

SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2024/26 vom 3. September 2024

Sg Versicherungsgericht, 2024-09-03, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg_publicationen_IV_2024_26

FR: SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2024/26 du 3 septembre 2024

IT: SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2024/26 del 3 settembre 2024

Regeste

Art. 43 ATSG: Verletzung der Untersuchungspflicht. Rückweisung an die Beschwerdegegnerin im Sinne der Erwägungen zur Einholung eines Gutachtens (Entscheidung des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 3. September 2024, IV 2024/26).

Volltext

Entscheidung vom 3. September 2024 Besetzung Präsident Ralph Jöhl, Versicherungsrichterinnen Karin Huber-Studerus und Corinne Schambeck; Gerichtsschreiberin Vera Kolb Geschäftsnr. IV 2024/26 Parteien A.____, Beschwerdeführer, vertreten durch Rechtsanwalt Dr. iur. Kreso Glavas, Advokatur Glavas AG, Dorfstrasse 33, 9313 Muolen, gegen IV-Stelle des Kantons St. Gallen, Postfach 368, 9016 St. Gallen, Beschwerdegegnerin, Gegenstand IV-Leistungen Sachverhalt A.____ meldete sich im März 2021 zum Bezug von IV-Leistungen an (IV-act. 1). Dr. med. B.____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin FMH, berichtete am 30. März 2021 (IV-act. 6-3 ff.), der Versicherte leide an einem lumboradikulären Schmerzsyndrom L4 rechts bei rezessaler Einengung L4/5 und L5/S1 beidseits mit möglicher Affektion der Wurzeln S1 links und L4 rechts seit dem 19. November 2020 und an einer Dekonditionierung und Schwäche nach beidseitigen zentralen Lungenembolien am 13. Januar 2021. Vom 19. November 2020 bis mindestens zum 31. Januar 2021 habe eine volle Arbeitsunfähigkeit bestanden. Im Moment könne der Versicherte lediglich Haushaltsarbeiten im Rahmen von 3-4 Stunden täglich verrichten. Anfangs April sei eine pulmonale Rehabilitationsbehandlung geplant. Die Prognose sei grundsätzlich gut. Dr. B.____ reichte am 30. März 2021 einen Austrittsbericht des Universitätsspitals Y.____, Klinik X.____, vom 20. Januar 2021 (IV-act. 6-5 ff.) und einen Bericht der Radiologie C.____, Diagnose Zentrum D.____, vom 24. November 2020 (IV-act. 6-8 f.) ein. Die Fachpersonen des Universitätsspitals Y.____ hatten angegeben, der Versicherte sei vom 13. bis zum 20. Januar 2021 in stationärer Behandlung gewesen. Sie hätten beim Versicherten zentrale Lungenembolien beidseits (ED 13.01.2021) und eine Thrombozytopenie (01/2021) erhoben. Im Verlauf der Therapie seien eine Verbesserung des allgemeinen Befindens sowie stabile Sättigungswerte von stets über 90% (auch ohne Sauerstoffgabe) erreicht worden. Vom 11. Januar bis zum 31. Januar 2021 habe eine volle Arbeitsunfähigkeit bestanden. Der Radiologe des Diagnose Zentrums D.____ führte in seinem Bericht aus, das MRI vom 24. November 2020 habe zu folgender Beurteilung geführt: "Moderate mehrsegmentale Osteochondrosen, Punctum maximum LWK5/ SWK1 mit flachbogigen Diskushernien. Rezessale Einengungen LWK4/5 und LWK5/SWK1 bds., Punctum maximum LWK5/SWK1 links mit potentieller Affektion der linken Nervenwurzel S1 (keine eindeutige Kompression). Ebenfalls potentielle Reizung der rechten Nervenwurzel L4 im Neuroforamen (auch hier keine eindeutige Kompression).

