



Fall-Nr.: IV 2014/65
Stelle: Versicherungsgericht
Rubrik: IV - Invalidenversicherung
Publikationsdatum: 15.10.2019
Entscheiddatum: 13.01.2016

Entscheid Versicherungsgericht, 13.01.2016

Art. 43 ATSG. Art. 28 IVG. Anspruch auf eine Invalidenrente. Würdigung von Arztberichten. Rückweisung zur medizinischen Abklärung (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 13. Januar 2016, IV 2014/65).

Besetzung

Vizepräsidentin Miriam Lendfers, Versicherungsrichter Joachim Huber und Ralph Jöhl;
a.o. Gerichtsschreiberin Sandra Stefanovic

Geschäftsnr.

IV 2014/65

Parteien

A.____,

Beschwerdeführerin,

gegen

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

Beschwerdegegnerin,

Gegenstand

Rente



Sachverhalt

A.

A.a A.____ meldete sich im April 2011 zum Bezug von IV-Leistungen an. Sie begründete ihre Anmeldung mit einer Herzinsuffizienz (IV-act. 1). Dr. med. B.____ vom IV-internen Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD) setzte sich mit der behandelnden Kardiologin, Dr. med. C.____, FMH Kardiologie und FMH Innere Medizin, in Verbindung. Dr. C.____ teilte mit, dass bei der Versicherten seit Herbst 2010 eine dilatative Kardiomyopathie unklarer Ätiologie vorliege. Die Versicherte leide an einer Anstrengungsdyspnoe NYHA II, einer Leistungsintoleranz und einem rezidivierenden retrosternalen Druckgefühl in Ruhe und unter Belastung. Gemäss der Echokardiographie bestehe eine schwer eingeschränkte linksventrikuläre Globalfunktion mit einer Auswurffraktion von 25 bis 30 Prozent. Dr. C.____ hatte eine mittelschwere Mitralinsuffizienz bei mässig dilatiertem linkem Ventrikel und eine diastolische Dysfunktion Grad II festgestellt. Des Weiteren hatte Dr. C.____ ein Vorhofseptumaneurysma mit Verdacht auf persistierendes Foramen ovale und kleinem Atriumseptumdefekt Typ II diagnostiziert. Sie gab weiter an, sie behandle die Herzinsuffizienz der Versicherten medikamentös. Ein implantierbarer Cardioverter-Defibrillator (ICD) stehe zur Diskussion und allenfalls sogar eine Herztransplantation. Entsprechende Abklärungen seien beim Universitätsspital Zürich in Auftrag gegeben worden. Die Versicherte sei seit 15. Dezember 2010 zu 100 Prozent arbeitsunfähig. Die zuletzt ausgeübte Stelle als Lebensmittelverkäuferin im D.____ in E.____ sei ihr gekündigt worden. Sie könne aufgrund der Defizite keine Tätigkeiten ausüben (Telefongespräch vom 5. Mai 2011; IV-act. 14; vgl. auch IV-act. 13).

A.b Die behandelnden Ärzte der Klinik für Kardiologie des Universitätsspitals Zürich hielten im Bericht vom 6. Mai 2011 fest, die Versicherte leide an einer dilatativen Kardiomyopathie unklarer Ätiologie. Das im Kantonsspital Chur im Februar 2011 aufgenommene Herz-MRT zeige keine Narben, kein sicheres Non Compaction und keine Hinweise für eine Myokarditis. Man habe einen dilatierten linken Ventrikel mit gesamthaft schwer eingeschränkter Auswurffraktion (biplane Ejektionsfraktion = 30 Prozent) bei diffuser Hypokinesie, eine mittelschwere Mitralinsuffizienz bei Störung der Geometrie des linken Ventrikels, eine Koaptationsstörung, eine Anulusdilatation sowie einen dilatierten linken Vorhof festgestellt (IV-act. 15). Gemäss dem Austrittsbericht der



