



Fall-Nr.: IV 2009/103
Stelle: Versicherungsgericht
Rubrik: IV - Invalidenversicherung
Publikationsdatum: 15.07.2020
Entscheiddatum: 23.11.2010

Entscheid Versicherungsgericht, 23.11.2010

**Art. 8 Abs. 1 ATSG; Art. 7 ATSG. Würdigung medizinischer Berichte.
Rückweisung zur weiteren Abklärung, da aktuelle Untersuchungen in
mehreren medizinischen Teilgebieten fehlen (Entscheid des
Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 23. November 2010, IV
2009/103).**

Vizepräsidentin Miriam Lendfers, Versicherungsrichterin Monika Gehrler-Hug,
Versicherungsrichter Martin Rutishauser; Gerichtsschreiberin Philia Roth

Entscheid vom 23. November 2010

in Sachen

B.____,

Beschwerdeführerin,

gegen

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

Beschwerdegegnerin,

betreffend

Rente

Sachverhalt:



A.

A.a B.____, Jahrgang 1955, meldete sich im September 2008 zum Bezug von Leistungen der Invalidenversicherung (IV) an. Sie leide an Gleichgewichtsstörungen, Rückenschmerzen, starker Migräne, Nackenschmerzen und Kreuzschmerzen. Die Beeinträchtigung bestehe seit 2003 (IV-act. 1). Die A.____, bei der die Versicherte seit 1979 als visuelle Prüferin tätig gewesen war, hatte das Arbeitsverhältnis auf Ende Februar 2007 gekündigt. Die Versicherte sei wegen Schwindels bereits mehrfach gestürzt und kurzzeitig ohnmächtig geworden. Unter diesen Umständen sei es zu gefährlich, in einem Produktionsbetrieb zu arbeiten (IV-act. 2).

A.b Dr. med. C.____, Facharzt FMH für Innere Medizin und für Rheumatologie, hatte die Versicherte am 12. Februar 2007 untersucht. Im Arztbericht vom 16. Oktober 2008 nannte er die Diagnosen chronisches Zervikovertebralsyndrom bei muskulären Dysbalancen und segmentalen Dysfunktionen (radiologisch nicht abgeklärt), chronisches lumbospondylogenes Syndrom links bei Fehlform, muskulären Dysbalancen, leichten degenerativen Veränderungen der unteren LWS und Verdacht auf nicht-organische Schmerzkomponente, Überforderungsproblematik. Zudem bestünden klinisch beginnende Finger-Polyarthrosen. Dr. C.____ hielt fest, anlässlich seiner Untersuchung, die allerdings über anderthalb Jahre zurückliege, habe aus rheumatologischer Sicht keine wesentliche Einschränkung für die bisherige Tätigkeit bestanden. Für leichte Arbeit sei die Versicherte voll arbeitsfähig (IV-act. 11-1; 11-3). Der Hausarzt der Versicherten, der Allgemeinmediziner Dr. med. D.____, nannte im Bericht vom 8. Dezember 2008 die Diagnosen chronisches zervikovertebrales und lumbospondylogenes Schmerzsyndrom. Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit bestehe eine chronische Otitis media simplex beidseits mit chronischen Trommelfelldefekten und eine Migräne ohne Aura. Wegen Schmerzen und Beschwerden verschiedenster Art am Bewegungsapparat sowie migräneartiger Kopfschmerzen habe er die Versicherte im Lauf der vergangenen drei Jahre sehr oft gesehen. Die Arbeitsfähigkeit der Versicherten könne er nicht mit hinreichender Sicherheit einschätzen. Er empfahl eine ergänzende medizinische Abklärung (IV-act. 14-1 bis 14-4). Dr. med. E.____, Facharzt FMH für Oto-Rhino-Laryngologie, hatte die Versicherte Anfang 2006 untersucht. Im Bericht vom 1. Februar 2006 hatte er festgehalten, eine persistierende cochleovestibuläre Störung sei nicht fassbar. Von der



St.Galler Gerichte

Anamnese her denke er in erster Linie an einen gutartigen paroxysmalen Lagerungsschwindel, der zwischenzeitlich verschwunden sei (IV-act. 14-18). Zur Abklärung der Kopfschmerzen war am Institut für Radiologie am Kantonsspital St. Gallen (KSSG) am 30. Oktober 2007 ein MRI erstellt worden. Das kranio-zerebrale Kernspintomogramm hatte altersentsprechend normale Befunde mit lediglich ganz vereinzelt unter 5 mm grossen, unspezifischen Glioseherden supratentoriell gezeigt (IV-act. 14-27). Im Arztbericht der Klinik für Neurologie des KSSG vom 6. November 2007 war eine Migräne ohne Aura diagnostiziert worden (IV-act. 14-28).