Anlagebedingt schmaler Spinalkanal ohne höhergradige Stenosierung." Die Arbeitgeberin des Versicherten teilte am 29. März 2021 mit (IV-act. 7), der Versicherte sei ab dem 21. April 2012 in einem 100% Pensum als Küchenmitarbeiter und Chauffeur tätig gewesen (IV-act. 7). Die Fachpersonen des Rehasentrums E. ___ hielten in ihrem Austrittsbericht vom 28. April 2021 fest (IV-act. 9-2 ff.), der Versicherte sei vom 7. April bis zum 27. April 2021 in stationärer Behandlung gewesen. Sie hätten dabei folgende Diagnosen erhoben: Status nach zentralen Lungenembolien bds., ED 13.01.2021, Status nach Thrombozytopenie, ED 14.01.2021, Asthma bronchiale und Spinalkanalstenose. Im Verlauf habe unter physiotherapeutischer Instruktion zur Rumpfstabilisation eine deutliche Besserung der Rückenschmerzen erzielt werden können. Beim Austritt sei der Versicherte für 1000 Meter ohne Hilfsmittel selbständig mobil gewesen. Im 6-Minuten-Gehtest habe der Versicherte 285 Meter ohne Gehhilfe und unter Raumluft bewältigen können. Treppensteigen sei ihm über 96 Stufen gut möglich gewesen (vgl. dazu auch den Bericht der Physiotherapeuten des Rehasentrums E. ___ vom 28. April 2021 [IV-act. 10]). Die Belastungsdyspnoe sei im Verlauf tendenziell weniger ausgeprägt gewesen. Lungenfunktionsdiagnostisch hätten sich normale Lungenvolumina ohne inhalative Therapie gezeigt. Für die Dauer des stationären Aufenthaltes vom 7. bis zum 27. April 2021 und danach bis zum 11. Mai 2021 habe eine volle Arbeitsunfähigkeit bestanden. Am 3. Mai 2021 gab dipl. med. F. ___ (IV-act. 11), Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, vom Rehasentrum E. ___ ergänzend zum interdisziplinären Austrittsbericht an, dass die aktuelle Untersuchung keinen Hinweis auf eine relevante psychische Belastung ergeben habe. Eine depressive Symptomatik von klinischer Relevanz sei nicht eruierbar gewesen; der Versicherte habe berichtet, dass er nicht unter Ängsten oder auch nur Sorgen leide. Auf psychiatrischem Gebiet werde keine Diagnose gestellt. Die Fachpersonen des Universitätsspitals Y. ___ führten am 11. Mai 2021 aus (IV-act. 15), der Versicherte habe berichtet, dass sich die Dyspnoe deutlich verbessert habe. Im rechten Bein habe er keine Beschwerden. Er sei aber aufgrund einer Spinalkanalstenose mit ausstrahlenden Schmerzen in den linken Oberschenkel in Behandlung. Am 1. Juni 2021 berichtete Dr. B. ___ (IV-act. 16), beim Versicherten habe vom 19. November 2020 bis zum 11. Mai 2021 eine volle und vom 12. Mai 2021 bis mindestens zum 13. Juni 2021 eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit bestanden. Sowohl die angestammte als auch eine adaptierte Tätigkeit seien halbtags, also 4 Stunden, möglich. Die Prognose sei gut. Mit einer Mitteilung vom 18. Januar 2023 wies die IV-Stelle das Begehren um berufliche Massnahmen ab (IV-act. 57). Am 6. März 2023 gab Dr. B. ___ an (IV-act. 63-2), der Versicherte sei seit Juni 2021 neunmal infiltriert worden. Die Neurochirurgin habe eine Kryorhizotomie empfohlen, der Versicherte habe das abgelehnt. Die Prognose sei ungünstig. Die Fachpersonen des Departements für Orthopädie und Traumatologie des Spitals G. ___ hatten bereits am 4. November 2022 berichtet (IV-act. 63-3 f.), der Versicherte leide an einem Rezidiv eines beidseitigen ISG-Syndrom links betont bei einem Status nach mehrfacher CT-gesteuerter Infiltration der ISG beidseits mit jeweilig positivem Ansprechen für zwei bis drei Wochen. Er bevorzuge eine nochmalige ISG-Infiltration und wünsche aktuell keine (von den Ärzten empfohlene) Kryorhizotomie. Der RAD-Arzt Dr. med. H. ___ notierte am 17. Mai 2023 (IV-act. 67), dass aufgrund der versicherungsmedizinisch nachvollziehbaren geklagten Rückenbeschwerden eine 50%ige Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit durchaus nachvollziehbar sei. Zu einer Arbeitsfähigkeit in einer dem Gesundheitsschaden angepassten Tätigkeit sei nicht Stellung genommen worden. Bei einer vollen Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit bestehe aufgrund des Gesundheitsschadens und des vermehrten Pausenbedarfs eine 20%ige

