



Fall-Nr.: IV 2009/201
Stelle: Versicherungsgericht
Rubrik: FL - Familienzulagen in der Landwirtschaft
Publikationsdatum: 29.06.2020
Entscheiddatum: 18.05.2011

Entscheid Versicherungsgericht, 18.05.2011

Art. 28 Abs. 2 IVG. Anspruch auf eine Invalidenrente; Würdigung eines interdisziplinären Gutachtens (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 18. Mai 2011, IV 2009/201).

Entscheid Versicherungsgericht, 18.05.2011

Abteilungspräsidentin Lisbeth Mattle Frei, Versicherungsrichterin Marie Löhner,
Versicherungsrichter Martin Rutishauser; Gerichtsschreiber Marcel Kuhn

Entscheid vom 18. Mai 2011

in Sachen

A.____,

Beschwerdeführerin,

vertreten durch Rechtsanwalt lic. iur. Kurt Gemperli, advokatur am brühl,
Scheffelstrasse 2, 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 im November 2006 zum Bezug von Leistungen der Invalidenversicherung (IV) an. Seit Februar 1999 leide sie an Rückenschmerzen. Von Juni 2000 bis April 2006 habe sie als Produktionsmitarbeiterin bei der B.____ gearbeitet (IV-act. 1).

A.b Im Arztbericht vom 5. Dezember 2006 stellte Dr. med. C.____, Facharzt FMH Allgemeine Medizin, die Diagnosen chronisches, rechtsseitiges myofasiales Schmerzsyndrom, Panvertebralsyndrom mit rechtsseitiger cervico- und lumbospondylogener Schmerzkomponente, degenerative LWS-Veränderungen wie Spondylarthrosen L4/5, L5/S1 und Diskopathie L4/5, muskuläre Dysbalance, Dekonditionierung, Symptomausweitung, mittelschweres depressives Syndrom im Rahmen einer depressiven Anpassungsstörung und Engpasssyndrom Nervus peroneus in der Kniekehle rechts mit Denervation am 25. Oktober 2006. Er attestierte der Versicherten vom 28. November 2005 bis 4. Januar 2006 eine 100%ige, vom 5. Januar bis 11. September 2006 eine 50%ige und ab 12. September 2006 bis auf Weiteres wieder eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit (IV-act. 8). Dr. med. D.____, Facharzt FMH Innere Medizin und Rheumatologie, Klinik Valens, diagnostizierte im Bericht vom 19. Dezember 2006 im Wesentlichen ein chronifiziertes myofasiales Schmerzsyndrom und eine mittelgradig depressive Episode. Die Versicherte sei in der bisherigen und in einer angepassten Tätigkeit im Oktober 2005 nach einer stationären Behandlung in der Zeit vom 21. September bis 12. Oktober 2005 zu 50% arbeitsfähig gewesen (IV-act. 18). Am 19. und 25. März 2008 erfolgte im Medizinischen Zentrum Römerhof (MZR) eine interdisziplinäre (internistisch, rheumatologisch, psychiatrisch) Begutachtung. Im MZR-Gutachten vom 16. Mai 2008 wurden die Diagnosen chronisches rechtsseitiges tendomyotisches Schmerzsymptom ohne organisch strukturelles Korrelat, rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte depressive Episode mit somatischem Syndrom (ICD-10: F33.01) und histrionisch akzentuierte Persönlichkeitszüge (ICD-10: Z73) gestellt. In der bisherigen als auch in einer sonstigen leichten und wechselbelastenden Tätigkeit sei die Versicherte 100% arbeitsfähig (IV-act. 33).



