



Fall-Nr.: IV 2009/321
Stelle: Versicherungsgericht
Rubrik: IV - Invalidenversicherung
Publikationsdatum: 23.06.2020
Entscheiddatum: 08.08.2011

Entscheid Versicherungsgericht, 08.08.2011

Art. 17 ATSG. Rentenrevision. Würdigung von Gutachten. Rückweisung wegen zahlreicher widersprüchlicher Aussagen im bidisziplinären Gutachten. Anweisung zur Verlaufsbegutachtung durch die Erstgutachter (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 8. August 2011, IV 2009/321).

Entscheid Versicherungsgericht, 08.08.2011

Präsidentin Lisbeth Mattle Frei, Versicherungsrichter Martin Rutishauser, a.o.
Versicherungsrichter Christian Zingg, Gerichtsschreiberin Jeannine Bodmer

Entscheid vom 8. August 2011

in Sachen

A.____,

Beschwerdeführerin,

vertreten durch Rechtsanwalt lic. iur. Eugen Koller, LL.M., Anwaltskanzlei St. Jakob,
St. Jakob Strasse 37, 9000 St. Gallen,

gegen

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

Beschwerdegegnerin,

betreffend



Rentenrevision (Erhöhung)

Sachverhalt:

A.

A.a A.____, meldete sich am 18. März 2005 wegen Rückenbeschwerden zum Bezug von IV-Leistungen an (act. G 3.1/1). Von Januar 2002 bis zum Eintritt einer anhaltenden Arbeitsunfähigkeit ab 7. Juni 2004 hatte sie als Kundenfrequenzerfasserin bei den SBB gearbeitet; dieses Arbeitsverhältnis war auf den 31. Dezember 2004 befristet gewesen (act. G 3.1/11, 3.1/12-3). Am 11. August 2006 wurde die Versicherte durch das Medizinische Gutachtenzentrum St. Gallen (MGSG) orthopädischerseits von Dr. med. B.____, Spezialarzt Orthopädie FMH, untersucht, welcher im Gutachten vom 27. September 2006 eine Arbeitsfähigkeit in adaptierter Tätigkeit von 65% festhielt (act. G 3.1/40). Dr. med. C.____, Arzt für Neurologie, Arzt für Neurologie und Psychiatrie, Sozialmedizin, Rehabilitationsmedizin, befand die Versicherte im psychiatrischen Teilgutachten vom 6. September 2006 aus rein psychiatrischer Sicht in der angestammten Tätigkeit als Zugbegleiterin für nicht mehr, in einer Verweistätigkeit zu 50% arbeitsfähig (act. G 3.1/39). Gestützt auf die Stellungnahme des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD) vom 17. November 2006 (act. G 3.1/42) sowie die Haushaltsabklärung vom 9. März 2007 (act. G 3.1/47, 48) verfügte die IV-Stelle am 14. Juni 2007 die Zusprache einer halben Invalidenrente ab 1. Juni 2005 auf Grund eines Invaliditätsgrads von 55% (act. G 3.1/57).

A.b Am 25. August 2008 stellte die Versicherte Antrag auf Erhöhung der Invalidenrente, da sie aus gesundheitlichen Gründen nicht mehr in der Lage sei, einer ausserhäuslichen Erwerbstätigkeit nachzugehen (act. G 3.1/58). Ihr Hausarzt Dr. med. D.____, FMH Innere Medizin / Rheumatologie, hielt im Bericht vom 22. September 2008 eine Verschlechterung des Gesundheitszustands fest und schätzte die maximal zumutbare Arbeitsfähigkeit in einer rückschonenden Tätigkeit auf 25% (act. G 3.1/63). Dagegen befand der RAD-Arzt Dr. E.____ die Versicherte am 4. November 2008 nach wie vor zu 50% adaptiert arbeitsfähig, wobei jedoch die Art der Tätigkeit gewechselt habe. Ergänzend müsse diese heute rückschonend, d.h. leicht und mit der Möglichkeit zusätzlicher Pausen, sein (act. G 3.1/64).



