



Fall-Nr.: IV 2013/349
Stelle: Versicherungsgericht
Rubrik: IV - Invalidenversicherung
Publikationsdatum: 02.06.2020
Entscheiddatum: 29.10.2015

Entscheid Versicherungsgericht, 29.10.2015

Art. 28 IVG. Rentenanspruch. Beweiswürdigung Gutachten.

Abklärungsbedarf bejaht, da eine allfällige erhebliche gesundheitliche Verschlechterung bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung ohne weitere Abklärungen nicht ausgeschlossen werden kann. Rückweisung zur Verlaufsbeurteilung (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 29. Oktober 2015, IV 2013/349).

Entscheid Versicherungsgericht, 29.10.2015

Entscheid vom 29. Oktober 2015

Besetzung

Präsidentin Lisbeth Mattle Frei, Versicherungsrichter Joachim Huber,
Versicherungsrichterin Marie-Theres Rüegg Haltinner; Gerichtschreiberin Jeannine Bodmer

Geschäftsnr.

IV 2013/349

Parteien

A.____,

Beschwerdeführerin,

vertreten durch B.____, Pro Mediation, Alte Landstrasse 3, 9495 Triesen,



St.Galler Gerichte

gegen

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

Beschwerdegegnerin,

Gegenstand

IV-Leistungen

Sachverhalt

A.

A.a A.____ wurde am 1. Juli 2009 der IV-Stelle im Rahmen der Früherfassung durch ihren Hausarzt Dr. med. C.____, Facharzt für Innere Medizin FMH, gemeldet (IV-act. 1). Dieser stellte als Diagnose einen Verdacht auf Fibromyalgie (IV-act. 2).

A.b Durch Mitteilung vom 20. August 2009 schloss die IV-Stelle die Arbeitsvermittlung ab. Da sich die Versicherte subjektiv nicht in der Lage sehe, einer geregelten Tätigkeit nachzugehen, seien berufliche Eingliederungsbemühungen nicht erfolgsversprechend (IV-act. 29).

A.c Im Bericht vom 28. Oktober 2009 hielt Dr. med. D.____, Radiologie FMH, u.a. fest, dass sich im Vergleich zur Voruntersuchung vom 20. Februar 2009 ein unverändert normaler Befund des Neurocraniums habe feststellen lassen und insbesondere keine Hinweise auf posttraumatische Residuen beständen. Im Bereich der HWS zeige sich weiterhin eine regelrechte Darstellung der Bandscheiben ohne Nachweis einer Diskushernie oder anderweitigen Neurokompression. Es beständen Spondylarthrosen vor allem C4/5 und C5/6 beidseits. Im Bereich der oberen BWS würden leichtgradige Chondrosen mit ventralen Spondylosen sichtbar. Die Darstellung von Spinalkanal und des Myelon sei regulär (IV-act. 30-11 f.).

A.d Am 31. Mai und 2. Juni 2010 wurde die Versicherte durch die MEDAS Ostschweiz begutachtet. Als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit hielten



die begutachtenden Ärzte ein diffuses chronisches unspezifisches weichteilrheumatisches/myofaszielles Schmerzsyndrom cervicocephal, pectoral und panvertebral betont mit vielen vegetativen Begleitbeschwerden sowie eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung, einhergehend mit Existenzängsten, Verstimmungen und furchtvollen Erwartungen fest. Hinsichtlich der Arbeitsfähigkeit führten die Gutachter aus, dass die Erwerbssituation nicht ganz durchsichtig sei; die Belastung dürfte körperlich leicht bis möglicherweise kürzerzeitig mittelschwer sein. Auf Grund der aufgeführten funktionellen Beschwerden sowie der psychischen Faktoren sei von einer Einschränkung für solche Tätigkeiten von 20% auszugehen. Auch in adaptierten Tätigkeiten schätzten sie die Arbeitsunfähigkeit auf 20% (Gutachten vom 5. August 2010; IV-act. 37-8 f.).

