



Fall-Nr.: IV 2010/149
Stelle: Versicherungsgericht
Rubrik: IV - Invalidenversicherung
Publikationsdatum: 19.06.2020
Entscheiddatum: 05.07.2012

Entscheid Versicherungsgericht, 05.07.2012

Würdigung von medizinischen Akten. Vorliegend wurden kaum Arztberichte eingeholt und es wurden keinerlei eigene medizinische Abklärungen veranlasst, obwohl Hinweise auf gesundheitliche Einschränkungen, die die Arbeitsfähigkeit möglicherweise tangieren, aktenkundig sind. Rückweisung zur weiteren Abklärung (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 5. Juli 2012, IV 2010/149).

Entscheid Versicherungsgericht, 05.07.2012

Vizepräsidentin Miriam Lendfers, Versicherungsrichterinnen Monika Gehrler-Hug und

Karin Huber-Studerus; a.o. Gerichtsschreiber Martin Horni

Entscheid vom 5. Juli 2012

in Sachen

A.____,

Beschwerdeführerin,

vertreten durch Rechtsanwalt Dr. iur. Peter Sutter, Haus Eden, Paradiesweg 2,
Postfach, 9410 Heiden,

gegen

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

Beschwerdegegnerin,



betreffend

Rente; berufliche Massnahmen

Sachverhalt:

A.

A.a A.____ meldete sich im Mai 2008 bei der IV-Stelle des Kantons St. Gallen zum Bezug von Leistungen der Invalidenversicherung (IV) an. Sie machte geltend, an Schmerzen in beiden Händen zu leiden, die in die Arme und bis in den Nacken hoch strahlten. Die Beeinträchtigung bestehe seit einem Autounfall am 28. Oktober 1999. Von Juni 1998 bis 31. Oktober 2007 sei sie als Verkäuferin bei der B.____ AG mit Vollzeitpensum, aber im Stundenlohn angestellt gewesen (IV-act. 1).

A.b Im Rahmen der Frühintervention telefonierte Dr. med. C.____, Fachärztin FMH für Arbeitsmedizin, vom Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD) am 14. Mai 2008 (IV-act. 7) mit Dr. med. D.____, Facharzt FMH für Physikalische Medizin und Rehabilitation. Sie protokollierte die Angabe eines zervikozephalen Syndroms und Verkrampfungen der Hände sowie diverse Dysfunktionen. Die Versicherte könne jede Tätigkeit ausser anhaltendem oder repetitivem Handhaben von schweren Lasten während acht Stunden täglich ausüben. Der letzte Kontakt mit Dr. D.____ habe im Oktober 2007 stattgefunden. Dr. D.____ bestätigte diese Angaben am 21. Mai 2008 unterschriftlich (IV-act.13).

A.c Ebenfalls am 14. Mai 2008 (IV-act. 8) telefonierte die Ärztin des RAD mit Dr. med. E.____, Facharzt FMH für Allgemeine Innere Medizin. Dieser nannte ein post-traumatisches Schmerzsyndrom beider Hände, Arme und des Nackens. In jeder Tätigkeit ohne Handhabung schwerer Lasten, anhaltend über Schulterhöhe oder repetitiv mit starker Belastung der Arme sei die Versicherte voll eingliederungsfähig. Er habe sie am 13. März 2008 letztmals gesehen. Eine unterschriftliche Bestätigung von Dr. E.____ ist nicht aktenkundig.

A.d Im Weiteren fand am 14. Mai 2008 ein Telefongespräch der zuständigen IV-Eingliederungsverantwortlichen mit der Versicherten statt. Im Protokoll wurde festgehalten, die Versicherte könne sich vorstellen, eine reine "Überwachungstätigkeit"



gut ausüben zu können. Eine Tätigkeit mit grosser Beanspruchung der Hände sei jedoch nicht möglich. Von der IV erwarte sie Unterstützung bei der Stellensuche. Sie suche eine Vollzeitstelle. Die Betreuung ihrer am 20. Juni 2007 geborenen Tochter werde durch die Mutter der Versicherten gewährleistet (IV-act. 9).

