



Fall-Nr.: IV 2021/31
Stelle: Versicherungsgericht
Rubrik: IV - Invalidenversicherung
Publikationsdatum: 21.07.2022
Entscheiddatum: 03.03.2022

Entscheid Versicherungsgericht, 03.03.2022

**Art. 28 IVG. Art. 16 ATSG. Art. 87 Abs. 3 IVV. Anspruch auf Invalidenrente.
Neuanmeldung. Prüfungsumfang (Entscheid des Versicherungsgerichts des
Kantons St. Gallen vom 3. März 2022, IV 2021/31).**

Entscheid vom 3. März 2022

Besetzung

Präsident Ralph Jöhl, Versicherungsrichterinnen Monika Gehrler-Hug und Karin Huber-Studerus; Gerichtsschreiber Tobias Bolt

Geschäftsnr.

IV 2021/31

Parteien

A.____,

Beschwerdeführerin,

vertreten durch Advokat MLaw Ferhat Kizilkaya, Advokatur GTK GmbH,
Bäumleingasse 22, 4051 Basel,

gegen

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

Beschwerdegegnerin,



Gegenstand

Rente

Sachverhalt

A.

A.a. A.____ meldete sich im September 2000 zum Bezug von Leistungen der Invalidenversicherung an (IV-act. 2). Sie gab an, sie habe in ihrem Herkunftsland eine dreijährige Ausbildung zur Näherin absolviert. In der Schweiz sei sie als Hilfsarbeiterin tätig gewesen. Im Auftrag der IV-Stelle erstattete die medizinische Abklärungsstelle (MEDAS) Zentralschweiz am 30. April 2001 ein polydisziplinäres Gutachten (IV-act. 12). Die Sachverständigen hielten fest, die Versicherte leide an einem chronischen cervico-lumbal betonten Panvertebralsyndrom mit einer rechtsbetonten spondylogenen Ausstrahlung sowie an Somatisierungsstörungen und an einer Erschöpfungssituation bei einer finanziellen und sozio-kulturellen Problematik. Aus rheumatologischer Sicht seien ihr körperlich leichte Tätigkeiten uneingeschränkt zumutbar. Aus psychiatrischer Sicht sei die Versicherte als zu 50 Prozent arbeitsunfähig für sämtliche Tätigkeiten zu qualifizieren. Diese Arbeitsfähigkeitsschätzung gelte ab Februar 2000. Mit einer Verfügung vom 26. November 2001 sprach die IV-Stelle der Versicherten mit Wirkung ab dem 1. April 2000 eine halbe Rente bei einem Invaliditätsgrad von 50 Prozent zu (IV-act. 18).

A.b. Im Rahmen einer Überprüfung des Rentenanspruchs im Frühjahr 2002 wies der behandelnde Arzt auf eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes hin (vgl. IV-act. 22), weshalb die IV-Stelle die MEDAS Zentralschweiz im Juni 2002 mit einer Verlaufsbegutachtung beauftragte (IV-act. 25). Das Verlaufsgutachten wurde am 7. April 2003 erstellt (IV-act. 30). Die Sachverständigen führten aus, zwischenzeitlich habe sich das Vertebralesyndrom zu einem fibromyalgiformen Ganzkörpersyndrom ausgeweitet. Da ein organisches Korrelat fehle, sei eine Schmerzverarbeitungsstörung als Ursache zu postulieren, die mit der aktuell nachgewiesenen depressiven Erkrankung im Zusammenhang stehen dürfte. Aus rheumatologischer Sicht sei die Arbeitsfähigkeit für leichte Verweistätigkeiten von 100 Prozent auf 80 Prozent



zurückgegangen. Die psychiatrisch definierte Arbeitsfähigkeit sei trotz der veränderten Diagnose gleich geblieben. Die Arbeitsfähigkeit für leidensadaptierte Tätigkeiten haben sich damit insgesamt nicht verändert. Als Diagnosen führten die Sachverständigen im Wesentlichen eine mittelgradige depressive Episode mit einem somatischen Syndrom, ein rechtsbetontes fibromyalgiformes Ganzkörperschmerzsyndrom sowie ein chronifiziertes rechtsbetontes lumbo-vertebragenes und lumbo-spondylogenes Syndrom an. Am 26. August 2003 teilte die IV-Stelle der Versicherten mit, dass sie weiterhin einen unveränderten Anspruch auf die bisherige Rente habe (IV-act. 32).