A.e Am 12. Januar 2011 fand durch die IV eine Abklärung der Verhältnisse an Ort und Stelle statt. Anlässlich dieser gab die Versicherte an, sie würde im Gesundheitsfall zu 100% erwerbstätig sein. Gestützt darauf empfahl der Abklärungsverantwortliche, die Frage nach der heute wahrscheinlichen Qualifikation auszuklammern. Weil die Versicherte auf Grund des Umstands, dass der Ehemann ihren bisherigen Geschäftsbereich nun selber abdecken könne, und sie selber seit Mai 2007 nicht mehr im Betrieb mitarbeite, erscheine die Einstufung als Erwerbstätige angezeigt. Da der Einkommensvergleich unter Berücksichtigung des MEDAS-Gutachtens einen Invaliditätsgrad von 20% ergebe, sei das Rentengesuch abzuweisen (IV-act. 43-12 f.).

A.f Mit Vorbescheid vom 28. Februar 2011 stellte die IV-Stelle der Versicherten in Aussicht, den Anspruch auf Invalidenrente gestützt auf einen Invaliditätsgrad von 20% abzuweisen (IV-act. 46). Mit Schreiben vom 5. April 2011 liess die Versicherte gegen den Vorbescheid durch ihren Rechtsvertreter Einwand erheben mit dem Antrag, es seien ergänzende Abklärungen durchzuführen. Der Rechtsvertreter gab an, er habe die Rheumatologin der Versicherten gebeten, zur Diagnose der MEDAS und deren Beurteilung der Arbeitsfähigkeit Stellung zu nehmen. Nach Vorliegen des Berichts werde sich zeigen, ob zusätzliche medizinische Abklärungen notwendig seien (IV-act. 53). Mit Schreiben vom 2. Mai 2011 informierte der Rechtsvertreter die IV-Stelle über die Beendigung seines Mandats (IV-act. 55). Am 11. Mai 2011 verfügte die IV-Stelle die Abweisung des Rentengesuchs. Nachdem keine weiteren neuen Unterlagen bei ihr eingetroffen seien, halte sie an ihrem Vorbescheid fest (IV-act. 56).



St.Galler Gerichte

A.g Am 29. Mai 2012 reichte die Versicherte bei der IV-Stelle das Meldeformular zur Früherfassung ein (IV-act. 57). Ihre neue Hausärztin Dr. med. E.____, FMH Anästhesiologie, diagnostizierte im Bericht vom 20. Juni 2012 einen Verdacht auf Fibromyalgie, zusätzlich ein chronisches Wirbelsäulen-Syndrom und eine deutliche Verschlechterung des Allgemeinzustands. Seit 4. November 2011 sei sie daher bei ihr in ständiger Behandlung mit instabilen Verbesserungsansätzen. Da die Prognose im Augenblick noch unklar sei, attestiere sie der Versicherten für diese Zeit eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit mit 100%iger Arbeitsleistungsunfähigkeit. Sie beantrage für die Versicherte eine Invalidenrente von 60% Arbeitsunfähigkeit und 60% Arbeitsleistungsunfähigkeit (IV-act. 67).

A.h RAD-Arzt Dr. med. F.____ hielt dazu fest, dass die Hausärztin weder Befunde noch Diagnosen nenne, noch Beschwerden beschreibe, die im Gutachten der MEDAS vom 5. August 2010 nicht bereits berücksichtigt und für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit gewürdigt worden seien (IV-act. 69). Verglichen mit der Referenzsituation vom „11. Mai 2012“ (wohl gemeint: Mai 2010) bzw. Zeitpunkt der MEDAS-Abklärung habe sich der Gesundheitszustand der Versicherten nicht in einer erheblichen Weise verändert. Damit seien die medizinischen Kriterien für eine Plausibilisierung einer möglichen Verschlechterung nicht erfüllt (IV-act. 69).

A.i Mit Vorbescheid vom 12. Juli 2012 stellte die IV-Stelle der Versicherten in Aussicht, auf das neue Leistungsbegehren nicht einzutreten. Die Versicherte habe nicht glaubhaft darlegen können, dass sich die tatsächlichen Verhältnisse seit der letzten Verfügung wesentlich verändert hätten (IV-act. 73).

A.j Dagegen erhob die Versicherte am 31. August 2012 Einwand. Sie machte geltend, auf Grund einer seit 2012 vergrösserten Hirnzyste an Schwindel und Gehörschmerzen zu leiden. Zudem sei auch eine Vergrösserung der Zysten (Tarlov Zyste) im Rückenbereich aufgetreten. Dazu reichte sie zwei Berichte über ein MRI des Neurocraniums nativ vom 6. Februar 2012 und ein MRI der Wirbelsäule nativ vom 19. April 2012 ein (IV-act. 76). RAD-Arzt Dr. F.____ befand dazu mit Stellungnahme vom 28. September 2012, dass auf Grund der neuen Dokumente nicht ganz ausgeschlossen werden könne, dass sich der Gesundheitszustand der Versicherten im Vergleich zur Situation zum Zeitpunkt der MEDAS-Begutachtung im Juni 2010 verschlechtert habe.