A.e Am 19. Mai 2008 (IV-act. 12) telefonierte die Ärztin des RAD mit Dr. med. F.____, praktische Ärztin. Diese gab gemäss Telefonprotokoll an, die Versicherte leide an Schmerzen in beiden Händen und Armen bis in den Nacken. Die Behandlung beinhalte Atlasologie, Familientherapie und Psychotherapie. Die Versicherte könne während zwei Stunden täglich einer für Arme und Hände leichten körperlichen Tätigkeit nachgehen. Sie werde voraussichtlich in einigen Monaten wieder volle Arbeitsfähigkeit erreichen. Dr. F.____ bestätigte diese von der Ärztin des RAD protokollierten Angaben mit Unterschrift vom 20. Mai 2008 (IV-act. 15).

A.f Die B.____ AG gab im Arbeitgeberfragebogen vom 18. Juni 2008 (IV-act. 23) an, das Arbeitsverhältnis mit der Versicherten habe am 31. Oktober 2007 geendet. Sie habe 40 Stunden wöchentlich gearbeitet und einen Stundenlohn von Fr. 22.50 erzielt. Der letzte Arbeitstag sei der 15. März 2007 gewesen. In der beigelegten Arbeitgeberbescheinigung vom 12. Januar 2008 zuhanden der Arbeitslosenversicherung (IV-act. 23-8) hatte die Arbeitgeberin angegeben, sie habe der Versicherten gekündigt, weil diese den neuen Arbeitsvertrag (40% Teilpensum auf Wunsch der Versicherten) nicht eingehalten und die Stelle nicht angetreten habe.

A.g Am 6. Juni 2008 fand ein Assessment-Gespräch mit der Versicherten statt. Im Protokoll vom 30. Juni 2008 (IV-act. 27) wurde u.a. festgehalten, die Versicherte wünsche sich Unterstützung der IV bei der Wiedereingliederung. Sie könnte sich Integrationsmassnahmen gut vorstellen. Im aktuellen Zeitpunkt fühle sie sich noch nicht arbeitsfähig, sie habe zu starke Schmerzen und Verkrampfungen. In der Folge versuchte die Eingliederungsberaterin, einen gemeinsamen Termin mit der Versicherten und Dr. F.____ zu vereinbaren, was nicht gelang (vgl. IV-act. 27-4 f.). In einer internen Stellungnahme vom 1. Oktober 2008 (IV-act. 29-2) hielt die Ärztin des RAD fest, die ausreichenden Unterlagen enthielten keinen Hinweis auf eine psychiatrische Erkrankung, worauf auch Dr. F.____ nicht hingewiesen habe.



St.Galler Gerichte

A.h Mit zwei Vorbescheiden vom 29. März 2009 (IV-act. 34, 36) kündigte die IV-Stelle der Versicherten die vorgesehene Verneinung eines Anspruchs auf berufliche Massnahmen und auf Rente an.

A.i Gegen diese Vorbescheide liess Rechtsanwalt Dr. iur. Peter Sutter in Vertretung der Versicherten am 29. Juli 2009 (IV-act. 43) einwenden, die medizinischen Abklärungen seien unvollständig und müssten aktualisiert werden, bevor verfügt werde. Dazu gehöre sicherlich das Einholen eines ausführlichen Berichts bei Dr. F.___. Offenbar reichte der Rechtsvertreter der IV-Stelle u.a. einen Bericht von Dr. D.___ vom 5. Oktober 2007 (IV-act. 44-3 ff.) zuhanden von Dr. E.___ ein. Darin werden ein Zervikovertebralsyndrom und ein Lumbovertebralsyndrom erwähnt. Dr. D.___ berichtet auch von den geklagten unklaren Schmerzen und Verkrampfungen in den Händen bei Belastung. Deshalb sei die Versicherte bereits im November 2001 einmal bei ihm in Behandlung gewesen. Er habe der Versicherte vom 27. September bis 6. Oktober 2007 ein Arbeitsunfähigkeitszeugnis gemacht. Bis 26. September 2007 habe sie Mutterschaftsurlaub gehabt und ab 7. bis 20. Oktober 2007 Ferien.

