

# **SG\_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2017/435 vom 17. Februar 2020**

Sg Versicherungsgericht, 2020-02-17, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg\\_publicationen\\_IV\\_2017\\_435](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg_publicationen_IV_2017_435)

FR: SG\_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2017/435 du 17 février 2020

IT: SG\_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2017/435 del 17 febbraio 2020

## **Regeste**

Art. 17 ATSG, Art. 28 IVG. Würdigung von medizinischen Gutachten und Berichten behandelnder Ärzte. Rückweisung an die Beschwerdegegnerin zur weiteren Abklärung und neuen Verfügung mangels Spruchreife (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 17. Februar 2020, IV 2017/435).

## **Volltext**

Entscheid vom 17. Februar 2020 Besetzung Präsident Joachim Huber, Versicherungsrichterinnen Christiane Gallati Schneider und Miriam Lendfers; Gerichtsschreiberin Katja Meili Geschäftsnr. IV 2017/435 Parteien A.\_\_\_\_, Beschwerdeführerin, vertreten durch Rechtsanwältin Karin Herzog, M.A. HSG in Law, Amparo Anwälte und Notare, Neugasse 26, Postfach 148, 9001 St. Gallen, gegen IV-Stelle des Kantons St. Gallen, Postfach 368, 9016 St. Gallen, Beschwerdegegnerin, Gegenstand Rente Sachverhalt A.\_\_\_\_, angestellt im Paketdienst der B.\_\_\_\_ AG, meldete sich am 9. Juli 2015 erstmals zum Bezug von Leistungen der Invalidenversicherung an (IV-act. 1). Am 25. Oktober 2014 hatte sie sich bei einem Arbeitsunfall gemäss Bericht über die Erstbehandlung durch Dr. med. C.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Allgemeinmedizin, eine Kontusion des linken Handgelenks zugezogen (vgl. IV-act. 29-25). Weitere Abklärungen im Kantonsspital St. Gallen (KSSG) hatten eine TFCC-Läsion links und eine LT-Band-Instabilität links ergeben, weshalb sich die Versicherte am 14. Januar 2015 einer diagnostischen Arthroskopie, einem Shaving und einer Kenakortinfiltration unterzogen hatte. Die behandelnden Ärzte des KSSG hatten ihr vom 14. bis 31. Januar 2015 eine Arbeitsunfähigkeit von 100% attestiert (IV-act. 29-50 ff.). Am 25. März 2015 hatten die behandelnden Ärzte des Schmerzzentrums des KSSG über ein CRPS (komplexes regionales Schmerzsyndrom) Hand links berichtet (IV-act. 29-38 ff.). Da der Verlauf absolut stagniert hatte und keinerlei Anzeichen einer Besserung vorgelegen hatten, hatten die behandelnden Ärzte des KSSG der Versicherten am 27. Mai 2015 eine Ulnaverkürzungsosteotomie empfohlen. Die Versicherte sei weiterhin nicht arbeitsfähig und die Hand werde nur für sehr leichte Tätigkeiten eingesetzt (IV-act. 57). Die entsprechende Operation wurde am 23. Oktober 2015 durchgeführt (IV-act. 29-18 f., 42). Am 16. Oktober 2015 hatte die IV-Stelle der Versicherten mitgeteilt, aufgrund ihres Gesundheitszustandes seien derzeit keine beruflichen Eingliederungsmassnahmen möglich (IV-act. 19). Im Auftrag der Generali Allgemeine Versicherungen AG (nachfolgend: Generali), Unfallversicherer der Versicherten, wurde diese durch Ärzte der PMEDA bidisziplinär (neurologisch, orthopädisch) abgeklärt. In ihrem Gutachten vom 16. Juni 2016 hielten diese als Diagnosen ein regredientes bzw. weitgehend abgeheiltes CRPS Typ I links mit Minderbeweglichkeit nach Hyperextensionstrauma und TFCC-Läsion sowie zweimaligen operativen Eingriffen

