



Fall-Nr.: IV 2018/383
Stelle: Versicherungsgericht
Rubrik: IV - Invalidenversicherung
Publikationsdatum: 15.07.2020
Entscheiddatum: 31.03.2020

Entscheid Versicherungsgericht, 31.03.2020

Art. 87 Abs. 2 und 3 IVV, Eintreten auf eine Neuanmeldung (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 31. März 2020, IV 2018/383).

Entscheid vom 31. März 2020

Besetzung

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

Geschäftsnr.

IV 2018/383

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 Juli 2001 zum Bezug von IV-Leistungen an (IV-act. 19). Im Auftrag der IV-Stelle erstattete die Fachstelle für Sozialpsychiatrie und Psychotherapie B.____ am 29. November 2002 ein psychiatrisches Gutachten (IV-act. 18). Die Gutachter führten aus, der Versicherte leide an einer schweren depressiven Episode ohne psychotische Symptome, an einer Epilepsie, an chronischen, migräniformen Kopfschmerzen, an Flankenschmerzen links sowie an lumbalen Rückenschmerzen. Bis zu einer Besserung der depressiven Symptomatik sowie der sozialen Ängste sei der Versicherte voll arbeitsunfähig. Bei einer guten Erholung von der Depression und wenn die Anfallsfreiheit erreicht sei, sei eine Arbeitsfähigkeit von 50 Prozent in einer leichten Arbeit realistisch, sofern die Körperhaltung (Gehen, Stehen, Sitzen) regelmässig angepasst werden könne. Am 12. Juni 2003 sprach die IV-Stelle dem Versicherten ab dem 1. September 2001 eine ganze Rente zu (IV-act. 59). Am 10. Februar 2005 wurde diese Verfügung ersetzt, da infolge nachträglich gemeldeter Einkommen eine Neuberechnung der Rentenbeträge notwendig war (IV-act. 64). In der neuen Verfügung wurde dem Versicherten ebenfalls ab dem 1. September 2001 eine ganze Rente mit allerdings anderen Rentenbeträgen zugesprochen.

A.b. Die Fachstelle für Sozialpsychiatrie und Psychotherapie B.____ legte am 12. April 2006 dar (IV-act. 78), dass beim Versicherten eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes vorliege. Er leide neu auch noch an einer Mitralinsuffizienz. Die Ärzte führten als weitere Diagnosen eine mittelgradige depressive Episode, einen Schwindel und einen Tinnitus an. Die Symptomatik sei stark schwankend. Am 16. Juni 2006 teilte die IV-Stelle dem Rechtsvertreter des Versicherten mit, dass er weiterhin einen Anspruch auf die bisherige ganze Rente habe (IV-act. 85).

A.c. Am 24. Januar 2011 berichtete die Klinik für Neurologie des Kantonsspitals St.Gallen (IV-act. 95-11 f.), die Versicherte leide an rezidivierenden Bewusstseinsstörungen unklarer Genese und an einer koronaren, valvulären und



hypertensiven Herzkrankheit mit einer angiographisch nachgewiesenen Dreifässerkrankung. Dr. med. C.____ und Dr. med. D.____ vom Psychiatrie-Zentrum B.____ gaben am 6. September 2012 an (IV-act. 104), dass sich der Gesundheitszustand des Versicherten seit der Begutachtung im November 2002 wesentlich verändert habe. In psychiatrischer Hinsicht habe sich der Gesundheitszustand des Versicherten insofern verändert, als bei der letzten Konsultation im August 2012 eine leichte depressive Symptomatik festgestellt worden sei. Am 15. Januar 2013 notierte Dr. med. E.____ vom regionalen ärztlichen Dienst (RAD; IV-act. 111), dass bezüglich der Epilepsie von einer seit Jahren bestehenden Anfallsfreiheit ausgegangen werden könne. Das Herzleiden sei stabil und beeinträchtige die Arbeitsfähigkeit des Versicherten in einer körperlich angepassten Tätigkeit nicht. Die depressive Störung habe sich auf das Niveau einer leichtgradigen Ausprägung verbessert, womit dem Versicherten für adaptierte Tätigkeiten ohne Zeitdruck und ohne allzu hohen Leistungsdruck sowie ohne erhöhtes zwischenmenschliches Konfliktpotential eine volle Arbeitsfähigkeit attestiert werden könne. Am 12. April 2013 verfügte die IV-Stelle, dass die Einstellung der Rente auf das Ende des der Zustellung der Verfügung folgenden Monats und entzog einer allfälligen Beschwerde gegen die Verfügung die aufschiebende Wirkung (IV-act. 122).

A.d. Am 30. April / 23. Mai 2013 liess der Versicherte Beschwerde erheben (IV-act. 128-2 ff.). Sein Vertreter beantragte die Aufhebung der Verfügung vom 12. April 2013 und die Weiterausrichtung der Rente über den 31. Mai 2013 hinaus sowie eventualiter die Zusprache einer Dreiviertelsrente ab dem 1. Juni 2013, verbunden mit der Anweisung an die IV-Stelle, für den Versicherten geeignete Massnahmen zur beruflichen Eingliederung anzuordnen. Am 25. Juni 2013 beantragte die IV-Stelle die Abweisung der Beschwerde (IV-act. 138). Das Versicherungsgericht des Kantons St.Gallen entschied am 11. Mai 2015 (IV-act. 146), dass die angefochtene Verfügung vom 12. April 2013 in teilweiser Gutheissung der Beschwerde aufgehoben und die Sache zur Durchführung weiterer Abklärungen und zur anschliessenden neuen Verfügung an die IV-Stelle zurückgewiesen werden. Es führte aus, der Versicherte leide an verschiedenartigen Gesundheitsbeeinträchtigungen und bislang sei keine interdisziplinäre Arbeitsfähigkeitsschätzung eingeholt worden, die allen Beschwerden und deren Wechselwirkungen Rechnung tragen würde. Es sei daher nicht überwiegend wahrscheinlich bewiesen, dass der Versicherte trotz der vielfältigen Beschwerden



tatsächlich in der Lage sei, in leidensadaptierten Tätigkeiten eine volle Arbeitsleistung zu erbringen.