Leistungseinschränkung. Aus versicherungsmedizinischer Sicht sei eine angepasste Tätigkeit somit zu 80% zumutbar. Bei einer angepassten Tätigkeit seien folgende Adaptionskriterien zu berücksichtigen: Leichte (angepasste) Tätigkeiten in Wechselbelastung, überwiegend sitzend, ohne Heben, Tragen und Transportieren von Lasten von mehr als 10 kg, ohne Verharren in Zwangshaltungen, ohne Vibrationen/Erschütterungen und klimatische Exposition. Für adaptierte Tätigkeiten sei sowohl beim Hausarzt Dr. B. ___ als auch bei den Fachpersonen des Spitals G. ___ eine Arbeitsfähigkeitsschätzung einzuholen. Dr. B. ___ führte am 30. Mai 2023 aus (IV-act. 72), in der angestammten Tätigkeit bestehe eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit; in einer dem Leiden angepassten Tätigkeit sei eine volle Arbeitsfähigkeit vorhanden. Die Oberärztin Orthopädie und Traumatologie des Spitals G. ___ gab am 21. Juli 2023 an (IV-act. 75), bezüglich einer Arbeitsfähigkeit in der angestammten sowie in einer angepassten Tätigkeit könne sie folgende Informationen angeben: Da beim Versicherten eine chronische Schmerzsituation im Bereich der ISG bestehe, sei auch bei einer Tätigkeit mit längerem Sitzen zu erwarten, dass er nicht komplett beschwerdefrei sei. Es sei jedoch durchaus möglich, dass bei einer Reduktion der Last auf die ISG eine Verbesserung der Symptomatik beigeführt werden könne. Am 4. August 2023 notierte der RAD-Arzt Dr. H. ___ (IV-act. 76), aufgrund der Berichte von Dr. B. ___ und der Oberärztin des Spitals G. ___ könne an den Beurteilungen in der letzten RAD-Stellungnahme festgehalten werde. Entsprechend sei der Verlauf der Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit wie folgt: 100%ige Arbeitsunfähigkeit vom 19. November 2020 bis um 11. Mai 2021, 50%ige Arbeitsunfähigkeit vom 12. Mai bis zum 31. Dezember 2021, 100%ige Arbeitsunfähigkeit vom 1. Januar bis zum 31. Januar 2022 und 50%ige Arbeitsunfähigkeit vom 1. Februar 2022 bis auf Weiteres. In einer adaptierten Tätigkeit habe indessen folgender Verlauf der Arbeitsunfähigkeiten bestanden: 100%ige Arbeitsunfähigkeit vom 19. November 2020 bis zum 11. Mai 2021, 20%ige Arbeitsunfähigkeit vom 12. Mai bis zum 31. Dezember 2021, 100%ige Arbeitsunfähigkeit vom 1. Januar bis zum 31. Januar 2022 und 20%ige Arbeitsunfähigkeit vom 1. Februar 2022 bis auf weiteres. Mit einem Vorbescheid vom 8. August 2023 kündigte die IV-Stelle dem Versicherten an (IV-act 79), sie beabsichtige das Rentenbegehren bei einem IV-Grad von 16% abzuweisen. Am 10. August 2023 wandte der Versicherte ein (IV-act. 80), dass er mit dem Vorbescheid nicht einverstanden sei und maximal zu 50% arbeiten könne. Am 22. September 2023 hielt Dr. med. I. ___ (IV-act. 87 und 93-2), Konsiliararzt Wirbelsäulenchirurgie, vom Spital G. ___ fest, der Versicherte habe rund vier Wochen nach einer erneuten Infiltration (vgl. dazu die Berichte vom 25. August 2023 [IV-act. 89] und vom 29. August 2023 [IV-act. 88 und 93-1]) berichtet, dass die Beschwerden wieder zurückgekommen seien und er linksseitig in den dorsalen Oberschenkel ausstrahlende Schmerzen habe, welche bewegungsabhängig seien. Dr. I. ___ führte aus, in der klinischen Untersuchung sei die linksseitige Nervenreizung, welche durch den positiven Lasègue ausgelöst worden sei, sehr auffällig gewesen. Er sei daher nicht sicher, ob nur eine ISG-Arthropathie der linken Seite vorliege. Vor allem könne die Latenz bis zum Wirkungseintritt auch durch die Cortison-Dosis erklärt sein. MR-tomographisch komme es doch zu einem Kontakt insbesondere der S1 Wurzel links. Um dies besser auseinanderhalten zu können, erachte er eine neurologische Beurteilung als notwendig. Bereits am 15. Juni 2023, am 24. März 2023 und am 2. Februar 2023 hatte Dr. med. J. ___ von der Klinik V. ___ mitgeteilt (IV-act. 90 ff.), dass er beim Versicherten jeweils eine komplikationslose Infiltration des Iliosakralgelenks (links bzw. beidseitig) vorgenommen habe. Der RAD-Arzt Dr. H. ___ notierte am 18. Oktober 2023 (IV-act. 94), dass der