A.c Der zuständige Arzt des IV-internen Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD) hielt am 15. Januar 2009 nach Studium der Akten fest, bei der Versicherten bestehe ein diffuses Schmerzsyndrom bei degenerativen Veränderungen an der Wirbelsäule. Schwerwiegende Befunde hätten nicht erhoben werden können, neurologische Reiz- oder gar Ausfallsyndrome seien nicht dokumentiert. Eine psychische Problematik von Relevanz dürfte auch nicht vorliegen, jedenfalls finde keine fachärztliche Behandlung oder Begleitung statt. Unter diesen Umständen müsse man davon ausgehen, dass in einer leidensangepassten Tätigkeit eine volle Arbeitsfähigkeit bestehe, wie dies auch von den involvierten Ärzten zu verstehen gegeben werde (IV-act. 15).

A.d Mit Vorbescheid vom 22. Januar 2009 kündigte die IV-Stelle ihre Absicht an, einen Rentenanspruch wegen voller Arbeitsfähigkeit zu verneinen (IV-act. 18). Trotz Einwands der Versicherten vom 10. Februar 2009 (IV-act. 19) verfügte die IV-Stelle am 26. Februar 2009 gemäss Vorbescheid (act. G 1.1.1).

B.

B.a Gegen diese Verfügung richtet sich die Beschwerde der Versicherten vom 20. März 2009. Sie beantragte sinngemäss die Aufhebung der Verfügung und die Durchführung weiterer Abklärungen. Seit vielen Jahren habe sie starke Schmerzen. Oft sei sie aus Angst, ihre Arbeit zu verlieren, trotzdem arbeiten gegangen. Doch wenn sie einmal nicht aus dem Bett gekommen sei, weil ihre Kopfschmerzen sie fast umgebracht hätten und sie die halbe Nacht wachgelegen sei wegen der starken Schmerzen, sei sie zu Hause geblieben. Das sei schlussendlich der Kündigungsgrund gewesen. Sie habe sehr gerne gearbeitet und würde gerne wieder einer Tätigkeit nachgehen. An ganztags



St.Galler Gerichte

sei aber leider ganz und gar nicht zu denken. Nach 28 Jahren falle es ihr nicht leicht, den ganzen Tag keiner geregelten Beschäftigung nachzugehen. Eine leichte Teilzeitstelle würde sie liebend gerne und dankend annehmen (act. G 1).

B.b Die Beschwerdegegnerin beantragte in der Beschwerdeantwort vom 7. Mai 2009 die Abweisung der Beschwerde. Die Beschwerdeführerin sei ausführlich rheumatologisch, neurologisch und ohrenärztlich untersucht worden. Invalidisierende Befunde hätten nicht erhoben werden können. In einer rückenadaptierten Tätigkeit sei die Beschwerdeführerin voll arbeitsfähig. Ein rentenbegründender Invaliditätsgrad sei daher nicht gegeben (act. G 4).

B.c Nach Einsichtnahme in die Akten hielt die Beschwerdeführerin in der Replik vom 20. Mai 2009 sinngemäss an ihren Anträgen fest. Dr. C.____ könne die Situation nicht wirklich beurteilen, da er nicht ihr Hausarzt sei und sie seit ca. anderthalb Jahren nicht gesehen habe. Ihr Hausarzt Dr. D.____ schreibe sie verschiedentlich tageweise arbeitsunfähig, was für sie bedeute, dass sie niemals 100% arbeitsfähig wäre. An ihrem letzten Arbeitstag bei der A.____ sei sie arbeitsfähig gewesen, in den zwei Jahren zuvor habe sie aber oft gefehlt, weil es wirklich nicht mehr gegangen sei. Sie habe die Kündigung wegen ihrer Krankheiten bekommen und weil ihre Arbeitgeberin es zu gefährlich gefunden habe, dass ein schwerwiegender Unfall bei den Maschinen verursacht werden könnte (act. G 6).