St.Galler Gerichte

Klinik für Kardiologie des Universitätsspitals Zürich vom 26. Mai 2011 war mittels einer Koronarangiographie festgestellt worden, dass eine glattwandige Koronararterie und eine diffus schwer eingeschränkte Funktion des linken Ventrikels mit einer Ejektionsfraktion (EF) von 27 Prozent vorlag (IV-act. 19/4). Die behandelnden Ärzte der Klinik für Kardiologie des Universitätsspitals Zürich berichteten am 1. Juni 2011, dass der Verlauf stabil sei. Sie empfahlen einen weiteren Ausbau der Herzinsuffizienztherapie (IV-act. 23). Die behandelnde Hausärztin, Dr. med. F.____, FMH Innere Medizin, attestierte dem ärztlichen Dienst der zuständigen Krankenkasse am 9. Juni 2011 eine 100-prozentige Arbeitsunfähigkeit aufgrund der „kardialen Problematik“ (IV-act. 19). Der RAD hielt im FI-Gesprächsprotokoll vom 9. Juni 2011 fest, dass bei einer Herzinsuffizienz von NYHA III bis IV überhaupt nicht an eine Wiedereingliederung zu denken und bis Anfang November nicht mit einer eingliederungswirksamen Besserung zu rechnen sei (IV-act. 17). Die IV-Stelle teilte der Versicherten am 16. Juni 2011 mit, dass aufgrund ihres Gesundheitszustandes zurzeit keine beruflichen Eingliederungsmassnahmen möglich seien (IV-act. 21). Am 23. Juni 2011 teilte die IV-Stelle der Versicherten mit, dass zurzeit kein Anspruch auf eine Invalidenrente bestehe, da die Wartezeit von einem Jahr noch nicht abgelaufen sei (IV-act. 24).

A.c Der Versicherten wurde am 13. Juli 2011 im Kantonsspital St. Gallen ein implantierbarer Cardioverter-Defibrillator (ICD) eingesetzt (IV-act. 31/10). Gemäss dem Austrittsbericht vom 14. Juli 2011 war die Implantation komplikationslos verlaufen und der ICD funktionierte einwandfrei (IV-act. 31/8). Im Rahmen einer kardiologischen Sprechstunde vom 6. Dezember 2011 im Universitätsspital Zürich wurde die Situation als stabil eingeschätzt. Die Belastungsdyspnoe hatte sich nicht verändert (IV-act. 31/6).

A.d Die IV-Stelle ersuchte die behandelnde Kardiologin und die Hausärztin um Verlaufsberichte. Beide Ärztinnen attestierten einen stationären Gesundheitszustand. Die Diagnose habe sich nicht verändert. Weder seien berufliche Massnahmen angezeigt noch sei die Versicherte auf Hilfe in alltäglichen Lebensverrichtungen angewiesen oder seien ergänzende medizinische Abklärungen angezeigt (Bericht von Dr. C.____ vom 9. Dezember 2011, IV-act. 25, und von Dr. F.____ vom 23. Februar 2012, IV-act. 29). Dr. B.____ vom RAD hielt am 14. März 2012 fest, der Gesundheitszustand der Versicherten habe sich in der Zwischenzeit auf einem tiefen Niveau stabilisiert. Im Übrigen befinde sie sich nicht mehr im Transplantationsprogramm. In der



angestammten Tätigkeit als Verkäuferin bei D.____ verfüge sie seit dem 15. Oktober 2010 über keine Arbeitsfähigkeit mehr. In einer ideal leidensadaptierten, körperlich leichten, vorwiegend sitzenden Tätigkeit, in der kurze Wegstrecken zurückgelegt und keine Treppen bestiegen werden müssten, verfüge die Versicherte zumindest über eine 50-prozentige Arbeitsfähigkeit. Aus versicherungsmedizinischer Sicht seien deshalb erneut berufliche Massnahmen zu prüfen (IV-act. 30).