A.e. Am 5. September 2015 berichtete der Hausarzt Dr. F.____, Allgemeine Innere Medizin FMH, der Gesundheitszustand des Versicherten habe sich verschlechtert (IV-act. 154-1). Der Versicherte leide an einem mittel bis schweren depressiven Zustandsbild mit Angststörungen und unklaren neurologischen Beschwerden mit Bewusstseinsstörungen. Es gehe ihm damit psychisch schlechter; somatisch seien keine neuen relevanten Beschwerden aufgetreten. Deshalb bestehe aktuell eine volle Arbeitsunfähigkeit. Am 14. Januar 2016 berichtete der behandelnde Psychiater, Dr. med. D.____ vom Psychiatrie-Zentrum B.____, dass sich der Gesundheitszustand des Versicherten seit dem 6. September 2012 (IV-act. 104) verschlechtert habe (IV-act. 168). Neu seien beim Versicherten folgende Diagnosen erhoben worden: Sonstige organische Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen aufgrund einer Krankheit, Schädigung oder Funktionsstörung des Gehirns, rechts-hemisphärische organische affektive Störung, epilepsiebedingt und sonstige Reaktionen auf schwere Belastung. Für den Versicherten sei aufgrund der Überforderung mit den finanziellen Angelegenheiten eine freiwillige Beistandschaft errichtet worden. In Zusammenhang mit den Finanzen gebe es häufig konflikthafte Situationen. Beim Versicherten bestehe allgemein eine auffallende Abhängigkeit von einem wertschätzenden, wohlwollenden und unterstützenden Umfeld. Er empfinde Kritik oder die Unterstellung von Fehlverhalten fast als vernichtend. Der Versicherte zeige zunehmend eine Wesensänderung mit einer im Vordergrund stehenden Affektlabilität bei einer gleichzeitig ständig abnehmenden Fähigkeit, sich auf notwendige soziale Erfordernisse einzustellen. Er sei in seinen Einstellungen völlig unflexibel und im Verständnis komplexer und teilweise auch einfacher Zusammenhänge überfordert. Aufgrund der gelegentlichen absence-ähnlichen Anfälle bleibe die Ehefrau des Versicherten meistens in dessen Nähe. Beim Versicherten bestehe auf dem ersten Arbeitsmarkt für jede Tätigkeit eine volle Arbeitsunfähigkeit.

A.f. Am 6. April 2016 teilte die IV-Stelle dem Versicherten mit, dass sie zur Klärung der Leistungsansprüche eine umfassende medizinische Untersuchung als notwendig erachte (IV-act. 179). Das Schweizerische Zentrum für medizinische Abklärungen und Beratungen (SMAB AG) erstatte am 9. September 2016 ein polydisziplinäres Gutachten



St.Galler Gerichte

in den Fachgebieten Psychiatrie, Orthopädie/Traumatologie, Neurologie, Innere Medizin, Kardiologie und Neuropsychologie (IV-act. 190). Daraus ging hervor, dass der Versicherte (mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit) an einer diskreten Affektregulationsstörung bei einer rechtshemisphärisch-organischen affektiven Störung mit Neigung zu Erschöpfung/ Ermüdung litt. Aus internistischer Sicht sei, auch wenn ein Verdacht auf rezidivierende Nierensteine und eine funktionslose linke Niere bestünde, sowie auch aufgrund des Übergewichtes keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit gegeben. Kardiologisch seien lediglich schwere körperliche Arbeiten zu vermeiden; andere Tätigkeiten seien uneingeschränkt zumutbar. Aus orthopädischer Sicht sei der Versicherte in der Lage, körperlich leichte und mittelschwere Tätigkeiten mit Heben und Tragen von Lasten von bis zu 15 kg auszuüben. Neurologisch sei ebenfalls nichts vorhanden, was einen negativen Einfluss auf die kognitive Leistungsfähigkeit haben dürfte. Aus psychiatrischer Sicht sei die rezidivierende depressive Störung unter der Behandlung remittiert. Eine leichte Affektregulationsstörung im Sinne einer Affektinkontinenz sei am ehesten als Ausdruck einer rechtshemisphärisch-affektiven Regulationsstörung zu interpretieren. Dies führe zu einer geringeren Einschätzung des Leistungsvermögens um 20 Prozent. Zusammenfassend liege die Arbeitsfähigkeit des Versicherten sowohl in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit wie auch in einer Verweistätigkeit bei 80 Prozent; diese Arbeitsfähigkeit bestehe seit September 2012. Zumutbar seien leichte bis mittelschwere, körperlich nicht übermässig belastende Tätigkeiten mit Heben und Tragen von Lasten bis maximal 15 kg. Ständige Arm-Vorhalte und extreme Temperaturschwankungen seien zu vermeiden. Der Versicherte könne Tätigkeiten ausüben, die seinem Ausbildungs- und Kenntnisstand entsprächen; Tätigkeiten mit überdurchschnittlichen Verantwortungsbereichen und einem besonderen Zeitdruck sowie mit hohen Anforderungen an die Konfliktfähigkeit sollten vermieden werden. Am 13. Januar 2017 verfügte die IV-Stelle die Renteneinstellung per 1. Juni 2013 (IV-act. 194). Die Verfügung erwuchs unangefochten in Rechtskraft.

B.

