



Fall-Nr.: IV 2011/378
Stelle: Versicherungsgericht
Rubrik: IV - Invalidenversicherung
Publikationsdatum: 02.06.2020
Entscheiddatum: 31.01.2014

Entscheid Versicherungsgericht, 31.01.2014

Art. 28 IVG. Würdigung Gutachten. Rückweisung zu weiteren Abklärungen auf Grund eines neuen MR der LWS (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 31. Januar 2014, IV 2011/378).

Entscheid Versicherungsgericht, 31.01.2014

Versicherungsrichterinnen Marie Löhler (Vorsitz), Miriam Lendfers und Lisbeth Mattle Frei; Gerichtsschreiberin Jeannine Bodmer

Entscheid vom 31. Januar 2014

in Sachen

A.____,

Beschwerdeführerin,

vertreten durch Rechtsanwalt lic. iur. Hans Frei, Kriessernstrasse 40, 9450 Altstätten,

gegen

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

Beschwerdegegnerin,

betreffend

Rente



Sachverhalt:

A.

A.a A.____, geboren 19____, erlitt im März 2008 heftige Rückenschmerzen. Im Bericht vom 1. April 2008 stellten die Neurochirurgen des Kantonsspitals St. Gallen (KSSG) anlässlich der gleichentags erfolgten ambulanten Untersuchung eine akute Lumbago mit linksseitiger Ausstrahlung entsprechend einer Affektion der Nervenwurzel L5 bei Diskusprotrusion mit Anulusriss L4/5 linksbetont fest. Sie empfahlen eine Fortführung der Schmerzmedikation bei Bedarf und eine Fortsetzung der Physiotherapie. Zudem erachteten sie es als sinnvoll, dass die Versicherte auf Grund der nur mässigen radiologischen Befunde nicht aus dem Arbeitsprozess als Montagemitarbeiterin ausgeschlossen werde (act. G 4.1.37-35). Am 2. November 2008 kam es erneut zu einer L5-Wurzelreizung links mit passagerem sensomotorischem Ausfallsyndrom (act. G 4.1.37-32ff.). Die Neurochirurgen des KSSG empfahlen vorerst eine konservative Therapie mit Wurzelinfiltration, weil beim letzten Schmerzereignis im Frühjahr die konservative Therapie sehr gut geholfen hatte. Auf Wunsch der Versicherten wurde sie indessen "direkt" am 10. Dezember 2008 am Bandscheibenvorfall L4/L5 links operiert. Die Operation verlief komplikationslos (act. G 4.1.37-30f.) und nach einer Woche trat eine deutliche Schmerzreduktion ein. Bereits Anfang Februar 2009 traten jedoch erneut links ausstrahlende Beinschmerzen auf. Auf einem MRI der LWS vom 14. Februar 2009 zeigte sich ein kleiner Rezidiv-Bandscheibenvorfall im Sinne einer Ausprägung des präoperativen Anulusrisses L4/5 links mit möglicher Wurzelirritation L5 links. Angesichts des nicht sehr zufriedenstellenden Verlaufs nach der ersten Operation wurde die Versicherte mit Wurzelinfiltrationen L5 links behandelt (act. G 4.1.37-26). Ihre Arbeit nahm die Versicherte nach der Operation vom Dezember 2008 nicht mehr auf (act. G 4.1.37-37, 4.1.30-6).

A.b Am 30. Juni 2009 (vgl. act. G 4.1.2) meldete sich die Versicherte bei der Invalidenversicherung zum Bezug von Leistungen an (act. G 4.1.5).

A.c Im Bericht vom 29. Juni 2009 hatte Dr. med. B.____, Klinik C.____, St. Gallen, eine Rezidiv-Diskushernie L4/L5 mit Irritation der Wurzel L5 links sowie eine begleitende Osteochondrose L4/L5 aber auch L3/L4 mit kleiner Protrusion festgestellt. Er hatte die



St.Galler Gerichte

Vornahme einer Re-Mikrodiskektomie mit interkorporeller Cage-Einlage und dorsolateraler semirigider Stabilisation L3-L5 empfohlen (act. G 4.1.37-19). Anders als Dr. B.____ konnten die Neurochirurgen des KSSG kein Rezidiv L4/L5 und auch keine Osteochondrose feststellen. Sie erachteten eine so ausgedehnte operative Massnahme wie die Verschraubung von L3 bis L5 mit Cageinterponation für nicht angebracht (act. G 4.1.37-17). Am 6. Januar 2010 führten sie stattdessen eine epidurale sakrale Blockade durch (act. G 4.1.37-12).