St.Galler Gerichte

Ob diese Befunde seit der Begutachtung aber wirklich frisch aufgetreten seien und ob sie die von der Versicherten beklagten Beschwerden verursachten, wäre durch einen Vergleich der Aufnahmen durch einen Radiologen sowie eine neurologische Untersuchung zu klären. Fürs erste gehe der RAD jedoch davon aus, dass die Versicherte noch immer über eine über 50%ige Arbeitsfähigkeit verfüge (IV-act. 78).

A.k Nach erneuter Aufnahme von beruflichen Massnahmen äusserte die Versicherte laut Assessmentprotokoll vom 31. Oktober 2012 den Wunsch, die beruflichen Massnahmen abzuschliessen und die Rentenprüfung durchzuführen (IV-act. 84-3). Mit Schreiben vom 29. November 2012 teilte die IV-Stelle ihr daher den Abschluss der beruflichen Massnahmen mit (IV-act. 87).

A.l Im Bericht vom 19. Dezember 2012 attestierte die Hausärztin Dr. E.____ der Versicherten eine Arbeitsunfähigkeit von 100%. Die Versicherte leide unter chronischen Schmerzzuständen mit rheumapositiven Faktoren. Zusätzlich bestehe eine Autoimmunerkrankung der Schilddrüse und eine reaktive Depression mittleren Grades (IV-act. 95). Dr. F.____ forderte in der Folge weitere Auskünfte ein (IV-act. 96). Darauf antwortete Dr. E.____ im Schreiben vom 24. April 2013, die Versicherte leide unter chronischer Müdigkeit und Depression, welche immer wieder zur Verstärkung des Schmerzsyndroms führten. Auch klage die Versicherte über Beinschmerzen. Sie habe sich aber nicht in neurologischer Behandlung befunden (IV-act. 100). Dr. F.____ folgerte daraus in der Stellungnahme vom 14. Mai 2013, dass entgegen der ursprünglichen auf Grund der ungenau beschriebenen Diagnosen und Befunde entstandenen Vermutung, der Gesundheitszustand der Versicherten habe sich im Vergleich zur Referenzsituation im Jahr 2010 erheblich geändert, nach wie vor auf die Einschätzung der MEDAS-Gutachter vom 5. August 2010 abgestellt werden könne (IV-act.101).

A.m Mit Vorbescheid vom 21. Mai 2013 stellte die IV-Stelle der Versicherten in Aussicht, das neue Leistungsbegehren abzuweisen (IV-act.104). Dagegen erhob die Versicherte am 21. Juni 2013 Einwand. Zur Begründung führte sie verschiedene Diagnosen auf, welche auf die Unfälle zurückzuführen seien, die sie vor 30 Jahren erlitten habe. Zudem reichte sie einen Bericht des Radiologiedepartements des Spitals G.____ vom 17. Juni 2013 betreffend MR LWS nativ vom gleichen Tag ein (IV-act.105).



St.Galler Gerichte

A.n Mit Verfügung vom 25. Juni 2013 wies die IV-Stelle den Einwand im Sinne des Vorbescheids ab. Sie begründete dies damit, es würden keine neuen Tatsachen bekannt gegeben, welche eine Änderung des Entscheids rechtfertigen würden. Der subjektiven Wahrnehmung der Versicherten würden keine objektivierbaren arbeitsfähigkeitsrelevanten Befunde zu Grunde liegen (IV-act. 106).

B.

B.a Gegen diese Verfügung richtet sich die Beschwerde vom 5. Juli 2013 (Poststempel: 6. Juli 2013) mit dem sinngemässen Antrag auf deren Aufhebung und Rückweisung zur Konsultation bei einem Vertrauensarzt der Beschwerdegegnerin. Der Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin führte aus, dass sich ihr Krankheitszustand in den letzten Jahren massiv verschlimmert habe und ihre Depressionen ein soziales Leben verunmöglichen würden. Demgegenüber sei die Verfügung ergangen, ohne dass auf die Beschwerdeführerin medizinisch und/oder psychologisch eingegangen worden sei (act. G 1).

