



**Fall-Nr.:** IV 2008/310  
**Stelle:** Versicherungsgericht  
**Rubrik:** IV - Invalidenversicherung  
**Publikationsdatum:** 14.07.2020  
**Entscheiddatum:** 22.01.2010

### **Entscheid Versicherungsgericht, 22.01.2010**

**Art. 28 IVG. Neuanmeldung. Würdigung medizinischer Gutachten und Berichte (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 22. Januar 2010, IV 2008/310).**

Abteilungspräsidentin Karin Huber-Studerus, Versicherungsrichterin Lisbeth Mattle  
Frei, Versicherungsrichter Franz Schlauri; Gerichtsschreiberin Fides Hautle

Entscheid vom 22. Januar 2010

in Sachen

M.\_\_\_\_,

Beschwerdeführerin,

vertreten durch Rechtsanwalt lic. iur. Werner Bodenmann, Waisenhausstrasse 17,  
Postfach, 9001 St. Gallen,

gegen

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

Beschwerdegegnerin,

betreffend

Rente

Sachverhalt:



A.

Die 1954 geborene M.\_\_\_\_ meldete sich im Juli 2001 wegen Blutdruck- und Herzproblemen bei der Invalidenversicherung zum Bezug von Leistungen der IV an und beantragte namentlich eine Rente. Gestützt auf ein (rheumatologisches/psychiatrisches) Gutachten des Ärztlichen Begutachtungsinstituts (ABI) vom 19. September 2002, wonach der Versicherten (wegen hypertensiver Herzkrankheit mit therapieresistenter arterieller Hypertonie und chronisch rezidivierendem Lumbovertebralsyndrom) die bisherige Tätigkeit in der Fabrik seit dem 26. Mai 2000 nicht mehr zumutbar sei, eine adaptierte Arbeit hingegen zu 80 %, lehnte die Sozialversicherungsanstalt/IV-Stelle des Kantons St. Gallen am 5. Juni 2003 einen Rentenanspruch der Versicherten ab und wies eine Einsprache hiergegen am 27. August 2003 ab. Einem Valideneinkommen von Fr. 44'185.-- stehe ein Invalideneinkommen von Fr. 30'482.-- (beides 1999) gegenüber. Eine BEFAS-Abklärung wäre angesichts der mangelnden Schulbildung und der fehlenden Eingliederungswilligkeit der Versicherten unverhältnismässig. Das hiesige Versicherungsgericht wies die für die Versicherte erhobene Beschwerde am 30. März 2004 ab und das Eidgenössische Versicherungsgericht wies die erhobene Verwaltungsgerichtsbeschwerde mit Urteil vom 4. November 2004 ab.

B.

B.a Am 10. Dezember 2004 (act. 79) liess die Versicherte ein "Revisionsgesuch" stellen. Ihr Gesundheitszustand habe sich seit Ende 2002 verschlechtert. Beigelegt war unter anderem ein Bericht des Kantonalen Spitals Altstätten vom 28. Juli 2003 (act. 81-2 f./8), wonach eine arterielle Hypertonie, aktuell eine hypertensive Enzephalopathie mit Vomitus und Kopfschmerzen, vorgelegen hatte. Am 29. Dezember 2004/5. Januar 2005 füllte die Versicherte ein Anmeldeformular (act. 74) aus. Dr. med. A.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Allgemeine Medizin, bei welchem sie seit August 2004 in Behandlung stand, gab in seinem Arztbericht vom 21. Januar 2005 (act. 71-1 bis 6/24) an, es lägen eine maligne, therapieresistente Hypertonie, eine grosse medio-linkslaterale sequestrierende Diskushernie L5 sacral I, ein HWS-Syndrom und eine depressive Entwicklung vor. Die Versicherte sei weder körperlich noch psychisch belastbar und seit mindestens Ende Dezember 2002 voll arbeitsunfähig. Beigelegt war



