



**Fall-Nr.:** IV 2018/254  
**Stelle:** Versicherungsgericht  
**Rubrik:** IV - Invalidenversicherung  
**Publikationsdatum:** 05.04.2022  
**Entscheiddatum:** 29.10.2021

### **Entscheid Versicherungsgericht, 29.10.2021**

**Art. 7 und 8 ATSG. Art. 28 IVG. Die Arbeitsfähigkeitsschätzung des RAD überzeugt nicht. Aufgrund der Vielzahl der Befunde und Diagnosen, welche verschiedene medizinische Fachgebiete betreffen, wäre es zwingend notwendig gewesen, die verbliebene Arbeitsfähigkeit im Rahmen einer polydisziplinären Begutachtung abzuklären. Rückweisung zur weiteren Abklärung (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 29. Oktober 2021, IV 2018/254).**

#### **Entscheid vom 29.Oktober 2021**

Besetzung

Präsident Ralph Jöhl, Versicherungsrichterinnen Monika Gehrler-Hug und Karin Huber-Studerus; Gerichtsschreiberin Viviane Kull

Geschäftsnr.

IV 2018/254

Parteien

**A.\_\_\_\_,**

**Beschwerdeführer,**

gegen

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



### Beschwerdegegnerin,

Gegenstand

### Rente

### Sachverhalt

#### A.

**A.a.** A.\_\_\_\_ meldete sich im Februar 2011 wegen Schmerzen im rechten Daumen nach einem Unfall am 7. September 2010 bei der IV-Stelle des Kantons B.\_\_\_\_ zum Bezug von Leistungen der Invalidenversicherung (IV) an (IV-act. 8). Er gab an, er habe keinen Beruf erlernt; zuletzt habe er als Bodenleger gearbeitet. Er habe sich Anfang Januar 2010 in der Schweiz niedergelassen. Als einzige Gesundheitsbeeinträchtigung gab er Schmerzen am rechten Daumen an. In einem Arbeitgeberfragebogen teilte die C.\_\_\_\_ GmbH am 7. März 2010 (richtig wohl: 7. März 2011) mit (IV-act. 13), der Versicherte sei von April 2010 bis Dezember 2010 angestellt gewesen. Der letzte Arbeitstag sei der 7. September 2010 gewesen. Beim Verlegen von Parkett, Teppich oder Linol brauche man beide Hände. Das AHV-beitragspflichtige Einkommen habe Fr. 4'800.-- pro Monat betragen. Dr. med. D.\_\_\_\_ berichtete am 26. Mai 2011 (IV-act. 17), der Versicherte habe bei einem Sturz am 7. September 2010 eine Scaphoidfraktur rechts erlitten. Schon bei geringer Belastung träten Schmerzen im rechten Handgelenk auf. Als Bodenleger sei der Versicherte bis auf weiteres vollständig arbeitsunfähig. Am 20. Oktober 2011 erliess die IV-Stelle des Kantons B.\_\_\_\_ eine Verfügung, deren Dispositiv lautete: Das Leistungsbegehren wird abgewiesen (IV-act. 34). Zur Begründung gab sie an, der Versicherte habe sich im September 2010 bei einem Sturz verletzt; seither sei er in seiner Tätigkeit eingeschränkt. Seit Januar 2010 sei er in der Schweiz wohnhaft. Gemäss ihren Abklärungen habe er die Beitragszeit von mindestens einem Jahr (vgl. Art. 6 Abs. 2 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung, IVG, SR 831.20) nicht erfüllt, womit die versicherungsmässigen Voraussetzungen nicht erfüllt seien. Diese Abweisungsverfügung erwuchs unangefochten in Rechtskraft.



**A.b.** Im Februar 2015 meldete sich der Versicherte bei der IV-Stelle des Kantons St. Gallen wegen eines Herz-, Lungen- und Venenleidens, einer Handarthrose rechts und eines gefühllosen Handgelenks links erneut zum Bezug von Leistungen an (IV-act. 35). Dr. med. E.\_\_\_\_, Fachärztin für Allgemeine Medizin, teilte am 1. April 2015 folgende Diagnosen mit (IV-act. 50): (1) AVK Stadium II mit (2) Status nach inkompletter Ischämie der A. femoralis superficialis links 05/2012, DD embolisch bei PFO, DD arteriosklerotisch, Status nach Blue toe-Syndrom Grosszehe links; (3) teilthrombosiertes Aneurysma der A. iliaca communis links, mittel- bis höhergradige Stenose der A. femoralis communis links, abgangsnaher Stenose der A. iliaca interna links, Risikofaktoren eines fortgesetzten schweren Nikotinabusus, einer Fettstoffwechselstörung und eines Hypertonus; (4) hypertensive Herzerkrankung; (5) COPD GOLD Stadium 1 (B); (6) offenes foramen ovale; (7) a.e. Fingerpolyarthrose; (8) rezidivierende Hepatopathie mit erhöhten Transaminasen. Dr. E.\_\_\_\_ attestierte eine seit Mai 2012 fast durchgehend bestehende vollständige Arbeitsunfähigkeit. Sie gab an, der Versicherte leide an einer Belastungsdyspnoe, Schmerzen in den Händen und Handgelenken und beim Gehen in den Beinen. Körperlich leichte Tätigkeiten mit dem Heben und Tragen von maximal zehn Kilogramm und der Möglichkeit zu Pausen und Lagewechseln seien allenfalls bis zu fünf bis sechs Stunden am Tag möglich. Sie reichte Berichte des P.\_\_\_\_ vom 24. Oktober 2013 (IV-act. 50-4), vom 11. September 2014 (IV-act. 50-12) und vom 12. September 2014 (IV-act. 50-10), einen Bericht des Q.\_\_\_\_ vom 12. Februar 2014 (IV-act. 50-17) und einen Bericht der R.\_\_\_\_ vom 26. Februar 2015 (IV-act. 50-19) ein. Dr. med. F.\_\_\_\_ vom Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD) notierte am 8. April 2015 (IV-act. 51), seit dem 1. Februar 2015 bestehe eine vollständige Arbeitsunfähigkeit. Ab dem 8. April 2015 bestehe ein Eingliederungspotential in einer körperlich leichten, wechselbelastenden Tätigkeit bei einem Pensum von initial fünf bis sechs Stunden täglich.

