



Fall-Nr.: IV 2018/377
Stelle: Versicherungsgericht
Rubrik: IV - Invalidenversicherung
Publikationsdatum: 19.09.2019
Entscheiddatum: 16.07.2019

Entscheid Versicherungsgericht, 16.07.2019

Art. 87 Abs. 2 und 3 IVV, Eintreten auf eine Neuanmeldung (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 16. Juli 2019, IV 2018/377).

Entscheid vom 16. Juli 2019

Besetzung

Präsident Ralph Jöhl, Versicherungsrichterinnen Monika Gehrler-Hug und Karin Huber-Studerus; Gerichtsschreiberin Viviane Kull

Geschäftsnr.

IV 2018/377

Parteien

A.____,

Beschwerdeführer,

gegen

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

Beschwerdegegnerin,

Gegenstand



Rente (Nichteintreten)

Sachverhalt

A.

A.a A.____ meldete sich im August 2002 unter Angabe eines Rückenleidens erstmals bei der IV-Stelle des Kantons St. Gallen zum Bezug von Leistungen der Invalidenversicherung (IV) an (IV-act. 1). Im Auftrag der IV-Stelle wurde im August 2003 ein interdisziplinäres Gutachten erstellt (IV-act. 27). Die Gutachter hielten im Wesentlichen fest, der Versicherte leide an einem chronischen thorako-lumbospondylogenen Syndrom rechts (ICD-10 M54.4) sowie an einer chronischen Periarthropathia humeroscapularis tendinopathica rechts (M75.0). Sie attestierten in einer leichten bis mittelschweren Tätigkeit eine 100%-ige Arbeitsfähigkeit (IV-act. 27-16 ff.). Gestützt auf diese Beurteilung verneinte die IV-Stelle den Rentenanspruch und wies das Leistungsbegehren mit Verfügung vom 28. Januar 2004 ab (IV-act. 36). Der Versicherte zog die dagegen erhobene Einsprache am 15. Juli 2004 zurück (IV-act. 47).

A.b Im April 2006 stellte der Versicherte unter Angabe eines psychischen Leidens erneut ein Gesuch um IV-Leistungen (IV-act. 54). Im Auftrag der IV-Stelle wurde im September 2006 ein psychiatrisches Verlaufsgutachten erstellt. Der Gutachter hielt fest, dass dem Versicherten die bisherige Tätigkeit zu 100% zumutbar sei (IV-act. 69). Die IV-Stelle wies das Leistungsbegehren mit Verfügung vom 8. Januar 2007 ab (IV-act. 78). Das Versicherungsgericht des Kantons St. Gallen wies die vom Versicherten dagegen erhobene Beschwerde mit Entscheid vom 17. Juli 2008 ab (IV-act. 94). Der Entscheid erwuchs unangefochten in Rechtskraft.

A.c Am 27. Juni 2011 meldete sich der Versicherte wiederum zum Bezug von IV-Leistungen an. Er gab an, unter Kopf-, Nacken- und Rückenschmerzen sowie Bewegungseinschränkungen und Missempfindungen zu leiden (IV-act. 99). Die IV-Stelle trat mit Verfügung vom 16. Dezember 2011 mangels Glaubhaftmachung einer wesentlichen Veränderung der tatsächlichen Verhältnisse nicht auf das Leistungsbegehren ein (IV-act. 125). Das Versicherungsgericht hiess die vom



St.Galler Gerichte

Versicherten dagegen erhobene Beschwerde mit Entscheid vom 22. November 2012 gut, hob die Verfügung vom 16. Dezember 2011 auf und wies die Sache zur materiellen Prüfung an die IV-Stelle zurück (IV-act. 140).

A.d Die IV-Stelle beauftragte in der Folge die Medizinische Abklärungsstelle Z.____ mit der Vornahme einer polydisziplinären Begutachtung des Versicherten (internistisch, rheumatologisch, psychiatrisch; IV-act. 177). Im Gutachten vom 27. Oktober 2013 nannten die Gutachter im Wesentlichen folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (vollständige Liste siehe IV-act. 186-59 f.):

- Chronisch subjektiv erlebtes Halbkörpersyndrom rechts, aus rheumatologischer Sicht nicht in allen Aspekten spezifisch zuordenbar (IDC-10 M79), bestehend seit mehr als zehn Jahren;
- Psychologische und Verhaltensfaktoren bei andernorts klassifizierten Krankheiten, im Erscheinungsbild einer Anpassungsstörung mit Beeinträchtigung von gemischten Gefühlen (reaktive Depression, Sorge, Anspannung, Ärger) entsprechend, differentialdiagnostisch Entwicklung körperlicher Symptome aus psychischen Gründen/ Rentenbegehrlichkeit (ICD-10 F54) (erscheinungsmässig F43.23, differentialdiagnostisch F68), sich entwickelnd in den letzten 10 Jahren.

Als Diagnosen ohne wesentliche Einschränkung der Arbeitsfähigkeit gaben die Gutachter an:

- Metabolisches Syndrom
- Diabetes mellitus Typ II, ungenügend eingestellt
- Arterielle Hypertonie, nicht medikamentös behandelt
- Adipositas mit BMI 28,4
- Zustand nach Klavikulafraktur 1979 (laut Akten)



