



Fall-Nr.: IV 2016/138
Stelle: Versicherungsgericht
Rubrik: IV - Invalidenversicherung
Publikationsdatum: 01.05.2020
Entscheiddatum: 13.09.2017

Entscheid Versicherungsgericht, 13.09.2017

Art. 28 IVG, Art. 7 ATSG, Art. 8 ATSG, Art. 16 ATSG: Erfordernis genügender Abklärung des medizinischen Sachverhalts. I.c. stützt sich die angefochtene Verfügung auf einen Konsiliarbericht, der eine 100 %ige Arbeitsfähigkeit attestiert. Ob er für sich alleine beweistauglich wäre, kann offen bleiben, nachdem zwei weitere Berichte unabhängiger Fachärzte in leidensadaptierten Tätigkeiten ebenfalls eine volle Arbeitsfähigkeit schätzen. Ein (zusätzliches) polydisziplinäres Gutachten erweist sich vorliegend nicht als erforderlich (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 13. September 2017, IV 2016/138).

Entscheid Versicherungsgericht, 13.09.2017

Entscheid vom 13. September 2017

Besetzung

Versicherungsrichtern Marie-Theres Rüegg Haltinner (Vorsitz),

Marie Löhner und Michaela Machleidt Lehmann; Gerichtsschreiberin Beatrix Zahner

Geschäftsnr.

IV 2016/138

Parteien

A.____,



St.Galler Gerichte

Beschwerdeführerin,

vertreten durch Rechtsanwalt lic. iur. Daniel Ehrenzeller, Engulgasse 214, 9053 Teufen,

gegen

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

Beschwerdegegnerin,

Gegenstand

Rente

Sachverhalt

A.

A.a A.____ meldete sich am 19. April 2015 wegen einer chronischen Schleimbeutelentzündung am Ellbogen bei der Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug an (IV-act. 2). Gemäss Bericht der Klinik für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates des Kantonsspitals St. Gallen (KSSG) vom 16. März 2015 (IV-act. 9-5 f.) war eine chronisch rezidivierende Bursitis olecrani rechts diagnostiziert und gemäss Austrittsbericht vom 30. März 2015 der nämlichen Klinik am 18. März 2015 eine Bursektomie vorgenommen worden (IV-act. 9-3 f.). In der Klinik für Rheumatologie des KSSG waren vorgängig u.a. eine beidseitige Fingerpolyarthrose beidseits vom Typ Heberden sowie eine chronisch rezidivierende Zerviko-Brachialgie bei degenerativen Veränderungen (und) muskulärer Dysbalance diagnostiziert worden. Diese Diagnosen stützten sich auf Röntgenbilder vom 6. März 2014, die degenerative Veränderungen der DIP-Gelenke und deutliche degenerative Veränderungen der HWS zeigten (Bericht vom 26. Juni 2014, IV-act. 9-7 ff.).

A.b Dr.med. B.____, Arzt u.a. für Allgemeinmedizin, hielt im Arztbericht vom 2. Mai 2015 fest, aufgrund mehrmaliger Wundeinblutungen bei Status nach Bursektomie sei es zu einem verzögerten Heilungsverlauf mit eingeschränkter Beweglichkeit des rechten



Arms gekommen. Voraussichtlich sei die Versicherte ab 15. Mai 2015 wieder 8 Stunden/Tag arbeitsfähig in einer leidensadaptierten, leichten Tätigkeit. Bei Fingerpolyarthrose bds. und chronisch rezidivierenden Zerviko-Brachialgien bei degenerativen Veränderungen sei die aktuelle Arbeit als Maschinenführerin im angestammten Beruf nicht mehr durchführbar. In einer leichten, leidensadaptierten Tätigkeit sei die Versicherte 100 % arbeitsfähig (IV-act. 9-1 f.). Gegenüber der Eingliederungsverantwortlichen beklagte die Versicherte seit der Entfernung des Schleimbeutels bestehende starke Schmerzen in beiden Armen, insbesondere könne sie ihre Hände kaum bewegen (Bericht der Eingliederungsverantwortlichen vom 1. Juni 2015, IV-act. 19).

A.c Dr.med. C.____, Facharzt FMH für orthopädische Chirurgie, berichtete am 23. Juni 2015 zuhanden des Krankentaggeldversicherers, als Verdachtsdiagnosen bestünden Fingerpolyarthrosen beidseits und degenerative Veränderungen der Halswirbelsäule. Es lägen keine Röntgenbilder vor. Zusätzlich diagnostizierte er eine partielle Schultersteife rechts und einen Zustand nach Bursektomie Ellbogen rechts, aktuell abgeheilt. Die Arbeitsfähigkeit werde aktuell vor allem durch die Fingerpolyarthrose beidseits und die partielle Schultersteife sowie möglicherweise die degenerativen Veränderungen der HWS beeinflusst. Die geklagten Beschwerden seien in ihrem Vorhandensein nachvollziehbar, jedoch scheine die Intensität, in welcher sie angegeben würden, nicht genau mit der Ausprägung des objektiven Befundes zu korrelieren. Die Versicherte könne sich nicht vorstellen, die früher ausgeübte Tätigkeit wieder aufzunehmen, da diese viel zu streng sei. Aufgrund der Befunde der Fingerendgelenke sei das Ergreifen von grösseren Lasten und von Gegenständen mit grösserem Umfang nicht mehr zumutbar bzw. erschwert. In einer an die Situation der Finger-/Handproblematik angepassten Arbeit wäre ein normales Arbeitspensum möglich. Das Heben von schweren Schachteln, welche eine starke Greiffunktion voraussetzten, sei sicher ungeeignet. Hingegen könnten Kontrolltätigkeiten oder Maschinenbedienungen ohne manuell belastende Tätigkeit durchgeführt werden (Fremdakten, act. G 6.2).