**A.c.** Fachärzte der S.\_\_\_\_ berichteten am 26. April 2015 (IV-act. 58), der Versicherte habe sich am 21. April 2015 folgendem Eingriff unterzogen: Thrombendarteriektomie femoral mit Profundaplastik, Eversionsendarteriektomie der proximalen Arteria femoralis superficialis mit Patchplastik, Stenteinlage der Arteria iliaca communis links. Der Eingriff habe problemlos durchgeführt werden können und der postoperative Verlauf sei komplikationslos gewesen. Am 5. Juni 2013 hatte Dr. med. G.\_\_\_\_, Facharzt



FMH für Augenheilkunde, mitgeteilt (IV-act. 60), der Visus betrage am linken Auge 0.3 und am rechten Auge korrigiert knapp 1.0 (vgl. auch den Bericht der T.\_\_\_\_ vom 14. Juni 2013, IV-act. 109-18; Fachärzte hatten darin angegeben, es bestehe keine Indikation zur Applikation von Anti-VEGF). Die RAD-Ärztin F.\_\_\_\_ notierte am 2. Juni 2015 (IV-act. 62), der Gesundheitszustand des Versicherten sei wegen der Gefässoperation derzeit instabil. Am 11. November 2015 gab eine Fachärztin der U.\_\_\_\_ an (IV-act. 71), eine geplante Operation vom 27. November 2015 und das Resultat bezüglich der Gefässsituation circa drei Monate nach der Operation werde abgewartet. Am 24. November 2015 teilte die IV-Stelle dem Versicherten mit (IV-act. 73), zurzeit seien keine beruflichen Massnahmen möglich.

**A.d.** Am 27. November 2015 wurde der Versicherte einer lokalen Resektion der linken, proximalen Arteria femoralis superficialis, Rekonstruktion mittels autologem Veneninterponat, unterzogen. Fachärzte der S.\_\_\_\_ gaben im Austrittsbericht vom 1. Dezember 2015 (IV-act. 85) die Diagnosen eines peripher embolisierenden, proximalen und bifokalen Aneurysmas (teiltrombosiert) der Arteria femoralis superficialis links, einer Claudicatio im Fontaine Stadium IIb links mit Blue-toe Syndrom und des Nachweises eines homozygoten Plasminogen Aktivator Inhibitor 1 5G Promotor Polymorphismus mit erhöhter ACE-Konzentration an. Sie hielten fest, der postoperative Verlauf sei komplikationslos gewesen. Am 30. Dezember 2015 berichtete ein Facharzt derselben Klinik (IV-act. 87), der Versicherte sei von Dr. E.\_\_\_\_ zur vorgezogenen Verlaufskontrolle zugewiesen worden, weil er über schmerzhafte Dysästhesien entlang des linken Beins geklagt habe, die ihm das Laufen verunmöglichten. In der Untersuchung habe sich ein normaler postoperativer Verlauf gezeigt. Im Bereich des medio-ventralen Kniegelenks und des Unterschenkels liege eine eindeutige Hypästhesie vor. Offenbar sei der Versicherte durch diese Gefühlsstörung verunsichert und belaste übervorsichtig, sodass er eine Einschränkung seiner Gehfähigkeit erlebe. Er (der Facharzt) sei mit dem Versicherten mehrere hundert Meter zügig gegangen, wobei der Versicherte die initiale Unsicherheit gut habe überwinden können und anschliessend normal gelaufen sei. Insgesamt sei die Prognose günstig und die Situation habe sicher keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit. Am 15. Februar 2016 berichtete ein Facharzt des V.\_\_\_\_ (IV-act. 90), der Versicherte habe über eine nach der Operation vom November 2015 aufgetretene Taubheit vom



Knie hinab bis zur Innenseite des Knöchels sowie über Schmerzen beim Laufen geklagt. In der Untersuchung habe sich im Nervenverlauf kein Tinel-Zeichen auslösen lassen. An den übrigen Nerven am linken Fuss hätten sich neurographisch keine Hinweise für eine generalisierte Polyneuropathie gefunden. Der N. saphenus sei auf der gesunden Seite bei einer relativen Strom-Intoleranz und einer lokalen Druckschmerzhaftigkeit bei der Platzierung des Stimulators nicht ableitbar gewesen, weshalb auf eine Ableitung links verzichtet worden sei. Nach einer lokalen Infiltration sei es nach wenigen Minuten zu einer deutlichen Schmerzreduktion und zu einer Normalisierung des Gangbildes gekommen. Eine Anmeldung im W.\_\_\_\_ zur Abklärung des neuropathischen Schmerzsyndroms sei erfolgt (vgl. auch IV-act. 89). Er diagnostizierte ein neuropathisches Schmerzsyndrom N. saphenus links. Am 17. Februar 2016 teilten Fachärzte der X.\_\_\_\_ mit (IV-act. 93), sie hätten die Diagnosen eines SLAC-Wrist I bis II rechts bei SL-Bandinstabilität und DISI-Fehlstellung und eines Verdachts auf eine karpale Gefügestörung links mit PISI-Fehlstellung erhoben. Der Versicherte klagt seit Jahren über vor allem belastungsabhängige Schmerzen in beiden Händen bzw. Handgelenken, rechts deutlich ausgeprägter als links. Nun habe er vor zehn Tagen beim Tragen einer Blockmaschine (zur Bearbeitung von Parkett) plötzlich starke Gefühlsstörungen in beiden Händen gehabt, begleitet von einem akuten Kraftverlust. Nach circa zehn bis fünfzehn Minuten habe sich dies wieder erholt. Sie empfahlen eine elektrophysiologische Abklärung beider Hände und die Durchführung einer Computertomographie am rechten Handgelenk.

