



Fall-Nr.: IV 2007/221
Stelle: Versicherungsgericht
Rubrik: IV - Invalidenversicherung
Publikationsdatum: 23.06.2020
Entscheiddatum: 17.09.2008

Entscheid Versicherungsgericht, 17.09.2008

Art. 17 Abs. 2 ATSG. Rentenrevision. Rückweisung zur weiteren medizinischen Abklärung. Das MEDAS-Gutachten vermochte in verschiedenen Punkten nicht zu überzeugen (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 17. September 2008, IV 2007/221).

Vizepräsidentin Karin Huber-Studerus, Versicherungsrichterinnen Monika Gehrler-Hug und Marie-Theres Rüegg Haltinner; Gerichtsschreiberin Miriam Lendfers

Entscheid vom 17. September 2008

in Sachen

Z.____,

Beschwerdeführerin,

vertreten durch Rechtsanwalt lic. iur. Marco Bivetti, Oberer Graben 42, 9000 St. Gallen,

gegen

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

Beschwerdegegnerin,

betreffend

Rentenrevision



Sachverhalt:

A.

A.a Z.____, Jahrgang 1955, meldete sich im Februar 2001 zum Bezug von Leistungen der Invalidenversicherung (IV) an (IV-act. 1). Der behandelnde Hausarzt Dr. med. A.____ nannte im Arztbericht vom 23. Februar 2001 unter anderem die Diagnosen: schwer einstellbare arterielle Hypertonie, Arthrose im AC-Gelenk mit Erguss rechts, Impingementsyndrom rechte Schulter, Fibromyalgiesyndrom und Depression. Die Versicherte sei seit Mai 2000 und bis auf Weiteres vollständig arbeitsunfähig (IV-act. 6-3 f.). Im polydisziplinären Gutachten der MEDAS der Universitätskliniken Basel vom 10. Dezember 2001 werden mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit insbesondere folgende Diagnosen genannt: mittelgradige bis schwere depressive Störung mit somatischem Syndrom ohne psychotische Symptome, Probleme in Verbindung mit der sozialen Umgebung und chronische Zervikobrachialgie rechts. In der angestammten Tätigkeit als Näherin sei die Versicherte nicht mehr arbeitsfähig. Für eine körperlich leichte, wechselbelastende Tätigkeit ohne Zwangshaltung und mit der Möglichkeit zu Pausen bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 40%. Dabei sei vor allem die psychiatrische Diagnose limitierend (IV-act. 15-6 f.). Die IV-Stelle errechnete gestützt auf dieses Gutachten einen Invaliditätsgrad von 59% und sprach der Versicherten mit Verfügung vom 5. Juni 2002 rückwirkend ab 1. Mai 2001 eine halbe Invalidenrente und eine Ehegattenzusatzrente zu (IV-act. 24-1).

A.b Im April 2004 machte die Versicherte eine Verschlechterung ihres Gesundheitszustands geltend und beantragte eine Rentenerhöhung (IV-act. 27-6). Dr. A.____ attestierte im Verlaufsbericht vom 4. Mai 2004 einen stationären Gesundheitszustand (IV-act. 31). Mit Verfügung vom 7. Juli 2004 wies die IV-Stelle das Gesuch um Rentenerhöhung ab. Der Gesundheitszustand der Versicherten habe sich seit der Zusprache der Teilrente nur unwesentlich verändert (IV-act. 35).

A.c In Vertretung der Versicherten berichtete die B.____ GmbH am 21. September 2005 von einem verschlechterten Gesundheitszustand und stellte einen Antrag auf Rentenrevision (IV-act. 38). Am 15. Dezember 2005 sandte Dr. A.____ der IV-Stelle mehrere Arztberichte. Er berichtete u.a. von einer Retinopathie Stadium I, einer



