



**Fall-Nr.:** IV 2008/139  
**Stelle:** Versicherungsgericht  
**Rubrik:** IV - Invalidenversicherung  
**Publikationsdatum:** 30.06.2020  
**Entscheiddatum:** 04.11.2009

### **Entscheid Versicherungsgericht, 04.11.2009**

**Art. 28 IVG. Beweiswürdigung betreffend einen Untersuchungsbericht des RAD im Sinne von Art. 49 Abs. 2 IVV und verschiedene andere medizinische Abklärungsberichte (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 4. November 2009, IV 2008/139).**

Vizepräsidentin Karin Huber-Studerus, Versicherungsrichterin Lisbeth Mattle Frei,  
Versicherungsrichter Franz Schlauri; Gerichtsschreiberin Fides Hautle

Entscheid vom 4. November 2009

in Sachen

M.\_\_\_\_,

Beschwerdeführer,

vertreten durch Rechtsanwältin lic. iur. Sabrina Schneider, St. Leonhard-Strasse 20,  
Postfach, 9001 St. Gallen,

gegen

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

Beschwerdegegnerin,

betreffend

Rente



Sachverhalt:

A.

A.a Der 1967 geborene M.\_\_\_\_ meldete sich am 30. Januar 2007 zum Bezug von Leistungen der Invalidenversicherung an und beantragte wegen eines am 10. August 2005 erlittenen Herzinfarkts namentlich eine Rente. Er habe keinen Beruf erlernt und sei 1988 in die Schweiz gekommen. Zuletzt habe er seit April 1996 in einer Stickerei gearbeitet.

A.b Dr. med. A.\_\_\_\_, Spezialarzt für Innere Medizin FMH, spez. Magen-Darmkrankheiten, gab in seinem Arztbericht vom 26. Februar 2007 (act. 11) als Diagnosen an, es lägen vor ein 5-facher aorto-koronarer Bypass wegen schwerer koronarer 3-Gefässerkrankung (Bypassoperation am 22.08.2005) und eine instabile Sternotomie-Narbe mit starken Sternumschmerzen. Ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit sei eine Periarthropathia humeroscapularis rechts. Der Versicherte sei vom 10. August 2005 bis 5. Februar 2006 voll arbeitsunfähig gewesen und sei seit dem 16. März 2006 erneut zu 100 % arbeitsunfähig. Eine manuelle Tätigkeit sei wegen Schmerzen im rechten Schultergelenk und insbesondere in der Sternotomienarbe verunmöglicht. Die Frage, ob andere Tätigkeiten zumutbar seien, liess der Arzt im Formular offen. Er legte dar, laut Aussagen des Versicherten und aufgrund der Untersuchung seien die Schmerzen in der Narbe so stark, dass jegliche manuelle Tätigkeit verunmöglicht werde. Kardial wäre der Versicherte aber sehr gut belastbar und arbeitsfähig. Der Arzt legte verschiedene Berichte bei. So hatte etwa das Departement Innere Medizin, Kardiologie, am Kantonsspital St. Gallen am 1. Dezember 2006 nebst der koronaren Herzkrankheit postoperative Schmerzen im Bereich des Sternums sowie der AC-Gelenke diagnostiziert, wobei es keine Anhaltspunkte für eine Pseudarthrose oder einen Sternuminfekt gebe, und hatte in diesem Zusammenhang auf eine psychosoziale Belastungssituation verwiesen. Klinisch habe sich ein druckstabiles Sternum gezeigt. Aufgefallen sei eine leicht asymmetrische Stellung des Thorax mit einem Schultertiefstand rechts und muskulären Verspannungen. Die CT-Untersuchung habe keine Hinweise für eine objektivierbare Ursache der massiven Schmerzen ergeben. Zwischenzeitlich sei eine psychische Überlagerung eingetreten. Bezüglich der Schulter rechts hatte ein MRI keine anatomische Veränderung ergeben; diagnostiziert hatte



## St.Galler Gerichte

Dr. med. B.\_\_\_\_, FMH Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, am 28. März 2006 ein subacromiales funktionelles Impingement. Dr. med. C.\_\_\_\_, FMH Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, hatte am 23. Mai 2006 ein leichtes Klickphänomen der Schulter rechts festgestellt. Die Physiotherapie habe bereits deutlich geholfen und es sei mit einer weiteren Linderung zu rechnen. Dr. med. D.\_\_\_\_, FMH medizinische Radiologie, hatte bei einem MRI der Schulter rechts vom 22. März 2006 zur Abklärung des Reibegeräusches eine grenzwertige Signalstörung der AC-Gelenkscapsel ohne sicheren Krankheitswert, ein kleines subcorticales Ganglion des Humeruskopfs ohne Krankheitswert und ansonsten ein normales MR Arthrotomogramm gefunden. Die Klinik Gais hatte nach der kardiologischen Rehabilitation am 26. Oktober 2005 dafürgehalten, es werde ab Ende November 2005 eine Arbeitsfähigkeit von 50 % bestehen.