A.c Im Vorbescheid vom 19. August 2008 stellte die IV-Stelle der Versicherten in Aussicht, dass sie keinen Anspruch auf Leistungen der Invalidenversicherung habe (IV-act. 40). Mit Schreiben vom 27. November 2008 erhob die Versicherte Einwand gegen den Vorbescheid und beantragte insbesondere die Ausrichtung einer Invalidenrente (IV-act. 53). Mit Verfügung vom 21. April 2009 (nochmaliger Versand am 4. Mai 2009) eröffnete die IV-Stelle der Versicherten wie angekündigt, dass sie keinen Anspruch auf Leistungen der Invalidenversicherung habe (IV-act. 59).

B.

B.a Gegen diese Verfügung richtet sich die von Rechtsanwalt lic. iur. Kurt Gemperli, St. Gallen, im Namen der Versicherten eingereichte Beschwerde vom 4. Juni 2009 (Beschwerdeergänzung vom 8. Juli 2009) mit den Anträgen, die Verfügung vom 21. April/6. Mai 2009 sei aufzuheben und es seien der Beschwerdeführerin die gesetzlichen Leistungen, namentlich eine Invalidenrente, zuzusprechen; unter Kosten- und Entschädigungsfolgen. Auf das MZR-Gutachten vom 16. Mai 2008 könne nicht abgestellt werden. Es weiche von sämtlichen vorbestehenden und nach dem Gutachten entstandenen ärztlichen Einschätzungen ab. Den Beizug eines Neurologen und/oder Neurochirurgen habe man nicht für nötig befunden. Der Arzt des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD) der Invalidenversicherung sei für die Würdigung des MZR-Gutachtens nicht hinreichend kompetent gewesen (act. G 1 und 4). Zusätzlich legte die Beschwerdeführerin weitere Akten ins Recht (act. G 4.1-5).

B.b In der Beschwerdeantwort vom 25. August 2009 beantragt die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde. Das MZR habe die Beschwerdeführerin umfassend und kompetent untersucht. Die Schlussfolgerungen zusammen mit der Arbeitsfähigkeitsschätzung würden als begründet erscheinen. Weitere medizinische Abklärungen seien unnötig (act. G 6).

B.c Mit Replik vom 19. Januar 2010 hält die Beschwerdeführerin an den gestellten Anträgen fest und reichte weitere medizinische Berichte ein (act. G 15 und 15.1).

B.d Die Beschwerdegegnerin hat auf die Einreichung einer Duplik verzichtet (act. G 17).



B.e Mit Schreiben vom 25. Mai 2010 reichte die Beschwerdeführerin einen weiteren medizinischen Bericht ein (act. G 19 und 19.1).

Erwägungen:

1.

1.1 Die angefochtene Verfügung vom 21. April 2009 konnte dem Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin aufgrund einer falschen Adresse vorerst nicht zugestellt werden. Mit Datum vom 4. Mai 2009 erfolgte ein neuerlicher Versand der Verfügung, welche schliesslich am 6. Mai 2009 dem Rechtsvertreter eröffnet wurde (IV-act. 59-62). Die Beschwerde vom 4. Juni 2009 ist daher innerhalb der 30-tägigen Beschwerdefrist und somit zweifellos rechtzeitig erhoben worden.

1.2 Am 1. Januar 2008 sind die im Zug der 5. IV-Revision revidierten Bestimmungen des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG; SR 831.20), der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV; SR 831.201) und des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) in Kraft getreten. In materiellrechtlicher Hinsicht gilt der allgemeine übergangsrechtliche Grundsatz, dass der Beurteilung jene Rechtsnormen zu Grunde zu legen sind, die bei Erlass des angefochtenen Entscheids beziehungsweise im Zeitpunkt gegolten haben, als sich der zu den materiellen Rechtsfolgen führende Sachverhalt verwirklicht hat (vgl. BGE 127 V 467 E. 1, 126 V 136 E. 4b, je mit Hinweisen). Die angefochtene Verfügung ist am 21. April 2009 respektive 4. Mai 2009 eröffnet worden, wobei ein Sachverhalt zu beurteilen ist, der vor dem Inkrafttreten der revidierten Bestimmungen der 5. IV-Revision am 1. Januar 2008 begonnen hat. Daher und aufgrund dessen, dass der Rechtsstreit eine Dauerleistung betrifft, über die noch nicht rechtskräftig verfügt wurde, ist entsprechend den allgemeinen intertemporalrechtlichen Regeln für die Zeit bis 31. Dezember 2007 auf die damals geltenden Bestimmungen und ab diesem Zeitpunkt auf die neuen Normen der 5. IV-Revision abzustellen (vgl. zur 4. IV-Revision: BGE 130 V 445 ff.; Urteil des Bundesgerichts vom 7. Juni 2006, I 428/04, E. 1).