Gesundheitszustand derzeit aufgrund der noch ausstehenden neurologischen Mitbeurteilung als instabil anzusehen sei. Am 3. November 2023 berichtete Prof. Dr. med. K.____, Facharzt für Neurologie FMH (IV-act. 101), er habe beim Versicherten ein lumbospondylogenes Schmerzsyndrom links (bei mediolateralem Discusbulging L5/S1 links) und ein rezidivierendes ISG-Syndrom links erhoben. In der klinischen neurologischen Untersuchung habe der Versicherte komplexere Gangvarianten gut bewerkstelligen können. Ein Trendelenburg-Zeichen liege nicht vor. Etwas diskrepant dazu finde sich eine Minderinnervation im linken Bein bei der Kraftprüfung im Liegen. Dies deute auf eine gewisse Aggravation im Rahmen der Schmerzsymptomatik hin. Die Neurografie der Beinnerven sei links ebenso wie das EMG des von S1 versorgten Musculus gastrocnemius links unauffällig gewesen. Eine höhergradige lumbale Radikulopathie lasse sich nicht feststellen. Am 24. November 2023 gab Dr. I.____ an (IV-act. 102), die neurologische Untersuchung habe keine klare Radikulopathie auf der linken Seite differenzieren können. Dennoch zeige sich diese klinisch recht eindeutig. Das Dermatome passe zu S1 und auch der Lasègue-Test sei klar positiv. Passend dazu liege eine leichte Discusvorwölbung mit Kontakt zu S1 rezessal links vor. Aus diesem Grund sei eine CT-gesteuerte Infiltration S1 links geplant. Am 30. November 2023 teilte Dr. J.____ mit (IV-act. 104), dass er gleichentags eine komplikationslose diagnostisch-therapeutische PRT S1 links vorgenommen habe. Am 22. Dezember 2023 notierte der RAD-Arzt Dr. H.____ (IV-act. 105), aus den neuen Berichten ergebe sich keine Änderung an der Beurteilung durch den RAD. Am 9. Januar 2024 verfügte die IV-Stelle wie angekündigt die Abweisung des Rentenbegehrens (IV-act. 106). Am 31. Januar 2024 liess der Versicherte (nachfolgend: Beschwerdeführer) Beschwerde gegen die Verfügung der IV-Stelle (nachfolgend: Beschwerdegegnerin) vom 9. Januar 2024 erheben (act. G 1). Er beantragte, die Verfügung vom 9. Januar 2024 sei aufzuheben und ihm sei mindestens eine Viertelsrente zu gewähren. Eventualiter sei die angefochtene Verfügung aufzuheben und zunächst eine berufliche Umschulung durchzuführen, bevor über den IV-Anspruch entschieden werde. Zur Begründung führte er aus, dass eine polydisziplinäre Begutachtung in Auftrag zu geben sei, um abschätzen zu können, was ihm effektiv zumutbar sei. Er liess unter anderem einen Bericht von Dr. I.____ vom 18. Januar 2024 einreichen (act. G 1.3). Dieser hatte eine operative Vorgehensweise empfohlen, da er nicht zweiwöchentliche Infiltrationen durchführen wolle. Die Beschwerdegegnerin beantragte die Abweisung der Beschwerde (act. G 4). Sie führte im Wesentlichen aus, dass den RAD-Stellungnahmen Beweiswert zukomme, auch wenn die RAD-Ärzte den Beschwerdeführer nie persönlich untersucht hätten. Daher sei eine Begutachtung nicht notwendig gewesen. Der Beschwerdeführer liess in einer Replik vom 14. Mai 2024 an seinen Anträgen festhalten (act. G 6). Er reichte einen Bericht des Kantonsspitals L.____ vom 6. Februar 2024 ein (act. G 6.1). Erwägungen Der Zweck dieses Beschwerdeverfahrens besteht darin, die angefochtene Verfügung auf deren Rechtmässigkeit zu überprüfen, weshalb der Gegenstand des Beschwerdeverfahrens jenem des vorangegangenen Verwaltungsverfahrens entsprechen muss. Das Verwaltungsverfahren hat sich (nach dem Abschluss der beruflichen Eingliederungsmassnahmen mit einer abweisenden Mitteilung vom 18. Januar 2023) auf die Frage beschränkt, ob der Beschwerdeführer im massgebenden Zeitraum nach der Anmeldung zum Leistungsbezug im März 2021 – unter Berücksichtigung des Art. 29 Abs. 1 IVG – ab dem 1. September 2021 einen Anspruch auf eine Rente der Invalidenversicherung hat. Folglich ist auch in diesem Beschwerdeverfahren nur zu prüfen, ob der Beschwerdeführer für die Zeit ab dem 1. September 2021 einen Rentenanspruch hat. Auf den Eventualantrag um berufliche