St.Galler Gerichte

A.c Die IV-Stelle stellte im Vorbescheid vom 1. Dezember 2008 eine Ablehnung des Revisionsgesuchs in Aussicht (act. G 3.1/67). Im dagegen gerichteten Einwand (bei der IV-Stelle eingegangen am 16. Dezember 2008) beantragte die Versicherte zur Feststellung der Höhe ihrer Arbeitsfähigkeit die Durchführung einer bidisziplinären Begutachtung oder einer ergänzenden Untersuchung durch den RAD (act. G 3.1/68.). Dem Antrag folgend wurde die Versicherte am 27. April 2009 von Dr. med. F.____, Facharzt für Rheumatologie und Innere Medizin, Manuelle Medizin, SAMM, Ultraschall am Bewegungsapparat, SGUM, und Dr. med. G.____, Psychiatrie und Psychotherapie FMH, begutachtet. Die beiden Ärzte hielten aus bidisziplinärer Sicht eine Arbeitsfähigkeit von 50% in den körperlichen Leiden adaptierten Tätigkeiten fest, mit analog dem Vorgutachten im Vordergrund stehender Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit durch die psychiatrische Diagnose, die in allen Tätigkeiten wirksam werde (act. G 3.1/76-20). Der RAD-Arzt Dr. E.____ befand in seiner Stellungnahme vom 4. August 2009, dass auf das Begutachtungsergebnis vollumfänglich abgestellt werden könne. Die nach wie vor zumutbare Arbeitsfähigkeit von 50% adaptiert werde mit den klinischen Befunden (Funktionsmuster/Ressourcen) begründet. Da keine anhaltende arbeitsfähigkeitsrelevante Veränderung des Gesundheitszustands vorliege, bestehe auch kein medizinischer Revisionsgrund (act. G 3.1/78).

A.d Mit Verfügung vom 4. August 2009 lehnte die IV-Stelle eine Erhöhung der Invalidenrente gestützt auf einen weiterhin bestehenden Invaliditätsgrad von 55% ab (act. G 3.1/79).

B.

B.a Gegen diese Verfügung erhob die Versicherte, vertreten durch Rechtsanwalt lic. iur. E. Koller, am 4. Oktober 2010 Beschwerde mit dem Antrag auf Aufhebung der angefochtenen Verfügung und Ausrichtung einer ganzen Invalidenrente ab 1. August 2008. Eventualiter sei die Streitsache zur erneuten Beurteilung an die Vorinstanz zurückzuweisen; unter Kosten- und Entschädigungsfolgen. Ausserdem sei der Beschwerdeführerin die unentgeltliche Prozessführung und Prozessvertretung zu gewähren. Zur Begründung machte der Rechtsvertreter geltend, dem Gutachter Dr. F.____ hätten nicht alle Vorakten zur Verfügung gestanden und er habe eine weitere Röntgendiagnostik empfohlen. Daher sei die Sache zur weiteren Abklärung und



erneuten Beurteilung an die Vorinstanz zurückzuweisen. Zudem sei das Gutachten bezüglich der Schmerzproblematik widersprüchlich und der Zusammenhang zwischen den somatischen Beschwerden und den massiven Schmerzen der Beschwerdeführerin offensichtlich gegeben. Da die Begutachter nicht dazu Stellung genommen hätten, inwiefern die Medikation die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin beeinträchtige, sei ein weiteres Gutachten zur Klärung dieser Frage einzuholen. Zudem sei auch ein Gutachten bezüglich der Frage, ob eine Persönlichkeitsstörung vorliege, einzuholen, und das Valideneinkommen sei nach oben zu korrigieren (act. G 5.3).

B.b Am 21. Oktober 2009 nahm der RAD-Arzt Dr. E.____ in medizinischer Hinsicht zu den Argumenten der Beschwerdeführerin Stellung. Er sah jedoch keinen Anlass, frühere RAD-Beurteilungen zu revidieren (act. G 3.1/87). Mit Beschwerdeantwort vom 23. November 2009 beantragte die Beschwerdegegnerin Abweisung der Beschwerde (act. G 3).

B.c Mit Präsidialverfügung vom 30. November 2009 wurde der Beschwerdeführerin die unentgeltliche Prozessführung bewilligt (act. G 4).

B.d Mit Replik vom 29. März 2010 hielt die Beschwerdeführerin an ihren Anträgen fest (act. G 12).