A.j Auf Anfrage der IV-Stelle erstattete Dr. F.___ am 18. Februar 2010 Bericht (IV-act. 51). Mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannte sie eine somatoforme Schmerzstörung mit zervikaler Verspannung, Ausstrahlung in beide Arme bis zu den Fingern mit Parästhesien sowie chronische Kopfschmerzen, Konzentrationsstörungen und rascher Ermüdbarkeit. Weiter äusserte sie den Verdacht auf eine Fraktur der Zehe IV rechts und eine Stauchung der Zehe III rechts im November 2009. Dr. F.___ gab an, die ambulante Behandlung habe bis Dezember 2009 gedauert. Die Versicherte habe sich in der Behandlung immer mehr zurückgezogen, sei nur noch selten gekommen und sei immer passiver geworden. Sie sei nicht mehr arbeitsfähig.

A.k Nach Rückfrage beim RAD (vgl. IV-act. 54) betrachtete die IV-Stelle die Versicherte weiterhin als voll arbeitsfähig und verneinte daher mit Verfügungen vom 10. März 2010 (IV-act. 55, 56) den Anspruch sowohl auf berufliche Massnahmen als auch auf Rente.

B.



B.a Gegen diese Verfügungen richtet sich die vom Rechtsvertreter der Versicherten am 13. April 2010 erhobene Beschwerde (act. G 1). Beantragt werden unter Kosten- und Entschädigungsfolge deren Aufhebung und die Zusprache von beruflichen Massnahmen und/oder einer Invalidenrente. Eventualiter sei die Sache für eine weitere Abklärung an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. Die Einschätzung von Dr. D.___, wonach die Beschwerdeführerin zu 100% arbeitsfähig sein solle, sei kaum je hinterfragt worden, obwohl die Beschwerdeführerin mehrfach darauf hingewiesen habe, dass Dr. D.___ ihr Problem gar nicht erfasst habe. Demgegenüber habe Dr. F.___ eine Arbeitsfähigkeit von maximal zwei Stunden pro Tag attestiert. Diese Einschätzung habe die Beschwerdegegnerin vollständig negiert. Die Beschwerdegegnerin habe zwar – wie mit Einwand verlangt – einen Bericht von Dr. F.___ eingeholt. Sie habe aber bereits zuvor zum Ausdruck gebracht, dass sie aufgrund der vorbestehenden Aktenlage entscheiden werde, und zwar unabhängig davon, wie der Bericht von Dr. F.___ auch immer ausfallen werde. Zwischen den beteiligten Fachärzten beständen unterschiedliche Auffassungen betreffend die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin. Eine Auseinandersetzung mit den abweichenden Meinungsäusserungen habe nur ungenügend stattgefunden.

B.b Die Beschwerdegegnerin beantragt mit Beschwerdeantwort vom 31. Mai 2010 die Abweisung der Beschwerde (act. G 4). Im Gegensatz zu Dr. F.___ sei Dr. D.___ als Rheumatologe fachärztlich qualifiziert, die von der Beschwerdeführerin geltend gemachten Beschwerden im Bereich des Nackens und der Hände zu beurteilen. Die seit der Untersuchung von Dr. D.___ neu dazu gekommene Verdachtsdiagnose der Fraktur der Zehe IV rechts mache die pessimistische Arbeitsfähigkeitsschätzung von Dr. F.___ nicht plausibler. Der RAD führe in seiner Stellungnahme vom 10. März 2010 zu Recht aus, dass die Beschwerdeführerin diese Verletzung nicht ärztlich habe behandeln lassen, weshalb sie für die Arbeitsfähigkeit nicht als relevant einzustufen sei. Es gebe keine medizinischen Hinweise, weshalb die Beschwerdeführerin in einer adaptierten Tätigkeit nicht voll arbeitsfähig sein sollte, zumal auch ihr Hausarzt Dr. E.___ ihr in einem Schreiben vom 26. September 2007 volle Arbeitsfähigkeit in einer körperlich leichten Tätigkeit attestiere. Bei der Beschwerdeführerin lägen im Wesentlichen einzig ätiologisch-pathogenetisch unerklärliche syndromale Leidenszustände vor, denen infolge der fehlenden Objektivierbarkeit jedoch keine invalidisierende Wirkung zukomme. Betreffend Arbeitsvermittlung wird festgehalten, aus dem FI-Assessment-