**A.e.** Dr. E.\_\_\_\_ berichtete am 2. Mai 2016 (IV-act. 99), der Versicherte leide an folgenden Diagnosen: SLAC Wrist I bis II rechte Hand bei SL Bandinstabilität und DISI-Fehlstellung, Verdacht auf karpale Gefügestörung linke Hand mit PISI-Fehlstellung, Verdacht auf KTS rechts grösser als links, neuropathisches Schmerzsyndrom N. saphenus links nach gefässchirurgischem Eingriff mit vermutlicher Remission in Zukunft, generalisierte Arteriosklerose mit relevanter AVK, Status nach lokaler Resektion eines Aneurysmas der A. femoralis superficialis links und Veneninterponat am 27. November 2015, Hypertonus, Nikotinabusus, hereditäre Gerinnungsstörung (homozygoter Plasminogen Aktivator Inhibitor 1 5G Promoter Polymorphysmus), COPD Stadium II bei Nikotinabusus (mehrfach Dokumentation eines fraglichen Rauchstopps), intermittierende Oberbauchschmerzen, DD intermittierende Gallenabflussstörung. Sie



fürhte aus, nach einer Aneurysmaresektion im November 2015 habe der Versicherte an neuropathischen Schmerzen vom linken Oberschenkel bis in den Unterschenkel gelitten; unter einer Schmerztherapie hätten sich die Schmerzen im Verlauf deutlich gebessert, sodass sie nicht mehr sehr beeinträchtigend seien. Im Bereich beider Hände bestünden degenerative Veränderungen, eine Diagnostik sei noch ausstehend. Die Schmerzen seien rechts stärker als links, vor allem bei Belastungen. Momentan trage der Versicherte eine stabilisierende Schiene am rechten Handgelenk. Operative Eingriffe seien vorgesehen. In der Tätigkeit als Bodenleger bestehe vom 17. Dezember 2015 bis "auf Weiteres zuletzt bis 31. Mai 2016" eine vollständige Arbeitsunfähigkeit. In einer körperlich leichten, wechselbelastenden Tätigkeit hänge die Arbeitsfähigkeit von der Einsatzfähigkeit der Hände ab. Die Einschätzung des Handchirurgen sei entscheidend. Dem Versicherten scheine aber an der Wiederaufnahme einer Tätigkeit nicht gelegen zu sein. Sie reichte unter anderem einen Bericht der X.\_\_\_\_ vom 2. März 2016 ein (IV-act. 99-10). Die Fachärzte hatten darin festgehalten, vor der geplanten Operation (Arthroskopie und Teilarthrodese Handgelenk rechts) werde eine elektrophysiologische Abklärung durchgeführt mit der Frage nach einem allfälligen Karpaltunnelsyndrom. Die RAD-Ärztin Dr. F.\_\_\_\_ notierte am 19. Mai 2016 (IV-act. 101), die angestammte, körperlich schwere Tätigkeit als Plattenleger sei dem Versicherten dauerhaft nicht mehr zumutbar. In einer körperlich leichten, wechselbelastenden Tätigkeit ohne eine starke Belastung der Hände bzw. Handgelenke beidseits bestehe eine vollständige Arbeitsfähigkeit. Derzeit würden Abklärungen bezüglich eines Karpaltunnelsyndroms durchgeführt. Eine allfällige Operation würde eine vollständige Arbeitsunfähigkeit von circa zwei Monaten bewirken. Am 25. Mai 2016 wurde eine Handgelenksarthroskopie rechts durchgeführt (IV-act. 103-2) und am 27. Juli 2016 wurde der Versicherte an der rechten Hand operiert (Four-Corner-Fusion mit Beckenkammpongiosa von rechts). Ein Facharzt der X.\_\_\_\_ attestierte im Kurzaustrittsbericht vom 2. August 2016 (IV-act. 105) eine vollständige Arbeitsunfähigkeit vom 27. Juli 2016 bis zum 11. September 2016. Am 8. September 2016 berichteten Fachärzte derselben Klinik, vier Wochen nach der Operation sei der Versicherte weitgehend beschwerdefrei. Er setze die Finger vollumfänglich ein, auch die Pro- und die Supination seien problemlos möglich. Die Extension und die Flexion sollten erst in zwei Wochen beübt werden.



**A.f.** Dr. E.\_\_\_\_ teilte am 2. Dezember 2016 unter Beilage eines Berichts der X.\_\_\_\_ vom 26. Oktober 2016 mit (IV-act. 109, 109-8), leichte Tätigkeiten mit der rechten Hand seien wieder möglich. Eine Leistenhernienoperation sei geplant; diese führe nicht zu einer längeren Arbeitsunfähigkeit. In einer körperlich leichten Tätigkeit ohne eine gewichtsmässige Belastung der Hände und ohne dauernde Zwangshaltungen bestehe theoretisch eine vollständige Arbeitsfähigkeit. Subjektiv gehe es dem Versicherten immer schlecht; eine Wiederaufnahme einer Tätigkeit werde von ihm nicht angestrebt. Die RAD-Ärztin Dr. F.\_\_\_\_ notierte am 12. Dezember 2016 (IV-act. 111), gemäss dem Bericht der X.\_\_\_\_ vom 26. Oktober 2016 bestehe in leichten Tätigkeiten ohne eine starke Belastung der rechten Hand eine vollständige Arbeitsfähigkeit. Am 15. Dezember 2016 gaben Fachärzte der X.\_\_\_\_ an (IV-act. 113), knapp fünf Monate nach der Operation bestehe radiologisch ein sehr gutes Resultat. Die Handgelenksbeweglichkeit sei noch stark eingeschränkt. Eine Verlaufskontrolle in sechs bis acht Wochen sei geplant. Bis dahin bestehe eine vollständige Arbeitsunfähigkeit. In Bezug auf das Handgelenk links gaben die Fachärzte die Diagnose einer karpalen Gefügestörung mit PISI-Fehlstellung bei einer mediokarpalen Arthrose an. Die RAD-Ärztin Dr. F.\_\_\_\_ notierte am 3. Januar 2017 (IV-act. 115), die von der X.\_\_\_\_ postulierte vollständige Arbeitsunfähigkeit sei nicht nachvollziehbar und beruhe auf den subjektiv empfundenen Schmerzen des Versicherten bei einem guten radiologischen Resultat. Die Hausärztin Dr. E.\_\_\_\_ gehe von einer vollständigen Arbeitsfähigkeit in einer adaptierten Tätigkeit aus. Aus der Sicht des RAD sei der Versicherte in einer leichten, wechselbelastenden Tätigkeit ohne das Zurücklegen von längeren Gehstrecken, ohne das Besteigen von Leitern oder Gerüsten und ohne repetitive Gewichtsbelastungen der Handgelenke über fünf Kilogramm zu mindestens 50% arbeitsfähig. Die frühere Tätigkeit als Plattenleger sei dem Versicherten nicht mehr zumutbar.