## St.Galler Gerichte

unter anderem ein Bericht der Klinik für Neurologie am Kantonsspital St. Gallen vom 17. Januar 2003, wonach eine leichtgradige Atheromatose im Carotis-Strömungsgebiet mit einer Abgangsstenose festgestellt worden war. Der Regionale Ärztliche Dienst (RAD) der Invalidenversicherung befürwortete eine polydisziplinäre Verlaufsbeurteilung (act. 70). Das ABI erhob gemäss dem Gutachten vom 16. März 2006 (act. 63) als Haupt-Diagnosen im Wesentlichen ein chronisches lumbospondylogenes und ein chronisches zervikozephalales Schmerzsyndrom sowie eine hypertensive Herzkrankheit. Die objektiven Befunde seien praktisch unverändert zur Voruntersuchung vom August 2002. Die Wirbelsäule sei wesentlich vermindert belastbar. Aus kardiologischer, internistischer und psychiatrischer Sicht (Angst- und depressive Störung gemischt) sei die Arbeitsfähigkeit nicht zusätzlich eingeschränkt. Der Versicherten seien nach wie vor körperlich leichte bis gelegentlich mittelschwere, wechselbelastende Tätigkeiten ohne Heben, Stossen und Ziehen von Lasten über 10 kg, ohne Durchführung von stereotypen Bewegungen und Torsionsbewegungen der Wirbelsäule uneingeschränkt zumutbar. Im Rahmen der Polymorbidität könne die früher festgestellte Einschränkung von 20 % bestätigt werden.

B.b Die Sozialversicherungsanstalt/IV-Stelle wies daraufhin das Gesuch der Versicherten mit Verfügung vom 13. Juni 2006 (act. 59) ab. Die Versicherte liess einspracheweise einen Arztbericht von Dr. A.\_\_\_\_ vom 28. Juli 2006 (act. 42) einreichen und eine Rente bei einem Invaliditätsgrad von 70 % beantragen und dann insbesondere unter Hinweis auf einen Arztbericht von Dr. med. B.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 6. November 2006 (act. 38) geltend machen, sie sei aus psychiatrischen Gründen (wegen einer mittelschweren Depression) voll arbeitsunfähig. Dr. B.\_\_\_\_ hatte berichtet, die Versicherte stehe wegen sehr ausgeprägter Symptome einer mittelschweren Depression seit Juli 2006 in seiner Behandlung. Sie sei aus psychiatrischer Sicht in der Arbeitsfähigkeit deutlich eingeschränkt, wahrscheinlich zu 100 %. Vorstellbar wäre später eventuell eine Arbeitsfähigkeit in einem Pensum von 50 % mit auf die Hälfte reduzierter Leistungsfähigkeit. Die Versicherte sei in deutlich gesenkter und verzweifelter Stimmung, verhalte sich passiv und apathisch und ihr Gedankengang sei stark eingeschränkt und kreise um ihre Erkrankung. Dr. A.\_\_\_\_ hatte unter anderem erklärt, es bestehe seit 2004 eine eindeutige Verschlechterung des körperlichen und psychischen Zustandes. Mit dem Gutachten sei er nicht einverstanden, wie schon der frühere



Hausarzt mit dem Gutachten von 2003 (recte wohl: 2002) nicht einverstanden gewesen sei. Er halte die Versicherte nach wie vor für zu 100 % arbeitsunfähig. Um die Frage einer allfälligen Verschlechterung zu klären, sah der RAD am 20. November 2006 (act. 34) eine weitere Verlaufsbeurteilung bei der nächstverfügbaren MEDAS-Stelle vor. Insbesondere interessiert der Verlauf der im Februar 2003 diagnostizierten hypertensiven Enzephalopathie. Es stelle sich die Frage, ob allenfalls eine weitere Abklärung (durch bildgebende Verfahren oder eine neuropsychologische Untersuchung) indiziert sei. Die IV-Stelle widerrief am 28. November 2006 die Verfügung vom 13. Juni 2006 und schloss das Einspracheverfahren ab. Am 23. April 2007 (act. 21) gab sie den Gutachterauftrag mit den Zusatzfragen an das ABI.