B.b Mit Beschwerdeantwort vom 26. September 2013 beantragte die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde. Da es sich um eine Neuprüfung eines Rentenanspruchs nach rechtskräftiger Rentenablehnung handle und sich im Rahmen der Abklärungen keine erhebliche Änderung der tatsächlichen Verhältnisse in gesundheitlicher Hinsicht ergeben habe, bestehe kein Anlass zur Durchführung eines neuen Einkommensvergleichs (act. G 4).

B.c Mit Replik vom 25. Oktober 2013 hielt die Beschwerdeführerin an ihren Anträgen fest. In der Beilage reichte sie einen Bericht von Dr. E.____ vom 15. Oktober 2013 ein, welcher u.a. auf ein rheumatoformes Geschehen hinwies (act. G 6).

B.d Die Beschwerdegegnerin hat auf die Einreichung einer Duplik verzichtet (act. G 8).

Erwägungen

1.



1.1 Vorliegend ist streitig und zu prüfen, ob die Beschwerdeführerin Anspruch auf eine Rente der Invalidenversicherung hat.

1.2 Unter Invalidität wird die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit verstanden (Art. 8 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG; SR 830.1]). Erwerbsunfähigkeit ist dabei der durch eine Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 ATSG). Der Grad der für einen allfälligen Rentenanspruch massgebenden Invalidität wird gemäss Art. 16 ATSG durch einen Einkommensvergleich ermittelt, bei dem das Einkommen, das die versicherte Person nach dem Eintritt der Invalidität und nach der Durchführung der notwendigen und zumutbaren Eingliederungsmassnahmen bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (zumutbares Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt wird zum Einkommen, das die versicherte Person erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Valideneinkommen)

1.3 Nach Art. 28 Abs. 2 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG; SR 831.20) besteht Anspruch auf eine ganze Invalidenrente, wenn die versicherte Person mindestens zu 70%, auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie wenigstens zu 60% invalid ist. Liegt ein Invaliditätsgrad von mindestens 50% vor, so besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem IV-Grad von mindestens 40% 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 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). Das Gericht hat den Sachverhalt von Amtes wegen festzustellen und demnach zu prüfen, ob die vorliegenden Beweismittel eine zuverlässige Beurteilung des strittigen Leistungsanspruchs gestatten (BGE 125 V 351 E. 3a).

2.



2.1 Vorab ist die Frage zu beantworten, ob die medizinische Aktenlage eine rechtsgenügende Beurteilung der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin erlaubt.

2.2 Die Beschwerdegegnerin stützte sich in der angefochtenen Verfügung in medizinischer Hinsicht einerseits auf das MEDAS-Gutachten aus dem Jahr 2010 und andererseits auf die Beurteilung ihres RAD-Arztes Dr. F. ___ vom Mai 2013. Dr. med. H. ___, Eidg. Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, hielt im psychiatrischen Consiliargutachten vom 16. Juni 2010 fest, die Beschwerdeführerin verneine vehement das Vorliegen von psychischen Leiden. Sie bespreche Probleme mit den Freundinnen oder der Familie. Im Affekt wirke sie aufgestellt und sei durchaus modulationsfähig. Der affektive Rapport lasse sich gut herstellen, der Antrieb sei angehoben.

Psychomotorisch sei sie äusserlich unruhig. Suizidgedanken würden verneint. Gestützt auf die HAD (Hospital Anxiety and Depression)-Skala könne eine Angststörung bei 4 von maximal 21 Punkten ausgeschlossen werden. Die in der Symptomgruppe Depression erzielten 9 Punkte würden sich im Grenzbereich für den Verdacht auf eine depressive Störung bewegen. Doch die meisten angegebenen depressiven Symptome (wie Konzentrationsschwierigkeiten, Freudlosigkeit) könnten nicht objektiviert werden. Die Kriterien zur Diagnosestellung einer Angst und/oder depressiven Störung nach der ICD-10-Klassifikation würden nicht erfüllt. Gestützt auf seine Begutachtung befand Dr. H. ___, da sich die von der Beschwerdeführerin angegebenen Schmerzen durch physiologische Prozesse oder eine körperliche Störung nicht vollständig erklären liessen, es sich aus psychiatrischer Sicht dabei um eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10: F34.3) handle, einhergehend mit Existenzängsten (wegen ihres Gesundheitszustands und des Ehemanns sowie finanziellen Sorgen), Verstimmungen und zum Teil furchtvollen Erwartungen in Bezug auf vorhandene Krankheiten wie Hypertonie und Diabetes, welche jedoch klinisch kompensiert seien. Die Tendenz zur dramatischen Darstellung der Beschwerden könne einerseits kulturell bedingt, andererseits aber auch auf akzentuierte histrionische Züge in der Persönlichkeitsstruktur (ICD-10: Z73.1) zurückzuführen sein. Aus psychiatrischer Sicht bestehe keine Komorbidität von erheblicher Schwere, Intensität, Ausprägung und Dauer. Zwar bestünden chronische körperliche Begleiterkrankungen, welche aus somatischer Sicht - wie in der interdisziplinären Besprechung vom 3. Juni 2010 festgehalten worden sei - nicht gravierend seien, jedoch die Beschwerdeführerin beunruhigten. Zudem seien ihre Behandlungsergebnisse für sie unbefriedigend. Die



