



Fall-Nr.: IV 2010/457
Stelle: Versicherungsgericht
Rubrik: IV - Invalidenversicherung
Publikationsdatum: 19.06.2020
Entscheiddatum: 28.11.2012

Entscheid Versicherungsgericht, 28.11.2012

Neue Diagnose einer Krankheit im Beschwerdeverfahren, die möglicherweise bereits vor dem Verfügungszeitpunkt bestand. Rückweisung zur ergänzenden medizinischen Abklärung an die Vorinstanz (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 28. November 2012, IV 2010/457).

Entscheid Versicherungsgericht, 28.11.2012

Präsidentin Lisbeth Mattle Frei, a.o. Versicherungsrichterin Gertrud Condamin-Voney,

Versicherungsrichterin Marie-Theres Rüegg Haltinner; Gerichtsschreiber Marc Giger

Entscheid vom 28. November 2012

in Sachen

A.____,

Beschwerdeführerin,

vertreten durch Rechtsanwalt lic. iur. Andreas Fäh, Oberer Graben 26, 9000 St. Gallen,

gegen

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

Beschwerdegegnerin,

betreffend



Rente

Sachverhalt:

A.

A.a A.____ meldete sich am 30. April 2009 zum Bezug von Leistungen der Invalidenversicherung (IV) an (IV-act. 1). Die Versicherte arbeitet seit 1974 als Kitterin für die B.____ AG. Ab November 2008 war sie während drei Monaten zu 100% arbeitsunfähig; seit Februar 2009 ist sie noch zu einem 50%-Pensum tätig (IV-act. 28-1; act. 14-1 ff.).

A.b Bereits im Dezember 2006 war die Versicherte in der Rheumatologie J.____ durch Dr. med. C.____, Facharzt Innere Medizin FMH, rheumatologisch beurteilt worden. Es wurde damals eine seit etwa dem Jahr 2000 bestehende rheumatoide Arthritis beschrieben. Weiter wurden ein beidseitiges, linksbetontes Carpaltunnelsyndrom, beginnende Fingerpolyarthrosen, ein chronisches Panvertebralsyndrom, eine rezidivierende Cephalaea/Migräne, eine arterielle Hypertonie, eine Adipositas sowie ein Zustandsbild nach rezidivierender Nephrolithiasis angegeben (IV-act. 9-9 ff.). Im Mai 2007 wurde von der Klinik D.____ ein wahrscheinlich primäres Fibromyalgiesyndrom, ein Sicca-Syndrom, beginnende Fingerpolyarthrosen, eine arterielle Hypertonie, eine Adipositas sowie ein Zustandsbild nach rezidivierender Nephrolithiasis diagnostiziert. Das Vorliegen einer rheumatoiden Arthritis wurde als unwahrscheinlich erachtet (IV-act. 9-13ff.). Dr. med. E.____, Facharzt medizinische Radiologie FMH, führte am 25. November 2008 eine lumbale-vertebrospinale Kernspintomographie durch. Er befundete eine mittelgradige Spondylarthrose L4/5 und eine rechtsforaminale Diskushernie mit Kompression der L4-Nervenwurzel rechts im foraminalen Verlauf, eine leichtgradige L4-Nervenwurzelkompression rechts recessal bei kleiner rechts recessaler Diskusherniekomponente L3/L4, eine leichtgradige linksforaminale Enge L3/L4 ohne Nervenkompression, eine Degeneration der Bandscheiben L12-L3 je mit kleiner Protrusion ohne Nervenkompression sowie eine leichtgradige Osteochondrose und Spondylose Th11/Th12 (IV-act. 9-17). Am 27. April und 3. Mai 2009 wurden in der Klinik D.____ weitere ambulante Untersuchungen durchgeführt (IV-act. 12-7ff.). Im Arztbericht vom 3. Juni 2009 nannten die Klinikärzte als Diagnose mit Auswirkung auf