A.e Dr. C.____ stellte am 26. März 2012 einen konstanten Verlauf mit Leistungsintoleranz, Anstrengungsdyspnoe NYHA II und Angina pectoris CCS II fest. Insgesamt zeige sich keine Verbesserung der kardialen Situation und aufgrund der Gefahr der Überanstrengung und nachfolgender Verschlechterung sei nicht an eine Eingliederung zu denken. Ein allfälliger Arbeitsversuch müsste sofort abgebrochen werden, wenn sich die Versicherte überfordert fühle. Sie habe die Situation der Versicherten auch mit dem Oberarzt der Kardiologie des Universitätsspitals Zürich besprochen. Auch dieser sei der Meinung, die Versicherte werde auf lange Sicht 100 Prozent arbeitsunfähig bleiben (IV-act. 32/2). Die Sachbearbeiterin liess deshalb im Triage-Protokoll vom 4. Juni 2012 offen, ob die Versicherte die vom RAD eingeschätzte 50-prozentige Arbeitsfähigkeit in einer adaptierten Tätigkeit wirklich umsetzen könne. Es bestehe aber ein Anspruch auf eine Arbeitsvermittlung (IV-act. 33). Am 6. Juni 2012 wurde bei einer Echokardiographie im Universitätsspital Zürich eine bessernde Pumpfunktion des dilatierten linken Ventrikels festgestellt. Die Ejektionsfraktion war von 30 Prozent (gemessen am 6. Mai 2011) auf 41 Prozent angestiegen (IV-act. 40).

A.f Am 4. Juli 2012 nahm RAD-Arzt Dr. B.____ eine Abklärung der Versicherten vor. Im Bericht vom 13. Juli 2012 wies Dr. B.____ auf die deutlich verbesserte Pumpfunktion hin. Dies sei erfreulich, dennoch hätten sich die echokardiographisch erhobenen Befunde noch längst nicht normalisiert. Noch immer bestünden eine diffuse Hypokinesie und eine mittelschwere Mitralinsuffizienz. Die eklatante Verbesserung der Herzfunktion wecke die Hoffnung, dass die Versicherte wieder über eine signifikante Arbeitsfähigkeit werde verfügen können. Deshalb sei der Versicherten eine behutsame Wiedereingliederung am G.____, als eine Art Arbeitserprobung mit körperlich geringen Belastungen bei einem Pensum von 50 Prozent vorgeschlagen worden. Die Versicherte sei von diesem Konzept sehr angetan (IV-act. 42). Am 25. September 2012 teilte die IV-Stelle der Versicherten mit, dass sie Anspruch auf Arbeitsvermittlung habe (IV-act. 52)



St.Galler Gerichte

und dass eine berufliche Abklärung notwendig sei, die im Zeitraum vom 17. September bis 14. Dezember 2012 im G.____ stattfinden (IV-act. 53). Mit Schreiben vom 19. Dezember 2012 verlängerte die IV-Stelle die berufliche Abklärung vom 15. Dezember 2012 bis zum 15. März 2013 (IV-act. 61). Gemäss einem Zwischenbericht des Angebotsleiters des G.____ vom 20. Dezember 2012 betrug das Arbeitspensum der Versicherten 50 Prozent und sie steigere sich aktuell auf 70 Prozent. Im Schlussbericht vom 27. März 2013 des G.____ wurde festgehalten, dass die Versicherte am 5. Februar 2013 nicht zu einem Termin erschienen sei und sich weder abgemeldet habe noch erreichbar gewesen sei. Am 12. März 2013 habe sich die Versicherte über ein gefaxtes Arzteugnis entschuldigt, sich jedoch nicht bemüht, telefonischen Kontakt herzustellen. Am 18. März 2013 habe das Austrittsgespräch stattgefunden. Die Versicherte habe geäussert, dass sie seit längerem Schmerzen in der rechten Leiste habe und es ihr nicht möglich sei zu arbeiten. Sie habe sich in dieser Zeit auch von ihren privaten Kontakten abgeschottet und nicht auf E-Mail, Telefon und Schreiben reagiert. Eine Zyste sei diagnostiziert worden. Die Versicherte habe die Hoffnung gehegt, wieder in den Arbeitsversuch einsteigen zu können, wenn es ihr besser gehe (IV-act. 69).

