



Fall-Nr.: IV 2008/490
Stelle: Versicherungsgericht
Rubrik: IV - Invalidenversicherung
Publikationsdatum: 13.07.2020
Entscheiddatum: 18.08.2010

Entscheid Versicherungsgericht, 18.08.2010

Art. 16 ATSG, Art. 28 IVG. Invaliditätsbemessung mittels Einkommensvergleich. Versichert gegen Invalidität ist nicht der letzte erzielte Lohn, sondern die erwerbliche Leistungsfähigkeit der versicherten Person. Deshalb kann nicht immer und ausnahmslos der letzte erzielte Lohn das Valideneinkommen bestimmen. Insbesondere ist bei einem unterdurchschnittlichen letzten Lohn zu prüfen, ob dieser Umstand auf eine tiefe erwerbliche Leistungsfähigkeit der versicherten Person oder aber auf eine andere Ursache zurückzuführen ist (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 18. August 2010, IV 2008/490).

Entscheid Versicherungsgericht, 18.8.2010

Abteilungspräsidentin Karin Huber-Studerus, Versicherungsrichterinnen Monika Gehrler-Hug und Marie-Theres Rüegg Haltinner; Gerichtsschreiber Ralph Jöhl

Entscheid vom 18. August 2010

in Sachen

I.____

Beschwerdeführerin,

vertreten durch Rechtsanwältin lic. iur. Sabrina Schneider, St. Leonhard-Strasse 20,
Postfach, 9001 St. Gallen,

gegen



St.Galler Gerichte

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

Beschwerdegegnerin,

betreffend

Rente

Sachverhalt:

A.

A.a I.____ (Jg. 1980) war am 25. Januar 2005 als Mitfahrerin in einen Autounfall verwickelt. Die Unfallmeldung an die SUVA wurde am 18. Februar 2005 erstattet. Gemäss einem Untersuchungsbericht des Kreisarztes der SUVA vom 13. September 2005 hatte die Versicherte hinten sitzend den Kopf rechtsseitig angeschlagen. Der Kreisarzt wies darauf hin, dass es sich dabei nicht um ein Schleudertrauma, sondern biomechanisch um einen Aufprall des Kopfes auf den Vordersitz mit Abknickmechanismus gehandelt habe. Da die Versicherte nach dem Unfall sofort wieder gearbeitet habe, könne nicht von einer Commotio cerebri gesprochen werden, so dass wahrscheinlich auch keine sogenannte mild traumatic brain injury vorliege. Neurologische Ausfälle hätten nicht objektiviert werden können. Es bestehe auch keine ossäre oder ligamentäre Läsion. Hingegen liege eine depressive Symptomatologie vor (Überforderungssituation und Dekompensation). Die psychiatrische Problematik sei praktisch ausschliesslich für die aktuellen Probleme verantwortlich. Nach der Überwindung der ausgeprägten Schonhaltung habe man bei der aktuellen klinischen Untersuchung eine praktisch normale HWS-Beweglichkeit festgestellt. Es habe keine Irritationszone und keine Befunde gegeben, die eine organische Ursache belegen würden. Aufgefallen seien die Diskrepanzen und Inkongruenzen zwischen den subjektiven Angaben und den objektiven Befunden. Im Untersuchungszimmer sei das Gangbild schwerst gestört gewesen, aber auf der Strasse habe es sich völlig normalisiert. Es sei noch eine neurologische Abklärung erforderlich. Bis zu dieser Untersuchung sei von einer Arbeitsunfähigkeit von 50% auszugehen. Sollte die neurologische Untersuchung ein normales Ergebnis liefern, betrage die Arbeitsunfähigkeit höchstens 25%.