B.e Die Beschwerdegegnerin hat auf die Einreichung einer Duplik verzichtet (act. G 14).

Erwägungen:

1.

Streitig und zu prüfen ist vorliegend, ob sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin seit der verfügten Rentenzusprache vom 14. Juni 2007 (act. G 3.1/57) rentenrelevant verschlechtert hat.

2.



2.1 Ändert sich der Invaliditätsgrad einer rentenbeziehenden Person 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 jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Die Invalidenrente ist somit 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. E. 3.5). Zeitlicher Referenzpunkt für die Prüfung einer anspruchserheblichen Änderung bildet die letzte rechtskräftige Verfügung, die auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Durchführung eines Einkommensvergleichs beruht; vorbehalten bleibt die Rechtsprechung zur Wiedererwägung und prozessualen Revision (BGE 133 V 108 E. 5.4). Dagegen stellt die bloss unterschiedliche Beurteilung der Auswirkungen eines im Wesentlichen unverändert gebliebenen Gesundheitszustands auf die Arbeitsfähigkeit für sich allein genommen keinen Revisionsgrund im Sinn von Art. 17 Abs. 1 ATSG dar (Urteil des Bundesgerichts vom 3. November 2008, 9C_562/08, E. 2.1).

2.2 Im sozialversicherungsgerichtlichen Verfahren hat das Gericht den Sachverhalt von Amtes wegen festzustellen und alle Beweismittel objektiv zu prüfen, unabhängig davon, von wem sie stammen, und danach zu entscheiden, ob sie eine zuverlässige Beurteilung des strittigen Leistungsanspruchs gestatten (BGE 134 V 231 E. 5.1).

2.3 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 261 E. 4 mit Hinweisen). Hinsichtlich des Beweiswerts eines ärztlichen Berichts ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der



medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen in der Expertise begründet sind (BGE 125 V 352 E. 3a).

3.

3.1 Umstritten ist, ob sich die gesundheitlichen Verhältnisse seit der Rentenzusprache im Juni 2007 verschlechtert haben.

3.1.1 Im ersten Gutachten des medizinischen Gutachtenzentrums St. Gallen vom 26. September 2006 befanden die Gutachter Dr. B.____ und Dr. C.____ die Beschwerdeführerin in der angestammten Tätigkeit als zu 100% und in einer angepassten, d.h. in einer körperlich leichten Tätigkeit ohne vermehrte Tragebelastung zu 50% arbeitsfähig. Die orthopädische Diagnose lautete auf eine persistierende Störung nach Fusionsoperation L4-S1 verbunden mit einer 35%igen Arbeitsunfähigkeit. Aus psychiatrischer Sicht wurde ein chronisches Schmerzsyndrom nach operativem Eingriff an der unteren LWS 12/04 (M54.4), eine leichte kognitive Störung (F06/7), eine Persönlichkeitsstörung mit vor allem abhängigen Zügen (F60.7) sowie eine Anpassungsstörung bei langjährig biopsychosozialer Belastungssituation (F43.2) diagnostiziert und der Beschwerdeführerin eine Arbeitsunfähigkeit adaptiert von 50% attestiert (act. G 3.1/39-10f.). Bezugnehmend darauf hielt die RAD-Ärztin Dr. med. H.____, Fachärztin FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, mit Stellungnahme vom 17. November 2006 fest, es bestünden Einschränkungen der konzentrativen Ausdauerbelastbarkeit. Das Arbeitstempo für komplexe geistige Aufgaben sei vermindert, das Anpassungs- und Umstellungsvermögen sowie die Fehlerkontrolle seien erschwert. Medizinisch-theoretisch zumutbar seien möglichst strukturierte Tätigkeiten ohne komplexe geistige Anforderungen, ohne Zeit- und Termindruck und mit Möglichkeit zur Fremdkontrolle im Rahmen von 50% in körperlich leichten Tätigkeiten ohne vermehrte Tragebelastung (act. G 3.1/42).