A.d Die Eingliederungsverantwortliche schloss den Fall am 15. Juli 2015 ab, da sich die Versicherte für alle auf dem Arbeitsmarkt vorhandenen Tätigkeitsfelder arbeitsunfähig sehe (Verlaufsprotokoll Eingliederungsberatung, IV-act. 20-1 f.). Mit Mitteilung vom 31. Juli 2015 wies die IV-Stelle das Leistungsbegehren um berufliche



St.Galler Gerichte

Massnahmen ab, da sich die Versicherte nicht in der Lage fühle, an Eingliederungsbemühungen mitzuwirken (IV-act. 22).

A.e Mit Vorbescheid vom 3. August 2015 stellte die IV-Stelle der Versicherten die Abweisung des Rentengesuchs in Aussicht (IV-act. 24). Mit Einwand vom 17. September 2015 machte diese geltend, die Polyarthritiden der Finger und die HWS- und BWS-Schmerzen stünden zunehmend im Vordergrund. Die nachweislich vorhandene Einschränkung im Gebrauch der beiden Hände verunmögliche bereits eine grosse Anzahl von Hilfstätigkeiten, insbesondere alles, was feinmanuell erledigt werden müsse. Für grobmanuelle Tätigkeiten mangle es an der Kraftausübung insbesondere in der rechten Hand, aber auch links, wofür die arthrotischen Veränderungen in den Fingern verantwortlich seien. Es sei ein konkreter Arbeitsversuch in einer geschützten Werkstätte durchzuführen (IV-act. 31).

A.f Dr. B.____ führte im am 1. Oktober 2015 bei der IV-Stelle eingegangenen Arztbericht aus, es bestehe Verdacht auf eine Anpassungsstörung mit depressiver Episode. Belastende Fingerarbeiten seien ungünstig. Das Heben von schweren Schachteln, welches eine starke Greiffunktion voraussetze, sei sicher ungeeignet. Hingegen könnten Kontrolltätigkeiten oder Maschinenbedienungen ohne manuell belastende Tätigkeit durchgeführt werden. Voraussichtlich bestehe ab November 2015 eine Arbeitsfähigkeit von 50 % (aufgrund der aktuellen psychischen Situation; IV-act. 40). Dr.med. D.____, Rheumatologie KSSG, erklärte im Arztbericht vom 23. Oktober 2015, es bestünden deutliche degenerative Veränderungen der Fingergelenke im Sinne einer Heberden Bouchard Arthrose und einer Ellenbogenarthrose, eine Bursitis olecrani und HWS-Schmerzen. Die Beweglichkeit der HWS sowie Fingergelenke und die Ellbogenbeweglichkeit mit rezidivierenden Entzündungen der Weichteile (Bursa, Aktivierung der Arthrose) seien eingeschränkt. Die bisherige Tätigkeit sei seit November 2014 bis auf Weiteres nicht mehr zumutbar aufgrund des Hebens und Tragens schwerer Lasten und hohem Arbeitstempo. Für eine leichte, der Leistungsfähigkeit der Versicherten entsprechende Tätigkeit bestehe ab sofort eine Arbeitsfähigkeit von 50 %. Angepasst seien Tätigkeiten im Wechsel zwischen Sitzen (überwiegend), Stehen und Gehen, zeitweise bei ergonomischer Arbeitsplatzgestaltung, ohne Heben und Tragen von Lasten über 10 kg, ohne häufige Zwangshaltungen und ohne häufige Überkopparbeiten, ohne feinmotorische und repetitive grobmotorische Anforderungen



an die Hände und Arme, ohne Akkordtätigkeiten und ohne Zeit- und Termindruck (IV-act. 44-1 f.).

A.g Die IV-Stelle holte ein Konsilium von Prof.Dr.med. E.____, Ordinarius für Rheumatologie und Klinische Immunologie, ein. Dieser berichtete am 28. Januar 2016, Röntgenaufnahmen vom 27. Januar 2016 des Ellenbogens beidseits und der Hände zeigten Normalbefunde, insbesondere fänden sich keine radiologischen Hinweise auf eine Fingerpolyarthrose bei leichter Flexionshaltung in den DIP-Gelenken. Die Aufnahme der HWS ap sei unauffällig, mit lateral gutem Alinement und Blockwirbelbildung HWK 4/5 (wahrscheinlich angeboren) und degenerativen Veränderungen im Sinne einer mässigen Chondrose und einer Spondylose C6/7. In der radiologischen Untersuchung bestünden keine Hinweise auf eine Fingerpolyarthrose, es fehlten auch Hinweise auf eine entzündliche oder metabolische Arthropathie. In Anbetracht des Fehlens von Beschwerden im Nacken-/Schulterbereich und der völlig unauffälligen Funktion der Halswirbelsäule könne auch keine Diagnose im Sinne eines symptomatischen degenerativen HWS-Leidens gestellt werden. Es sei keine Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit zu stellen (IV-act. 51).