St.Galler Gerichte

die Arbeitsfähigkeit ein Fibromyalgiesyndrom, wahrscheinlich primär. Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit sind aufgeführt: Sicca-Syndrom; beginnende Fingerpolyarthrose; arterielle Hypertonie; Adipositas; Status nach rezidivierender Nephrolithiasis. Unter physiotherapeutischen Massnahmen werde eine Steigerung der Arbeitsfähigkeit von 50% auf 75% und 100% erwartet. Es bestünden somit keine relevanten Einschränkungen in der bisherigen Tätigkeit (IV-act. 12-1 ff.). Der Hausarzt der Versicherten, Dr. med. F.____, stellte in seinem Arztbericht zuhanden der IV-Stelle vom 2. Juni 2009 die Diagnosen Fibromyalgiesyndrom, Diskushernie rechts, generalisiertes Schmerzsyndrom, arterielle Hypertonie, Status nach Nephrolithiasis (IV-act. 9-1 ff.). Im Verlaufsbericht vom 26. August 2009 gab der Hausarzt sodann an, dass der Gesundheitszustand der Versicherten stationär sei bzw. sich keine Änderung der Diagnosen ergäbe. Es müsse weiterhin von einer 50%igen Arbeitsunfähigkeit ausgegangen werden (IV-act. 15).

A.c Die IV-Stelle des Kantons St. Gallen veranlasste am 26. November 2009 eine medizinische Abklärung (IV-act. 21). Am 18. Januar 2010 erfolgte eine internistische/rheumatologische Untersuchung durch Dr. med. G.____, Spezialarzt FMH für Innere Medizin, speziell Rheumaerkrankungen, und eine psychiatrische Untersuchung durch Dr. med. H.____, Spezialarzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie. Gemäss dem Gutachten vom 15. Februar 2010 könne die bisherige Arbeit der Versicherten mit Gewährung vermehrter Kurzpausen, allenfalls leicht verkürzter Arbeitszeit, im Ausmass von 80% Arbeitsfähigkeit weiterhin zugemutet werden. Im Haushalt sei ebenfalls nur eine leichtgradige, höchstens 20%ige Einschränkung anzunehmen (IV-act. 28-11).

A.d Mit Vorbescheid vom 6. August 2010 stellte die kantonale IV-Stelle der Versicherten in Aussicht, ihr Leistungsbegehren werde abgewiesen. Die Abklärungen hätten ergeben, dass sowohl in der angestammten wie auch in jeder adaptierten Tätigkeit eine 80%ige Arbeitsfähigkeit bestehe. Da der Invaliditätsgrad somit unter 40% liege, bestehe kein Rentenanspruch (IV-act. 41).

A.e Die Versicherte erhob mit Schreiben vom 6. September 2010 Einwand. Sie sei mit dem Vorbescheid nicht einverstanden. Die Befunde des IV-Arzt es würden nicht mit denen anderer Fachpersonen übereinstimmen. Bei der letzten Untersuchung in der Klinik D.____ vom 27. April 2009 sei eine Steigerung der körperlichen Belastbarkeit



St.Galler Gerichte

erwartet worden. Es sei dann allerdings eher das Gegenteil eingetroffen. Sie habe in den letzten 1.5 Jahren mehrere Kurorte bzw. Rehabilitationskliniken besucht. Sie sei aus medizinischen Gründen lediglich in der Lage, ein Arbeitspensum von max. 50% zu erbringen (IV-act. 42). Auf Aufforderung der IV-Stelle reichte die Versicherte einen Arztbericht einer Rehabilitationsklinik im Land I.____ nach, wo sie vom 15. bis 22. August 2010 in Behandlung war. Der Bericht nennt als neue Diagnose namentlich eine Depression. Durch die Behandlung sei es zu einer leichten Verbesserung des Zustands gekommen. Die Versicherte sei jedoch unfähig, jegliche Arbeit auszuüben (IV-act. 44-3).

A.f Die IV-Stelle forderte den Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD) auf, zum Bericht der Klinik in I.____ Stellung nehmen. Der RAD führte aus, die Ergebnisse des Berichts stünden in krassem Widerspruch zur Tatsache, dass die Versicherte einer 50%igen Erwerbstätigkeit nachgehe. Eine Verschlechterung seit der Begutachtung sei nicht plausibel (IV-act. 45).