B.c Das ABI bezeichnete im Gutachten vom 16. Januar 2008 (act. 19) als Hauptdiagnosen im Wesentlichen (erstens) eine arterielle Hypertonie und hypertensive Herzkrankheit, (zweitens) ein chronisches lumbospondylogenes Schmerzsyndrom, (drittens) ein chronisches zervikozephalisches Schmerzsyndrom, (viertens) Angst und depressive Störung gemischt, und (fünftens) einen unsystematischen Schwindel ohne Hinweis auf eine periphere vestibuläre Funktionsstörung. Weder aus psychiatrischer, kardiologischer oder rheumatologischer noch aus HNO-ärztlicher Sicht hätten sich seit der Vorbeurteilung vom Februar 2006 objektiverbare Veränderungen ergeben. Für eine körperlich leichte bis nur intermittierend mittelschwere, adaptierte berufliche Tätigkeit unter den bezeichneten Arbeitsplatzvoraussetzungen (wechselbelastend, ohne Tragen schwerer Lasten und ohne intensive isometrische Belastungen usw.) bestehe eine ganztägig verwertbare Arbeits- und Leistungsfähigkeit von 80 %. Aktuell bestehe ein Status nach einer Plattenosteosynthese vom 12. Oktober 2007 bei posttraumatischer mehrfragmentärer intraartikulärer Radiusfraktur rechts mit deutlicher Einschränkung der Gebrauchsfähigkeit des rechten Arms, die aber nach der üblichen Rehabilitationszeit von sechs bis acht Wochen dahingefallen sein werde.

B.d Auf den Vorbescheid vom 17. April 2008 (act. 14 f.) hin liess die Versicherte am 5. Juni 2008 (act. 6) unter Hinweis auf Arztberichte von Dr. med. C.\_\_\_\_, Spezialarzt FMH für Neurologie, vom 12. September 2007 (act. 19-46 ff./55) und von Dr. med. D.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Hals, Nase, Ohren, vom 14. Dezember 2006 (act. 19-53 f./55) einwenden, sie leide an massivem Schwindel und an Bewusstseinsverlusten. Aufgrund des Schwindels sei sie einmal gestürzt und einmal habe sie während mehrerer Stunden



das Bewusstsein verloren. Die Einschätzung des ABI vermöge daher nicht zu überzeugen. Eine Tätigkeit, bei welcher sie gehen müsse, komme für sie nicht in Frage. Eine Arbeitsfähigkeit bestehe nur noch in äusserst eingeschränktem Umfang von höchstens 25 %. Dr. C.\_\_\_\_ hatte davon berichtet, dass die Überweisung an ihn erfolgt sei, weil die Versicherte zusammengebrochen und für mehrere Stunden bewusstlos gewesen sei. Er hatte unter anderem ein gesichertes zerebrales Multiinfarktgeschehen diagnostiziert und festgehalten, die Episoden mit Bewusstseinstrübung bzw. -verlust schreibe er den Durchblutungsstörungen und zeitweiligen metabolischen Entgleisungen zu. Dr. D.\_\_\_\_ hatte die Verdachtsdiagnose einer Otitis media chronica simplex gestellt und festgehalten, er habe keinen Hinweis für eine peripher-vestibuläre Ätiologie des Schwindels gefunden. Differentialdiagnostisch komme ein benigner paroxysmaler Lagerungsschwindel in Frage.

B.e Mit Verfügung vom 9. Juni 2008 wies die Sozialversicherungsanstalt/IV-Stelle einen Anspruch der Versicherten auf eine Rente ab. Der Invaliditätsgrad betrage 32 % (bei einer Arbeitsunfähigkeit von 20 % und einem Leidensabzug von 10 % von den Tabellenlöhnen). Das Gutachten sei nachvollziehbar.

C.

Gegen diese Verfügung richtet sich die von Rechtsanwalt lic. iur. Werner Bodenmann für die Betroffene am 11. Juli 2008 erhobene Beschwerde. Der Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin beantragt, die angefochtene Verfügung sei aufzuheben, der Beschwerdeführerin sei eine Invalidenrente bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 70 % zuzusprechen und es seien weitere medizinische Abklärungen zur Festsetzung des Arbeitsfähigkeitsgrades in Auftrag zu geben. Die Beschwerdeführerin leide an massivem Schwindel und an Bewusstseinsverlusten. Im Oktober 2007 sei sie deswegen gestürzt und habe sich eine Radiusfraktur zugezogen. Ausserdem sei sie gemäss dem Bericht von Dr. C.\_\_\_\_ zusammengebrochen und während mehreren Stunden bewusstlos gewesen. Dr. D.\_\_\_\_ habe festgehalten, es bestehe eine grosse Unsicherheit beim Gehen. Der Bericht von Dr. C.\_\_\_\_ dürfte den ABI-Gutachtern nicht vorgelegen haben. Die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin sei weit mehr eingeschränkt, als das Gutachten feststelle. In der Beschwerdeergänzung vom 4. September 2008 bringt der Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin vor, das