protokoll ergebe sich mit aller Deutlichkeit, dass die Beschwerdeführerin subjektiv nicht eingliederungsfähig sei. Sie verhalte sich vollkommen passiv und sei nicht bereit, mit der IV-Stelle zusammenzuarbeiten.

B.c Die Beschwerdeführerin lässt in der Replik vom 5. Juli 2010 (act. G 8) an ihren Anträgen unverändert festhalten. Sie erwarte von der Beschwerdegegnerin, dass ihre Beschwerden nun endlich fachlich und aktuell interdisziplinär abgeklärt würden. Sie lasse sich nicht einfach als Simulantin hinstellen. Der RAD mache eine reine Schreibtischbeurteilung, ohne dass ihm die Beschwerdeführerin vorgestellt worden wäre. Sie erwarte nun endlich, in ihrem Leiden ernst genommen zu werden. Sie könne ja nicht mehr tun als darauf hinzuweisen und entsprechende medizinische Abklärungen zu verlangen, wozu heute wohl auch ein psychiatrisches Konsilium gehören dürfte.

B.d Die Beschwerdegegnerin verzichtete am 7. Juli 2010 auf weitere Ausführungen (act. G 10).

Erwägungen:

1.

1.1 Unter Invalidität wird 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, 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).

1.2 Anspruch auf eine Invalidenrente besteht, wenn die versicherte Person u.a. während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40% arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen ist (Art. 28 Abs. 1 lit. b des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung [IVG; SR 831.20]). Es besteht ein Anspruch auf eine ganze Invalidenrente, wenn die versicherte Person mindestens zu 70% und 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 (Art. 28 Abs. 2 IVG).

1.3 Gemäss Art. 43 Abs. 1 ATSG nimmt der Versicherungsträger die notwendigen Abklärungen von Amtes wegen vor und holt die erforderlichen Auskünfte ein. Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist der Versicherungsträger 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). 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 Beweiswerts eines Arztberichts 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).

1.4 Art. 8 der Schweizerischen Bundesverfassung (BV; SR 101) und Art. 6 Ziff. 1 der Konvention zum Schutz der Menschenrechte und Grundfreiheiten (EMRK; SR 0.101) geben keinen formellen Anspruch auf versicherungsexterne Begutachtung, wenn Leistungsansprüche streitig sind. Erachtet das Sozialversicherungsgericht die rechtserheblichen tatsächlichen Entscheidungsgrundlagen bei pflichtgemässer Beweiswürdigung als schlüssig, darf es den Prozess ohne Weiterungen abschliessen. In solchen Fällen sind an die Beweiswürdigung jedoch strenge Anforderungen zu stellen. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der ärztlichen Feststellungen, sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (RKUV 1997 U 281 E. 1a S. 281f.).

2.