fest. Sie befanden, andauernde Einschränkungen in der angestammten Tätigkeit seien nicht zu erwarten. Adaptierte Tätigkeiten seien per sofort leistbar mit einer Arbeitsfähigkeit von 100%. Der medizinische Endzustand sei aus orthopädischer Sicht noch nicht erreicht (Fremdakten 10). Am 21. Oktober 2016 unterzog sich die Versicherte im KSSG einer Entfernung der LCDCP-Platte an der Ulna links (IV-act. 46 f.). Am 16. November 2016 berichteten die behandelnden Ärzte des KSSG, die Schmerzen seien trotz stationärer Behandlung sowie intensiver und adäquater Analgesie wieder deutlich höher als präoperativ (IV-act. 66). Mit Mitteilung vom 5. Januar 2017 wies die IV-Stelle das Begehren um berufliche Massnahmen ab (IV-act. 71). Am 16. Januar 2017 berichteten die behandelnden Ärzte des Schmerzzentrums des KSSG über ein CRPS Hand links (IV-act. 78). Am 7. April 2017 hielten sie als Nebendiagnosen ausserdem eine mittelgradige depressive Episode fest (IV-act. 97). Die behandelnden Ärzte der Klinik für Hand-, Plastische- und Wiederherstellungschirurgie des KSSG hielten am 20. März 2017 als Anamnese fest, die Hand könne aus der immer noch getragenen Manschette heraus als Bei- und Hilfs hand eingesetzt werden. Eine Belastung sei allerdings weiterhin nicht möglich (IV-act. 100). Im Auftrag der Generali wurde die Versicherte im Frühjahr 2017 erneut durch Ärzte der PMEDA abgeklärt. In ihrem Gutachten vom 4. Mai 2017 hielten diese als Diagnosen ein regredientes CRPS Typ I, links, sowie eine leichtgradige Minderbeweglichkeit Handgelenk links bei Zustand nach Hyperextensionstrauma und TFCC-Läsion sowie insgesamt dreimaligen operativen Eingriffen fest. Sie befanden, in der angestammten Tätigkeit bestehe eine Arbeitsunfähigkeit von 100%. Eine adaptierte Tätigkeit könne die Versicherte zu 100% ausüben. Eine orthopädisch-rheumatologische Nachuntersuchung in ca. sechs Monaten sei als sinnvoll zu erachten, wobei ein Verlaufsbericht seitens der Behandler gegebenenfalls ausreichen könne (Fremdakten 17). Mit Verfügung vom 22. Mai 2017 stellte die Generali die vorübergehenden Versicherungsleistungen per 4. Mai 2017 ein, verneinte den Anspruch auf eine Invalidenrente und sprach der Versicherten eine Integritätsentschädigung zu (Fremdakten 16). Mit Vorbescheid vom 12. Juli 2017 stellte die IV-Stelle der Versicherten bei einem Invaliditätsgrad von 0% die Abweisung des Rentenbegehrens in Aussicht (IV-act. 109). Dagegen erhob die Versicherte am 14. September 2017 Einwand (IV-act. 110, vgl. IV-act. 112). Sie reichte einen Bericht von Dr. C.\_\_\_\_ vom 6. September 2017 ein (IV-act. 112-4). Am 25. Oktober 2017 verfügte die IV-Stelle entsprechend dem Vorbescheid (IV-act. 113). Gegen die Verfügung vom 25. Oktober 2017 erhob die Versicherte (nachfolgend: Beschwerdeführerin) die vorliegende Beschwerde vom 27. November 2017. Sie beantragte darin, die Verfügung sei aufzuheben und es seien ihr die gesetzlichen Leistungen zuzusprechen. Eventualiter sei die Angelegenheit zur Durchführung weiterer Abklärungen an die IV-Stelle (nachfolgend: Beschwerdegegnerin) zurückzuweisen; alles unter Kosten- und Entschädigungsfolge. Sie machte geltend, entgegen den Ausführungen des neurologischen PMEDA-Gutachters liege weiterhin ein stark chronifiziertes CRPS vor, welches sie erheblich einschränke. Ihre psychischen Beeinträchtigungen seien bei der Bemessung der Arbeitsunfähigkeit sowie der Einschränkung im Haushalt nicht berücksichtigt und es sei keine Haushaltsabklärung durchgeführt worden (act. G1). Die Beschwerdegegnerin beantragte am 2. Februar 2018 die Abweisung der Beschwerde. Sie führte aus, es könne auf das Gutachten abgestellt werden. Es bestünden keine Anhaltspunkte, welche weitere Abklärungen aus psychiatrischer Sicht notwendig machen würden (act. G4). Mit Replik vom 14. Mai 2018 hielt die Beschwerdeführerin an ihren Anträgen fest. Sie brachte vor, nach Ansicht der behandelnden Ärzte bestehe noch immer ein CRPS und zudem liege ein Ulnaimpaktionssyndrom links

