

SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2009/329 vom 15. Januar 2010

Sg Versicherungsgericht, 2010-01-15, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg_publikationen_IV_2009_329

FR: SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2009/329 du 15 janvier 2010

IT: SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2009/329 del 15 gennaio 2010

Regeste

Art. 17 Abs. 1 ATSG; Art. 28 Abs. 2ter IVG (Fassung bis 31.12.2007). Statuswechsel im Rahmen eines Rentenrevisionsverfahrens. Da die Söhne der Beschwerdeführerin weitgehend selbstständig sind und der Ehemann ganztags zuhause ist, erscheint ein Wechsel von der gemischten Invaliditätsbemessungsmethode zur allgemeinen Methode des Einkommensvergleichs als angezeigt. Rückweisung zur weiteren medizinischen Abklärung (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 15. Januar 2010, IV 2009/329).

Erwägungen

E. 1

1.1 Die Beschwerdeführerin liess ein Gesuch um Wiederherstellung der aufschiebenden Wirkung stellen. Da selbst eine summarische Prüfung der Prozessaussichten ein umfassendes Aktenstudium bedingt, erscheint es als sinnvoll, den Fall in der materiellen Behandlung vorzuziehen, wodurch das Gesuch um Wiederherstellung der aufschiebenden Wirkung gegenstandslos wird. 1.2 Angefochten ist eine Verfügung, die nach Inkrafttreten der 5. IV-Revision am 1. Januar 2008 ergangen ist. Mangels einer übergangsrechtlichen Norm rechtfertigt es sich allerdings, für die vor diesem Zeitpunkt massgebenden Verhältnisse (Einleitung des Rentenrevisionsverfahrens unter altem Recht) die im Folgenden zitierten, bis zum 31. Dezember 2007 gültig gewesenen Bestimmungen anzuwenden.

E. 2

2.1 Als Invalidität gilt laut Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) die ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit, es sei denn, eine versicherte Person sei vor dem Eintritt der Gesundheitsbeeinträchtigung nicht erwerbstätig gewesen und es habe ihr auch nicht zugemutet werden können, einer Erwerbstätigkeit nachzugehen. In diesem Fall gilt gemäss Art. 8 Abs. 3 ATSG die Unmöglichkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, als Invalidität. Die Invalidität gemäss Art. 8 Abs. 1 ATSG wird durch einen Einkommensvergleich ermittelt (Art. 16 ATSG). Die Methode zur Bemessung der konkreten Unmöglichkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, wird vom ATSG nicht geregelt. Diese Lücke füllt aArt. 28 Abs. 2 bis des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG; SR 831.20; Fassung bis 31. Dezember 2007): Es ist darauf abzustellen, in welchem Mass die betreffende Person behindert ist, sich im Aufgabenbereich zu betätigen. Als Aufgabenbereich der im Haushalt tätigen Person gelten insbesondere die übliche Tätigkeit im Haushalt, die Erziehung der Kinder sowie

gemeinnützige und künstlerische Tätigkeiten (Art. 27 der Verordnung über die Invalidenversicherung [IVV; SR 831.201]). aArt. 28 Abs. 2 ter IVG regelt die so genannte gemischte Methode der Invaliditätsbemessung bei Personen, die zum Teil erwerbstätig und zum Teil im Aufgabenbereich tätig sind. In einem solchen "gemischten" Fall sind der Anteil der Erwerbstätigkeit und der Anteil der Tätigkeit im Aufgabenbereich festzulegen und der Invaliditätsgrad ist entsprechend der Behinderung in beiden Bereichen zu bemessen. Ist bei einer Person, die nur zum Teil erwerbstätig ist, anzunehmen, dass sie im Zeitpunkt der Prüfung des Rentenanspruchs ohne den Gesundheitsschaden vollzeitlich erwerbstätig wäre, so ist die Invaliditätsbemessung ausschliesslich nach den Grundsätzen für Erwerbstätige zu bemessen (Art. 27 bis IVV). Nach aArt. 28 Abs. 1 IVG besteht Anspruch auf eine ganze Invalidenrente, wenn die versicherte Person mindestens zu 70%, derjenige auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie wenigstens zu 60% invalid ist. Liegt ein Invaliditätsgrad von mindestens 50% vor, so besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40% auf eine Viertelsrente (aArt. 28 Abs. 1 IVG).