A.c. Im Mai 2008 ersuchte die Versicherte um eine Rentenerhöhung (IV-act. 60). Im Auftrag der IV-Stelle erstattete die MEDAS Zentralschweiz am 17. Dezember 2008 ein weiteres Verlaufsgutachten (IV-act. 68). Die Sachverständigen hielten fest, die Versicherte leide an einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung sowie an einem chronischen rechtsbetonten lumbo-spondylogenen Syndrom. Der Gesundheitszustand habe sich seit der letzten Begutachtung nicht verändert. Die Versicherte sei für leidensadaptierte Tätigkeiten weiterhin zu 50 Prozent arbeitsfähig. Mit einer Verfügung vom 8. Mai 2009 wies die IV-Stelle das Rentenerhöhungsgesuch der Versicherten ab (IV-act. 74).

A.d. Im Februar 2012 ging der IV-Stelle ein anonymes Schreiben zu, in dem geltend gemacht wurde, die Versicherte hüte regelmässig ihr Enkelkind und organisiere gerade eine Party, womit sie wohl einen Nebenverdienst erzielen wolle (IV-act. 75). Im März 2012 forderte die IV-Stelle die Versicherte auf, einen Fragebogen zur Überprüfung des Rentenanspruchs auszufüllen (IV-act. 77). Die Versicherte gab an, ihr Gesundheitszustand habe sich weiter verschlechtert. Nachdem die IV-Stelle aktuelle medizinische Berichte der behandelnden Ärzte eingeholt hatte, hielt Dr. med. B.____ vom IV-internen regionalen ärztlichen Dienst (RAD) am 8. November 2012 fest (IV-act. 97), die Rentenzusprache sei ausschliesslich aufgrund eines syndromalen Leidens im Sinne der Schlussbestimmungen zum ersten Massnahmenpaket der sechsten IVG-Revision erfolgt. Eine Ausnahmesituation für die Unüberwindbarkeit der chronischen Schmerzen bestehe nicht. Mit einer Verfügung vom 14. Februar 2013 hob die IV-Stelle die laufende Rente auf das Ende des der Zustellung der Verfügung folgenden Monats auf (IV-act. 107). Diese Verfügung erwuchs unangefochten in formelle Rechtskraft.



A.e. Im Juni 2018 ersuchte der behandelnde Psychiater med. pract. C.____ um eine „Neubeurteilung der Invalidität“ der Versicherten (IV-act. 125). Er machte geltend, die Versicherte befinde sich seit dem Jahr 2011 bei ihm in ambulant-psychiatrischer Behandlung. Die depressive Störung habe sich im Verlauf gesteigert; mittlerweile sei die Versicherte schwergradig depressiv. Neu seien auch psychotische Symptome hinzugekommen. Die Versicherte sei zu mindestens 80 Prozent arbeitsunfähig. Die IV-Stelle wies die Versicherte am 25. Juni 2018 darauf hin, dass behandelnde Ärzte nicht anmeldelegitimiert seien; die Versicherte müsse sich selbst zum Leistungsbezug anmelden (IV-act. 127). Am 6. Juli 2018 ging der IV-Stelle das ausgefüllte Anmeldeformular zu (IV-act. 128). Der behandelnde Psychiater C.____ hatte in einem Bericht vom 23. Oktober 2017 darauf hingewiesen, dass zwar eine Verdeutlichungstendenz bestehe, die „schweren Leiden“ aber trotzdem „ernst zu nehmen“ seien (IV-act. 132). Am 7. November 2018 beauftragte die IV-Stelle die SMAB AG mit einer polydisziplinären Begutachtung der Versicherten (IV-act. 147). Das Gutachten wurde am 15. April 2019 erstellt (IV-act. 173). Die federführende psychiatrische Sachverständige hielt fest, die Versicherte habe ihre Beschwerden ausführlich und mit emotional eindrücklichen Gesten geschildert. Die synthetische Schilderung mit einer Verstärkung der Symptomatik durch überwiegend körperliche Gesten und eine verbale Betonung sei als eine Symptomverdeutlichung zu qualifizieren. Im Gespräch sei die Auffassung für komplexe Fragen beeinträchtigt gewesen. Die Konzentration sei ebenfalls leicht beeinträchtigt gewesen. Die subjektiv geschilderte Vergesslichkeit sei aber in der Untersuchung nicht aufgefallen. Der formale Gedankengang sei etwas verlangsamt gewesen. Die Versicherte habe sich in einer depressiven Grundstimmung mit einer leicht beeinträchtigten affektiven Schwingungsfähigkeit gezeigt. Bei angenehmen Themen habe sie sich aber etwas gelockert. In der Untersuchung hätten sich Hinweise auf eine histrionisch und emotional instabile Persönlichkeitsakzentuierung mit impulsiven Handlungsmustern ergeben. Im Übrigen sei der objektive klinische Befund unauffällig gewesen. Aufgrund der anamnestischen Angaben der Versicherten sei davon auszugehen, dass diese aufgrund der schwierigen familiären Verhältnisse und der belasteten Kindheit kein ausreichend stabiles Selbstwertgefühl habe ausbilden können, was die Entwicklung einer histrionischen und emotional instabilen Persönlichkeitsstruktur mit impulsiven Handlungsmustern begünstigt habe. Aufgrund einer Schmerzproblematik und einer