beginnenden hypertensiven Herzkrankheit, Schwindel und chronischen Kopfschmerzen, einem massiven Dekonditionierungssyndrom und äusserte den Verdacht auf Fibroadenome links bei masthopatisch verändertem Brustgewebe (IV-act. 44). Ein zweites Gutachten der MEDAS des Universitätsspitals Basel vom 3. Januar 2007 nennt insbesondere die Diagnosen mittelgradige depressive Episode mit somatischem Syndrom, generalisiertes Schmerzsyndrom, arterielle Hypertonie, chronische Cephalaea, DD: im Rahmen Hypertonie zervikogene Komponente, mögliches bilaterales Karpaltunnelsyndrom. In der angestammten Tätigkeit als Näherin bestehe nach wie vor keine Arbeitsfähigkeit. In körperlich leichten, wechselbelastenden Tätigkeiten ohne Zwangshaltung und mit der Möglichkeit zu Pausen bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 50%. Hierfür seien die Befunde und Diagnosen im rheumatologischen und im psychiatrischen Fachgebiet ausschlaggebend. Während im rheumatologischen Fachgebiet im Vergleich zur Erstbegutachtung eher eine zunehmende Dekonditionierung zu verzeichnen sei und generell in den somatischen Untersuchungen eine Schmerzausweitung beschrieben worden sei, habe sich der Schweregrad der affektiven Symptomatik eher vermindert (IV-act. 57-10 ff.). Gestützt auf dieses Gutachten stellte die IV-Stelle mit Vorbescheid vom 9. Februar 2007 die Abweisung des Rentenerhöhungsgesuchs in Aussicht (IV-act. 60), wogegen Rechtsanwalt lic. iur. Marco Bivetti in Vertretung der Versicherten mit Einwand vom 22. März 2007 protestierte und die Erhöhung auf eine ganze Rente beantragte (IV-act. 66). Die IV-Stelle verfügte am 3. Mai 2007 bei einem unveränderten Invaliditätsgrad von 59% die Abweisung des Erhöhungsgesuchs (act. G 1.1).

B.

B.a Gegen diese Verfügung richtet sich die Beschwerde des Rechtsvertreters der Versicherten vom 4. Juni 2007. Die Verfügung sei aufzuheben und der Beschwerdeführerin sei eine ganze Rente zu gewähren. Eventuell sei die Sache zur Vornahme weiterer Abklärungen an die Vorinstanz zurückzuweisen, unter Kosten- und Entschädigungsfolge. Der Beschwerdeführerin sei die unentgeltliche Prozessführung und Verbeiständung zu gewähren. Im zweiten MEDAS-Gutachten fehle eine schlüssige Erklärung für die Verbesserung der psychiatrischerseits attestierten Arbeitsfähigkeit. Am 21. Februar 2007 sei ein zerviko-vertebrales MRI mit der Frage nach Diskushernie C5/6 oder C6/7 li. durchgeführt worden. Dabei habe sich u.a. eine fortgeschrittene



Degeneration des Bewegungssegments C6/7 im Sinn von Bandscheibendehydratation begleitet von Osteochondrose und ventral- als auch dorsalseitiger Spondylose gefunden. Die Bandscheibenbeschwerden der Beschwerdeführerin sowie der gesamte zerviko-brachiale Problembereich seien bislang ausschliesslich als Symptom einer psychischen Erkrankung betrachtet worden. Die neuen Erkenntnisse würden ein neues Licht auf die bisherigen Diagnosen und Beschwerden der Beschwerdeführerin werfen. Hinzu komme, dass im MEDAS-Gutachten eine Berücksichtigung des bilateralen Karpaltunnelsyndroms bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit nicht stattgefunden habe. Die Beschwerdegegnerin habe den Arztbericht von Dr. med. C.____, Facharzt FMH für Neurologie, vom 16. März 2007 nicht in die Verfügung miteinbezogen. Nicht nachgekommen sei die Beschwerdegegnerin bislang dem Ersuchen um Zustellung eines von sämtlichen Teilgutachtern unterzeichneten Gesamtgutachtens. Beim Einkommensvergleich sei zu berücksichtigen, dass der Tabellenlohn um einiges höher sei als das Einkommen, das die Beschwerdeführerin ohne Gesundheitsschaden zuletzt erzielt habe. Dies sei auch bei der Festsetzung des Invalideneinkommens zu berücksichtigen, woraus sich ein Invaliditätsgrad von 76% ergebe (act. G 1).

B.b Das Gesuch um unentgeltliche Prozessführung (Befreiung von den Gerichtskosten und Bewilligung der unentgeltlichen Rechtsverteidigung) wurde am 5. Juni 2007 bewilligt (act. G 3). Am 5. Juli 2007 reichte der Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin eine Begründungsergänzung ein. Inzwischen habe Dr. C.____ zusätzliche Abklärungen betreffend das Karpaltunnelsyndrom durchgeführt. Die Arbeitsunfähigkeit betrage 80% (act. G 4).

B.c In der Beschwerdeantwort vom 17. September 2007 beantragt die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde. Die MEDAS-Gutachten würden sich schlüssig mit den degenerativen Veränderungen der Halswirbelsäule der Beschwerdeführerin auseinandersetzen. Die nach Ergehen des zweiten MEDAS-Gutachtens eingereichten medizinischen Unterlagen würden keine medizinischen Erkenntnisse ausweisen, die grundlegend neu wären und eine andere Beurteilung der Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit nach sich zögen. Ergebnisse bildgebender Verfahren seien nicht immer unabdingbar zur Beurteilung der Arbeitsfähigkeit, obschon sie bezüglich der Objektivierung der geschilderten Beschwerden von Interesse seien. Massgeblich sei, ob die Ärzte die Ausfälle und Beschwerden in die Einschätzung



