



**Fall-Nr.:** IV 2006/101  
**Stelle:** Versicherungsgericht  
**Rubrik:** IV - Invalidenversicherung  
**Publikationsdatum:** 25.05.2020  
**Entscheiddatum:** 13.06.2007

### **Entscheid Versicherungsgericht, 13.06.2007**

**Art. 28 Abs. 1 IVG. Art. 17 Abs. 1 ATSG. Rentenrevision. Aufhebung des angefochtenen Entscheids und Rückweisung zur weiteren medizinischen Abklärung (Entscheid Versicherungsgericht des Kantons St. Gallen vom 13. Juni 2007, IV 2006/101).**

Versicherungsrichterinnen Marie-Theres Rüegg Haltinner (Vorsitz) und Karin Huber-Studerus, Versicherungsrichter Franz Schlauri; Gerichtsschreiber Walter Schmid

Entscheid vom 13. Juni 2007

In Sachen

N.\_\_\_\_,

Beschwerdeführerin,

vertreten durch Rechtsanwalt Dr. iur. Urs Glaus, Oberer Graben 44, Postfach,

9001 St. Gallen,

gegen

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

Beschwerdegegnerin,

betreffend

Rentenrevision



hat das Versicherungsgericht in Erwägung gezogen:

I.

A.- Die 1951 geborene N.\_\_\_\_ meldete sich am 27. April 2001 wegen diffuser Weichteilschmerzen zum Leistungsbezug bei der Invalidenversicherung an (IV-act. 2-1/7). Am 5. Juli 2002 sprach die IV-Stelle des Kantons Appenzell A.Rh. der Versicherten auf der Basis eines IV-Grades von 56% (Invalideneinkommen von Fr. 17'145.-- und Valideneinkommen von Fr. 39'000.--) eine halbe Rente zu (IV-act. 34-1/2). Im Rahmen der Rentenrevision bestätigte Dr. med. A.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Innere Medizin, am 9. Dezember 2004 eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes und eine volle Arbeitsunfähigkeit ab dem 9. Januar 2004 (IV-act. 47-1/4). Nach Einholung von ärztlichen Gutachten bei den Dres. med. B.\_\_\_\_, Psychosomatik, und C.\_\_\_\_, Psychiatrie/Psychotherapie, (IV-act. 66), sowie bei Dr. med. D.\_\_\_\_, FMH für Orthopädische Chirurgie (IV- act. 67), eröffnete die IV-Stelle des Kantons St. Gallen der Versicherten am 20. März 2006 verfügungsweise, das Gesuch um Rentenerhöhung werde abgelehnt. Aus psychiatrischer und orthopädischer Sicht bestehe eine 70%ige Arbeitsfähigkeit in einer adaptierten Tätigkeit. Aus der Gegenüberstellung eines Valideneinkommens von Fr. 49'728.-- und eines Invalideneinkommens von Fr. 29'588.-- resultiere ein IV-Grad von 41%, was grundsätzlich nur einen Anspruch auf eine Viertelsrente begründe. Da die Revisionsvoraussetzungen jedoch nicht erfüllt seien, erhalte die Versicherte weiterhin eine halbe Rente. (IV-act. 79). Die dagegen erhobene Einsprache (IV-act. 80) wies die IV-Stelle mit Einspracheentscheid vom 28. April 2006 ab.

B.- Gegen diesen Einspracheentscheid erhob Rechtsanwalt Dr. Urs Glaus, St. Gallen, für die Versicherte am 29. Mai 2006 Beschwerde mit den Anträgen, der Entscheid und die ihm zugrundeliegende Verfügung seien aufzuheben, und der Beschwerdeführerin sei eine ganze Rente zuzusprechen; eventuell sei die Angelegenheit zur weiteren Abklärung an die IV-Stelle zurückzuweisen, unter Kosten- und Entschädigungsfolge. Zur Begründung führte der Rechtsvertreter unter anderem aus, im psychiatrischen Gutachten werde ausgeführt, dass sich die Arbeitsunfähigkeiten aus psychiatrischer und somatischer Sicht überlappen würden, was aber nicht begründet werde. Die medizinische Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit sei nicht schlüssig und nicht