Diese übergangsrechtliche Lage zeitigt indessen keine materiellrechtlichen Folgen, da die 5. IV-Revision hinsichtlich des Begriffs und der Bemessung der Invalidität keine



substantiellen Änderungen gegenüber der bis Ende 2007 gültig gewesenen Rechtslage gebracht hat. Nachfolgend werden die seit 1. Januar 2008 gültigen Bestimmungen des ATSG und IVG wiedergegeben.

2.

2.1 Streitig ist zwischen den Parteien der Anspruch der Beschwerdeführerin auf eine Invalidenrente. Einen Anspruch auf Arbeitsvermittlung macht die Beschwerdeführerin in der vorliegenden Beschwerde hingegen nicht mehr geltend. Da sie somit an einer entsprechenden Leistung nicht mehr interessiert ist, erübrigen sich weitere Ausführungen diesbezüglich. Die Beschwerdeführerin ist an dieser Stelle darauf hinzuweisen, dass sie sich bei entsprechendem Bedürfnis erneut bei der Beschwerdegegnerin melden und Arbeitsvermittlung beantragen kann. Zu prüfen gilt es somit einzig, ob die Beschwerdegegnerin den Anspruch der Beschwerdeführerin auf eine Invalidenrente zu Recht abgelehnt hat.

2.2 Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). 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). 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). Die Rentenabstufungen nach Art. 28 Abs. 2 IVG geben bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40% Anspruch auf eine Viertelsrente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50% Anspruch auf eine halbe Rente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 60% Anspruch auf eine Dreiviertelsrente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 70% Anspruch auf eine ganze Rente.



2.3 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). Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 125 V 261 E. 4 mit Hinweisen). Für das gesamte Verwaltungs- und Verwaltungsgerichtsbeschwerdeverfahren gilt der Grundsatz der freien Beweiswürdigung. Danach haben die Versicherungsträger und das Sozialversicherungsgericht die Beweise frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. 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 in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten begründet sind (BGE 125 V 352 E. 3a mit Hinweisen).

3.

3.1 Vorab ist zu prüfen, ob die medizinische Aktenlage eine rechtsgenügeliche Beurteilung der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin erlaubt. In medizinischer Sicht stützte sich die Beschwerdegegnerin in der angefochtenen Verfügung auf das interdisziplinäre MZR-Gutachten vom 16. Mai 2008. Die Beschwerdeführerin hingegen erachtet das Gutachten als mangelhaft und daher nicht beweistauglich.

3.2 Konkret bringt sie gegen das Gutachten vor, dass es von sämtlichen vorbestehenden und nach dem Gutachten entstandenen ärztlichen Einschätzungen abweiche. Die Berichte von Dr. med. E.____, Facharzt FMH für Neurochirurgie, seien zwar im Gutachten erwähnt, die Befunde würden allerdings keinen Eingang in die MZR-Diagnosen finden. In einem Bericht vom 18. November 2008, der auf einem MRI vom 14. Oktober 2008 beruhe, halte Dr. E.____ fest, dass die Beschwerdeführerin an einer



St.Galler Gerichte

rechtsseitigen Cervikobrachialgie bei kernspintomographisch nachgewiesener mediorechtslateraler Diskushernie C5/6 leide. Dr. med. F.____, Spezialarzt für Neurologie FMH, habe vor und nach dem MZR-Gutachten eine Reihe von Diagnosen gestellt, welche vom MZR-Gutachten nicht aufgenommen worden seien.