A.b Das Röntgeninstitut Dr. med. A.____ gab dem Kreisarzt am 13. September 2005 folgende Befunde an: ausgeprägte s-förmige Skoliosefehlhaltung thorakolumbal mit vor allem in der LWS relativ ausgeprägter Rotationskomponente; im Übrigen aber normale Kontur, Struktur und Konfiguration der einzelnen Brustwirbel- und Lendenwirbelkörper. Lumbosakral habe sich ein leichtes Ventralgleiten von L5 gegenüber S1 gezeigt. Es habe aber nicht zwischen einer Pseudospondylolisthesis und einer Spondylolyse unterschieden werden können. Die Neurologin Dr. med. B.____ berichtete dem Kreisarzt der SUVA am 6. Dezember 2005, der aktuelle neurologische Befund sei regelrecht. Insbesondere fänden sich keine Hinweise auf eine zervikale Radikulopathie oder auf eine Myelopathie. Klinisch fänden sich auch keine Hinweise auf zerebrale Läsionen. Im Vordergrund stehe eine drei bis vier Monate nach dem Unfall aufgetretene depressive Entwicklung mit Angstzuständen, Schlaflosigkeit und Überforderung. Zusätzlich bestehe ein Verdacht auf einen Arzneimittelabusus. Die Versicherte nehme das Vierfache der verordneten Tagesdosen an Remeron, Xanax, Dipiperon und Citalopram ein. Der Rheumatologe Dr. med. C.____ führte in einem Bericht vom 1. Juni 2006 zuhanden des damaligen Hausarztes aus, die Versicherte leide an einem chronischen Panvertebralsyndrom mit zervikozephaler Komponente (bei St. n. Distorsionstrauma der HWS 25.01.05, multisegmentalen Dysfunktionen, muskulären Dysfunktionen mit Triggerpunkten, Fehlhaltung und Haltungsschwäche) und an einer Depression. Hinzu kämen anhaltende Nacken- und Kopfschmerzen, teilweise mit Ausstrahlungen in den rechten Arm. Die Versicherte gebe auch Schmerzen im Bereich der BWS und der LWS an. Es handle sich um Dauerschmerzen, die sich bei Belastung verstärkten. Bei der Rotation und der Extension des Kopfes träten Schwindelbeschwerden auf. Zudem gebe die Versicherte Konzentrationsstörungen an. Die Physiotherapie habe keinen Effekt gehabt. Die Medikamente (Dafalgan, Antidepressiva) würden kaum helfen. Bei der Untersuchung habe er ein zervikalbetontes Panvertebralsyndrom mit einer zervikozephalen Komponente bei multisegmentalen Dysfunktionen, muskulären Dysbalancen und Triggerpunkten, Haltungsschwäche und Fehlhaltung gefunden. Nach wie vor bestünden keine neurologischen Ausfälle. Aus rheumatologischer Sicht sei die Versicherte für eine leichte Arbeit zu 50-60% arbeitsfähig.

B.



St.Galler Gerichte

Die Versicherte meldete sich am 2. Februar 2007 zum Bezug von IV-Leistungen an. Sie gab an, sie habe in Mazedonien acht Jahre die Grundschule besucht. Sie habe keinen Beruf erlernt. Die D.____ teilte der IV-Stelle am 6. März 2007 mit, sie habe die Versicherte vom 7. Juni 1995 bis 31. Juli 2005 als Montagemitarbeiterin beschäftigt. Der Beschäftigungsgrad habe 100% betragen. Der Stundenlohn würde sich aktuell auf Fr. 15.40 belaufen. Dr. med. E.____ (Hausarzt) berichtete der IV-Stelle im März 2007, die Versicherte leide an einem zervikozephalen Schmerzsyndrom mit Ausstrahlung in den rechten Arm nach anamnestisch HWS-Distorsionstrauma 25.01.05, an Hypermobilität, an muskulärer Dekonditionierung mit Haltungsinsuffizienz sowie an depressiver Verstimmung. Aktuell sei die Versicherte im zweiten Monat schwanger. Wegen ihres graziilen Habitus (Gewicht 48 kg) sei die Versicherte nur wenig belastbar. Ausserdem bestehe eine depressive Verstimmung. Die bisherige Tätigkeit sei noch im Ausmass von zwei bis vier Stunden zumutbar. Die Arbeitsfähigkeit am bisherigen Arbeitsplatz werde sich bessern, wenn sich die psychische Situation bessere und wenn durch ein regelmässiges Training ein Muskelaufbau erfolge. Dr. med. F.____ vom RAD empfahl am 3. Juli 2007 eine MEDAS-Abklärung.

C.

C.a Die Sachverständigen der MEDAS Interlaken GmbH berichteten in ihrem Gutachten vom 13. Mai 2008, die Versicherte habe angegeben, sie habe starke Kopfschmerzen, Rückenschmerzen, Schulterschmerzen bds. und Geräusche im Ohr, die durch die Schmerzen im Kopf ausgelöst würden. Es sei ihr schwindelig und der ganze Körper sei schwach. Die Schmerzen bestünden während 24 Std. am Tag. Sie hätten immer dieselbe Stärke. Die Sachverständigen führten weiter aus, die Versicherte könne keinen Faktor nennen, der zu einer Schmerzzunahme führe. Eine Linderung der Schmerzen erreiche sie nur durch Medikamente und dadurch, dass sie sich hinlege. Sie liege deshalb die meiste Zeit im Bett. Der rheumatologische Sachverständige der MEDAS führte aus, bei der klinischen Untersuchung habe sich eine hauptsächlich muskulär bedingte Einschränkung der Beweglichkeit der HWS feststellen lassen. Radiologisch sei eine Streckfehlhaltung nachgewiesen. Höhergradige degenerative Veränderungen lägen nicht vor. Insgesamt sei von einem chronischen zervikozephalen und zervikobrachialen Schmerzsyndrom bei Fehlstellung und muskulärer Dysbalance mit Haltungsinsuffizienz auszugehen. Eine ausreichende Analgesie, eine konsequente