A.d Mit Bericht vom 23. März 2010 über die ambulante Schmerzsprechstunde vom 16. März 2010 empfahl Dr. med. D.____, Oberärztin im Departement Interdisziplinäre medizinische Dienste, Palliativzentrum des KSSG, sowohl angesichts der depressiven Verstimmung als auch als coanalgetische Therapie ein Antidepressivum und weitere Physiotherapiesitzungen. Zudem erachtete sie eine psychiatrische Behandlung bei Dr. E.____ für sinnvoll (act. G 4.1.37-6f.). Laut Hausarzt Dr. med. F.____, FMH Allgemein Medizin, erfolgte jedoch keine psychiatrische Behandlung, weil seiner Meinung nach kein psychiatrischer, sondern ein somatischer Gesundheitsschaden vorlag (act. G 4.1.43).

A.e Gemäss dem Assessmentprotokoll des Eingliederungsverantwortlichen vom 9. Februar 2010 hätte die Versicherte bei ihrer Arbeitgeberin neu leichte Montagetätigkeiten (stehende Arbeit mit Gewichten nicht über 200 g) ausführen können. Auf Grund der Schmerzen habe sie sich eine Wiederaufnahme der Arbeit jedoch nicht vorstellen können und die Rentenprüfung gewünscht (act. G 4.1.32). Mit Vorbescheid vom 6. April 2010 und Verfügung vom 25. Mai 2010 schloss die IV-Stelle daher die Arbeitsvermittlung ab (act. G 4.1.34, G 4.1.36).

A.f Im Bericht vom 6. Juli 2010 an die Krankentaggeldversicherung der Versicherten nahm Dr. med. G.____, Oberarzt Neurochirurgie des Kantonsspitals Winterthur (KSW), zu den Ergebnissen seiner Untersuchung vom 12. April 2010 Stellung. Die Beschwerden der Versicherten könnten sich durchaus durch die vorliegende Diskopathie in den beiden Segmenten L3/4 sowie L4/5 mit Anular tear und black disc erklären. Eine erneute Dekompressionsoperation mit Stabilisierung der beiden Segmente (PLIF) sei sicher eine mögliche Vorgehensweise zur Verbesserung der derzeitigen Situation (act. G 11.1).



St.Galler Gerichte

A.g Am 20., 21. und 22. September 2010 wurde die Versicherte in der MEDAS Ostschweiz neurologisch und zudem von Dr. med. H.____, Spezialarzt FMH für Rheumatologie und Innere Medizin, und Dr. med. I.____, Eidg. Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, begutachtet. Im polydisziplinären Gutachten vom 25. November 2010 hielten die MEDAS-Gutachter als Hauptdiagnosen ein persistierendes lumbospondylogenes Syndrom mit myofaszialem Schmerzsyndrom des linken Beins (ICD-10: M54.5), ein leichtes myofasziales Schultersyndrom beidseits bei leichter Fehlhaltung (ICD-10: M75.0) sowie eine psychogene Überlagerung eines persistierenden lumbospondylogenen Schmerzsyndroms (ICD-10: F54) fest. Insgesamt resultiere aus psychiatrischer, neurologischer und orthopädisch-rheumatologischer Sicht in adaptierter Tätigkeit eine 20%ige Leistungsminderung bei 100%iger Präsenzzeit. In der zuletzt ausgeübten Fließbandtätigkeit sei die Versicherte nicht mehr arbeitsfähig (act. G 4.1.51-21ff.). RAD-Arzt Dr. med. J.____ befand das MEDAS-Gutachten in seiner Stellungnahme vom 9. Dezember 2010 als umfassend, kohärent und widerspruchsfrei, weshalb darauf abgestellt werden könne (act. G 4.1.52).