3.1.2 Mit Schreiben vom 26. August 2008 bestätigte der Hausarzt Dr. D.____ eine Verschlechterung des Gesundheitszustands. Er berichtete ausserdem über eine Erhöhung der Medikation infolge der wieder zugenommenen depressiven Symptomatik. Auf Grund dieser depressiven Verstimmung befand er die Beschwerdeführerin zu 100% arbeitsunfähig (act. G 3.1/58). Im Arztbericht vom 22.



September 2008 schätzte er die Einschränkungen in der Leistungsfähigkeit schliesslich auf 50 - 75% und hielt eine maximale Arbeitsfähigkeit von 25% in einer rückschonenden Tätigkeit fest (act. G 3.1/63). Dies sei so zu verstehen, dass die Beschwerdeführerin maximal zwei Stunden pro Tag arbeiten könne, jedoch lediglich mit einer halben bis einer Viertel-Leistung, so dass die Restarbeitsfähigkeit im Vergleich zu einer gesunden Person nur 12.5 - 25% betrage (act. G 3.1/68).

3.1.3 Im (Verlaufs-)Gutachten von Dr. F.____ und Dr. G.____ vom 28. Juli 2009 wurden als Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit festgehalten: ein chronisches lumbovertebrales bis lumbospondylogenes Syndrom beidseits, derzeit links- früher rechtsbetont (ICD-10: M54.5 resp. M54.4) bei/mit: Status nach Spondylodese L4-S1 mit intersomatischer Fusion und Fixateur interne 12/2004, möglicher Implantatlockerung, Wirbelsäulenfehlhaltung/-fehlform, muskulären Dysbalancen und Dekonditionierung und Verdacht auf Symptomausweitung bei psychosozialer Problemkonstellation, sowie eine rezidivierende depressive Störung mit gegenwärtig mittelgradiger Episode mit somatischem Syndrom (ICD-10: F33.11, act. G 3.1/76-18). Gemäss Dr. F.____ präsentierte sich aus rheumatologischer Sicht weiterhin ein postoperatives Schmerzsyndrom nach lumbosakraler Spondylodese, bezüglich dessen Ausprägung zahlreiche nichtorganische Zeichen den Verdacht auf eine erhebliche Symptomausweitung und Schmerzverarbeitungsstörung entstehen liessen. Bei schwierigem psychosozialem Umfeld ständen diesbezügliche Reintegrationshindernisse und eine subjektive Invaliditätsüberzeugung der Realisierung der im Vorgutachten attestierten Restarbeitsfähigkeit im Weg. Als neu würden linksseitige Schmerzausstrahlungen beklagt, mit einer wahrscheinlich spondylogenen Sensibilitätsminderung am linken Bein, die jedoch nicht den Verdacht auf eine Kompromittierung neuromeningealer Strukturen entstehen liessen. Insbesondere fehlten Zeichen einer Wurzelkompression S1, wie sie durch den orthopädischen Vorgutachter bei zu weit medial platzierter Schraube S1 für möglich erachtet worden seien. Hingegen erachtete Dr. F.____ für möglich, dass sich das Osteosyntesematerial gelockert haben könnte, was aber noch ergänzender Abklärungen bedürfte.

3.1.4 Aus psychiatrischer Sicht erfolgte laut Dr. G.____ auf Grund der aktuell erhobenen Befunde eine andere Wertung der psychischen Situation als noch im Vorgutachten, jedoch ohne dass dies eine andere Einschätzung der Arbeitsfähigkeit



bedinge (act. G 3.1/76-21). Trotz inzwischen etablierter antidepressiver Medikation mit ausreichenden Medikamentenspiegeln im Blut bestehe nach wie vor ein depressives Zustandsbild. Es könne sogar angenommen werden, dass ohne adäquate Medikation die Depression stärker in Erscheinung treten würde. Was 2006 noch als Anpassungsstörung imponiert habe und wahrscheinlich ein leichter depressiver Zustand gewesen sei, müsse nun im Längsschnittverlauf als rezidivierende depressive Störung angesehen werden. Dabei möge es auch Phasen von besserer affektiver Schwingungsfähigkeit geben. Aus psychiatrischer Sicht ergäben sich nach wie vor keine Hinweise auf eine somatoforme Schmerzkomponente. Eine Willensanstrengung zur Schmerzüberwindung liege demnach im Bereich der somatischen Therapie. Trotzdem sei die Arbeitsfähigkeit aus rein psychiatrischer Sicht nicht vollständig aufgehoben. Die Beschwerdeführerin sei zwar durch ihre Beschwerden sozial zunehmend isoliert, erfahre jedoch durch ihren Lebenspartner Hilfestellung und Unterstützung. Nur durch das tragende Umfeld und die Tagesstruktur sowie die regelmässigen Spaziergänge mit ihren Hunden komme es bislang nicht zur Ausbildung eines schweren depressiven Syndroms, was die Arbeitsfähigkeit tatsächlich aufheben würde und gegebenenfalls auch die Einweisung in eine psychiatrische Klinik notwendig werden liesse (act. G 3.1/77-6).