miteinbezogen hätten. Aus therapeutischer Sicht sei es von Bedeutung, welche Ursache körperliche Ausfälle hätten. Die Beurteilung der Auswirkungen von Ausfällen auf die Arbeitsfähigkeit dagegen sei unter Umständen auch möglich, ohne den genauen Grund zu kennen. Das MEDAS-Gutachten habe sich jedenfalls mit der Problematik aufgrund der degenerativen Veränderungen der Halswirbelsäule auseinandergesetzt und diese entsprechend gewürdigt. Ähnliches gelte für den Standpunkt des Rechtsvertreters, das Karpaltunnelsyndrom sei bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit durch die MEDAS nicht berücksichtigt worden. Die Gutachter hätten formuliert, das Karpaltunnelsyndrom könne klinisch nicht ausgeschlossen werden und diesbezüglich bleibe eine neurographische Untersuchung zu empfehlen. Diese Formulierung zeige, dass es zur Beurteilung der Arbeitsfähigkeit nicht erforderlich gewesen sei, solch eine Untersuchung durchzuführen. Es liege im Beurteilungsspielraum des Arztes, ob er weitere Abklärungen für nötig halte. Im Weiteren hätten die MEDAS-Gutachter nachvollziehbar und eingehend zur Verbesserung der psychiatrischen Situation Stellung genommen. Der Aufforderung, die Teilgutachter zu einer Erklärung hinsichtlich der Übereinstimmung ihrer Teil- mit dem Gesamtgutachten einzuladen, wäre zu entsprechen gewesen, wenn Widersprüche hätten aufgezeigt werden können. Bei der Invaliditätsbemessung habe der bisherige und rechtskräftige Einkommensvergleich weiterhin Gültigkeit. Er sei lediglich der Teuerung bis 2006 angepasst worden (act. G 6).

B.d Die Beschwerdeführerin lässt in der Replik vom 1. Oktober 2007 an ihren Anträgen festhalten. Die MEDAS-Gutachter hätten offensichtlich zur Vornahme einer Untersuchung des Karpaltunnelsyndroms aufgefordert. Diese Untersuchung habe Dr. C.____ vorgenommen. Aus rein neurologischer Sicht schliesse er auf eine Arbeitsunfähigkeit von 80%. Dem stehe die Einschätzung der neurologischen Begutachter (Arbeitsfähigkeit von 90%) gegenüber. Die Behauptung, das Karpaltunnelsyndrom sei bezüglich der Arbeitsfähigkeit miteinbezogen worden, sei aktenwidrig. Nachdem aus rheumatologischer Sicht die Arbeitsfähigkeit von 60% bis 70% (erste Begutachtung) auf 50% (zweite Begutachtung) gesunken sei, sei aufgrund der neusten Erkenntnisse gemäss MRI vom 21. Februar 2007 von einer erneuten Zunahme der Beschwerden und damit der Einschränkung der Arbeitsfähigkeit auszugehen. Da die im Gesamtgutachten attestierte Arbeitsfähigkeit von 50% sich aus rheumatologischen und psychiatrischen Gründen ergäbe sei fraglich, ob die aus rein



neurologischer Sicht festgestellte Arbeitsfähigkeit von 90% überhaupt berücksichtigt worden sei. Im Gutachten fehle eine Auseinandersetzung mit der gegenseitigen Abhängigkeit der von den einzelnen Teilgutachtern festgestellten Arbeitsunfähigkeiten. Aus rheumatologischer Sicht bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 50%. Dem Wortlaut des psychiatrischen Teilgutachtens nach werde diese bereits eingeschränkte Arbeitsfähigkeit aufgrund fehlender Belastbarkeit und vermehrter Stressanfälligkeit nochmals um 40% dezimiert. Hieraus resultiere eine Arbeitsfähigkeit von insgesamt 20% (40% von 50% in teiladaptierter Tätigkeit). Zum gerügten Einkommensvergleich führt der Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin aus, es seien keinerlei Anhaltspunkte dafür ersichtlich gewesen, dass sich die Beschwerdeführerin aus freien Stücken mit einem bescheideneren Einkommen habe begnügen wollen, als sie hätte erzielen können. Aufgrund ihrer Ausbildung, ihren Sprachkenntnissen und der bisher ausgeübten Tätigkeit sei überdies klar gewesen, dass Einkünfte in der Höhe des herangezogenen Durchschnittslohns nicht erreicht werden könnten. Damit sei die ursprüngliche Verfügung zweifellos unrichtig und allenfalls durch Wiedererwägung ex tunc zu korrigieren (act. G 10).

B.e Die Beschwerdegegnerin hält am 22. Oktober 2007 an ihrem Antrag fest und verzichtet im Übrigen auf weitere Ausführungen (act. G 12).