B.d Die Beschwerdegegnerin verzichtete am 2. Juni 2009 auf eine weitere Stellungnahme (act. G 8).

Erwägungen:

1.

1.1 Unter Invalidität wird bei als Gesunden voll erwerbstätigen Personen die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit verstanden (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG; SR 830.1]). Erwerbsunfähigkeit ist dabei der durch eine Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze



oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 ATSG). Der Grad der für einen allfälligen Rentenanspruch massgebenden Invalidität wird gemäss Art. 16 ATSG durch einen Einkommensvergleich ermittelt, bei dem das Einkommen, das die versicherte Person nach dem Eintritt der Invalidität und nach der Durchführung der notwendigen und zumutbaren Eingliederungsmassnahmen bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (zumutbares Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt wird zum Einkommen, das die versicherte Person erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Valideneinkommen). Nach Art. 28 Abs. 2 IVG besteht der Anspruch auf eine ganze Invalidenrente, wenn der Versicherte mindestens zu 70%, derjenige auf eine Dreiviertelrente, wenn er wenigstens zu 60% invalid ist. Liegt ein Invaliditätsgrad von mindestens 50% vor, so besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem IV-Grad von mindestens 40% auf eine Viertelsrente.

1.2 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 Erw. 4). Das Gericht hat den Sachverhalt von Amtes wegen festzustellen und demnach zu prüfen, ob die vorliegenden Beweismittel eine zuverlässige Beurteilung des strittigen Leistungsanspruchs gestatten. Hinsichtlich des Beweiswerts eines Arztberichts ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten begründet sind (BGE 125 V 352 Erw. 3a).

2.

2.1 Offenbar war die Beschwerdeführerin im vorliegend massgebenden Zeitpunkt des Erlasses der angefochtenen Verfügung vom 26. Februar 2009 lediglich bei ihrem Hausarzt Dr. D.____ in regelmässiger Behandlung. Dieser gab in seinem Bericht vom



8. Dezember 2008 an, er habe die Beschwerdeführerin im Lauf der vergangenen drei Jahre sehr oft gesehen. Er habe ihr verschiedentlich tageweise (zwei bis vier Tage) volle Arbeitsunfähigkeit attestiert. Die Tatsache, dass die Beschwerdeführerin durch den Verlust ihrer Arbeitsstelle hinsichtlich körperlicher und zeitlicher Belastung eine Erleichterung habe erfahren können, habe nicht zu einer Besserung ihres Befindens geführt. In den letzten Monaten habe er die Beschwerdeführerin alle paar Wochen vor allem wegen starker Kopfschmerzen gesehen. Neue Erkenntnisse somatischer Art seien nicht hinzugekommen (IV-act. 14-2). Zur Abklärung der Arbeitsfähigkeit empfahl Dr. D.____ eine ergänzende medizinische Abklärung. Er selbst sah sich nicht in der Lage, die Arbeitsfähigkeit mit hinreichender Sicherheit einzuschätzen (IV-act. 14-4).