Die Gutachter hielten fest, aus internistischer Sicht bestünden keine Einschränkungen und Krankheiten, die einen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit des Versicherten hätten (IV-act. 186-65). Aus rheumatologischer Sicht liessen sich die vom Versicherten geschilderten Beschwerden und die erhobenen Untersuchungsbefunde keinem systemisch-entzündlichen und keinem systemisch-metabolischen rheumatologischen Grundleiden des Bewegungsapparates zuordnen. Es bestehe einerseits ein Zustand nach HWS-Operation, andererseits ein Zustand nach Schulteroperation links. Ein vormals aktives lumbovertebrales Syndrom erlange keine weitere Relevanz mehr. Die im Verlauf wiederholt veranlassten, umfassenden radiologischen Bildgebungen lieferten keine Veränderungen, die das Beschwerdebild umfassend erklären könnten. Die Anteile des zervikalen und zervikozephalen Syndroms seien bei vier von fünf positiven Waddell-Zeichen sowie bei Auffälligkeiten und Diskrepanzen überwiegend funktionell und unspezifisch. Etwas differenzierter könne man eine AC-Gelenksreizung rechts mit einer leichten subakromialen Impingement-Reizung rechts eingrenzen. Diese könne im Sinne einer Periarthropathia humeroscapularis mit AC-Gelenksarthrose rechts bestätigt werden. Die vor 10 Jahren erkannten, frakturäquivalenten Veränderungen des BWK12 und LWK1 seien damals bereits umfassend abgeklärt worden, wobei keine Osteoporose-Situation habe bestätigt werden können. In der aktuellen Expertise hätten sich keine Hinweise für ein solches aktives Geschehen mehr gefunden. Aus versicherungsmedizinischer Sicht erlange dieser Zustand des thorakolumbalen Übergangs keine weitere Bedeutung mehr. Bei etwas diffusen Angaben von Taubheits- und Einschlafgefühlen in der Hohlhand rechts habe man ein angedeutet positives Tinel-Zeichen feststellen können, welches jedoch vorerst keine weitere Bedeutung erlange. In der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Maschinenführer in einer Papierfabrik sei der Versicherte aus rheumatologischer Sicht, bezogen auf den Bewegungsapparat, nicht mehr arbeitsfähig. Diese Tätigkeit erfordere "Zwangshaltungen" und ergonomisch ungünstige Haltungen. Auch mit Auslotung sämtlicher Hilfsmittel oder Arbeitsplatzmassnahmen wäre die Situation wohl nicht genügend besserbar. In einer geeigneten Verweistätigkeit sei er zu mindestens 80% arbeitsfähig, dies bei einem zeitlich vollen Arbeitspensum. Aufgrund eines vermehrten Pausenbedarfs, eines verlangsamten Arbeitstempos oder der Einhaltung ergonomischer Empfehlungen könnte eine Einschränkung der Leistungsfähigkeit resultieren, welche allerdings maximal 20% betrage (IV-act. 186-64 f., 186-82 f.). Die psychiatrische Abklärung habe



keine Hinweise auf das Vorliegen einer ernsthaften psychiatrischen Erkrankung oder psychischen Störung mit Krankheitswert und Relevanz für die Beurteilung der Leistungsfähigkeit aufgezeigt (IV-act. 186-65). Bei der Befunderhebung habe eine chronische emotionale depressive Verstimmung mit vornehmlicher Traurigkeit im Vordergrund gestanden. Ursächlich dafür seien vor allem die vom Versicherten beklagten Schmerzzustände gewesen. Der Versicherte erlebe sich demgegenüber als hilflos. Daneben hätten sich Tendenzen zum sozialen Rückzug, eine allgemeine Lust- und Freudlosigkeit sowie Schlafstörungen, die aber vornehmlich schmerz- und nicht depressionsbedingt seien, gefunden. Zentrale depressive Symptome wie bei einer major depression fänden sich aktuell nicht; insbesondere lägen keine Antriebsstörung mit Antriebshemmung oder -schwäche, keine bedeutsam verminderten Selbstwert- oder Insuffizienzgefühle, keine bedeutsame Verarmung, Verflachung oder Labilität des affektiven Erlebens, keine Denkstörungen (kreisendes Grübeln oder wahnhaftes Denken), keine depressionsbedingte Tagesschwankungen der Befindlichkeit, keine Schuldgefühle, keine bedeutsame Hoffnungslosigkeit, keine wirkliche Beeinträchtigung der Alltagsbewältigung und auch kein Mangel an Krankheitsgefühl/ Krankheitseinsicht vor. Die vom Versicherten beklagten kognitiven Einschränkungen (Konzentrationsmangel, Vergesslichkeit) seien durch die klinische Untersuchung nicht bestätigt worden. Die Untersuchung habe auch keine Hinweise auf das Vorliegen psychotischer Erlebnisse ergeben. In der Persönlichkeit des Versicherten hätten sich sodann keine Auffälligkeiten gefunden. Ausser den somatischen Krankheiten lägen keine schwerwiegenden psychosozialen Belastungen vor (psychiatrisches Teilgutachten vom 23. Juli 2013, IV-act. 186-107 ff.). Das Vorliegen einer depressiven Störung im Sinne einer major depression (ICD-10 F32/F33) oder einer chronischen depressiven Störung im Sinne einer Dysthymia habe folglich ausgeschlossen werden können. Eine somatoforme Schmerzstörung könne diagnostisch nicht bestätigt werden. Vielmehr bestehe beim Versicherten auf verschiedenen Ebenen ein gewisser manipulativer Eindruck, der an eine Rentenbegehrlichkeit erinnere. Die gestellte Diagnose gemäss ICD-10 F54 mit im Vordergrund stehenden, nicht schwerwiegenden depressiven Symptomen, führe nicht per se zu einer Einschränkung der Leistungsfähigkeit der betroffenen Personen. Ein jahrelanger Beschwerdeverlauf mit Progredienz der Beschwerden könne aber geeignet sein, die willentliche Überwindbarkeit im genannten Kontext abzuschwächen. Beim Versicherten sei davon



auszugehen, dass durch das depressive Erscheinungsbild das Schmerzerleben verstärkt und so vor allem im qualitativen Leistungsbereich eine Leistungseinbusse resultiere. Diese werde als leicht eingestuft und liege bei maximal 20% der noch erhaltenen Restleistungsfähigkeit aus anderen Ursachen. Die Einschränkung der Leistungsfähigkeit betreffe alle Tätigkeitsbereiche, da die psychische Beeinträchtigung und nicht die Arbeitsplatzsituation für die Leistungseinbusse verantwortlich sei (IV-act. 186-65 ff.). Aus interdisziplinärer Sicht sei davon auszugehen, dass dem Versicherten eine angepasste, leichte und wechselbelastende Tätigkeit ganztags zumutbar sei, wobei eine Leistungseinschränkung von maximal 20% bestehe. Die Leistungseinschränkungen aus dem psychiatrischen und rheumatologischen Gebiet kumulierten sich nicht, da es sich nicht um eine Einschränkung der Arbeitszeit, sondern um eine verminderte Leistungsfähigkeit handle (IV-act. 186-67). Die Leistungseinschränkung könne mit einer ambulanten psychiatrischen Therapie und einer Physiotherapie relevant beeinflusst und allenfalls auf 0% reduziert werden (IV-act. 186-71).

A.e Mit Vorbescheid vom 17. Januar 2014 stellte die IV-Stelle dem Versicherten die Abweisung des Leistungsbegehrens in Aussicht (IV-act. 197). Der Versicherte erhob dagegen einen Einwand (IV-act. 199, 201). Er reichte folgende medizinische Unterlagen ein: Operations- und Austrittsbericht des Spitals B.____ vom 1. Mai 2014 betreffend Operation an der Schulter rechts vom 29. April 2014 (IV-act. 204-4 f.), Bericht der Klinik C.____ vom 13. Juni 2014 betreffend Kontrolle der Schulter rechts (IV-act. 204-5), Attest von Dr. med. D.____, FMH Physikalische Medizin und Rehabilitation, vom 28. Oktober 2014 (IV-act. 212) und vom 11. Mai 2015 (IV-act. 227-8 f.) betreffend die Diagnose Cervicocraniales und -spondylogenes Schmerzsyndrom beidseits sowie Bericht von Dr. med. E.____, FMH Radiologie, vom 6. Mai 2015 betreffend Arthro-CT rechtes Schultergelenk (IV-act. 227-10). Die IV-Stelle erhob weitere Informationen und Unterlagen bei Dr. D.____ (IV-act. 214) und bei der Klinik C.____ (IV-act. 217).