3.1.5 Die Beurteilung durch Dr. F.____ einerseits und jene durch Dr. G.____ andererseits kontrastieren in wesentlichen Punkten. Offensichtlich haben sich die beiden Gutachter, obgleich es sich um eine bidisziplinäre Begutachtung handelt, nicht miteinander ausgetauscht und abgestimmt. Während Dr. F.____ von einem weiterhin vorliegenden postoperativen Schmerzsyndrom nach lumbosakraler Spondylodese ausging, bezüglich dessen Ausprägung "zahlreiche" nichtorganische Zeichen den Verdacht auf eine erhebliche Symptomausweitung und Schmerzstörung entstehen liessen (vgl. act. G 3.1/76-21), hielt Dr. G.____ im Untergutachten vom 29. Juni 2009 fest, es ergäben sich aus psychiatrischer Sicht keine Hinweise auf eine somatoforme Schmerzkomponente. Demnach liege eine Willensanstrengung zur Schmerzüberwindung im Bereich der somatischen Therapie (act. G 3.1/77-6). Offenbar erachtete Dr. G.____ die Schmerzen für somatisch begründet, während Dr. F.____ eine erhebliche Symptomausweitung vermutete. Allerdings geht aus dem Gutachten von Dr. F.____ nicht detailliert hervor, welches denn die "zahlreichen" nichtorganischen Zeichen sind, die ihm den Verdacht auf eine "erhebliche" Symptomausweitung nahelegten.



Dass Dr. F.____ die fehlende Bereitschaft zu erneuter operativer Behandlung als solches nichtorganisches Zeichen wertete, erscheint insoweit wenig plausibel, als die Erfahrung der Beschwerdeführerin mit der Rückenoperation im Dezember 2004 nicht positiv ausgefallen ist. Auch das soziale Umfeld der Beschwerdeführerin wird von den Gutachtern unterschiedlich erfasst. Gemäss Dr. G.____ bewahrten das tragende Umfeld, insbesondere die Hilfestellung und Unterstützung ihres Lebenspartners, die Tagesstruktur und die regelmässigen Spaziergänge mit den Hunden die Beschwerdeführerin vor einer schweren Depression und vollständiger Arbeitsunfähigkeit (act. G 3.1/77-6), wogegen Dr. F.____ ein schwieriges psychologisches Umfeld ortete (vgl. act. G 3.1/76-21), ohne jedoch auszuführen, was er darunter verstand.

3.1.6 Im Weiteren wird von der Beschwerdeführerin bemängelt, dass Dr. F.____ bei der Begutachtung das im Vorgutachten beschriebene CT der LWS vom 16. August 2006 gefehlt habe, und es werden weitere Untersuchungen zur abschliessenden Beurteilung der Rückenbeschwerden gefordert. Wie Dr. F.____ im Gutachten vom 28. Juli 2009 festhielt, sei neben einer Verlaufs-CT hinsichtlich einer eventuellen Implantatlockerung ergänzend eine Szintigraphie zu erwägen (act. G 3.1/76-17). Da in der aktuellen klinischen Untersuchung jedoch keine Anhaltspunkte für eine rechtsseitige S1-Problematik oder eine anderweitige Wurzelkompromittierung bestünden, bleibe die Relevanz dieser Befunde zu diskutieren. Zwar erscheine eine Lockerung des Osteosynthesematerials radiologisch möglich, diese müsste jedoch in ergänzenden Abklärungen wie CT oder Skelettszintigraphie bestätigt werden. Offenbar sah er davon ab, weil die Beschwerdeführerin jede neuerliche Operation ablehne und er eine nicht zwingende organische Schmerzkomponente, wie ein gestörtes Schmerzerleben als wesentlich die Beschwerden unterhaltendes Problem vermutete (act. G 3.1/76-19). Für Dr. E.____ fehlte eine saubere medizinische Indikation für weitere radiologische Abklärungen, da klinisch keine relevanten Befunde vorlägen, die Wahrscheinlichkeit einer organischen Schmerzursache klein sei, aber falls doch zutreffend, sie offensichtlich ohne therapeutische Konsequenzen wäre, weil der Beschwerdeführerin der Wille zur operativen Behandlung fehle (act. G 3.1/87-2). Die Ablehnung weiterer Abklärungen ist aber nicht bereits auf Grund fehlender Operationsbereitschaft zulässig. Wäre eine Implantatlockerung für die anhaltenden Beschwerden (mit-)verantwortlich und könnten diese überwiegend wahrscheinlich