2.2 Die Ausführungen von Dr. D.____ lassen nicht genügend wahrscheinlich den Schluss zu, dass keine (teilweise) Arbeitsunfähigkeit bestehe. Zwar attestierte er seit 2006 immer nur kürzere, bis maximal drei Wochen am Stück anhaltende Arbeitsunfähigkeiten. Bei der letzten Arbeitgeberin hatte die Beschwerdeführerin folglich relativ häufige, aber jeweils nicht längerfristige Arbeitsausfälle. Dies allein lässt jedoch nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit darauf schliessen, dass grundsätzlich keine relevante, andauernde Einschränkung der Arbeitsfähigkeit bestehe. Die Beschwerdeführerin gab in der IV-Anmeldung an, die gesundheitlichen Beeinträchtigungen bestünden seit ca. 2003. Dem Kumulativjournal Mitarbeiter der ehemaligen Arbeitgeberin lässt sich für 2006 entnehmen, dass sich die produktive Präsenzzeit der Beschwerdeführerin während jenes Jahres auf durchschnittlich gut zwei Drittel der effektiven Sollarbeitszeit beschränkt hatte (IV-act. 8-12). Im Kündigungsschreiben vom 29. November 2006 wies die Arbeitgeberin auf immer wieder auftretende Schwindelanfälle hin. Durch diese sei die Beschwerdeführerin bereits mehrfach gestürzt und kurzzeitig ohnmächtig geworden. Unter diesen Umständen sei es zu gefährlich, in einem Produktionsbetrieb zu arbeiten (IV-act. 8-9). Auch wenn die Beschwerdeführerin offenbar immer wieder während Wochen ohne sich auswirkende Einschränkungen voll arbeitete, führten die gemäss Angaben der Arbeitgeberin persistierenden Schwindelanfälle letztlich zur Kündigung. Ob ihr medizinisch-theoretisch zumutbar war, grundsätzlich voll zu arbeiten, ist vor diesem Hintergrund unklar. Der Ohrenarzt Dr. E.____ hatte am 1. Februar 2006 festgehalten, er denke in erster Linie an einen anfallartig auftretenden Lagerungsschwindel, der zwischenzeitlich verschwunden sei (IV-act. 14-18). Offensichtlich waren die



Schwindelbeschwerden jedoch Ende 2006 noch immer in einem derartigen Ausmass vorhanden, dass sie für die Arbeitgeberin sogar Grund zur Kündigung insbesondere aus Überlegungen der Betriebssicherheit (im Zusammenhang mit der notwendigen Maschinenbedienung) waren. Abklärungen an der Hals-Nasen-Ohrenklinik des KSSG vom 11. April 2008 ergaben wegen der chronischen Otitis media simplex eine grundsätzliche Operationsindikation (Tympanoplastik), wobei die Beschwerdeführerin zu jener Zeit nur wenig Beschwerden äusserte, sodass eine Operation als nicht zwingend indiziert bezeichnet wurde. Zu Schwindelbeschwerden äussert sich der Bericht vom 14. April 2008 nicht (IV-act. 14-32 f.). Ob diese 2006 nach Angabe der Arbeitgeberin zur Kündigung veranlassende Problematik in einem Zusammenhang mit dem chronischen Ohrenleiden stehen könnte, lässt sich mit den vorhandenen Akten nicht beantworten. Diesbezüglich sind weitere Abklärungen angezeigt.

2.3 Betreffend die rheumatologische Situation war die Aktenlage im Verfügungszeitpunkt ebenfalls nicht hinreichend klar. Der Rheumatologe Dr. C.____ äusserte im Bericht vom 16. Oktober 2008 zwar seine Ansicht, die Beschwerdeführerin sei für leichte Arbeit vollständig arbeitsfähig, relativierte diese Einschätzung aber mit dem Hinweis, er habe sie lediglich einmal konsiliarisch gesehen. Diese Konsultation hatte am 12. Februar 2007 stattgefunden, lag also bei Verfügung über zwei Jahre zurück. Zudem wies Dr. C.____ darauf hin, dass das diagnostizierte chronische Zervikovertebralsyndrom bei muskulären Dysbalancen und segmentalen Dysfunktionen radiologisch nicht abgeklärt worden sei (IV-act. 11-1). Nach Lage der Akten wurden offenbar bis zum Verfügungszeitpunkt (Februar 2009) in Bezug auf die HWS keine bildgebenden Verfahren durchgeführt. Auch diesbezüglich bleiben Unsicherheiten zur Zuverlässigkeit der vom RAD vorgenommenen Arbeitsfähigkeitsschätzung bestehen. Die Beschwerdeführerin erlebt die Nackenschmerzen als zentral für ihre Einschränkungen. Im Übrigen verwies Dr. C.____ auf von ihm im Februar 2007 festgestellte beginnende klinische Finger-Polyarthrosen. Ob diese seither fortschritten und die qualitativen oder quantitativen Arbeitsmöglichkeiten der Beschwerdeführerin unterdessen einschränken, wurde nicht erhoben.