B.a. Am 14. September 2017 meldete sich der Versicherte erneut zum Bezug von Leistungen der Invalidenversicherung an (IV-act. 201). Er gab an, sein Gesundheitszustand habe sich verschlechtert. Am 30. Mai 2017 hatten Dr. med. G.____



St.Galler Gerichte

und Dr. med. H.____ vom Departement Innere Medizin des Kantonsspitals St.Gallen (KSSG) in ihrem Austrittsbericht zur Hospitalisation vom 29. bis 30. Mai 2017 angegeben (IV-act. 202-1 ff.), dass der Versicherte an einer schweren koronaren Dreigefässerkrankung, einer valvulären Herzerkrankung, nodulären Veränderungen im Oberlappen pulmonal links, einem depressiven Zustandsbild mit Angststörungen sowie, als Nebendiagnosen, an einer chronischen Lumbago und an einer Schrumpfniere links leide. Beim Eintritt habe der Versicherte über unveränderte Angina pectoris (AP) Beschwerden sowie eine Belastungsdyspnoe beim Treppensteigen berichtet. Im Rahmen des Aufenthalts sei die chronisch verschlossene ACD mit einem guten Resultat rekanalisiert worden. Sie gingen davon aus, dass sich die Symptomatik dadurch deutlich verbessern werde. Am 15. August 2017 hatten Dr. G.____ und med. pract. I.____ vom KSSG berichtet (IV-act. 203), der chronisch verschlossene proximale RIVA habe mittels drei Drug-eluting-Stents erfolgreich revaskularisiert werden können. Am 14. September 2017 gab der Versicherte gegenüber Dr. med. J.____ und Dr. med. K.____ der Kardiologie des KSSG an, dass er sich seit der koronaren Revaskularisation klar besser fühle (IV-act. 212); die zuvor typischen pektanginösen Beschwerden seien komplett regrediert. Der Versicherte habe geäußert, er weise eine deutliche Verbesserung der Symptomatik seit dem Eingriff vor sechs Wochen auf und sei zurzeit beschwerdefrei. In ihrer Beurteilung hatten die Ärzte festgehalten, der Versicherte sei in einer psychisch schlechten Verfassung mit einer deutlichen Verunsicherung seit den beiden Koronarinterventionen. Der Hausarzt Dr. F.____ berichtete am 9. Oktober 2017, der Gesundheitszustand des Versicherten habe sich insbesondere durch das Herzleiden deutlich verschlechtert (IV-act. 211). Der behandelnde Psychiater Dr. D.____ berichtete am 12. Oktober 2017 (IV-act. 210), der Versicherte leide an sonstigen organischen Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen aufgrund einer Krankheit, an einer Schädigung oder Funktionsstörung des Gehirns, an einer rechts-hemisphärischen organischen affektiven Störung, epilepsiebedingt, sowie an sonstigen Reaktionen auf eine schwere Belastung. Seit Anfang 2016 hätten sich die Kernsymptome der organischen Wesensänderung kontinuierlich verschlechtert. Der Mangel an Differenzierungsfähigkeit und damit auch die immer schlechtere kognitive Zugangsweise zu logischen Problemstellungen habe sich weiter verstärkt. Der Versicherte sei immer weniger in der Lage, einfache finanzielle und lebenspraktische Abläufe rational durchzudenken und zu lösen; daraus würden ständig kränkende



Situationen mit entsprechenden emotionalen Ausnahmezuständen resultieren, denen auch die Familie nur noch teilweise gewachsen sei. Die Arbeitsfähigkeit auf dem ersten Arbeitsmarkt sei ausgeschlossen. Am 7. Februar 2018 notierte der RAD-Arzt Dr. med. L.____, dass im September 2016 eine umfassende gutachterliche Abklärung stattgefunden habe (IV-act. 218). Bei einer bekannten koronaren und valvulären Herzkrankheit seien 2017 mehrere Koronarinterventionen erforderlich gewesen, die zu einem guten Ergebnis geführt hätten. So erbringe der Versicherte ergometrisch eine nahezu normale Leistung ohne Anhalt für eine Koronarinsuffizienz. Psychiatrischerseits sei eine Belastungsreaktion postinterventionell festgestellt worden. Hieraus könne in der Regel keine längerdauernde nennenswerte Leistungseinschränkung abgeleitet werden. Am 15. Februar 2018 kündigte die IV-Stelle dem Versicherten in einem Vorbescheid an, dass sie auf sein Leistungsbegehren nicht eintreten werde (IV-act. 219). Sie führte aus, dass keine wesentliche Veränderung der tatsächlichen Verhältnisse seit der letzten Verfügung glaubhaft gemacht worden sei.

B.b. Am 21. März 2018 wendete der Versicherte ein, dass die Begründung des Vorbescheides einer reinen Unterstellung gleichkomme, die jeglicher Grundlage entbehre. Er reichte Berichte von Dres. G.____ und M.____ vom 21. Februar 2018, Dr. N.____, Facharzt für Kardiologie FMH, vom 12. März 2018, Dr. F.____ vom 15. März 2018 und Dr. D.____ vom 19. März 2018 ein. Im Bericht vom 21. Februar 2018 hatten Dres. G.____ und M.____ von der interventionellen Kardiologie des KSSG (IV-act. 221) angegeben, der Versicherte leide an einer schweren koronaren Dreifässerkrankung, einer mittelschweren Mitralinsuffizienz, nodulären Veränderungen im Oberlappen pulmonal links, einem depressiven Zustandsbild mit Angststörungen, einer chronischen Niereninsuffizienz, an unklaren Oberbauchschmerzen sowie einem Verdacht auf Morbus Meulengracht (erheblich bedingte Transport- und Stoffwechselstörung). Der Versicherte habe sich kardiopulmonal kompensiert präsentiert. In der Ergometrie sei eine unverändert eingeschränkte Belastbarkeit ohne Hinweise auf das Vorliegen einer relevanten myokardialen Ischämie zu sehen gewesen. Bei maximaler Belastung sei es zu einem präsynkopalen Ereignis gekommen; dies sei möglicherweise im Rahmen der hypertensiven Blutdruckwerte zu sehen. Zusammenfassend sei von einem relativ günstigen Verlauf auszugehen. Jedoch bestehe eine ausgeprägte psychosoziale Belastungssituation, die sicherlich durch die schwere Herzerkrankung aggraviert oder