durch einen medizinischen Eingriff gemildert werden, könnte sich die Frage einer medizinischen Eingliederungsmassnahme stellen. Was die fehlende Aufnahme der LWS vom 16. August 2006 betrifft, ist zwar im Allgemeinen zu verlangen, dass einem Gutachter sämtliche relevanten Akten vorliegen. Dazu gehören zweifellos auch Bildaufnahmen der Wirbelsäule, zumal deren Beurteilung im Vordergrund der rheumatologischen Begutachtung der Beschwerdeführerin gestanden war. Immerhin konnte Dr. F.____ auf eine gutachterliche Beurteilung dieser Aufnahme durch Dr. B.____ zurückgreifen (vgl. act. G 3.1/40-4), so dass das fehlende Aktenstück für sich allein noch keine erheblichen Zweifel an der Beweistauglichkeit des bidisziplinären Gutachtens zu wecken vermöchte.

3.1.7 Die Beschwerdeführerin macht ausserdem geltend, dass der Medikamentenkonsum sowie die durch die Opiat-Analgetika verursachten kognitiven Störungen nicht genügend in die Arbeitsfähigkeitsschätzung einbezogen worden seien. Wie Dr. G.____ festgehalten hat, bestehe aus psychiatrischer Sicht eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit und zwar bei ausreichend dosierter antidepressiver Medikation. Die kognitiven Störungen sah er als wahrscheinliche Folge der depressiven Grunderkrankung oder allenfalls als Beeinträchtigung durch den massiven Opiat-Analgetika-Konsum (act. G 3.1/77-6). Dass die Beschwerdeführerin die Schmerzmittel seit der Erstbegutachtung praktisch verdoppelt hatte, wie sie selber angab und ihr Hausarzt bestätigte (act. G 3.1/58 ff.), wurde durch die Gutachter nicht beurteilt oder kommentiert. Es fehlt auch eine medizinische Aussage darüber, ob und allenfalls inwiefern der massive Schmerzmittelkonsum die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin beeinflusst.

3.1.8 Im Übrigen enthält das psychiatrische Untergutachten von Dr. G.____ Ungereimtheiten bzw. offene Fragen. So stellte der Psychiater im Rahmen seiner Untersuchung offenbar keine Suizidalität fest, in der Beurteilung hielt er aber einschränkend fest, dass die im Schreiben der Beschwerdeführerin an die SVA St. Gallen vom 25. August 2008 gemachten Aussagen bezüglich der psychischen Verfassung mit zunehmenden Suizidgedanken auf Grund der chronischen Schmerzproblematik als ernst eingestuft werden müssten. Offene Fragen ergeben sich auch aus der Anamnese des Vorgutachters und jener von Dr. G.____. So hielt letzterer fest, dass die Beschwerdeführerin über eine unauffällige Kindheit und Jugendzeit mit