A.c Die Arbeitgeberin bescheinigte am 27. April 2007, der Versicherte sei vom 7. April 1997 bis 5. September 2006 bei ihr angestellt gewesen. Sie habe das Arbeitsverhältnis wegen der wirtschaftlichen Situation gekündigt. Im Jahr 2004 habe der Versicherte ein Einkommen von Fr. 44'891.75 erzielt.

A.d In der Folge fand auf Vorschlag des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD) der Invalidenversicherung (Dr. med. E.\_\_\_\_, act. 18) eine arbeitsmedizinische Untersuchung durch den RAD statt. Dem Bericht von Dr. med. F.\_\_\_\_, Facharzt für Arbeitsmedizin, vom 23. Oktober 2007 (act. 29) waren als Diagnosen zu entnehmen: (erstens) eine koronare Herzkrankheit, medikamentös und operativ (fünffacher aorto-koronarer Venenbypass im August 2005) kompensiert, und (zweitens) eine Periarthropathia humeroscapularis rechte Schulter. Ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit blieben (erstens) eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung, (zweitens) kardiale Risikofaktoren: arterielle Hypertonie, Hyperlipidämie, Nikotinabusus, und (drittens) eine Lumbalgie. Die angestammte Tätigkeit als Hilfsarbeiter in der Textilindustrie mit auch mittelschweren und schweren Tätigkeiten sei dem Versicherten nicht mehr zumutbar, eine leidensadaptierte hingegen zu 100 %. Es handle sich dabei um eine ständig oder überwiegend leichte körperliche Arbeit mit Hantieren von Lasten körpernah unter 10 kg, körperfern unter 5 kg, und eine gelegentlich mittelschwere körperliche Arbeit mit Lasten körpernah von 10 bis 25 kg, körperfern unter 7.5 kg, mit nur kurzzeitigem



## St.Galler Gerichte

Einnehmen von wirbelsäulen-/schulterbelastenden Zwangshaltungen, vornehmlich im Wechselrhythmus. Als solche kämen etwa Tätigkeiten als Hilfsarbeiter im Lager, im Verkauf, in der Fertigungskontrolle oder in der Materialprüfung in Frage.

A.e Mit Vorbescheid vom 5. Dezember 2007 (act. 33 f.) stellte die Sozialversicherungsanstalt/IV-Stelle des Kantons St. Gallen dem Versicherten eine Abweisung seines Leistungsgesuchs in Aussicht. Der Invaliditätsgrad betrage 5 % (Valideneinkommen Fr. 56'033.--; Invalideneinkommen Fr. 53'121.--).

A.f Der Versicherte liess in einem Einwand vom 22. Januar 2008 (act. 38) die Zusprechung einer Rente, eventualiter berufliche Massnahmen beantragen. Die von Dr. A.\_\_\_\_ attestierte Arbeitsunfähigkeit bestehe insbesondere aufgrund der geschilderten Schmerzen im Bereich des Brustbeins, der rechten Schulter und der Sprunggelenke. Neben den somatischen Beschwerden habe sich auch die geistige Gesundheit des Versicherten seit September 2007 verschlechtert. Er sei seit geraumer Zeit bei Dr. med. G.\_\_\_\_, Psychiatrie und Psychotherapie FMH, in Behandlung. Dieser Arzt habe in dem beigelegten Bericht vom 16. Januar 2008 (act. 39) eine Anpassungsstörung mit Angst und Depression gemischt (aufgetreten nach der RAD-Untersuchung) und den Verdacht auf eine beginnende anhaltende somatoforme Schmerzstörung diagnostiziert. Die Foerster'schen Kriterien seien klar erfüllt, doch sei die Krankheit vorübergehender Natur. Die psychische Komorbidität sei gegeben und eine Willensanstrengung sei dem Versicherten nicht zumutbar. Der Versicherte habe wegen seiner Einschränkungen bei der Arbeitssuche sehr grosse Schwierigkeiten. Er fühle sich grundsätzlich bereit und fähig, berufliche Eingliederungsmassnahmen anzupacken. Dr. G.\_\_\_\_ halte solche Massnahmen für dringend angezeigt. Zur Evaluation sei der Versicherte auf eine spezialisierte Berufsberatung angewiesen.

A.g Dr. F.\_\_\_\_ hielt in seiner Stellungnahme vom 8. Februar 2008 (act. 40) dafür, es bestehe kein Grund, vom Vorbescheid abzuweichen. Sollte sich in Zukunft bewahrheiten, dass die Anpassungsstörung keinen therapeutischen Massnahmen zugänglich sei und eine deutliche Leistungslimitierung bewirke, werde sich der Versicherte erneut anmelden können. Inwieweit eine Unterstützung bei der beruflichen Integration gewährt werde, liege im Ermessen der IV.



## St.Galler Gerichte

A.h Mit Verfügung vom 11. Februar 2008 (act. 41) wies die Sozialversicherungsanstalt/IV-Stelle das Leistungsgesuch ab. Bemühungen beruflicher Art würden von vornherein verunmöglicht, da sich der Versicherte einerseits subjektiv arbeitsunfähig fühle, andererseits Eingliederungsmassnahmen aber doch anpacken wolle. Bei bestehendem Interesse an Arbeitsvermittlung könne die Arbeitslosenversicherung behilflich sein. Ein Rentenanspruch bestehe nicht.