schwierigen Ehesituation hätten sich um die Jahrtausendwende zusätzliche psychische Symptome eingestellt. Die kombinierte Persönlichkeitsstörung habe die Entwicklung einer depressiven und im weiteren Verlauf psychosenahen Störung begünstigt. Die Versicherte habe über depressive Symptome und über optische und akustische Halluzinationen geklagt. Obwohl die affektive Symptomatik insgesamt nur als mittelgradig ausgeprägt zu qualifizieren sei, müsse nach dem ICD-10 eine schwergradige depressive Störung diagnostiziert werden, weil psychotische Symptome vorlägen, die definitionsgemäss nur in Verbindung mit schweren depressiven Störungen diagnostiziert werden könnten. Eine posttraumatische Belastungsstörung liege nicht vor, da die entsprechenden Diagnosekriterien nicht vollständig erfüllt seien. Die Schmerzsymptomatik sei diagnostisch als eine anhaltende Somatisierungsstörung mit psychischen und körperlichen Faktoren ohne ein adäquates körperliches Korrelat zu qualifizieren. Die Verdeutlichungstendenz sei im Rahmen des langen Verlaufs bei offensichtlich verminderten Bewältigungsfähigkeiten nachvollziehbar. Seit der letzten Begutachtung im Jahr 2013 habe sich die Symptomatik nicht messbar respektive objektivierbar verschlechtert. Aus psychiatrischer Sicht sei weiterhin ein Arbeitsfähigkeitsgrad von 50 Prozent für die angestammte Tätigkeit zu attestieren. Für leidensadaptierte Tätigkeiten bestehe ein Arbeitsfähigkeitsgrad von 60 Prozent. Die therapeutischen Möglichkeiten seien bislang noch nicht vollständig ausgeschöpft worden. Mit einer stationären Behandlung und einer Anpassung der Medikation könnte allenfalls eine Verbesserung des Gesundheitszustandes und damit eine Steigerung der Arbeitsfähigkeit erreicht werden. Das Krankheitsbild sei nicht durchwegs konsistent, denn die Versicherte habe zwar angegeben, dass sie Hilfe im Haushalt benötige und Menschenmengen eher meide, aber sie sei in der Lage, regelmässig mit dem Flugzeug für Ferien in ihr Herkunftsland zu reisen. Der geltend gemachte hohe Leidensdruck stehe im Widerspruch zur niederfrequenten ambulanten Behandlung und zur niederschweligen Medikation. Die Untersuchungsergebnisse seien nicht in allen Bereichen valide und nachvollziehbar gewesen. Der internistische Sachverständige führte aus, aus allgemein-internistischer Sicht lägen keine Erkrankungen vor, die einen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit hätten. Der Hypertonus sei medikamentös eingestellt und verursache keine funktionellen Einschränkungen. Die Adipositas bedinge zwar zahlreiche Risiken und Komplikationen, bewirke per se aber keine Arbeitsunfähigkeit. Die gemischte Hyperlipo-proteinämie, die (verdachtsweise bestehende) nicht-



alkoholische Fettlebererkrankung, die Hypothyreose, das Angiomyolipom der Niere und die (druckschmerzhaften) subkutanen Lipome hätten keinen Einfluss auf die Leistungsfähigkeit. Das Empty-Sella-Syndrom und die Mischinkontinenz bei einer leicht verminderten Blasenkapazität verursachten ebenfalls keine funktionellen Einschränkungen. Der orthopädische Sachverständige hielt fest, weder die klinischen noch die bildgebenden Befunde bewirkten eine Arbeitsunfähigkeit für die zuletzt ausgeübte oder für eine andere körperlich leichte Tätigkeit. Zu diagnostizieren seien ein chronisch lumbo-vertebrales Schmerzsyndrom, ein chronisches Cervicovertebralsyndrom, ein chronisches Cervicocephalsyndrom sowie eine eingeschränkte Beugefähigkeit der Finger- und Grundgelenke ohne Hinweis auf strukturelle Veränderungen der Grund-, Mittel- oder Endgelenke. Der neurologische Sachverständige führte aus, die Versicherte leide an chronischen Kopfschmerzen, an einem chronischen lumbo-spondylogenen und cervico-spondylogenen Schmerzsyndrom, an einem Carpaltunnelsyndrom beidseits sowie an einer diskreten cerebralen Mikroangiopathie und empty sella. Keine dieser Diagnosen wirke sich auf die Arbeitsfähigkeit aus. Nach der Konsensbesprechung hielten die Sachverständigen fest, die Versicherte leide an einer rezidivierenden depressiven Störung schweren Ausmasses wegen psychotischer Symptome sowie an einer anhaltenden Somatisierungsstörung mit psychischen und körperlichen Faktoren ohne ein adäquates körperliches Korrelat; die übrigen Diagnosen wirkten sich nicht auf die Arbeitsfähigkeit aus. Die geltend gemachte Verschlechterung des Gesundheitszustandes in den letzten Jahren habe nicht objektiviert werden können. Die psychotische Symptomatik bestehe schon seit zehn Jahren und habe somit bereits im Jahr 2013 vorgelegen. Der Arbeitsfähigkeitsgrad habe sich seit dem Jahr 2013 nicht verändert. Da sich in den Akten keine Angaben zur Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit fänden, sei davon auszugehen, dass die Versicherte seit dem Jahr 2013 zu 60 Prozent arbeitsfähig für ideal leidensadaptierte Tätigkeiten sei.