2.2 Ob eine versicherte Person als ganztätig oder zeitweilig erwerbstätig oder als nichterwerbstätig einzustufen ist, ergibt sich aus der Prüfung, was sie bei im Übrigen unveränderten Umständen täte, wenn keine gesundheitliche Beeinträchtigung bestünde (BGE 125 V 150 Erw. 2c). Bei im Haushalt tätigen Versicherten im Besonderen sind nach der Rechtsprechung die persönlichen, familiären, sozialen und erwerblichen Verhältnisse ebenso wie allfällige Erziehungs- und Betreuungsaufgaben gegenüber Kindern, das Alter, die beruflichen Fähigkeiten und die Ausbildung sowie die persönlichen Neigungen und Begabungen zu berücksichtigen. Die Statusfrage beurteilt sich praxismässig nach den Verhältnissen, wie sie sich bis zum Erlass der Verfügung entwickelt hätten, wobei für die hypothetische Annahme einer im Gesundheitsfall ausgeübten (Teil-) Erwerbstätigkeit der im Sozialversicherungsrecht übliche Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erforderlich ist (BGE 125 V 150 Erw. 2c; BGE 117 V 194 f. Erw. 3b mit Hinweisen; AHI 1997 S. 288 ff. Erw. 2b, AHI 1996 S. 197 Erw. 1c, je mit Hinweisen; Ulrich Meyer-Blaser, Die Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG, Zürich 1997, S. 28). Das Gericht hat jener Sachverhaltsdarstellung zu folgen, die es von allen möglichen Geschehensabläufen unter den gegebenen Umständen als die wahrscheinlichste würdigt (BGE 121 V 47 Erw. 2a). Dabei sind die konkrete Situation und die Vorbringen der Versicherten nach Massgabe der allgemeinen Lebenserfahrung zu würdigen (ZAK 1985 S. 468 Erw. 1).

2.3 Ändert sich der Invaliditätsgrad einer Rentenbezügerin oder eines Rentenbezügers erheblich, so wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben (Art. 17 Abs. 1 ATSG). Anlass zur Rentenrevision gibt nach der auch unter dem ATSG massgeblichen Rechtsprechung jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Die IV-Rente ist nicht nur bei einer wesentlichen Veränderung des Gesundheitszustands, sondern auch dann revidierbar, wenn sich die erwerblichen Auswirkungen des an sich gleich gebliebenen Gesundheitszustands erheblich verändert haben (BGE 130 V 349 f. Erw. 3.5). Eine einmal vorgenommene Anwendung einer bestimmten Methode ist nach BGE 97 V 241 nicht unveränderlich. Eine spätere Änderung der persönlichen und damit verbundenen wirtschaftlichen Situation kann – im Rahmen eines Revisionsverfahrens – Anlass geben, die bisherige Methode aufzugeben. Ein Methodenwechsel als solcher ist nie Revisionsgrund; für einen solchen bedarf es immer einer erheblichen Sachverhaltsevolution (in der Invaliden- oder der Validenkarriere). Eine Sachverhaltsevolution bedingt

(möglicherweise) einen Methodenwechsel und nicht umgekehrt (vgl. die Entscheide des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen IV 2007/422 vom 21. Januar 2009, Erw. 2; IV 2006/57 vom 4. April 2007, Erw. 1a).