A.h Dr.med. F.____, Chirurgie FMH, spez. Handchirurgie, erstattete am 15. Februar 2016 einen Konsiliarbericht für den Krankentaggeldversicherer. Er diagnostizierte mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit Fingerpolyarthrosen Typ Heberden beidseits, hauptsächlich Strahl II und III, eine Epicondylitis humeri lateralis und medialis beidseits, linksbetont und hielt als Aktendiagnose chronische Zerviko-Brachialgien bei degenerativer Veränderung der HWS fest. Er führte aus, aufgrund der aktuellen Untersuchung könnten die an den Fingergelenken geklagten Beschwerden weitgehend objektiviert werden. Die vorübergehend aufgetretene Bursitis olecrani am rechten Ellbogen habe operativ zur Heilung gebracht werden können. Einschränkungen bestünden an beiden Händen beim Tragen, Heben (von Gegenständen) auf Tischhöhe, Hochheben und Hochstemmen (von Gegenständen) über Kopfhöhe, beim Herunterholen von Gegenständen, weiter beim Greifen, Zupacken, Festhalten, Stossen, Schieben und Ziehen von Gewichten auf Arbeitsflächen (und) beim Hantieren mit Werkzeugen und Maschinen. Längeres Stillhalten mit vornüber geneigtem Oberkörper und Kopfstellung könne eingeschränkt sein. In der Tätigkeit als Maschinenführerin, bei welcher mehrfach Gewichte bis 23 kg gehoben werden müssten, sei die Versicherte



aktuell und künftig nicht mehr arbeitsfähig. Adaptierte Tätigkeiten könnten ganztägig mit Bezug auf ein 100 %-Pensum ohne zusätzlich notwendige Arbeitsunterbrüche erbracht werden. Zumutbar seien folgende wiederholbare Tätigkeiten mit beiden Händen: Tragen bei hängendem Arm bis maximal 5 kg, nur kurzfristig, nicht repetitiv oder andauernd, Heben von Gewichten auf Tischhöhe und Festhalten max. 2 kg, sowie Schieben, Drücken, Stossen, Ziehen von Gewichten auf ebenen Flächen max. 3 kg, Hochheben oder Herunterholen (von Gegenständen) max. 2 kg, unterstützt mit beiden Händen und repetierende Umdrehbewegungen mit den Unterarmen unter Belastungen bis max. 1 kg. Wechselnde Körperstellungen seien zumutbar und empfehlenswert; Sitzen, Stehen oder Gehen und Körperdrehungen seien uneingeschränkt möglich (IV-act. 55.).

A.i In einer Stellungnahme vom 8. März 2016 trug die Versicherte unter anderem vor, Prof. E.____ gehe vom Fehlen von Beschwerden im Nacken-/Schulterbereich aus, was unzutreffend sei. Dr. F.____ gebe eine viel differenziertere Sicht der Dinge ab als Prof. E.____ und stelle insbesondere klar, dass die angestammte Tätigkeit nicht mehr zumutbar sei. Betreffend einer adaptierten Tätigkeit sei die Einschätzung rein theoretisch und gestützt auf den Zustand der Hände nach einem Jahr ohne Erwerbstätigkeit erfolgt. Erst im Anschluss an einen konkreten Arbeitsversuch könne verlässlich beurteilt werden, ob eine adaptierte Tätigkeit etwas über vier Stunden tatsächlich durchgehalten werden könnte. Die von Dr. F.____ beschriebene Verweistätigkeit beanspruche Hände und Finger, es wäre dabei innert Kürze eine schmerzhaftes Eskalation zu erwarten. Für die Versicherte kämen nur manuelle Tätigkeiten in Frage. Grob manuelle Tätigkeiten scheiterten bereits an den Vorgaben respektive an der Arbeitsunfähigkeit in der angestammten früheren Tätigkeit. Es gebe keine solche relevante Erwerbstätigkeit. Primär entscheidend sei, in welcher Art und Weise die beiden Hände für relativ feinmanuelle Tätigkeiten eingesetzt werden könnten, was in einem Arbeitsversuch zu klären sei (IV-act. 54).

A.j RAD-Arzt Dr.med. G.____, Facharzt für Chirurgie FMH, Praktischer Arzt, nahm am 16. März 2015 (richtig: 2016) Stellung, aus Sicht des RAD könne nicht gefolgert werden, dass der Bericht von Dr. F.____ im Wesentlichen im Fachgebiet Handchirurgie von den Feststellungen von Prof. E.____ abweiche. Beide (Konsiliar-)Ärzte hätten eine 100 %ige Arbeitsfähigkeit feststellen können, Prof. E.____ aufgrund seiner am



St.Galler Gerichte

Untersuchungstag getroffenen klinischen und bildgebenden Feststellungen auch für die angestammte Tätigkeit, Dr. F.____ aufgrund seiner klinischen Feststellungen für eine adaptierte Tätigkeit (IV-act. 56).