Physiotherapie und gegebenenfalls auch balneo-physikalische Massnahmen könnten die geklagten Schmerzen auf ein subjektiv akzeptables Niveau reduzieren. Durch ein Muskelaufbautraining seien die Fehlhaltung und die Insuffizienz der HWS-Muskulatur überwindbar. Es sei nachvollziehbar, dass das Unfallereignis von 2005 muskuläre Schmerzen verursacht habe. Eine strukturelle Veränderung der HWS, insbesondere eine andauernde funktionelle Einschränkung sei dabei aber nicht entstanden. Nach mehr als drei Jahren müsste diese Problematik behoben sein. Deshalb bestehe der dringende Verdacht auf eine somatoforme Störung. Aus rheumatologischer Sicht sei die Versicherte zu 100% arbeitsfähig. Allerdings sollten Arbeiten in vorgeneigter Körperhaltung und Überkopfarbeiten zunächst vermieden werden. Aufgrund der Chronifizierung und der erheblichen Dekonditionierung sei bei der Wiederaufnahme einer Erwerbstätigkeit mit einer vorläufigen Leistungsminderung von 25% zu rechnen. Diese Leistungsminderung könne durch die genannten medizinischen Massnahmen ausgeglichen werden.

C.b Der psychiatrische Sachverständige berichtete, es gebe keine Hinweise auf eine organische oder hirnorganische Störung mit psychischer Symptomatik, auf eine Abhängigkeitserkrankung, auf eine schizophrene Störung oder auf eine ähnliche Störung. Hingegen bestünden Indizien für eine affektive Störung. In der Vergangenheit sei immer wieder auf eine depressive Entwicklung oder ähnliches hingewiesen worden. Eine klare nosologische Zuordnung etwa im Sinne einer depressiven Episode oder einer fachärztlichen psychiatrischen Einschätzung fehle aber. Die psychischen Auffälligkeiten zeigten sich nicht nur im Arbeitsleben, sondern auch im Alltag. Es bestehe die Kernsymptomatik einer depressiven Störung: Absenkung der Stimmung, Antriebslosigkeit, Interesselosigkeit und weitere Symptome. Nicht direkt nachweisbar seien eine völlige Freudlosigkeit, Schuldgefühle, Gefühle der Wertlosigkeit, pessimistische Zukunftsperspektiven, Suizidgedanken, Appetenzverlust. Immer wieder dokumentiert worden sei die Überforderung durch den Haushalt und die Kinder. Auch somatische bzw. somatisierende Elemente tauchten immer wieder auf: Diskrepanz und Inkohärenz der subjektiven Angaben und der vorhandenen Befunde, Klagen über persistierende Schmerzen, unangenehme Erinnerungen an das Unfallereignis. Eine posttraumatische Belastungsstörung, insbesondere eine ansatzweise bestehende Flash-back-Problematik, sei nur in wenigen Symptomen bestätigt. In der Untersuchungssituation sei allerdings kein Anstieg der Spannung bei der



Thematisierung des Unfalls festzustellen gewesen. Zudem fehlten eine aussergewöhnliche Belastung durch das Unfallereignis oder ein katastrophentypisches Ausmass des Unfallereignisses. Deshalb könne die Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung nicht gestellt werden. Auch das Bild einer somatoformen Schmerzstörung liege nicht in der charakteristischen Ausprägung vor. Der Schmerz werde nämlich nicht als andauernd schwer und quälend geschildert. Die Versicherte habe asthenisch, streckenweise affektarm und teilweise schmerzdistanziert gewirkt. Zu Beginn des Krankheitsverlaufs habe wohl eine Anpassungsstörung im Sinne einer reaktiven Depression bestanden. Daraus dürfte sich die aktuell bestehende leichte bis mittelgradige depressive Episode entwickelt haben. Des Weiteren sei eine dysfunktionale Dekonditionierung, Selbstlimitierung und Symptomausweitung anzunehmen. Ein Medikamentenmissbrauch für Antidepressiva und Analgetika könne nicht ausgeschlossen werden. Die Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit seien leicht bis mittelgradig, was einer Arbeitsunfähigkeit von maximal 30% entspreche. Die Restarbeitsfähigkeit von mindestens 70% sei aufgrund der Selbstlimitierung, der Symptomausweitung und der Dekonditionierung stufenweise umzusetzen.