A.f Mit Verfügung vom 26. Juni 2015 wies die IV-Stelle das Leistungsbegehren ab (IV-act. 229). In der Begründung führte sie insbesondere aus, dass seit dem Vorbescheid vom 17. Januar 2014 keine erhebliche und anhaltende Verschlechterung des Gesundheitszustands eingetreten sei, welche sich auf die Arbeitsfähigkeit auswirke. Der Invaliditätsgrad betrage 20%. Der Versicherte erhob dagegen Beschwerde (IV-



act. 234). Er reichte einen CT-Bericht der Brustwirbelsäule (BWS) und der Lendenwirbelsäule (LWS) von F.____, FMH Radiologie, vom 30. Oktober 2015 sowie ein ärztliches Attest von Dr. D.____ vom 3. November 2015 ein (IV-act. 242). F.____ stellte in seinem CT-Bericht zuhanden von Dr. D.____ eine Hyperkyphosierung der oberen BWS bei Steilhaltung im mittleren BWS-Bereich, multisegmentale Osteochondrosen der mittleren/unteren LWS mit begleitender Spondylosis deformans, eine harmonische LWS-Lordose sowie eine angedeutete keilförmige Deformierung von LWK 1, degenerativer Genese, fest. Eine Fraktur sei nicht nachweisbar. Des Weiteren bestünden eine linkslaterale Diskushernie BWK 10/11 und hypertrophe Spondylarthrosen LWK 5/SWK 1 (IV-act. 244-3). Dr. D.____ führte im Attest vom 3. November 2015 als Diagnosen ein Thorakovertebralsyndrom bei Diskushernie Th10/11 und multisegmentaler Degeneration (siehe CT vom 30. Oktober 2015), ein cervicocraniales und -spondylogenes Schmerzsyndrom beidseits, eine Wurzelreizsymptomatik L5 rechts bei Diskushernie rechts medio-lateral L5/S1 sowie ein Impingement rechts mit Partialruptur Supraspinatus und Subscapularissehne, AC-Gelenkarthrose, Hill-Sachs-Defekt und Status nach OP am 29. April 2014 auf. Sie notierte, der Versicherte berichte aktuell über einen seit Monaten bestehenden stechenden Schmerz im unteren Brustwirbelbereich sowie über Rotationsschmerz. Die Gehstrecke sowie die Stehfähigkeit seien eingeschränkt. An der unteren Brustwirbelsäule bestehe ein massiver Klopf- und Ausstrahlungsschmerz in das rechte Bein. Im Verlauf der Jahre nach der Spondylodese der Halswirbelsäule (HWS) sei eine starke Zunahme der Einschränkungen der HWS-Beweglichkeit und eine Schmerzzunahme zu verzeichnen. Dies decke sich mit den zunehmenden degenerativen Veränderungen in den letzten 2 Jahren. Insbesondere die degenerativen Veränderungen auf fast allen Etagen der HWS und jeweils auf beiden Seiten hätten zu einer massiven Schmerzproblematik geführt. Die Beschwerden der Schulter hätten durch die Schulteroperation am 29. April 2014 nur kurzzeitig reduziert werden können. Trotz multimodaler Schmerztherapie mittels Medikation, Physiotherapie und Infiltrationen sei keine Verbesserung erreicht worden. Die Arbeitsfähigkeit betrage maximal 30%, mithin 2-3 Stunden täglich mit einer Pause von 10 Minuten nach jeder Arbeitsstunde. Wechselbelastende Tätigkeiten ohne Tragen und Heben von Gewichten sowie ohne Zwangshaltungen seien notwendig. Stark repetitive Tätigkeiten seien zu vermeiden (IV-act. 244-1 f.).



A.g Das Versicherungsgericht wies die Beschwerde mit Entscheid vom 29. November 2017 ab (IV-act. 247). Es hielt insbesondere fest, dass keine Hinweise bestünden, die Zweifel an den gutachterlichen Schlussfolgerungen wecken würden (IV 2015/259, E. 2.2.3). Der Zustand der rechten Schulter habe im Verfügungszeitpunkt mindestens dem Zustand im Begutachtungszeitpunkt entsprochen bzw. die rechte Schulter habe sich infolge der durchgeführten Operation (zwischenzeitlich) sogar verbessert (E. 2.3.3). In Bezug auf die von Dr. D.____ in den Attesten vom 28. Oktober 2014 und vom 11. Mai 2015 angegebenen lumbalen Rückenschmerzen (vgl. IV-act. 212, 227-8 f.) sei darauf hinzuweisen, dass das Lumbovertebralsyndrom im Zeitpunkt der Z.____-Begutachtung inaktiv gewesen sei. Dass sich die Rückenproblematik in den knapp zwei Jahren zwischen der Begutachtung und dem Erlass der Verfügung im vom Beschwerdeführer geklagten Ausmass verschlechtert habe, sei nicht belegt. Eine objektive Verschlechterung der Rückenproblematik sei nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit gegeben (E. 2.3.4). Der Entscheid erwuchs unangefochten in Rechtskraft.

B.

B.a Mit Schreiben vom 12. Januar 2018 meldete der Versicherte der IV-Stelle eine Verschlechterung seines Gesundheitszustands unter Beilage eines Attests von Dr. D.____ vom 11. Januar 2018 (IV-act. 249, 250). Das auf den 30. Januar 2018 datierte Anmeldeformular für berufliche Integration/Rente reichte er nach. Er gab an, unter Rückenschmerzen zu leiden; die Halswirbelsäule und die Wirbel 11 und 12 würden starke Schmerzen erzeugen (IV-act. 255). Eine am 4. Januar 2018 von Dr. med. G.____, FMH Radiologie, durchgeführte CT der HWS/BWS/LWS ergab in Bezug auf die HWS eine nach wie vor linksforaminale Enge mit möglicher Reizung der C5-Wurzel. Dr. G.____ notierte, eine Spinalkanalstenose sei nicht nachzuweisen. Nach wie vor bestünden mehrsegmentale degenerative Veränderungen. In Bezug auf die BWS und LWS gebe es keinen Hinweis auf das Vorliegen einer Spinalkanalstenose oder einer neuroforaminalen Neurokompression. An der LWS bestünden leichte degenerative Veränderungen bei gering ausgeprägter Facettengelenkarthrose auf Höhe LWK 4/5 sowie LWK 5/SWK 1. Auf Höhe BWK 10/11 bestehe eine unveränderte gering ausgeprägte Osteochondrose mit Retrospondylophyten (IV-act. 251). Dr. D.____ führte im Attest vom 11. Januar 2018 dieselben Diagnosen wie im Attest vom 3. November