Massnahmen (konkret eine Umschulung) kann deshalb nicht eingetreten werden. Am 1. Januar 2022 trat das revidierte Bundesgesetz über die Invalidenversicherung (IVG) in Kraft. Die dem hier angefochtenen Urteil zugrundeliegende Verfügung erging nach dem 1. Januar 2022, betrifft aufgrund der Neuanmeldung vom März 2021 jedoch Leistungen mit allfälligem Anspruchsbeginn vor dem 31. Dezember 2021. In dieser übergangsrechtlichen Konstellation sind nicht die am 1. Januar 2022 in Kraft getretenen Änderungen, sondern die Bestimmungen des IVG und diejenigen der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV) in der bis 31. Dezember 2021 gültig gewesenen Fassung massgebend (vgl. dazu den Entscheid des Bundesgerichts 8C_385/2023 E. 2 vom 30. November 2023 mit Hinweisen). Nachfolgend werden sie in dieser Fassung zitiert. Anspruch auf eine Invalidenrente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG Versicherte, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wiederherstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a), während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig gewesen sind (lit. b) und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid sind (lit. c). Als Invalidität gilt laut Art. 8 Abs. 1 ATSG 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 Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG). Um 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 256 E. 4). Ein invalidenversicherungsrechtlich relevanter Gesundheitsschaden setzt eine fachärztlich gestellte Diagnose nach einem wissenschaftlich anerkannten Klassifikationssystem voraus. Die geltend gemachten Beschwerden müssen unabhängig von der Diagnose und grundsätzlich unbesehen der Ätiologie objektiviert werden können und sich auf die Arbeits- bzw. Erwerbsfähigkeit auswirken. Aus einer Diagnose allein resultiert noch keine verlässliche Aussage über das Ausmass der mit dem Gesundheitsschaden korrelierenden funktionellen Leistungseinbusse (vgl. BGE 141 V 281, insbesondere E. 3.2; BGE 143 V 418 E. 6; Urteile des Bundesgerichts vom 22. Februar 2016, 8C_1/2016, E. 4.3, vom 16. Dezember 2021, 8C_518/2021, E. 2.2, und vom 13. Juli 2022, 8C_38/2022, E. 6.1). Der Beweis für eine lang andauernde und erhebliche gesundheitsbedingte Arbeitsunfähigkeit kann nur dann als geleistet betrachtet werden, wenn die Prüfung der massgeblichen Beweisthemen im Rahmen einer umfassenden Betrachtung ein stimmiges Gesamtbild einer Einschränkung in allen Lebensbereichen (Konsistenz) für die Bejahung einer Arbeitsunfähigkeit zeigt (BGE 143 V 418, E. 6 a.E.). Im Sozialversicherungsrecht gelten der Untersuchungsgrundsatz und der Grundsatz der freien Beweiswürdigung (Art. 61 lit. c ATSG). Das Gericht hat seinen Entscheid, sofern das Gesetz nicht etwas Abweichendes vorsieht, nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu fällen (vgl. BGE 126 V 353 E. 5b; BGE 125 V 193 E. 2, je mit Hinweisen). Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob der

Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten begründet sind (BGE 125 V 351 E. 3a mit Hinweisen). Der RAD hat nie eine persönliche Untersuchung des Beschwerdeführers vorgenommen. Er hat also in seinen Stellungnahmen lediglich den Beweiswert der Behandlerberichte abgeschätzt. Deshalb gilt es nachfolgend zu prüfen, ob die Arbeitsfähigkeitsschätzungen in den Behandlerberichten überwiegend wahrscheinlich richtig sind. Den Berichten von Dr. B. ___ vom 30. März 2021, vom 1. Juni 2021 vom 6. März 2023 und vom 30. Mai 2023 kann kein ausreichender Beweiswert beigemessen werden, denn darin fehlen unter anderem eine konkrete Auseinandersetzung mit den Vorakten sowie eine Symptomvalidierung. Letztere wäre indes notwendig gewesen, dies insbesondere im Hinblick darauf, dass andere Behandler (vgl. bspw. IV-act. 101-2 und IV-act. 93-2) Aggravationen und Unklarheiten festgestellt hatten. Dr. B. ___ hat damit bezüglich des Stärkegrades der Schmerzen und den darausfolgenden Einschränkungen auf die Aussagen des Beschwerdeführers und seine Untersuchungsbefunde abgestellt, ohne diese kritisch zu hinterfragen. Dies wäre angezeigt gewesen, da der Beschwerdeführer die mehrfach empfohlene Kryorhizotomie abgelehnt hat, obwohl sich dadurch bei gutem Verlauf eine länger anhaltende schmerzfreie Zeit hätte erreichen lassen können (vgl. dazu IV-act. 63-4). Damit ist nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erwiesen, dass sich die mit den von Dr. B. ___ diagnostizieren Krankheiten einhergehenden Symptome in diesem Stärkegrad auswirken und zu den vom Beschwerdeführer geschilderten, und von Dr. B. ___ im Bericht übernommenen, Einschränkungen führen. Ebenso ist die von Dr. B. ___ angeführte Arbeitsfähigkeitsschätzung für eine adaptierte Tätigkeit unvollständig, da er nicht ausgeführt hat, worin eine solche Tätigkeit konkret bestehen müsste. Auch hat er sicherlich Kenntnis von diversen Vorakten gehabt; statt diese kritisch zu würdigen hat er sie der Beschwerdegegnerin "kommentarlos" zukommen lassen. Ferner kommt den von Dr. B. ___ ausgestellten ärztlichen Zeugnissen vom 4. Januar 2022 (IV-act. 33), vom 25. Februar 2022 (IV-act. 37), vom 31. März 2022 (IV-act. 38), vom 25. November 2022 (IV-act. 48), vom 24. Januar 2023 (IV-act. 58), vom 21. Februar 2023 (IV-act. 66), vom 24. Mai 2023 (IV-act. 70), vom 24. Juli 2023 (IV-act. 83), vom 26. September 2023 (IV-act. 86) und vom 21. November 2023 (IV-act. 100) kein ausreichender Beweiswert zu, da darin ohne nähere Ausführungen jeweils nur eine ganze oder teilweise Arbeitsunfähigkeit für einen gewissen Zeitraum angegeben wird. Die Berichte und Arztzeugnisse von Dr. B. ___ bilden daher keine geeigneten Beweismittel. Die Berichte des Universitätsspitals Y. ___, Klinik X. ___, vom 20. Januar 2021 und vom 11. Mai 2021 bilden ebenfalls kein ausreichendes Beweismittel. Die Fachpersonen haben sich im Bericht vom 20. Januar 2021 nur pauschal zur "Arbeitsfähigkeit" und dies auch nur für einen gewissen kurzen Zeitraum von rund drei Wochen geäußert. Sie haben dem Beschwerdeführer in dem kurzen Zeitraum eine volle Arbeitsfähigkeit zugesprochen, obwohl sie zeitlich jeweils auch eine Besserung des Gesundheitszustandes angegeben haben. Eine Begründung dafür kann dem Bericht nicht entnommen werden. Aufgrund der Formulierungen im Bericht vom 11. Mai 2021 ist vielmehr davon auszugehen, dass die erhobene Lungenembolie und Thrombozytopenie erfolgreich haben behandelt werden können. Bezüglich dieser beiden Diagnosen geht nichts aus den Berichten hervor, wonach sie zu einer längerdauernden Arbeitsunfähigkeit und damit zu einer Invalidität führen würden. Hingegen ist festgehalten worden, dass sich ein