Erwägungen:

1.

1.1 Der Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin stellt sich in der Replik auf den Standpunkt, die ursprüngliche leistungszusprechende Verfügung vom 5. Juli 2002 sei wegen falscher Invaliditätsgradbemessung zweifellos unrichtig und in Wiedererwägung zu ziehen. Anfechtungsgegenstand des vorliegenden Verfahrens ist jedoch einzig die angefochtene Verfügung vom 3. Mai 2007. Die ursprüngliche Verfügung vom 5. Juli 2002 ist unangefochten in Rechtskraft erwachsen und kann in diesem Verfahren nicht überprüft werden. Im Übrigen ist die Verwaltung frei in der Entscheidung, ob sie eine Wiedererwägung vornehmen will, sofern eine Verfügung sich als zweifellos unrichtig erweist und die Berichtigung von erheblicher Bedeutung ist (Art. 53 Abs. 2 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG;



SR 830.1]). Sie könnte vom Gericht nicht zur Vornahme einer Wiedererwägung verpflichtet werden.

1.2 Am 1. Januar 2008 sind mit der 5. IVG-Revision verschiedene Änderungen des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG; SR 831.20) in Kraft getreten. Weil in zeitlicher Hinsicht grundsätzlich diejenigen Rechtsätze massgebend sind, die bei der Erfüllung des zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben (BGE 127 V 467 Erw. 1), und weil bei der Beurteilung ferner auf den bis zum Zeitpunkt des Erlasses der streitigen Verfügung eingetretenen Sachverhalt abzustellen ist (BGE 121 V 366 Erw. 1b; 132 V 215 Erw. 3.1.1), sind vorliegend die bis zum 31. Dezember 2007 gültig gewesenen materiellen Bestimmungen anzuwenden.

2.

2.1 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 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG; SR 830.1]). 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 (BGE 130 V 349 f. Erw. 3.5). Eine bloss unterschiedliche Beurteilung eines im Wesentlichen gleich gebliebenen Sachverhalts stellt dagegen praxisgemäss keine revisionsbegründende Änderung dar (BGE 112 V 372 Erw. 2b). Ob eine revisionsbegründende Änderung eingetreten ist, beurteilt sich durch Vergleich des Sachverhalts, wie er im Zeitpunkt der letzten (der versicherten Person eröffneten) rechtskräftigen Verfügung bestand, die auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Durchführung eines Einkommensvergleichs (bei Anhaltspunkten für eine Änderung in den erwerblichen Auswirkungen des Gesundheitszustands) beruht (BGE 133 V 108), mit dem Sachverhalt zur Zeit der streitigen Revisionsverfügung (BGE 125 V 369 Erw. 2).

2.2 Im vorliegenden Fall ersuchte die Beschwerdeführerin bereits im April 2004 um Rentenerhöhung. Das Gesuch wies die Beschwerdegegnerin mit Verfügung vom 7. Juli



2004 ab (IV-act. 35). Die Beschwerdegegnerin hatte in jenem Verfahren lediglich einen Arztbericht vom behandelnden Hausarzt Dr. A.____ eingeholt und war nach Rücksprache mit ihrem Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD) zur Ansicht gelangt, der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin habe sich seit Zusprache der Teilrente nur unwesentlich verändert. Jener Entscheid vom 7. Juli 2004 beruhte jedoch nicht auf einer umfassenden materiellen Rentenprüfung mit umfangreicher Sachverhaltsabklärung und Beweiswürdigung. Als Vergleichszeitpunkt im vorliegenden Rentenrevisionsverfahren ist somit der 5. Juni 2002 zu berücksichtigen.

3.

3.1 Zur Beurteilung der Gesundheitsveränderung erscheint es als angezeigt, die psychischen und somatischen Beschwerden im Vergleich Sommer 2002 mit dem Verfügungszeitpunkt Mai 2007 im Einzelnen zu betrachten.

3.2

3.2.1 In der ersten MEDAS-Begutachtung vom Herbst 2001 wurde als psychiatrische Diagnose eine mittelschwere bis schwere depressive Störung mit einem somatischen Syndrom, aber ohne psychotische Symptome genannt. Weiter bestünden Probleme, die durch die Enkulturation und die mangelnden Sprachkenntnisse ausgelöst würden. Bei der geschätzten Arbeitsfähigkeit von 40% seien vor allem die psychiatrischen Diagnosen limitierend (IV-act. 15-7). Im psychiatrischen Teilgutachten vom 26. September 2001 wurde die Beschwerdeführerin als deutlich älter wirkend beschrieben. Sie schlepe sich durch den Gang zum Untersuchungsraum, wirke psychisch und physisch deutlich erschöpft. In der Auffassung sei sie leicht vermindert. Das Gespräch sei wiederholt unterbrochen worden, weil die Beschwerdeführerin in Tränen ausgebrochen sei. Mimik und Gestik seien während des gesamten Gesprächs deutlich reduziert, ein Kontakt sei gut herstellbar gewesen. Die Beschwerdeführerin sei bewusstseinsklar und voll orientiert, die Konzentration und das Kurzzeitgedächtnis deutlich vermindert gewesen. Sie habe auch über Gedächtnisstörungen berichtet. Sie grüble ständig über ihre Situation, es bestünden ausgeprägte pessimistische