B.

Gegen diese Verfügung richtet sich die Beschwerde vom 12. März 2008. Der Beschwerdeführer beantragt, die angefochtene Verfügung sei aufzuheben und es sei nach Ausschöpfung der Behandlungs- und Heilungsmöglichkeiten eine neutrale Begutachtung anzuordnen. Er habe seit 20 Jahren ununterbrochen gearbeitet und Beiträge bezahlt. Er habe sich einer komplizierten Operation unterziehen müssen, bei welcher auch die Schulter auf der rechten, dominanten Seite in Mitleidenschaft gezogen worden sei, und ausserdem seien auch im Brustbereich die Beschwerden bestehen geblieben. Er sei deswegen in Dauerbehandlung. Mit diesem frühen Eintritt einer Erkrankung und der Kündigung des Arbeitsverhältnisses wegen bleibender Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit habe er sich nicht zurecht finden können, habe sich zurückgezogen und sei depressiv geworden. Er habe sich auch in psychiatrische Behandlung begeben müssen. Während der Behandlung seien nun noch akute Schmerzen im Kreuzbereich dazugekommen, weswegen nun weitere Abklärungen getätigt würden. Dass der RAD-Arzt ihm zu verstehen gegeben habe, aufgrund dieser Krankheit könne er keine Rente bekommen, weil die IV kein Geld habe, habe ihn erschüttert. Seien die Beiträge zu niedrig, könnten dafür nicht die Versicherten verantwortlich gemacht werden.

C.

Mit Eingabe vom 9. April 2008 teilt Rechtsanwältin lic. iur. Sabrina Schneider als Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers unter Hinweis auf verschiedene Arztberichte mit, dieser leide mittlerweile an immer intensiver werdenden Schmerzen im lumbalen Bereich und sei zwischen dem 18. Januar und dem 17. März 2008 von verschiedenen Ärzten untersucht worden. Weitere Untersuchungen würden folgen. Sie habe deshalb



bei der Beschwerdegegnerin um Aufhebung der Verfügung und Einbeziehung der neu entdeckten Tatsachen und Beweismittel sowie um Abwarten der weiteren Abklärungen ersucht. Das Beschwerdeverfahren sei bis zu einem Entscheid der Beschwerdegegnerin zu sistieren. Bei den Beilagen fand sich ein Bericht von Dr. med. H.\_\_\_\_, FMH medizinische Radiologie, Klinik Stephanshorn, vom 18. Januar 2008 über eine lumbo-vertebrale Kernspintomographie (B11 bis und mit S3) vom 17. Januar 2008. Darin war als Beurteilung enthalten gewesen: Chondrose/beginnende Osteochondrose L3/4 und L4/5 mit im Segment L3/4 zirkumferenziell breitbasiger und im Segment L4/5 median und paramedian bis foraminal rechtsseitig akzentuierter Discushernie, die in beiden Segmenten zu einer mässiggradigen Spinalkanalstenose führt; Irritation der Nervenwurzeln L4 beidseits foraminal sowie L5 rechts mehr als links durch Dorsalverlagerung und fraglich L4 beidseits durch Kontaktierung mit der Bandscheibe; Hemisacralisation von L5; Leichtgradige Osteochondrose B11/12. Des Weiteren lag ein Bericht von Dr. med. I.\_\_\_\_, FMH Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, Kantonsspital St. Gallen, vom 5. März 2008 bei. Darin war nach einer ambulanten Untersuchung (mit Röntgen, einschliesslich MRI) angegeben worden, es zeige sich eine beginnende Osteochondrose L3/4 und L4/5. In einem Schreiben an Dr. med. K.\_\_\_\_, Fachärztin FMH für Neurologie, vom 17. März 2008 hatte ferner Dr. med. L.\_\_\_\_, Facharzt FMH Anästhesiologie, erklärt, der Beschwerdeführer habe sich mit Schmerzen in der unteren LWS in der Schmerzambulanz vorgestellt. Es habe sich eine ISG-Problematik mit Piriformisschmerz gezeigt. Ein MRI-Befund habe eine Spinalkanalenge bei NPP und Spondylolisthesis beschrieben. Für die Therapie müsste die LWS- von der ISG-Problematik getrennt werden. Dazu wäre eine neurologische Begutachtung mit gegebenenfalls NLG-Messung hilfreich. Ausserdem hatte Dr. L.\_\_\_\_ den Beschwerdeführer gleichentags zu einer kardiologischen Abklärung angemeldet. Es bestehe eine Belastungsdyspnoe. In einem Arztzeugnis vom gleichen Tag hatte Dr. L.\_\_\_\_ den Beschwerdeführer ab sofort zu 100 % arbeitsunfähig erklärt.

D.