A.h Mit Vorbescheid vom 3. Januar 2011 stellte die IV-Stelle der Versicherten gestützt auf einen errechneten Invaliditätsgrad von 16% die Abweisung des Rentenbegehrens in Aussicht (act. G 4.1.57). Auf Grund des dagegen erhobenen Einwands vom 8. April 2011 (act. G 4.1.66) wurde die MEDAS Ostschweiz um Stellungnahme bezüglich der geltend gemachten Kritikpunkte ersucht. Dem kam Dr. med. K.____, Oberarzt mbF der Klinik für Neurologie des KSSG, mit Schreiben vom 25. August 2011 hinsichtlich der Streitpunkte aus dem Bereich der Neurologie nach (act. G 4.1.74). Mit Bezug auf den von der Versicherten eingereichten Bericht der Radiologie Nordost, Diagnosezentrum Rheintal, vom 30. Juni 2011 (vgl. act. G 4.1.71) befand RAD-Arzt Dr. J.____ am 2. September 2011, dass sich in den vergangenen zweieinhalb Jahren in morphologischer Hinsicht nichts Wesentliches verändert habe (act. G 4.1.76).

A.i Mit Schreiben vom 17. Oktober 2011 nahm die Versicherte zu den von der IV-Stelle eingeholten medizinischen Berichten Stellung (act. G 4.1.79).

A.j Am 26. Oktober 2011 verfügte die IV-Stelle im Sinne ihres Vorbescheids eine Abweisung des Rentenbegehrens gestützt auf einen Invaliditätsgrad von 16% (act. G 4.1.81).



St.Galler Gerichte

B.

B.a Gegen diese Verfügung erhob die Versicherte am 25. November 2011 Beschwerde mit den Anträgen auf Aufhebung der angefochtenen Verfügung und Zusprache einer ganzen Invalidenrente. Eventualiter sei der Sachverhalt durch ein neues medizinisches Gutachten abzuklären und dann neu in der Sache zu verfügen; unter Kosten- und Entschädigungsfolgen. Zur Begründung machte die Beschwerdeführerin im Wesentlichen geltend, dass eine grundlegende Meinungsdivergenz zwischen den Gutachtern und der Neurochirurgischen Klinik des KSSG einerseits und dem Neuro- und Wirbelsäulenchirurgen Dr. B.____ sowie Dr. F.____ andererseits bestehe. Eine neue Expertise sei deshalb angebracht. Zudem seien auch die Grenzen der Zumutbarkeit für die Überwindung der Schmerzen und die effektiv realisierbaren Arbeitsmöglichkeiten auf einem ausgeglichenen Arbeitsmarkt unberücksichtigt geblieben (act. G 1).

B.b Mit Beschwerdeantwort vom 1. Februar 2012 beantragte die Beschwerdegegnerin die Beschwerdeabweisung (act. G 4).

B.c In der Replik vom 5. März 2012 hielt die Beschwerdeführerin an ihren Anträgen fest. Zudem ersuchte sie um Durchführung einer öffentlichen Verhandlung (act. G 7). Die Beschwerdegegnerin hat auf die Einreichung einer Duplik verzichtet (act. G 9)

B.d Auf Ersuchen des Versicherungsgerichts vom 3. September 2013 reichte die Beschwerdegegnerin mit Schreiben vom 4. und 12. September 2013 (Eingang) den in den IV-Akten fehlenden IK-Auszug sowie die Arztberichte von Dr. G.____ vom 6. Juli 2010 und Dr. F.____ vom 21. April 2011 nach (act. G 10, G 11).

B.e Auf entsprechende telefonische Nachfrage des Gerichts vom 8. Oktober 2012 verzichtete die Beschwerdeführerin auf die Durchführung einer Verhandlung (act. G 13).

C.

C.a An der Sitzung vom 7. November 2013 beschloss das Versicherungsgericht, den Bericht der Radiologie Nordost vom 30. Juni 2011 samt dem diesem zugrunde liegenden MR LWS der MEDAS Ostschweiz zur ergänzenden Stellungnahme zu unterbreiten (vgl. act. G 14 ff.). Im Schreiben vom 12. Dezember 2013 hielt Prof. Dr.



med. L.____, Chefarzt der MEDAS Ostschweiz, fest, dass in den zeitlich deutlich nach dem MEDAS-Gutachten liegenden Berichten ein veränderter und strittiger MR-tomographischer Befund beschrieben werde. Da für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit aber nicht entscheidend sei, dass MR-tomographisch Veränderungen vorlägen, sondern ausschliesslich, ob Fähigkeitsstörungen mit Einfluss auf die berufliche Leistungsfähigkeit beständen, sei für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit eine klinisch-neurologische Untersuchung notwendig (act. G 19).

C.b Die Beschwerdeführerin nahm mit Schreiben vom 19. Dezember 2013 dahingehend Stellung, als die MEDAS somit ihren Eventualantrag anerkenne, dass ein neues Gutachten einzuholen sei. Dennoch sei grundsätzlich gestützt auf die Aktenlage erstellt, dass ihr eine ganze Rente zuzusprechen sei (act. G 21).