Gedanken. Sie befürchte, sie sei unheilbar krank und habe Angst zu sterben. Zwänge, Wahnhinhalte, Sinnestäuschungen und Ich-Störungen wurden keine beobachtet. Der Affekt sei deutlich verarmt, es bestehe keine Schwingungsfähigkeit. Sie habe Ein- und Durchschlafstörungen mit frühem Erwachen. Der Antrieb sei deutlich gehemmt und vermindert. Suizidgedanken würden verneint. Für die Arbeitsfähigkeitsschätzung erachteten die psychiatrischen Gutachter die depressive Störung, insbesondere die Anhedonie, Antriebsstörung, Konzentrationsprobleme und Müdigkeit durch die ausgeprägte Schlafstörung als ausschlaggebend. Aus rein psychiatrischer Sicht sei sie für eine adaptierte Tätigkeit um rund 50-60% eingeschränkt (IV-act. 15-17 f.).

3.2.2 Im psychiatrischen Teilgutachten der zweiten MEDAS-Begutachtung vom 22. November 2006 waren die Angaben der Beschwerdeführerin festgehalten worden, wonach sie keine Kraft habe und dauerhaft müde sei. Nachts finde sie kaum noch Schlaf, hauptsächlich deswegen, weil sie andauernd aufstehen müsse, um Wasser zu lassen. Die Müdigkeit sei am Morgen am schlimmsten, erst gegen Mittag werde sie einigermaßen einsatzfähig. Abends gehe es ihr besser, wenn auch nur wenig. Sie habe immer Angst, in erster Linie davor, dass sie sterben könnte. Die seit drei bis vier Jahren bestehenden Angstattacken würden jeden Tag in immer stärker zunehmendem Ausmass vorkommen. Die Angst raube ihr die Lebenslust. Ihre Stimmung sei sehr schlecht, genauer gesagt habe sie gar keine Stimmung. Die Gutachter beschrieben, während des Untersuchungsgesprächs sei Augenkontakt aufgenommen und aufmerksam gehalten worden. Die mimischen Äusserungen seien sehr spärlich, die Gestik sei rechtsbetont flüssig. Die Beschwerdeführerin sei wach und zu allen Qualitäten orientiert. Kognitiv mnestisch sei sie leicht defizitär mit Konzentrations-, Aufmerksamkeits- und Merkfähigkeitsstörungen. Im formalen Denken sei sie geordnet, kohärent gewesen, es seien kein Wahn, keine Sinnestäuschungen, keine Ich-Störungen und keine Zwänge erkennbar gewesen. Affektiv sei sie leicht deprimiert, die Schwingungsfähigkeit sei leicht vermindert gewesen (IV-act. 57-25 f.). Die Gutachter hielten fest, die Angstsymptomatik sehe man im Rahmen der depressiven Erkrankung. Aufgefallen sei die ausgesprochen klagsame, jammerige Qualität des Affekts der Beschwerdeführerin, wobei die eigentliche Deprimiertheit als höchstens mittelgradig zu bewerten sei. Der Schweregrad der affektiven Symptomatik habe sich seit der Vorbegutachtung leicht vermindert, was am ehesten dem natürlichen Verlauf der Erkrankung zuzuordnen sei. Die Probleme in Verbindung mit der sozialen Umgebung



beständen unverändert fort und seien von der Beschwerdeführerin als sehr belastend beschrieben worden. Die sozialen Kompetenzen der Beschwerdeführerin seien eher gering. Nach wie vor verfüge sie in keinster Weise über suffiziente Bewältigungsstrategien, ihr Verhalten sei durch eine ausgeprägte Vermeidungstendenz geprägt. Aufgrund des depressiven Syndroms und damit einhergehender Beeinträchtigung ihrer Belastbarkeit und vermehrter Stressanfälligkeit sei die Beschwerdeführerin aus psychiatrischer Sicht für eine adaptierte Tätigkeit um 40% eingeschränkt (IV-act. 57-27 f.).