**A.g.** Am 8. September 2017 gewährte die IV-Stelle dem Versicherten eine Arbeitsvermittlung (IV-act. 130) und am 30. Oktober 2017 sprach sie ihm einen Arbeitsversuch vom 2. Oktober 2017 bis zum 30. März 2018 als Reinigungsmitarbeiter in einem Betrieb der H.\_\_\_\_ zu (IV-act. 139, 147-3). Der Arbeitsversuch wurde am 26. Februar 2018 vorzeitig abgebrochen (IV-act. 146). Der Versicherte hatte gute Arbeit geleistet, war aber mehrfach frühzeitig und ohne sich abzumelden nach Hause



gegangen, nachdem er die in einer Liste festgehaltenen Aufgaben erledigt hatte. Eine Fachärztin des Aa.\_\_\_\_ attestierte am 26. Februar 2018 eine vollständige Arbeitsunfähigkeit vom 26. Februar 2018 bis zum 2. März 2018 und I.\_\_\_\_, praktischer Arzt, attestierte am 5. März 2018 eine vollständige Arbeitsunfähigkeit vom 3. März 2018 bis zum 9. März 2018 (IV-act. 147). Dr. med. J.\_\_\_\_, Ärztin für Allgemeine Innere Medizin FMH, berichtete am 13. April 2018 (IV-act. 148), sie behandle den Versicherten seit Juli 2017. Die letzte Kontrolle habe am 14. März 2018 wegen einer Lumbalgie stattgefunden. Der Versicherte neige dazu, sich an verschiedenen Orten Arbeitsunfähigkeitsbestätigungen zu holen. Seine Gehstrecke sei eingeschränkt und mit der rechten Hand könne er keine kraftaufwendigen Arbeiten erledigen. In einer angepassten Tätigkeit sollte ein ganztägiger Einsatz möglich sein. Speziell zu berücksichtigen sei die Motivation des Versicherten. Gemäss einem Bericht des P.\_\_\_\_ vom 26. Februar 2018 (IV-act. 148-7) hatte sich der Versicherte gleichentags wegen linksseitigen Flankenschmerzen und chronischen Rückenschmerzen notfallmässig in Behandlung begeben. Eine Fachärztin hatte als Diagnose eine chronische Lumbalgie angegeben. Sie hatte festgehalten, klinisch habe sich eine deutliche Druckdolenz im Bereich der Wirbelsäule sowie paravertebral beidseits und entlang des unteren linken Rippenbogens bis nach lateral gezeigt. Bei den Bewegungen (Aufsitzen, Ausziehen) habe sich eine deutliche Aggravation gezeigt. Sie gehe von einer Aggravation der chronischen Lumbalgien aus. Am 8. März 2018 war der Versicherte von Dr. med. K.\_\_\_\_ vom N.\_\_\_\_ untersucht worden. Im Bericht vom 9. März 2018 hatte Dr. K.\_\_\_\_ festgehalten (IV-act. 148-11), er habe eine verstärkte Kyphose der BWS, eine Entlordosierung lumbal, einen Druck- und Berührungsschmerz der gesamten Wirbelsäule, hauptsächlich lumbal, orientierend eine normale Sensibilität und eine normale Kraft der Kennmuskeln der unteren Extremität festgestellt. PSR und ASR seien symmetrisch gesteigert mit angedeuteten Patella-Kloni beidseits. Er sehe keine Indikation für eine weiterführende Diagnostik oder einen Behandlungsbedarf. Am 15. März 2018 berichtete Dr. med. L.\_\_\_\_ von der O.\_\_\_\_ (IV-act. 148-13), der Versicherte habe immer noch Schmerzen im Bereich des rechten Handgelenks. Dieses werde gut bewegt, sei aber sicher nicht voll belastbar.

**A.h.** Die RAD-Ärztin Dr. F.\_\_\_\_ notierte am 17. April 2018 die folgenden Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (IV-act. 149): Arterielle Verschlusskrankheit