A.k Mit Verfügung vom 17. März 2016 wies die IV-Stelle das Leistungsbegehren (bezüglich Rente) ab. Die ergänzenden medizinischen Abklärungen hätten ergeben, dass keine Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit attestiert werden könnten und dass keine neuen insbesondere medizinischen Tatsachen geltend gemacht würden (IV-act. 57).

B.

B.a Gegen die Verfügung vom 17. März 2016 erhebt A.____, vertreten durch Rechtsanwalt lic.iur. D. Ehrenzeller, am 2. Mai 2016 Beschwerde. Sie lässt beantragen, die angefochtene Verfügung sei unter Kosten- und Entschädigungsfolgen aufzuheben und ihr ab Oktober 2015 mindestens eine halbe IV-Rente zuzusprechen. Eventualiter sei unter Aufhebung der angefochtenen Verfügung eine polydisziplinäre Begutachtung anzuordnen. Nach der Operation des Ellbogens hätten sich die rheumatologischen Behinderungen immer mehr akzentuiert, und es sei der Beschwerdeführerin nicht mehr möglich gewesen, die schweren Kartons (ca. 17 kg) und Kunststoffrollen (23 kg) zu tragen und manipulieren. Ein weiterer Arbeitseinsatz in der angestammten Tätigkeit wäre schon aus rheumatologischen Gründen nicht mehr zumutbar gewesen. Es liege eine ausgeprägte Morgensteifigkeit der Hände vor, die sich bei Beanspruchung rasch in zunehmenden Schmerzen manifestiere. Die Beschwerdeführerin habe seit über einem Jahr nicht mehr gearbeitet und könne somit lediglich die Auswirkungen der Polyarthrose während des Alltags nachweisen, wobei bei einer regelmässigen Erwerbstätigkeit das Ansteigen der Schmerzen etc. offenkundig sei. Die Beurteilung von Dr. E.____ gründe auf Äusserlichkeiten (Öffnen und Schliessen des Hosenknopfes), aus denen nicht auf eine Belastbarkeit während 4,2 Stunden täglich geschlossen werden könne (act. G 1).

B.b Mit Beschwerdeantwort vom 24. Juni 2016 beantragt die Beschwerdegegnerin, die Beschwerde sei abzuweisen. Es bestünden keinerlei Anhaltspunkte für die Mangelhaftigkeit der Untersuchung durch Prof. E.____. Seine Expertise sei in Kenntnis



St.Galler Gerichte

der Vorakten erfolgt, beruhe auf einer ausführlichen klinischen Untersuchung und enthalte überzeugende, die Resultate der Bildgebung miteinbeziehende Schlussfolgerungen. Aufgrund der Befunde leuchte es ein, dass Prof. E.____ der Beschwerdeführerin keine Diagnose mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit gestellt habe. Dr. F.____ habe das radiologische Untersuchungsergebnis vom 27. Januar 2016 nicht vorgelegen, weshalb die von ihm gestellten Diagnosen der Fingerpolyarthrosen Typ Heberden beidseits sowie der Epicondylitis humeri lateralis und medialis zu hinterfragen seien. Im Übrigen habe auch Dr. F.____ keine ausgeprägten Beeinträchtigungen festgestellt, weshalb er zur Einschätzung gelangt sei, dass der Beschwerdeführerin angepasste Verweistätigkeiten 100 % zumutbar seien (act. G 6).

B.c In ihrer Replik vom 20. September 2016 lässt die Beschwerdeführerin geltend machen, bei der Beurteilung von Prof. E.____ handle es sich nicht um ein Gutachten eines externen Spezialarztes, dem voller Beweiswert zukomme. Die Beschwerden in den Fingern hätten nicht erst seit 2014, sondern bereits seit 2012 bestanden. Sie habe also jahrelang trotz zunehmender Beschwerden vorerst weitergearbeitet, allerdings nur noch im familien- und gesundheitsbedingten Umfang von 50 %. Die Beschwerden hätten sich seit anfangs 2014 verstärkt. Es erstaune, dass im Abstand von zehn Tagen Dr. F.____ am Bestehen der Fingerpolyarthrose und der Epicondylitis humeri nicht gezweifelt habe, während Prof. E.____ keine solche Diagnose gestellt, sondern von intermittierenden, alterstypischen Fingergelenksbeschwerden gesprochen habe. Aufgrund des Widerspruchs betreffend der Hauptdiagnose sei eine unabhängige und polydisziplinäre Begutachtung zwingend. Die Beschwerdeführerin legt den Schlussbericht vom 9. September 2016 betreffend eines vom RAV initiierten, vom 18. August bis 9. September 2016 dauernden "Praxis Check" vor (act. G 10.1). Als mögliche Arbeitsbereiche hätten sich die Mithilfe in einem Hort oder einer Kinderkrippe (ohne Herumtragen von Kindern), bei Mittagstischen oder in einer Mensa von Pflegezentren/Altersheimen herausgestellt. Selbst wenn eine berufliche Tätigkeit in diesem Bereich gefunden würde, könnte sie keinen adäquaten Lohn (im Vergleich zum LSE-Lohn) erzielen. Bei guter Gesundheit wäre sie heute aufgrund der angespannten finanziellen Situation und aus psychosozialen Gründen zu 100 % arbeitstätig, nachdem sie nur noch den eigenen Haushalt mit ihrem Ehemann zusammen zu bestreiten habe (act. G 10).