Gutachten sei widersprüchlich. Gemäss der rheumatologischen Untersuchung sollte die Beschwerdeführerin ihre Arbeitsposition regelmässig selbständig wechseln können. Es bestehe eine deutliche Stehunsicherheit mit Falltendenz. Gemäss dem kardiologischen Bericht seien der funktionelle Status deutlich vermindert und die Ausdauerleistung eingeschränkt. Auch otorhinolaryngologisch sei von einer qualitativen Einschränkung der Arbeitsfähigkeit auszugehen. Insgesamt sei davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin keine Arbeitstätigkeit mehr ausüben könne, die ein Gehen oder Stehen erfordere. Das Gutachten sei auf die Problematik des Schwindels und der Bewusstseinsverluste nicht eingegangen. Die Beschwerdegegnerin hätte die entsprechende Kenntnis der Gutachter bei der Sachverhaltsabklärung zu verifizieren gehabt. Die Beschwerdeführerin könne lediglich noch eine sitzende Tätigkeit ausüben, allerdings dürfe sie aber nicht zu lange sitzen. Dem psychiatrischen Gutachten könne nicht gefolgt werden, weil der behandelnde Psychiater, welcher die gesundheitliche Entwicklung der Beschwerdeführerin seit längerem habe beobachten können, und Dr. A.\_\_\_\_ eine psychische Verschlechterung attestiert hätten. Die Beschwerdegegnerin habe nicht dargelegt, weshalb auf das Gutachten und nicht auf diese Einschätzung abgestellt werde. Danach bestehe eine volle Arbeitsunfähigkeit.

D.

In ihrer Beschwerdeantwort vom 27. Oktober 2008 beantragt die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde. Auf die Gutachten könne abgestellt werden. Die Schwindelbeschwerden (und das Arztzeugnis von Dr. C.\_\_\_\_) seien berücksichtigt worden. Es seien deswegen Arbeiten mit Sturzgefahr nicht geeignet. Bei dem Vorfall mit dem Bewusstseinsverlust scheine es sich um eine einmalige Angelegenheit gehandelt zu haben, weshalb ihm kein Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit zukomme. Sowohl der Psychiater wie der Hausarzt stünden in einem Vertrauensverhältnis zur Beschwerdeführerin und seien daher weniger unabhängig als die Gutachter. Ihren Einschätzungen komme kein grösseres Gewicht zu als derjenigen der Gutachter. Die Gutachter hätten sich auch mit den abweichenden Beurteilungen der Dres. B.\_\_\_\_ und A.\_\_\_\_ auseinandergesetzt. Sie hätten auch auf die mangelnde Compliance der Beschwerdeführerin hingewiesen.

E.



In seiner Replik vom 19. November 2008 macht der Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin geltend, aus dem Gutachten gehe nicht hervor, dass tatsächlich berücksichtigt worden sei, dass die Beschwerdeführerin wegen des Zusammenbruchs mit Bewusstlosigkeit an Dr. C.\_\_\_\_ gewiesen worden sei. Es sei ausserdem nicht allein von Schwindel, sondern von eigentlichen Bewusstseinsverlusten auszugehen, die zum Teil längere Zeit angedauert hätten. Es möge sein, dass die Beschwerdeführerin bis anhin lediglich einmal während längerer Zeit völlig bewusstlos gewesen sei. Das zeige allerdings, wie heftig die Beschwerden seien, an denen die Beschwerdeführerin leide. Die Beschwerden seien offensichtlich viel schwerwiegender, als das ABI das annehme. Die Behörden seien verpflichtet, eingehend zu prüfen und überzeugend darzulegen, weshalb sie sich auf die eine oder die andere Einschätzung stütze. Das Gutachten überzeuge nicht.

F.

Die Beschwerdegegnerin hält am 1. Dezember 2008 an ihrem Antrag fest.

Erwägungen:

1.