erfreuliches Ergebnis bezüglich der Beinvenenthrombose mit offenen Venen, ohne Zeichen eines postthrombotischen Syndroms, gezeigt habe. Aktenanamnestisch liege auch eine gute Lungenfunktion vor. Aus diesen Formulierungen wird nicht klar, ob die Lungenembolie und die Thrombose im Laufe der Behandlung so verheilt sind, dass daraus noch ein arbeitsfähigkeitsrelevanter Gesundheitsschaden hervorgeht. Die vom Beschwerdeführer damit zusammenhängend beklagte Belastungsdyspnoe und die Schmerzen im linken Bein sind nicht näher untersucht und damit nicht durch die Behandler objektiviert und geprüft worden. Der Bericht überzeugt nicht, da betreffend die Schmerzen im Bein und die Dyspnoe nur die subjektiven Angaben des Beschwerdeführers wiedergegeben worden sind, ohne diese näher abzuklären. Ob bezüglich des zusätzlich diagnostizierten Asthma bronchiale Untersuchungen stattgefunden haben beziehungsweise aufgrund welcher Befundlage diese Diagnose hergeleitet worden ist, geht aus den Berichten ebenfalls nicht hervor. Eine eingehende Prüfung aller geschilderten Beschwerden mit Symptomvalidierung wäre aber für einen aussagekräftigen Bericht zwingend notwendig gewesen, da andere Behandler Diskrepanzen und Unklarheiten festgestellt hatten (vgl. bspw. IV-act. 101-2 und IV-act. 93-2). Insgesamt deuten die Formulierungen in den Berichten darauf hin, dass unter Umständen aus den erhobenen Diagnosen nach erfolgreicher Behandlung kein relevanter Gesundheitsschaden mehr hervorgegangen ist, also nur kurzzeitige Arbeitsunfähigkeiten bestanden haben, die invalidenrechtlich nicht relevant sind. Dies kann jedoch nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit gesagt werden, da auch die nach der Behandlung beklagte Dyspnoe und die Beinschmerzen nicht näher untersucht worden sind. Auch haben die Fachpersonen die Vorakten jeweils nicht in ihre Beurteilung miteinbezogen, zumindest nicht dazu Stellung genommen. Dr. F.____ vom Rehasentrum E.____ hat in ihrem "psychiatrischen" Bericht vom 28. April 2021 angegeben, dass sie aus psychiatrischer Sicht keinerlei Einschränkungen habe feststellen können; daraus ergibt sich also keine relevante Gesundheitsschädigung. Auch sämtlichen Berichten der Radiologen kommt kein ausreichender Beweiswert zu. Im Bericht des Diagnose Zentrums D.____ vom 24. November 2020 (IV-act. 16-5) ist eine Indikation, ein Befund sowie eine kurze Beurteilung festgehalten. Weitere Angaben, also insbesondere die Auseinandersetzung mit Vorakten, eine Anamnese, eine Arbeitsfähigkeitsschätzung, eine vertiefte Auseinandersetzung mit den vorhandenen Ressourcen des Beschwerdeführers oder auch Ausführungen zur Konsistenz fehlen. Bereits deshalb kann dieser radiologische Bericht nicht als Beweismittel herangezogen werden. In sämtlichen radiologischen Berichten von Dr. J.____ von der Klinik V.____ (IV-act. 90 ff. und 104) geht es um die Vornahme einer Infiltration. Darin fehlen unter anderem eine konkrete Auseinandersetzung mit den Vorakten (nebst der teilweisen Wiedergabe von erhobenen Diagnosen in den Akten), eine eigene Diagnoseherleitung, eine Auflistung der beklagten Einschränkungen und Beschwerden, eine Arbeitsfähigkeitsschätzung oder auch eine Symptomvalidierung. Dementsprechend sind auch die Berichte von Dr. J.____ nicht beweiskräftig. Auch die Berichte des Spitals G.____ vom 4. November 2022 (IV-act. 63-3) und vom 21. Juli 2023 (IV-act. 75) haben keine Beweiskraft. Die Fachpersonen haben ihre Diagnosen (nebst dem Röntgenbefund) nämlich basierend auf den subjektiven Angaben des Beschwerdeführers, also insbesondere aufgrund von dessen Ausführungen zu seinen Schmerzen, gestellt, ohne diese Angaben ausreichend kritisch zu hinterfragen. Auch die Anamnese und der umschriebene Status werfen Fragen auf: In der Anamneserhebung ist notiert worden, dass der Beschwerdeführer vermehrte Schmerzen im Iliosakralgelenk links habe. Im Weiteren ist dann aber festgehalten worden, dass die Schmerzen seit einer Infiltration alle komplett regredient seien. Unter dem Punkt