2.1 Die Versicherte wurde während der Schwangerschaft ab 16. März 2007 voll arbeitsunfähig geschrieben. Im Juni 2007 gebar sie eine Tochter (vgl. IV-act. 44-4). Dr. E.____ hielt in einem Schreiben vom 26. September 2007 (bei den UV-Akten) an die für den Unfall von 1999 zuständige Haftpflichtversicherung fest, die Versicherte berichte seit dem Unfall über deutlich häufigere und stärkere Kopfschmerzen und aktuell vor allem über Schmerzen beider Arme, Ausstrahlung vom Nacken. Er hielt Arbeiten, die keine Kraftanwendung im oberen Extremitätenbereich bedürfen, für wahrscheinlich voll zumutbar. Auf seine Überweisung hin suchte die Versicherte am 28. September und 3. Oktober 2007 Dr. D.____ auf (IV-act. 44-3). Dieser berichtete am 5. Oktober 2007 über intermittierend auftretende Nacken- und Kreuzbeschwerden sowie Schmerzen in der Handinnenfläche.

2.2 Im Mai 2008 fanden Telefongespräche zwischen der zuständigen Ärztin des RAD und Dr. D.____, Dr. E.____ und Dr. F.____ statt. Dr. D.____ und Dr. E.____ nannten dabei keine die Arbeitsfähigkeit in geeigneten Tätigkeiten beeinträchtigenden Diagnosen bzw. Befunde, wobei Dr. D.____ die Versicherte letztmals im Oktober 2007, Dr. E.____ im März 2008 gesehen hatte. Dr. F.____ ging bereits bei jenem Telefonat vom Mai 2008 von einer erheblichen Einschränkung der Arbeitsfähigkeit aus: Sie erachtete nur noch zwei Stunden den Schmerzen an Armen und Händen Rechnung tragende Arbeit täglich als möglich. Die Versicherte hatte sie vier Tage vor dem Gespräch mit der Ärztin des RAD zuletzt gesehen.

2.3 Für die folgende Zeit liegen keine Arztberichte bei den Akten. Erst am 18. Februar 2010 liess sich Dr. F.____ erneut vernehmen. Sie nannte die Diagnose einer somatoformen Schmerzstörung bei zervikaler Verspannung, Ausstrahlung in beide Arme bis zu den Fingern mit Parästhesien, sowie bei chronischen Kopfschmerzen, Konzentrationsstörungen und rascher Ermüdbarkeit. Zudem äusserte sie den Verdacht auf eine Zehenfraktur und eine Zehenstauchung im November 2009. Sie habe die Versicherte von 30. April 2008 bis 9. Dezember 2009 behandelt, seither sei der Hausarzt Dr. E.____ zuständig. Zunächst habe die Behandlung unter guten Voraussetzungen begonnen. Im Verlauf habe sich die Versicherte immer mehr zurückgezogen. Sie sei nur noch selten zur Konsultation gekommen und sei immer passiver geworden. Im November 2009 habe sie sich die rechte Zehe IV gebrochen und die rechte Zehe III verstaucht (klinische Diagnose). Dr. F.____ hielt fest, sie habe die Versicherte nicht



motivieren können, den Befund z.B. mittels Röntgen weiter abklären oder die Zehe gipsen zu lassen. Im Dezember 2009 sei sie das letzte Mal gekommen, die Befunde seien unverändert gewesen. Sie habe Schmerzen und einen stark geschwollenen rechten Zeh gehabt und sei nicht beim Hausarzt gewesen. Es werde zurzeit kaum möglich sein, die Versicherte zu irgendeiner Therapie zu bewegen, daher bestehe naturgemäss eine schlechte Prognose. Die Arbeitsunfähigkeit als Verkäuferin betrage 100%. Die Ärztin des RAD hielt zu diesem Bericht am 10. März 2010 fest, die attestierte volle Arbeitsunfähigkeit als Verkäuferin dürfte sich auf die Fussverletzung vom November 2009 beziehen und müsse als vorübergehend angesehen werden, da diesbezüglich von einem kurzen Heilungsverlauf mit guter Prognose ausgegangen werden dürfe. Diese Einschätzung vermag ohne weitere Abklärungen nicht zu überzeugen. Dr. F.____ hatte bereits vor der Fussverletzung im Mai 2008 nur eine minimale Restarbeitsfähigkeit von zwei Stunden täglich attestiert. Die Akten liefern im Übrigen keine Hinweise darauf, warum die Versicherte die klinisch von Dr. F.____ festgestellte Fussverletzung nicht abklären und behandeln liess. Eine derartig verweigerte Behandlung trotz für Dr. F.____ klar erkennbaren Schmerzen ist zumindest ungewöhnlich. Dennoch wurde weiteres dazu nicht erhoben und auch nicht abgeklärt, ob die Versicherte ihren Hausarzt Dr. E.____ deswegen nach dem Behandlungsabbruch bei Dr. F.____ doch noch aufgesucht hat. Die Ärztin des RAD mutmasste am 10. März 2010, der Verlauf werde durch viele IV-fremde Faktoren beeinflusst. Die Beschwerden dürften sich soweit gebessert haben, dass die Therapien nicht mehr nötig seien oder zu wenig erfolgreich waren. Aus dieser Spekulation lässt sich nichts für den vorliegenden Fall Relevantes ableiten. Bei einer vermutungsweise gebrochenen und einer verstauchten Zehe erscheint eine Behandlung keinesfalls als unnötig. Die Darstellungen und insbesondere die Prognose von Dr. F.____ vom Februar 2010 lassen zudem nicht darauf schliessen, dass es der Versicherten besser gehe und darum weitere Therapien nicht mehr nötig gewesen wären.