sowie eine TFCC-Läsion vor (act. G11). Sie reichte Berichte des KSSG vom 20. Dezember 2017 und 10. April 2018 ein (act. G11.1 f.). Die Beschwerdegegnerin verzichtete auf die Einreichung einer Duplik (act. G13). Erwägungen Zwischen den Parteien umstritten und vorliegend zu prüfen ist der Anspruch der Beschwerdeführerin auf eine Invalidenrente gegenüber der Beschwerdegegnerin. Nach Art. 28 Abs. 2 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG; SR 831.20) besteht Anspruch auf eine ganze Invalidenrente, wenn die versicherte Person mindestens zu 70%, auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie wenigstens zu 60%, auf eine halbe Rente, wenn sie mindestens zu 50%, und auf eine Viertelsrente, wenn sie mindestens zu 40% invalid ist. 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 (Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Valideneinkommen, Art. 16 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG; SR 830.1] i.V.m. Art. 28a Abs. 1 IVG). Bei nicht erwerbstätigen Versicherten, die im Aufgabenbereich tätig sind und denen die Aufnahme einer Erwerbstätigkeit nicht zugemutet werden kann, wird für die Bemessung der Invalidität in Abweichung von Art. 16 ATSG darauf abgestellt, in welchem Masse sie unfähig sind, sich im Aufgabenbereich zu betätigen (Art. 28a Abs. 2 IVG). Bei Versicherten, die nur zum Teil erwerbstätig sind, wird für diesen Teil die Invalidität nach Art. 16 ATSG festgelegt. Waren sie daneben auch im Aufgabenbereich tätig, so wird die Invalidität für diese Tätigkeit nach Art. 28a Abs. 2 IVG festgelegt. In diesem Fall sind der Anteil der Erwerbstätigkeit und der Anteil der Tätigkeit im Aufgabenbereich festzulegen und der Invaliditätsgrad in beiden Bereichen zu bemessen (Art. 28a Abs. 3 IVG; so genannte "gemischte Methode"). Im Sozialversicherungsprozess gelten die Grundsätze der Untersuchungspflicht und der freien Beweiswürdigung (Art. 61 lit. c ATSG). Demgemäss hat der Versicherungsträger bzw. im Beschwerdefall das Gericht den rechtserheblichen Sachverhalt von Amtes wegen abzuklären, ohne dabei an die Anträge der Parteien gebunden zu sein. Verwaltungsbehörden und Sozialversicherungsgerichte haben zusätzliche Abklärungen stets vorzunehmen, wenn hierzu aufgrund der Parteivorbringen oder anderer sich aus den Akten ergebender Anhaltspunkte hinreichender Anlass besteht (BGE 110 V 53 E. 4a am Schluss, BGE 117 V 282 f. E. 4.a). Um das Ausmass der Arbeitsunfähigkeit beurteilen und somit den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung und im Beschwerdefall das Gericht auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist (BGE 125 V 261 E. 4). Das Gericht hat zu prüfen, ob die vorliegenden Beweismittel eine zuverlässige Beurteilung des strittigen Leistungsanspruchs gestatten. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der medizinischen Fachperson begründet sind (BGE 125 V 352 E. 3a). Vorab ist die Frage zu klären, ob die medizinische Situation und die Leistungseinschränkungen der Beschwerdeführerin rechtsgenügend abgeklärt wurden.