A.g Gemäss einem Verlaufsprotokoll vom 8. Juni 2013 hatten die Eingliederungsverantwortliche und die Versicherte am 14. Mai 2013 ein Gespräch geführt. Dabei hatte die Versicherte angegeben, wegen der Schmerzen in der Leiste sei sie an Dr. med. H.____, Orthopädie I.____, überwiesen worden. Dieser habe mit einem Ultraschall Knochenveränderungen an der Hüfte festgestellt. Sie erhalte Cortisonspritzen gegen die Schmerzen. Das nächste Problem seien die Bandscheiben. Dort sei sie letztmals 2009 operiert worden. Sie habe langsam genug von den Ärzten. Wegen der Schmerzen habe sie sich auch zurückgezogen. Am G.____ sei sie manchmal an ihre Grenzen gestossen, sie habe auch Probleme mit einem Arbeitsagogen gehabt. Sie könne sich nicht vorstellen, einer Arbeitstätigkeit nachzugehen. Sie habe es versucht, komme aber sehr schnell an Grenzen. Sie mache keine Bewerbungen für eine Anstellung (IV-act. 72/4). Die Eingliederungsverantwortliche erachtete die Eingliederungsberatung als nicht mehr sinnvoll, weshalb diese beendet werden könne. Sie leitete das Dossier zur Rentenprüfung weiter (IV-act. 73). Am 18. Juni 2013 teilte die IV-Stelle der Versicherten mit, dass die beruflichen Massnahmen abgeschlossen würden (IV-act. 76).



St.Galler Gerichte

A.h Gemäss einem Bericht vom 17. Juli 2013 gingen die behandelnden Ärzte bei der kardiologischen Sprechstunde im Universitätsspital Zürich von einem stabilen Verlauf aus. Da die letzte Echokardiographie schon ein Jahr zurückliege, bat er die behandelnde Kardiologin, bei nächster Gelegenheit eine neue durchzuführen (IV-act. 78/11 f.).

A.i Dr. H.____ nannte im Bericht vom 1. Mai 2013 die Diagnosen foveales Impingement bei vermutlichem Status nach Hüftsubluxation und Ruptur des Ligamentum capitis femoris und Hüftdysplasie beidseits. Er empfahl eine erneute Infiltration des Hüftgelenks. Im Übrigen müsse die Versicherte warten, bis die Arthrose so weit sei, dass sie eine Hüfttotalprothese brauche (IV-act. 79). Dr. C.____ berichtete am 27. August 2013, echokardiographisch sei eine schwer eingeschränkte linksventrikuläre Auswurfraction von 32 Prozent festgestellt worden (IV-act. 83/4 f.). Dr. F.____ fasste in ihrem Bericht vom 17. Oktober 2013 zusammen, die linksventrikuläre Funktion habe sich leider von 41 auf 32 Prozent verschlechtert. Wegen der zunehmenden Rückenbeschwerden bei bekannter Cam-Läsion der Hüfte habe eine MR-Untersuchung fortgeschrittene Osteochondrosen in allen Abschnitten der Lendenwirbelsäule sowie eine Diskusextrusion L5/S1 bei Status nach Diskushernienoperation L5/S1 vor Jahren ergeben. Wegen der Rückenbeschwerden habe man eine Physiotherapie eingeleitet (IV-act. 83/1).

A.j Der RAD hielt 7. November 2011 fest, unter rein bio-medizinischen Aspekten spreche nichts dagegen, dass die kognitiv unauffällige Versicherte in einer vorwiegend sitzenden, körperlich leichten Tätigkeit, in der sie weder lange, noch ansteigende oder gar steile Wege zurücklegen müsse, vollumfänglich arbeitsfähig sei. Das orthopädisch begründete Leistungsdefizit sei bereits durch das genannte Adaptionsprofil vollumfänglich abgedeckt (IV-act. 84). Die IV-Stelle erstellte am 11. November 2013 einen Einkommensvergleich. Dabei ging sie davon aus, dass die Versicherte in einer adaptierten Tätigkeit zu 100 Prozent arbeitsfähig sei. Sie stellte fest, dass das ermittelte Invalideneinkommen (Fr. 52'479.-) 5 Prozent über dem letzten Valideneinkommen (Fr. 49'980.-) lag. Daraus zog sie den Schluss, dass keine invaliditätsbedingte Erwerbseinbusse bestehe (IV-act. 90).