C.c Die Gesamtdiagnose der MEDAS lautete: leichte bis mittelgradige depressive Episode, chronisches zervikobrachiales und zervikozephalisches Schmerzsyndrom bei Fehlhaltung und muskulärer Dysbalance und – ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit – psychische Faktoren und Verhaltenseinflüsse bei körperlichen Erkrankungen (Schmerzverarbeitungsstörung), Verdacht auf schädlichen Gebrauch nicht abhängigkeits erzeugender Substanzen sowie St. n. HWS-Distorsion. Die Sachverständigen der MEDAS führten dazu aus, die bisherige Erwerbstätigkeit (körperlich leicht in Wechselhaltung und mit der Möglichkeit von Haltungsverwechslungen) sei prinzipiell weiter zumutbar, derzeit an maximal sechs Stunden pro Tag. Der Wiedereinstieg in die Arbeitstätigkeit sollte stufenweise erfolgen. Die anfängliche Leistungsminderung betrage etwa 25%. Diese Leistungsminderung könne durch die Eingewöhnung in die Arbeit, durch eine rationale Schmerztherapie und durch eine medizinische Trainingstherapie abgebaut werden. Aus aktueller Sicht bestehe seit März 2006 eine eingeschränkte Restarbeitsfähigkeit von sechs Stunden täglich, wobei noch die Leistungsminderung um ca. 25% zu berücksichtigen sei. Ideal wäre ein Beginn mit einem Pensum von 50% und dann eine Steigerung bis auf sechs Stunden täglich.

D.



St.Galler Gerichte

Die IV-Stelle ging davon aus, dass die Versicherte ihre frühere Tätigkeit weiterhin zu 70% ausführen könne. Sie verglich deshalb ein Valideneinkommen von Fr. 35'731.- mit einem zumutbaren Invalideneinkommen von Fr. 25'012.- und ermittelte so einen Invaliditätsgrad von 30%. Mit einem Vorbescheid vom 16. September 2008 teilte sie der Versicherten mit, dass sie beabsichtige, das Leistungsbegehren abzuweisen. Am 24. Oktober 2008 erging die angekündigte Abweisungsverfügung.

E.

Die Versicherte liess am 24. November 2008 Beschwerde gegen diese Verfügung erheben und beantragen, es sei ihr eine ganze Rente zuzusprechen; eventualiter sei die Sache zur Neuurteilung an die IV-Stelle zurückzuweisen. Zur Begründung liess sie am 17. Februar 2009 ausführen, die IV-Stelle habe den Grundsatz der umfassenden Beweiswürdigung verletzt, indem sie sich auf die Arbeitsfähigkeitsschätzung gemäss dem Gutachten der MEDAS abgestützt habe. Die Diskrepanz zwischen der Einschätzung durch Dr. med. C.____ und derjenigen des rheumatologischen Sachverständigen der MEDAS sei erheblich, werde aber im Gutachten völlig ausser Acht gelassen. Dieser Widerspruch lasse sich nicht durch eine Verbesserung des Gesundheitszustandes erklären, denn es gebe keine entsprechende ärztliche Aussage. Vielmehr habe sich das Leiden chronifiziert. Die Abweichung werde im Gutachten nicht begründet. Auch der angegebene Beginn der eingeschränkten Arbeitsfähigkeit lasse sich nicht erklären. Die Arbeitsfähigkeitsschätzung von Dr. med. E.____ (früherer Hausarzt) sei als medizinisch nicht begründet bezeichnet worden. Es gehe aber nicht an, der Aussage eines Hausarztes ohne Begründung von vornherein die Glaubwürdigkeit abzuspochen. Die abweichenden Arbeitsfähigkeitsschätzungen von Dr. med. C.____ und Dr. med. E.____ hätten gewürdigt werden müssen. Die Versicherte hätte auch nach der Geburt des zweiten Kindes wieder zu 100% gearbeitet, so dass sie zu Recht als nur erwerbstätig qualifiziert worden sei. Das Valideneinkommen von Fr. 35'731.- werde nicht bestritten. Da es sich bei der letzten Tätigkeit um eine behinderungsadaptierte gehandelt habe, könne der entsprechende Lohn auch zur Ermittlung des Invalideneinkommens herangezogen werden. Allerdings müsse von einer Arbeitsunfähigkeit von mindestens 50% ausgegangen werden und es müsse ein Teilzeit- und Leidensabzug von insgesamt 25% gewährt werden. Somit ergebe sich ein zumutbares Invalideneinkommen von Fr. 13'399.-. Das entspreche einem



St.Galler Gerichte

Invaliditätsgrad von über 60%. Es bestehe ein Anspruch auf mindestens eine Dreiviertelsrente.

F.