Die angefochtene Verfügung stützt sich in medizinischer Hinsicht im Wesentlichen auf das Verlaufsgutachten der PMEDA vom 4. Mai 2017 (IV-act. 113, Fremdakten 17). Die Beschwerdeführerin spricht diesem die Beweiskraft ab und hält ihm abweichende Beurteilungen der behandelnden Ärzte entgegen (vgl. act. G1, G11). Die Beschwerdeführerin macht geltend, ihre psychischen Beeinträchtigungen seien nicht berücksichtigt worden (act. G1). Das PMEDA Gutachten wurde von der Unfallversicherung Generali veranlasst und beinhaltete entsprechend dem Auftrag die Disziplinen der Neurologie und der Orthopädie, nicht aber der Psychiatrie (vgl. Fremdakten 17). In der Anamnese gab die Beschwerdeführerin gegenüber dem neurologischen Teilgutachter Dr. med. D.\_\_\_\_, Neurologie FMH, an, es gehe ihr wegen der Schmerzen psychisch nicht gut, sie sei frustriert und traurig. Ausserdem belaste sie die kürzlich festgestellte MS-Erkrankung ihres Ehemannes. Sie sei auch antriebslos und könne sich schlecht aufraffen. Manchmal müsse sie weinen. Alle zwei Wochen sei sie nun auch in Behandlung bei der Psychologin Dr. phil. E.\_\_\_\_. Man habe ihr auch einmal ein Antidepressivum gegeben, was jedoch nichts geholfen habe (Fremdakten 17-5 f.). Dr. D.\_\_\_\_ hielt fest, die Stimmung sei ausgeglichen und situationsadäquat. Der Affekt sei sowohl spontan wie auch auf Fremdreize gut modulierbar. Die Psychomotorik wirke unauffällig und die Antriebslage sowie die Intentionalität seien normal (Fremdakten 17-11). Er setzte sich jedoch nicht vertieft mit allfälligen psychischen Beeinträchtigungen der Beschwerdeführerin auseinander, wozu er mangels entsprechender Facharztausbildung auch nicht kompetent gewesen wäre. Neben den erwähnten anamnestischen Angaben gegenüber Dr. D.\_\_\_\_ finden sich in den Akten weitere Hinweise auf psychische Beschwerden der Beschwerdeführerin. Bereits in einem Bericht des Schmerzzentrums des KSSG vom 5. Mai 2015 führten die zuständigen Ärzte aus, die Beschwerdeführerin bitte um Absage ihres Termins zum psychosomatischen Assessment, da die Vielzahl der Termine von ihr und ihren Kindern ihr momentan zu viel würden und sie sich nicht sicher sei, ob sie überhaupt einen Psychologen brauche. Die Ärzte waren jedoch der Ansicht, das psychosomatische Assessment sollte einen grundlegenden Bestandteil der weiteren Evaluation und der Therapie bilden (IV-act. 29-36 f.). Am 16. Januar 2017 hielten die zuständigen Ärzte des Schmerzzentrums des KSSG sodann als anamnestische Angabe fest, die Beschwerdeführerin habe ein psychosomatisches Assessment damals wegen Zeitmangels abgelehnt. Nun fühle sie sich in ihrer Situation jedoch immer mehr eingeschränkt und mache sich Sorgen, wie es weitergehen solle. Die Ärzte beurteilten, die Beschwerdeführerin sei durch die bereits langanhaltende Situation psychisch sehr belastet, sie werde für ein psychosomatisches Assessment aufgebeten (IV-act. 78). Am 7. April 2017 listeten sie sodann als Nebendiagnose eine mittelgradige depressive Episode auf. Die Beschwerdeführerin sei zur Behandlung der depressiven Symptomatik und zum Erlernen von Entspannungsverfahren regelmässig zu psychotherapeutischen Gesprächen im Schmerzzentrum angebunden. Die initiierte antidepressive und schmerzmodulierende Medikation mittels Cymbalta habe aufgrund von Nebenwirkungen umgehend wieder beendet werden müssen. Die psychotherapeutischen Gespräche seien für die Beschwerdeführerin sehr wichtig geworden und ihre Stimmung habe leicht stabilisiert werden können (IV-act. 97). Selbst RAD-Arzt Dr. med. F.\_\_\_\_ hatte am 10. Februar 2017 eine psychische Alteration in Betracht gezogen (vgl. IV-act. 89-3), es wurden jedoch keine entsprechenden Abklärungen getätigt. Der Sachverhalt erweist sich damit als noch nicht spruchreif. Die Sache ist an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen, damit diese wenigstens die Behandlungsakten der behandelnden Psychologin Dr. phil. E.\_\_\_\_ (vgl. act. G1) beizieht und gegebenenfalls