A.f. Die RAD-Ärztin Dr. med. D.____ notierte am 11. Juni 2019 (IV-act. 174), die somatischen Teilgutachten seien überzeugend, bezüglich des psychiatrischen Teilgutachtens bestünden aber noch offene Fragen. Die Sachverständigen hätten auf verschiedene Inkonsistenzen hingewiesen. Diesen habe die psychiatrische Sachverständige nicht hinreichend Rechnung getragen. Die Diagnose einer



schwergradig ausgeprägten depressiven Störung lasse sich mit den von der psychiatrischen Sachverständigen beschriebenen leicht- bis mittelgradigen Funktionseinschränkungen nicht vereinbaren. Es treffe nicht zu, dass beim Vorliegen von psychotischen Symptomen zwingend eine schwergradige depressive Störung zu diagnostizieren sei. Zudem hätten sich die psychotischen Symptome nicht objektivieren lassen. Die psychiatrische Sachverständige habe teilweise von einer Persönlichkeitsakzentuierung und teilweise von einer Persönlichkeitsstörung gesprochen, weshalb unklar sei, ob die Versicherte an einer Persönlichkeitsstörung leide. Die Ausführungen zur Frage, ob sich der Gesundheitszustand seit der letzten Begutachtung verändert habe, seien widersprüchlich, denn die psychotischen Symptome seien in den früheren Berichten nicht erwähnt worden. Zudem habe die Verfügung aus dem Jahr 2013 auf einem Gutachten aus dem Jahr 2008 beruht; wenn man auf die Angaben der Versicherten zu den angeblichen psychotischen Symptomen abstellen würde, dann wären diese erst nach der Begutachtung im Jahr 2008 aufgetreten. Die psychiatrische Sachverständige habe sich nicht hinreichend mit den Vorakten auseinandergesetzt und sie habe ihre Arbeitsfähigkeitsschätzung nicht hinreichend begründet. Eine Sachbearbeiterin der IV-Stelle notierte am 16. September 2019, in der „Gesamtschau der Aktenlage“ und „anhand der Ausführungen im aktuellen Gutachten“ sei eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit ausgewiesen, weshalb das Rentenbegehren abzuweisen sei (IV-act. 175).

A.g. Mit einem Vorbescheid vom 17. September 2019 teilte die IV-Stelle der Versicherten mit, dass sie vorsehe, nicht auf das neue Leistungsbegehren einzutreten, weil eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes seit der Aufhebung der Rente im Jahr 2013 nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit ausgewiesen sei (IV-act. 177). Dagegen liess die Versicherte am 13. Dezember 2019 einwenden (IV-act. 186), das Bundesgericht habe seine „Überwindbarkeitsrechtsprechung“, auf die sich die Rentenaufhebung im Jahr 2013 massgeblich gestützt habe, mittlerweile aufgegeben. Neu sei eine schwergradig ausgeprägte Depression diagnostiziert worden. Der Sachverhalt habe sich also wesentlich verändert. Die Versicherte sei zu mindestens 40 Prozent arbeitsunfähig. Bei der Berechnung des Invaliditätsgrades müsse ein



„leidensfähiger Abzug“ von 25 Prozent gewährt werden. Mit einer Verfügung vom 31. Dezember 2019 trat die IV-Stelle nicht auf das Leistungsbegehren ein (IV-act. 189).