E. 3

3.1 Vorliegend ist der Sachverhalt bei Erlass der Verfügung vom 12. August 2009 zu vergleichen mit jenem, wie er bei der ursprünglichen Rentenzusprache per Januar 2005 vorgelegen hat (BGE 133 V 108). 3.2 In der angefochtenen Verfügung ging die Beschwerdegegnerin davon aus, die Invalidität der Beschwerdeführerin sei wie bei der ursprünglichen Rentenzusprache weiterhin nach der gemischten Methode zu bemessen und die Beschwerdeführerin wäre als Gesunde zu 65% im Erwerb und zu 35% im Haushalt tätig. Angesichts des aktuellen Betreuungsaufwands für die beiden pubertierenden Kinder sei es nicht glaubhaft, dass die Beschwerdeführerin in gesundem Zustand zu 100% erwerbstätig sein würde. Das bisher festgelegte ausserhäusliche Pensum von 65% stelle aufgrund der familiären Verhältnisse bereits ein hohes Mass dar (IV-act. 74-2). In der Beschwerdeantwort stellte die Beschwerdegegnerin sich auf den Standpunkt, es könne offen bleiben, ob die Beschwerdeführerin als teil- oder als vollerwerbstätig einzustufen sei. 3.3 Bis zum Eintritt der gesundheitlichen Probleme im Jahr 2003 hatte die Beschwerdeführerin während sechs Tagen pro Woche täglich 4.5 Stunden gearbeitet (IV-act. 9-2), daneben in einem Privathaushalt vier mal vier Stunden pro Woche und für F. ___ acht bis zehn Stunden pro Monat geputzt (IV-act. ; 22-2; 6-1). Der Ehemann war zu jenem Zeitpunkt bereits invalid und bezog Renten der IV und der Pensionskasse. Die finanzielle Situation der Familie war gemäss Abklärungsbericht Haushalt vom 6. September 2004 angespannt (IV-act. 22-3). Die Abklärungsperson hielt fest, die Beschwerdeführerin würde im bisherigen Ausmass von 60-70% erwerbstätig sein, wenn sie gesund wäre (IV-act. 22-7). 3.4 Ob die Qualifikation der Beschwerdeführerin als lediglich zu 65% erwerbstätig bei der ursprünglichen Invaliditätsbemessung zutreffend war, ist fraglich, kann aber letztlich offen bleiben. Bei der Rentenprüfung per August 2009 präsentierte sich die Situation folgendermassen: Die Söhne der Beschwerdeführerin waren 13 und 16 Jahre alt (IV-act. 1-2). Sie waren also bereits weitgehend selbstständig. Im Schuljahr 2009/2010 ist der ältere Sohn zudem offenbar von der Kantonsschule aus in einem Austauschjahr in Amerika (act. G 8.1 S. 2). Der Ehemann der Beschwerdeführerin ist invalid und daher ganztags zuhause. Er könnte im hypothetischen Gesundheitsfall der Beschwerdeführerin die noch nötige Betreuung des jüngeren Sohns weitgehend übernehmen. Bei der Erledigung des Haushalts können sowohl der Ehemann als auch jener Sohn der Beschwerdeführerin zur Hand gehen. Der Ehemann war gemäss Abklärungsbericht Haushalt 2004 in der Lage, auch schwerere Hausarbeit wie das Staubsaugen zu erledigen (IV-act. 22-5). Die häuslichen Aufgaben der Beschwerdeführerin würden einer Vollerwerbstätigkeit folglich nicht im Weg stehen. Da zudem die finanzielle Situation der Familie angespannt ist, ist davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin zumindest ab 2009 als Gesunde wieder vollerwerbstätig wäre. Vor Eintritt der gesundheitlichen Probleme stellte sie während vieler Jahre eine überdurchschnittliche Leistungsfähigkeit und -bereitschaft unter Beweis. Die Qualifikation als teilerwerbstätige Hausfrau ist per 2009 nicht mehr gerechtfertigt. Die Invaliditätsbemessung hat nach der allgemeinen Methode des Einkommensvergleichs zu erfolgen.