Färbung durch ein eigenes, kulturell bedingtes Krankheitskonzept lasse sich hier nur erahnen. Auf Grund der anhaltenden somatoformen Schmerzstörung mit zugrundeliegenden akzentuierten histrionischen Zügen und bei chronischen körperlichen Begleiterkrankungen liege eine Arbeitsunfähigkeit von 20% für körperlich adaptierte Tätigkeiten vor (IV-act. 37-15 ff.). Im Gesamtgutachten vom 5. August 2010 diagnostizierten die MEDAS-Gutachter mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit in somatischer Hinsicht ein diffuses chronisches unspezifisches weichteilrheumatisches/myofaszielles Schmerz-syndrom cervicocephal, pectoral und panvertebral betont mit vielen vegetativen Begleitbeschwerden. Auf Grund der aufgeführten funktionellen Beschwerden sowie der psychischen Faktoren werde die Einschränkung gesamthaft auf 20% geschätzt. Die Arbeitsprognose dürfte eher ungünstig sein. Es würden dabei auch viele soziale, IV-rechtlich invaliditätsfremde Faktoren eine Rolle spielen. Darunter fielen eine Emigrationsproblematik, fehlende Berufsbildung, das Alter, familiäre Faktoren sowie subjektive Krankheitsüberzeugungen (IV-act. 37-9 f.). Nach RAD-Arzt Dr. med. I. ___ war das Gutachten in sich widerspruchsfrei und plausibel nachvollziehbar (IV-act. 38). Es führte zu der rentenabweisenden Verfügung vom 11. Mai 2011, die unangefochten rechtskräftig wurde. Umstritten ist, ob seither eine relevante Verschlechterung eingetreten ist (vgl. IV-act. 37-17).

2.3 Gemäss dem MRI des Neurocraniums nativ vom 6. Februar 2012 wurden unauffällige intrakranielle Verhältnisse und eine regelrechte Darstellung der Mark-Rinden-Struktur der Grosshirnhemisphären festgestellt. Pons, Kleinhirn- und Hirnstamm waren regelrecht. Es ergab sich kein Hinweis auf Herdbefunde oder Marklagerläsionen und keine Ödemreaktionen. Die inneren und äusseren Liquorräume waren regelrecht weit. Es zeigten sich Subarachnoidalzysten im Bereich der hinteren Schädelgrube links mit 1.3 cm Durchmesser ventral der Kleinhirnhemisphäre links. Auch hier lagen blande Verhältnisse vor. Zum sicheren Ausschluss muskulärer Veränderungen empfahl der leitende Arzt Radiologie des Spital G. ___, Dr. med. J. ___, ergänzend die Durchführung eines MR der Halsweichteile (IV-act. 76-3). Am 19. April 2012 wurde ein MRI der Wirbelsäule (Clivus-SWK5) gemacht. Es zeigte eine Bandscheibenhernie auf Höhe LWK 4/5 mit rezessaler Einengung und konsekutiver Kompression der Nervenwurzeln L5 beidseits, links ausgeprägter als rechts. Im Übrigen stellte sich die Wirbelsäule altersentsprechend dar mit leichtgradigen degenerativen Veränderungen und Osteochondrosen, ohne weitere komprimierende



Bandscheibenhernien. Als Nebenbefund wurden mehrere Wurzeltaschenzysten entlang der Nervenwurzel L5-S3 rechts und eine grosse Tarlov-Zyste in der Mittellinie auf Höhe SWK2 entdeckt (IV-act. 76-2).