A.h. Nachdem die Versicherte eine Beschwerde gegen die Verfügung vom 31. Dezember 2019 erhoben hatte (vgl. IV-act. 190 f.), widerrief die IV-Stelle diese Verfügung am 9. April 2020, um weitere Abklärungen durchzuführen (IV-act. 197). Das Beschwerdeverfahren wurde am 16. Juni 2020 als gegenstandslos abgeschrieben; der Versicherten wurde eine Parteientschädigung von 2'000 Franken zugesprochen (IV 2020/27; vgl. IV-act. 203). Am 24. Juli 2020 teilte die IV-Stelle der Versicherten mit, dass sie nichts weiter im Sinn habe, als den Nichteintretensentscheid durch eine Abweisung des Leistungsbegehrens zu ersetzen (IV-act. 207). Am 30. November 2020 liess die Versicherte einwenden (IV-act. 212), sie sei zu mindestens 40 Prozent arbeitsunfähig. Zudem müsse bei der Berechnung des Invaliditätsgrades ein Abzug von 25 Prozent berücksichtigt werden. Folglich habe sie einen Anspruch auf eine halbe, mindestens auf eine Viertelsrente. Mit einer Verfügung vom 13. Januar 2021 wies die IV-Stelle das Rentenbegehren ab (IV-act. 215).

B.

B.a. Am 15. Februar 2021 liess die Versicherte (nachfolgend: die Beschwerdeführerin) eine Beschwerde gegen die Verfügung vom 13. Januar 2021 erheben (act. G 1). Ihr Rechtsvertreter beantragte die Aufhebung der angefochtenen Verfügung, die Zusprache mindestens einer halben Rente „ab wann rechtens“, eventualiter die Einholung eines psychiatrischen Obergutachtens und subeventualiter die Rückweisung der Sache an die IV-Stelle (nachfolgend: die Beschwerdegegnerin). Zur Begründung führte er aus, die Begründung der Beschwerdegegnerin sei widersprüchlich, denn das Gutachten der SMAB AG könne nicht sowohl mangelhaft sein als auch den Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin ausreichend belegen. Der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin habe sich massgebend verändert. Die bundesgerichtliche „Überwindbarkeitspraxis“ sei aufgegeben worden.

B.b. Die Beschwerdegegnerin beantragte am 7. Mai 2021 die Abweisung der Beschwerde (act. G 4). Zur Begründung führte sie an, da es sich beim vorliegend zu beurteilenden Leistungsbegehren um eine Neuanschuldung handle, sei ein vollständig beweiskräftiges Gutachten nicht zwingend nötig, wenn mit überwiegender



Wahrscheinlichkeit ausgewiesen sei, dass sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin seit der Rentenaufhebung nicht wesentlich verändert habe. Aus dem Gutachten der SMAB AG gehe hervor, dass sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin seit der Rentenaufhebung nicht wesentlich verändert habe.

B.c. Die Beschwerdeführerin liess am 30. Juni 2021 an ihren Anträgen festhalten (act. G 8). Die Beschwerdegegnerin verzichtete auf eine Duplik (act. G 10).

Erwägungen

1.

1.1. Gemäss dem Art. 43 Abs. 1 ATSG hat der Versicherungsträger die Begehren zu prüfen, die notwendigen Abklärungen von Amtes wegen vorzunehmen und die erforderlichen Auskünfte einzuholen. Diese Untersuchungspflicht muss vollumfänglich erfüllt sein, bevor die massgebende Bestimmung auf den konkreten Einzelfall angewendet werden kann, denn bei der Rechtsanwendung wird der massgebende Sachverhalt unter den gesetzlichen Tatbestand subsumiert, was nur möglich ist, wenn der gesamte massgebende Sachverhalt mit dem erforderlichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit feststeht. Das ist hier nicht der Fall gewesen, wie die Beschwerdegegnerin selbst eingeräumt hat, denn das psychiatrische Teilgutachten der SMAB AG überzeugt nicht. Die RAD-Ärztin D. ___ hat die diversen Mängel, an denen das psychiatrische Teilgutachten gelitten hat, in ihrer Aktenwürdigung überzeugend aufgezeigt. Der wesentlichste Mangel besteht darin, dass die psychiatrische Sachverständige die von der Beschwerdeführerin geschilderten psychotischen Symptome – (angebliche) optische und akustische Halluzinationen – als objektiv ausgewiesen qualifiziert hat, obwohl weder sie noch die behandelnden Ärzte entsprechende Befunde erhoben hatten und obwohl sich im Rahmen der Begutachtung manifeste Hinweise auf eine Aggravation ergeben hatten, worauf die psychiatrische Sachverständige selbst hingewiesen hat. Da die Antwort auf die Frage, ob die Beschwerdeführerin wirklich an psychotischen Symptomen gelitten hat, massgebend von den subjektiven Angaben der Beschwerdeführerin abhängig gewesen ist und da festgestanden hat, dass diese Angaben zumindest teilweise nicht überzeugend sein konnten (selbst der behandelnde Arzt hatte auf Verdeutlichungstendenzen hingewiesen), hätte die psychiatrische Sachverständige den für ihre medizinische Beurteilung massgebenden Sachverhalt diesbezüglich wesentlich sorgfältiger erheben müssen. Beispielsweise hätte sie fremdanamnestiche Angaben einholen, gezielte Fragen zur Validierung stellen, das Verhalten der Beschwerdeführerin