E. 4

4.1 Die somatische Situation präsentierte sich im Rahmen des Revisionsverfahrens folgendermassen: Die Beschwerdeführerin klagte im Rahmen der MEDAS-Begutachtung vom Dezember 2008 über seit Jahren zunehmende Schmerzen im ganzen Rücken, speziell im Nacken, lumbal und in der Rückenmitte. Der Gutachter hatte eine normale Wirbelsäulenstatik festgestellt. Entsprechend den Schmerzangaben werde eine diffus ausgebreitete, vorwiegend weichteilrheumatische Schmerzhaftigkeit angegeben, panvertebral aller Dornfortsätze und der paravertebralen Muskulatur, an den rechten Extremitäten bis zu allen Fingern, bis zum rechten Sprunggelenk, in der Nackenregion und an den Oberarmen. Zudem wird eine druckdolente Pannikulose erwähnt. Die HWS weise ein normales Bewegungsausmass in alle Richtungen auf mit Angabe von jeweils endphasigem Ziehen im Nacken. Bei der LWS führten Rumpfbeugen ebenso zur Angabe von Kreuzschmerzen wie die kaum eingeschränkte Seitenneigung und Reklination sowie das Drehen des Beckens en bloc. Die von der MEDAS veranlassten Röntgenbilder vom 10. Dezember 2008 ergaben eine Streckfehlstellung der HWS, keine Subluxationsstellung und eine geringe Höhenminderung der letzten Wirbelkörper. Differentialdiagnostisch wurde auf ein altes posttraumatisches Residuum und eine Spondylosis deformans des Segments C5/6 verwiesen. Die Bildgebung der LWS machte eine leichtgradige linkskonvexe skoliotische Fehllhaltung sichtbar. Die Wirbelkörper waren nicht höhengemindert, die Zwischenwirbelräume nicht verschmälert. Erhoben wurde eine leichtgradige Arthrose der lumbalen Fazettengelenke kaudalbetont (IV-act. 56-8). Die Gutachter diagnostizierten ein diffuses chronisches Schmerzsyndrom zervikozephal und -brachial rechtsbetont, panvertebral sowie ischialgiform links mit vielen vegetativen Begleitbeschwerden. Die Abnutzungsveränderungen der HWS und LWS würden ein übliches Altersausmass nicht übersteigen (IV-act. 56-11).

4.2 Im Bericht der Neurochirurgie des KSSG vom 18. September 2009 wurde anhand von MRT vom 10. September 2009 eine zervikale Diskushernie C5/6 und C6/7 bei rechtsseitiger, chronisch rezidivierender Zervikobrachialgie diagnostiziert. Bei der Diskushernie C5/6 liege eine ventrale Eindellung des Myelons und bei jener C6/7 eine Myelonkompression vor. Im Bereich L4/5 und L5/S1 zeigten sich Diskusdehydratationen ohne Kompression neuraler Strukturen. Nebenbefundlich wurde auf funktionelle Ovarialzysten verwiesen, wovon die grösste links-pelvin einen Durchmesser von mehreren Zentimetern aufweise. Aus neurochirurgischer Sicht bestehe eine Indikation für eine zervikale Diskektomie C5/6 und C6/7 mit Entfernung der zervikalen Diskushernien und Cage-Implantation in beiden Höhen. Zur Zeit der Untersuchung befand sich die Beschwerdeführerin stationär in der Psychiatrischen Klinik Wil. Die Ärzte der Neurochirurgie des KSSG hielten fest, aufgrund der Komplexität der Beschwerden und des Verdachts auf somatoforme Schmerzstörung sollte die stationäre Diagnostik in der Psychiatrie Wil zunächst zu einem Abschluss gebracht werden. Sollten aus psychiatrischer oder psychosomatischer Sicht keine Kontraindikationen für einen operativen Eingriff bestehen, werde man die Beschwerdeführerin für den operativen Eingriff aufbieten (act. G 4.1).