überzeugend. Die Berichte der Klinik E.\_\_\_\_ und von Dr. D.\_\_\_\_ würden die Anforderungen an ein Gutachten nicht erfüllen. Die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit durch Dr. D.\_\_\_\_ stehe völlig isoliert im Gutachten und sei nicht ansatzweise nachvollziehbar begründet. Wenn die Beurteilung von Dr. A.\_\_\_\_ (Schmerzexazerbation der rechten Schulter bei leichtester Belastung) zutreffe, seien auch leichte, wechselbelastende Tätigkeiten kaum in dem von Dr. D.\_\_\_\_ angegebenen Umfang zumutbar. Seinem Gutachten sei nicht zu entnehmen, dass er die Schmerzausweitung unter leichtester Belastung überhaupt in Betracht gezogen habe. Dr. D.\_\_\_\_ habe die Behauptung des "Überlappens" der Arbeitsunfähigkeit aus somatischer und psychischer Sicht im Gutachten von Dr. C.\_\_\_\_ kritiklos übernommen. Das Gutachten von Dr. D.\_\_\_\_ erwähne zwar die Tendomyalgie, beurteile dann aber die Arbeitsfähigkeit einzig aus orthopädischer Sicht. Aufgrund der Fibromyalgie sei der Beschwerdeführerin im Jahr 2002 eine halbe IV-Rente zugestanden worden. Diese gesundheitliche Problematik habe sich nicht verbessert, sondern im Gegenteil noch akzentuiert. Zur Tendomyalgie hinzugekommen sei dann noch die Schulterproblematik, die sich nach der fehlgeschlagenen operativen Revision noch verschlechtert habe. Die Beeinträchtigung sei daher offensichtlich erheblicher und wirke sich in grösserem Ausmass auf die Arbeitsfähigkeit aus, als insbesondere Dr. D.\_\_\_\_ angenommen habe. Inwiefern sich die Schulterproblematik mit einem psychischen Leiden soll "überlappen" können, sei in hohem Mass erklärungsbedürftig. Einleuchtend sei diese Behauptung höchstens in einem gewissen Umfang bezogen auf die Tendomyalgie. Aber auch in diesem Fall wäre zu erklären, ob die Anpassungsstörung mit überwiegender Wahrscheinlichkeit Ursache eines anderen invaliditätsbegründenden Leidens oder ob sie reaktiver Art sei. Hierzu enthalte weder das Gutachten der Klinik E.\_\_\_\_ noch das Gutachten von Dr. D.\_\_\_\_ Ausführungen. Der leidensbedingte Abzug von 15% (IV-act. 71) werde der Situation der Beschwerdeführerin nicht gerecht. Wenn das Versicherungsgericht keine ganze IV-Rente zusprechen könne, sei die IV-Stelle zu verpflichten, die Arbeitsunfähigkeit der Beschwerdeführerin mit einem polydisziplinären Gutachten abklären zu lassen.

C.- In der Beschwerdeantwort vom 7. Juni 2006 beantragte die Beschwerdegegnerin Abweisung der Beschwerde. Zur Begründung hielt sie unter anderem fest, die Fibromyalgie (Synonym: Tendomyalgie) führe nach der Rechtsprechung regelmässig nicht zu einer Invalidität.



D.- Mit Replik vom 6. Juli 2006 hielt der Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin an seinen Anträgen und Ausführungen fest.

E.- Die Beschwerdegegnerin verzichtete auf die Einreichung einer Duplik.

II.

1.- a) Ändert sich der Invaliditätsgrad einer Rentenbezügerin oder eines Rentenbezügers 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 nach der auch unter dem ATSG massgeblichen Rechtsprechung jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Die Invalidenrente ist nicht nur bei einer wesentlichen Veränderung des Gesundheitszustandes, sondern auch dann revidierbar, wenn sich die erwerblichen Auswirkungen des an sich gleich gebliebenen Gesundheitszustandes erheblich verändert haben (BGE 130 V 349 f. Erw. 3.5). Wie bei der Neuanmeldung (BGE 130 V 71) ist auch bei der Rentenrevision (auf Gesuch hin oder von Amtes wegen) zeitlicher Ausgangspunkt für die Beurteilung einer anspruchserheblichen Änderung des Invaliditätsgrades die letzte rechtskräftige Verfügung, welche auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Durchführung eines Einkommensvergleichs beruht (BGE 133 V 108 Erw. 5). Zum Vergleich heranzuziehen ist der Sachverhalt zur Zeit der streitigen Revisionsverfügung (BGE 125 V 369 Erw. 2; ZAK 1984 S. 350 Erw. 4a; ZAK 1987 S. 36) bzw. des Einspracheentscheids.

b) Im Übrigen erfolgt die Ermittlung des Invaliditätsgrades im Revisionsverfahren nach den allgemeinen, für die Invaliditätsbemessung geltenden Vorschriften (Rz 5015 des vom Bundesamt für Sozialversicherung erlassenen Kreisschreibens über Invalidität und Hilflosigkeit in der Invalidenversicherung = KSIH), nach der allgemeinen Methode für vollzeitlich Erwerbstätige, nach der spezifischen Methode namentlich für im Haushalt tätige versicherte Personen und nach der gemischten Methode für Versicherte, die nur zum Teil erwerbstätig und daneben in einem Aufgabenbereich nach Art. 8 Abs. 3 ATSG tätig wären (BGE 125 V 146; BGE 117 V 194; SVR 1996 IV Nr. 76 S. 222 Erw. 2c;