In der Beschwerdeantwort vom 21. Mai 2008 beantragt die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde. Der RAD habe in einer Stellungnahme vom 7. Mai 2008 (act. 56) unter anderem ausgeführt, gemäss den neusten medizinischen Unterlagen lägen alterstypische, mässige degenerative Veränderungen der LWS vor, die



konservativ und mit lokalen Infiltrationen behandelt würden. Es bestünden keine Indikation zur Operation und keine neurologische Symptomatik. Die subjektive Schmerzsymptomatik sei durch die Überlagerung mit der somatoformen Schmerzstörung zu erklären. Am 13. Mai 2008 habe der Beschwerdeführer weitere medizinische Unterlagen eingereicht. Es sei nicht ersichtlich und werde auch nicht geltend gemacht, inwiefern das umfassende RAD-Gutachten rechtsfehlerhaft sein sollte. Dass sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers seit der RAD-Begutachtung verschlechtert habe, sei nicht ausgewiesen. Gemäss dem Bericht von Dr. G.\_\_\_\_ sei der Beschwerdeführer aus psychiatrischer Sicht voll arbeitsfähig. Der Bericht der Klinik Stephanshorn führe einzig altersentsprechende mässige degenerative Veränderungen der LWS auf, die eine volle Arbeitsfähigkeit in adaptierter Tätigkeit zuliesse. Neurologische Ausfälle seien nicht vorhanden, was im Bericht von Dr. K.\_\_\_\_ vom 1. April 2008 bestätigt werde. Die Echokardiografie vom 22. April 2008 habe keine pathologischen Befunde ergeben. Es ergäben sich somit keine Hinweise, dass dem Beschwerdeführer eine rückenadaptierte Tätigkeit nicht voll zumutbar sei. Weitere Untersuchungen seien nicht notwendig. Auf den Einkommensvergleich brauche nicht eingegangen zu werden. Die Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers hatte der Beschwerdegegnerin am 13. Mai 2008 vier Berichte eingereicht. Dr. K.\_\_\_\_ hatte am 1. April 2008 folgende Diagnosen bekannt gegeben: (erstens) degenerative LWS-Veränderungen mit Diskushernie L3/L4 und L4/L5, mässiger Spinalkanalstenose L3/L4 und L4/L5, keinen Anhaltspunkten für radikuläre Reiz- und/oder Ausfallssymptomatik, keinen Symptomen im Rahmen des engen lumbalen Spinalkanals, sowie (zweitens) anamnestisch ISG-Problematik mit Piriformis-Schmerz. Vor ca. einem Jahr könnte es zu einer radikulären Reizsymptomatik links gekommen sein, die sich rasch wieder zurückgebildet habe. Die Sensibilitätsstörungen im Bereich des rechten Unterschenkels bestünden seit der Herzoperation 2005; es dürfte bei der Venenentnahme zu einer Verletzung des N. saphenus bzw. seiner Äste gekommen sein. Dr. med. N.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Dermatologie und Venerologie, allergische Krankheiten, hatte in seinem Bericht vom 18. April 2008 ein chronisch rezidivierendes dyshidrosiformes Handekzem palmar beidseits bei einer Hyperhidrose diagnostiziert. Dr. L.\_\_\_\_ hatte im Bericht vom 28. April 2008 als Diagnosen bezeichnet: einen chronischen Schmerz, einen pseudoradikulären Schmerz bei lumbaler Spinalkanalstenose, eine Persönlichkeitsänderung bei chronischem Schmerz und einen



## St.Galler Gerichte

Z.n. 5-fach ACVB am 22. August 2005. Dr. med. O.\_\_\_\_, Departement Innere Medizin, Kardiologie, hatte am 30. April 2008 erklärt, es bestünden (erstens) eine koronare und hypertensive Herzkrankheit (aktuell kardial beschwerdefrei), (zweitens) eine chronische lumbovertbrale/sacrale Schmerzproblematik und (drittens) extrakardiale linksthorakale Schmerzen, DD: muskulo-skelettal. Eine pectanginöse Beschwerdesymptomatik bestehe nicht. Die vom Beschwerdeführer beschriebene Anstrengungsdyspnoe sei nicht klar konklusiv nachzuvollziehen. Die beschriebenen Thoraxschmerzen seien eindeutig als extrakardial einzustufen.

E.

Mit Replik vom 10. Juli 2008 beantragt die Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers, die angefochtene Verfügung sei aufzuheben und dem Beschwerdeführer sei eine ganze Invalidenrente zuzusprechen, eventualiter seien weitere medizinische Abklärungen durchzuführen. Dr. L.\_\_\_\_ habe dem Beschwerdeführer ab dem 17. März 2008 eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % attestiert. Der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers habe sich im Lauf des IV-Verfahrens zunehmend verschlechtert. In den Arztberichten von Dr. H.\_\_\_\_ vom 18. Januar 2008 und von Dr. I.\_\_\_\_ vom 5. März 2008 sei auf die seit Ende 2007/Anfang 2008 intensiv aufgetretenen, tief lumbalen Schmerzen eingegangen worden. Festgestellt worden seien eine Chondrose/ beginnende Osteochondrose L3/4 und L4/5, eine hypertrophe Spondylarthrose der Segmente L2/3 bis L5/S1 und eine leicht- bis mittelgradige Osteochondrose BWK11/12. Bei L3/4 und L4/5 seien Discushernien diagnostiziert worden. Der Schmerzen in der unteren LWS wegen habe der Beschwerdeführer im März 2008 Dr. L.\_\_\_\_ aufgesucht, bei welchem er seither in ambulanter Schmerztherapie stehe. Im Bericht vom 28. April 2008 habe dieser Arzt einen chronischen Schmerz, einen pseudoradikulären Schmerz bei lumbaler Spinalkanalstenose, eine Persönlichkeitsveränderung bei chronischem Schmerz und einen Zustand nach 5-fach ACVB diagnostiziert. Die Schmerzen in der oberen Körperhälfte würden danach zum Teil durch die Herzoperation erklärt, zum andern Teil durch die Halswirbelsäulenproblematik. Die Bandscheibenvorfälle müssten zusammen mit den relativen Spinalkanalengen und der Iliosakralgelenksproblematik betrachtet werden. Dr. K.\_\_\_\_ habe am 1. April 2008 degenerative LWS-Veränderungen mit Diskushernien L3/L4 und L4/L5 und mässiger Spinalkanalstenose L3/L4 und L4/L5 festgestellt.