ausgelöst worden sei. Im Rahmen des Rentenbegehrens erscheine ihnen die psychische Situation als essentiell. Am 12. März 2018 hatte Dr. N.____, berichtet, dass eine relevante Ischämie vorhanden sei. Weiter bestehe ein hochgradiger Verdacht auf eine Progredienz der KHK, weshalb eine Koronarangiographie durchgeführt werden müsse (IV-act. 222). Am 15. März 2018 hatte der Hausarzt Dr. F.____ geäußert, dass der Entscheid der IV-Stelle nicht medizinisch begründbar und nachvollziehbar sei (IV-act. 222-6). Der Versicherte leide an einem schweren Herzleiden, sei deshalb mehrfach im Spital gewesen. Der nächste Eingriff sei bereits geplant. Der Versicherte sei seit längerer Zeit nicht arbeitsfähig. Am 19. März 2018 gab der behandelnde Psychiater Dr. D.____ an, dass beim Versicherten aufgrund der tiefgreifenden psychoorganischen Erkrankung mit schwerer Veränderung seiner Persönlichkeit keinerlei verwertbare Arbeitsfähigkeit auf dem ersten Arbeitsmarkt bestehe; die Arbeitsfähigkeit sei sogar in einem geschützten Rahmen fraglich (IV-act. 222-5). Die psychiatrische Begutachtung erscheine zwar schlüssig, gebe aber in keiner Weise ein zutreffendes Bild des tatsächlichen Zustandes des Versicherten wieder.

B.c. Am 16. April 2018 hielt Dr. L.____ vom RAD fest, aus den eingereichten Arztberichten gehe hervor, dass neu ein Ischämienachweis bestehe. Er gehe aber von einem – hoffentlich vorübergehend – kurzfristig instabilen Gesundheitszustand aus. Gleichentags forderte die IV-Stelle den Versicherten auf, die Berichte über die Befundbesprechung vom 23. März 2018 und die stationäre Herzkatheteruntersuchung vom 28. März 2018 einzureichen (IV-act. 227). Daraufhin teilte der Versicherte der IV-Stelle am 28. Mai 2018 telefonisch mit, dass er den Termin vom 23. März 2018 abgesagt habe und sich nicht operieren lassen werde, da ihm dies zu riskant sei (IV-act. 230). Am 29. Mai 2018 äusserte der Versicherte dann, dass die vorgesehenen Herzuntersuchungen wieder im Kantonsspital St. Gallen stattfinden würden. Die Untersuchungen hätten sich zeitlich verschoben, weil akut eine Leistenhernie aufgetreten sei. Am 12. Juni 2018 notierte der RAD-Arzt Dr. L.____, es sei nicht nachvollziehbar, wieso die akut aufgetretene Leistenhernie erst nach Monaten behandelt werde und wieso die kardiologischen Untersuchungen davon abhängig gemacht würden (IV-act. 232). Dr. G.____ und med. pract. O.____ vom KSSG berichteten am 12. September 2018, dass sich der Versicherte derzeit sehr gut fühle und seit 14 Tagen keine Beschwerden mehr habe (IV-act. 236). Die Therapie erfolge weiterhin



St.Galler Gerichte

medikamentös. Am 25. September 2018 berichtete der Hausarzt Dr. F.____ (IV-act. 235), dass bezüglich des Herzens keine weiteren Massnahmen notwendig seien. Der Versicherte befinde sich aber aus psychischer Sicht in einer sehr schlechten Verfassung. Er sei vor allem aus psychischer Sicht, aber auch kardial voll arbeitsunfähig. Der RAD-Arzt Dr. L.____ führte am 10. Oktober 2018 aus (IV-act. 238), dass die Arztberichte vom 12. September und 25. September 2018 sehr unterschiedlich seien ("schwer depressiv" versus "fühlt sich ... sehr gut"). Aus den fachärztlichen Berichten ergebe sich kein dauerhaft und deutlich verschlechterter Gesundheitszustand. Am 12. Oktober 2018 verfügte die IV-Stelle, dass auf das Leistungsbegehren nicht eingetreten werde (IV-act. 239).

C.

C.a. Am 11. November 2018 (Versand am 12. November 2018) erhob der Versicherte (nachfolgend: Beschwerdeführer) Beschwerde gegen die Nichteintretensverfügung der IV-Stelle (nachfolgend: Beschwerdegegnerin) vom 12. Oktober 2018 (act. G 1). Er stellte den Antrag, die Verfügung sei aufzuheben, ihm sei eine Rente nach Massgabe einer gutachterlichen Einschätzung auszurichten und es sei ein Gerichtsgutachten einzuholen. Er führte im Wesentlichen aus, das Vorgehen der Beschwerdegegnerin sei auch im Hinblick auf die Berichte von Dr. G.____ und des Hausarztes Dr. F.____ nicht nachvollziehbar. Seine Situation habe sich seit der Abweisung vom 13. Januar 2017 nachweislich massiv verschlechtert. So hätten auch die psychiatrischen Dienste eine tiefgreifende psychoorganische Erkrankung mit schwerer Veränderung der Persönlichkeit bestätigt. Er sei sowohl auf dem ersten Arbeitsmarkt als auch in einer angepassten Tätigkeit arbeitsunfähig. Widersprüchliche Angaben seien mittels eines gerichtlichen Gutachtens auszuräumen. Bei sich widersprechenden Beweismitteln sei das gesamte Beweismaterial zu würdigen und es sei anzugeben, weshalb jeweils darauf abgestellt werde oder nicht. Am 18. Oktober 2018 berichtete der Hausarzt Dr. F.____ (act. G. 1.3), dass der Versicherte seit vielen Jahren an einer doch schweren Depression leide und es ihm auch auf kardialer Seite nicht gut gehe. Die medizinische Situation habe sich verändert, weshalb es nicht korrekt sei, auf das Leistungsbegehren nicht einzutreten. Der Beschwerdeführer sei für leichte Arbeiten mindestens zu 50 Prozent arbeitsunfähig. Am 29. Oktober 2018 berichtete der behandelnde Psychiater Dr. D.____ (act. G 1.2), dass der Beschwerdeführer weiterhin in Behandlung sei. Seit



St.Galler Gerichte

dem Bericht vom 12. Oktober 2017 hätten sich keine wesentlichen neuen Aspekte ergeben. Für den ersten Arbeitsmarkt bestehe weiterhin eine Arbeitsunfähigkeit. Allenfalls sei in einem geschützten Rahmen eine Teilarbeitsfähigkeit in einem geringen Ausmass möglich.