A.g Am 22. Oktober 2010 verfügte die IV-Stelle entsprechend dem Vorbescheid (IV-act. 46).

B.

B.a Gegen diese Verfügung richtet sich die von der Versicherten - vertreten durch Rechtsanwalt Andreas Fäh - eingereichte Beschwerde vom 23. November 2010. Unter Kosten- und Entschädigungsfolge beantragt sie, es sei die Verfügung vom 22. Oktober 2010 aufzuheben und es sei der Beschwerdeführerin eine halbe Rente zuzusprechen. Zur Begründung wird ausgeführt, die Schmerzen, welche sie in der Ausführung ihrer feinmotorischen Tätigkeit behinderten, würden ohne weiteres auf eine rheumatoide Arthritis passen. Nachdem diese nicht ausgeschlossen werden könne und selbst das Gutachten, auf welche sich die Rentenverfügung im Wesentlichen stütze, eine solche nicht ausschliesse, sei der medizinische Sachverhalt noch nicht genügend festgestellt. Diesbezüglich seien weitere medizinische Abklärungen zu tätigen. Was die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit betreffe, seien die Ergebnisse des Gutachtens, wonach der Beschwerdeführerin die bisherige Tätigkeit zu 80% zumutbar sei, nicht nachvollziehbar. Der behandelnde Arzt kenne seine Patientin am besten. Es sei deshalb



St.Galler Gerichte

von einer 50%igen Arbeitsfähigkeit auszugehen und die Zusprechung einer halben Rente damit ohne weiteres gerechtfertigt (act. G1).

B.b Am 20. Mai 2011 reichte die Beschwerdegegnerin ihre Beschwerdeantwort ein. Darin beantragt sie, die Beschwerde sei abzuweisen. Zur Begründung führt sie aus, einem Gutachten, welches auf umfassenden Kenntnissen des Sachverhalts basiert, komme gegenüber den Berichten der behandelnden Ärzte Priorität zu; bei letzteren stehe die Zusprache von Sozialversicherungsleistungen und nicht die objektive und unabhängige Ermittlung des Sachverhalts im Vordergrund. Das Gutachten entspreche den Anforderungen der Rechtsprechung. Die von der Beschwerdeführerin eingebrachte rheumatoide Arthritis werde von den Gutachtern als verlaufsmässig möglich und wenig aktive, seronegative, nicht erosive Arthritis beschrieben. Die Arthritis sei im Gutachten bereits bei der Arbeitsfähigkeitseinschätzung gewürdigt worden. Da sie als wenig aktiv und mit geringer Entzündungsaktivität beschrieben werde, dürfte sie sich auch nicht weiter einschränkend auf die Arbeitsfähigkeit auswirken. Sodann sei zu beachten, dass die Gutachter grundsätzlich keine Differenz zwischen ihrer eigenen Beurteilung und jener der Klinik D.____ bzw. der Rheumatologie J.____ feststellten. Dr. K.____ von der Klinik D.____ habe gar eine Steigerung der Arbeitsfähigkeit auf bis zu 100% für möglich gehalten. Gesamthaft sei mit dem Gutachten davon auszugehen, dass bei der Beschwerdeführerin eine 80%ige Arbeitsfähigkeit bestehe (act. G 11).

B.c Mit Replik vom 16. September 2011 führte der Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin aus, auch Gutachter würden die Interessenlage ihrer Auftraggeberin nicht gänzlich aus den Augen verlieren, deshalb könne die Einschätzung der Gutachter nicht als sakrosankt gelten. Sodann sei aktenkundig, dass die Beschwerdeführerin sowohl gegenüber den Gutachtern als auch im Assessment-Gespräch vom 10. Juni 2010 über regelmässige Erschöpfungszustände geklagt habe. Diese seien weder von gutachterlicher noch hausärztlicher Seite diagnostisch eingeordnet bzw. überhaupt diskutiert worden, obwohl sie mutmasslich sehr erhebliche Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin hätten. Die Versicherte habe am 2. Mai 2011 nach einem Bewusstseinsverlust am Arbeitsplatz notfallmässig im Spital Z.____ behandelt werden müssen. Es sei vom Spital eine hypertensive und valvuläre Herzkrankheit diagnostiziert worden. Zudem werde wegen der ständigen Müdigkeit der Beschwerdeführerin nach ersten Abklärungen ein obstruktives