weitere Abklärungen in psychiatrischer Hinsicht vornimmt. Infolge des Unfalls und der operativen Eingriffe hat die Beschwerdeführerin unbestritten wiederholt ein CRPS an der linken Hand entwickelt. Sie macht geltend, ein solches liege weiterhin vor und schränke sie erheblich ein (act. G1, G11). Die behandelnden Ärzte des Schmerzzentrums des KSSG berichteten unter anderem am 16. Januar 2017 über ein CRPS Hand links. Sie hielten fest, die Budapester-Kriterien (Asymmetrie der Hauttemperatur, Veränderung der Hautfarbe, Ödem, reduzierte Beweglichkeit) seien erfüllt. Die linke Hand sei geschwollen, der Hypothenar links deutlich gerötet und überwärmt. An der linken Hand liege ein Ödem vor und die Beweglichkeit links sei reduziert (IV-act. 78). Die behandelnden Ärzte der Klinik für Hand-, Plastische- und Wiederherstellungschirurgie des KSSG erhoben am 18. Januar 2017 als Status zwar eine inspektorisch unauffällige Hand, keine Hautrötung und allenfalls eine minimale Schwellung, sprachen aber dennoch über das CRPS und allfällige Therapiemöglichkeiten desselben (IV-act. 81). Am 7. April 2017 berichteten die Ärzte des Schmerzzentrums des KSSG sodann über eine Chronifizierung des CRPS mit Stadium II nach Gerbershagen (IV-act. 97-3 ff.). Die PMEDA-Gutachter hielten in ihrem Gutachten vom 4. Mai 2017 (wie bereits in ihrem Gutachten vom 16. Juni 2016; vgl. Fremdakten 10, insbesondere Fremdakten 10-40 f.) ein regredientes CRPS Typ I fest. Dr. D. \_\_\_ befand, die Budapest-Kriterien seien nicht erfüllt. Im klinischen Untersuchungsbefund seien Restsymptome eines weitgehend ausgeheilten CRPS Typ I festzustellen (Druck- und Klopfschmerzhaftigkeit im Bereich des ulnaren Handgelenks links, Rötung der ulnaren Handkante links), wobei die reklamierten Beschwerden in ihrer Intensität deutlich diskrepant zum objektiven klinischen Befund seien. Es fielen Zeichen einer deutlichen Symptomausweitung auf. Die Beschwerdeführerin hatte über starke Schmerzen in der Hand, einen geröteten Handballen und Schwellungen berichtet (Fremdakten 17-5, 17-12 f.). Der orthopädische PMEDA-Teilgutachter führte aus, entgegen den Angaben des Schmerzzentrums des KSSG seien aktuell keine sicheren kutanen Zeichen eines CRPS evident bei seitengleicher Hauttemperatur und -qualität sowie trockenen Hautverhältnissen. Lediglich eine leichtgradige Hyperämie der hypothenaren Weichteile sei objektivierbar. Die dargebotene Minderbeweglichkeit des Handgelenks links sowie der Unterarmwendebewegung links seien durch aktive Gegenspannung aggraviert und mangelnd kooperiert, sichere Zeichen einer namhaften artikulären Störung seien nicht objektiviert. Eine ausreichende biologische Plausibilität der reklamierten Symptomatik sei nicht gegeben (Fremdakten 17-25). Am 10. April 2018 berichteten die behandelnden Ärzte des Schmerzzentrums des KSSG jedoch weiterhin über ein CRPS Hand links und hielten fest, die Budapester Kriterien seien anamnestisch sowie klinisch weiterhin erfüllt (act. G11.2). Dieser Bericht erging zwar nach der angefochtenen Verfügung vom 25. Oktober 2017, stellt aber die damalige Regredienz des CRPS dennoch in Frage. Zudem ist darauf hinzuweisen, dass die Gutachter den medizinischen Endzustand als noch nicht erreicht erachteten und eine orthopädisch-traumatologische Nachuntersuchung in ca. sechs Monaten als sinnvoll erachteten, wobei sie auch einen Verlaufsbericht seitens der Behandler gegebenenfalls für ausreichend hielten (Fremdakten 17-30). Die Beschwerdegegnerin wird die Situation bezüglich des CRPS zum Zeitpunkt der Verfügung mittels einer Rückfrage an die Gutachter und allfälligen weiteren Abklärungen zu prüfen haben. Die Beschwerdegegnerin stuft die Beschwerdeführerin als zu 50% teilerwerbstätig und zu 50% im Haushalt beschäftigt ein (IV-act. 113). Sollte die Beschwerdegegnerin an der Anwendung der gemischten Methode festhalten, so hätte sie weitere Abklärungen bezüglich der Einschränkungen im Haushalt zu tätigen. Die Beschwerdegegnerin stellte der