2.4 Gestützt auf diese Berichte hielt RAD-Arzt Dr. F.____ am 28. September 2012 fest, dass diese morphologischen Phänomene sowie eine beidseitige Kompression der Nervenwurzeln L5 gestützt auf einen Vergleich mit den schriftlichen Befunden der MRI-Aufnahmen von 2008 (LWS) und von 2009 (Neurocranium), in den Aufnahmen von 2012 erstmals beschrieben würden. Ob diese Befunde jedoch nach der Begutachtung von Juni 2010 wirklich frisch aufgetreten seien, lasse sich erst aussagen, wenn ein Radiologe oder ein Neurologe die besagten Aufnahmen miteinander vergleiche. Auch die Frage, ob die Befunde die von der Beschwerdeführerin beklagten Beschwerden auch wirklich verursachten, lasse sich nur durch eine neurologische Untersuchung endgültig klären. Aus Sicht des RAD könne diesbezüglich aber jetzt schon folgende Aussage gemacht werden: Bei der Subarachnoidalzyste handle es sich wahrscheinlich um einen alten, zufällig entdeckten Befund und nicht um eine potentiell problematischere, erworbene Formation. Wenn die für die Beurteilung zuständige Radiologin (richtig: der Radiologe J.____) schreibe, es lägen blande Verhältnisse vor, dann schliesse sie bzw. er eine Raumforderung mit konsekutiven Symptomen aus. Somit stehe für den RAD mit überwiegender Wahrscheinlichkeit fest, dass die von der Beschwerdeführerin geklagten Beschwerden wie Schwindel und „Gehörschmerzen“ nicht auf die Subarachnoidalzyste zurückzuführen seien. Auch die Tarlovzyste provoziere, da in der Mittellinie auf Höhe SWK2 lokalisiert, ebenfalls mit überwiegender Wahrscheinlichkeit keine zusätzlichen Rückenschmerzen. Einzig die im Segment L4/5 beschriebene, circumferenzielle Bandscheibenhernie mit relativer Spinalkanaleinengung sowie mit recessaler Einengung und konsekutiver Kompression beider Nervenwurzeln L5 könne zu zusätzlichen, radikulären, d.h. in beide Beine ausstrahlenden Schmerzen führen. Sofern die Beschwerdeführerin solche Schmerzen beklage - was sie in ihrem Einwand nicht getan habe -, dann müsse sie zur Klärung dieser Problematik einer klinisch-neurologischen und elektrophysiologischen Untersuchung zugeführt werden (IV-act. 78). Bezugnehmend auf den Fragekatalog von Dr. F.____ vom 29. Januar 2013 antwortete Dr. E.____ am 24. April 2013, dass die Beschwerdeführerin über Beinschmerzen im gesamten Beinbereich, vermehrt aber in den muskulären Anteilen, klage. Die Muskeleigenreflexe seien vermindert. Das