3.2.3 Der Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin stellt sich auf den Standpunkt, bei der im zweiten Gutachten höher eingeschätzten Arbeitsfähigkeit handle es sich nicht um eine tatsächliche Verbesserung des psychischen Gesundheitszustands, sondern lediglich um eine andere Einschätzung desselben Sachverhalts, die als solche nicht bedeutsam sei. Diese Argumentation ist nicht ohne weiteres von der Hand zu weisen. Im zweiten Gutachten wurde festgehalten, dass die Beschwerdeführerin die eigene Selbstwirksamkeit nicht erfahren und keine suffizienten Coping-Strategien erlernt habe. Zudem wurde die Konsequenz der medikamentösen Behandlung bezweifelt. Während der Affekt im ersten Gutachten als deutlich verarmt bezeichnet worden war, hielten die Psychiater im zweiten Gutachten fest, der Affekt habe eine ausgesprochen klagsame, jammerige Qualität aufgewiesen. Die Schwingungsfähigkeit wurde im ersten Gutachten als nicht vorhanden, im zweiten Gutachten als vermindert bezeichnet. Ob die Beurteilung im zweiten Gutachten eine Verbesserung des psychischen Zustands mit überwiegender Wahrscheinlichkeit belegt und nicht tatsächlich lediglich eine unterschiedliche Beurteilung eines unveränderten Zustands darstellt, ist zumindest fraglich, braucht jedoch nicht abschliessend beurteilt zu werden, wie nachfolgend zu zeigen ist.

3.3

3.3.1 Somatischerseits wurde im ersten Gutachten vom Dezember 2001 ein zervikales Schmerzsyndrom auf dem Boden von degenerativen Veränderungen der unteren Halswirbelsäule erkannt. Die Schmerzsymptomatik sei progredient und mit in den rechten Arm ausstrahlenden Schmerzen verbunden. Deren Natur sei am ehesten unspezifisch im Rahmen einer zervikogenen Ausstrahlung in Kombination mit einem



leichtgradigen sensomotorischen Karpaltunnelsyndrom. Aufgrund der aktuellen klinischen Befunde und dem Verhalten in der Untersuchung sei eine zervikoradikuläre Beschwerdegenese nicht auszuschliessen, wenn auch derzeit keine monosegmental dermatonombezogenen Defizite zu objektivieren seien. Die Symptomatik werde stark geprägt durch eine Ausbreitungstendenz auf die gesamte rechte Körperhälfte, durch ein Sichgehenlassen und den Verlust der Kontrolle über den eigenen Körper verstärkt durch episodische Hyperventilationsereignisse, die mit einer typischen Parästhesiesymptomatik im Bereich des Gesichts und der Zunge einhergehen würden. Das Verhalten im Rahmen der Untersuchung und die Durchsicht der Akten liessen bei insgesamt geringem klinischem Korrelat auf eine erhebliche Symptomausweitung schliessen. Eine optimal adaptierte Tätigkeit sei der Beschwerdeführerin in einen Pensum von 60-70% zumutbar (IV-act. 15-14).

3.3.2 Im zweiten rheumatologischen Teilgutachten vom 22. November 2006 nahm der Gutachter Dr. med. D.____, Facharzt FMH für Rheumatologie und für Innere Medizin, Bezug auf seine Begutachtung aus dem Jahr 2001 und beschrieb einen Zustand, wie er bei fortschreitender Konditionierung (richtig wohl: Dekonditionierung) infolge Schonverhaltens und Malcompliance auch bezüglich der Behandlung des internistischen Leidens (Hypertonie) zu erwarten sei. Zum Ausschluss eines entzündlich-rheumatischen Leidens seien ergänzend nochmalige Laboruntersuchungen veranlasst worden, die den diesbezüglichen Verdacht bei Sicca-Symptomen und Morgensteifigkeit wiederum nicht hätten erhärten können. Aus rein rheumatologischer Sicht bestehe eine Arbeitsunfähigkeit von 50% in adaptierten Tätigkeiten (IV-act. 57-32). Im neurologischen Teilgutachten vom 20. November 2006 wird auf ein chronisches generalisiertes Schmerzsyndrom mit chronischer bilateraler Zervikobrachialgie, chronischen Spannungskopfschmerzen im Sinn eines Zervikozephalisyndroms sowie mit einem chronischen lumbovertebralen und lumbospondylogenen Schmerzsyndrom hingewiesen. Das Vorliegen eines Karpaltunnelsyndroms sei aufgrund der angegebenen Beschwerden möglich. Man empfehle deshalb eine bilaterale Medianus-Neurographie. Aus rein neurologischer Sicht betrage die Arbeitsfähigkeit 90%. Die Einschränkung basiere auf dem erhöhten Pausenbedarf bei chronischen Spannungskopfschmerzen (IV-act. 57-40).