B.d Die Beschwerdegegnerin verzichtet auf eine Duplik (act. G 12).



Erwägungen

1.

1.1 Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) umschreibt Invalidität als voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit. Erwerbsunfähigkeit ist der durch die gesundheitliche Beeinträchtigung verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG).

1.2 Nach Art. 28 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG; SR 831.20) haben Versicherte Anspruch auf Rente, wenn sie ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a), während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig gewesen sind (lit. b) und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid sind (lit. c). Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40% besteht Anspruch auf eine Viertelsrente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % auf eine halbe Rente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 60% auf eine Dreiviertelsrente und ab einem Invaliditätsgrad von mindestens 70 % auf eine ganze Invalidenrente (Art. 28 Abs. 2 IVG). Für die Bestimmung des Invaliditätsgrades wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Valideneinkommen, Art. 16 ATSG).

1.3 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 mit Hinweisen). Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten begründet sind (BGE 125 V 352 E. 3a mit Hinweisen; BGE 141 V 14 E. 6.3.1). Im Sinne einer Richtlinie ist den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten Gutachten von externen Spezialärzten und -ärztinnen, welche aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 137 V 227 E. 1.3.4; BGE 125 V 353 E. 3b/bb).

2.

2.1 Medizinische Grundlage der angefochtenen Verfügung bildet das Konsilium von Prof. E. ___ vom 28. Januar 2016 (IV-act. 51-2 ff.). Prof. E. ___ veranlasste am 27. Januar 2016 Röntgenbilder der Hände und der HWS (IV-act. 51-6), aufgrund derer er festhielt, es bestünden insbesondere keinerlei radiologische Hinweise auf eine Fingerpolyarthrose. Nebst einer (wahrscheinlich angeborenen) Blockwirbelbildung bestünden degenerative Veränderungen im Sinne einer mässigen Chondrose und einer Spondylose C6/7 (IV-act. 51-5). Klinisch erhob Prof. E. ___ eine völlig unauffällige Inklination, Reklination, Flexion, Extension, Rotation aus Flexion sowie Neutralstellung und Extension (IV-act. 51-4). Die Schultern seien frei beweglich ohne Hinweise auf ein Impingement. Bei den Resistivtests sei die Kraftentwicklung in sämtlichen Richtungen reduziert gewesen, auch die Faustschlusskraft auf Aufforderung sei stark reduziert gewesen. Demgegenüber habe bei forcierter Rotation des Unterarmes gegen Widerstand beidseits eine hervorragende Kraft sowohl bei der Pronation wie bei der Supinationsbewegung bestanden. Ellbogen und Handgelenke seien beidseits voll streckbar gewesen. Die aktive Extension der Fingergelenke sei um etwa 15°



eingeschränkt und die passive Extension (Gebetsgriff) einwandfrei möglich gewesen. Es seien keine Heberdenknötchen und keine Achsenabweichungen vorhanden und beide Hände gut beschwilt gewesen (IV-act. 51-5). Prof. E.____ diagnostizierte ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit anamnestisch intermittierende, alterstypische Fingergelenk-, zerviko-vertebrale und zerviko-spondylo-gene Beschwerden (IV-act. 51-5). Beurteilend hielt er fest, aus rheumatologischem Blickwinkel sei keine aktive Diagnose zu stellen. Es bestünden in der radiologischen Untersuchung keinerlei Hinweise auf eine Fingerpolyarthrose, es fehlten auch Hinweise auf eine entzündliche oder metabolische Arthropathie. In Anbetracht des Fehlens von Beschwerden im Nacken-/Schulterbereich und der völlig unauffälligen Funktion der Halswirbelsäule könne keine Diagnose im Sinne eines symptomatischen degenerativen HWS-Leidens gestellt werden (IV-act. 51-6).

2.2 Es fällt auf, dass die durch Prof. E.____ erhobenen Befunde von denjenigen der übrigen Fachärzte abweichen. Sein Röntgenbefund vom 27. Januar 2016, wonach keine radiologischen Hinweise auf eine Fingerpolyarthrose bestünden, widerspricht dem im Bericht der Klinik für Rheumatologie des KSSG vom 26. Juni 2014 dokumentierten Röntgenbefund vom 6. März 2013, welcher degenerative Veränderungen der DIP-Gelenke bzw. eine Heberdenarthrose zeigte (IV-act. 9-7 f.). Auch hinsichtlich der klinischen Befunde finden sich Abweichungen, so werden etwa im Bericht der Klinik für Rheumatologie des KSSG vom 26. Juni 2014 eine leichte bis mässige Schwellung der PIP- und DIP-Gelenke D2 und D4 beidseits und eine leichte Druckschmerzhaftigkeit beschrieben (IV-act. 9-8), und Dr. C.____ fand am 23. Juni 2015 umfangreichere Streckdefizite als Prof. E.____ und im Gegensatz zu ihm teilweise beginnende Achsenabweichungen in den Fingerendgelenken sowie eine deutlich eingeschränkte Inkliniation und Reklination (Fremdakten, act. G 6.2). Zu den Einschätzungen der Klinik für Rheumatologie und von Dr. C.____ führt Prof. E.____ aus, der Abgleich der heute erhobenen klinischen Daten mit den zugestellten Unterlagen dokumentiere nicht nur eine Diskrepanz zwischen der Einschätzung der Ärzte am KSSG, sondern auch mit der Befundung von Dr. C.____ vom 23. Juni 2015. Dieser habe Bewegungseinschränkungen sowohl im Bereich des Achsenskelettes wie auch von Schulter-, Ellenbogen-, und Hand-/Fingergelenken festgestellt. Tatsächlich lasse die manualmedizinische Untersuchung der Wirbelsäule eine Hypermotilität (Hyperlaxizität) diagnostizieren. Die peripheren Gelenke seien betreffend Form und Funktion normal.