Gangbild sei massiv vom Normalbefund abweichend. Sensibilitätsstörungen im Sinne einer Polyneuropathie seien vorhanden, besonders in den Unterschenkeln und in den Füßen. Bei den von der Beschwerdeführerin in Bezug auf die Arbeitsfähigkeit geklagten Beschwerden handle es sich um eine chronische Müdigkeit und Depression, die immer wieder zur Verstärkung des Schmerzsyndroms führten (IV-act. 100-2). Hierzu führte Dr. F.____ am 14. Mai 2013 aus, dass die Hausärztin auf das nachgefragte und von ihr im letzten Bericht erstmals aufgeworfene Schilddrüsenleiden im neuesten Bericht mit keinem Wort mehr eingehe. Somit könne davon ausgegangen werden, dass sich dieser Gesundheitsschaden inzwischen „in Luft aufgelöst“ habe. Was die L5-Kompression anbelange, gestatteten weder die diffusen Beinschmerzen noch die von der Hausärztin beschriebenen, neurologischen Befunde eine segmentale Zuordnung. Vielmehr sei weiterhin anzunehmen, dass diese längst chronifizierte Schmerzen als Ausdruck der längst bekannten Fibromyalgie zu interpretieren seien. Auch ohne weitere medizinische Abklärungen gelange man somit zur Schlussfolgerung, dass sowohl hinsichtlich des Gesundheitszustands als auch hinsichtlich der daraus resultierenden Arbeitsfähigkeit nach wie vor auf die Einschätzung im MEDAS-Gutachten abzustellen sei (IV-act. 101). Eine Überprüfung bzw. ein Vergleich der neueren Bilder mit den älteren aus dem Jahr 2010 durch Spezialisten der Radiologie und Neurologie, wie von Dr. F.____ für eine „endgültige Klärung“ als notwendig erachtet worden war (vgl. IV-act. 78), unterblieb jedoch. Auch das am 17. Juni 2013 im Spital G.____ aufgenommene MR LWS blieb von der Beschwerdegegnerin unberücksichtigt (IV-act. 105-2). Gemäss den Ausführungen der Chefärztin Radiologie, Dr. med. K.____, zeigen die Bilder immerhin im Vergleich zum Vor-MRI von April 2012 eine leichte Progredienz einer breitbasigen links mediolateral betonten Bandscheibenhernie in Höhe L4/5. Zudem ergab sich eine leichte Zunahme der Spondylarthrose und Ligamentum-flavum-Hypertrophie, ebenfalls linksbetont, mit Einengung des Recessus lateralis. Im Recessus lateralis zeigte sich eine mögliche Kompression der linken L5-Wurzel und durch eine geringe Foramenstenose eine Affektion der austretenden L4-Wurzel mit möglicher Wurzelirritation. Eine eindeutige Wurzelkompression war zwar nicht auszumachen und auch rechtsseitig war kein Anhalt für eine Wurzelkompression gegeben (IV-act.105-2).

2.5 Auf Grund der offensichtlich veränderten Verhältnisse hätten weitere Abklärungen getätigt werden müssen. Einzig die theoretischen Ausführungen bzw. die



Deutung des Bildmaterials von 2012 durch den RAD-Arzt in der Stellungnahme vom 28. September 2012 reichen für einen definitiven Ausschluss einer gesundheitlichen Verschlechterung nicht aus. Dass die Hausärztin zudem offenbar darauf verzichtete, die Beschwerdeführerin neurologisch abklären zu lassen (vgl. IV-act. 100-2), hätte die Beschwerdegegnerin nicht einfach zu Lasten der Beschwerdeführerin auslegen dürfen.

2.6 Die Beschwerdeführerin macht schliesslich erstmals in der Replik geltend, in Behandlung bei Dr. L.____, psychiatrische Dienste M.____, zu stehen. Dass diese - wie geltend gemacht wird - seit „geraumer Zeit“ bestehende psychiatrische Begleitung von der Hausärztin und der Beschwerdeführerin selber nie erwähnt wurde, lässt möglicherweise nicht auf eine hohe Behandlungsfrequenz schliessen. Dennoch muss diesem Hinweis ebenfalls nachgegangen und auch in psychiatrischer Hinsicht der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin im Verlauf abgeklärt werden. Dies umso mehr, als die bundesgerichtliche Rechtsprechung zur Überwindbarkeit einer somatoformen Schmerzstörung inzwischen aufgegeben wurde (Urteil des Bundesgerichts vom 3. Juni 2015, 9C_492/2014).

2.7 Gestützt auf die obigen Ausführungen ist auf Grund der vorliegenden Akten nicht schlüssig und mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt, dass weiterhin vom selben Gesundheitszustand ausgegangen werden kann, wie er sich zur Zeit der MEDAS-Begutachtung im Mai/Juni 2010 präsentierte. Damit erweist sich der Sachverhalt als unzureichend abgeklärt. Daher ist die Sache an die Beschwerdegegnerin zur Vornahme eines polydisziplinären, d.h. insbesondere eines rheumatologischen, neurologischen und psychiatrischen, Administrativgutachtens zurückzuweisen.

3.

3.1 Nach dem Gesagten ist die angefochtene Verfügung vom 25. Juni 2013 in Gutheissung der Beschwerde aufzuheben und die Sache ist zur weiteren Abklärung 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.

Entscheid

im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP

1.

In Gutheissung der Beschwerde wird die angefochtene Verfügung vom 25. Juni 2013 aufgehoben. Die Sache wird zur ergänzenden Abklärung und zu neuer Verfügung im Sinne der Erwägungen an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen.

2.

Die Beschwerdegegnerin bezahlt eine Gerichtsgebühr von Fr. 600.--. Der geleistete Kostenvorschuss von Fr. 600.-- ist der Beschwerdeführerin zurückzuerstatten.