Stadium II, chronisch obstruktive Pneumopathie GOLD Stadium I, hypertensive Herzkrankheit, Scaphoidfraktur rechts (Unfall vom 7. September 2010) mit Four-Corner-Fusion rechts mit Beckenkammspongiosa von rechts, Sensibilitätsstörung Handgelenk links und Instability bei mediokarpaler Arthrose und Lumbalgie. Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit hielt sie ein persistierendes Foramen ovale und eine Hepatitis (10/2013) fest. Sie listete folgende Arbeits(un)fähigkeiten auf: Vollständige Arbeitsunfähigkeit vom 1. Februar 2015 bis zum 7. April 2015, ab 8. April 2015 körperliche leichte, wechselbelastende Tätigkeiten mit initialem Pensum von fünf bis sechs Stunden pro Tag zumutbar, ab 27. November 2015 vollständige Arbeitsunfähigkeit (erneute Gefässoperation), ab 16. April 2016 vollständige Arbeitsfähigkeit in einer körperlich leichten, wechselbelastenden Tätigkeit, vom 27. Juli 2016 bis zum 11. September 2016 vollständige Arbeitsunfähigkeit, ab 26. Oktober 2016 vollständige Arbeitsfähigkeit in körperlich leichten Tätigkeiten ohne starke Belastung der rechten Hand, vom 26. Februar 2018 bis zum 9. März 2018 vollständige Arbeitsunfähigkeit (Lumbalgie) und ab 10. März 2018 eine vollständige Arbeitsfähigkeit in körperlich leichten, wechselbelastenden Tätigkeiten. In der angestammten Tätigkeit als Plattenleger sei keine Arbeitsfähigkeit mehr gegeben. Als Adaptionenkriterien nannte Dr. F.\_\_\_\_ eine leichte, wechselbelastende Tätigkeit ohne die Einnahme von Zwangshaltungen der HWS mit Blick nach oben und ohne die wiederholte Einnahme von Körperstellungen in gebückter und nach vorne geneigter Position sowie mit einer maximalen Belastung der Handgelenke von fünf Kilogramm. Sie wies darauf hin, dass es in mehreren Berichten Hinweise auf eine Symptomausweitung und eine Aggravation gebe; die Prognose sei zurückhaltend zu stellen.

**A.i.** Am 18. April 2018 teilte die IV-Stelle dem Versicherten mit (IV-act. 152), sein Begehren um berufliche Massnahmen werde abgewiesen. Mit einem Vorbescheid vom 15. Mai 2018 stellte sie ihm die Ablehnung des Begehrens um eine Invalidenrente in Aussicht (IV-act. 155). Zur Begründung gab sie an, er sei seit Mai 2012 in seiner Arbeitsfähigkeit als Plattenleger eingeschränkt. Ohne Behinderung hätte er weiterhin als Plattenleger arbeiten und im Jahr 2015 ein Einkommen von Fr. 59'171.-- erzielen können. Eine adaptierte Tätigkeit sei ihm zu 100% zumutbar. Gemäss der Lohnstrukturerhebung des Bundesamts für Statistik sei es ihm zumutbar, mindestens



ein "gleichwertiges" Einkommen wie bisher zu erzielen. Der Invaliditätsgrad betrage daher 0%. Der Versicherte erhob dagegen keinen Einwand. Mit einer Verfügung vom 2. Juli 2018 wies die IV-Stelle das Rentenbegehren ab (IV-act. 156).

### **B.**

**B.a.** Der Versicherte (nachfolgend: Beschwerdeführer) erhob am 27. Juli 2018 eine Beschwerde gegen die Verfügung vom 2. Juli 2018 (act. G 1). Er beantragte sinngemäss die Aufhebung der angefochtenen Verfügung und die Zusprache der gesetzlichen Leistungen. Zur Begründung machte er geltend, er könne derzeit nicht zu 100% als Plattenleger arbeiten oder eine andere, gleichwertige Arbeit ausüben. Er habe noch weitere gesundheitliche Einschränkungen. Am 19. Oktober 2018 beantragte er die Gewährung der unentgeltlichen Rechtspflege (act. G 6).

**B.b.** Die IV-Stelle (nachfolgend: Beschwerdegegnerin) beantragte am 15. November 2018 die Abweisung der Beschwerde (act. G 8). Zur Begründung führte sie an, der RAD habe sich bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit auf die vorliegenden Arztberichte gestützt. Insbesondere habe Dr. J. \_\_\_ im Bericht vom 13. April 2018 klar festgehalten, dass dem Beschwerdeführer in einer adaptierten Tätigkeit ein ganztägiger Einsatz möglich sei. Auch Dr. E. \_\_\_ habe am 2. Mai 2016 angegeben, eine körperlich leichte, wechselbelastende Tätigkeit sei in einem vollen Pensum möglich.

**B.c.** Das Versicherungsgericht des Kantons St. Gallen bewilligte am 19. November 2018 das Gesuch um die unentgeltliche Rechtspflege (Befreiung von den Gerichtskosten) für das Beschwerdeverfahren (act. G 9).

**B.d.** Am 16. November 2018 (Posteingang: 19. November 2018) teilte der Beschwerdeführer dem Versicherungsgericht mit (act. G 10), er sei am 23. Oktober 2018 am Daumen an der rechten Hand operiert worden. Im Januar 2019 sei eine weitere Operation des Daumens geplant. Er reichte unter anderem einen Bericht der S. \_\_\_ vom 30. September 2015 (act. G 10.3), einen Bericht des Y. \_\_\_ vom 13. Dezember 2017 (act. G 10.7; eine Fachärztin hatte darin angegeben, die Schmerzen im Bereich des N. Saphenus seien inzwischen fast komplett verschwunden; einzig störend sei eine Hypästhesie am medialen Oberschenkel bis ans Knie verbleibend; ab einer Gehstrecke von circa einer Stunde träten nicht ganz



typische Claudicatio-Beschwerden am Oberschenkel links auf) und einen Operationsbericht der O.\_\_\_\_ vom 25. Oktober 2018 betreffend die Daumen-Operation rechts (act. G 10.10) ein. In seiner Replik vom 2. Dezember 2018 machte der Beschwerdeführer geltend, am Daumen an der rechten Hand sei eine Verschlechterung eingetreten (act. G 12). Er reichte zwei Zeugnisse, ausgestellt durch Dr. L.\_\_\_\_, betreffend eine vollständige Arbeitsunfähigkeit vom 24. Oktober 2018 bis zum 5. Dezember 2018 und vom 6. Dezember 2018 bis zum 9. Januar 2019 ein (act. G 12.1, 12.2).