C.b. Am 14. Januar 2019 beantragte die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde (act. G 7). Sie führte aus, der RAD habe ausführlich begründet, weshalb sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers seit der abweisenden Verfügung nicht glaubhaft erheblich verschlechtert habe. Weiter würden behandelnde Ärzte überwiegend zugunsten ihrer Patienten aussagen. Der behandelnde Psychiater Dr. D.____ vertrete den Beschwerdeführer engagiert, was nicht mit der geforderten Unabhängigkeit und Unparteilichkeit eines Gutachters vereinbar sei. Entsprechend sei nach Art. 87 Abs. 3 IVV nicht auf die Neuanschuldung einzutreten. Für weitere medizinische Abklärungen bestehe kein Anlass, da es bis zur Überwindung der Eintretenshürde Sache des Beschwerdeführers sei, die notwendigen medizinischen Berichte vorzulegen.

C.c. Am 6. Februar 2019 hielt der Beschwerdeführer an seinen Anträgen fest (act. G 10). Er führte aus, der behandelnde Psychiater Dr. D.____ sei ihm auf neutraler Basis als Facharzt zugeteilt worden. Der Bericht von Dr. Z.____ vom KSSG vom 21. Februar 2018 sei nicht beachtet worden. Interdisziplinär sei eine Veränderung der gesundheitlichen Situation mit Auswirkung auf die Resterwerbsfähigkeit bestätigt.

C.d. Die Beschwerdegegnerin verzichtete auf die Einreichung einer Duplik (act. G 12).

C.e. Am 1. Mai 2019 reichte der Beschwerdeführer ein Arztzeugnis des behandelnden Psychiaters Dr. D.____ vom 8. Mai 2019 sowie ein Arztzeugnis des Hausarztes Dr. F.____ vom 9. Mai 2019 ein (act. G 13). Beiden Zeugnissen war zu entnehmen, dass der Beschwerdeführer seit längerer Zeit zu 100 Prozent arbeitsunfähig sei.

C.f. Weiter reichte der Beschwerdeführer am 13. März 2020 (Eingangsdatum) eine ärztliche Bestätigung der Arbeitsunfähigkeit des behandelnden Psychiaters Dr. D.____ vom 5. März 2020 sowie ein Arztzeugnis des Hausarztes Dr. F.____ vom 4. März 2020 ein (act. G 15). Beiden Dokumenten war zu entnehmen, dass der Beschwerdeführer für das Jahr 2019 zu 100 Prozent arbeitsunfähig gewesen sei.



Erwägungen

1.

Der Beschwerdeführer hat als Erstes den Antrag gestellt, die Verfügung der Beschwerdegegnerin vom 12. Oktober 2018 sei aufzuheben. Er hat sich also gegen den Nichteintretensentscheid der Beschwerdegegnerin zur Wehr gesetzt, d.h. er hat eigentlich beantragt, dass auf seine Neuanmeldung vom 14. September 2017 einzutreten sei. Offenbar ist er davon ausgegangen, dass das Gericht, wenn es die Nichteintretensverfügung der Beschwerdegegnerin aufheben sollte, auf seine Neuanmeldung eintreten und anschliessend seinen Anspruch auf eine Invalidenrente prüfen werde. Er hat dem Gericht nämlich als Zweites die Ausrichtung einer Invalidenrente beantragt. Da der Streitgegenstand des Beschwerdeverfahrens aber nicht weiter sein kann als der Entscheidgegenstand der angefochtenen (Nichteintretens-) Verfügung vom 12. Oktober 2018, ist es dem Gericht verwehrt, im Rahmen der Überprüfung dieser Verfügung über den Rentenanspruch des Beschwerdeführers zu entscheiden. Auf den zweiten Antrag des Beschwerdeführers, ihm sei eine Invalidenrente auszurichten, kann das Gericht deshalb nicht eintreten. Gegenstand des Beschwerdeverfahrens bildet demnach nur die Frage, ob die Beschwerdegegnerin auf die Neuanmeldung vom 14. September 2017 hätte eintreten müssen.

2.

2.1. Gemäss Art. 87 Abs. 2 in Verbindung mit Abs. 3 der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV, SR 831.201) wird eine neue Anmeldung für Rentenleistungen nur geprüft, wenn darin glaubhaft gemacht wird, dass sich der Grad der Invalidität des Versicherten in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert hat. Damit soll verhindert werden, dass sich die Verwaltung nach einer vorausgegangenen rechtskräftigen Leistungsverweigerung immer wieder mit gleichlautenden und nicht näher begründeten, das heisst keine Veränderung des Sachverhalts darlegenden Gesuchen befassen muss (BGE 117 V 200 E. 4b). Da es sich beim Invaliditätsgrad nicht um ein Sachverhaltselement, sondern um das Ergebnis einer Rechtsanwendung handelt, kann er nicht direkt glaubhaft gemacht werden. Die Glaubhaftmachung einer relevanten Veränderung muss sich deshalb – entgegen dem Wortlaut der genannten Bestimmung – auf jene Sachverhaltselemente beziehen, die für die Invaliditätsbemessung relevant sind. Die glaubhaft gemachte Veränderung eines solchen Sachverhaltselements muss so erheblich sein, dass mit der Entstehung eines



anspruchsbegründenden Invaliditätsgrades zu rechnen ist, falls sich die Veränderung in einem anschliessenden umfassenden Verwaltungsverfahren nachweisen lassen sollte. Die in Art. 87 Abs. 3 IVV aufgestellte "Prüfungs-" bzw. Eintretenshürde ist also unter anderem dann überwunden, wenn die sich neu anmeldende versicherte Person glaubhaft machen kann, dass sich ihr Gesundheitszustand verschlechtert hat und dass damit ihr Arbeitsunfähigkeitsgrad in einem erheblichen Ausmass angestiegen ist. 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 Beantwortung der Frage, ob eine wesentliche Sachverhaltsveränderung glaubhaft gemacht worden ist, setzt einen Vergleich zwischen dem aktuellen Sachverhalt (der allerdings noch nicht mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit ermittelt, sondern nur glaubhaft gemacht sein muss) und jenem Sachverhalt respektive jener Sachverhaltsannahme voraus, der bzw. die der ersten Ablehnungsverfügung zugrunde gelegt worden ist (vgl. hierzu auch BGE 130 V 73 ff. E. 3).