Dr. L.\_\_\_\_ habe am 5. Juni 2008 berichtet, die durchgeführten Therapien hätten nicht zum gewünschten Erfolg geführt. Das Schmerzgeschehen habe zu einer eigenständigen Erkrankung geführt, die als chronisches Mehrquadrantensyndrom bezeichnet werde. Der Beschwerdeführer sei zu 100 % arbeitsunfähig. Dr. G.\_\_\_\_ habe am 16. Januar 2008 festgehalten, seit der RAD-Untersuchung sei eine Anpassungsstörung aufgetreten. Der RAD-Bericht erfülle die strengen Anforderungen der Beweiswürdigung nicht. Da Dr. F.\_\_\_\_ keinen einschlägigen und zudem einen ausländischen Facharzttitel besitze, sei er von vornherein nicht geeignet, eine internistische, rheumatologische und psychiatrische Abklärung vorzunehmen. Ausserdem seien Ende 2007/Anfang 2008 neue Beschwerden dazugekommen. Die Stellungnahmen des RAD-Arztes zu den nachträglich eingereichten Berichten vermöchten an deren Aussagekraft auf den spezialärztlichen Gebieten nichts zu ändern. Es sei auch bezüglich der Unüberwindbarkeit der somatoformen Schmerzstörung auf den Spezialisten abzustellen. Inzwischen habe sich ausserdem gezeigt, dass es dem Beschwerdeführer psychisch zunehmend schlechter gehe und es sich nicht um etwas Vorübergehendes handle. Eine Begutachtung sei zumindest unter psychiatrischem Aspekt unerlässlich. Dr. A.\_\_\_\_ und Dr. L.\_\_\_\_ würden den Beschwerdeführer besser kennen und einschätzen können als Dr. F.\_\_\_\_. Das Valideneinkommen sei nicht zu beanstanden. Indessen sei für das Invalideneinkommen von einem Wert von Fr. 56'033.-- auszugehen, denn sei der Betrag des Invalideneinkommens höher als das auf ein volles Pensum hochgerechnete Valideneinkommen, so sei das Invalideneinkommen praxisgemäss auf diesen Wert zu reduzieren. Dieser Betrag sei mit dem Anteil an Restarbeitsfähigkeit zu multiplizieren. Ausserdem sei ein Teilzeitabzug von mindestens 10 % zu gewähren, da der Beschwerdeführer nicht mehr oder höchstens in sehr beschränktem Umfang und erst noch mit verminderter Leistungsfähigkeit erwerbstätig sein könne. Ferner seien die als Leidensabzug gewährten 10 % zu knapp. Am Platz sei ein Abzug von mindestens 20 %, und zwar wegen des Alters (Jahrgang 1967), der fehlenden Ausbildung, der ungenügenden Deutschkenntnisse, der ausgeprägten und lang andauernden Beschwerden und des Umstands, dass der Beschwerdeführer als Gesunder voll erwerbstätig wäre.

F.



Die Beschwerdegegnerin weist mit Duplik vom 29. Juli 2008 die Kritik betreffend den RAD-Arzt zurück. Er sei als Facharzt für Arbeitsmedizin im FMH-Ärzteindex eingetragen.

Erwägungen:

1.