Entscheid des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG; seit 1. Januar 2007: Sozialrechtliche Abteilungen des Bundesgerichts] i/S Z. vom 15. Juni 2004, I 634/03, Erw. 4.1). Nach der ab 1. Januar 2004 in Kraft stehenden Fassung von 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.- a) Es ist unbestritten, dass die Beschwerdeführerin ohne Eintritt des Gesundheitsschadens zu 100% arbeitstätig wäre, weshalb der IV-Grad mit Einkommensvergleich zu ermitteln ist. Als Vergleichsbasis ist zum einen der Sachverhalt zu betrachten, wie er im Zeitpunkt der die Rente zusprechenden Verfügung vom 5. Juli 2002 (IV-act. 34) bestanden hat. Zum andern ist der Sachverhalt im Zeitpunkt des angefochtenen Einspracheentscheids vom 28. April 2006 massgeblich. - Dr. med. F.\_\_\_\_, bestätigte im Bericht vom 3. Mai 2001 eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit seit 19. Januar 2001 sowie die Diagnose (mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit) einer generalisierten Tendomyalgie mit funktionellen und vegetativen Symptomen. Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit führte er eine arterielle Hypertonie, einen Status nach CTS-Operation beidseits, eine Adipositas sowie klimakterische Beschwerden an (IV-act. 6). Im Bericht vom 28. Januar 2002 vermerkte Dr. F.\_\_\_\_ einen stationären Gesundheitszustand und eine unveränderte Arbeitsunfähigkeit (IV-act. 26). Der nunmehrige Hausarzt Dr. A.\_\_\_\_ berichtete am 9. Dezember 2004, der Gesundheitszustand habe sich verschlechtert. Als geänderte Diagnosen (mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit) führte der Arzt eine degenerative Supraspinatusruptur rechts bzw. eine AC-Gelenks-arthrose rechts (AC-Gelenksresektion rechts vom 12. Januar 2004 im Spital G.\_\_\_\_ sowie offene Revision mit Reinsertion der Supraspinatussehne und Bursektomie subacromial rechts am 18. Mai 2004) an. Trotz wiederholter Physiotherapie, fortgesetzter medikamentöser Analgesie und zweimaliger operativer Revision der rechten Schulter bestünden weiterhin Ruhe- und ausgeprägte belastungsabhängige Schmerzen der Schulter rechts. Die Prognose sei schlecht. Ein Arbeitsversuch als Raumpflegerin habe schmerzbedingt wieder abgebrochen werden müssen (IV-act. 47). Die Beschwerdeführerin stand bei der H.\_\_\_\_ AG vom 1. April 2002 bis 31. Dezember 2004



in einem Teilzeit-Arbeitsverhältnis. Dieses wurde gesundheitsbedingt aufgelöst (IV-act. 49). Dr. A.\_\_\_\_ bestätigte am 11. März 2005 eine volle Arbeitsunfähigkeit sowohl in der bisherigen Tätigkeit als Reinigungsangestellte als auch für jede andere Tätigkeit. Es bestehe eine dauerhaft vorhandene Schmerzsymptomatik der rechten Schulter, die schon bei leichtester Belastung exazerbiere, so dass er sich keine Tätigkeit vorstellen könne, welcher die Patientin noch nachgehen könne. Bezüglich medizinischer Massnahmen sehe er keine weiteren Möglichkeiten (IV-act. 51). Im Bericht des Kantonalen Spitals G.\_\_\_\_, Klinik für Orthopädie, vom 16. Juni 2005 wurde unter anderem festgehalten, in der bisherigen Tätigkeit bestehe eine volle Arbeitsunfähigkeit. Die Beschwerdeführerin habe den Beruf einer Ökonomin für Touristik erlernt. Hierbei seien mehrheitlich Büroarbeiten ausgeführt worden. Eine Beschäftigung in diesem Bereich (Schreibtischarbeit ohne grosse körperliche Belastung im Umfang von 50%) wäre grundsätzlich möglich; in welchem Ausmass dies der Fall sei, müsste ausprobiert werden. Aufgrund des Alters werde aber wahrscheinlich keine Beschäftigung bzw. eine Wiedereingliederungsmassnahme dieser Art möglich sein. Zusätzlich lasse sich nicht garantieren, dass durch eine Wiedereingliederung eine Besserung der Arbeitsfähigkeit über mindestens 50% möglich sei. Hierbei seien die Nebenerkrankungen einschliesslich der bestehenden Depression zu erwähnen (IV-act. 54).