2.2. Erst nach der Nichteintretensverfügung eingereichte Berichte sind nicht relevant, da der Sachverhalt zu beurteilen ist, der sich der Verwaltung auf der Grundlage der Aktenlage bei Verfügungserlass dargeboten hat (BGE 130 V 64 E. 5.2.5). Entsprechend sind alle Berichte, welche der Beschwerdeführer nach dem Verfügungszeitpunkt vom 12. Oktober 2018 (IV-act. 239) eingereicht hat, nicht zu berücksichtigen. Dem Beschwerdeführer ist im Rahmen des Verwaltungsverfahrens von der Beschwerdegegnerin genügend Gelegenheit geboten worden, Unterlagen in das Verfahren einzubringen, die eine Verschlechterung seines Gesundheitszustandes glaubhaft machen würden. Gegenteiliges ist den Akten nicht zu entnehmen. Entsprechend sind die nachträglich eingereichten Berichte des Hausarztes Dr. F.____ vom 18. Oktober 2018 (act. G 1.3), vom 9. Mai 2019 (act. G 13) und vom 4. März 2020 (act. G 15) sowie des behandelnden Psychiaters Dr. D.____ vom 29. Oktober 2018 (act. G 1.2), vom 8. Mai 2019 (act. G 13) und vom 5. März 2020 (act. G 15) für die Prüfung der Nichteintretensverfügung vom 12. Oktober 2018 nicht relevant und damit nicht zu berücksichtigen.

3.

3.1. Die Beschwerdegegnerin hat die Rente des Beschwerdeführers am 13. Januar 2017 im Rahmen einer Rentenrevision (Art. 31 IVG) per 1. Juni 2013 eingestellt (IV-act. 194). Sie hat sich dabei im Wesentlichen auf das SMAB-Gutachten vom 9. September 2016 (IV-act. 190) abgestützt. Die Sachverständigen hatten als Diagnosen mit



Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit eine diskrete Affektregulationsstörung bei rechtshemisphärisch-organisch affektiver Störung mit Neigung zu Erschöpfung und Ermüdung genannt. Ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit hatten die Gutachter als Diagnosen eine narzisstisch akzentuierte Persönlichkeitsstruktur, eine anamnetisch rezidivierende depressive Störung (gegenwärtig remittiert), ein chronisches lumbovertebrales Schmerzsyndrom bei bekannten Spondylarthrosen und kongenital engem Spinalkanal, eine Schrumpfniere links, ein Verdacht auf rezidivierende Nierensteine, Übergewicht, eine koronare valvuläre und hypertensive Kardiopathie mit bekannter koronarer Dreifässerkrankung, einem Status nach dreifach Revaskularisation, einer mässigen Mitralinsuffizienz bei Mitralklappenprolaps des anterioren Mitralsegels, kardiovaskuläre Risikofaktoren (Adipositas, BMI 30.0 kg/m²), keiner bekannten Diabetes oder Fettstoffwechselstörung, keinem Nikotingebrauch und keiner positiven Familienanamnese zugehörig aufgeführt. Sie hatten den Beschwerdeführer in seiner zuletzt ausgeübten Tätigkeit wie auch in Verweistätigkeiten seit September 2012 als zu 80 Prozent arbeitsfähig erachtet.

3.2. Die rentenabweisende Verfügung vom 13. Januar 2017 (IV-act. 194) hat bezüglich des Gesundheitszustandes auf das SMAG-Gutachten vom 9. September 2016 (IV-act. 190) abgestellt. Zu prüfen ist, ob der Beschwerdeführer mithilfe der relevanten Akten, die sich auf seinen Gesundheitszustand seit Erlass der rentenabweisenden Verfügung vom 13. Januar 2017 beziehen und die vor dem Erlass der angefochtenen Nichteintretensverfügung eingereicht worden sind, eine relevante Verschlechterung seines Gesundheitszustands hat glaubhaft machen können. Folgende Akten liegen im Recht: Berichte des Hausarztes Dr. F.____ vom 9. Oktober 2017 (IV-act. 211), vom 15. März 2018 (IV-act. 222-6) und vom 25. September 2018 (IV-act. 235), des behandelnden Psychiaters Dr. D.____ vom 12. Oktober 2017 (IV-act. 210) und vom 19. März 2018 (IV-act. 222-5), von Dr. G.____ des KSSG vom 30. Mai 2017 (IV-act. 202), vom 15. August 2017 (IV-act. 203), vom 21. Februar 2018 (IV-act. 221) und vom 12. September 2018 (IV-act. 236), von Dr. med. J.____ des KSSG, vom 25. September 2017 (IV-act. 212), von Dr. med. P.____, Oberarzt Nuklearmedizin, und pract. med. Q.____, Assistenzarzt Nuklearmedizin, des KSSG vom 5. März 2018 (IV-act. 237) und von Dr. N.____ vom 12. März 2018 (IV-act. 222-11).