4.3 Die MRT-Bildgebung erfolgte einen Monat nach Erlass der angefochtenen Verfügung. Es ist wahrscheinlich, dass die Befunde vom September 2009 bereits seit längerer Zeit bestanden. Im Rahmen der MEDAS-Begutachtung vom Dezember 2008 waren lediglich Röntgenbilder und keine MRT erstellt worden. Die Diskushernien an der HWS mit Rückenmarkskompression und die Diskusdehydratationen im Bereich der LWS wurden folglich von der MEDAS nicht diskutiert. Aufgrund dieser Befunde und der gestellten Operationsindikation ist offenbar noch kein Endzustand gegeben. Die Beurteilung der

MEDAS, es lägen sowohl an HWS als auch an LWS nur altersentsprechende leichte Abnützungserscheinungen vor, erscheint immerhin als widerlegt. Eine Arbeitsfähigkeitsschätzung in Kenntnis der Befunde gemäss MRT vom September 2009 liegt nicht vor. Folglich ist nicht mit dem erforderlichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erstellt, dass die Beschwerdeführerin aus somatischer Sicht unter Berücksichtigung der Rückenproblematik in leichten, rückenadaptierten Tätigkeiten uneingeschränkt arbeitsfähig ist.

E. 5

5.1 In psychiatrischer Hinsicht ging med. pract. D.____ am 10. Juni 2008 von einer Verbesserung der Situation im Vergleich zu den Ausführungen der Sozialpsychiatrischen Beratungsstelle St. Gallen vom 30. Dezember 2003 aus. Die Beschwerdeführerin hatte offenbar angegeben, im Vergleich zu 2003 den Schmerz durch die Medikamente etwas besser zu ertragen. Ihr Ehemann habe ausgesagt, sie habe gelernt, mit Schmerzen zu leben, die Situation habe sich aber nicht geändert. Der begutachtende Psychiater erlebte die Grundstimmung der Beschwerdeführerin als nach unten geschoben, die Schwingungsfähigkeit sei leicht eingeschränkt. Lebenslust und Lebensfreude seien vermindert. Sie könne aber weiterhin Freude spüren. Im Antrieb habe die Beschwerdeführerin leicht reduziert gewirkt, psychomotorisch bestehe eine innere Unruhe, die sich gegen aussen kaum bemerkbar mache (IV-act. 47-5). In der Beurteilung geht med. pract. D.____ aufgrund seiner Abklärungen und der von der Beschwerdeführerin angedeuteten Verbesserung nicht mehr von einer schweren depressiven Störung aus. Er erachte die Störung als mittelgradig ausgeprägt mit somatischem Syndrom. Zum einen zeige die Beschwerdeführerin im Psychostatus kein schweres depressives Zustandsbild, zum anderen zeige sie auch Aktivitäten, die auf eine gewisse Belastbarkeit hinwiesen. Hinzu kämen die IV-fremden Faktoren wie soziokulturelle Faktoren, finanzielle Situation, aber auch Motivation zur Aufnahme von Arbeit, die nicht der schulischen Bildung entspreche. In einer körperlich angepassten Tätigkeit attestierte der Gutachter eine Arbeitsfähigkeit von 50% (IV-act. 47-6). An dieser Einschätzung hielt er im Rahmen der zweiten Begutachtung vom 10. Dezember 2008 fest, wobei er neu eine somatoforme Schmerzstörung diagnostizierte, da gemäss interdisziplinärer Besprechung die vielfältige Schmerzproblematik weder physiologisch noch körperlich erklärt werden könne und verschiedene psychosoziale Belastungen und emotionale Konflikte bestünden. Die Foerster-Kriterien seien nicht erfüllt. Hinweise auf akute Selbst- oder Fremdgefährdung fand med. pract. D.____ nicht (IV-act. 57-3 f.).

5.2 Der Psychiater Dr. E.____, bei dem die Beschwerdeführerin seit Mai 2009 in Behandlung steht, ging im Bericht vom 6. Juli 2009 weiterhin von voller Arbeitsunfähigkeit aus (act. G 1.1.4). Wegen einer Intoxikation wurde die Beschwerdeführerin im September 2009 notfallmässig ins KSSG eingeliefert. Der Ehemann habe für ca. drei Stunden die Wohnung verlassen, bei Rückkehr seine Frau bewusstlos auf dem Boden liegend gefunden und die Ambulanz alarmiert. Die Beschwerdeführerin hatte maximal 5 mg Xanax, 4.8 g Etodolac, 375 mg Diclofenac und 4g Paracetamol eingenommen. Gemäss Arzneimittel-Kompendium der Schweiz dürfen bei schweren, invalidisierenden Panikstörungen nicht mehr als maximal 6 mg Xanax über den Tag verteilt eingenommen werden. Das Medikament Lodine, das den Wirkstoff Etodolac enthält, soll gemäss Arzneimittel-Kompendium bei akuten Schmerzen in einer maximalen Tagesdosis von 1.2 g, verteilt auf mehrere Einzeldosen, verabreicht werden. Nicht mehr als 200 mg täglich, ebenfalls verteilt auf mehrere Einzeldosen, ist vom Medikament Diclofenac einzunehmen. Paracetamol sollte in Dosierungen von 0.5-1g eingenommen werden, das