Erwägungen:

1.

1.1 Zwischen den Parteien ist der Anspruch der Beschwerdeführerin auf Rentenleistungen streitig.

1.2 Unter Invalidität wird die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit verstanden (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG; SR 830.1]).

Erwerbsunfähigkeit ist dabei der durch eine 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).

1.3 Nach Art. 28 Abs. 2 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 ein Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40% ein Anspruch auf eine Viertelsrente.



1.4 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 der medizinischen Fachperson 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 den Sachverhalt von Amtes wegen festzustellen (vgl. Art. 43 Abs. 1 ATSG) und demnach zu prüfen, ob die vorliegenden Beweismittel eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Leistungsanspruchs gestatten.

2.

2.1 Zu klären ist vorweg die Frage, ob die medizinische Aktenlage eine rechtsgenügende Beurteilung der Restarbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin erlaubt.

2.2 Für die Bemessung des Invaliditätsgrads hat sich die Beschwerdegegnerin auf das MEDAS-Gutachten vom 25. November 2011 (act. G 4.1.51) abgestützt. In formeller Hinsicht bestreitet der Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin, dass das Gutachten auf Grund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen erfolgt sei. Er beantragt, es seien nähere Angaben bezüglich der Dauer und der Vorgehensweise der gutachterlichen Untersuchungen einzuholen (vgl. act. G 7). Die Beschwerdegegnerin informierte die Beschwerdeführerin mit Mitteilung vom 15. Juli 2010 über die Durchführung einer medizinischen Abklärung durch die MEDAS Ostschweiz (act. G 4.1.45). Die MEDAS teilte ihr mit Schreiben vom 20. August 2010 den Termin des Erstgesprächs mit Dauer von ca. zwei Stunden sowie die Gesamtdauer der Begutachtung von ca. drei Tagen mit. Zudem wurde die Beschwerdeführerin darauf hingewiesen, dass sie in den notwendigen Fachgebieten zur Verminderung der eigenen Belastung nur von jeweils einem Arzt des Fachgebiets untersucht werde (act. G 4.1.48). Am 20. September 2010 fand MEDAS-intern eine Befragung und Untersuchung der Beschwerdeführerin statt, insbesondere auch in neurologischer Hinsicht (act. G 4.1.51-2ff.). Gemäss dem Consiliargutachten von Dr. H. ___ wurde die Beschwerdeführerin am 21. September 2010 rheumatologisch untersucht. Die erhobenen Untersuchungen und Befunde wurden sodann systematisch im Bericht vom 22. September 2010 festgehalten (act. G 4.1.51-28ff.). Wie dem Consiliargutachten von



Dr. I. ___ vom 18. Oktober 2010 zu entnehmen ist, fand die psychiatrische Begutachtung am Folgetag, dem 22. September 2010, im Beisein eines Albanisch-Dolmetschers statt und dauerte 75 Minuten. Auch hinsichtlich dieser Untersuchung wurde der Verlauf mit Gespräch, Fragebögen und Beobachtungen systematisch nachvollziehbar im Bericht vom 18. Oktober 2010 dokumentiert (act. G 4.1.51-34). Nachdem die Beschwerdeführerin keine konkreten Angaben macht, inwiefern Dauer und Verlauf der Begutachtung anders hätten von statten gehen sollen, erübrigen sich weitere Abklärungen. Vielmehr ist von einer formell korrekt durchgeführten MEDAS-Begutachtung auszugehen.