b) Gemäss dem Gutachten der Dres. B.\_\_\_\_ und C.\_\_\_\_, Klinik E.\_\_\_\_, vom 22. November 2005 leidet die Beschwerdeführerin an einer Anpassungsstörung mit Angst und Depression. Aus rein psychiatrischer Sicht bestätigten die Gutachter eine Arbeitsunfähigkeit von 30% für jegliche Tätigkeit. Diese Arbeitsunfähigkeit bestehe höchstwahrscheinlich seit Anfang 2004 und überlappe sich mit der Einschränkung aus somatischer Sicht (IV-act. 66). Im Gutachten vom 28. November 2005 stellte Dr. D.\_\_\_\_ die Diagnosen einer Subscapularissehnenruptur (bei Status nach arthroskopischer Tenotomie der langen Bizepssehne und AC-Gelenksresektion sowie subacromialer Dekompression und Revision mit Reinsertion der Supraspinatussehne und Bursektomie rechts), eines Verdachts auf Chondropathie des rechten Kniegelenks, eines Verdachts auf generalisierte Tendomyalgie mit funktionellen und vegetativen Symptomen, einer Adipositas, einer Anpassungsstörung mit Angst und Depression, einer Osteochondrose und Spondylarthrose sowie Unkarthrose C5/6, von Senk-/ Spreizfüssen, einer Diabetes mellitus, einer arteriellen Hypertonie sowie eines Nikotinabusus. Die Arbeitsfähigkeit als Reinigungsangestellte betrage bei voller



Stundenpräsenz aus orthopädischer Sicht ca. 40%. Nachdem sich die vom Psychiater festgestellte 30%ige Arbeitsunfähigkeit mit der Einschränkung aus somatischer Sicht überlappe, betrage die Arbeitsfähigkeit als Reinigungsangestellte aus orthopädischer und psychiatrischer Sicht 40%. Körperlich leichte Tätigkeiten, die abwechslungsweise sitzend oder stehend durchgeführt werden könnten, ohne dass dabei regelmässig Gegenstände über 5 kg gehoben oder getragen werden müssten und die nicht mit Arbeiten über der Horizontalen verbunden seien, könnten der Beschwerdeführerin aus orthopädischer Sicht bei voller Stundenpräsenz zu ca. 80% zugemutet werden. Unter Berücksichtigung der psychiatrischen Beurteilung seien adaptierte Tätigkeiten zu 70% zumutbar. Aus orthopädischer und psychiatrischer Sicht sei der Zustand als stationär zu bezeichnen (IV-act. 67).

3.- a) Grundlage der Bemessung des zumutbaren Invalideneinkommens ist die Arbeitsfähigkeitsschätzung. Es liegen sich widersprechende Einschätzungen vor. Während Dr. A. \_\_\_ sowohl für die bisherige Tätigkeit als Reinigungsangestellte als auch für jede andere Tätigkeit eine volle Arbeitsunfähigkeit bescheinigte (IV-act. 51), schätzten die Gutachter der Klinik E. \_\_\_ sowie Dr. D. \_\_\_ die psychisch und orthopädisch bedingte Arbeitsunfähigkeit auf 30% (IV-act. 66f). Daraus kann nicht ohne weiteres auf die Notwendigkeit weiterer Sachverhaltsabklärung geschlossen werden. Dies wäre nur dann der Fall, wenn keine der Schätzungen zu überzeugen vermöchte. Die psychiatrische Exploration kann von der Natur der Sache her nicht ermessensfrei erfolgen. Sie eröffnet dem begutachtenden Psychiater daher praktisch immer einen gewissen Spielraum, innerhalb dessen verschiedene medizinisch-psychiatrische Interpretationen möglich, zulässig und zu respektieren sind, sofern der Experte lege artis vorgegangen ist (vgl. die Leitlinien der Schweizerischen Gesellschaft für Versicherungspsychiatrie für die Begutachtung psychischer Störungen, in: SAeZ 2004 S. 1050 f.). Daher und unter Beachtung der Divergenz von medizinischem Behandlungs- und Abklärungsauftrag (Urteil des EVG i/S P. vom 13. Juni 2001, I 506/00) kann es nicht angehen, eine medizinische Administrativ- oder Gerichtsexpertise stets dann in Frage zu stellen und zum Anlass weiterer Abklärungen zu nehmen, wenn die behandelnden Ärzte nachher zu unterschiedlichen Einschätzungen gelangen oder an solchen vorgängig geäusserten abweichenden Auffassungen festhalten. Anders verhält es sich hingegen, wenn die behandelnden Ärzte objektiv feststellbare Gesichtspunkte vorbringen, welche im Rahmen der



psychiatrischen Begutachtung unerkannt geblieben und die geeignet sind, zu einer abweichenden Beurteilung zu führen (Urteil des EVG vom 13. März 2006 i/S G. [I 676/05], Erw. 2.4). Zu beachten ist im weiteren, dass bei Zusammentreffen verschiedener Gesundheitsbeeinträchtigungen sich deren erwerblichen Auswirkungen in der Regel überschneiden, weshalb der Grad der Arbeitsunfähigkeit diesfalls aufgrund einer sämtliche Behinderungen umfassenden ärztlichen Gesamtbeurteilung zu bestimmen ist. Eine blosser Addition der mit Bezug auf einzelne Funktionsstörungen und Beschwerdebilder geschätzten Arbeitsunfähigkeitsgrade ist nicht zulässig (Urteil des EVG vom 3. März 2003 i/S E. [U 850/02] Erw. 6.4.1).