Die IV-Stelle beantragte am 27. April 2009 die Abweisung der Beschwerde. Sie machte geltend, der Meinung eines neutralen Experten sei ein grösserer Stellenwert beizumessen als derjenigen eines behandelnden Arztes, zumal letzterer im Zweifelsfall eher zugunsten seines Patienten aussage. Der behandelnde Arzt sei nämlich kein unabhängiger Sachverständiger, sondern nur eine Auskunftsperson. Im Übrigen stütze sich ein behandelnder Arzt auf den hier nicht relevanten bio-psycho-sozialen Krankheitsbegriff. Bei der Versicherten liege kein objektivierbares somatisches Leiden vor. Die Dekonditionierung sei durch ein Aufbautraining reversibel. Dieses Training werde der Versicherten bereits seit drei Jahren empfohlen. Bei der Abklärung seien eine Selbstlimitierung und eine Symptomausweitung aufgefallen. Der Hausarzt habe IV-fremde Faktoren in seine Arbeitsfähigkeitsschätzung einfliessen lassen. Ein Teilzeitabzug sei nicht zulässig, da teilzeitbeschäftigte Frauen nicht unterdurchschnittlich entlöhnt würden. Auch ein zusätzlicher Leidensabzug sei nicht zulässig.

G.

Die Versicherte liess am 15. Mai 2009 einwenden, es sei nicht nachvollziehbar, dass die IV-Stelle auf das Gutachten abstelle, ohne die Widersprüche zu den Einschätzungen von Dr. med. E.____ und von Dr. med. C.____ zu würdigen. Es gehe nicht an, diese beiden Ärzte als befangen abzutun. Die IV-Stelle habe nicht ausgeführt, inwiefern IV-fremde Faktoren berücksichtigt worden seien. Dr. med. C.____ habe die Versicherte unvoreingenommen untersucht und beurteilt. Entgegen der Auffassung der IV-Stelle habe es sich bei der angestammten Tätigkeit nicht um eine leichte Arbeit mit Wechselbelastung gehandelt. Den Gutachtern sei weder ein aggravatorisches Verhalten noch eine Simulation aufgefallen. Die teilweise inkonsistenten Angaben anlässlich der Untersuchungen durch die Sachverständigen der MEDAS seien die Folge der Gesundheitsbeeinträchtigung gewesen.

H.



Die IV-Stelle verzichtete am 27. Mai 2009 auf eine Stellungnahme zur Replik.

Erwägungen:

1.

Gemäss Art. 16 ATSG ist das Einkommen, das die versicherte Person nach dem Eintritt der Invalidität und nach der Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (Invalideneinkommen), in Beziehung zu setzen zum Erwerbseinkommen, das die versicherte Person erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Valideneinkommen). Die Ermittlung des Validen- und des zumutbaren Invalideneinkommens setzt die vorgängige Definition der Validen- und der Invalidenkarriere voraus.

2.

Entsprechend der höchstrichterlichen Rechtsprechung ist bei der Ermittlung des Valideneinkommens entscheidend, was die versicherte Person im Zeitpunkt des frühestmöglichen Rentenbeginns als gesunde Person tatsächlich verdient hätte. Dabei soll in der Regel am zuletzt erzielten, nötigenfalls der Teuerung und der realen Einkommensentwicklung angepassten Verdienst angeknüpft werden, da es der empirischen Erfahrung entspricht, dass die bisherige Tätigkeit ohne den Gesundheitsschaden fortgesetzt worden wäre. Ausnahmen müssten mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt sein (vgl. etwa BGE 129 V 222 ff. Erw. 4.3.1 m.H.). Die Validenkarriere kann nur hypothetisch bestimmt werden, da die versicherte Person nach dem Eintritt der Gesundheitsbeeinträchtigung ja nicht mehr "valid" ist. Hypothetische Verhaltensweisen können nicht mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erstellt werden, da sie nicht Realität sind. Es gibt nur plausible und weniger plausible Hypothesen. Die massgebende Validenkarriere ist nach der höchstrichterlichen Rechtsprechung also diejenige, die der plausibelsten Verhaltensweise der versicherten Person im hypothetischen "Gesundheitsfall" entspricht. Die höchstrichterliche Rechtsprechung beruft sich auf die Erfahrungstatsache, dass versicherte Personen ohne den Eintritt einer