3.2.1 In den Berichten vom 13. Februar und 18. September 2007 hält Dr. E.____ radiologisch geringe degenerative Veränderungen auf Höhe L4/L5 und HWK5/6 (Diskopathie mit flacher, nicht neurokompressiver Diskushernie) fest (IV-act. 47/6 und 12). Diese Berichte befinden sich auszugsweise im MRZ-Gutachten und wurden von den Gutachtern somit berücksichtigt. Es wurde festgehalten, dass die geringen degenerativen Veränderungen im lumbalen Bereich das ausgedehnte Schmerzbild nicht erklären könnten. Bezüglich der Halswirbelsäule fertigten die Gutachter am 19. März 2008 eigene Funktionsaufnahmen an, wobei sie keine pathologischen Befunde festhielten (IV-act. 33/30). Eine Nichtaufnahme von offensichtlich geringen degenerativen Veränderungen in die Diagnoseliste ist daher kaum zu beanstanden, zumal auch Dr. E.____ von einer psychosomatischen Schmerzüberlagerung ausging. Der von der Beschwerdeführerin erwähnte Bericht von Dr. E.____ vom 18. November 2008 ist nach der MZR-Begutachtung ergangen, weshalb er offensichtlich von den Gutachtern nicht berücksichtigt werden konnte. Im neurologischen Bericht vom 22. April 2005 diagnostizierte Dr. F.____ eine Lumboischialgie L4/S1 rechts (act. G 6.2). Da sich auch dieser Bericht im Aktenauszug des MZR-Gutachtens befindet, ist davon auszugehen, dass ihn die Gutachter in ihrer Beurteilung mitberücksichtigt haben. Die übrigen Berichte von Dr. F.____, insbesondere der von der Beschwerdeführerin erwähnte Bericht vom 24. April 2008, sind nach der Begutachtung (19. und 25. März 2008) erfolgt. Die vor der MZR-Begutachtung verfassten Berichte von Dr. E.____ und Dr. F.____ sind zusammenfassend nicht geeignet, Zweifel an der MZR-Begutachtung aufkommen zu lassen.

3.3 Die Beschwerdeführerin bemängelt am MZR-Gutachten ausserdem, dass kein Neurologe und/oder Neurochirurg für die Begutachtung beigezogen worden sei.

3.3.1 Die Beschwerdeführerin wurde vor der MZR-Begutachtung mehrmals neurologisch untersucht und behandelt. Die entsprechenden Akten sind im MZR-Gutachten aufgelistet. Im Austrittsbericht (Hospitalisation vom 21. bis 22. Dezember



2005) der Klinik für Neurochirurgie des Kantonsspitals St. Gallen vom 27. Dezember 2005 wurde festgehalten, dass auch nach weiteren Abklärungen sich lediglich die bereits bekannte Protrusion L4/5 gefunden habe, ohne Zeichen einer Instabilität oder einer Nervenwurzelkompression. In Anbetracht dessen komme ein operatives Vorgehen nicht in Frage (IV-act. 33/5-6). Im Bericht vom 13. Februar 2007 führt Dr. E.____ aus, dass die Facettengelenksinfiltration sowohl cervical wie auch lumbal überhaupt keine Schmerzlinderung – im Gegenteil – gebracht habe. Somit seien die Facettengelenke für die Schmerzen nicht hauptverantwortlich, weshalb keine Kryotherapie durchgeführt werden könne. Insgesamt sei er mit einem operativen Eingriff eher zurückhaltend, sicherlich könnte als allerletzte Möglichkeit eine ventrale Diskektomie und Prothesen-Einlage durchgeführt werden. Im Bericht vom 18. September 2007 teilte Dr. E.____ mit, dass er nach einem am 16. August 2007 durchgeführten Sakralblock momentan von weiteren Injektionen absehen würde. Aufgrund dieser medizinischen Aktenlage ist ersichtlich, dass im Zeitpunkt der Begutachtung keine weiteren neurologischen Massnahmen durchgeführt wurden und dementsprechend auch keine neurologische Begutachtung angezeigt war. Sodann kann davon ausgegangen werden, dass die MZR-Gutachter bei entsprechender Notwendigkeit eine Fachperson aus dem neurologischen Bereich beigezogen hätten.