Beschwerdeführerin zwar einen Fragebogen zur Rentenabklärung betreffend Erwerbstätigkeit/Haushalt zu, welchen diese am 23. Januar 2017 ausfüllte (IV-act. 77), nahm aber keine eigenen Abklärungen vor Ort vor. Auch beurteilten weder die PMEDA Gutachter noch die behandelnden Ärzte den Grad der Einschränkung im Haushalt. Die Beschwerdeführerin gab gegenüber Teilgutachter Dr. D. \_\_\_ an, sie könne mit der linken Hand Gegenstände nicht mehr anheben und nichts mehr im Haushalt erledigen, weder die Wäsche versorgen noch bügeln. Putzen ginge auch nicht mehr. Die Beschwerden seien so ausgeprägt, dass sie nahezu den ganzen Tag Hilfe von ihrem Mann, den Kindern und der Schwägerin benötige (Fremdakten 17-5). Dr. D. \_\_\_ äusserte sich jedoch nicht weiter dazu. Aus dem Fragebogen ergibt sich ebenfalls, dass ein Grossteil der anfallenden Arbeiten nur noch mit Hilfe von Familienmitgliedern erledigt werden könne (IV-act. 77). RAD-Arzt Dr. F. \_\_\_ beurteilte zwar am 4. Juli 2017, eine signifikante Einschränkung im Haushalt, wesentlich und anhaltend, könne aufgrund der vorliegenden Unterlagen nicht festgestellt werden. Er begründete dies jedoch nicht (IV-act. 106). In der angefochtenen Verfügung hielt die Beschwerdegegnerin fest, eine Abklärung vor Ort sei nicht in Betracht gezogen worden, da auch bei einer erheblichen Einschränkung im Haushalt (was aufgrund der 100%igen Arbeitsfähigkeit im Erwerb unrealistisch sei) kein rentenbegründender IV-Grad resultiere (IV-act. 113). Entgegen diesen Ausführungen fällt je nach Ergebnis der weiteren medizinischen Abklärungen jedoch ein rentenbegründender IV-Grad in Betracht, weshalb sich entsprechende Erhebungen der Einschränkungen im Haushalt als notwendig erweisen könnten. Bei der eingeschränkten Beweglichkeit und Belastbarkeit der linken Hand der Beschwerdeführerin kann nicht ohne Weiteres davon ausgegangen werden, dass keine erhebliche Einschränkung im Haushalt vorliegt, zumal die Gutachter von einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit in ihrer angestammten bimanuellen Tätigkeit als Betriebsmitarbeiterin ausgingen (vgl. Fremdakten 17-2). Auch Dr. C. \_\_\_ berichtete am 6. September 2017 über eine starke Einschränkung im Haushalt (IV-act. 112-4, bzgl. der geltend gemachten Einschränkungen vgl. auch IV-act. 39-2). Der Invaliditätsgrad der Beschwerdeführerin ist anhand der vorhandenen medizinischen Akten nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit festlegbar. Der Sachverhalt erweist sich als noch nicht spruchreif. Die Sache ist an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen, damit sie die notwendigen Abklärungen im Sinne der vorstehenden Erwägungen durchführt. Anschliessend wird sie erneut über den Rentenanspruch der Beschwerdeführerin verfügen müssen. Nach dem Gesagten ist die Beschwerde unter Aufhebung der angefochtenen Verfügung vom 25. Oktober 2017 dahingehend gutzuheissen, dass die Sache zur weiteren Abklärung und zu neuer Verfügung im Sinne der Erwägungen an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen ist. Das Beschwerdeverfahren ist kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festgelegt (Art. 69 Abs. 1 bis IVG). Eine Gerichtsgebühr von Fr. 600.-- erscheint in der vorliegend zu beurteilenden Angelegenheit als angemessen. Die Rückweisung zur Neubeurteilung gilt praxisgemäss als volles Obsiegen (vgl. BGE 132 V 215 E. 6.2). Folglich hat die Beschwerdegegnerin die Gerichtskosten zu bezahlen. Der geleistete Kostenvorschuss von Fr. 600.-- ist der Beschwerdeführerin zurückzuerstatten. Gemäss Art. 61 lit. g ATSG hat die obsiegende beschwerdeführende Partei Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Die Parteientschädigung wird vom Versicherungsgericht festgesetzt und ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache und nach der Schwierigkeit des Prozesses bemessen. In der Verwaltungsrechtspflege beträgt das Honorar vor Versicherungsgericht nach Art. 22 Abs. 1 lit. b der Honorarordnung (HonO);