St.Galler Gerichte

2015 (vgl. act. 244-1 f.) auf. Zusätzlich nannte sie eine Tendovaginitis stenosaans Dig. III rechts. In Bezug auf das Thorakovertebralsyndrom bei Diskushernie Th10/11 und multisegmentaler Degeneration ergänzte sie das Bestehen von Retrospondylophyten Th10/11. Zudem präziserte sie, dass es sich bei der Wurzelreizsymptomatik L5 rechts bei einer Diskushernie rechts medio-lateral L5/S1 um ein intermittierendes Radikulärsyndrom handle und dass das Impingement rechts die rechte Schulter betreffe. In Bezug auf den Verlauf und die Arbeitsunfähigkeit wiederholte sie die Ausführungen im Attest vom 3. November 2015. Zusätzlich führte sie aus, der Versicherte habe seit Februar 2017 einen stechenden Schmerz im unteren Brustwirbelbereich. Er leide zunehmend an Schlafstörungen und an Schwindel und Herzrasen bei den Schmerzattacken. Die Gehstrecke betrage maximal 30 Minuten, die Stehfähigkeit maximal 10 Minuten (IV-act. 250).

B.b Am 7. Februar 2018 hielt der Regionale Ärztliche Dienst (RAD) fest, dass sich Dr. D.____ im Wesentlichen auf die Angaben des Versicherten abgestützt und nicht hinterfragt habe, ob diese der objektiven Situation entsprächen. Auch der Befund der Bildgebung sei nicht geeignet, eine Verschlechterung des Gesundheitszustands glaubhaft zu machen (IV-act. 258).

B.c Mit Vorbescheid vom 8. Februar 2018 stellte die IV-Stelle dem Versicherten das Nichteintreten auf das Leistungsbegehren in Aussicht. Als Begründung hielt sie fest, der Versicherte habe nicht glaubhaft dargelegt, dass sich die tatsächlichen Verhältnisse seit der letzten Verfügung vom 26. Juni 2015 wesentlich verändert hätten (IV-act. 261). Der Versicherte erhob dagegen einen Einwand (IV-act. 263). Dr. med. H.____, Facharzt Neurochirurgie/Schmerztherapie, nannte in seinem Bericht vom 26. April 2018 die Diagnosen Status nach ACIF-Operation C6/7 (ca. 2009 fecit Dr. I.____) mit einer aktuell deutlichen Anschlusspathologie C4/5 mit einer links betonten Foraminalstenose, Facettengelenksarthrosen und einer Spontanfusion C5/6, ein unklarer rechts betonter Schmerz am thorakolumbalen Übergangsbereich, ein Status nach LWK1-Fraktur traumatisch sowie einen Verdacht auf Spinalkanalstenose Th 10/11 und möglich Th 11/12. Er hielt fest, dass der Hauptschmerz aktuell eher im thorakolumbalen Übergangsbereich als im Bereich der HWS liege. In Bezug auf die HWS sei die Kraft grobkursorisch unauffällig. Das Spurling-Manöver links sei negativ und rechts nicht durchführbar gewesen. Wenn der Patient versucht habe, den Arm seitlich



wegzustrecken, sei es zu einem Tremor und Blockade gekommen. Eine Reklination sei praktisch nicht möglich gewesen. Die Kopffrotation sei beidseitig schmerzhaft gewesen. Der Kinn-Sternum-Abstand habe 2 cm betragen. In Bezug auf die BWS/LWS habe ein deutlicher Klopfeschmerz im BWS/LWS-Übergangsbereich bestanden. Sowohl die Reklination als auch die Inkliniation sei schmerzhaft gewesen. Eine radikuläre Schmerzkomponente habe nicht bestanden. Um mehr Klarheit zu schaffen, werde er ein MRI des thorakolumbalen Übergangs und der HWS machen (IV-act. 264-4 f.). In seinem Bericht vom 7. Mai 2018 hielt Dr. H.____ fest, dass das MRI der HWS vom 27. April 2018 eine breitbasige Protrusion C4/5 aufgezeigt habe. Das Myelon werde erreicht, es sei leicht abgeflacht. Es bestehe keine eigentliche Kompression und nur eine sehr diskrete Spinalkanaleinengung und foraminale Einengung. Das MRI der LWS (inklusive thorakolumbalen Übergang) vom 30. April 2018 habe eine ausgeheilte ältere LWK1-Fraktur gezeigt. Das Alignment sei leicht verändert mit vermehrter Kyphosierung. Die in der CT-Untersuchung unklare Region sub Th9 bis zum thorakolumbalen Übergang präsentiere sich im Wesentlichen unauffällig. Es bestehe der Verdacht auf einen Status nach Morbus Scheuermann sowie auf eine diskrete Segmentdegeneration L5/S1 mit Facettengelenksarthrosen und beidseitiger leicht links betonter Rezessalstenose. Zusammenfassend sei zu sagen, dass weder für die Symptomatik im Bereich der HWS noch im Bereich der unteren Extremitäten eine wegweisende Pathologie vorliege. Er sehe in der jetzigen Situation keine Behandlungsmöglichkeit (IV-act. 264-2 f.). Dr. med. J.____, FMH Allgemeine Innere Medizin, hielt im Schreiben vom 17. Mai 2018 zuhanden der IV-Stelle fest, die Berichte von Dr. H.____ dokumentierten die Komplexität der angegebenen Beschwerden bzw. die Schwierigkeit, die Symptome zu objektivieren oder die Situation des Versicherten umfassend und sachgerecht zu beurteilen. Der Versicherte berichte zudem über Stürze. Diese seien neu und aufgrund der Beschreibung nicht auf ein epileptogenes Geschehen zurückzuführen, sondern träten vielmehr im Sinne eines massiven plötzlichen Einknickens aufgrund von Bewegungsapparats-Beschwerden auf. Zusammenfassend komme er zum Schluss, dass neue Beschwerden zwar vorhanden, aber nicht ausreichend dokumentierbar seien (IV-act. 264-1).

B.d Der RAD notierte am 19. Juni 2018, dass sich gemäss den Berichten von Dr. H.____ und Dr. J.____ die vom Versicherten vorgetragene subjektiven Angaben und Beschwerden eindeutig nicht objektivieren liessen. Somit bleibe es dabei, dass keine



St.Galler Gerichte

Veränderung des Gesundheitszustandes mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit seit der Referenzsituation glaubhaft gemacht worden sei (IV-act. 265-3).

