hintergrund rechtfertigt es sich somit, immer dann von einer (Neu-)Anmeldung auszugehen, wenn sich die versicherte Person um Leistungen bemüht, d.h. wenn aus ihrer Eingabe ein Anmeldewillen abgeleitet werden kann. In der Praxis erhält der Versicherungsträger über das Anmeldeformular bereits zu Beginn eines möglichen Versicherungsfalls die wichtigsten Informationen über die sich anmeldende Person und deren Leistungsgesuch. Dies mag bei einer erstmaligen Anmeldung sinnvoll, wenn nicht gar notwendig erscheinen. Bei einer Neuanschuldung verfügt der Versicherungsträger jedoch bereits aus dem vorangegangenen Verfahren über die grundlegenden Angaben, welche mit dem Formular normalerweise erfragt werden. Dies macht das (erneute) Ausfüllen eines Anmeldeformulars bei einer erneuten Anmeldung in der Regel unnötig. Geht somit aus der Eingabe der versicherten Person – wie im vorliegenden Fall – der Wille hervor, sich erneut um Leistungen zu bemühen, sind keine plausiblen Gründe ersichtlich, weshalb der Versicherungsträger die zusätzlich erforderlichen Auskünfte im Rahmen seines Untersuchungsgrundsatzes (Art. 43 ATSG) nicht selbst einholen sollte. In einer solchen Situation wäre es als überspitzt formalistisch zu erachten, wenn auf die Ein- bzw. Nachreichung des Formulars beharrt würde. Entsprechend wird in der Verwaltungspraxis meist auch nicht darauf bestanden, dass die versicherte Person (erneut) ein Anmeldeformular ausfüllt. Die Beschwerdegegnerin hat somit trotz des fehlenden Anmeldeformulars zu Recht geprüft, ob eine anspruchserhebliche Veränderung glaubhaft gemacht wurde.

1.3 Gemäss Art. 87 Abs. 3 IVV wird auf eine neue Anmeldung nur eingetreten, wenn glaubhaft gemacht wird, dass sich der Grad der Invalidität in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert hat. Diese Bestimmung soll verhindern, dass sich der Sozialversicherungsträger nach vorangegangener rechtskräftiger Leistungsverweigerung immer wieder mit gleichlautenden und nicht näher begründeten, d.h. keine Veränderung des Sachverhalts darlegenden Gesuchen befassen muss (BGE 117 V 198 E. 4a mit Hinweis). Die Beschwerdeführerin hatte zur



Glaubhaftmachung einer gesundheitlichen Verschlechterung einen Bericht über die MRT Arthrographie des rechten Schultergelenks vom 22. Februar 2012 eingereicht. Das MRT hatte im Wesentlichen einen vollständigen Durchriss der Supraspinatussehne gezeigt. Das Versicherungsgericht hatte diesbezüglich bereits im Entscheid vom 19. November 2012 festgehalten, dass eine gegenüber der ABI-Begutachtung verschlechterte Situation vorliege. Im Sinne eines obiter dictums hatte es zudem ausgeführt, dass die Entwicklung in der rechten Schulter Anlass dafür sein könnte, sich erneut zum Bezug einer Invalidenrente anzumelden (vgl. IV 2011/20 E. 1.2.1). Damit durfte die Beschwerdegegnerin zu Recht davon ausgehen, dass eine erhebliche gesundheitliche Verschlechterung glaubhaft gemacht worden war. Sie ist somit zu Recht auf die Neuanmeldung eingetreten.

2.