2.4 Eine psychiatrische Abklärung der Versicherten fand bisher offenbar nicht statt. Dr. med. F.____ vom RAD hielt in seiner Stellungnahme vom 15. Januar 2009 fest, eine psychische Problematik von Relevanz dürfte nicht vorliegen, jedenfalls finde keine



fachärztliche Behandlung und Begleitung statt (IV-act. 15-2). Offenbar wurde die Beschwerdeführerin tatsächlich nicht psychiatrisch betreut. Daraus allein jedoch den Schluss zu ziehen, dass keine psychische Einschränkung vorliege, erscheint im Rahmen des der Beschwerdegegnerin obliegenden Untersuchungsgrundsatzes (Art. 43 Abs. 1 ATSG) unzulässig. Dr. C.____ äusserte den Verdacht auf eine nicht-organische Schmerzkomponente. Offenbar hatte der Hausarzt Dr. D.____ vor Überweisung der Beschwerdeführerin an Dr. C.____ im Februar 2007 das Vorliegen einer somatoformen Schmerzstörung für möglich gehalten. Dr. C.____ führte in seinem Bericht an Dr. D.____ vom 14. Februar 2007 aus, er könne diesen Verdacht aufgrund der klar festzustellenden muskulären Verspannungen und segmentalen Dysfunktionen, die zweifellos für die zerviko-thorakovertebralen und lumbospondylogenen Beschwerden verantwortlich seien, nicht sicher bestätigen. Allerdings hätten diese Schmerzprobleme für die Versicherte sicher eine übermässige Krankheitsbedeutung (IV-act. 11-8). Da Dr. D.____ und Dr. C.____ das Vorliegen einer somatoformen Schmerzstörung 2007 erwogen und nicht ausschliessen konnten, erscheint eine psychiatrische Abklärung der Versicherten grundsätzlich angezeigt. Obwohl somatoforme Schmerzstörungen nach der Rechtsprechung in der Regel als überwindbar gelten, ist nichtsdestoweniger in jedem Einzelfall zu prüfen, ob der davon betroffenen Person die erforderliche Willensanstrengung zur (vollständigen oder teilweisen) Überwindung der subjektiv empfundenen Schmerzen zumutbar ist. Folglich sind auch weitere psychiatrische Abklärungen angezeigt.

3.

3.1 Eine zuverlässige Beurteilung des Leistungsanspruchs erscheint gestützt auf die vorhandenen Akten nicht mit dem erforderlichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit möglich. Die Beschwerde ist daher unter Aufhebung der angefochtenen Verfügung vom 26. Februar 2009 in dem Sinn gutzuheissen, dass die Sache zur Vornahme von weiteren medizinischen Abklärungen im Sinn der Erwägungen an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen ist. Diese wird im Anschluss an diese Abklärungen über den Leistungsanspruch neu zu verfügen haben.

3.2 Das Beschwerdeverfahren ist kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.- bis



Fr. 1000.- festgelegt (Art. 69 Abs. 1^{bis} IVG). Eine Gerichtsgebühr von Fr. 600.- erscheint angemessen. Die Rückweisung zur Neubeurteilung gilt praxisgemäss als volles Obsiegen (ZAK 1987 S. 268 Erw. 5a). Somit unterliegt die Beschwerdegegnerin vollumfänglich, sodass ihr als nicht von der Pflicht zur Übernahme amtlicher Kosten befreiter selbstständiger öffentlich-rechtlicher Anstalt die ganze Gerichtsgebühr aufzuerlegen ist. Der von der Beschwerdeführerin geleistete Kostenvorschuss ist dieser zurückzuerstatten.

Demgemäss hat das Versicherungsgericht

im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 53 GerG

entschieden:

1. Die Beschwerde wird in dem Sinn gutgeheissen, dass die Verfügung vom 26. Februar 2009 aufgehoben und die Sache im Sinn der Erwägungen zur Vornahme weiterer Abklärungen und zur anschliessenden neuen Verfügung an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen wird.
2. Die Beschwerdegegnerin hat die Gerichtskosten von Fr. 600.- zu bezahlen. Der von der Beschwerdeführerin geleistete Kostenvorschuss von Fr. 600.- wird dieser zurückerstattet.