3.4 Gegen das MZR-Gutachten bringt die Beschwerdeführerin zudem vor, dass das vorangegangene Gutachten von Dr. med. G.____, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 10. März 2006 (psychiatrisches Teilgutachten des interdisziplinären AEH-Gutachtens vom 4. Mai 2006) unzureichend interpretiert worden sei und die Momentaufnahme durch den MZR-Psychiater nicht geeignet sei, die dokumentierten Befunde des behandelnden Arztes Dr. med. H.____, Spezialarzt für Psychiatrie und Psychotherapie, im jahrelangen Verlauf vom Tisch zu wischen.

3.4.1 Dr. G.____ diagnostizierte im Gutachten vom 10. März 2006 eine gemischte Anpassungsstörung mit Störung der Gefühle und des Sozialverhaltens (ICD-10: F43.21), aktuell mittelschweren Ausprägungsgrades bei chronischer Schmerzproblematik. Differenzialdiagnostisch sei von einer Entwicklung körperlicher Symptome aus psychischen Gründen (ICD-10: F68.0) auszugehen. Medizinisch-theoretisch bestehe eine Leistungseinbusse von höchstens 50% (act. G 6.2). Dr. H.____ erhob im Bericht vom 8. Januar 2007 die Diagnosen mittel- bis schwergradige



depressive Störung mit somatischen Symptomen (ICD-10: F32.11, F32.2) auf dem Boden einer ängstlichen Persönlichkeit (ICD-10: F60.6) und chronifiziertes Schmerzsyndrom bei bekannten Wirbelsäulenänderungen. Aus rein psychiatrischer Sicht bestehe zumindest eine 70%ige Arbeitsunfähigkeit (IV-act. 47/2-4). Im MZR-Gutachten wurden aus psychiatrischer Sicht die Diagnosen (ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit) rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte depressive Episode mit somatischem Syndrom (ICD-10: F33.01) und histrionisch akzentuierte Persönlichkeitszüge (ICD-10: Z73) gestellt. In der bisherigen als auch in einer sonstigen leichten und wechselbelastenden Tätigkeit bestehe keine Arbeitsunfähigkeit. Im Einklang mit dem Arztbericht von Dr. H.____ vom 8. Januar 2007 sei in diagnostischer Sicht von einer depressiven Störung mit somatischen Symptomen auszugehen. Der Schweregrad der aktuell vorliegenden depressiven Symptomatik sei gemäss ICD-10-Klassifikation gegenwärtig jedoch als leichtgradig einzustufen. Die allgemeinen Kriterien für eine rezidivierende depressive Störung sowie für eine leichte depressive Episode seien erfüllt. Hinsichtlich der von Dr. G.____ im März 2006 diagnostizierten gemischten Anpassungsstörung mit Störung der Gefühle und des Sozialverhaltens seien die ICD-Kriterien B, aber insbesondere C (bis zu einer Dauer von sechs Monaten nach dem belastenden Ereignis kann die Diagnose einer Anpassungsstörung gestellt werden) nicht mehr erfüllt, weshalb diese Diagnose nicht mehr zu stellen sei. Zusammenfassend setzt sich der begutachtende Psychiater hinreichend mit den psychiatrischen Vorakten auseinander und legt nachvollziehbar dar, inwiefern sich eine unterschiedliche Beurteilung in der Diagnose oder der Einschätzung der Arbeitsfähigkeit rechtfertigt. Sodann muss die Erfahrungstatsache mitberücksichtigt werden, dass behandelnde Ärzte und Ärztinnen mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 125 V 351 E. 3b/cc).