b) Die Arbeitsfähigkeitsschätzungen von Hausärzten dürfen nicht generell unter Verweis auf eine mögliche Befangenheit als unbeachtlich beiseite geschoben werden. Für die Überzeugungskraft der Arbeitsfähigkeitsschätzungen der Hausärzte wird regelmässig vorgebracht, die Hausärzte hätten sich lange und intensiv um die Gesundheitsbeeinträchtigungen ihrer Patienten gekümmert und könnten diese deshalb besser beurteilen als jene Ärzte, die sich nur ganz kurz gutachterlich mit den Patienten befasst hätten. Die lange Beschäftigung mit den Gebrechen der Patienten kann aber genauso gut gegen die Überzeugungskraft der Hausarztschätzungen ins Feld geführt werden. Die (pessimistische) subjektive Einschätzung eines Patienten schlägt sich nämlich in der Arbeitswelt sofort nieder, denn wer sich als arbeitsunfähig bezeichnet und nicht mehr arbeitet, dem wird gekündigt. Dies wiederum erweckt den Anschein, dass die Selbsteinschätzung richtig sei, sie bestätigt sich sozusagen selbst. Bei den Hausärzten muss deshalb damit gerechnet werden, dass sie sich durch die "Macht des Faktischen" von der Einschätzung ihrer Patienten überzeugen lassen (vgl. Entscheid des Versicherungsgerichts vom 27. März 2003 i/S M. [IV 2002/10]). Als Arzt für Innere Medizin fehlte Dr. A. \_\_\_ bei der Beurteilung der Auswirkungen der psychischen und orthopädischen Beeinträchtigung auf die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin wohl die fachspezifische Erfahrung. Bei psychisch bedingten Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit erscheint zudem die arbeitsmedizinische Erfahrung als besonders wichtig. Im Bericht des Kantonalen Spitals G. \_\_\_, Klinik für Orthopädie, wurde sodann der Umstand, dass eine Reintegration ins Erwerbsleben (Schreibtischarbeit ohne körperliche Belastung) kaum gelingen werde, im Wesentlichen auf das Alter der Beschwerdeführerin zurückgeführt (IV-act. 54). Auch die psychiatrischen Gutachter der



Klinik E.\_\_\_\_ wiesen auf invaliditätsfremde Aspekte (belastende Lebensumstände mit konflikthaft und unbefriedigend erlebter Ehesituation) hin (IV-act. 66).

c) Die Beschwerdeführerin lässt einwenden, Dr. D.\_\_\_\_ habe sich mindestens nicht erkennbar mit der Einschränkung der Arbeitsfähigkeit zufolge der Tendomyalgie befasst. Es stelle sich abgesehen davon grundsätzlich die Frage, ob ein Orthopäde überhaupt der richtige Fachgutachter wäre. Überzeugender wäre es, einen Rheumatologen beizuziehen. Auf jeden Fall leuchte es nicht ein, dass sie zu 80% arbeitsfähig sein solle, obschon sich die Weichteilrheumaproblematik nicht verändert habe und sie inzwischen zusätzlich durch die Schmerzen in der rechten Schulter behindert sei. Infolge der Fibromyalgie sei sie zu mehr als 50% arbeitsunfähig, aus orthopädischen Gründen sicher zu mehr als 20% und - zusätzlich - aus psychiatrischen Gründen zu 30%. Es fehle eine medizinische Gesamtsicht dieser je einzeln eine Arbeitsunfähigkeit begründenden Leiden. Der Bericht von Dr. D.\_\_\_\_ vermöge ein polydisziplinäres Gutachten nicht zu ersetzen. Offensichtlich habe Dr. D.\_\_\_\_ nicht einmal die psychiatrische Beurteilung in die orthopädische integrieren können; die rheumatologische Problematik habe er - mindestens erkennbar - nicht berücksichtigt (act. G 1 S. 6).