2.1 Nachdem die Beschwerdegegnerin - zu Recht - auf die Neuanmeldung eingetreten ist, hat sie das Gesuch materiell geprüft und das Rentengesuch der Beschwerdeführerin abgewiesen. Allerdings hat die Beschwerdegegnerin ihre Abweisung ausschliesslich damit begründet, dass sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin seit der rechtskräftigen Abweisung des früheren Begehrens nicht in einer anspruchserheblichen Weise verschlechtert habe. Diese Begründung beruht auf der Rechtsprechung des Bundesgerichts, wonach bei einer erneuten Anmeldung nach einer vorausgegangenen rechtskräftigen Abweisung eines Rentenbegehrens geprüft werden muss, ob ein Revisionsgrund im Sinne von Art. 17 ATSG vorliegt (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 4. März 2015, 9C_9/2015). Mit einer Neu- bzw. Wiederanmeldung wird allerdings nicht eine Anpassung einer laufenden, formell rechtskräftig zugesprochenen Dauerleistung - und somit eine Revision im Sinne des Art. 17 Abs. 1 ATSG - angestrebt. Vielmehr zielt die erneute Anmeldung auf eine (erstmalige) Zusprache von Versicherungsleistungen ab. Art. 29 Abs. 1 ATSG unterscheidet weder nach seinem Wortlaut noch nach seinem Sinn und Zweck zwischen erstmaligen Anmeldungen und Neuanmeldungen. Diese Bestimmung muss notwendigerweise weit interpretiert werden, denn es ist generell die Aufgabe des Verwaltungsverfahrensrechts, möglichst allen Personen die Leistungen zu verschaffen, auf die sie materiell-rechtlich einen Anspruch haben. Dies geht der formellen Rechtskraft einer früheren Abweisung eines Leistungsbegehrens vor und zwingt den



Sozialversicherungsträger, auch eine Neuanmeldung materiell zu prüfen. Mit dieser Interpretation des Art. 29 Abs. 1 ATSG deckt sich der Umstand, dass mit einer formell rechtskräftigen Leistungszusprache ein schutzwürdiges Interesse des Bezügers an der Verbindlichkeit dieser Zusprache begründet wird, während mit der rechtskräftigen Abweisung eines Leistungsgesuches naturgemäss kein schutzwürdiges Interesse am Bestand dieser Entscheidung entsteht. Deshalb ist die uneingeschränkte Anwendung des Art. 29 Abs. 1 ATSG auch auf Neuanmeldungen aus vertrauensschutzrechtlicher Sicht völlig unproblematisch. Ein öffentliches Interesse an der Bindung an eine frühere rechtskräftige Abweisung eines Leistungsgesuches und damit an einen Ausschluss der Neuanmeldungen von der Anwendbarkeit des Art. 29 Abs. 1 ATSG ist nicht erkennbar, zumal dies dem Ziel der Ausrichtung von Sozialversicherungsleistungen an alle Berechtigten und damit dem Gleichbehandlungs- und dem Gesetzmässigkeitsgrundsatz zuwiderlaufen würde. Warum Personen, deren Leistungsgesuch früher formell rechtskräftig abgewiesen worden ist, so lange vom Leistungsbezug ausgeschlossen sein sollten, bis sich die der Abweisung zugrunde liegende Sachverhaltsprognose im Gefolge einer nachträglichen Sachverhaltsveränderung ex nunc als unrichtig erweist, ist demnach nicht einzusehen. Die analoge Anwendung des Art. 17 ATSG auf Neuanmeldungen ist gesetzwidrig, weil weder diese Bestimmung noch der Art. 29 Abs. 1 ATSG eine entsprechende ausfüllungsbedürftige Gesetzeslücke aufweisen. Der Art. 87 Abs. 3 IVV widerspricht diesem Interpretationsergebnis nicht, denn er dient ausschliesslich dem Zweck, die Erledigung repetitiver Neuanmeldungen gestützt auf Art. 29 Abs. 1 ATSG zu vereinfachen (vgl. vorstehend E. 1.3). Tritt der Versicherungsträger – wie vorliegend – somit auf eine Neuanmeldung ein, hat er das Gesuch gemäss der oben wiedergegebenen, vom Versicherungsgericht des Kantons St. Gallen in ständiger Praxis angewendeten Rechtsauffassung materiell wie eine erstmalige Anmeldung umfassend zu prüfen. Gegenstand des vorliegenden Verfahrens bildet somit die Frage, ob die Beschwerdeführerin einen Anspruch auf eine Invalidenrente hat.