Es fänden sich keine strukturellen Pathologien, sondern lediglich eine leichte, funktionelle Flexionshaltung in den Fingerendgelenken (IV-act. 51-6).

2.3 Im Wesentlichen konnte Prof. E.____ die in der Klinik für Rheumatologie des KSSG und von Dr. C.____ erhobenen Befunde nicht bestätigen und gelangte entsprechend zu einer abweichenden diagnostischen Beurteilung. Prof. E.____ erstattete sein Konsilium in Kenntnis der abweichenden Vorbeurteilungen, ohne jedoch die Unterschiede in den Befunden zu erklären. Insbesondere diskutiert er nicht etwa eine Verbesserung des Gesundheitszustandes, und Arthrosen sind chronisch und verlaufen progredient (A. M. DEBRUNNER, Orthopädie/Orthopädische Chirurgie, 4. Aufl. Bern 2002, S. 579). Auch Dr. F.____ beschrieb am 15. Februar 2016 zusätzlich zu Prof. E.____ eine diskrete Schwellung des Mittelfingers, eine leichtgradige Bewegungslimitierung und eine leichte Instabilität der am meisten betroffenen Gelenke. Beim Stabilitätstest seien erwartungsgemäss Schmerzen angegeben worden, welche auch bei der Flexion aufgetreten seien. Bei zusätzlicher passiver Beugung hätten sie zugenommen. Er führte aus, aufgrund der aktuellen Untersuchung könnten die an den Finger Gelenken geklagten Beschwerden weitgehend objektiviert werden (IV-act. 55-5 ff.). Die fehlende Übereinstimmung der Befunde von Prof. E.____ mit denjenigen der übrigen Ärzte lässt sich aufgrund der vorhandenen medizinischen Akten nicht ohne weiteres nachvollziehen. Relativierend ist jedoch festzuhalten, dass auch Prof. E.____ eine eingeschränkte Extension der Fingerendgelenke, eine leichte Flexionshaltung in den DIP-Gelenken sowie degenerative Veränderungen in der Halswirbelsäule feststellte, diese jedoch nicht als pathologisch, sondern als alterstypisch beurteilte. In Anbetracht dessen, dass es sich bei der Arthrose um eine degenerative Erkrankung handelt und auch normale Alterserscheinungen auf degenerativen Veränderungen beruhen (DEBRUNNER, a.a.O., S. 579), ist in diesem Rahmen ein Ermessensspielraum in der Diagnosestellung und eine strengere Ausübung dieses Ermessens durch Prof. E.____ als durch die übrigen Ärzte nachvollziehbar. Ob alleine auf den Bericht von Prof. E.____ abgestellt werden könnte, braucht indes nicht entschieden zu werden, zumal auch Dr. C.____ und Dr. F.____ die Beschwerdeführerin als in einer adaptierten Tätigkeit vollumfänglich arbeitsfähig schätzten. Es bleibt jedoch im Folgenden zu prüfen, ob der medizinische Sachverhalt unter Einbezug der weiteren Akten rechtsgenügend erstellt ist bzw. diese eine zuverlässige Einschätzung der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin als Grundlage der Rentenverfügung beinhalten.



3.

3.1 Die Berichte von Dr. C.____ und von Dr. F.____ vermitteln insgesamt ein recht einheitliches Bild: Dr. C.____ (Bericht vom 23. Juni 2015, Fremdakten, act. G 6.2) und Dr. F.____ (Bericht vom 15. Februar 2016, IV-act. 55) gelangten durch eigene klinische Befunde - im Wesentlichen Bewegungseinschränkung und Instabilität vor allem der betroffenen Fingerendgelenke - zum selben diagnostischen Ergebnis wie zuvor die Ärzte der Klinik für Rheumatologie des KSSG (Bericht vom 26. Juni 2014, IV-act. 9-7 ff.). Auch hinsichtlich der Arbeitsfähigkeit liegen kongruente Einschätzungen vor: Dr. C.____ attestierte für der Finger-/Handproblematik angepasste Tätigkeiten eine 100 %ige Arbeitsfähigkeit. Das Ergreifen von Gegenständen mit grossem Gewicht oder Umfang sei erschwert bzw. unzumutbar. Hingegen seien Kontrolltätigkeiten oder Maschinenbedienungen ohne manuell belastende Tätigkeit möglich (Fremdakten, act. G 6.2, Bericht vom 23. Juni 2015, S. 6). Dr. F.____ hielt Tätigkeiten für 100 % zumutbar, für die er bewegungsabhängig gewichtsmässige Beschränkungen von 1 kg bis 5 kg beim Tragen, Heben, Herunterholen, Greifen, Zupacken, Festhalten, Stossen, Schieben und Ziehen von Gegenständen umschrieb (IV-act. 55-9).