St.Galler Gerichte

A.k Mit einem Vorbescheid vom 20. November 2013 wurde der Versicherten angezeigt, dass sie in einer adaptierten Tätigkeit vollumfänglich arbeitsfähig und deshalb nicht invalid sei, weshalb man das Leistungsbegehren abweisen werde (IV-act. 87). Die Versicherte ersuchte am 27. November 2013 sinngemäss um erneute Überprüfung ihres Rentenbegehrens (IV-act. 88). Am 20. Januar 2014 erging die Abweisungsverfügung (IV-act. 89).

B.

B.a Die Versicherte (nachfolgend: Beschwerdeführerin) erhob am 31. Januar 2014 Beschwerde gegen die Abweisungsverfügung. Zur Begründung führte sie an, dass sie nach körperlicher Hausarbeit zwischen einer halben und einer Stunde starke Kreislaufprobleme habe, an starker Atemnot leide und extrem müde sei. Wenn sie eine Stunde langsam spazieren gehe, sei sie komplett erschöpft (act. G.1). Dr. C.____ teilte der IV-Stelle (nachfolgend: Beschwerdegegnerin) am 13. Februar 2014 mit, dass sie mit der genannten Verfügung nicht einverstanden sei. Die Versicherte sei aufgrund der dilatativen Kardiomyopathie mit mittelschwer bis schwer eingeschränkter Funktion und mindestens mittelschwer eingeschränkter Leistungsfähigkeit in ihrem Beruf als Verkäuferin zu 100 Prozent arbeitsunfähig (IV-act. 92). Die zuständige Sachbearbeiterin leitete der Kardiologin die Stellungnahme des RAD weiter und verwies auf den Beschwerdeweg (IV-act. 93).

B.b Am 2. April 2014 beantragte die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde. Zur Begründung führte sie an, der RAD habe die Beschwerdeführerin selbst untersucht und sei zum Schluss gekommen, dass diese in Anbetracht der gesamten medizinischen Aktenlage in einer adaptierten Tätigkeit voll arbeitsfähig sei. Die massgebenden RAD-Stellungnahmen erfüllten die von der Rechtsprechung geforderten Kriterien. Zwar möge die Einschätzung des RAD von derjenigen des behandelnden Arztes abweichen. Dabei sei aber der Erfahrungstatsache Rechnung zu tragen, dass Hausärzte mitunter aufgrund ihrer auftragsrechtlichen Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher dazu neigten, zu Gunsten ihrer Patienten auszusagen. Dies gelte sowohl für allgemein praktizierende Hausärzte als auch für behandelnde Spezialisten. Es stelle keinen Widerspruch zur RAD-Einschätzung dar, dass die Beschwerdeführerin nach körperlicher Hausarbeit oder nach einem Spaziergang ermüde. Eine adaptierte



St.Galler Gerichte

Tätigkeit sollte schliesslich in einer vorwiegend sitzenden, körperlich leichten Tätigkeit, in der weder lange, noch ansteigende oder gar steile Wege zurückgelegt werden müssten, ausgeübt werden (act. G.5).