2.4 Im Verfügungszeitpunkt (10. März 2010) lagen ausser dem Schreiben von Dr. F.____ vom 18. Februar 2010, die als Allgemeinmedizinerin keine umfassende Beurteilung vornehmen konnte und wollte, keine aktuellen Berichte zum Gesundheitszustand der Versicherten vor. Die wenigen aktenkundigen somatischen Berichte datieren vom Herbst 2007, die Telefonprotokolle mit Dr. E.____ und Dr. D.____ vom Mai 2008 (wobei Dr. E.____ das Protokoll über das Gespräch mit ihm nach Lage der Akten



nicht unterzeichnet hatte). Die Erhebungen in medizinischer Hinsicht waren also bereits im Frühjahr 2008 dürftig und wurden seither nicht mehr aktualisiert. Damit hat die Beschwerdegegnerin die ihr obliegende Untersuchungspflicht verletzt. Die Schlussfolgerung der Ärztin des RAD vom 10. März 2010, aus versicherungsmedizinischer Sicht dürfe die Versicherte bis zum Beweis des Gegenteils als 100% angestammt und leidensadaptiert arbeitsfähig angesehen werden, verkennt, dass die Beweisführungspflicht nicht bei der Versicherten, sondern bei der Beschwerdegegnerin liegt. Diese kann ihre Erhebungen (ausserhalb des Anwendungsbereichs von Art. 43 Abs. 3 ATSG) erst einstellen, wenn sie sich ein fundiertes Bild über die gesundheitliche Situation und deren Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit einer versicherten Person gemacht hat. Dies ist vorliegend nicht der Fall.