3.5 Weiter bemängelt die Beschwerdeführerin, dass im MZR-Gutachten übersehen werde, dass die rheumatologische Begutachtung am AEH einen zusätzlichen Pausenbedarf von zwei Stunden täglich ergeben habe.

3.5.1 Die Diagnose und die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit des AEH-Gutachtens befinden sich im Aktenauszug des MZR-Gutachtens (IV-act. 33/7). Dem MZR-Gutachten ist zu entnehmen, dass die Beschwerdeführerin ein chronisches Schmerzsyndrom der gesamten rechten Körperseite schildere, welches aufgrund der



klinisch zu findenden diffusen Tendomyosen wie bereits im AEH-Institut im Sinn eines myofaszialen Schmerzsyndroms interpretiert werden müsse. Zu dem im AEH-Gutachten attestierten zusätzlichen Pausenbedarf nimmt das MZR-Gutachten nicht explizit Stellung. Allerdings begründet der Gutachter nachvollziehbar und hinreichend, weshalb der Beschwerdeführerin aus rheumatologischer Sicht eine leichte und wechselbelastende Tätigkeit zu 100% zumutbar sei. Eine fehlende Stellungnahme bezüglich eines in einem früheren Gutachten attestierten zusätzlichen Pausenbedarfs vermag für sich alleine noch keine Zweifel an einem Gutachten aufkommen zu lassen.

3.6 Insgesamt vermögen die Einwände der Beschwerdeführerin gegen das MZR-Gutachten dessen Beweiswert nicht zu schmälern. Weitere Indizien gegen die Zuverlässigkeit des MZR-Gutachtens sind nicht ersichtlich. Die Anforderungen an ein beweiskräftiges Gutachten sind erfüllt (vgl. BGE 125 V 352 E. 3a), weshalb auf das MZR-Gutachten abgestellt werden kann.

4.

4.1 Zu prüfen bleibt, ob aufgrund der medizinischen Aktenlage zwischen dem Begutachtungszeitpunkt (19. und 25. März 2008) und dem Erlass der angefochtenen Verfügung weitere Abklärungen notwendig sind.

4.2 Im Bericht vom 24. April 2008 führte Dr. F.____ u.a. aus, dass er bezüglich der Konzentrationsstörungen psychophysiologische Messungen (vgl. act. G 4.1, PPM vom 29. August 2007) durchgeführt habe. Diese hätten eine Asymmetrie zu Ungunsten der rechten Hemisphäre und eine verlängerte zerebrale Reaktionszeit ergeben. Die Konzentrationsstörungen seien somit objektivierbar, wobei es sich nicht nur um Störungen im Hirnstammbereich, sondern auch um eine affektive Dysfunktion im Bereich des vorderen limbischen Systems der rechten Hemisphäre handle (IV-act. 53/10-12). Ein upright MRI des Schädels und der HWS vom 14. Oktober 2008 ergab insbesondere auch in Höhe des Stammhirns einen unauffälligen Befund und eine mediorechtlaterale Diskushernie C5/6 mit Kontakt zum Myelon und leichter Verformung desselben in beiden untersuchten Positionen (IV-act. 53/13-14). Prof. Dr. med. I.____, Chefarzt Neurochirurgie Kantonsspital St. Gallen, diagnostizierte im Bericht



vom 16. Dezember 2008 u.a. ein panvertebrales Schmerzsyndrom mit zunehmenden Cervicobrachialgien rechts.