3.3.3 Im Rahmen der zweiten MEDAS-Begutachtung wurden keine bildgebenden Verfahren durchgeführt. Insbesondere fehlt es an aktuellen Röntgenbildern (IV-act. 57-32). Welche Bilder berücksichtigt wurden, lässt sich dem Gutachten nicht entnehmen. In der Auflistung der vorhandenen Akten wird lediglich auf einen Bericht des Röntgeninstituts Alder vom 15. Juni 2004 verwiesen. Offenbar handelte es sich dabei jedoch lediglich um eine Untersuchung der Nierenarterien (vgl. IV-act. 57-3 oben). Am 21. Februar 2007 wurde ein zerviko-vertebrales MRI mit der Frage nach Diskushernie C5/6 oder C6/7 durchgeführt. Der Neurologe Dr. C.____ wies im Schreiben vom 16. März 2007 darauf hin, es habe sich eine fortgeschrittene Degeneration des Bewegungssegments C6/7 im Sinn von Bandscheibendehydratation begleitet von Osteochondrose und ventral- als auch dorsalseitiger Spondylose ergeben. Weiter sei eine bilaterale mittelschwere degenerative Foraminalstenose C6/7 mit möglicher intermittierender Irritation der Nervenwurzel C7 links erkannt worden. Zudem liege eine kleine linksseitige foraminale Diskushernie C5/6 mit knappem Kontakt zur Vorderfläche der foraminal durchziehenden Nervenwurzel C6 links vor. Der Befund weiche von dem durch die MEDAS Basel erhobenen Befund ab und sei auch krankheitsrelevant. Auch Dr. C.____ äussert den Verdacht auf ein Karpaltunnelsyndrom. Auf eine weitere Abklärung habe man bisher verzichtet, weil man erst einmal Klarheit bezüglich der zervikalen Situation hätte haben wollen. Der Neurologe äussert seine Ansicht, dass die derzeitige Arbeitsfähigkeit aufgrund dieses Befunds unter den empfohlenen Werten der MEDAS liege, zumal die Beschwerdeführerin voraussichtlich auch bei leichten Arbeiten längere Zeit konzentriert in mit dem Kopf nach vorn gebeugter Stellung sitzen müsste (IV-act. 66-5; vgl. auch den Bericht der Klinik Stephanshorn vom 21. Februar 2007 in IV-act. 66-4).

3.3.4 Der RAD hielt in seiner Stellungnahme vom 27. April 2007 fest, die erwähnten Beschwerden aufgrund des Karpaltunnelsyndroms seien in der neurologischen Stellungnahme des MEDAS-Gutachtens erfasst und entsprechend gewürdigt worden. Aufgrund der klinischen Befunde und der geklagten Beschwerden habe der Neurologe eine valide Einschätzung der Arbeitsfähigkeit vornehmen können. Die Klinik des Karpaltunnelsyndroms schränke die Arbeitsfähigkeit daher nicht weiter ein, sodass aus versicherungsmedizinischer Sicht eine weitere Abklärung keine wesentlichen neuen Erkenntnisse bringe (IV-act. 67). Diese Ansicht teilte Dr. C.____ offensichtlich nicht. Er hatte am 16. März 2007 explizit festgehalten, er wolle die Arbeitsfähigkeit erst nach



Abklärung der Nervenleitgeschwindigkeiten im Hinblick auf den Verdacht eines Karpaltunnelsyndroms festlegen (IV-act. 66-6). Tatsächlich ist fraglich, ob sich die Arbeitsfähigkeit ohne weitere Abklärungen betreffend die Verdachtsdiagnose des Karpaltunnelsyndroms hinreichend zuverlässig bestimmen liesse. Da die MEDAS-Gutachter von einer erheblichen Symptomausweitung ausgegangen waren, erscheint entgegen der Ansicht des RAD nicht als überwiegend wahrscheinlich, dass ein sich bestätigendes Karpaltunnelsyndrom in der Arbeitsfähigkeitsschätzung hinreichend berücksichtigt wurde. Zu den Befunden an der Wirbelsäule gemäss MRI vom Februar 2007 hielt der RAD fest, die erneut bestätigte Diskushernie sei in den Untersuchungen der MEDAS beschrieben worden und finde in der Beschreibung der adaptierten Tätigkeit Niederschlag. Degenerative Veränderungen und Diskushernie würden sowohl in der neurologischen als auch in der rheumatologischen Beurteilung als aktenkundig vermerkt (IV-act. 67). Auch damit widerspricht der RAD der Einschätzung von Dr. C.____. Dieser hatte anhand der neuen MRI-Bilder von einem krankheitsrelevanten, von den Erkenntnissen der MEDAS abweichenden Befund berichtet.