2.5 Auch in psychiatrischer Hinsicht ist die Aktenlage unzulänglich abgeklärt. Dr. E.____ und Dr. D.____ äusserten sich nicht zur psychischen Situation der Beschwerdeführerin, was aufgrund der fehlenden entsprechenden fachlichen Qualifikation auch nicht ihre Aufgabe ist. Aktenkundig ist, dass Dr. F.____ mit der Versicherten Atlasologie, Familientherapie und Psychotherapie machte. Weitere Hinweise auf eine mögliche psychische Problematik bzw. zumindest auf eine psychisch belastende Situation sind dem FI-Assessmentprotokoll zum Gespräch mit der Versicherten vom 6. Juni 2008 zu entnehmen: Seit frühester Kindheit sei die Situation zuhause sehr schwierig gewesen, der Vater sei Alkoholiker und gewalttätig gegen Mutter und Kinder gewesen. Die Versicherte habe ihre Lehre nach sechs Monaten wegen Mobbing abgebrochen. Die Schwangerschaft ab Herbst 2006 sei ungewollt gewesen. Die Beziehung zum Vater der Tochter sei äusserst schwierig und belastend. Er sei unberechenbar und schnell aggressiv, ähnlich wie ihr (der Versicherten) Vater. Unterdessen habe er Hausverbot bekommen. Er bedrohe sie aber auch in der Öffentlichkeit. Sie lebe in dauernder Angst vor Verfolgung und Tötlichkeit durch den Kindsvater. Die Versicherte lebe zurückgezogen und halte sich am liebsten in der eigenen Wohnung auf. Engen Kontakt habe sie mit ihrer Mutter, ansonsten habe sie seit der Schwangerschaft und Geburt der Tochter keine sozialen Kontakte. Die IV-Eingliederungsberaterin hielt im Protokoll ihren subjektiven Eindruck fest, dass die Versicherte am Anfang des Gesprächs einen ruhigen, gefassten Eindruck gemacht habe. Später sei dann die enorme psychische Belastung spürbar geworden. In der Folge erwies es sich offenbar als schwierig, mit der Versicherten in Kontakt zu treten. Am 27. August 2008 hielt die



Eingliederungsverantwortliche fest, die Versicherte nehme Telefonate nicht entgegen und melde sich auch selber nicht. Die Eingliederungsverantwortliche gibt an, sie habe wie die zuständige Sachbearbeiterin der Haftpflichtversicherung die Erfahrung gemacht, dass bei der Versicherten im direkten Kontakt Motivation und Compliance vorhanden zu sein schienen, sie sich aber zurückziehe, sobald der direkte Kontakt abgebrochen sei.

2.6 Vor diesem Hintergrund vermag die Einschätzung der Ärztin des RAD vom 14. November 2008, es lägen keine Hinweise auf eine psychiatrische Erkrankung vor, nicht zu überzeugen. Auch diesbezüglich scheinen weitere Abklärungen angezeigt. Die Beschwerdegegnerin hat ihre Abklärungen in medizinischer Hinsicht zu früh beendet.

3.

3.1 Gemäss den vorstehenden Erwägungen ist die Beschwerde unter Aufhebung der angefochtenen Verfügung teilweise gutzuheissen und die Sache ist im Sinn der Erwägungen zur weiteren medizinischen Abklärung sowie zur anschliessenden neuen Verfügung 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 insgesamt Fr. 600.- erscheint als angemessen. Die Rückweisung zur Neuurteilung gilt praxisgemäss als volles Obsiegen (BGE 132 V 235 Erw. 6.2). Die Beschwerdegegnerin hat deshalb die gesamte Gerichtsgebühr von Fr. 600.- zu bezahlen. Der geleistete Kostenvorschuss von Fr. 600.- ist der Beschwerdeführerin zurückzuerstatten.

3.3 Bei diesem Ausgang des Verfahrens hat die Beschwerdeführerin Anspruch auf Ersatz der Parteikosten, die vom Gericht ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache und nach der Schwierigkeit des Prozesses bemessen werden (Art. 61 lit. g ATSG; vgl. auch Art. 98 ff. VRP/SG, sGS 951.1). In Berücksichtigung der Aktenmenge und des mutmasslichen Vertretungsaufwands erscheint eine Parteientschädigung von Fr. 2'500.- (einschliesslich Barauslagen und Mehrwertsteuer) angemessen.



Demgemäss hat das Versicherungsgericht

im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP

entschieden:

1. In teilweiser Gutheissung der Beschwerde wird die angefochtene Verfügung vom 10. März 2010 aufgehoben und die Streitsache im Sinn der Erwägungen zur weiteren Abklärung und anschliessenden neuen Verfügung an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen.
2. Die Beschwerdegegnerin hat eine Gerichtsgebühr von Fr. 600.- zu bezahlen.
3. Die Beschwerdegegnerin hat der Beschwerdeführerin eine Parteientschädigung von Fr. 2'500.- (inkl. Barauslagen und Mehrwertsteuer) zu bezahlen.