B.c Die Beschwerdeführerin wandte am 7. Mai 2014 ein, dass in der Beschwerdeantwort nicht auf die Befunde von Dr. C.____ und von Dr. F.____ eingegangen werde. Sie werde den Bericht der Sprechstunde vom 7. April 2014 im Universitätsspital Zürich noch nachreichen (act. G.7). Die Hausärztin der Beschwerdeführerin reichte am 21. Mai 2014 per Fax zwei medizinische Berichte nach (act. G.9). Der leitende Arzt der Klinik für Kardiologie des Kantonspitals St. Gallen, Prof. Dr. med. J.____, hatte in seinem Bericht vom 21. März 2014 die Arbeitsfähigkeit aus kardiologischer Sicht beurteilt. Er hatte angegeben, aufgrund der nicht ischämischen Kardiomyopathie mit schwer eingeschränkter linksventrikulärer Funktion habe die Beschwerdeführerin bei der letzten Spiroergometrie nur eine Soll-Arbeitsleistung von 60 Prozent erreicht. Er erachte es als nachvollziehbar, dass die Beschwerdeführerin trotz mehrfacher Versuche, ihre Arbeit als Verkäuferin wieder aufzunehmen, ein 100 Prozent Pensum nicht habe bewältigen können. Er unterstütze ein kritisches Überdenken des abgewiesenen Rentenbegehrens (act. G.9.1). Gemäss einem Bericht des Universitätsspitals Zürich vom 7. April 2014 war bei der aktuellen Echokardiographie eine mittelschwer eingeschränkte Auswurfraction des linken Ventrikels von 36 Prozent festgestellt worden. In der Spiroergometrie hatte die Patientin eine knapp genügende Ausbelastung sowie eine weiterhin deutlich eingeschränkte Leistungsfähigkeit (61 Prozent des Solls) und Sauerstoffaufnahmekapazität aufgewiesen (act. G.9.3).

B.d Die Hausärztin reichte dem Gericht am 31. Juli 2014 einen Bericht von Dr. C.____ vom 14. Juli 2014 nach. Darin hatte die Kardiologin aufgezeigt, dass sich echokardiographisch eine schwer eingeschränkte linksventrikuläre Auswurfraction mit diffuser Hypokinesie mit einer Ejektionsfraction von 29 Prozent gezeigt habe, was bei einer schweren Mitralinsuffizienz wahrscheinlich überschätzt sei. Zudem habe sich der Durchmesser des linken Ventrikels vergrössert, was – zusammen mit der leichten Verschlechterung der linksventrikulären Funktion – für eine Progression der Kardiomyopathie spreche. Sie habe der Beschwerdeführerin eine dringliche Vorstellung am Universitätsspital Zürich mit der Frage nach Mitralklappenclipping oder anderen



Massnahmen empfohlen (act. G.11). Dieser Bericht wurde der Beschwerdegegnerin zur Kenntnisnahme zugestellt (act. G.12).

Erwägungen

1.

1.1 Zwischen den Parteien ist der Rentenanspruch der Beschwerdeführerin umstritten.

1.2 Anspruch auf eine Rente der Invalidenversicherung haben gemäss Art. 28 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG; SR 831.20) Versicherte, die kumulativ ihre Erwerbsfähigkeit nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können, während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 Prozent arbeitsunfähig gewesen sind und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 Prozent invalid sind. Eine Invalidität ist gemäss Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit. 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). 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 (zumutbares Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Valideneinkommen; Art. 16 ATSG). Nach Art. 28 Abs. 2 IVG besteht Anspruch auf eine ganze Invalidenrente, wenn die versicherte Person mindestens zu 70 Prozent, auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie wenigstens zu 60 Prozent invalid ist. Liegt ein Invaliditätsgrad von mindestens 50 Prozent vor, so besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 Prozent auf eine Viertelsrente.

2.



2.1 Die von der Verwaltung durchgeführte Sachverhaltsabklärung hat ergeben, dass die Beschwerdeführerin zusätzlich zur schweren Herzinsuffizienz an Beschwerden in der Leiste, an der Hüfte und am Rücken (Bandscheibe) leidet. Der RAD hat die Beschwerdeführerin in einer vorwiegend sitzenden, körperlich leichten Tätigkeit, in der keine langen, ansteigenden oder gar steilen Wege zurückgelegt werden müssen, als voll arbeitsfähig erachtet. Auf diese Einschätzung hat die Beschwerdegegnerin ihre Abweisungsverfügung abgestützt. Der Sachverhalt lässt aber noch Fragen offen.