B.e Die IV-Stelle trat mit Verfügung vom 19. Juni 2018 mangels Glaubhaftmachung einer wesentlichen Veränderung der tatsächlichen Verhältnisse nicht auf das Leistungsbegehren ein (IV-act. 267).

B.f Am 27. August 2018 meldete sich der Versicherte erneut für Leistungen der beruflichen Integration/Rente an. Er gab an, unter rheumatologischen und psychischen Beeinträchtigungen zu leiden (IV-act. 272). Dr. J.____ hielt im Bericht vom 3. August 2018 das Bestehen einer Cervicalgie, einer Lumbago am thoracolumbalen Übergang sowie eine Periarthropathie der rechten Schulter fest. Er stellte eine konzise Beschwerdeschilderung mit objektivierbaren degenerativen Veränderungen fest. Bezogen auf den Bewegungsapparat sei der Versicherte im ursprünglichen Beruf nicht arbeitsfähig. Auch in einer leichten Verweistätigkeit sei er, unter Berücksichtigung der psychischen Komponente, nicht mehr arbeitsfähig. Streng rheumatologisch-theoretisch sei eine sehr leichte, wechselbelastende Verweistätigkeit mit idealer Arbeitsplatzergonomie unter einer verminderten Leistungsfähigkeit um 25-50% denkbar (IV-act. 268). Dr. med. K.____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, nannte im Bericht vom 15. August 2018 folgende Diagnosen: Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10 F33.1), chronische Schmerzstörung (mit somatischen und psychischen Faktoren, ICD-10 F45.41) sowie Verdacht auf kombinierte Persönlichkeitsstörung (mit anankastischen Anteilen und ausgeprägtem Unrechtsbewusstsein und mit vorwiegend misstrauischen, selbstvermeidenden, ängstlichen Anteilen, ICD-10 F61.0). Sie berichtete über Konzentrations- und Merkfähigkeitsstörungen, ausgeprägtes formalgedankliches Grübeln, Passivität, vermindertes Interesse, Vernachlässigung der Freizeitbeschäftigung sowie Veränderung in der Selbstwahrnehmung. Der Versicherte habe eine Erwartungshaltung anderen gegenüber sowie ein andauerndes Gefühl von Nervosität und Bedrohung ohne wirkliche äussere Ursachen. Hinweise auf Wahn, Sinnestäuschungen oder Ich-Störungen bestünden nicht. Sie gehe von einer depressiven Symptomatik aus, welche sich nach dem Tod der Mutter des Versicherten verstärkt habe. Sie empfehle bei einem Verdacht auf eine kombinierte Persönlichkeitsstörung eine diagnostische Abklärung und die Aufnahme einer



St.Galler Gerichte

Behandlung der Schlafstörungen. Die aktuelle Arbeitsfähigkeit sei deutlich eingeschränkt. Sie gehe von einer Arbeitsfähigkeit von 20-30% auf dem ersten Arbeitsmarkt aus (IV-act. 270).

B.g Der RAD notierte am 30. August 2018, sowohl Dr. J.____ als auch Dr. K.____ hätten im Wesentlichen den gleichen Sachverhalt wie die Gutachter im Jahr 2013 beschrieben. Dr. K.____ ordne das psychische Zustandsbild des Versicherten lediglich diagnostisch anders ein (IV-act. 278).

B.h Mit Vorbescheid vom 31. August 2018 stellte die IV-Stelle dem Versicherten das Nichteintreten auf das Leistungsbegehren mangels Glaubhaftmachung einer wesentlichen Veränderung der tatsächlichen Verhältnisse in Aussicht (IV-act. 281). Der Versicherte wandte dagegen im Wesentlichen ein, es sei für ihn kaum vorstellbar, dass die neuen Arztberichte keine Verschlechterung des Gesundheitszustands belegten. Er wünsche eine erneute Anmeldung in einer Z.____-Klinik, um so einen neutralen Bericht zu erhalten. Es seien neue psychische Leiden zum Vorschein gekommen, da seine Frau im Jahr 2015 ihre Anstellung verloren habe und im Frühjahr 2018 seine Mutter verstorben sei, zu der er eine enge und emotionale Beziehung gepflegt habe. Dies führe zu schlaflosen Nächten. Die ganzseitige Lähmung der rechten Körperhälfte führe zu immer häufigeren Stürzen (IV-act. 285).

B.i Mit Verfügung vom 11. Oktober 2018 trat die IV-Stelle mangels Glaubhaftmachung einer wesentlichen Veränderung der tatsächlichen Verhältnisse nicht auf das Leistungsbegehren ein (IV-act. 287).

C.

C.a Dagegen erhob der Versicherte (nachfolgend: Beschwerdeführer) am 8./9. November 2018 (Datum Beschwerdeschrift/Poststempel) Beschwerde mit dem Antrag, die Verfügung der IV-Stelle (nachfolgend: Beschwerdegegnerin) sei aufzuheben und es sei ihm eine Rentenleistung zu gewähren. Sollten die eingereichten Beweise nicht ausreichend sein, sei ein aktuelles Z.____-Gutachten zu erstellen. Als Beweismittel reichte er einen Bericht von Dr. med. L.____, Allgemeine Innere Medizin FMH spez. Geriatrie, vom 3. August 2018 (erstellt am 23. August 2018, dieser ist identisch mit dem



St.Galler Gerichte

Bericht von Dr. J.____ vom 3. August 2018, vgl. act. G 1.2, IV-act. 268) sowie den Bericht von Dr. K.____ vom 15. August 2018 (act. G 1.3, IV-act. 270) ein. Zur Begründung machte er ergänzend zu den Einwänden im Vorbescheidverfahren geltend, die Bewegungseinschränkungen seien stärker denn je. Ihm falle es schwer sich zu bücken, den Oberkörper um die eigene Achse zu drehen, die Hände in die Luft zu strecken, die Schulterblätter zu rotieren etc. Gewisse Bewegungen könne er gar nicht oder nur bis zu einem stark eingeschränkten Radius vornehmen (act. G 1).

C.b Die Beschwerdegegnerin beantragte in ihrer Beschwerdeantwort die Abweisung der Beschwerde (act. G 4). Zur Begründung hielt sie fest, der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers habe sich gemäss der Stellungnahme des RAD vom 30. August 2018 nicht wesentlich verändert. Auch der Bericht von Dr. L.____ vom 23. August 2018 (dieser ist identisch mit dem Bericht von Dr. J.____ vom 3. August 2018, vgl. act. G 1.2, IV-act. 268) enthalte keine neuen Aspekte. Die den Beschwerdeführer behandelnden Ärzte würden lediglich den gleich gebliebenen medizinischen Sachverhalt anders beurteilen. Mangels der Glaubhaftmachung einer erheblichen Änderung des Gesundheitszustands seien sie zu Recht nicht auf die Neuanmeldung des Beschwerdeführers eingetreten.