Gesundheitsbeeinträchtigung ihre bisherige Arbeitsstelle beibehalten hätten. Deshalb sei die Fortführung der bisherigen Tätigkeit die plausibelste Validenkarriere. Es mag zwar der Erfahrung des Bundesgerichts entsprechen, dass die meisten Personen ihre Arbeitsstelle beibehalten, wenn sie keine länger dauernde Gesundheitsbeeinträchtigung erleiden. Die daraus gezogene Schlussfolgerung, dass es sich bei der Beibehaltung der letzten Arbeitsstelle um die plausibelste Validenkarriere handle, ist nicht in allen Fällen richtig; es ist nur der häufigste Fall. Zur Begründung dieser Auffassung muss auf den Sinn und Zweck des Valideneinkommens verwiesen werden: Das Valideneinkommen definiert die "valide" erwerbliche Leistungsfähigkeit einer versicherten Person. Das Ausmass der invaliditätsbedingten Reduktion dieser "validen" erwerblichen Leistungsfähigkeit definiert den Invaliditätsgrad. Beim Valideneinkommen handelt es sich demnach um jenes Einkommen, das die versicherte Person bei einer vollumfänglichen Ausschöpfung ihrer "validen" erwerblichen Leistungsfähigkeit erzielen könnte. Der an der letzten Arbeitsstelle bei einer hypothetischen "validen" Weiterführung erzielbare Lohn kann in zweierlei Hinsicht das Ziel, das Valideneinkommen zu definieren, verfehlen: in qualitativer Hinsicht, indem weiterhin eine Arbeit ausgeübt würde, die weniger qualifiziert wäre, als es dem beruflichen und persönlichen Wissen und Können der versicherten Person entspräche (z.B. Tätigkeit als Maschinenbediener statt Tätigkeit im erlernten Beruf als Werkzeugmacher), oder in quantitativer Hinsicht, indem eine dem beruflichen und persönlichen Wissen und Können entsprechende, aber (z.B. wegen des regional besonders tiefen Lohnniveaus der betreffenden Branche) unterdurchschnittlich entlöhnte Arbeit weiter ausgeübt würde. Bei einer aus diesem Grund an der letzten Arbeitsstelle unterdurchschnittlichen Verwertung der erwerblichen Leistungsfähigkeit definiert sich die Validenkarriere nicht nach der hypothetisch beibehaltenen letzten Arbeitsstelle, denn der dort erzielbare Lohn gibt nicht die "valide" erwerbliche Leistungsfähigkeit wieder. Hier muss die plausibelste Validenkarriere unabhängig vom letzten Arbeitsplatz definiert werden. Sie ist dann abstrakt zu bestimmen: Es handelt sich um eine den persönlichen und beruflichen Fähigkeiten der versicherten Person entsprechenden, durchschnittlich entlöhnten beruflichen Betätigung, im vorliegenden Fall also um eine Hilfsarbeit, die entsprechend den durchschnittlichen Fähigkeiten der Beschwerdeführerin die Erzielung eines durchschnittlichen Lohns einer Hilfsarbeiterin zuliesse.



3.

Übt eine versicherte Person nach dem Eintritt der Gesundheitsbeeinträchtigung weiterhin eine Erwerbstätigkeit aus, so definiert diese Erwerbstätigkeit nur dann die zumutbare Invalidenkarriere, wenn besondere Anforderungen erfüllt sind, nämlich wenn stabile Arbeitsverhältnisse eine Bezugnahme auf den ausgeglichenen Arbeitsmarkt erübrigen, wenn die versicherte Person die verbliebene Arbeitsfähigkeit in zumutbarer Weise ausschöpft und wenn der Lohn der Arbeitsleistung angemessen ist (vgl. etwa BGE 117 V 8 ff. Erw. 2c/aa). Diese Kriterien zeigen, dass das Bundesgericht es auch hier unterlassen hat, eine qualitative und quantitative Unterschreitung der erwerblichen Leistungsfähigkeit in all ihren Ausprägungen zu berücksichtigen: Weder einer unzureichenden Ausschöpfung des beruflichen und/oder persönlichen Wissens und Könnens in einer wenig qualifizierten Erwerbstätigkeit noch einer unterdurchschnittlichen Entlohnung in einer qualitativ adäquaten Erwerbstätigkeit wird Rechnung getragen. In quantitativer Hinsicht wird nur die Anrechnung eines sogenannten Soziallohns, d.h. eines überhöhten Lohns ausgeschlossen, der zu tiefe Lohn wird gemäss den obgenannten Kriterien ohne weiteres als adäquat akzeptiert. Die mit dieser bundesgerichtlichen Rechtsprechung nicht gelösten Fragen der Bemessung des zumutbaren Invalideneinkommens bei der Ausübung einer Erwerbstätigkeit trotz Gesundheitsbeeinträchtigung können im vorliegenden Fall offen bleiben, da die zumutbare Invalidenkarriere einer Hilfsarbeiterin in jenen Fällen, in denen nach dem Eintritt der Gesundheitsbeeinträchtigung keine Erwerbstätigkeit mehr ausgeübt wird, durch eine weitgehend standardisierte berufliche Hilfsarbeiterkarriere zu bestimmen ist. Dies geschieht allerdings in der Praxis nur indirekt, indem zur Bemessung des zumutbaren Invalideneinkommens auf die statistischen Durchschnittslöhne (Zentralwert) in der vom Bundesamt für Statistik herausgegebenen Lohnstrukturhebung (LSE) abgestellt wird. Bei genauer Betrachtung setzt aber auch diese Vorgehensweise eine vorgängige Bestimmung der zumutbaren Invalidenkarriere voraus, denn es ist zu klären, in welchem Anforderungsniveau und in welcher Branche eine versicherte Person tätig sein könnte und müsste. Ausserdem ist die Frage zu beantworten, ob es sich um eine berufliche Karriere handeln würde, die in jeder Hinsicht mit derjenigen übereinstimmt, die dem massgebenden Durchschnittslohn zugrunde läge, ob es sich also um eine vollzeitlich auszuübende Arbeit handeln würde, bei der die versicherte Person keinerlei indirekt aus einer Gesundheitsbeeinträchtigung