2.2 In Bezug auf das Herzleiden ist den Akten zu entnehmen, dass im Jahr 2011 basierend auf mehreren Echokardiographien eine Auswurffraktion von 25 bis 30 Prozent gemessen worden war (vgl. IV-act. 11; IV-act. 15; IV-act. 19). Im Universitätsspital Zürich wurde im Jahr 2012 eine sichtlich verbesserte Auswurffraktion von 41 Prozent festgestellt (vgl. IV-act. 40). Die behandelnde Kardiologin hat im Jahr 2013 erneut eine Auswurffraktion von lediglich 32 Prozent gemessen (vgl. IV-act. 83/4 f.). Unklar bleibt der Grund dieser Leistungsschwankung. Sollte sich die Herzleistung im Jahr 2013 tatsächlich um 10 Prozent gebessert haben, müsste weiter abgeklärt werden, weshalb sie wieder auf das alte Niveau zurückgefallen ist. Der RAD hätte abklären müssen, ob sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin tatsächlich noch nicht auf einem höheren Niveau stabilisiert hat. Letzterenfalls hätte er wohl noch keine Arbeitsfähigkeitsschätzung vornehmen dürfen. Deshalb kann nicht nachvollzogen werden, weshalb der RAD trotz starken Schwankungen und den tiefen Werten der Auswurffraktion des linken Ventrikels – und entgegen der Einschätzung der Hausärztin – von einer 100-prozentigen adaptierten Arbeitsfähigkeit ausgeht.

2.3 In den RAD-Stellungnahmen finden die Schmerzen der Beschwerdeführerin an der rechten Leiste keine Erwähnung, obwohl die Versicherte aufgrund dieser Schmerzen den Arbeitsversuch abgebrochen hatte. Diesbezüglich liegen nur die Aussagen der Beschwerdeführerin vom Austrittsgespräch am 18. März 2013 vor, wonach die Ärzte die Ursache der Symptome noch nicht wüssten und bei Bedarf operieren wollten. In der Leiste sei eine Zyste diagnostiziert worden. Medizinische Berichte zur Situation in der Leiste liegen nicht vor. Es ist nicht klar, ob die Beschwerdeführerin noch an Beschwerden in der Leiste leidet, ob sie operiert worden ist und wie der Verlauf nach einer allfälligen Operation gewesen ist.



2.4 Weiter ist nicht klar, ob das Hüftleiden in die Arbeitsfähigkeitsbeurteilung miteinbezogen wurde. Aus der Stellungnahme des RAD vom 7. November 2013 (IV-act. 84) geht lediglich hervor, dass das orthopädisch begründete Leistungsdefizit bereits durch das genannte Adaptationsprofil (vorwiegend sitzende, körperlich leichte Tätigkeit ohne lange, ansteigende oder gar steile Wege) vollumfänglich abgedeckt sei. Eine konkrete Einschätzung der Auswirkungen des Hüftleidens auf die Arbeitsfähigkeit ist der Stellungnahme nicht zu entnehmen. Bei dem vermuteten Status nach Hüftsubluxation, dem gerissenen Oberschenkelknochenkopfband (Ligamentum capitis femoris) und der beidseitigen Hüftdysplasie sowie der prognostizierten Notwendigkeit einer Hüfttotalprothese bei fortschreitender Arthrose (vgl. IV-act. 79) ist nicht hinreichend nachvollziehbar, dass das genannte Adaptationsprofil angemessen ist. So stellt sich offenkundig die Frage, ob das Hüftleiden tatsächlich eine vorwiegend sitzende Tätigkeit ganztags und ohne Leistungseinbusse ermöglicht. Diesbezüglich erscheint zumindest eine fachärztliche Arbeitsfähigkeitsschätzung (wohl durch einen Orthopäden) angezeigt.

2.5 Die Beschwerdeführerin klagt auch über Rückenschmerzen, insbesondere über erneute Schmerzen an der operierten Bandscheibe. Obwohl eine MR-Untersuchung ergeben hat, dass fortgeschrittene Osteochondrosen in allen Abschnitten der Lendenwirbelsäule sowie eine Diskusextrusion L5/S1 vorgelegen haben (vgl. IV-act 83/1), ist den IV-Akten diesbezüglich keine weitere Abklärung über die Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit zu entnehmen. Der RAD hat sich auch diesbezüglich damit begnügt festzuhalten, dass orthopädisch begründete Leistungsdefizite ohnehin durch das Adaptationsprofil abgedeckt worden seien. Ohne weitere Abklärungen davon auszugehen, die Beschwerdeführerin könne trotz der Rückenpathologie problemlos in einer vorwiegend sitzenden Tätigkeit voll arbeitsfähig sein, ist nicht genügend plausibel. Zudem hat die Hausärztin nur wechselbelastende Tätigkeiten als zumutbar erachtet (vgl. IV-act. 78/4). Weshalb der RAD dennoch von einer vorwiegend sitzenden adaptierten Tätigkeit ausgeht, hat er nicht näher begründet.