1.1 Am 1. Januar 2008 ist die 5. IV-Revision in Kraft getreten. Die Beschwerdegegnerin hat die angefochtene Verfügung am 11. Februar 2008, also nach dem Inkrafttreten und damit unter der Geltung des Rechts der 5. IV-Revision erlassen. Zu beurteilen ist der Sachverhalt, wie er sich bis zum Zeitpunkt des Erlasses der angefochtenen Verfügung entwickelt hat. Dieser Sachverhalt reicht in die Zeit vor dem Inkrafttreten der 5. IV-Revision zurück. Es fragt sich damit, ob bei der Verfügung über den Sachverhalt neues oder altes Recht anwendbar sei. Eine überzeugende Lösung jedes Übergangsproblems setzt beim sogenannten Geltungsprinzip an (vgl. Ralph Jöhl, Übergangsrechtliche Probleme im Leistungsrecht der Sozialversicherung, St. Gallen 1996, S. 2 f.). Dieses Prinzip bringt zum Ausdruck, dass nur jenes Recht anwendbar ist, das in Geltung steht. Soll auf bestimmte Sachverhalte nicht neues Recht Anwendung finden, sondern das aufgehobene Recht massgebend bleiben, muss eine geltende Norm die Weiteranwendbarkeit aufgehobenen Rechts für bestimmte Sachverhalte anordnen. Die 5. IV-Revision enthält keine die Rente betreffende übergangsrechtliche Bestimmung. Das Bundesamt für Sozialversicherungen unterstellt aber zu Recht eine ausfüllungsbedürftige Lücke (vgl. das Rundschreiben Nr. 253 vom 12. Dezember 2007). Denn da die Regelung des Zeitpunkts der Entstehung des Rentenanspruchs in einer für die Versicherten nachteiligen Weise geändert wurde, hätte eine Anwendung des neuen Rechts auch auf alte Sachverhalte, über die bei Inkrafttreten neuen Rechts noch nicht verfügt wurde, eine stossende Ungleichbehandlung zur Folge. Wichtig ist bei der Ausfüllung dieser übergangsrechtlichen Gesetzeslücke die Definition dessen, was den sogenannten alten Sachverhalt ausmacht, auf den das alte, aufgehobene Recht weiter anwendbar bleiben soll. Die Abgrenzung sollte durch ein materiellrechtliches, unbeeinflussbares Merkmal erfolgen. In Frage kommen der Zeitpunkt der Entstehung des Auszahlungsanspruchs oder der Eintritt des Versicherungsfalls, beide definiert nach dem alten, ausser Kraft getretenen Recht (zum Ganzen im Detail der Entscheid



des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen i/S M. vom 28. Oktober 2009, IV 2009/5). Das Bundesgericht hat gestützt auf das Rundschreiben, wenn der Rentenanspruch vor dem 1. Januar 2008 entstanden wäre, altes Recht angewendet (etwa Bundesgerichtsentscheide i/S S. vom 28. August 2008, 8C\_373/2008, und i/S P. vom 9. März 2009, 8C\_491/08). Bezüglich des allfälligen Rentenbeginns rechtfertigt es sich vorliegend, angesichts der IV-Anmeldung vom Januar 2007 und des Eintritts der Arbeitsunfähigkeit im August 2005 die bis zum 31. Dezember 2007 gültig gewesenen Bestimmungen (im Folgenden angeführt) anzuwenden.

1.2 Mit der angefochtenen Verfügung hat die Beschwerdegegnerin das Leistungsgesuch des Beschwerdeführers abgelehnt. Berufliche Massnahmen seien nicht möglich, für die Arbeitsvermittlung sei die Arbeitslosenversicherung zuständig. Ein Rentenanspruch bestehe nicht. Der Beschwerdeführer lässt im Gerichtsverfahren (wie schon in der IV-Anmeldung) einzig eine Rente beantragen. Streitig ist daher zunächst ein Rentenanspruch. Ergäbe sich allerdings, dass ohne Eingliederungsmassnahmen ein solcher Anspruch in Frage steht, so gehörte zum Streitgegenstand notwendigerweise auch die Frage, ob die Verwaltung den Grundsatz "Eingliederung vor Rente" beachtet und eine allfällige Pflicht des Beschwerdeführers zu Massnahmen korrekt in Anspruch genommen habe.

2.

2.1 Nach Art. 28 Abs. 1 IVG besteht der Anspruch auf eine ganze Invalidenrente, wenn die versicherte Person mindestens zu 70 %, derjenige auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens zu 60 % invalid ist. Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % Anspruch auf eine Viertelsrente.

2.2 Für die Invaliditätsbemessung sind zunächst die medizinischen Vorbedingungen von Bedeutung. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beschreiben und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist. Die ärztlichen Auskünfte sind in der Folge eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 125 V



261 E. 4; ZAK 1982 S. 34). Ob die versicherte Person eine ihr zumutbare Tätigkeit auch tatsächlich ausübt, ist für die Invaliditätsbemessung hingegen unerheblich (Rz 3046 des vom Bundesamt für Sozialversicherungen erlassenen Kreisschreibens über die Invalidität und Hilflosigkeit in der Invalidenversicherung = KSIH).

2.3 Für die richterliche Beurteilung sind grundsätzlich die tatsächlichen Verhältnisse massgebend, wie sie bis zum Zeitpunkt der angefochtenen Verwaltungsverfügung bestanden haben (BGE 121 V 366 E. 1b mit Hinweisen; BGE 125 V 150 E. 2c).

Tatsachen, die sich erst später verwirklichen, sind jedoch insoweit zu berücksichtigen, als sie mit dem Streitgegenstand in engem Sachzusammenhang stehen und geeignet sind, die Beurteilung im Zeitpunkt des Verfügungserlasses zu beeinflussen (Entscheid des Eidgenössischen Versicherungsgerichts i/S T. vom 22. März 2001, I 597/00; vgl. BGE 99 V 102 mit Hinweisen).

3.