2.3 Streitig und zu prüfen ist im Weiteren, ob auch in materieller Hinsicht auf das MEDAS-Gutachten abgestellt werden kann. Im Rahmen der körperlichen Untersuchung konnte gemäss dem Gutachten kein objektivierbarer, pathologischer neurologischer Befund nachgewiesen werden, insbesondere war das Lasègue-Zeichen beidseits negativ, es bestand keine Reflexdifferenz und keine Parese. Zwar habe die Beschwerdeführerin Sensibilitätsstörungen in Form einer Hypästhesie, Hypalgesie und Thermhypästhesie des gesamten linken Beins bei intaktem Lagesinn und Vibrationsempfinden angegeben, eine Obergrenze der Sensibilitätsstörungen habe sie jedoch nicht angeben können (wobei unklar geblieben sei, ob dies aus sprachlichen Gründen nicht möglich gewesen sei). Durch die orthopädische Exploration sei ein persistierendes lumbospondylogenes Syndrom mit myofaszialem Schmerzsyndrom im linken Bein diagnostiziert worden, wodurch die angegebene, schwer zu beschreibende Symptomatik im linken Bein erklärt sein könne. Auch aus rheumatologischer/orthopädischer Sicht hätten sich keine Hinweise für ein persistierendes radikuläres Reiz- oder gar Ausfallsyndrom ergeben (act. G 4.1.51-23). Zusammenfassend seien folglich die geklagten Beschwerden rheumaorthopädisch der Art und Lokalisation nach erklärbar, weniger aber in Bezug auf die Auswirkungen im Alltag. Rein von Seiten des Bewegungsapparats gesehen, könnten auf Grund der gesamten Datenlage (klinisch, unzählige MRI der LWS) für eine adaptierte Tätigkeit nur qualitative Einschränkungen angegeben werden: keine körperlichen Schwerarbeiten mit häufigem Tragen oder Heben schwerer Gewichte über 15 - 20 kg und vor allem keine langdauernden stereotypen Tätigkeiten in einer unergonomischen Rückenhaltung ohne die Möglichkeit zur Einnahme von Wechselhaltungen; ideal adaptiert seien wechselbelastende Tätigkeiten. Unter Berücksichtigung der angegebenen Beschwerden bestehe zusätzlich



ein vermindertes Rendement von etwa 20% für vermehrt eingeschaltete Pausen, Dehnübungen oder zur Einnahme von Entlastungshaltungen. Was das myofasziale Syndrom im Schultergürtel betreffe, so seien hier lediglich ausschliessliche Überkopfarbeiten oder Tätigkeiten mit stereotyper rotatorischer Belastung ungünstig. Aus der psychiatrischen Untersuchung ergab sich die Diagnose einer psychogenen Überlagerung bei persistierendem lumbospondylogem Schmerzsyndrom. Für eine psychische Komorbidität von erheblicher Schwere, Intensität oder Dauer habe sich kein Hinweis ergeben. Auch aus psychiatrischer Sicht ergab sich eine um 20% eingeschränkte Arbeitsfähigkeit für adaptierte Tätigkeiten mit der Möglichkeit, vermehrt Pausen einzulegen. Insgesamt resultierte aus psychiatrischer, neurologischer und orthopädisch-rheumatologischer Sicht eine 20%ige Leistungsminderung bei einer 100%igen Präsenzzeit. Dies um vermehrt Pausen einlegen und den Übungen oder der Einnahme von Entlastungshaltungen gerecht werden zu können (act. G 4.1.51-19ff.). In der Stellungnahme vom 25. August 2011 führte der MEDAS-Gutachter Dr. K.____ ergänzend zum Gutachten aus, es habe sich klinisch-neurologisch kein Hinweis auf ein radikuläres Syndrom ergeben. Die von der Beschwerdeführerin beschriebenen Sensibilitätsstörungen am gesamten linken Bein bei intaktem Lagesinn und Vibrationsempfinden seien keinem Innervationsgebiet eines peripheren Nervens oder eines Dermatoms zuzuordnen und somit ebenfalls nicht typisch für ein radikuläres Syndrom. Insbesondere unter Berücksichtigung der Tatsache, dass die Operation im Dezember 2008 zu keiner Verbesserung der Beschwerden geführt habe, bestehe aus neurologischer Sicht keine zwingende Indikation für eine erneute Operation. Diese Indikation müsse letztendlich von neurochirurgischer Seite gestellt werden. Erfahrungsgemäss sei die angeführte fachliche Meinungsdivergenz zwischen den Neurochirurgen bei dieser Frage jedoch nicht ungewöhnlich, da die Studienlage insbesondere für randomisierte, kontrollierte Studien schlecht sei (act. G 4.1.74-1f.).

2.4 Auf Grund der am 30. Juni 2011 in der Radiologie Nordost erfolgten MR-Untersuchung der LWS hielt PD Dr. med. M.____ im gleichentags datierten Bericht einen Status nach Diskushernienoperation L4/5 links vor Jahren mit entsprechenden postoperativ narbigen Veränderungen daselbst und mit narbig umgebender mittelgrosser medio-linkslateral nach caudal sich vorwölbender Diskushernie mit dadurch bedingter Dorsalverlagerung und deutlicher bzw. hochgradiger Kompression des prärecessalen bis recessalen Anteils der Nervenwurzel L5 links fest (act. G 4.1.71).