tägliche Maximum liegt bei 4g (Arzneimittel-Kompendium der Schweiz, abrufbar unter: www.kompendium.ch). Die Beschwerdeführerin hatte in suizidaler Absicht die Obergrenzen der Einzeldosierungen der Medikamente folglich bei Weitem überschritten. Bei Eintritt in die Psychiatrische Klinik Wil, in der sich die Beschwerdeführerin im Anschluss an die Intoxikation während gut zweier Monate stationär aufhielt, wurde keine akute Suizidalität festgestellt. Die Beschwerdeführerin sei affektinkontinent und ratlos, weinerlich gewesen. Befürchtungen und Zwänge seien nicht eruierbar gewesen. Hinweise auf Wahn, Sinnestäuschungen und Ich-Störungen seien nicht vorgelegen. Im Antrieb sei die Beschwerdeführerin psychomotorisch vermindert gewesen. Weiter wird von ausgeprägten Schlafstörungen berichtet. Während der ersten Tage in der geschlossenen Akutstation habe sich die Beschwerdeführerin anhaltend von Suizidalität distanzieren können. Gemäss Bericht kam es im Verlauf des stationären Aufenthalts zu einer leichten Verbesserung des psychischen Zustands. Die Ärzte der Klinik Wil diagnostizierten wie med. pract. D.____ eine mittelgradige depressive Episode. Sie schätzten die Arbeitsfähigkeit bei Austritt jedoch nach wie vor auf 0% (act. G 8.1). Dr. B.____ berichtete am 1. September 2009, dass die Beschwerdeführerin seit 2006 einmal jährlich Medikamente in hoher Dosierung und in appellativer Hinsicht eingenommen habe, dies nach innerfamiliären Friktionen. Dabei sei stets eine Person aus der Familie oder eine Nachbarin informiert gewesen und es habe so sehr schnell ein Arzt avisiert werden können (act. G 1.1.5). 5.3 Med. pract. D.____ war über diese Suizidversuche offenbar nicht informiert. Nach Lage der Akten wurde auch nicht erhoben, ob diese appellativer Natur waren. Zwar ist durchaus möglich, dass die Renteneinstellung gemäss der angefochtenen Verfügung erhöhte Verzweiflung auslöste und dies zum Suizidversuch im September 2009 führte. Es handelte sich jedoch nicht um den ersten Versuch; seit 2006 waren offenbar mehrere solche Versuche unternommen worden. Dies lässt die Zuverlässigkeit der Abklärungsergebnisse von med. pract. D.____ als fraglich erscheinen. Solange das Gericht relevante Zweifel an der Vollständigkeit der angezeigten Abklärungen hat und Zweifel an der Angemessenheit der Arbeitsfähigkeitsschätzung anhand der medizinischen Akten nicht ausräumen kann, ist ein Entscheid über die Rentenhöhe verfrüht. Entsprechend erscheint nicht nur betreffend die somatische, sondern auch betreffend die psychiatrische Seite des Falls weiterer Abklärungsbedarf als ausgewiesen.