Schlafsyndrom vermutet. Aufgrund dieser neuen Diagnosen sei nicht auszuschliessen, dass die schon lange aktenkundig beklagten Erschöpfungszustände krankheitsbedingt seien. Eine krankheitsbedingte Erschöpfung könnte auch die Ursache für das gemäss Gutachten nicht erklärbare Schmerzempfinden der Beschwerdeführerin sein. Nebenbei sei darauf hinzuweisen, dass Bewusstseinsverluste bereits früher eingetreten seien, seitens der Klinik D.____ jedoch kein Grund dafür eruierbar gewesen sei. Aufgrund der neuen Diagnosen, welche mit grosser Wahrscheinlichkeit die Arbeitsfähigkeit im Verfügungszeitpunkt betroffen hätten, sei die Angelegenheit zur ergänzenden Abklärung an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen (act. G 17). Die Versicherte legte der Replik einen provisorischen Arztbericht des Spitals Z.____ über die Hospitalisation vom 2. bis 5. Mai 2011 bei (act. G 17.1).

B.d In ihrer Duplik vom 3. Oktober 2011 erklärte die Beschwerdegegnerin, sie halte an ihren Ausführungen in der Beschwerdeantwort und an ihrem Antrag vollumfänglich fest (act. G 19).

Erwägungen:

1.

1.1 Zwischen den Parteien ist der Rentenanspruch der Beschwerdeführerin streitig.

1.2 Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG; SR 830.1]). Die Invalidität kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung [IVG; SR 831.20]). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG).

1.3 Nach Art. 28 Abs. 2 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 ein Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40% ein Anspruch auf eine Viertelsrente.

2.

2.1 Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung und im Beschwerdefall das Gericht auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist (BGE 125 V 261 E. 4). Das Gericht hat den Sachverhalt von Amtes wegen festzustellen und demnach zu prüfen, ob die vorliegenden Beweismittel eine zuverlässige Beurteilung des strittigen Leistungsanspruches gestatten. Die Rechtsprechung hat es mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung als vereinbar erachtet, in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten Richtlinien für die Beweiswürdigung aufzustellen (BGE 125 V 351 E. 3b). Das im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholte Gutachten von externen Spezialärzten, die aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, besitzt bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 125 V 351 E. 3b/bb). Insbesondere ist zu beachten, dass es die unterschiedliche Natur von Behandlungsauftrag des therapeutisch tätigen (Fach-)Arztes einerseits und Begutachtungsauftrag des amtlich bestellten fachmedizinischen Experten (BGE 124 I 175 E. 4) nicht zulässt, ein Administrativ- oder Gerichtsgutachten stets in Frage zu stellen und zum Anlass weiterer Abklärungen zu nehmen, wenn die behandelnden Ärzte zu anderslautenden Einschätzungen gelangen. Vorbehalten bleiben Fälle, in denen sich eine abweichende Beurteilung aufdrängt, weil die behandelnden Ärzte wichtige Aspekte benennen, die im Rahmen der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind (Urteil des Bundesgerichts vom 25. Mai 2007, I 514/06, E. 2.2.1 mit Hinweisen).