C.c Der Beschwerdeführer reichte keine Replik ein (vgl. act. G 6).

Erwägungen

1.

1.1 Mit der angefochtenen Verfügung vom 11. Oktober 2018 ist die Beschwerdegegnerin nicht auf die Neuanmeldung des Beschwerdeführers vom 27. August 2018 eingetreten. Nachfolgend ist lediglich zu prüfen, ob die Beschwerdegegnerin zu Recht nicht auf die Wiederanmeldung eingetreten ist. Nicht Gegenstand dieses Verfahrens bildet die Frage, ob der Beschwerdeführer einen Anspruch auf eine Invalidenrente hat. Soweit der Beschwerdeführer beantragt, es sei ihm eine Rente zuzusprechen, ist darauf nicht einzutreten.

1.2 Gemäss Art. 87 Abs. 2 und 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 der versicherten Person 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. Da das Beweismass nur im Glaubhaftmachen besteht, muss es genügen, wenn die Indizien auf den Eintritt einer solchen Verschlechterung des Gesundheitszustandes hindeuten (Entscheid Versicherungsgericht St. Gallen vom 19. Juni 2018, IV 2017/450 E. 1.2). Die Frage, ob eine anspruchsbegründende Änderung in den für den Invaliditätsgrad erheblichen Tatsachen eingetreten sein könnte, beurteilt sich durch den Vergleich des Sachverhalts, wie er im Zeitpunkt der ersten Ablehnungsverfügung bestanden hat, mit demjenigen zur Zeit der streitigen neuen Verfügung (BGE 130 V 73 ff. E. 3).

1.3 Die Beschwerdegegnerin hat das Leistungsbegehren des Beschwerdeführers am 26. Juni 2015 nach der materiellen Prüfung des Leistungsgesuchs vom 27. Juni 2011 abgewiesen. Sie hat sich dabei im Wesentlichen auf das Z.____-Gutachten vom 27. Oktober 2013 gestützt, in welchem die Gutachter als Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit ein chronisch subjektiv erlebtes Halbkörpersyndrom rechts, aus rheumatologischer Sicht nicht in allen Aspekten spezifisch zuordenbar (IDC-10 M79), sowie psychologische und Verhaltensfaktoren bei andernorts klassifizierten Krankheiten, im Erscheinungsbild einer Anpassungsstörung mit Beeinträchtigung von



gemischten Gefühlen (reaktive Depression, Sorge, Anspannung, Ärger) entsprechend, differentialdiagnostisch Entwicklung körperlicher Symptome aus psychischen Gründen/ Rentenbegehrlichkeit (ICD-10 F54) (erscheinungsmässig F43.23, differentialdiagnostisch F68) genannt hatten. Die Gutachter erachteten den Beschwerdeführer in einer adaptierten Tätigkeit ganztags bei einer Leistungsminderung von 20% als arbeitsfähig. Der Invaliditätsgrad betrug 20% (IV-act. 229).

2.

2.1 Zu prüfen ist, ob der Beschwerdeführer mithilfe der Akten, welche sich auf seinen Gesundheitszustand seit Erlass der rentenabweisenden Verfügung vom 26. Juni 2015 beziehen, eine relevante Verschlechterung seines Gesundheitszustands hat glaubhaft machen können. Folgende Akten liegen im Recht: Zwei Atteste von Dr. D.____ vom 3. November 2015 und 11. Januar 2018, ein CT-Bericht von F.____ vom 30. Oktober 2015, ein CT-Bericht von Dr. G.____ vom 4. Januar 2018, zwei Berichte von Dr. H.____ vom 26. April 2018 und vom 7. Mai 2018, zwei Berichte von Dr. J.____ vom 17. Mai 2018 und vom 3. August 2018 sowie ein Bericht von Dr. K.____ vom 15. August 2018.

2.2 Dr. D.____ nennt im Attest vom 3. November 2015 unter Bezugnahme auf den CT-Bericht von F.____ vom 30. Oktober 2015 als neue Diagnose ein Thorakovertebralsyndrom bei Diskushernie Th10/11 und multisegmentaler Degeneration. Die weiteren aufgeführten Diagnosen hatten bereits im Verfügungszeitpunkt vom 26. Juni 2015 bestanden (vgl. IV-act. 212, 227-8 f., 244-1 f.) und sind daher im Zusammenhang mit der geltend gemachten Verschlechterung des Gesundheitszustands unbeachtlich. In Bezug auf den Verlauf notierte Dr. D.____, der Versicherte berichte aktuell über einen seit Monaten bestehenden stechenden Schmerz im unteren Brustwirbelbereich sowie über Rotationsschmerz. An der unteren Brustwirbelsäule bestehe ein massiver Klopf- und Ausstrahlungsschmerz in das rechte Bein. Die weiteren Ausführungen decken sich mit den Attesten vom 28. Oktober 2014 und vom 11. Mai 2015. Betreffend die Arbeitsfähigkeit hielt Dr. D.____ fest, diese betrage maximal 30%, mithin 2-3 Stunden täglich mit einer Pause von 10 Minuten nach jeder Arbeitsstunde. Wechselbelastende Tätigkeiten ohne Tragen und Heben von Gewichten sowie ohne Zwangshaltungen seien notwendig. Stark repetitive Tätigkeiten seien zu vermeiden (IV-act. 244-1 f.). Diese Arbeitsfähigkeitsschätzung ist identisch mit