3.1 Zum Gesundheitszustand des Beschwerdeführers und der zumutbaren Arbeitsfähigkeit liegt ein Bericht des RAD im Sinne von Art. 49 Abs. 2 IVV vom Oktober 2007 über eine Untersuchung vom 24. September 2007 vor. Der RAD-Arzt nahm die Anamnese auf, erfragte die geklagten Beschwerden (in beiden Sprunggelenken; in der rechten Schulter und im AC-Gelenk; an beiden Rippenbogenrändern am Übergang der Rippen zum Bauchraum und über dem Brustbein; im LWS-Bereich; aufgrund einer "psychosozialen Belastungssituation"; bei Belastung "Krämpfe im Herzbereich"), nahm die Vorakten zur Kenntnis und erhob selber Befunde (zum Allgemeinzustand, dem internistischen, neurologischen, rheumatologischen und psychischen Zustand). Aufgrund dieser Erhebungen gelangte er zum Ergebnis, dass der Beschwerdeführer in der angestammten, teilweise schweren Tätigkeit nicht mehr, in einer adaptierten Tätigkeit aber voll arbeitsfähig sei. Arbeiten mit dem dominanten rechten Arm über Schulterniveau seien ausgeschlossen. Als zweite Arbeitsfähigkeitsschätzung lag jene von Dr. A.\_\_\_\_ vom Februar 2007 vor, der dafürgehalten hatte, kardial wäre der Beschwerdeführer gut belastbar und arbeitsfähig, manuelle Tätigkeiten kämen aber wegen der Schmerzen in der Sternotomie-Narbe nicht in Frage. Die hausärztliche, namentlich auch auf die Angaben des Beschwerdeführers gestützte Beurteilung ist in der Umschreibung der ausgeschlossenen Tätigkeiten vage oder sehr weitreichend und



ist in der Beweiswürdigung nicht als (gleichwertige) Gegenposition aufzufassen. Der RAD-Arzt, welcher die Untersuchung vornahm, ist Facharzt für Arbeitsmedizin (im Ausland erworbener Titel). Weitere Spezialisten, etwa ein Internist, ein Rheumatologe oder ein Psychiater, wirkten nicht mit, wie es der Beschwerdeführer offenbar für erforderlich hielt. Der RAD-Arzt konnte sich indessen auf verschiedene spezialärztliche Berichte und Abklärungen zur kardialen, sternalen und Schulterproblematik stützen. Dafür, dass er diese Berichte unzutreffend gewürdigt haben könnte, gibt es keine Hinweise. Betreffend die beiden oberen Sprunggelenke hat der RAD-Arzt bis auf leichte Reibegeräusche funktionell keine gravierende Störung objektiv erheben können. Was den psychischen Befund anbelangt, legte der RAD-Arzt dar, die subjektiv empfundenen Schmerzen seien organisch nicht hinreichend erklärbar. Es bestünden psychosoziale Probleme (ungelernter Migrant mit schlechten beruflichen und sprachlichen Kenntnissen, Arbeitsplatzverlust, Verbleib der Familie im Heimatland, nun Abhängigkeit von der Sozialfürsorge). Es liege weder eine depressive noch eine andere psychiatrische Erkrankung vor und es werde auch keine entsprechende Therapie in Anspruch genommen. Es handle sich um eine die Arbeitsfähigkeit nicht beeinträchtigende anhaltende somatoforme Schmerzstörung. Die psychiatrische Beurteilung wurde nachträglich durch die Angaben von Dr. G.\_\_\_\_ gestützt, hielt der Spezialarzt doch fest, er sei mit dieser Beurteilung grösstenteils, mit der Arbeitsfähigkeitsschätzung vollumfänglich einverstanden.

3.2 Gegen die Stichhaltigkeit des Ergebnisses der RAD-Untersuchung liess der Beschwerdeführer vor Erlass der Verfügung vorbringen, es sei seit der Untersuchung eine gesundheitliche Verschlechterung eingetreten. So sei eine Anpassungsstörung mit Angst und Depression gemischt aufgetreten. Wie dem Bericht von Dr. G.\_\_\_\_ zu entnehmen ist, kommt den psychiatrischen Leiden des Beschwerdeführers aber (nach wie vor) kein Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit zu. Bei der Anpassungsstörung handelt es sich nach der Beurteilung durch Dr. G.\_\_\_\_ im Übrigen um eine lediglich vorübergehende Krankheit.

3.3 In der Beschwerde bringt der Beschwerdeführer vor, es seien akute Schmerzen im Kreuzbereich dazugekommen. Schon bei der RAD-Untersuchung hatte er berichtet, vor zwei Monaten (also etwa im Juli 2007) seien bei ihm solche Schmerzen aufgetreten. Bei einer Kernspintomographie vom Januar 2008 waren denn auch verschiedene Befunde