2.2 Einen Rentenanspruch haben Versicherte, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wiederherstellen, erhalten oder verbessern können, während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40% arbeitsunfähig gewesen sind und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40% invalid



sind (Art. 28 Abs. 1 IVG). Invalidität ist gemäss Art. 8 Abs. 1 ATSG die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit. Erwerbsunfähigkeit ist der durch eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Gemäss Art. 28a Abs. 1 des IVG i.V.m. Art. 16 ATSG ist die Invalidität grundsätzlich durch einen Einkommensvergleich zu ermitteln. Dabei wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (zumutbares Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Einkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Valideneinkommen).

2.3 Um das Invalideneinkommen zu bestimmen und damit den Invaliditätsgrad bemessen zu können, muss die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers im Verfügungszeitpunkt feststehen.

2.3.1 Zur Beantwortung der Frage nach der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin hat die Beschwerdegegnerin bei der Begutachtungsstelle ZIMB ein polydisziplinäres Gutachten eingeholt (IV-act. 159). Dieses beruht auf fachärztlichen internistischen, psychiatrischen, neurologischen und rheumatologischen Untersuchungen und ist in Kenntnis der umfangreichen medizinischen Aktenlage (vgl. S. 2-27 des Gutachtens) erstellt worden. Entgegen der Ansicht der Beschwerdeführerin haben sich die Sachverständigen mit den von ihr geklagten Beschwerden auseinandergesetzt und detaillierte objektive Befunde erhoben. Sie haben ihre Diagnosen schlüssig begründet und eine überzeugende und nachvollziehbare Arbeitsfähigkeitsschätzung abgegeben. Die Gutachter haben in internistischer Hinsicht keine Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gestellt und vor allem die morbid Adipositas sowie die Dekonditionierung als Folge des chronischen Schon-verhaltens als limitierend erachtet. In rheumatologischer Hinsicht haben sie aufgrund der erhobenen Befunde insbesondere die Knieschmerzen und die Bewegungseinschränkung der Schulter als nachvollziehbar angesehen. Darüber hinausgehend haben sie notiert, dass sich die Beschwerdeführerin gegen alle Untersuchungsbewegungen gewehrt habe, und dass



die geklagten starken Ganzkörperschmerzen im Widerspruch zu den leicht degenerativen Veränderungen der HWS und LWS und der Beweglichkeit der Gesamtwirbelsäule stünden. Insgesamt haben sich somit aus rheumatologischer Sicht trotz der geklagten Beschwerden nur leichte Einschränkungen objektivieren lassen. Vor diesem Hintergrund überzeugt die rheumatologische Schlussfolgerung, dass die Beschwerdeführerin in leidensangepassten Tätigkeiten zu 70% arbeitsfähig ist. In neurologischer Hinsicht haben die Gutachter keine fokalneurologischen Defizite feststellen können. Vielmehr ist auch aus neurologischer Sicht eine eingeschränkte Kooperation und darüber hinaus eine massive Symptomaggravation festgehalten worden. Damit ist plausibel, dass die Gutachter aus neurologischer Sicht keine über die rheumatologisch begründete Arbeitsunfähigkeit hinausgehende Einschränkung attestiert haben. Schliesslich hat auch der psychiatrische Gutachter keine Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gestellt, sondern im Wesentlichen das bereits anlässlich der letztmaligen Begutachtung im Jahr 2009 beschriebene dysfunktionale Krankheitsverhalten mit massiver Symptomausweitung und Selbstlimitierung sowie diverse psychosoziale Probleme festgehalten.