2.2



2.2.1 Die Verfügung vom 22. Oktober 2010 basiert in medizinischer Hinsicht auf dem Gutachten von Dr. med. G.____ (internistisch/rheumatologischer Teil) und Dr. med. H.____ (psychiatrischer Teil) vom 15. Februar 2010. Darin werden als Diagnosen interdisziplinär mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit genannt: Generalisierte Schmerzstörung seit 2000 mit objektiv fassbaren Befunden nicht erklärt; DD anamnestische Fibromyalgie (ICD-10: F45.4) derzeit nicht nachweisbar; leichtgradiges spondylogenes Cervicalsyndrom bei diskreter Chondrose C5/6, Spondylose C6/7 (ICD-10: M47.8, M50.3); geringgradiges lumbospondylogenes Schmerzsyndrom (ICD-10: M51.3, M47.8); leichtgradige Retropatellärarthrose beidseits, klinisch weitgehend indolent (ICD-10: M17.0). Aus psychiatrischer Sicht bestünde keine Erkrankung mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit. Unter den Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit sind aufgeführt: Subjektiv CTS verdächtige Fingerparästhesien, verlaufsmässig klinisch nicht bestätigt; diskrete Heberdenarthrosen beidseits (ICD-10: M19.0); rezidivierende Cephalaea, Migräne; Hypertonie, medikamentös behandelt seit 1999 ohne Komplikationen; rezidivierende Nephrolithiasis 1999 und 2004; Adipositas, leichtgradig, BMI 33,5 kg/m²; Status nach Nephrolithiasisabgang 2002; Statuts nach zwei Geburten 1969 und 1979. Die bisherige Arbeit könne der Versicherten mit Gewährung vermehrter Kurzpausen, allenfalls verkürzter Arbeitszeit im Ausmass von 80% Arbeitsfähigkeit, weiterhin zugemutet werden. Im Haushalt sei ebenfalls nur eine leichtgradige, höchstens 20%ige Einschränkung anzunehmen (IV-act. 28-10 f.). Die beiden Gutachter setzen sich mit den rheumatologischen und psychiatrischen Kriterien des Gesundheitszustands der Beschwerdeführerin differenziert und in nachvollziehbarer Weise auseinander. Aufgrund der umfassenden Würdigung dieser Aspekte kommt dem Gutachten gegenüber den Einschätzungen der behandelnden Ärzte rechtsprechungsgemäss Priorität zu, d.h. es kann grundsätzlich zur Beurteilung des Leistungsanspruchs darauf abgestellt werden. Es stellt sich vorliegend jedoch die Frage, ob die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin aus medizinischer Sicht wirklich abschliessend bzw. umfassend beurteilt wurde. Diesbezüglich ist auf die Vorbringen der Beschwerdeführerin im Rahmen ihrer Replik vom 16. September 2011 hinzuweisen. Demgemäss hatte diese am 2. Mai 2011 an ihrem Arbeitsplatz einen Bewusstseinsverlust erlitten und musste notfallmässig ins Spital eingeliefert werden. Im (provisorischen) Arztbericht vom 5. Mai 2011 sind als Diagnosen genannt: 1. Synkope unklarer Ätiologie (DD im Rahmen von 3., vasovagal); 2. Arterielle Hypertonie; 3.



Hypertensive und valvuläre Herzkrankheit (leichtes kombiniertes Aortenvitium); 4. Verdacht auf obstruktives Schlafapnoesyndrom; 5. Verdacht auf Diabetes mellitus Typ2. Die zur Abklärung der Synkope durchgeführte Diagnostik lasse am ehesten den Schluss zu, dass die Ursache in der hypertensiven Herzkrankheit oder einer vasovagalen Reaktion begründet sei. Die Echokardiographie habe das in der Auskultation gehörte Systolikum bestätigt, welches sich auf die degenerativ veränderte Aortenklappe zurückführen lasse. Der Bericht erwähnt sodann auch, dass die Beschwerdeführerin bereits vor sieben Jahren einmalig synkopiert habe mit Vorstellung im Kantonsspital und Diagnose eines Hypertonus. In Bezug auf das seit drei Jahren bestehende allgemeine Schwächegefühl ist von einer Anstrengungsdyspnoe NYHA II die Rede (act. G 17.1).