d) Bei der erstmaligen Rentenzusprechung vom 5. Juli 2002 stützte sich die damals zuständige IV-Stelle auf die Berichte von Dr. F.\_\_\_\_ (IV-act. 6, 26) ab, in welchen mit Hinweis auf die Diagnose einer generalisierten Tendomyalgie mit funktionellen und vegetativen Symptomen eine 50%ige Arbeitsfähigkeit bestätigt wurde. Die Fibromyalgie (Synonym: Tendomyalgie) ist eine rheumatologische Erkrankung, die durch einen generalisierten und chronischen Schmerz des osteoartikulären Systems charakterisiert ist und generell begleitet wird von einer Konstellation essenziell subjektiver Störungen (wie Müdigkeit, Schlafstörungen, Gefühl der Niedergeschlagenheit, Kopfschmerzen, funktionelle Probleme des Harn- und Stuhldrangs). Es existieren zwei Formen der Fibromyalgie, die primäre und die sekundäre Fibromyalgie (vgl. Pschyrembel, Klinisches Wörterbuch, Berlin 2004, S. 568 f.; Springer Lexikon Medizin, Berlin 2004, S. 691 f.). Während sich die fibromyalgischen Symptome bei beiden Formen auf die gleiche Art manifestieren, unterscheidet sich die sekundäre - die dreimal häufiger verbreitet ist - von der primären Fibromyalgie dadurch, dass sie mit anderen Krankheiten (z.B. degenerativ rheumatologischen)



verbunden ist. Für die primäre Form der Fibromyalgie (schmerzhafte Druckpunkte in  
Abwesenheit jeder anderen, insbesondere entzündlichen Krankheit) konnte bisher keine  
Ätiologie ermittelt werden. Da die Fibromyalgie auf Grund ihrer ungewissen Ätiologie  
weder in die Kategorie der psychischen oder psychosomatischen noch in diejenige der  
organischen Gesundheitsschädigungen eingeordnet werden kann, entwickelt sich in  
der Literatur eine generelle Tendenz, von einer Kombination dieser beiden Elemente mit  
einem Vorrang der psychosomatischen Faktoren auszugehen (Urteil des EVG vom 13.  
April 2006 i/S J. [I 288/04] Erw. 5.1). Die Fibromyalgie und die anhaltende somatoforme  
Schmerzstörung weisen Gemeinsamkeiten hinsichtlich ihrer klinischen Manifestation  
und der unklaren Pathogenese auf. Bei beiden Beschwerdebildern erweist es sich als  
in gleichem Masse schwierig, das Ausmass der Arbeitsunfähigkeit zu eruieren, weil sich  
eine allfällige Einschränkung in der Arbeitsfähigkeit nicht bereits aus der Diagnose einer  
anhaltenden somatoformen Schmerzstörung oder einer Fibromyalgie ableiten lässt.  
Insbesondere erlaubt die Befunderhebung allein keinerlei Rückschlüsse auf die  
Intensität der Schmerzen, deren Entwicklung oder die Prognose im konkreten Fall. Mit  
Blick auf diese gemeinsamen Charakteristiken sind - aus rechtlicher Sicht und  
angesichts des gegenwärtigen Standes der medizinischen Wissenschaft - die  
Prinzipien, welche die Rechtsprechung im Rahmen der somatoformen  
Schmerzstörungen entwickelt hat, in Fällen, in welchen die Frage zu klären ist, ob die  
diagnostizierte Fibromyalgie invalidisierende Auswirkungen hat, analog anzuwenden  
(Urteil, a.a.O., Erw. 5.2 mit Hinweisen). Auch bei einer Fibromyalgie besteht damit die  
Vermutung, dass diese Erkrankung oder ihre Folgen mit einer zumutbaren  
Willensanstrengung überwindbar sind (BGE 131 V 50). Wie bei den anhaltenden  
somatoformen Schmerzstörungen können allerdings bestimmte Umstände, welche die  
Schmerzbewältigung intensiv und konstant behindern, den Wiedereinstieg in den  
Arbeitsprozess unzumutbar machen, weil die versicherte Person alsdann nicht über die  
für den Umgang mit den Schmerzen notwendigen Ressourcen verfügt. Ob ein solcher  
Ausnahmefall vorliegt, entscheidet sich im Falle einer Fibromyalgie anhand der  
nachfolgenden - für die Beurteilung der Auswirkungen einer anhaltenden  
somatoformen Schmerzstörung aufgestellten - Kriterien. Im Vordergrund steht die  
Feststellung einer psychischen Komorbidität von erheblicher Schwere, Ausprägung  
und Dauer. Massgebend sein können auch weitere Faktoren, so: chronische  
körperliche Begleiterkrankungen; ein mehrjähriger, chronifizierter Krankheitsverlauf mit



unveränderter oder progredienter Symptomatik ohne längerdauernde Rückbildung; ein sozialer Rückzug in allen Belangen des Lebens; ein verfestigter, therapeutisch nicht mehr beeinflussbarer innerseelischer Verlauf einer an sich missglückten, psychisch aber entlastenden Konfliktbewältigung (primärer Krankheitsgewinn; "Flucht in die Krankheit"); das Scheitern einer konsequent durchgeführten ambulanten oder stationären Behandlung (auch mit unterschiedlichem therapeutischem Ansatz) trotz kooperativer Haltung der versicherten Person (BGE 130 V 352). Je mehr dieser Kriterien zutreffen und je ausgeprägter sich die entsprechenden Befunde darstellen, desto eher sind - ausnahmsweise - die Voraussetzungen für eine zumutbare Willensanstrengung zu verneinen (Urteil vom 13. April 2006 a.a.O., Erw. 5.2).