Zu diesem Bericht sowie den Bildern nahm Prof. L.____ im Schreiben vom 12. Dezember 2013 dahingehend Stellung, dass das MEDAS-Gutachten am 25. November 2010 abschliessend nach einer Aufenthaltsdauer der Beschwerdeführerin in der Einrichtung der MEDAS vom 20. bis 22. September 2010 erstellt worden sei. Die neuen Berichte würden zeitlich deutlich nach dem Gutachten liegen. Da ein veränderter und strittiger MR-tomographischer Befund beschrieben werde, könne sich das klinische Bild der Beschwerdeführerin deutlich geändert haben, so dass nicht auf die klinischen Befunde des Gutachtens abgestellt werden könne. Für die Arbeitsfähigkeit sei zudem nicht entscheidend, dass MR-tomographisch Veränderungen vorlägen, sondern ausschliesslich, ob Fähigkeitsstörungen mit Einfluss auf die berufliche Leistungsfähigkeit beständen. Diese seien aus dem bildgebenden Material in keinsten Weise ablesbar. Hierzu sei eine klinisch-neurologische Untersuchung notwendig. Auch die weiteren Beurteilungen, die dem Aktenmaterial beigelegt hätten, liessen keine Aussagen bezüglich der Arbeitsfähigkeit treffen (act. G 19).

2.5 Damit kann auf die Stellungnahme von RAD-Arzt Dr. J.____ vom 2. September 2011, wonach durch die neue MR-Untersuchung der LWS vom 30. Juni 2011 keine neuen Tatsachen geschaffen würden (vgl. act. G 4.1.76), nicht abgestellt werden. Entgegen seinen Ausführungen war denn auch vor dem 30. Juni 2011 keine Rede von "hochgradiger Kompression" der Nervenwurzel L5. Die medizinische Aktenlage vermag gestützt auf die Stellungnahme von Prof. L.____ keine taugliche Grundlage für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin bis zum Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung vom 26. Oktober 2011 (vgl. zur zeitlichen Grenze der richterlichen Überprüfungsbefugnis: BGE 132 V 220 E. 3.1.1 mit Hinweisen) zu bilden. Vielmehr drängt sich - wie Prof. L.____ zum Ausdruck brachte (vgl. act. G 19) - eine weitere klinisch-neurologische Untersuchung auf. Nachdem der Beschwerdegegnerin der Bericht der Radiologie Nordost vom 30. Juni 2011 bereits vor dem Erlass ihrer Verfügung vorlag und sie es trotz Untersuchungspflicht unterlassen hat, diesen den MEDAS-Gutachtern zur Stellungnahme zu unterbreiten und die sich daraus ergebenden zusätzlichen Untersuchungen zu veranlassen, ist die Sache an sie zurückzuweisen, damit sie die nötigen medizinischen Abklärungen nun tätige. Sodann wird sie in der Sache neu zu verfügen haben.

3.



St.Galler Gerichte

3.1 Nach dem Gesagten ist die Beschwerde unter Aufhebung der angefochtenen Verfügung vom 26. Oktober 2011 teilweise gutzuheissen. Die Sache ist zur weiteren Abklärung und zu neuer Verfügung im Sinne der Erwägungen an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen.

3.2 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. Der geleistete Kostenvorschuss von Fr. 600.-- ist der Beschwerdeführerin zurückzuerstatten.

3.3 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). Der Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin hat auf die Einreichung einer Honorarnote verzichtet. Der Bedeutung und dem Aufwand der Streitsache angemessen erscheint eine Parteientschädigung von pauschal Fr. 3'500.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer).

Demgemäss wird beantragt:

Demgemäss hat das Versicherungsgericht

im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP

entschieden:

1. In teilweiser Gutheissung der Beschwerde wird die Verfügung vom 26. Oktober 2011 aufgehoben und die Sache wird zur weiteren Abklärung im Sinne der Erwägungen an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen.



2. Die Beschwerdegegnerin hat eine Gerichtsgebühr von Fr. 600.-- zu bezahlen. Der geleistete Kostenvorschuss von Fr. 600.-- wird der Beschwerdeführerin zurückerstattet.

3. Die Beschwerdegegnerin hat der Beschwerdeführerin eine Parteientschädigung von Fr. 3'500.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) zu bezahlen.