2.3.2 Entgegen der Ansicht der Beschwerdeführerin vermögen die Berichte des MZL die plausiblen Diagnosen und die überzeugende Arbeitsfähigkeitsschätzung der ZIMB-Gutachter nicht in Frage zu stellen. Aus den Berichten des MZL ergeben sich keine Gesichtspunkte, die von den Gutachtern des ZIMB ausser Acht gelassen worden wären. Die Ärzte haben im Rahmen der interdisziplinären Schmerzbehandlung nicht weniger als 25 verschiedene Diagnosen festgehalten und jeder Diagnose ohne nähere Begründung einen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit beigemessen. Zwar haben sie ebenfalls gewisse Diskrepanzen im Verhalten der Beschwerdeführerin festgehalten und u.a. beschrieben, dass sich die Beschwerdeführerin ausserhalb der Untersuchungssituation wesentlich freier bewegt habe und, dass sich die Notwendigkeit für das Gehen mit einem Stock nicht habe erklären lassen. Die Ärzte sind allerdings nicht weiter auf diese Widersprüche eingegangen, sondern sie haben der Beschwerdeführerin „aus schmerztherapeutischer Sicht“ eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit attestiert. Auch in psychiatrischer Hinsicht sind hauptsächlich Befunde und Diagnosen aufgelistet und weder die Diagnosestellung noch die Arbeitsfähigkeitsbeurteilung plausibel begründet worden. Wie die ZIMB-Gutachter auf Rückfrage der Beschwerdegegnerin zu Recht festgehalten haben, haben sich die Ärzte



bzw. der Psychologe des MZL im Wesentlichen auf die subjektiven Angaben der Beschwerdeführerin gestützt und diese weder hinterfragt noch objektiviert. Anzumerken bleibt, dass der RAD die gutachterlichen Schlussfolgerungen ebenfalls als schlüssig qualifiziert hat.

2.3.3 Zusammenfassend ist gestützt auf das ZIMB-Gutachten mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin in ihrer angestammten Tätigkeit als Stanzerin seit dem Jahr 2007 nicht mehr arbeitsfähig ist. In einer körperlich angepassten Tätigkeit besteht aufgrund der rheumatischen Beschwerden eine 70%ige Arbeitsfähigkeit.

3.

Die Beschwerdegegnerin hat bei der Invaliditätsbemessung auf die im gerichtlichen Entscheid vom 19. November 2012 ermittelten Vergleichseinkommen abgestellt und beim Invalideneinkommen einen Tabellenlohnabzug von 10% berücksichtigt (IV-act. 86-15, 163). Vorliegend ergeben sich aus den Akten keine Hinweise darauf, dass sich die Erwerbsverhältnisse der Beschwerdeführerin zwischenzeitlich verändert hätten. Da davon auszugehen ist, dass sich Validen- und Invalideneinkommen in etwa gleich entwickeln, kann auf eine (zahlenmässige) Teuerungsanpassung verzichtet werden. Da sich auch der Arbeitsfähigkeitsgrad der Beschwerdeführerin nur leicht verändert hat, sind entgegen der Ansicht der Beschwerdeführerin auch keine Gründe ersichtlich, weshalb ein höherer Tabellenlohnabzug als 10% zu gewähren wäre. Anzumerken bleibt, dass die Beschwerdegegnerin bei der Berechnung versehentlich von einem Arbeitsfähigkeitsgrad von 75% statt 70% ausgegangen ist und gestützt darauf einen Invaliditätsgrad von 33% errechnet hat (IV-act. 163, 176). Im Ergebnis ändert sich dadurch nichts; bei korrekter Berechnung ergibt sich ebenfalls ein nicht rentenbegründender Invaliditätsgrad (von 37% $[100\% - 70\% \times 0.90]$). Die Beschwerdeführerin hat demnach (weiterhin) keinen Anspruch auf eine Invalidenrente.

4.

4.1 Nach dem Gesagten 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 bis IVG). Eine Gerichtsgebühr von Fr. 600.-- erscheint in der vorliegend zu beurteilenden Angelegenheit als angemessen. Dem Ausgang des Verfahrens entsprechend ist diese der unterliegenden Beschwerdeführerin aufzuerlegen. Zuzufolge unentgeltlicher Rechtspflege ist die Beschwerdeführerin von der Bezahlung zu befreien. Eine Partei, der die unentgeltliche Rechtspflege gewährt wurde, ist zur Nachzahlung der Gerichtskosten verpflichtet, sobald sie dazu in der Lage ist (Art. 123 ZPO i.V.m. Art. 99 Abs. 2 VRP).

Entscheid

im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP

1.

Die Beschwerde wird abgewiesen.

2.

Die Beschwerdeführerin wird zuzufolge unentgeltlicher Rechtspflege von der Bezahlung der Gerichtskosten von Fr. 600.-- befreit.