1.1 Am 1. Januar 2008 ist die 5. IV-Revision in Kraft getreten. Die Beschwerdegegnerin hat die angefochtene Verfügung am 9. Juni 2008, also unter der Geltung des Rechts dieser Revision, erlassen. Zu beurteilen ist der Sachverhalt, wie er sich bis zum Zeitpunkt des Erlasses dieser Verfügung entwickelt hat. Dieser Sachverhalt reicht in eine Zeit vor Inkrafttreten der 5. IV-Revision zurück. Die 5. IV-Revision enthält keine die Rente betreffende übergangsrechtliche Bestimmung. Das Bundesamt für Sozialversicherungen unterstellt aber zu Recht eine ausfüllungsbedürftige Lücke (vgl. das Rundschreiben Nr. 253 vom 12. Dezember 2007; zum Ganzen im Detail der Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen i/S M. vom 28. Oktober 2009, IV 2009/5). Da Anmeldung und Eintritt der Arbeitsunfähigkeit schon Jahre zurückliegen, sind die bis zum 31. Dezember 2007 gültig gewesenen Bestimmungen (im Folgenden angeführt) anzuwenden. Für die Invaliditätsbemessung hat sich indessen keine Änderung der Rechtslage ergeben.



1.2 Mit der angefochtenen Verfügung hat die Beschwerdegegnerin das Leistungsgesuch der Beschwerdeführerin, namentlich den Rentenanspruch, abgewiesen. Sie ist auf deren Neuanmeldung eingetreten, was nicht zu beanstanden ist, lautet der allgemeine Verfahrensgrundsatz der Eintretenshürde bei Neuanmeldungen nach einer vorausgegangenen Rentenabweisung doch lediglich, dass der Gesuchsteller das Vorliegen eines aktuell rentenbegründenden Sachverhalts glaubhaft machen muss, während ein Sachverhaltsvergleich auf der Zeitachse - anders als im Rentenrevisionsverfahren - hier nicht erforderlich ist (Franz Schlauri, in SBVR, Soziale Sicherheit, 2. A., Die Militärversicherung, Rz 137 mit Fn 190 f.). Ergäbe sich, dass ohne Eingliederungsmassnahmen ein Rentenanspruch in Frage steht, so gehörte nebst dem Rentenanspruch zum Streitgegenstand notwendigerweise auch die Frage, ob die Verwaltung den Grundsatz "Eingliederung vor Rente" beachtet und eine allfällige Pflicht der Beschwerdeführerin zu Massnahmen korrekt in Anspruch genommen habe.

2.

2.1 Nach Art. 28 Abs. 1 IVG besteht der Anspruch auf eine ganze Invalidenrente, wenn die versicherte Person mindestens zu 70 %, derjenige auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens zu 60 % invalid ist. Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % Anspruch auf eine Viertelsrente.

2.2 Für die Invaliditätsbemessung, welche das Mass der Zurücksetzung der erwerblichen Leistungsfähigkeit infolge gesundheitlicher Beeinträchtigung ergeben soll, sind zunächst die medizinischen Vorbedingungen von Bedeutung. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beschreiben und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist. Die ärztlichen Auskünfte sind in der Folge eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 125 V 261 E. 4; ZAK 1982 S. 34). Ob die versicherte Person eine ihr zumutbare Tätigkeit auch tatsächlich ausübt, ist für die Invaliditätsbemessung hingegen unerheblich (Rz 3046 des vom Bundesamt für Sozialversicherungen erlassenen Kreisschreibens über die Invalidität und Hilflosigkeit in der Invalidenversicherung = KSIH).



2.3 Der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin ist drei Mal begutachtet worden. Das letzte Gutachten datiert vom 16. Januar 2008. Zu einer vom gutachterlichen Ergebnis stark abweichenden Arbeitsfähigkeitsschätzung sind der behandelnde Psychiater Dr. B. \_\_\_ und Dr. A. \_\_\_ als Hausarzt gelangt. Dr. A. \_\_\_ stellt eine deutliche Verschlechterung des somatischen und psychiatrischen Zustands fest. Dr. B. \_\_\_ geht von einer sehr ausgeprägten Symptomatik einer mittelschweren Depression und einer Arbeitsunfähigkeit von wahrscheinlich 100 % aus.