e) Die Beschwerdeführerin wurde erstmals im Rahmen des Revisionsverfahrens 2005 orthopädisch und psychiatrisch abgeklärt. Der nunmehr vorliegende orthopädische und psychiatrische Befund brachte eine somatische und psychiatrische Erklärung für die seit der erstmaligen Rentenzusprechung bestehenden Beschwerden, welche damals einer generalisierten Tendomyalgie zugeordnet wurden (vgl. IV-act. 6 und Beilagen, IV-act. 54-4/6f, IV-act. 66, 67). Die Gutachter der Klinik E.\_\_\_\_ zogen diesbezüglich in Betracht, dass möglicherweise bereits 2001 im Rahmen der damals diagnostizierten Fibromyalgie eine depressive Episode vorhanden gewesen sei (IV-act. 66-4/5). Die IV-Stelle erachtete die Revisions-Voraussetzungen als nicht gegeben und liess eine allfällige auf die Tendomyalgie zurückzuführende Arbeitsunfähigkeit mit Blick auf die erwähnte Rechtsprechung ausser Acht. Sie lehnte dementsprechend eine Rentenanpassung nach oben ab, verzichtete gleichzeitig aber auch auf eine Rentensenkung (vgl. IV-act. 85 S. 4; act. G 3). Die Beschwerdegegnerin ging damit im Resultat davon aus, dass eine neue Würdigung (in orthopädischer und psychiatrischer Hinsicht) eines im Wesentlichen unverändert gebliebenen medizinischen Sachverhalts vorliege.

f) Die Feststellung der Gutachter der Klinik E.\_\_\_\_ und von Dr. D.\_\_\_\_, wonach sich die Arbeitsunfähigkeiten aus psychischer und orthopädischer Sicht überlappen würden, dürfte in erster Linie im Umstand begründet sein, dass aus körperlichen Gründen notwendige Ruhepausen oder Arbeitsunterbrüche gleichzeitig auch als Erholungspausen in psychischer Hinsicht genützt werden können, womit eine Kumulation der Arbeitsunfähigkeiten ausser Betracht fällt. Beide Gutachten sind als



solche - bezogen auf den von ihnen jeweils abgedeckten Fachbereich - aussagekräftig und insofern nicht zu beanstanden. Zu prüfen ist wie erwähnt der Zeitraum bis zum 28. April 2006 (Datum des angefochtenen Entscheids); das letztgenannte Datum bildet rechtsprechungsgemäss die zeitliche Grenze der richterlichen Prüfungsbefugnis (BGE 121 V 362 Erw. 1b mit Hinweisen; Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts vom 27. August 2002 [U 172/00] Erw. 3.2 und 4.2). Die Beschwerdeführerin lässt nicht geltend machen, dass sich im Nachgang zur Begutachtung bei Dr. D.\_\_\_\_, welche auch eine Abklärung der Schulterproblematik beinhaltete, bis zum 28. April 2006 eine gesundheitliche Veränderung in orthopädischer Sicht ergeben hätte. Zu dem in der Einsprache vorgebrachten Einwand, dass Dr. C.\_\_\_\_ bei der Untersuchung vom 12. September 2005 gar nicht anwesend gewesen sei, ist festzuhalten, dass es bei Gutachtenaufträgen dem Regelfall entspricht, dass die Klinikleitung einen bestimmten Arzt - dabei handelt es sich in Abweichung zum konkreten Sachverhalt oft um eine Assistenzärztin oder einen Assistenzarzt - beizieht. Dieser studiert in der Folge die Akten, macht die notwendigen Explorationen und holt allfällige Auskünfte bei Drittpersonen ein. Die Notwendigkeit allfälliger Zusatzuntersuchungen spricht er oder sie mit der Klinikleitung ab (vgl. HANS KIND, So entsteht ein medizinisches Gutachten, in: SCHAFFHAUSER/SCHLAURI [Hrsg.], Rechtsfragen der medizinischen Begutachtung in der Sozialversicherung, St. Gallen 1997, S. 52f). Aus dem Umstand, dass das psychiatrische Gutachten von Dr. C.\_\_\_\_ visiert wurde, ist zu schliessen, dass dieser den Auftrag in Zusammenarbeit mit Dr. B.\_\_\_\_ ausführte bzw. sich jedenfalls mit den Schlussfolgerungen im Gutachten, welches unter Umständen von Dr. B.\_\_\_\_ allein erstellt wurde, einverstanden erklärte. Ein Ablauf dergestalt, dass Dr. B.\_\_\_\_ die Beschwerdeführerin allein untersuchte und das Gutachten massgeblich ausarbeitete, vermöchte somit für sich allein dessen Beweiswert nicht herabzusetzen.