3.3. Der Hausarzt Dr. F.____ hat in seinem Attest vom 9. Oktober 2017 ausgeführt (IV-act. 211), dass sich die verminderte Herzleistung des Beschwerdeführers auf die Gesamtleistung auswirke und dass sich der psychische Zustand durch das Herzleiden deutlich verschlechtert habe. Wegen letzterem sei der Beschwerdeführer mehrfach hospitalisiert gewesen. Am 15. März 2018 (IV-act. 222-6) hat Dr. F.____ im Wesentlichen



nochmals dasselbe wie im vorangehenden Bericht vom 9. Oktober 2017 geäussert. Am 25. September 2018 (IV-act. 235) hat Dr. F.____ weiter berichtet, dass von Seiten des Herzens aktuell keine weiteren Massnahmen notwendig seien; aus psychiatrischer Sicht gehe es dem Beschwerdeführer schlecht; dieser sei als schwer depressiv einzustufen. Diesen ärztlichen Attesten sind keine Hinweise auf eine wesentliche Verschlechterung des Gesundheitszustands des Beschwerdeführers zu entnehmen. Die Herzleiden des Beschwerdeführers waren bereits zum Zeitpunkt der letzten abweisenden Rentenverfügung bekannt. Der Hausarzt hat zudem nicht ausgeführt, welche Diagnosen er unter den allgemeinen Begriff "Herzleiden" subsumiert hat. Auch hat er zu wenig begründet, worauf seine Annahme basiert hat, dass der Beschwerdeführer schwer depressiv sei. Zudem hatte Dr. F.____ bereits vor der Begutachtung vom 9. September 2016 (IV-act. 190) in seinem Bericht vom 5. September 2015 (IV-act. 154-1) festgehalten, dass beim Beschwerdeführer ein mittel- bis schwergradiges depressives Zustandsbild vorliege. Bei der Begutachtung durch einen Sachverständigen hatte sich jedoch gezeigt, dass eine solche Diagnose bereits damals nicht vorgelegen hatte (IV-act. 190-17). Damit geht aus den Berichten von Dr. F.____ nicht glaubhaft eine wesentliche Verschlechterung des Gesundheitszustands des Beschwerdeführers hervor.

3.4. Am 12. Oktober 2017 hat der behandelnde Psychiater Dr. D.____ angegeben (IV-act. 210), dass sich der Gesundheitszustand des Versicherten seit Anfang 2016 verschlechtert habe. Er hat ausgeführt, der Versicherte leide an sonstigen organischen Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen aufgrund einer Krankheit, einer Schädigung oder einer Funktionsstörung des Gehirns, einer rechts-hemisphärischen organischen affektiven Störung, epilepsiebedingt, und an sonstigen Reaktionen auf schwere Belastung. Die gleichen Diagnosen hatte Dr. D.____ bereits in seinem Bericht vom 14. Januar 2016 (IV-act. 168) angegeben. Die Diagnose der rechts-hemisphärischen organischen affektiven Störung wurde im SMAG-Gutachten vom 9. September 2016 bestätigt (IV-act. 190-17/82); die übrigen Diagnosen sind darin widerlegt worden. Beim Vergleich der Berichte des behandelnden Psychiaters Dr. D.____, die vor und nach der Begutachtung ausgefertigt wurden, ist keine Verschlimmerung der Beschwerden bzw. Erhebung neuer Diagnosen zu erkennen. Im Gegenteil ist den Akten nichts zu entnehmen, das darauf hindeuten würde, dass der Beschwerdeführer an Epilepsieanfällen leiden würde. Es ist daher aufgrund fehlender plausibler anderweitiger Erklärungen davon auszugehen, dass die von Dr. D.____ festgestellten Diagnosen auch am 12. Oktober 2017 nicht vorgelegen haben. Dem Bericht vom 12. Oktober 2017 ist bezüglich den Ausführungen zum Verlauf seit anfangs 2016 jedoch zu entnehmen, dass es zu einer kontinuierlichen Verschlechterung der Kernsymptome der organischen



Wesensveränderung gekommen sei, erkennbar in oft unkontrollierten affektiven Ausbrüchen, sobald der Beschwerdeführer von selber beeinträchtigenden Umständen betroffen sei, jedoch auch bei subjektiv überwältigenden Emotionen, trotz der Gewissheit, dass eine Distanzierung notwendig und sinnvoll wäre. Der Mangel an Distanzierungsfähigkeit und auch die immer schlechtere kognitive Zugangsweise zu logischen Problemstellungen hätten sich weiter verstärkt. Im SMAG-Gutachten vom 9. September 2016 erwähnten die Gutachter diesbezüglich noch (IV-act. 190-18), dass aus psychiatrischer Optik eine leichte Affektregulationsstörung im Sinne einer Affektinkontinenz am ehesten als Ausdruck einer rechtshemisphärisch-affektiven Regulationsstörung zu interpretieren sei. Dies führe "zu einer geringeren Einschätzung des Leistungsvermögens um 20 Prozent". Aufgrund den Darlegungen von Dr. D.____ ist eine Verschlechterung der Affektregulationsstörung und damit des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers glaubhaft gemacht worden; mithin kann nicht ausgeschlossen werden, dass daraus eine tiefere Einschätzung der Arbeitsfähigkeit resultieren könnte. Dem Bericht von Dr. D.____ vom 19. März 2018 (IV-act. 222-5) sind keine detaillierten Angaben und Erklärungen bezüglich der Verschlechterung des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers zu entnehmen; er enthält keine Informationen, die Dr. D.____ nicht bereits in seinem früheren Bericht geliefert hatte.

3.5. Dem Bericht vom 30. Mai 2017 (IV-act. 202) von Dr. G.____ ist zu entnehmen, dass beim Beschwerdeführer eine Rekanalisation der verschlossenen ACD vorgenommen worden war. Dies war angiografisch mit einem guten Resultat gelungen. Am Tag nach dem Eingriff hatte der Beschwerdeführer in gutem Allgemeinzustand nach Hause entlassen werden können. Dr. G.____ war daher davon ausgegangen, dass sich die Symptomatik deutlich verbessern würde. Am 15. August 2017 hatte Dr. G.____ berichtet (IV-act. 203), auch der chronisch verschlossene proximale RIVA habe mittels drei Drug-eluting-Stents revaskularisiert werden können. Der postinterventionelle Verlauf sei komplikationslos verlaufen. Der Beschwerdeführer hatte das Spital am Tag nach dem Eingriff verlassen können. Dr. J.____ hatte am 25. September 2017 berichtet (IV-act. 212), der Beschwerdeführer habe nach der von einem Monat durchgeführten Revaskularisation über eine komplette Regredienz der zuvor typischen pektanginösen Beschwerden berichtet. In der Ergometrie hätten sich keine Hinweise auf eine myokardiale Ischämie gefunden, worin eine Normalisierung gegenüber dem Zustand vom April 2017 zu erkennen sei. Die Leistungsfähigkeit sei ebenfalls normal und verbessert gegenüber der Voruntersuchung gewesen. Dr. J.____ hatte ausgeführt, dass er nach der koronaren Revaskularisation von einem erfreulichen Befund ausgehe. Am 21. Februar 2018 hatte Dr. G.____ anlässlich der Verlaufskontrolle nach rund 6 Monaten