sGS 963.75; in der vorliegend anwendbaren, seit 1. Januar 2019 gültigen Fassung, siehe Art. 30 bis HonO) pauschal Fr. 1'500.-- bis Fr. 15'000.--. Die Beschwerdeführerin gilt beim vorliegenden Prozessausgang praxisgemäss als vollständig obsiegend. Die Rechtsvertreterin der Beschwerdeführerin hat eine Kostennote inkl. Barauslagen und Mehrwertsteuer über Fr. 4'686.70 eingereicht (act. G15, vgl. act. G17). Der geltend gemachte Arbeitsaufwand von 16.71 Stunden scheint mit Blick auf die nicht umfangreichen Eingaben (Beschwerde rund 7 Seiten, Replik 2.5 Seiten) und die nicht übermässig komplexe Aktenlage als nicht angemessen, sodass das Honorar auf pauschal Fr. 3'500.-- (einschliesslich Barauslagen und Mehrwertsteuer) zu kürzen ist. Entscheid im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP Die Beschwerde wird dahingehend gutgeheissen, dass die angefochtene Verfügung vom 25. Oktober 2017 aufgehoben und die Sache zur Vornahme weiterer Abklärungen und neuer Verfügung im Sinne der Erwägungen an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen wird. Die Beschwerdegegnerin hat eine Gerichtsgebühr von Fr. 600.-- zu bezahlen. Der geleistete Kostenvorschuss von Fr. 600.-- wird der Beschwerdeführerin zurückerstattet. Die Beschwerdegegnerin hat der Beschwerdeführerin eine Parteientschädigung von Fr. 3'500.-- (einschliesslich Barauslagen und Mehrwertsteuer) zu bezahlen.

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