Primarschule, Sekundarschule und Verkaufsanlehre berichtet habe. Demgegenüber ist bei Dr. C.____ zu lesen, dass die Beschwerdeführerin unter der harten Erziehung ihrer Mutter gelitten hatte, nach der ersten Klasse in die Hilfsschule wechseln musste, mit 14 Jahren zweimal ausgerissen und mit 15 endgültig von zu Hause weggekommen sei. Dr. G.____ hat die unterschiedlichen Schilderungen nicht weiter diskutiert. Es bleibt offen, ob und was er daraus ableitet. Auch die Angabe, wonach die Beschwerdeführerin "früher" 43kg gewogen habe und jetzt wegen zunehmender Immobilisation 71kg ist insoweit mit dem Vorgutachten unstimmtig, als bei Dr. C.____ zu lesen ist, dass die Beschwerdeführerin (nur) im Zusammenhang mit ihrer Scheidung massiv Gewicht verloren habe (von 72 auf 49 kg), vor und danach aber praktisch normalgewichtig war. Die Ungereimtheiten oder Ungenauigkeiten hat Dr. G.____ nicht durch Nachhaken ausgeräumt. Offenbar hat er das Vorgutachten nicht im Detail zur Kenntnis genommen.

3.2 Zusammenfassend ist festzuhalten, dass sich auf Grund obiger Widersprüche und Unstimmigkeiten in den beiden Teilgutachten bzw. insbesondere im Verhältnis der bidisziplinären Erkenntnisse zueinander erhebliche Zweifel an der Beweiskraft des Gutachtens vom 28. Juli 2009 ergeben. Je nach Beurteilung durch die neuen Gutachter werden allenfalls weitere Abklärungen betreffend Wirbelsäule vonnöten sein (vgl. E. 3.1.6). Jedenfalls werden sich die Gutachter zum Schmerzmittelkonsum und dessen allfällige Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit zu äussern haben. In diesem Sinne ist entsprechend dem Eventualantrag die Sache zur Neubegutachtung an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. Da es sich vorliegend um eine Verlaufsbegutachtung handelt, erscheint es angezeigt, diese durch die beiden Erstbegutachter Dr. B.____ und Dr. C.____ vornehmen zu lassen. Die Beschwerdegegnerin wird folglich auf Grund der fehlenden Beweiskraft des Gutachtens vom 28. Juli 2009 ein auf einander abgestimmtes bidisziplinäres Verlaufsgutachten bei Dr. B.____ und Dr. C.____ einzuholen haben.

4.

4.1 Nach dem Gesagten ist die Beschwerde unter Aufhebung der angefochtenen Verfügung vom 4. August 2009 teilweise gutzuheissen. Die Sache ist zu weiteren Abklärungen, d.h. zur Verlaufsbegutachtung durch Dr. B.____ und Dr. C.____, und zu neuer Verfügung im Sinn der Erwägungen an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen.



4.2 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 als angemessen. Die Rückweisung zur Neuurteilung gilt praxisgemäss als volles Obsiegen (BGE 132 V 215 E. 6.2). Somit unterliegt die Beschwerdegegnerin vollumfänglich. Sie hat deshalb die gesamte Gerichtsgebühr von Fr. 600.-- zu bezahlen.

4.3 Bei diesem Verfahrensausgang hat die Beschwerdeführerin Anspruch auf eine Parteientschädigung. Diese ist vom Gericht ermessensweise festzusetzen, wobei insbesondere der Bedeutung der Streitsache und dem Aufwand Rechnung zu tragen ist (Art. 61 lit. g ATSG; vgl. auch Art. 98 ff. VRP/SG, sGS 951.1). Bei einer Rechtsvertretung im gesamten Beschwerdeverfahren wird in invalidenversicherungsrechtlichen Fällen praxisgemäss eine pauschale Parteientschädigung von Fr. 3'500.-- (einschliesslich Barauslagen und Mehrwertsteuer) gesprochen. Eine solche erscheint auch für die vorliegende Streitigkeit angemessen. Mit der Zusprache einer Parteientschädigung von pauschal Fr. 3'500.-- erübrigt sich die Frage einer Entschädigung aus unentgeltlicher Rechtsverteidigung.

Demgemäss hat das Versicherungsgericht

entschieden:

1. Die Beschwerde wird unter Aufhebung der angefochtenen Verfügung vom 4. August 2009 teilweise gutgeheissen. Die Sache wird zur weiteren Abklärung und zu neuer Verfügung im Sinn der Erwägungen 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.-- (einschliesslich Barauslagen und Mehrwertsteuer) zu bezahlen.