jenen in den Attesten vom 28. Oktober 2014 und vom 11. Mai 2015 (vgl. IV-act. 212, 227-8 f.). Im Attest vom 11. Januar 2018 notierte Dr. D.____ als neue Diagnose eine Tendovaginitis stenisans Dig. III rechts und ergänzte, gestützt auf den CT-Bericht von Dr. G.____ vom 4. Januar 2018, in Bezug auf das Thorakovertebralsyndrom bei Diskushernie Th10/11 und multisegmentaler Degeneration das Bestehen von Retrospondylophyten Th10/11. In Bezug auf den Verlauf und die Arbeitsfähigkeit wiederholte Dr. D.____ die Ausführungen im Attest vom 3. November 2015. Zusätzlich führte sie aus, der Versicherte habe seit Februar 2017 einen stechenden Schmerz im unteren Brustwirbelbereich. Er leide zunehmend an Schlafstörungen und an Schwindel und Herzrasen bei den Schmerzattacken. Die Gehstrecke betrage maximal 30 Minuten, die Stehfähigkeit maximal 10 Minuten (IV-act. 250). Diesen ärztlichen Attesten sind keine Hinweise auf eine wesentliche Verschlechterung des Gesundheitszustands des Beschwerdeführers zu entnehmen. Aus Sicht des medizinischen Laien kann es sich bei den oben aufgeführten Diagnosen möglicherweise tatsächlich um neue Diagnosen handeln. Es ist jedoch nicht glaubhaft gemacht, dass diese für die Arbeitsfähigkeitsschätzung relevant sind. Die Arbeitsfähigkeitsschätzung von Dr. D.____ hat sich im entsprechenden Zeitraum nämlich nicht verändert. Dies weist darauf hin, dass sie den möglichen neuen Diagnosen in Bezug auf die Arbeitsfähigkeit keine Bedeutung zugemessen hat. Auch die vom Beschwerdeführer gegenüber Dr. D.____ geäusserten Schmerzen sind nicht ausreichend belegt, um eine wesentliche Verschlechterung des Gesundheitszustands glaubhaft zu machen. Der Beschwerdeführer hatte bereits gegenüber dem rheumatologischen Gutachter, Dr. med. M.____, erklärt, dass er in der ganzen rechten Körperhälfte Schmerzen habe (rheumatologisches Teilgutachten vom 5. August 2013, IV-act. 186-75). Inwiefern sich der Gesundheitszustand wesentlich verschlechtert haben soll, ist daraus nicht ersichtlich. Zudem haben auch diese Angaben zu keiner abweichenden Arbeitsfähigkeitsschätzung durch Dr. D.____ geführt.

2.3 Dr. H.____ hat mit Schreiben vom 26. April 2018 und vom 7. Mai 2018 zuhanden von Dr. J.____ über den Zustand der HWS, der BWS und der LWS berichtet. Diese beiden Berichte beinhalten keine Angaben, die auf eine arbeitsfähigkeitsrelevante Verschlechterung des Gesundheitszustands hindeuten würden. So hat Dr. H.____ explizit festgehalten, dass weder für die Symptomatik im HWS-Bereich noch im Bereich der unteren Extremität eine wegweisende Pathologie vorliege (IV-act. 264-2).



2.4 Dr. J.____ hat im Schreiben vom 17. Mai 2018 zuhanden der Beschwerdegegnerin festgehalten, der Beschwerdeführer berichte über Stürze. Diese seien neu und träten gemäss der Beschreibung im Sinne eines massiven plötzlichen Einknickens aufgrund von Bewegungsapparats-Beschwerden auf. Der Beschwerdeführer habe wegen der Sturzfolgen einmal einen Notfallarzt aufgesucht (IV-act. 264-1). Dieser Bericht enthält keine Hinweise, die eine wesentliche Verschlechterung des Gesundheitszustands glaubhaft machen. Obwohl Dr. J.____ festgehalten hat, die Stürze seien neu, hat er keine weiteren Abklärungen im Hinblick auf eine allfällige Therapie vorgenommen oder in die Wege geleitet. Dies deutet darauf hin, dass er den Berichten des Beschwerdeführers zwar Glauben geschenkt, diese aber nicht als schwerwiegend genug eingestuft hat, um medizinische Abklärungen zu tätigen. Mit dem Schreiben von Dr. J.____ vom 17. Mai 2018 ist daher keine wesentliche Verschlechterung des Gesundheitszustands glaubhaft gemacht worden. Im Bericht vom 3. August 2018 hat Dr. J.____ das Bestehen einer Cervicalgie, einer Lumbago am thoracolumbalen Übergang sowie eine Periarthropathie der rechten Schulter festgehalten. Betreffend die Arbeitsfähigkeit hat er angegeben, streng rheumatologisch-theoretisch sei eine sehr leichte, wechselbelastende Verweistätigkeit mit idealer Arbeitsplatzergonomie unter einer verminderten Leistungsfähigkeit um 25-50% denkbar (IV-act. 268). Der RAD hat dazu notiert, Dr. J.____ habe im Wesentlichen den gleichen Sachverhalt wie die Gutachter im Jahr 2013 beschrieben. "Anteile rezidivierender Zervikalgien und Zephalgien" seien bereits im rheumatologischen Teilgutachten 2013 beschrieben worden. Dr. J.____ beschreibe eine "diffuse leichte taktile Dysästhesie der rechten Körperhälfte ohne sonstige Hemisymptomatik". Dies entspreche dem im Gutachten beschriebenen "chronisch subjektiv erlebten Halbköpersyndrom rechts". Bezüglich der Lumbago am thorakolumbalen Übergang führe Dr. J.____ aus, die Lumbago sei vom Versicherten "als Dauerschmerz mit Zunahme bei raschen Bewegungen oder monotonen Belastungen wie langes Sitzen" angegeben worden. Bei den Befunden beschreibe Dr. J.____ eine "antalgisch" (d.h. wegen Schmerzvermeidung) eingeschränkte Beweglichkeit thorakolumbal mit lokaler Schmerzangabe und hier auch Klopfdolenz. Diese Befunde entsprächen den Befunden der rheumatologischen Begutachtung 2013. Auch damals sei die Untersuchung der BWS- und LWS-Beweglichkeit schmerzbedingt eingeschränkt gewesen und habe nicht differenziert in den Freiheitsgraden erfolgen können. Die von Dr. J.____ genannte Bewegungseinschränkung der rechten Schulter



werde ebenfalls bereits im rheumatologischen Teilgutachten 2013 beschrieben (IV-act. 278-3 f.). Diese fachliche Einschätzung des RAD überzeugt. Betreffend die Schulterbeschwerden ist zu ergänzen, dass die am 29. April 2014 durchgeführte Operation gemäss den Attesten von Dr. D.____ vom 11. Mai 2015, vom 3. November 2015 und vom 11. Januar 2018 nur vorübergehend zu einer Verbesserung geführt hat (vgl. IV-act. 227, 244, 250). Das Versicherungsgericht hat dazu rechtsverbindlich festgehalten, es sei davon auszugehen, dass der Zustand der rechten Schulter im Verfügungszeitpunkt mindestens dem Zustand im Begutachtungszeitpunkt entsprochen habe (IV 2015/259 E. 2.3.3). Hinweise, wonach sich die Schulterbeschwerden im Zeitpunkt des Erlasses der angefochtenen Verfügung vom 11. Oktober 2018 im Vergleich zum Zeitpunkt der Begutachtung verschlechtert hätten, bestehen nicht. Zusammenfassend ist festzuhalten, dass der Bericht von Dr. J.____ vom 3. August 2018 keine Hinweise enthält, die eine relevante Verschlechterung des Gesundheitszustands glaubhaft machen würden. Der Umstand, dass er die Arbeitsfähigkeit aus rheumatologisch-theoretischer Sicht in einer sehr leichten Verweistätigkeit bei einer verminderten Leistungsfähigkeit auf 50-75% schätzt und damit tiefer liegt als die Gutachter, die den Beschwerdeführer in einer adaptierten Tätigkeit ganztags bei einer Leistungsminderung von 20% als arbeitsfähig erachtet haben, vermag daran nichts zu ändern. Eine tiefere Arbeitsfähigkeitsschätzung allein genügt nicht, um eine wesentliche Verschlechterung des Gesundheitszustands glaubhaft zu machen.