(idealerweise in die Symptome provozierenden Situationen) beobachten oder entsprechende Testverfahren durchführen können. Die Diagnose psychotischer Symptome und – damit einhergehend – einer schwergradig ausgeprägten depressiven Störung überzeugt jedenfalls nicht, da die psychiatrische Sachverständige diesbezüglich allein auf die subjektiven Angaben der durch manifeste Aggravationstendenzen aufgefallenen Beschwerdeführerin abgestellt hat. Da auch die Berichte der behandelnden Ärzte nicht überzeugen, weil diese das Vorhandensein der angeblichen psychotischen Symptome ebenfalls nicht hinterfragt haben, erweist sich der medizinische Sachverhalt als unzureichend abgeklärt. Folglich muss ein neues psychiatrisches Gutachten eingeholt werden.

1.2. Das Bundesgericht hat in seinem Leitentscheid BGE 137 V 210 festgehalten (E. 4.4.1.4 S. 264 f.), dass „die Beschwerdeinstanz im Regelfall ein Gerichtsgutachten einholt, wenn sie einen (im Verwaltungsverfahren anderweitig erhobenen) medizinischen Sachverhalt überhaupt für gutachtlich abklärungswürdig hält oder wenn eine Administrativexpertise in einem rechtserheblichen Punkt nicht beweiskräftig ist“. Eine Rückweisung an die IV-Stelle sei nur möglich, „wenn sie allein in der notwendigen Erhebung einer bisher vollständig ungeklärten Frage begründet ist. Ausserdem bleibt es dem kantonalen Gericht (unter dem Aspekt der Verfahrensgarantien) unbenommen, eine Sache zurückzuweisen, wenn lediglich eine Klarstellung, Präzisierung oder Ergänzung von gutachtlichen Ausführungen erforderlich ist“. Dem klaren Wortlaut dieser Ausführungen zufolge müsste im vorliegenden Beschwerdeverfahren ein psychiatrisches Gerichtsgutachten eingeholt werden, denn die Einholung eines weiteren psychiatrischen Gutachtens dient weder einer Klarstellung, Präzisierung oder Ergänzung des psychiatrischen Gutachtens der SMAB AG noch könnte behauptet werden, die Beschwerdegegnerin habe den psychiatrischen Sachverhalt „bisher vollständig ungeklärt“ gelassen. Allerdings dürfte dieser klare Wortlaut der Erwägung 4.4.1.4 im BGE 137 V 210 den wahren Willen des Bundesgerichtes trotz seiner vermeintlichen Klarheit nicht vollständig wiedergeben. Bei einer strikt grammatikalischen Interpretation der Ausführungen des Bundesgerichtes stünde es einer IV-Stelle nämlich frei, die fehlende Überzeugungskraft eines Administrativgutachtens zu ignorieren und gestützt auf dieses nicht beweiskräftige Gutachten zu verfügen. Würde die versicherte Person die Verfügung akzeptieren, würde diese formell rechtskräftig und damit verbindlich, obwohl sie auf einer mangelhaften Sachverhaltsgrundlage basieren würde und obwohl dies der IV-Stelle völlig bewusst wäre. Würde die versicherte Person eine Beschwerde erheben, müsste das Versicherungsgericht den – der IV-Stelle bekannten – Mangel bei der Sachverhaltsabklärung „ausbügeln“ und ein Gerichtsgutachten einholen. Damit stünde