**B.e.** Die Beschwerdegegnerin verzichtete am 14. Dezember 2018 auf eine Duplik (act. G 14).

**B.f.** Am 14. Januar 2019 berichtete der Beschwerdeführer dem Versicherungsgericht (act. G 16), er habe am 6. Februar 2019 den nächsten Termin bei Dr. L.\_\_\_\_. Er legte ein Zeugnis bei, in dem Dr. L.\_\_\_\_ eine vollständige Arbeitsunfähigkeit vom 9. Januar 2019 bis zum 6. Februar 2019 attestiert hatte (act. G 16.1). Am 8. Februar 2019, 29. März 2019, 25. April 2019 und 6. Mai 2019 gingen weitere, von Dr. L.\_\_\_\_ ausgestellte Arbeitsunfähigkeitszeugnisse ein (vollständige Arbeitsunfähigkeit vom 6. Februar 2019 bis zum 26. Februar 2019, vom 26. Februar 2019 bis zum 18. März 2019, vom 19. März 2019 bis zum 16. April 2019, vom 17. April 2019 bis zum 5. Mai 2019 und vom 6. Mai 2019 bis zum 29. Mai 2019) ein (act. G 17, 19, 23, 25). Am 9. Mai 2019 ging ein Austrittsbericht der U.\_\_\_\_ vom 25. April 2019 ein (act. G 26). Fachärzte hatten über einen stationären Aufenthalt vom 16. April 2019 bis zum 18. April 2019 berichtet. Sie hatten unter anderem folgende Diagnosen angegeben: Chronisch-aktive Cholezystitis mit Cholezysto-, Choledocho- und Hepaticolithiasis mit Gallenblasenhydrops; gering grössenprogrediente, zystoide Läsion der Nebenniere links (MRI Abdomen 10. April 2019); unkomplizierte kortikale Nierenzyste im Pars intermedia rechts. Sie hatten eine vollständige Arbeitsunfähigkeit vom 8. April 2019 bis zum 26. April 2019 attestiert. Am 5. Juni 2019 ging ein von Dr. L.\_\_\_\_ ausgestelltes Arbeitsunfähigkeitszeugnis (vollständige Arbeitsunfähigkeit vom 28. Mai 2019 bis zum 30. Juni 2019) ein (act. G 28). Am 5. Juli 2019 teilte der Beschwerdeführer mit (act. G 29), Dr. L.\_\_\_\_ habe ihm eine weitere Operation vorgeschlagen. Er könne mit dem rechten Daumen viele alltägliche Sachen nicht machen. Am 24. Juli 2019 berichteten Fachärzte der Z.\_\_\_\_ über eine Hospitalisation des Beschwerdeführers vom 22. Juli 2019 bis zum 24. Juli



## St.Galler Gerichte

2019 (act. G 31). Am 24. September 2019 teilte der Beschwerdeführer mit (act. G 33), er habe in der rechten und in der linken Hand wenig Kraft. Er reichte einen Ausdruck aus der Patientendokumentation der O.\_\_\_\_ mit Einträgen vom 7. März 2018 bis zum 3. Juli 2019 (act. G 33.2), zwei Berichte von Dr. med. M.\_\_\_\_, Fachärztin für Radiologie FMH, vom 20. April 2018 und 13. Juni 2019 betreffend CT-Untersuchungen des rechten Handgelenks am jeweils gleichen Tag (act. G 33.6, 33.3) sowie einen Operations-/Austrittsbericht der O.\_\_\_\_ vom 27. Februar 2019 betreffend eine Trapezektomie mit Aufhängeplastik mit EPB-Sehne am 26. Februar 2019 (act. G 33.4) ein.

**B.g.** Die Beschwerdegegnerin verzichtete am 23. Oktober 2019 auf eine Stellungnahme (act. G 37).

## Erwägungen

### 1.

Der Beschwerdeführer hat sich im Februar 2011 erstmals bei der IV-Stelle des Kantons B.\_\_\_\_ zum Leistungsbezug angemeldet. Mit einer unangefochten in formelle Rechtskraft erwachsenen Verfügung vom 20. Oktober 2011 ist das Begehren mit der Begründung, die versicherungsmässigen Voraussetzungen seien nicht erfüllt, abgewiesen worden. Im Februar 2015 hat sich der Beschwerdeführer bei der IV-Stelle des Kantons St. Gallen erneut zum Leistungsbezug angemeldet. Vorab ist zu prüfen, ob die Beschwerdegegnerin zu Recht auf diese Anmeldung eingetreten ist. Gemäss Art. 87 Abs. 3 in Verbindung mit Abs. 2 der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV, SR 831.201) wird eine neue Anmeldung nach einer Verweigerung einer Invalidenrente wegen eines zu geringen Invaliditätsgrades nur geprüft, wenn darin glaubhaft gemacht wird, dass sich der Grad der Invalidität der versicherten Person in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert hat. Nach dem eindeutigen Wortlaut dieser Ordnungsbestimmung (" ... wegen eines zu geringen Invaliditätsgrades ...") stellt eine Anmeldung für einen Leistungsbezug nach einer erfolgten Abweisung eines Rentenbegehrens wegen des Nichterfüllens der versicherungsmässigen Voraussetzungen keinen Anwendungsfall von Art. 87 Abs. 3 IVV dar. Sinn und Zweck dieser Ordnungsbestimmung ist es zu verhindern, dass sich die Verwaltung nach einer vorausgegangenen rechtskräftigen Leistungsverweigerung immer wieder mit gleichlautenden und nicht näher begründeten, das heisst keine Veränderung des Sachverhalts darlegenden Gesuchen