fliessenden Nachteile in Kauf nehmen müsste. Andernfalls muss die hypothetische zumutbare Invalidenkarriere einer Teilzeitbeschäftigung oder anderen Nachteilen angepasst werden, was dann in einem zweiten Schritt zu einem unter dem statistischen Durchschnittslohn liegenden zumutbaren Einkommen führen kann. Die Beschwerdeführerin ist nach dem Eintritt der Gesundheitsbeeinträchtigung keiner Erwerbstätigkeit mehr nachgegangen. Ihre zumutbare Invalidenkarriere ist deshalb diejenige einer durchschnittlichen Hilfsarbeiterin, wobei allerdings verschiedene Einschränkungen bestehen, die in der Umschreibung der konkreten behinderungsadaptierten Hilfsarbeit ihren Ausdruck finden.

4.

4.1 Die Beschwerdeführerin hat ihren Arbeitsplatz kurze Zeit nach dem Eintritt der Gesundheitsbeeinträchtigung verloren. Ob das auf die Folgen der Gesundheitsbeeinträchtigung oder auf eine ungenügende Arbeitsleistung als Folge fehlender Motivation zurückzuführen gewesen ist, kann offen bleiben, denn die zuletzt ausgeübte Hilfsarbeit war offensichtlich weit unterdurchschnittlich entlohnt und deshalb ungeeignet, die "valide" erwerbliche Leistungsfähigkeit der Beschwerdeführerin zu definieren. Nichts deutet nämlich darauf hin, dass die Beschwerdeführerin aufgrund von Einschränkungen persönlicher Art (z.B. besonders tiefer IQ) nur sehr unqualifizierte Arbeiten hätte ausführen können oder dass sie bereits als Gesunde eine deutlich unterdurchschnittliche Arbeitsleistung erbracht hätte, so dass sie von ihrem Arbeitgeber tiefer als die anderen angestellten Hilfsarbeiterinnen entlohnt worden wäre. Vielmehr ist davon auszugehen, dass der Arbeitgeber seine Hilfsarbeiterinnen generell unterdurchschnittlich entlohnt hat. Das Valideneinkommen bemisst sich deshalb nicht nach dem letzterzielten Lohn, sondern nach dem durchschnittlichen Einkommen der Hilfsarbeiterinnen gemäss LSE. Die Beschwerdeführerin ist zwar lange Zeit in der Branche 30-32 gemäss der Tabelle TA1 im Anhang zur LSE 2006 tätig gewesen, aber als Hilfsarbeiterin wäre sie in praktisch allen Branchen einsatzfähig gewesen. Das bedeutet, dass nicht der Durchschnittslohn (Zentralwert) der Branche 30-32, sondern der Durchschnittslohn aller Branchen das Valideneinkommen bestimmt. Allerdings ist dabei zu beachten, dass die in der Tabelle TA1 angegebenen Löhne aus Gründen der statistischen Vereinfachung auf einer Wochenarbeitszeit von 40 Std. beruhen. Effektiv wurde 2006 aber im Durchschnitt aller



Branchen an 41,7 Std. pro Woche gearbeitet. Das Durchschnittseinkommen von Fr. 4019.- ist deshalb entsprechend aufzurechnen. Damit beläuft sich das Valideneinkommen der Beschwerdeführerin auf Fr. 4189.80 bzw. Fr. 50'278.-.