3.3.5 Am 16. Mai 2007 berichtete Dr. C.____ seinem Kollegen Dr. med. E.____, Facharzt FMH für Chirurgie, von einem Zervikalsyndrom und einem (unterdessen) gesicherten Karpaltunnelsyndrom, wobei der linke Arm stärker betroffen sei. Es stelle sich die Frage, ob es sich hierbei um einen operationswürdigen Befund handle. Betreffend Nervenleitgeschwindigkeit berichtet Dr. C.____ von einer beidseits bestehenden signifikanten pathologischen Verlangsamung. Er bat Dr. E.____, die Beschwerdeführerin in die Sprechstunde aufzubieten mit der Frage, ob eine Neurolyse angezeigt sei. Auf dem Schreiben wurde offenbar von Dr. C.____ handschriftlich ergänzt, die Arbeitsunfähigkeit betrage derzeit 80% (IV-act. 74).

3.4 Insgesamt erscheint die somatische Situation der Beschwerdeführerin im MEDAS-Gutachten als nicht ausreichend abgeklärt. Betreffend Wirbelsäule fehlen aktuelle Bilder, betreffend Karpaltunnelsyndrom mangelt es ebenfalls an genügenden Abklärungen. Dass diese Aspekte von Vornherein ungeeignet wären, die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin zu beeinflussen, ist nicht anzunehmen. Immerhin kann eine Geeignetheit zur Beeinflussung nicht mit hinreichender Wahrscheinlichkeit ausgeschlossen werden. Freilich reicht die Einschätzung von Dr. C.____, wonach die Beschwerdeführerin zu 80% arbeitsunfähig sei, zur Beurteilung



der Rentenfrage nicht aus. Dr. C.____ gab keine Auskunft über die Dauerhaftigkeit der von ihm geschätzten Einschränkung. Dies konnte er wohl auch nicht beurteilen, da der Entscheid, ob eine Operation am Handgelenk vorzunehmen sei, noch nicht gefallen war und die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin von einer Operation und dem damit verbundenen Erfolg wohl beeinflusst würde. Da das MRI vom Februar 2007 eine fortgeschrittene Degeneration eines Teils der HWS zeigte, ist nicht auszuschliessen, dass dadurch einige der geklagten Beschwerden besser zu objektivieren sind, was am ehesten polydisziplinär untersucht werden müsste.

4.

4.1 Da ernsthafte Zweifel an der Begründetheit und Schlüssigkeit der Arbeitsfähigkeitsschätzung gemäss dem zweiten MEDAS-Gutachten bei der vorhandenen Aktenlage nicht ausgeräumt werden können, ist es unvermeidbar, die Beschwerdeführerin erneut polydisziplinär untersuchen zu lassen. Die Beschwerde ist folglich unter Aufhebung der angefochtenen Verfügung vom 3. Mai 2007 gutzuheissen und die Sache zur Veranlassung der Abklärung und zur anschliessenden Neuverfügung 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. 1000.- festgelegt (Art. 69 Abs. 1^{bis} IVG). Eine Gerichtsgebühr von Fr. 600.- erscheint als angemessen. Die Rückweisung zur Neuurteilung gilt praxisgemäss als volles Obsiegen (ZAK 1987 S. 268 Erw. 5a). Somit unterliegt die Beschwerdegegnerin vollumfänglich, sodass ihr als nicht von der Pflicht zur Übernahme amtlicher Kosten befreiter selbstständiger öffentlich-rechtlicher Anstalt die ganze Gerichtsgebühr aufzuerlegen ist.

4.3 Bei diesem Verfahrensausgang hat die Beschwerdeführerin Anspruch auf eine Parteientschädigung, die vom Gericht ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache und nach der Schwierigkeit des Prozesses bemessen wird (Art. 61 lit. g ATSG; vgl. auch Art. 98 ff. VRP/SG, sGS 951.1). Der Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin reichte am 3. April 2008 eine Kostennote über Fr. 2'260.90 (einschliesslich Barauslagen und Mehrwertsteuer) ein. Dies erscheint als angemessen.



St.Galler Gerichte

Die Beschwerdegegnerin hat der Beschwerdeführerin somit eine Parteientschädigung von Fr. 2'260.90 zu bezahlen.

Demgemäss hat das Versicherungsgericht

im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 53 GerG

entschieden:

1. Die Beschwerde wird unter Aufhebung der angefochtenen Verfügung vom 3. Mai 2007 teilweise gutgeheissen und die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen, damit diese im Sinne der Erwägungen weitere Abklärungen vornehme und anschliessend über den Rentenanspruch der Beschwerdeführerin neu verfüge.
2. Die Beschwerdegegnerin hat die Gerichtskosten von Fr. 600.- zu bezahlen.
3. Die Beschwerdegegnerin hat der Beschwerdeführerin eine Parteientschädigung von Fr. 2'260.90 zu bezahlen.