2.5 Dr. K.____ hat im Bericht vom 15. August 2018 zuhanden von Dr. J.____ folgende Diagnosen genannt: Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10 F33.1), chronische Schmerzstörung (mit somatischen und psychischen Faktoren, ICD-10 F45.41) sowie Verdacht auf kombinierte Persönlichkeitsstörung (mit anankastischen Anteilen und ausgeprägtem Unrechtsbewusstsein und mit vorwiegend misstrauischen, selbstvermeidenden, ängstlichen Anteilen, ICD-10 F61.0) (IV-act. 274). Diese Diagnosen weichen von der psychiatrischen Diagnose im Z.____-Gutachten ab. Der RAD hat dazu notiert, der von Dr. K.____ beschriebene psychopathologische Status decke sich mit jenem des psychiatrischen Teilgutachtens 2013. Dr. K.____ beschreibe das gleiche psychische Zustandsbild, welches sie diagnostisch anders einordne (IV-act. 278-4). Ein Vergleich des psychopathologischen Status gemäss dem Bericht von Dr. K.____ mit jenem des



psychiatrischen Teilgutachtens weist jedoch – nebst den vom RAD zu Recht festgestellten Übereinstimmungen – auf eine Verschlimmerung der Beschwerden hin. So hat Dr. K.____ über das Vorhandensein von Konzentrationsstörungen und ausgeprägtem formalgedanklichem Grübeln berichtet (vgl. IV-act. 274-2), während der psychiatrische Gutachter, Dr. med. N.____, diese Befunde noch ausdrücklich verneint hatte (vgl. psychiatrisches Teilgutachten vom 23. Juli 2013, IV-act. 186-108). Des Weiteren hat Dr. K.____ über Veränderung in der Selbstwahrnehmung berichtet; der Beschwerdeführer habe eine Erwartungshaltung anderen gegenüber sowie ein andauerndes Gefühl von Nervosität und Bedrohung ohne wirkliche äussere Ursachen. Sie hat festgehalten, dass sie aktuell von einer depressiven Symptomatik ausgehe, welche sich nach dem Tod der Mutter des Beschwerdeführers verstärkt habe (IV-act. 274-2). Der psychiatrische Gutachter hatte noch keine diesbezüglichen Befunde festgehalten. Des Weiteren hat Dr. K.____ notiert, die Arbeitsfähigkeit sei aktuell deutlich eingeschränkt und betrage 20-30% auf dem ersten Arbeitsmarkt. Diese Arbeitsfähigkeitsschätzung liegt signifikant tiefer als jene des psychiatrischen Gutachters, welcher von einer reduzierten Leistungsfähigkeit von maximal 20% ausgeht (vgl. IV-act. 186-67). Obwohl sich der Bericht von Dr. K.____ auf das Erstgespräch mit dem Beschwerdeführer stützt und dem Bericht somit eine beschränkte Aussagekraft in Bezug auf den Verlauf des psychischen Gesundheitszustands des Beschwerdeführers zukommt, erscheint es angesichts der neuen Befunde und Diagnosen sowie der deutlich tieferen Arbeitsfähigkeitsschätzung von Dr. K.____ plausibel, dass sich der psychische Gesundheitszustand des Beschwerdeführers seit der rentenabweisenden Verfügung vom 26. Juni 2015 wesentlich verschlechtert hat. Zu berücksichtigen ist dabei insbesondere der Umstand, dass die Mutter des Beschwerdeführers im Frühjahr 2018 verstorben ist und der Beschwerdeführer gemäss eigenen Angaben ein enges Verhältnis zu seiner Mutter gepflegt hatte (act. G 1, IV-act. 285). Der Beschwerdeführer hat somit glaubhaft gemacht, dass sich sein psychischer Gesundheitszustand seit der rentenabweisenden Verfügung vom 26. Juni 2015 wesentlich verschlechtert hat.

2.6 Zusammenfassend ist festzuhalten, dass in somatischer Hinsicht aufgrund möglicher neuer Diagnosen und Befunde zwar Indizien für eine Verschlechterung des Gesundheitszustands bestehen, diese für sich alleine jedoch nicht ausreichen, um eine relevante Verschlechterung des Gesundheitszustands glaubhaft zu machen. In Bezug



auf den psychischen Gesundheitszustand hat der Beschwerdeführer dagegen eine relevante Verschlechterung glaubhaft gemacht. Die angefochtene Nichteintretensverfügung vom 11. Oktober 2018 ist deshalb aufzuheben und durch den verfahrensleitenden Entscheid zu ersetzen, dass auf die Neuanschuldung vom 27. August 2018 eingetreten wird. Die Sache ist zur Durchführung des Verwaltungsverfahrens beziehungsweise zur Prüfung eines Leistungsanspruchs des Beschwerdeführers an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. Bei sorgfältiger Erfüllung der Untersuchungspflicht dürften die Abklärungen dabei wiederum den Beizug von Fachspezialisten in den Gebieten der Allgemeinen Inneren Medizin, der Rheumatologie und der Psychiatrie und Psychotherapie beinhalten.

3.

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). Entsprechend dem Beurteilungsaufwand erscheint eine Gerichtsgebühr von Fr. 600.-- als angemessen. Nach Art. 95 Abs. 1 VRP hat in Streitigkeiten jener Beteiligte die Kosten zu tragen, dessen Begehren ganz oder teilweise abgewiesen werden. Da die Beschwerdegegnerin vollumfänglich unterliegt, hat sie diese Gerichtsgebühr zu bezahlen. Der geleistete Kostenvorschuss in gleicher Höhe wird dem Beschwerdeführer zurückerstattet.

Entscheid

im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP

1.

Die Beschwerde wird gutgeheissen, soweit auf sie eingetreten wird; die angefochtene Verfügung vom 11. Oktober 2018 wird aufgehoben und durch den Entscheid ersetzt, auf die Anmeldung zum Bezug von Leistungen der beruflichen Integration/Rente vom 27. August 2018 einzutreten; die Sache wird zur Durchführung des entsprechenden Verwaltungsverfahrens an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen.

2.

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



geleistete Kostenvorschuss in der Höhe von Fr. 600.-- wird dem Beschwerdeführer zurückerstattet.