E. 6

Im Herbst 2009 kam es aufgrund einer Ruhetachykardie, von generalisierten Regulationsstörungen im Ruhe-EKG und hypertonen Blutdruckwerte zu kardiologischen Abklärungen. Die angegebenen Thoraxbeschwerden wurden als nicht anginös befunden, die Ruhetachykardie und die Repolarisationsstörungen blieben unklar. Differentialdiagnostisch wurden sie als Tachykardie durch epinephrines spillover im Rahmen einer depressiven Phase, tachykardiebedingte Repolarisationsstörung oder Systemerkrankung mit Depression und EKG-Veränderungen wie zum Beispiel eine Myasthenie gewertet. Als Zufallsbefund fand sich ein kleiner Vorhofseptumdefekt Typ 2, ein kogenitaler Herzfehler (vgl. act. G 8.1, S. 3). Ob betreffend diese Differentialdiagnosen weitere Abklärungen möglich und notwendig sind, kann das Gericht aufgrund der aktuell vorhandenen Akten ebenso wenig beurteilen wie die Frage, ob ein Verschluss des Vorhofseptumdefekts mittels Herzkatheter notwendig ist und ob sich insgesamt eine weitere Reduktion der Arbeitsfähigkeit ergeben könnte. Der Beizug der entsprechenden kardiologischen Abklärungsberichte sowie die allfällige Veranlassung weiterer Abklärungen erscheinen auch diesbezüglich als angezeigt.

E. 7

7.1 Gemäss den vorstehenden Erwägungen ist die Sache bei teilweiser Gutheissung der Beschwerde und unter Aufhebung der angefochtenen Verfügung an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen, damit diese weitere medizinische Abklärungen veranlasse. Vorzugsweise ist der RAD anzufragen, ob das Stellen von Ergänzungsfragen gegenüber den Gutachtern der MEDAS Ostschweiz verbunden mit einer allfälligen Ergänzungsbegutachtung (gegebenenfalls auch kardiologisch) zur verlässlichen Schätzung der Arbeitsfähigkeit ausreicht, oder ob die polydisziplinäre Begutachtung umfassend zu wiederholen ist. Schliesslich ist über den Rentenanspruch der Beschwerdeführerin neu zu verfügen, wobei die Invaliditätsbemessung nach der allgemeinen Methode des Einkommensvergleichs zu erfolgen hat.

7.2 Das Beschwerdeverfahren ist kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.- bis Fr. 1000.- festgelegt (Art. 69 Abs. 1 bis IVG). Eine Gerichtsgebühr von Fr. 600.- erscheint als angemessen. Die Rückweisung zur Neubeurteilung gilt praxisgemäss als volles Obsiegen (ZAK 1987 S. 268 Erw. 5a). Somit unterliegt die Beschwerdegegnerin vollumfänglich, sodass ihr als nicht von der Pflicht zur Übernahme amtlicher Kosten befreiter selbstständiger öffentlich-rechtlicher Anstalt die ganze Gerichtsgebühr aufzuerlegen ist. Der Beschwerdeführerin ist der geleistete Gerichtskostenvorschuss zurückzubezahlen.

7.3 Bei diesem Verfahrensausgang hat die Beschwerdeführerin zudem Anspruch auf eine ungekürzte Parteientschädigung, die vom Gericht ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache und nach der Schwierigkeit des Prozesses bemessen wird (Art. 61 lit. g ATSG; vgl. auch Art. 98 ff. VRP/SG, sGS 951.1). Angemessen erscheint eine Parteientschädigung von Fr. 3'500.- (einschliesslich Barauslagen und Mehrwertsteuer). emgemäss hat das Versicherungsgericht im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 53 GerG entschieden:

1. Die Beschwerde wird unter Aufhebung der angefochtenen Verfügung vom 12. August 2009 teilweise gutgeheissen und die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen, damit diese im Sinn der Erwägungen weitere Abklärungen vornehme und anschliessend über den Rentenanspruch der Beschwerdeführerin neu verfüge.
2. Die Beschwerdegegnerin hat die Gerichtskosten von Fr. 600.- zu bezahlen. Der Beschwerdeführerin wird der geleistete Gerichtskostenvorschuss von Fr. 600.- zurückbezahlt.
3. Die Beschwerdegegnerin hat der Beschwerdeführerin eine Parteientschädigung von Fr. 3'500.- (inkl. Barauslagen und Mehrwertsteuer) zu bezahlen.

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.