befassen muss (BGE 117 V 200, E. 4b), denn die Ermittlung des für den Invaliditätsgrad relevanten Sachverhalts ist in aller Regel sehr aufwendig. Auf den für die versicherungsmässigen Voraussetzungen eines Rentenanspruchs massgebenden Sachverhalt trifft das nicht zu. Deshalb ist es durchaus sinnvoll, dass der Verordnungsgeber nur für die von ihm ausdrücklich genannten Fälle (Abweisung wegen eines zu geringen Invaliditätsgrades) das Glaubhaftmachen einer Veränderung des rechtserheblichen Sachverhalts vorgeschrieben hat, denn nur hier rechtfertigt der Grundsatz der Verfahrensökonomie eine solche Eintretenshürde. Auf den vorliegenden Fall kommt diese Hürde also nicht zur Anwendung, d.h. die Beschwerdegegnerin ist zu Recht ohne weiteres auf die erneute Anmeldung zum Leistungsbezug vom Februar 2015 eingetreten. Damit hat sie, was die Erfüllung der versicherungsmässigen Voraussetzungen eines IV-Rentenanspruchs betrifft, kein gegen die Abweisungsverfügung vom 20. Oktober 2011 gerichtetes prozessuales Revisions- oder Wiedererwägungsverfahren (Art. 53 Abs. 1 bzw. Abs. 2 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG, SR 830.1) eröffnet, denn mit der Anmeldung vom Februar 2015 hat der Beschwerdeführer einen neuen Versicherungsfall geltend gemacht. In dem aufgrund der Anmeldung vom Februar 2011 eröffneten Verfahren hatte sich der Beschwerdeführer nämlich auf die durch eine Verletzung des rechten Daumens bewirkte Einschränkung in seiner Arbeitsfähigkeit berufen, während er in dem mit der angefochtenen Verfügung abgeschlossenen Verfahren Rücken-, Herz- und Gefässbeeinträchtigungen als Gründe für die geltend gemachte Invalidität anführt. Die versicherungsmässigen Voraussetzungen (Art. 6 Abs. 2 IVG) sind nun offensichtlich erfüllt.

### 2.

Die Beschwerdegegnerin hat mit der angefochtenen Verfügung vom 2. Juli 2018 einen Rentenanspruch des Beschwerdeführers bei einem IV-Grad von 0% verneint. Strittig ist somit, ob der Beschwerdeführer Anspruch auf eine Invalidenrente hat.

### 3.

**3.1.** Einen Anspruch auf eine Rente der Invalidenversicherung haben Versicherte, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wiederherstellen, erhalten oder verbessern können, während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40% arbeitsunfähig gewesen sind und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40% invalid sind (Art. 28 Abs. 1 IVG). Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise



Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Erwerbsunfähigkeit ist 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).

**3.2.** Gemäss Art. 28a Abs. 1 IVG i.V.m. Art. 16 ATSG ist die Invalidität grundsätzlich durch einen Einkommensvergleich zu ermitteln. Dabei 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 Einkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Valideneinkommen).

#### 4.

Um das zumutbare Invalideneinkommen ermitteln zu können, muss der verbliebene Arbeitsfähigkeitsgrad des Beschwerdeführers mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit feststehen. Zu prüfen ist somit, ob seit der Anmeldung vom Februar 2015 eine Arbeitsunfähigkeit in einer adaptierten Tätigkeit mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erstellt ist.

**4.1.** Über den Beschwerdeführer sind im Zeitpunkt des Erlasses der angefochtenen Verfügung vom 2. Juli 2018 (unter anderem) folgende gesundheitlichen Beeinträchtigungen dokumentiert: Arterielle Verschlusskrankheit Stadium II (mit operativen Eingriffen vom 21. April 2015 und 27. November 2015, IV-act. 50, 58, 85), hereditäre Gerinnungsstörung (homozygoter Plasminogen Aktivator Inhibitor 1 5G Promoter Polymorphysmus, IV-act. 99-7), COPD GOLD Stadium II (IV-act. 99), hypertensive Herzkrankheit (IV-act. 50-12), persistierendes foramen ovale (IV-act. 50-17), Scaphoidfraktur Handgelenk rechts (Unfall vom 7. September 2010) mit Four-Corner-Fusion am 27. Juli 2016 (IV-act. 105), karpale Gefügestörung mit PISI-Fehlstellung Handgelenk links mit mediokarpaler Arthrose (IV-act. 113), chronische Lumbalgie (IV-act. 148-7, vgl. auch IV-act. 148-11), Visusverminderung Auge links (IV-act. 60, 109-18), Hepatitis (IV-act. 50-4). Im Verlauf des Beschwerdeverfahrens ist der Beschwerdeführer ausserdem am rechten Daumen operiert worden (act. G 10.10, vgl. auch G 33.1) und es ist eine chronisch-aktive Cholezystitis (Gallenblasenentzündung) diagnostiziert worden (act. G 26, 31). Die Beschwerdegegnerin hat den Rentenanspruch gestützt auf die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit durch die RAD-Ärztin Dr. F.\_\_\_\_ abgewiesen. Dr. F.\_\_\_\_ hatte am 17. April 2018 notiert (IV-act. 149), seit dem