"Status" ist dann vermerkt worden, dass der Beschwerdeführer bei der Inklination mit Finger-Boden-Abstand von 45 cm und auch bei der Reklination Schmerzen gehabt habe. Auch die ISG-Testung sei schmerzhaft gewesen, jedoch sei die sensomotorische Untersuchung sowie die Lasègue-Testung beider unteren Extremitäten unauffällig gewesen. Aufgrund dieser Widersprüche ist nicht klar, wie stark die Symptome und Schmerzen beim Beschwerdeführer gewesen sind bzw. welche Einschränkungen konkret bestanden haben. Hierzu wäre eine Symptomvalidierung notwendig gewesen. Zumal auch in den späteren Untersuchungen bezüglich des ISG-Syndroms Unklarheiten und gar eine Aggravationstendenz thematisiert worden sind (vgl. bspw. IV-act. 101-2 und IV-act. 93-2). In ihren Berichten haben sich die Fachpersonen (neben der kurzen Wiedergabe eines Röntgenbefunds) auch nicht vertieft mit den Vorakten oder den vorhandenen Ressourcen des Beschwerdeführers auseinandergesetzt. Die von den Fachpersonen erwähnte Therapie (Kryorhizotomie) ist vom Beschwerdeführer grundlos abgelehnt worden. Weiter fehlen konkrete Ausführungen dazu, wieso diese Therapie empfohlen worden ist bzw. was diese für Verbesserungen hätte bewirken können. Dazu ist nur vermerkt, dass dadurch eine länger anhaltende schmerzfreie Zeit hätte erreicht werden können. Weitere Ausführungen fehlen. Auch auf den neurologischen Bericht von Prof. Dr. K. ___ vom 3. November 2023 (IV-act. 101) kann nicht abgestellt werden. Er setzt sich ungenügend mit den Vorakten auseinander. Er erhält zu den Vorakten lediglich den Verweis, dass ein Diskusbulging LWK 5/S1 links mit Kontakt zur S1 links vorbeschrieben sei. Eine weitere Auseinandersetzung dazu und mit weiteren Vorakten und darin enthaltenen Informationen fehlt. Dr. K. ___ hat zwar gewisse Aggravationen festgestellt, eine konkrete Symptomvalidierung ist aber unterblieben. Letztere wäre jedoch zwingend notwendig gewesen. Eine Anamneseerhebung und eine vertiefte Auseinandersetzung mit den Ressourcen des Beschwerdeführers hat er nicht vorgenommen. Auch hat er weder eine Arbeitsfähigkeitsschätzung noch ein Zumutbarkeitsprofil für eine ideal adaptierte Tätigkeit abgegeben. Auch die nachträglich im Rahmen des Beschwerdeverfahrens eingereichten Berichte (act. G 1.3 und 6.1) sind nicht beweistauglich. Beide Berichte beinhalten keine Arbeitsfähigkeitsschätzung, keine Symptomvalidierung und auch keine Auseinandersetzung mit den Vorakten. Bereits aus diesen Gründen kann diesen Berichten kein Beweiswert zukommen, zumal sie ohnehin keine neuen relevanten Tatsachen beinhalten, da aus ihnen die gleichen Diagnosen und Beschwerden wie aus den Verwaltungsakten hervorgehen. Somit liegt kein Behandlerbericht vor, der die verbleibende Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers in einer ideal adaptierten Tätigkeit mit überwiegender Wahrscheinlichkeit belegen würde. Keiner der Arztberichte hat sich beispielsweise zu den Adaptionskriterien einer adaptierten Tätigkeit geäußert; dies hat lediglich der RAD-Arzt gemacht, ohne den Beschwerdeführer jedoch persönlich untersucht zu haben. Auch ist in keinem der Berichte eine Symptomvalidierung vorgenommen worden, obwohl es Hinweise auf Aggravation und Unklarheiten gegeben hat. Auch fehlt in den Arztberichten jeweils eine ausreichende Auseinandersetzung mit relevanten Vorakten. Zusammenfassend erweist sich der massgebende Sachverhalt als unzureichend abgeklärt, weshalb die angefochtene Verfügung in Verletzung der Untersuchungspflicht (Art. 43 Abs. 1 ATSG) ergangen ist und als rechtswidrig aufgehoben werden muss. Da es nicht die Sache des Versicherungsgerichtes sein kann, die ureigenste Aufgabe der Beschwerdegegnerin, nämlich die Sachverhaltsabklärung zu übernehmen, das heisst das sinngemäss beantragte Gutachten selbst in Auftrag zu geben, ist die Sache zur Sachverhaltsermittlung an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. Die Beschwerdegegnerin wird mit Vorteil eine

Begutachtung in Auftrag geben und anschliessend erneut über eine Rentenzusprache entscheiden. Es wird Sache der Beschwerdegegnerin bzw. des RAD sein, die Fachdisziplinen zu bestimmen, die an einer allfälligen Begutachtung teilnehmen sollen. 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). Die Rückweisung einer Sache gilt hinsichtlich der Kosten- und Entschädigungsfolgen rechtsprechungsgemäss als ein vollständiges Obsiegen der beschwerdeführenden Partei. Die angesichts des durchschnittlichen Verfahrensaufwandes auf Fr. 600.-- festzusetzenden Gerichtskosten sind deshalb der Beschwerdegegnerin aufzuerlegen. Der in gleicher Höhe geleistete Kostenvorschuss wird dem Beschwerdeführer zurückerstattet. Der Beschwerdeführer hat einen Anspruch auf eine volle Parteientschädigung. Diese wird vom Versicherungsgericht festgesetzt und ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache und nach der Schwierigkeit des Prozesses bemessen (Art. 61 lit. g ATSG). In der Verwaltungsrechtspflege beträgt das Honorar vor dem Versicherungsgericht nach Art. 22 Abs. 1 lit. b der st.gallischen Honorarordnung (HonO) für Rechtsanwälte und Rechtsagenten pauschal Fr. 1'500.-- bis Fr. 15'000.--. Der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers hat keine Honorarnote eingereicht. Der vorliegende Aktenumfang ist als unterdurchschnittlich zu qualifizieren, insbesondere weil kein Gutachten zu studieren und zu würdigen gewesen ist. Entsprechend ist die Parteientschädigung auf insgesamt 3'500 Franken (inkl. Mehrwertsteuer und Barauslagen) festzusetzen. Entscheid im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP Die Sache wird zur Fortführung des Verwaltungsverfahrens im Sinne der Erwägungen an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen. Auf den Eventualantrag um berufliche Massnahmen wird nicht eingetreten. Die Beschwerdegegnerin hat die Gerichtskosten von Fr. 600.-- zu bezahlen; der geleistete Kostenvorschuss in der Höhe von Fr. 600.-- wird dem Beschwerdeführer zurückerstattet. Die Beschwerdegegnerin hat den Beschwerdeführer mit Fr. 3'500.-- zu entschädigen.

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