es den IV-Stellen offen, den Standard der Sachverhaltsermittlungsqualität deutlich zu senken und gestützt auf nicht überzeugende Gutachten zu verfügen. Damit würde sie nämlich erreichen, dass (nur in einem Teil der Fälle, weil wohl zumindest ein Teil der fehlerhaften Verfügungen nicht angefochten würde) das Versicherungsgericht ihre ureigenste Aufgabe – die Sachverhaltsabklärung – für sie übernehmen und ihr Versäumnis beheben müsste. Würde man also die E. 4.4.1.4 im BGE 137 V 210 – aufgrund des klaren Wortlauts nur rein grammatikalisch interpretieren, wäre der rechtsmissbräuchlichen Berufung einer IV-Stelle auf diese Ausführungen Tür und Tor geöffnet, was nicht die Absicht des Bundesgerichtes gewesen sein kann. Der Wortlaut der E. 4.4.1.4 enthält folglich eine ausfüllungsbedürftige Lücke. Die Rückweisung an die Verwaltung ist auch in jenen Fällen geboten, in denen die IV-Stelle bewusst auf ein fehlerbehaftetes, nicht überzeugendes Administrativgutachten abgestellt und damit bewusst eine rechtsfehlerhafte Entscheidung in Kauf genommen hat. Ein solcher Fall liegt hier vor, da die Beschwerdegegnerin selbst eingeräumt hat, dass das psychiatrische Teilgutachten der SMAB AG nicht überzeuge. Ihr ist also bewusst gewesen, dass ihre Verfügung auf einem unvollständigen Sachverhalt beruht hat. Würde sie die Rückweisung zur Einholung eines neuen Administrativgutachtens anfechten, müsste darin eine rechtsmissbräuchliche Berufung auf den BGE 137 V 210 E. 4.4.1.4 S. 264 f. erblickt werden. Es kann nämlich nicht die Aufgabe des Versicherungsgerichtes sein, eine Verletzung der Untersuchungspflicht durch gerichtliche Abklärungen zu beheben, zumal die Beschwerdeführerin dadurch eine Rechtsmittelinstanz verlieren würde, da ja das Gericht anschliessend "originär" entscheiden und nicht eine Verfügung der Beschwerdegegnerin auf deren Rechtmässigkeit überprüfen würde. Die angefochtene Verfügung ist deshalb aufzuheben und die Sache ist an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. Diese wird die Sachverhaltsabklärung in Bezug auf den psychischen Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin vervollständigen und anschliessend neu über das Rentenbegehren der Beschwerdeführerin verfügen.

2.

Selbst wenn die sorgfältig und grundsätzlich nachvollziehbar begründete, aber letztlich nicht überzeugende Auffassung der Beschwerdegegnerin, das psychiatrische Teilgutachten der SMAB AG belege wenigstens mit dem erforderlichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit, dass sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin seit der Aufhebung der Rente im Jahr 2013 nicht verändert habe (die RAD-Ärztin D. ___ hat allerdings aufgezeigt, dass das psychiatrische Teilgutachten auch in diesem Punkt nicht überzeugt), zutreffen würde, müsste die angefochtene Verfügung aufgehoben und die Sache zur weiteren Sachverhaltsabklärung an die



Beschwerdegegnerin zurückgewiesen werden. Die – sich auf eine entsprechende Praxis des Bundesgerichtes stützende – Behauptung der Beschwerdegegnerin, bei einer Neuanmeldung sei ein Rentenbegehren nicht umfassend, sondern nur unter „revisionsrechtlichen Gesichtspunkten“ zu prüfen, das heisst es stelle sich nur die Frage, ob die „laufende Nichtrente“ im Sinne des Art. 17 Abs. 1 ATSG zu „revidieren“ sei, ist nämlich offensichtlich gesetzwidrig, denn der Art. 17 Abs. 1 ATSG ist nach seinem völlig klaren Wortlaut nur auf laufende Renten anwendbar. Auf eine „Nichtrente“ könnte er nur angewendet werden, wenn der Wortlaut nicht dem wahren Sinn und Zweck des Art. 17 Abs. 1 ATSG entsprechen würde und damit (ausfüllungsbedürftig) lückenhaft wäre, wenn er also sogenannte Neuanmeldungen eindeutig anders als erstmalige Anmeldungen zum Leistungsbezug hätte behandeln wollen, dies aber bei der Formulierung des Art. 17 Abs. 1 ATSG – und auch bei der Formulierung des Art. 29 ATSG, der nicht zwischen erstmaligen und Neuanmeldungen unterscheidet – versehentlich nicht zum Ausdruck gebracht hätte. Zu einer solchen Annahme besteht keine Veranlassung. Anders als bei einer laufenden Rente besteht am Fortbestand einer „laufenden Nichtrente“ keinerlei schützenswertes Interesse, denn für die versicherte Person kann sich eine „Anpassung“ ja nur zum Positiven auswirken, während das Interesse des Versicherungsträgers nur darin bestehen darf, die massgebenden Gesetzesbestimmungen korrekt und gleichbehandelnd auf den konkreten Sachverhalt anzuwenden. Nur der regelmässig hohe Abklärungsaufwand in einem Rentenverfahren könnte es rechtfertigen, die Verwaltung zumindest vor einer umfassenden Untersuchungspflicht bei repetitiven Neuanmeldungen zu schützen. Diesem verfahrensökonomischen und nicht schwer ins Gewicht fallenden Interesse ist aber mit dem Art. 87 Abs. 3 IVV hinreichend Rechnung getragen, denn die in dieser Verordnungsbestimmung enthaltene Eintretenshürde erlaubt es den IV-Stellen, repetitive Neuanmeldungen mit Nichteintretensentscheiden zu erledigen. Hat eine Neuanmeldung aber die Nichteintretenshürde des Art. 87 Abs. 3 IVV gemeistert, ist nicht einzusehen, weshalb sie nur eingeschränkt, nämlich unter revisionsrechtlichen Gesichtspunkten geprüft werden sollte. Folglich kann nicht unterstellt werden, dass der Gesetzgeber es versehentlich versäumt hätte, eine solche Beschränkung im Gesetz zu erwähnen. Weder das ATSG noch das IVG enthält diesbezüglich eine ausfüllungsbedürftige Lücke, weshalb die analoge Anwendung des Art. 17 Abs. 1 ATSG auf „Nichtrenten“ gesetzwidrig ist. Im Übrigen spielt es in den meisten Fällen keine Rolle, ob man Neuanmeldungen gesetzmässig oder der bundesgerichtlichen Auffassung folgend behandelt. Das Bundesgericht vertritt nämlich auch die Auffassung, dass in einem (echten) Revisionsverfahren nach Art. 17 Abs. 1 ATSG der Sachverhalt *umfassend* und ohne jede Bindung an frühere Entscheide neu gewürdigt werden könne, sofern er sich auch nur in einem von mehreren Teilelementen verändert habe.