2.6 Den Akten sind Indizien auf ein mögliches psychisches Leiden zu entnehmen. Nach der allgemeinen Lebenserfahrung kann eine gesundheitliche Belastungssituation durchaus Auswirkungen auf die Psyche haben. Hinweise darauf sind etwa das mitteilungslose Fernbleiben vom Arbeitsversuch, die Abschottung von privaten



Kontakten aufgrund von starken Schmerzen (IV-act. 69) und die Aussage der Beschwerdeführerin, wegen der Schmerzen habe sie sich zurückgezogen (IV-act. 72/4). Auch schmerzbedingte Schlafstörungen können sich auf die Psyche auswirken (IV-act. 83/1). Eine Abklärung von möglichen psychischen Leiden wurde bei der Beschwerdeführerin nicht durchgeführt.

2.7 Zusammenfassend ist festzuhalten, dass der RAD die medizinischen Berichte der einzelnen Fachärzte getrennt betrachtet und daraus eine Beurteilung der Gesamtsituation vorgenommen hat. Leiden an Herz, Hüfte, Leiste, Rücken und allenfalls an der Psyche sind in ihrem Zusammenwirken als komplex zu erachten. Trotzdem ist den Akten keine Gesamtbeurteilung aller gesundheitlichen Einschränkungen zu entnehmen, die interdisziplinär allen Beschwerden und deren Wechselwirkungen Rechnung tragen würde. Eine interdisziplinäre Begutachtung ist deshalb unverzichtbar.

3.

3.1 Gemäss den vorstehenden Erwägungen kann die Frage der Arbeitsfähigkeit für adaptierte Tätigkeiten anhand der vorliegenden Akten nicht schlüssig beantwortet werden. Die Beschwerdegegnerin ist ihrer Abklärungspflicht (Art. 43 Abs. 1 ATSG) also nur ungenügend nachgekommen. Damit ist die angefochtene Verfügung in Verletzung des Untersuchungsgrundsatzes erlassen worden, weshalb sie aufzuheben ist. Da noch keine Begutachtung veranlasst wurde und es nicht die Aufgabe des Versicherungsgerichts sein kann, die von der Beschwerdegegnerin versäumten Sachverhaltsabklärungen nachzuholen, ist die Sache zur weiteren Abklärung und zur anschliessenden neuen Verfügung an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen.

3.2 Die Aufhebung einer angefochtenen Verfügung und die Rückweisung an die Verwaltung zur Durchführung weiterer Abklärungen gilt rechtsprechungsgemäss hinsichtlich der Kosten- und Entschädigungsfolgen als vollständiges Obsiegen der Beschwerde führenden Partei. Die unterliegende Beschwerdegegnerin hat deshalb die gemäss Art. 69 Abs. 1^{bis} IVG zu erhebenden und angesichts des durchschnittlichen Aufwands auf Fr. 600.-- festzusetzenden Gerichtskosten zu bezahlen. Der Kostenvorschuss wird der Beschwerdeführerin zurückerstattet.



Entscheid

im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP

1.

Die Beschwerde wird dahingehend gutgeheissen, dass die Verfügung vom 20. Januar 2014 aufgehoben und die Sache zur weiteren Abklärung und zur neuen Verfügung im Sinne der Erwägungen an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen wird.

2.

Die Beschwerdegegnerin hat eine Gerichtsgebühr von Fr. 600.-- zu bezahlen; der in gleicher Höhe geleistete Kostenvorschuss wird der Beschwerdeführerin zurückerstattet.