3.2 Bei Dr. C.____ und Dr. F.____ handelt es sich um von der Beschwerdegegnerin unabhängige Experten. Als Fachärzte für orthopädische Chirurgie bzw. für Handchirurgie verfügen sie über die erforderliche spezialärztliche Qualifikation (vgl. Urteile des Bundesgerichts vom 6. September 2010, 8C_65/2010, E. 3.1 und vom 27. Oktober 2010, 8C_420/2010, E. 4.3), um die vorhandenen Beschwerden in Fingern, Schulter/Nacken und Ellbogen zu beurteilen. Ihre Expertisen wurden durch den Krankentaggeldversicherer in Auftrag gegeben, und es wird und wurde nicht vorgebracht, die Parteirechte der Beschwerdeführerin seien nicht gewahrt worden (vgl. dazu BGE 139 V 354 E. 5.1 und BGE 137 V 209 E. 3.4).

3.3 Fraglich erscheint, ob zusätzlich eine psychiatrische bzw. eine polydisziplinäre Begutachtung notwendig gewesen wäre, nachdem Dr. B.____ im am 1. Oktober 2015 bei der Beschwerdegegnerin eingegangenen Arztbericht die Verdachtsdiagnose auf eine Anpassungsstörung mit depressiver Episode stellte, eine Psychotherapie erwog und die psychische Situation bei seiner Arbeitsfähigkeitseinschätzung berücksichtigte (IV-act. 40). Aktenkundig ist sodann die Verordnung der Antidepressiva Cymbalta und



Trittico (IV-act. 40-2, Bericht Inselspital Bern vom 28. Januar 2016; IV-act. 51-4). Eine polydisziplinäre Expertise ist einzuholen, wenn der Gesundheitsschaden zwar bloss als auf eine oder zwei medizinische Disziplinen fokussiert erscheint, die Beschaffenheit der Gesundheitsproblematik aber noch nicht vollends gesichert ist. In begründeten Fällen kann von einer polydisziplinären Begutachtung abgesehen und eine mono- oder bidisziplinäre durchgeführt werden, sofern die medizinische Situation offenkundig ausschliesslich ein oder zwei Fachgebiete beschlägt; weder dürfen weitere interdisziplinäre Bezüge (z.B. internistischer Art) notwendig sein noch darf ein besonderer arbeitsmedizinischer bzw. eingliederungsbezogener Klärungsbedarf bestehen (BGE 139 V 352 E. 3.2). Ausser in den eingangs erwähnten Berichten sind ins psychiatrische Fachgebiet fallende Beschwerden nicht aktenkundig und werden nicht geltend gemacht. Auch eine effektiv durchgeführte eigentliche Psychotherapie ist nicht dokumentiert. Dr. F.____ hielt im Bericht vom 15. Februar 2016 fest, aufgrund der aktuellen Untersuchung könnten die an den Fingergelenken geklagten Beschwerden weitgehend objektiviert werden (IV-act. 55-7), und auch in den übrigen Akten ist nirgendwo von einem psychisch überlagerten Beschwerdebild die Rede. Aufgrund der vorliegenden Aktenlage ist demnach nicht von einer relevanten Einschränkung der Arbeitsfähigkeit durch psychisch bedingte Beschwerden auszugehen. Auf eine polydisziplinäre Begutachtung kann unter den gegebenen Umständen verzichtet werden.

3.4 Die Berichte von Dr. F.____ und Dr. C.____ berücksichtigen die geltend gemachten Beschwerden und die jeweils vorhandene Aktenlage umfassend. Sie sind schlüssig und nachvollziehbar. Nachdem diese Experten, wie auch Prof. E.____, übereinstimmend zum Ergebnis gelangten, die Beschwerdeführerin sei in einer adaptierten Tätigkeit vollumfänglich arbeitsfähig, wird die Beweiskraft des Berichts von Dr. F.____ nicht dadurch in Frage gestellt, dass ihm der Bericht von Prof. E.____ und der von diesem erhobene Röntgenbefund nicht vorgelegen hat. Der Arztbericht von Dr. D.____, Rheumatologie KSSG, vom 23. Oktober 2015 enthält keine medizinischen Tatsachen, welche im Konsiliarbericht von Dr. F.____ nicht berücksichtigt wurden. Es handelt sich vielmehr um eine abweichende Beurteilung der Arbeitsfähigkeit, indem Dr. D.____ zwar nur ein 50 %iges Pensum, indes aber ein grössere Belastungen umfassendes Anforderungsprofil für zumutbar hielt und indem er lediglich Tätigkeiten mit Heben und Tragen von Lasten über 10 kg, mit häufigen Zwangshaltungen, häufigen