10. März 2018 bestehe eine vollständige Arbeitsfähigkeit in körperlich leichten, wechselbelastenden Tätigkeiten ohne die Einnahme von Zwangshaltungen der HWS mit Blick nach oben und ohne die wiederholte Einnahme von Körperstellungen in gebückter und nach vorne geneigter Position sowie mit einer maximalen Belastung der Handgelenke von fünf Kilogramm. In der angestammten Tätigkeit als Plattenleger sei keine Arbeitsfähigkeit mehr gegeben. Für die Zeit davor listete sie folgende Arbeits(un)fähigkeiten auf: Vollständige Arbeitsunfähigkeit vom 1. Februar 2015 bis zum 7. April 2015, ab 8. April 2015 körperliche leichte, wechselbelastende Tätigkeiten mit initialem Pensum von fünf bis sechs Stunden pro Tag zumutbar, ab 27. November 2015 vollständige Arbeitsunfähigkeit (erneute Gefässoperation), ab 16. April 2016 vollständige Arbeitsfähigkeit in einer körperlich leichten, wechselbelastenden Tätigkeit, vom 27. Juli 2016 bis zum 11. September 2016 vollständige Arbeitsunfähigkeit, ab 26. Oktober 2016 vollständige Arbeitsfähigkeit in körperlich leichten Tätigkeiten ohne starke Belastung der rechten Hand und vom 26. Februar 2018 bis zum 9. März 2018 vollständige Arbeitsunfähigkeit (Lumbalgie). Dr. F.\_\_\_\_ dürfte sich bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit ab dem 10. März 2018 insbesondere auf die Arbeitsfähigkeitsschätzung der Hausärztin Dr. J.\_\_\_\_ gestützt haben, welche am 13. April 2018 in einer adaptierten Tätigkeit eine vollständige Arbeitsfähigkeit attestiert hatte (IV-act. 148). Angesichts der Vielzahl der in den Akten enthaltenen Befunde und Diagnosen, welche verschiedene medizinische Fachgebiete betreffen, wäre es aber zwingend erforderlich gewesen, die verbliebene Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers in einer adaptierten Tätigkeit im Rahmen einer polydisziplinären Begutachtung abzuklären, insbesondere um möglichen Wechselwirkungen der Diagnosen und deren Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit Rechnung zu tragen. Für eine überzeugende Arbeitsfähigkeitsschätzung wäre also eine Konsensbeurteilung mehrerer Sachverständiger erforderlich gewesen. Die alleinige Beurteilung der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers durch die Hausärztin Dr. J.\_\_\_\_ bzw. durch die RAD-Ärztin Dr. F.\_\_\_\_ überzeugt aus der Sicht eines medizinischen Laien daher nicht. Festzustellen bleibt, dass die Arbeits(un)fähigkeitsschätzung von Dr. F.\_\_\_\_ für die Zeit vom 1. Februar 2015 bis zum 9. März 2018 eine Lücke aufweist (Zeit vom 11. September 2016 bis zum 25. Oktober 2016), dass sie die Operation vom 21. April 2015 nicht berücksichtigt hat, dass Dr. E.\_\_\_\_ am 2. Mai 2016 klar festgehalten hat, für die Arbeitsfähigkeitsschätzung sei die Einschätzung der Handchirurgen entscheidend (IV-act. 99), Dr. F.\_\_\_\_ am 19. Mai 2016 aber für die Zeit ab dem 16. April 2016 (Datum der letzten Kontrolle des Beschwerdeführers bei Dr. E.\_\_\_\_) dennoch eine vollständige Arbeitsfähigkeit in einer körperlich leichten, wechselbelastenden Tätigkeit angenommen hat (IV-act. 101) und dass Dr. F.\_\_\_\_ in Bezug auf die Arbeitsfähigkeit ab dem 26. Oktober 2016 zunächst eine vollständige Arbeitsfähigkeit in leichten



Tätigkeiten ohne eine starke Belastung der rechten Hand angenommen hat (IV-act. 111), später eine Arbeitsfähigkeit von mindestens 50% angegeben hat (IV-act. 115) und schliesslich wieder von einer vollständigen Arbeitsfähigkeit ausgegangen ist, ohne dies zu begründen (IV-act. 149). Diese Punkte stellen ebenfalls Mängel dar, die einer überzeugenden Arbeitsfähigkeitsschätzung entgegenstehen. Aus der Sicht eines medizinischen Laien ist schliesslich auch nicht beurteilbar, ob die von Dr. E.\_\_\_\_ am 1. April 2015 angegebene und bereits im Mai 2012 erhobene Diagnose eines Verschlusses der A. femoralis superficialis links (IV-act. 50, 50-5) eine – wie von Dr. E.\_\_\_\_ attestiert – vollständige Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit als Bodenleger zur Folge hatte. Nach der bundesgerichtlichen Rechtsprechung sind ergänzende (medizinische) Abklärungen vorzunehmen, wenn auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen bestehen (vgl. BGE 125 V 353, E. 3b.ee). Nach dem Gesagten überzeugt die der angefochtenen Verfügung zugrundeliegende Arbeitsfähigkeitsschätzung nicht und es bestehen erhebliche Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der Arbeitsfähigkeitsschätzung durch den RAD.

**4.2.** Die angefochtene Verfügung vom 2. Juli 2018 ist demnach in teilweiser Gutheissung der Beschwerde aufzuheben und die Angelegenheit ist zur Durchführung einer polydisziplinären Begutachtung an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. Es ist ihr bzw. der von der Beschwerdegegnerin zu beauftragenden Begutachtungsstelle überlassen, die für eine umfassende Untersuchung erforderlichen medizinischen Fachdisziplinen festzulegen. Die Rückweisung ist vorliegend zulässig, da der Aspekt der möglichen Wechselwirkungen der verschiedenen Diagnosen und deren Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers im Verwaltungsverfahren nicht berücksichtigt worden ist, es sich somit *nicht* um einen im Verwaltungsverfahren anderweitig erhobenen medizinischen Sachverhalt handelt (vgl. BGE 137 V 264, E. 4.4.1.4, wonach die Beschwerdeinstanz im Regelfall ein Gerichtsgutachten einholt, wenn sie einen [im Verwaltungsverfahren anderweitig erhobenen] medizinischen Sachverhalt überhaupt für gutachtlich abklärungsbedürftig hält).

## 5.

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<sup>bis</sup> IVG). Eine Gerichtsgebühr von Fr. 600.-- erscheint in der vorliegend zu beurteilenden Angelegenheit als angemessen. Praxisgemäss ist die Rückweisung an die Verwaltung zur weiteren Abklärung als volles Obsiegen des



Beschwerdeführers zu werten (vgl. BGE 132 V 235, E. 6.1). Dementsprechend ist die Gerichtsgebühr von Fr. 600.-- vollumfänglich der Beschwerdegegnerin aufzuerlegen.

### Entscheid

im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP

1. In teilweiser Gutheissung der Beschwerde wird die Verfügung vom 2. Juli 2018 aufgehoben und die Sache wird zur weiteren Abklärung und anschliessenden neuen Verfügung im Sinne der Erwägungen an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen.
2. Die Beschwerdegegnerin hat die Gerichtsgebühr von Fr. 600.-- zu bezahlen.