2.4 Das Gutachten basiert auf einer Kenntnisnahme von den Vorakten, namentlich auch von den Berichten von Dr. C. \_\_\_ vom 12. September 2007, von Dr. D. \_\_\_ vom 14. Dezember 2006 (vgl. act. 19-24 f./55) und von Dr. B. \_\_\_ vom 6. November 2006. Bei der Begutachtung wurden die Anamnese und der internistische Status erhoben. In psychiatrischer, rheumatologischer, kardiologischer und otorhinolaryngologischer Hinsicht fanden spezialärztliche Untersuchungen statt. Unter psychiatrischem Aspekt wurde eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit um 20 %, bedingt durch die ängstlich-depressive Störung, festgestellt. Die Beschwerdeführerin sei verunsichert durch ihren Schwindel, ihre Stimmung sei leicht herabgesetzt, es bestehe eine leicht verminderte psychische Belastbarkeit. Bei der rheumatologischen Exploration wurde eine deutliche Steh- und Gangunsicherheit festgestellt, die sich aber mit dieser Disziplin nicht erklären lasse. Es sei als Arbeitsplatzvoraussetzung erforderlich, dass die Beschwerdeführerin ihre Arbeitsposition regelmässig selbständig wechseln könne und dass längeres Stehen oder Sitzen an Ort, repetitives Heben, Tragen, Ziehen und Stossen von Lasten über 10 kg und stereotype Rotationsbewegungen, insbesondere der HWS und der LWS, sich vermeiden liessen. Auch das Arbeiten in längerdauernder Oberkörper-Vorneigeposition sei ungünstig. Kardiologisch gesehen wurde die Beschwerdeführerin für eine sitzende Tätigkeit mit Gehen und gelegentlichem Tragen von leichten Lasten als arbeitsfähig betrachtet. Körperlich belastende Tätigkeiten und intensive isometrische Belastungen seien zu vermeiden. Der funktionelle Status und die Ausdauerleistung dürften eingeschränkt sein. Aus otorhinolaryngologischer Sicht wurde ebenfalls eine qualitative Einschränkung der Arbeitsfähigkeit festgestellt, und zwar wegen der intermittierenden unsystematischen Schwindelbeschwerden insofern, als Arbeiten mit Sturzgefahr für die Beschwerdeführerin nicht geeignet seien. Sie sei deswegen subjektiv stark verunsichert. Insgesamt ergab sich nach gutachterlicher Einschätzung für eine adaptierte Tätigkeit eine Arbeitsfähigkeit von wiederum 80 %.



2.5 Diese ärztliche Wertung erscheint bei der gegebenen Aktenlage nicht als überzeugend. Was die Diagnosen betrifft, lässt sich feststellen, dass die hypertensive Herzkrankheit (mit der arteriellen Hypertonie) offenbar an Bedeutung zugenommen hat. Ausserdem hat die Angst und depressive Störung gemischt inzwischen ein die Arbeitsfähigkeit tangierendes Ausmass angenommen. Der psychiatrische Gutachter hat festgehalten, der psychiatrische Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin sei geringfügig verschlechtert; die Ängste seien ausgeprägter. Bei der rheumatologischen Untersuchung wurde festgehalten, die Beschwerden am Bewegungsapparat hätten sich nicht wesentlich verändert. Es würden immer noch chronische lumbale Beschwerden mit Ausstrahlungen in den Ober- und Unterschenkel bis in den Fuss mit lokaler Hyposensibilität beklagt, daneben unverändert okzipital betonte Kopfschmerzen. Neu dazugekommen seien rezidivierende periartikuläre Kniegelenksbeschwerden. Zumindest aus psychiatrischer Sicht zeigte sich somit selbst gemäss dem Gutachten im Zeitablauf seit der letzten Begutachtung eine gewisse Verschlechterung des Zustands, welche die Einschätzung einer tendenziell grösseren Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit erwarten lässt.

2.6 Die erwähnten Kniebeschwerden waren bei der Begutachtung Anlass, dieses Gelenk anlässlich der gutachterlichen Untersuchung bildgebend aufzunehmen. Bezüglich der lumbalen Situation aber wurden keine aktuellen, bildgebenden Befunde erhoben. Und das, obwohl wie erwähnt erhebliche entsprechende Beschwerden beklagt wurden und obwohl die klinische Bewegungsprüfung wegen sofortiger Schwindelsymptomatik und Stehunsicherheit schwierig durchführbar gewesen war. Stattdessen wurde auf ein MRI der LWS vom September 1998, also auf ein neun Jahre altes Bild, zurückgegriffen. Auch das zervikocephale Schmerzsyndrom wurde anhand eines MRT der HWS vom Januar 2005 beurteilt. Zu einer umfassenden, originären Abklärung des Gesundheitszustands hätte allerdings hier eine aktuelle Befunderhebung gehört, die für eine verlässliche Beurteilung unabdingbar gewesen wäre.