berichtet, dass er von einem relativ günstigen Verlauf ausgehe. Im aktuellsten Bericht vom 12. September 2018 hatte Dr. G.____ geäussert (IV-act. 236), dass die Re-Koronarangiographie nach den Rekanalisationen von ACD und RIVA trotz positivem Szintigraphiebefund und Senkungen sowie monomorphen ventrikulären Extrasystolen in der Ergometrie ein gutes Ergebnis gezeigt habe. Der Beschwerdeführer habe berichtet, er fühle sich sehr gut; er habe seit 14 Tagen keine Beschwerden mehr. Aus den Berichten von Dres. G.____ und J.____ geht damit hervor, dass beim Beschwerdeführer erfolgreich eine Rekanalisation des ACD und RIVA vorgenommen worden ist. Diese Operationen haben bewirkt, dass der Beschwerdeführer sich gemäss dem Bericht vom 12. September 2018 sehr gut gefühlt und keine somatischen Beschwerden mehr aufgewiesen hat. Die Berichte von Dres. G.____ und J.____ zeigen damit insgesamt einen erfolgreichen Behandlungsverlauf auf, durch den beim Beschwerdeführer eine Verbesserung des Gesundheitszustandes eingetreten ist. Diese Berichte sind damit offensichtlich nicht geeignet, eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers glaubhaft zu machen.

3.6. Am 5. März 2018 haben Dr. P.____ und pract. med. Q.____ berichtet (IV-act. 237), dass beim Beschwerdeführer bezüglich Ischämie als Befund eine aussagekräftige, subjektiv negative und formal grenzwertig positive Ergometrie vorliege. Entsprechend führten die Ärzte in ihrer Beurteilung aus, dass eine inferolaterobasale bis inferolateral midventrikuläre reichende Narbe mit deutlicher, angrenzender und überlagernder Ischämie vorliege. Auch aus dem Bericht von Dr. N.____ vom 12. März 2018 (IV-act. 222-11 ff.) geht hervor, dass neu bezüglich der Ischämie eine formal wieder pathologische Ergometrie zu verzeichnen sei. Dieser Befund führte unter anderem dazu, dass Dr. N.____ den Beschwerdeführer für weitere Abklärungen an das KSSG verwiesen hat. So notierte auch der RAD-Arzt Dr. R.____ am 16. April 2018 (IV-act. 225), dass sich bei der Szintigraphie im März 2018 neu ein Ischämienachweis (Sauerstoffmangelversorgung) des Herzmuskels im Randbereich einer Narbe habe feststellen lassen. Damit ist nicht auszuschliessen, dass beim Beschwerdeführer eine Ischämie vorliegt.

3.7. Folglich ist festzuhalten, dass aufgrund einer verstärkten Affektregulationsstörung in psychiatrischer Hinsicht sowie auch infolge einer möglichen Ischämie in somatischer Hinsicht eine relevante gesundheitliche Verschlechterung seit Juni 2013 glaubhaft gemacht worden ist. Die Beschwerdegegnerin wird also abklären müssen, ob und wenn ja, welche funktionellen Auswirkungen die psychischen und die somatischen Beschwerden auf die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers in einer behinderungsadaptierten Tätigkeit haben.



3.8. Zusammenfassend erweist sich die angefochtene Nichteintretensverfügung vom 12. Oktober 2018 als verordnungswidrig. Sie ist deshalb aufzuheben und durch den verfahrensleitenden Entscheid zu ersetzen, dass auf die Neuanmeldung vom 14. September 2017 eingetreten wird. Die Sache ist zur Durchführung des Verwaltungsverfahrens zur Prüfung eines Rentenanspruchs des Beschwerdeführers an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen.

4.

4.1. Das Beschwerdeverfahren ist kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festgelegt (Art. 69 Abs. 1^{bis} IVG). Die Gerichtskosten sind angesichts des durchschnittlichen Verfahrensaufwandes auf Fr. 600.-- festzusetzen. Dem Ausgang des Verfahrens entsprechend ist sie vollumfänglich der Beschwerdegegnerin aufzuerlegen.

4.2. Gemäss Art. 61 lit. g ATSG hat die obsiegende Beschwerde führende Person grundsätzlich einen Anspruch auf den Ersatz der Parteikosten. Diese werden vom Versicherungsgericht festgesetzt und ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache und nach der Schwierigkeit des Prozesses bemessen. Allfällige Kosten einer nicht vertretenen Partei werden nach der Rechtsprechung nur ausnahmsweise übernommen. Es muss sich um eine komplizierte Sache mit einem hohen Streitwert handeln, wobei der Aufwand denjenigen Rahmen überschreitet, der von der Partei auf sich zu nehmen ist (BGE 110 V 134 f.). Der Beschwerdeführer ist nicht anwaltlich vertreten. Er hat auch kein Gutachten eingereicht, welches für die Beurteilung der Streitfrage relevant gewesen wäre. Im Weiteren hat sein Aufwand im vorliegenden Verfahren das Übliche nicht überschritten. Dementsprechend hat der Beschwerdeführer keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung.

Entscheid

im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP

1.

Die Beschwerde wird gutgeheissen, soweit auf sie eingetreten wird; die angefochtene Verfügung vom 12. Oktober 2018 wird aufgehoben und durch den Entscheid ersetzt, auf die Neuanmeldung vom 14. September 2017 einzutreten; die Sache wird zur Durchführung des entsprechenden Verwaltungsverfahrens an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen.

2.

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