Überkopfarbeiten, feinmotorische und repetitive grobmotorische Tätigkeiten, Akkordtätigkeiten sowie Tätigkeiten unter Zeit- und Termindruck ausschloss (IV-act. 44-3 f.). Mit den Befunden und den Anpassungsprofilen von Dr. C.____ und Dr. F.____ im Wesentlichen übereinstimmend hält auch der Schlussbericht des Praxis Check vom 9. September 2016 fest, feinmotorisch habe die Beschwerdeführerin sehr gute Ergebnisse erzielt, Arbeiten mit Kräfteinsatz seien nicht möglich gewesen. Die Beschwerdeführerin sei an beiden Händen eingeschränkt beim Greifen, Zupacken, Festhalten, Stossen, Schieben, Ziehen und beim Heben von Gewichten. Auch das Hantieren mit Werkzeugen wie einer Schere falle ihr sichtlich schwer und sei mit Schmerz verbunden. Die Einschränkungen seien täglich aufgefallen. Die Verknotung bei Halsketten und das Eindrücken von Ösen bei Lichterketten habe sie nicht selbst bewerkstelligen können. Das Schneiden mit der Schere sei schwierig gewesen, damit habe sie zwischen einer halben und einer ganzen Stunde arbeiten können, je nach Tagesverfassung. Leichte Arbeiten seien jedoch kein Problem gewesen und hätten über einen halben Tag ohne Weiteres erledigt werden können. Als mögliche Suchbereiche wurden Mithilfe in einem Hort, in einer Kinderkrippe (ohne Heben und Herumtragen von Kindern), bei Mittagstischen oder in einer Mensa von Pflegezentren/ Altersheimen eruiert. Der Beschwerdeführerin wurde ein Einsatz im Bereich Dokumanagement empfohlen (act. G 10.1). Ein höheres Arbeitspensum wurde im Rahmen des Praxis Checks nicht ausprobiert, weshalb aus dessen Beschränkung auf ein 50 %-Pensum nicht geschlossen werden kann, eine höhere Arbeitsfähigkeit sei entgegen der medizinisch-theoretischen Einschätzungen von Dr. C.____, Prof. E.____ und Dr. F.____ nicht möglich. Es ist daher, zusammenfassend, davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin in ihrer Fingerpolyarthrose und ihren Schulter-Nackenbeschwerden angepassten Tätigkeiten zu 100 % arbeitsfähig ist. Obwohl die Beschwerdeführerin beim Greifen, Zupacken, Festhalten, Stossen, Schieben und Ziehen von Gegenständen bereits von wenigen Kilogramm und im Hantieren mit Werkzeugen und Maschinen eingeschränkt ist (Konsiliarbericht Dr. F.____ vom 15. Februar 2015, IV-act. 55-9), bestehen gemäss Dr. C.____ (Konsiliarbericht vom 23. Juni 2015, Fremdakten, act. G 4.2, S. 6) und gemäss Schlussbericht des Praxis Checks im ausgeglichenen Arbeitsmarkt Möglichkeiten in Kontrolltätigkeiten und Maschinenbedienungen ohne manuelle Belastung, in der Mithilfe betreuender Art oder im Dokumanagement. Es ist daher von einer 100 % Arbeitsfähigkeit in einer adaptierten



Verweistätigkeit auszugehen. Der Beschwerdeführerin steht offen, zur Weiterhilfe Arbeitsvermittlung zu beanspruchen (vgl. Entscheid des Versicherungsgerichts vom 20. April 2017, IV 2016/276, E. 4.1).

4.

4.1 Nach Angaben der ehemaligen Arbeitgeberin hätte die Beschwerdeführerin im Jahr 2015 bei einem Pensum von 50 Stellenprozenten einen Lohn von Fr. 27'900.-- erzielt (Fragebogen für Arbeitgebende, 30. April 2015, IV-act. 5-3; vgl. auch Auszug aus dem individuellen Konto [IK], IV-act. 8-1). Sie macht plausibel geltend, sie wäre im Gesundheitsfall inzwischen zu 100 % erwerbstätig (act. G 10-4 f.). Somit beläuft sich das Valideneinkommen auf Fr. 55'800.-- (2 x Fr. 27'900.--). Für das Invalideneinkommen ist vom Tabellenlohn des Bundesamtes für Statistik (BFS), Lohnstrukturhebung (LSE) und Lohnentwicklung 2015, Durchschnittswert Kompetenzniveau 1, Frauen, von Fr. 54'055.-- auszugehen (Informationsstelle AHV/IV, IV 2015, Bern 2015, Anhang 2 S. 226, update 1. Januar 2017, einsehbar unter <http://www.shop.ahv-iv.ch/data/docs/download/21902/de/Anhaenge-1-Saeule-Stand-Januar-2017.pdf>). Selbst unter Berücksichtigung des grösstmöglichen Tabellenlohnabzuges von 25 % (BGE 126 V 80 E. 5b/cc) ergäbe sich mit einem Invalideneinkommen von Fr. 40'541.-- und einem Invaliditätsgrad von 27 % kein Rentenanspruch. Die Beschwerde ist daher abzuweisen.

4.2 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 in der vorliegend zu beurteilenden Angelegenheit als angemessen. Dem Ausgang des Verfahrens entsprechend ist sie vollumfänglich der Beschwerdeführerin aufzuerlegen und durch den von ihr geleisteten Kostenvorschuss von Fr. 600.-- gedeckt. Die Beschwerdeführerin hat bei diesem Verfahrensausgang keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung (vgl. Art. 61 lit. g ATSG).

Entscheid

im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP



1.

Die Beschwerde wird abgewiesen.

2.

Die Beschwerdeführerin hat eine Gerichtsgebühr von Fr. 600.-- zu bezahlen; diese ist durch den in gleicher Höhe geleisteten Kostenvorschuss gedeckt.