2.7 Otorhinolaryngologisch ist dem unsystematischen Schwindel die Arbeitsfähigkeit einschränkende Bedeutung beigemessen worden, allerdings nur insofern, als Arbeiten mit Sturzgefahr ungeeignet seien. Bei der Erhebung des rheumatologischen Status hatte jedoch (im Unterschied zur Voruntersuchung) eine deutliche Steh- und Gangunsicherheit (mit Falltendenz beidseits) imponiert und es waren wiederholte



Schwindelattacken zu beobachten gewesen. Die Beschwerdeführerin hatte wiederholt gestützt werden müssen, weil sie sonst gestürzt wäre. Angesichts dieser Feststellungen und der aktenkundig gewordenen Auswirkungen der Blutdruckprobleme (sowie der Diagnose eines zerebralen Multiinfarktgeschehens) erscheint wenig plausibel, dass die Arbeitsfähigkeit keine zusätzliche Einschränkung erfahren haben soll. Nicht ohne weiteres nachvollziehbar ist ausserdem, weshalb die Gutachter es hinsichtlich der früher diagnostizierten hypertensiven Enzephalopathie und ihren möglichen Auswirkungen bei der klinischen Untersuchung, bei welcher sie lediglich keine "eindeutigen" Hinweise auf dieses Leiden hatten finden können, belassen haben und keine weiteren Abklärungen unternommen haben, nach deren Indikation (bildgebende oder neuropsychologische Untersuchung) sich der RAD ausdrücklich erkundigt hatte. Im Übrigen fand die Abklärung in einem Zeitpunkt nur rund drei Wochen nach einer Osteosynthese einer mehrfragmentären intraartikulären Radiusfraktur statt, was für die Begutachtungssituation eine Erschwernis darstellte.

2.8 Insgesamt bestehen an der Stichhaltigkeit des Begutachtungsergebnisses ernsthafte Zweifel, die eine Rückweisung der Sache zu einer weiteren polydisziplinären Abklärung, sinnvollerweise durch eine andere MEDAS-Stelle, rechtfertigen.

3.

3.1 Im Sinne der vorstehenden Erwägungen ist die Beschwerde unter Aufhebung der angefochtenen Verfügung vom 9. Juni 2008 teilweise zu schützen und die Sache ist zu ergänzenden medizinischen Abklärungen im Sinne der Erwägungen und zu entsprechender neuer Verfügung an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen.

3.2 Eine Rückweisung zur weiteren Abklärung der Streitsache und anschliessender neuer Verfügung an die Beschwerdegegnerin stellt praxisgemäss aus prozessualer Sicht in Bezug auf die Kosten ein vollständiges Obsiegen dar (vgl. SVR 1995 IV Nr. 51 S. 143; ZAK 1987 S. 266 E. 5a). Angesichts des Unterliegens der Beschwerdegegnerin rechtfertigt es sich, ihr die Gerichtskosten, die nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert festgelegt werden (Art. 69 Abs. 1<sup>bis</sup> IVG), gesamthaft aufzuerlegen (vgl. Art. 95 Abs. 1 VRP/SG). Eine Entscheidgebühr von Fr. 600.-- erscheint angemessen. Die Bewilligung der unentgeltlichen Prozessführung (Befreiung



## St.Galler Gerichte

von den Gerichtskosten und Bewilligung der unentgeltlichen Rechtsverteidigung) vom 30. Oktober 2008 ist damit obsolet geworden.

3.3 Die Beschwerdeführerin hat bei vollem Obsiegen Anspruch auf Ersatz der Parteikosten, die vom Gericht ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache und nach der Schwierigkeit des Prozesses bemessen werden (Art. 61 lit. g ATSG; vgl. auch Art. 98 ff. VRP). Der Bedeutung der Streitsache und dem Aufwand angemessen erscheint eine Parteientschädigung von Fr. 3'500.-- (einschliesslich Barauslagen und Mehrwertsteuer).

Demgemäss hat das Versicherungsgericht

entschieden:

1. In teilweiser Gutheissung der Beschwerde wird die angefochtene Verfügung vom 9. Juni 2008 aufgehoben und die Streitsache wird zu ergänzenden Abklärungen im Sinne der Erwägungen und zu entsprechender neuer Verfügung an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen.
2. Die Beschwerdegegnerin bezahlt eine Gerichtsgebühr von Fr. 600.--.
3. Die Beschwerdegegnerin hat der Beschwerdeführerin eine Parteientschädigung von Fr. 3'500.-- zu bezahlen.