g) Mit Bezug auf die von den Gutachtern der Klinik E.\_\_\_\_ festgestellte Anpassungsstörung mit Angst und Depression lässt sich nun allerdings insofern eine psychische Komorbidität von erheblicher Schwere, Ausprägung und Dauer im Sinn der erwähnten Rechtsprechung nicht in Abrede stellen, als die Gutachter zur Begründung festhielten, die Beschwerdeführerin habe im Zusammenhang mit der zweifachen Schulteroperation, die nicht den erwarteten Erfolg gebracht habe, eine depressive Symptomatik mit rascher Ermüdbarkeit, Antriebsstörungen, Schlafstörungen und Konzentrationsstörungen sowie Angstsymptomen entwickelt. Möglicherweise habe



bereits 2001 im Rahmen der Fibromyalgie eine depressive Episode bestanden. Eine Besserung der 30%igen Arbeitsunfähigkeit aus psychiatrischer Sicht sei innerhalb von zwei Jahren aufgrund der Chronifizierung bei einer vulnerablen Persönlichkeit mit sehr belasteter Lebensgeschichte nicht zu erwarten (IV-act. 66-4/5). Angesichts dieser Umstände ist eine - mit der Schulterproblematik verbundene - psychische Komorbidität als gegeben zu erachten. Sodann ist von Bedeutung, dass sich die gegenüber den Gutachtern der Klinik E.\_\_\_\_ geklagten Beschwerden mit den Symptomen einer Fibromyalgie ohne weiteres in Einklang bringen lassen (vgl. IV-act. 66-3/5, 66-4/5). Mit dem Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin ist festzuhalten, dass Dr. D.\_\_\_\_ die rheumatologische Problematik - weil nicht seinem Fachbereich entstammend - in seinem Bericht nicht inhaltlich berücksichtigte, sondern lediglich in Form einer Verdachtsdiagnose anführte. Eine Erklärung, wieso die Fibromyalgie im Rahmen der Rentenrevision nicht mehr in die Überprüfung mit einbezogen wurde, ergibt sich aus den medizinischen Akten nicht. Eine Nichtberücksichtigung derselben lässt sich auch aufgrund der dargelegten Rechtsprechung nicht legitimieren, zumal eine psychische Komorbidität wie dargelegt nicht verneint werden kann. Die bestehenden Gutachten erlauben damit keine abschliessende Beurteilung der Auswirkungen der Fibromyalgie auf die Arbeitsfähigkeit. Da eine Eignung der rheumatologischen Problematik, zu einer abweichenden Beurteilung zu führen, sich nicht zum vornherein verneinen lässt, ist eine Abklärung in rheumatologischer Sicht noch nachzuholen und in der Folge eine ganzheitliche Beurteilung der Auswirkungen der in Frage stehenden Gesundheitsschäden auf die Arbeitsfähigkeit vorzunehmen. Diese Vorgehensweise erscheint auch darum erforderlich, weil gestützt auf die bestehende Aktenlage (ohne Vornahme weiterer Abklärungen) die halbe Rente - entgegen der Auffassung der Beschwerdegegnerin - nicht mehr ohne weiteres gerechtfertigt wäre.

4.- Im Sinn der vorstehenden Erwägungen ist die Beschwerde unter Aufhebung des Einspracheentscheids vom 28. April 2006 teilweise gutzuheissen und die Angelegenheit zur weiteren medizinischen Abklärung und zu neuer Verfügung an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. Gerichtskosten sind keine zu erheben (Art. 61 lit. a ATSG). Die Beschwerdeführerin hat bei diesem Verfahrensausgang Anspruch auf Parteientschädigung (Art. 61 lit. g ATSG). Es rechtfertigt sich, diese auf pauschal Fr. 3'000.-- festzulegen.

Demgemäss hat das Versicherungsgericht



im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 53 GerG

entschieden:

1. In teilweiser Gutheissung der Beschwerde wird der Einspracheentscheid vom 28. April 2006 aufgehoben und die Angelegenheit zur Vornahme von medizinischen Abklärungen und zu neuer Verfügung im Sinne der Erwägungen an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen.
2. Es werden keine Gerichtskosten erhoben.
3. Die Beschwerdegegnerin hat die Beschwerdeführerin mit Fr. 3'000.-- zu entschädigen.