Ergibt sich also in einem Revisionsverfahren, dass zwischenzeitlich eine Sachverhaltsveränderung eingetreten ist, unterscheidet sich der Prüfungsumfang im Revisionsverfahren nach der bundesgerichtlichen Auffassung nicht mehr von jenem in einem Verfahren betreffend eine erstmalige Anmeldung zum Leistungsbezug. Dasselbe muss natürlich auch für „unechte“ Revisionsverfahren betreffend „laufende Nichtrenten“ nach einer Neuanschuldung gelten. Da eine Neuanschuldung nur materiell behandelt wird, wenn eine relevante Sachverhaltsveränderung glaubhaft gemacht worden ist, ist kaum ein Fall denkbar, in dem eine Sachverhaltsveränderung komplett auszuschliessen wäre, was bedeutet, dass der Prüfungsumfang nach der bundesgerichtlichen Auffassung bei einer Neuanschuldung praktisch immer umfassend sein muss. Auch bei einer Anwendung des Art. 17 Abs. 1 ATSG auf eine "Nichtrente" wäre deshalb umfassend zu prüfen, ob die Beschwerdeführerin nach ihrer Anmeldung zum Rentenbezug im Juni 2018 respektive (in Anwendung des Art. 29 Abs. 1 IVG) ab dem 1. Dezember 2018 einen Anspruch auf eine Rente der Invalidenversicherung gehabt hat.

3.

Dieser Verfahrensausgang gilt rechtsprechungsgemäss als ein vollständiges Obsiegen der Beschwerdeführerin. Die Gerichtskosten von 600 Franken sind folglich der Beschwerdegegnerin aufzuerlegen. Der Beschwerdeführerin wird der von ihr geleistete Kostenvorschuss von 600 Franken zurückerstattet. Die Beschwerdegegnerin hat der Beschwerdeführerin eine Parteientschädigung auszurichten. Der erforderliche Vertretungsaufwand ist als durchschnittlich zu qualifizieren, weshalb die Parteientschädigung an sich praxisgemäss auf 4'000 Franken festzusetzen wäre. Da die Beschwerdeführerin im Verfahren IV 2020/27 bereits eine Parteientschädigung von 2'000 Franken erhalten hat und da sich in diesem Beschwerdeverfahren keine relevanten neuen Fragen gestellt haben, rechtfertigt der objektiv notwendige Vertretungsaufwand eine Parteientschädigung von 2'500 Franken (einschliesslich Barauslagen und Mehrwertsteuer).

Entscheid

im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP

1.

Die angefochtene Verfügung vom 13. Januar 2021 wird aufgehoben und die Sache



wird zur Fortsetzung des Verwaltungsverfahrens im Sinne der Erwägungen an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen.

2.

Die Beschwerdegegnerin hat die Gerichtskosten von 600 Franken zu bezahlen; der Beschwerdeführerin wird der von ihr geleistete Kostenvorschuss von 600 Franken zurückerstattet.

3.

Die Beschwerdegegnerin hat die Beschwerdeführerin mit 2'500 Franken zu entschädigen.