im LWS-Bereich gefunden worden, darunter Diskushernien in zwei Segmenten, je mit einer mässiggradigen Spinalkanalstenose. Die Nervenwurzeln L4 und L5 waren irritiert. Dr. L.\_\_\_\_, der nebst der LWS- eine ISG-Problematik gefunden hatte, attestierte dem Beschwerdeführer im März 2008 (nach Erlass der Verfügung) eine volle Arbeitsunfähigkeit und befürwortete eine neurologische Begutachtung. Dr. F.\_\_\_\_ nahm demgegenüber am 7. Mai 2008 an, eine polydisziplinäre Begutachtung sei gegenwärtig trotz dieser LWS-Befunde nicht erforderlich, könnte aber allenfalls in Zukunft nötig werden. Bei den LWS-Befunden handle es sich um alterstypische mässige degenerative Veränderungen. Die von Dr. L.\_\_\_\_ vorgeschlagene neurologische Abklärung wurde in der Folge von Dr. K.\_\_\_\_ durchgeführt. Nach deren Beurteilung vom 1. April 2008 lagen degenerative LWS-Veränderungen vor mit unter anderem Diskushernien L2/4 und L4/5 und einer mässigen Spinalkanalstenose auf diesen Niveaus. Ein Jahr früher könnte es zu einer radikulären Reizsymptomatik links gekommen sein, welche sich aber rasch wieder zurückgebildet habe. Aktuell würden Anhaltspunkte für eine radikuläre Reiz- und/oder Ausfallssymptomatik sowohl klinisch wie anamnestisch fehlen. Die ISG-Problematik mit Piriformis-Schmerz bezeichnete sie als anamnestische Diagnose. Es kann unter diesen Umständen (für den hier zu beurteilenden Zeitraum bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung) davon ausgegangen werden, dass die Veränderungen an der LWS nicht zu einer anderen Beurteilung der zumutbaren Arbeitsfähigkeit für eine angepasste Tätigkeit führen.

3.4 Aus den später am 13. Mai 2008 bei der Beschwerdegegnerin und den mit der Replik eingereichten medizinischen Berichten ist für den vorliegend massgeblichen Sachverhalt nichts anderes zu schliessen. Kardial muss nicht von einer Verschlechterung ausgegangen werden. Eine pectanginöse Beschwerdesymptomatik lag nicht vor. Die Anstrengungsdyspnoe war nicht klar nachzuvollziehen. Im Bericht vom 5. Juni 2008 stellte Dr. L.\_\_\_\_ unter anderem eine cervicale Dysfunktion in C0/1 rechts und C3/4 links mit Rotations- und Seitneigungsstörung, eine Ansatzendinopathie der nuchalen Muskelansätze und der Mm. levator scapulae bds. und eine Facettengelenksdysfunktion in Th 2-10 bds. fest. Der Arzt berichtete, am 2. Juni 2008 sei operativ ein periduraler Katheter implantiert, am 4. Juni 2008, nachdem kein Erfolg eingetreten sei, wieder gezogen worden. Die Beschwerden in der unteren Lendenwirbelsäule und im Beckenbereich seien durch die Bandscheibenvorfälle in L3/4 und L4/5 und die Verspannung der paravertebralen Muskulatur zu erklären. Das dürfte



auch die Hauptursache für die Facettengelenksdysfunktion in den gleichen Höhen mit pseudoradikulären Schmerzen sein. Daneben bestehe eine deutliche Iliosacralgelenksdysfunktion beidseits mit verkürzten Mm. piriformis. Beide Beschwerdebereiche würden sich gegenseitig triggern und die Schmerzsituation verstärken. Das Schmerzgeschehen habe zu einer eigenständigen Erkrankung geführt. Ob in diesen medizinischen Angaben eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes abgebildet wird, welche von Einfluss auf die zumutbare Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers ist, ist in diesem Verfahren nicht zu beurteilen, da jedenfalls angenommen werden kann, es müsse daraus nichts auf den Sachverhalt bis zur Zeit des Erlasses der angefochtenen Verfügung zurückgeschlossen werden. Die Frage kann indessen Gegenstand eines allfälligen späteren Verwaltungsverfahrens sein.

3.5 Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass bis zum Verfügungszeitpunkt im Februar 2008 von einer Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers von 100 % in einer angepassten Tätigkeit auszugehen ist, wie sie der RAD-Arzt umschrieb.

4.

Angesichts der Arbeitsfähigkeit in adaptierter Tätigkeit ergibt sich in erwerblicher Hinsicht - unabhängig vom Ausmass eines allfälligen Abzugs von dem zu wählenden Tabellenlohn - kein invaliditätsbedingter Ausfall, der einen rentenbegründenden Grad erreicht, zumal der Beschwerdeführer als Gesunder kein über dem Durchschnitt für Hilfstätigkeiten liegendes Einkommen erzielt hatte. Dass die Beschwerdegegnerin einen Rentenanspruch des Beschwerdeführers abgelehnt hat, lässt sich daher nicht beanstanden.

5.

5.1 Im Sinne der vorstehenden Erwägungen ist die Beschwerde abzuweisen.

5.2 Nach Art. 69 Abs. 1<sup>bis</sup> IVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von 200 bis 1000 Franken festgelegt. Als



unterliegende Partei hat der Beschwerdeführer die Gerichtskosten zu bezahlen (vgl. Art. 95 Abs. 1 VRP). Diese sind ermessensweise auf Fr. 600.-- zu veranschlagen. Mit dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe ist die geschuldete Gerichtsgebühr getilgt.

Demgemäss hat das Versicherungsgericht

im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 53 GerG

entschieden:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Der Beschwerdeführer bezahlt die Gerichtskosten von Fr. 600.-- unter Anrechnung des bezahlten Kostenvorschusses in gleicher Höhe.