2.2.2 Gemäss den vorstehenden Ausführungen kann die diagnostizierte hypertensive und valvuläre Herzkrankheit primär wohl nicht als Ursache für den am 2. Mai 2011 erlittenen Bewusstseinsverlust bei der Beschwerdeführerin angesehen werden. Es stellt sich aber gleichwohl die Frage, ob diese neue Diagnose Auswirkungen auf ihre Arbeitsfähigkeit hat. Von Interesse sind diesbezüglich die von der Beschwerdeführerin geklagten Erschöpfungszustände. Die Beschwerdeführerin wies gegenüber den Gutachtern darauf hin, dass sie nicht in der Lage sei, mehr als ca. 200 m zu gehen, dies wegen Knie- und Lumbalschmerzen sowie "totaler Müdigkeit". Aus dem Bericht der Klinik D.____ geht hervor, dass es zufolge der Erschöpfungszustände bereits in der Vergangenheit dreimal zu Stürzen gekommen sei, dannzumal jedoch ohne Bewusstseinsverlust. Der Grund dafür sei nicht eruierbar gewesen (IV-act. 12-2). Die Beschwerdeführerin vermutet einen direkten Zusammenhang zwischen der Herzerkrankung und den Erschöpfungszuständen. Ein solcher ist vorliegend jedenfalls nicht auszuschliessen - insbesondere auch nicht aufgrund des rheumatologisch-psychiatrischen Gutachtens. Es besteht mit anderen Worten durchaus die Möglichkeit, dass den Erschöpfungszuständen ein Krankheitswert zukommt, wie er bislang nicht erkannt worden ist und der bereits vor dem Verfügungszeitpunkt bestanden hat. Es drängen sich zu dieser Frage weitere, fachkardiologische Abklärungen und damit eine neuerliche Prüfung durch die Beschwerdegegnerin auf. Zu prüfen sein werden allenfalls auch die weiteren im provisorischen Arztbericht genannten Diagnosen (Verdacht auf obstruktives Schlafapnoesyndrom und Diabetes mellitus Typ2).



3.

3.1 Damit ist die Beschwerde teilweise gutzuheissen und die angefochtene Verfügung vom 22. Oktober 2010 aufzuheben. Die Sache ist zur ergänzenden medizinischen Abklärung und Neuverfügung im Sinn der Erwägungen an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen.

3.2 Das Beschwerdeverfahren ist kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festgelegt (Art. 69 Abs. 1^{bis} IVG). Eine Gerichtsgebühr von Fr. 600.-- erscheint als angemessen. Die Rückweisung zur Neuurteilung gilt praxisgemäss als volles Obsiegen (BGE 132 V 215 E. 6.2). Somit unterliegt die Beschwerdegegnerin vollumfänglich. Sie hat deshalb die gesamte Gerichtsgebühr von Fr. 600.-- zu bezahlen. Der von der Beschwerdeführerin geleistete Kostenvorschuss wird zurückerstattet.

3.3 Bei diesem Verfahrensausgang hat die Beschwerdeführerin Anspruch auf eine Parteientschädigung. Diese ist vom Gericht ermessensweise festzusetzen, wobei insbesondere der Bedeutung der Streitsache und dem Aufwand Rechnung zu tragen ist (Art. 61 lit. g ATSG; vgl. auch Art. 98 ff. VRP/SG, sGS 951.1). Der Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin hat auf die Einreichung einer Honorarnote verzichtet. Der Bedeutung und dem Aufwand der Streitsache angemessen erscheint eine Parteientschädigung von pauschal Fr. 3'500.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer).

Demgemäss hat das Versicherungsgericht

im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP

entschieden:

1. In teilweiser Gutheissung der Beschwerde wird die Verfügung vom 22. Oktober 2010 aufgehoben und die Sache zur ergänzenden medizinischen Abklärung und Neuverfügung im Sinn der Erwägungen an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen.

2. Die Beschwerdegegnerin bezahlt die Gerichtskosten im Betrag von Fr. 600.--. Der Beschwerdeführerin wird der von ihr geleistete Kostenvorschuss von Fr. 600.-- zurückerstattet.



3. Die Beschwerdegegnerin hat der Beschwerdeführerin eine Parteientschädigung von Fr. 3'500.-- (einschliesslich Barauslagen und Mehrwertsteuer) zu bezahlen.