4.3 In der Stellungnahme vom 2. Februar 2009 führte der RAD aus, dass die Aussage von Dr. F.____, wonach mittels durchgeführten Messungen die Konzentrationsstörungen objektivierbar seien, wissenschaftlich nicht allgemein anerkannt sei. Selbst wenn aber dieser Interpretation gefolgt würde, würde der Nachweis von Konzentrationsstörungen bei der Beschwerdeführerin lediglich dazu führen, dass in Bezug auf die Arbeitsfähigkeit Tätigkeiten mit besonderen Anforderungen an die Konzentrationsfähigkeit zu vermeiden wären. Eine quantitative Einschränkung der Arbeitsfähigkeit resultiere daraus nicht. Gegen die von Dr. F.____ beschriebene Interpretation der Ergebnisse als Störungen im Hirnstammbereich spreche auch das Ergebnis der Untersuchung im Upright MRI Zentrum Zürich vom 14. Oktober 2008, wonach insbesondere auch in Höhe des Stammshirns ein unauffälliger Befund festgestellt worden sei. Die im Bericht des Upright MRI Zentrums Zürich beschriebene mediorechtslaterale Diskushernie C5/6 mit Kontakt zum Myelon und leichter Verformung desselben in beiden untersuchten Positionen entspreche dem Befund, wie er von Dr. E.____ in seinem Bericht vom 13. Februar 2007 beschrieben werde. Es sei darauf hinzuweisen, dass diese Diskushernie – wie im MZR-Gutachten dargelegt – zu keinen neurologischen Ausfällen führe. Eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit lasse sich dadurch folglich nicht begründen (IV-act. 55). In der Stellungnahme vom 2. März 2009 führte der RAD weiter aus, dass das von Dr. F.____ im Schreiben vom 24. November 2008 erwähnte leichte Karpaltunnelsyndrom gut behandelbar sei. Eine dauerhafte IV-relevante Einschränkung der Arbeitsfähigkeit ergebe sich auch daraus nicht. Prof. I.____ bestätige die im MZR-Gutachten gestellten Diagnosen. Ein invalidisierender Schweregrad lasse sich aus sämtlichen von ihm erwähnten Diagnosen nicht ableiten (IV-act. 58).

4.4 Die Stellungnahmen des RAD machen plausibel, dass die nach dem MZR-Gutachten erstellten Arztberichte an dessen Schlüssigkeit keine Zweifel begründen. Insbesondere wurde nachvollziehbar dargelegt, dass sich aufgrund der medizinischen Berichte keine Auswirkungen auf die im MZR-Gutachten festgelegte 100%ige Arbeitsfähigkeit ergeben. Zu beachten wäre für eine angepasste Tätigkeit höchstens, dass keine besonders hohen Anforderungen an die Konzentrationsfähigkeit gestellt



werden. Anzufügen bleibt, dass selbst die nach dem MZR-Gutachten erstellten Arztberichte keine Arbeitsunfähigkeit attestieren. Von weiteren medizinischen Abklärungen sind keine neuen Erkenntnisse zu erwarten, weshalb darauf verzichtet werden kann (antizipierte Beweiswürdigung; vgl. BGE 122 V 157 E. 1d).

5.

Die Durchführung eines konkreten Einkommensvergleichs kann vorliegend unterbleiben. Da die Beschwerdeführerin bei ihrer zuletzt ausgeübten Tätigkeit lediglich unwesentlich mehr verdiente (IV-act. 14) als der durchschnittliche Lohn einer Hilfsarbeiterin gemäss der Tabellenlöhne der schweizerischen Lohnstrukturerhebung, resultiert selbst unter Gewährung eines höchstzulässigen Leidensabzugs von 25% ein rentenausschliessender Invaliditätsgrad.

6.

Im Sinn der vorstehenden Erwägungen ist die Beschwerde unter Bestätigung der angefochtenen Verfügung abzuweisen. 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. Der von ihr geleistete Kostenvorschuss von Fr. 600.-- ist daran anzurechnen.

Demgemäss hat das Versicherungsgericht

im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP

entschieden:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Die Beschwerdeführerin bezahlt eine Gerichtsgebühr von Fr. 600.--. Der geleistete Kostenvorschuss in gleicher Höhe wird ihr daran angerechnet.