4.1.1 Die Beschwerdeführerin ist zwar in der Wahl einer neuen Stelle als Hilfsarbeiterin behinderungsbedingt eingeschränkt, so dass ihr nicht mehr das gesamte Spektrum an Hilfsarbeiten offen steht. Das bedeutet aber nicht, dass die Beschwerdeführerin die ihr verbliebene Arbeitsfähigkeit nur noch in einer bestimmten Branche verwerten könnte. Es ist vielmehr davon auszugehen, dass in praktisch allen Branchen Hilfsarbeiten in Wechselhaltung, mit Wechselbelastung, ohne Zwangshaltung für HWS und obere BWS geleistet werden. Das durchschnittliche Jahreseinkommen von Fr. 50'278.- ist deshalb auch das Ausgangseinkommen zur Ermittlung des zumutbaren Invalideneinkommens. Das nächste Kriterium bei der Bemessung des zumutbaren Invalideneinkommens ist die Restarbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin. Diese ist im Gutachten der MEDAS mit sechs Stunden pro Arbeitstag angegeben worden, wobei die Einschränkung allein auf die Beeinträchtigung der psychischen Gesundheit zurückgeführt worden ist. Demgegenüber hat Dr. med. E.____ nur eine Arbeitsfähigkeit von zwei bis vier Stunden pro Arbeitstag angegeben und Dr. med. C.____ hat die Arbeitsfähigkeit mit 50 bis 60% beziffert. Die somatischen Diagnosen stimmen weitgehend mit denjenigen der MEDAS überein. Der Grund für die weit voneinander abweichenden Arbeitsfähigkeitsschätzungen kann also nur darin bestehen, dass die der Beschwerdeführerin zur Verfügung stehende Willensenergie zur Überwindung der hauptsächlich durch die subjektiv empfundenen Schmerzen bedingten Arbeitsunfähigkeitsüberzeugung verschieden hoch eingeschätzt worden ist. Diese Willensenergie ist zusätzlich durch die Beeinträchtigung der psychischen Gesundheit herabgemindert, weshalb ihre Stärke nur durch eine interdisziplinäre Untersuchung ermittelt werden können. Bereits dies spricht gegen die Einschätzungen durch Dr. med. E.____ und Dr. med. C.____. Hinzu kommt der Umstand, dass diese beiden Ärzte ihre Arbeitsfähigkeitsschätzung nicht als unabhängige medizinische Sachverständige, sondern als behandelnde Ärzte abgegeben haben. Behandelnde Ärzte neigen dazu, ihren Patienten die Beschwerdeschilderungen – und damit indirekt die Selbsteinschätzung bezüglich Arbeitsfähigkeit – zu glauben und die Behandlung entsprechend auszurichten. Dieses Verhalten bildet geradezu eine Bedingung der Behandlung. Demgegenüber geht es abklärenden medizinischen



Sachverständigen ausschliesslich darum, den objektiven Zustand zu erheben und dabei insbesondere auch Abweichungen zwischen den Selbstangaben und der Selbsteinschätzung der Exploranden auf der einen Seite und dem objektiven Gesundheitszustand auf der anderen Seite zu erkennen. Die Erfahrung, dass behandelnde Ärzte die Arbeitsunfähigkeit ihrer Patienten sehr oft überschätzen, führt dazu, dass ihren Angaben in aller Regel eine geringere Überzeugungskraft als den Angaben der medizinischen Sachverständigen beigemessen werden muss. Der Bericht von Dr. med. E. ___ enthält keine stichhaltige Begründung für die äusserst pessimistische Arbeitsfähigkeitsschätzung und der Bericht von Dr. med. C. ___ zeigt auf, dass die Schilderungen der Beschwerdeführerin rein therapeutisch und deshalb unkritisch als zutreffend qualifiziert worden sind. Dr. med. C. ___ hat nicht versucht, die Angaben der Beschwerdeführerin anhand des objektiv Zumutbaren zu verifizieren, um so eine überzeugende Arbeitsfähigkeitsschätzung abgeben zu können. Er hat stattdessen die Angaben der Beschwerdeführerin direkt in eine Arbeitsfähigkeitsschätzung umgemünzt. Deshalb kann die von ihm abgegebene Arbeitsfähigkeitsschätzung – und erst recht diejenige von Dr. med. E. ___ – keine ausreichende Überzeugungskraft entwickeln. Es gehört entgegen der Auffassung der Beschwerdeführerin nicht zur Aufgabe eines begutachtenden medizinischen Sachverständigen, sich zur Überzeugungskraft der Angaben behandelnder Ärzte zu äussern. Deshalb ist ein Gutachten nicht erst dann vollständig, wenn es erklärt, warum die Arbeitsfähigkeitsschätzung nicht mit derjenigen eines behandelnden Arztes übereinstimmt. Im vorliegenden Fall ist somit gestützt auf das Gutachten der MEDAS mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt, dass die Beschwerdeführerin zu 75% arbeitsfähig ist. Dass diese Arbeitsfähigkeit nur mit einer Einarbeitung erreicht werden kann, ist nicht relevant, da die entsprechende Leistungseinbusse längst durch eine zumutbare frühere Arbeitsaufnahme überwunden sein könnte und da es sich nicht um einen langdauernden Zustand handeln kann.

4.1.2 Bei einem Arbeitsfähigkeits- bzw. Beschäftigungsgrad von 75% resultiert ein Einkommen von Fr. 37'709.-. Hilfsarbeiterinnen haben im Gegensatz zu Hilfsarbeitern keinen Teilzeitlohnnachteil in Kauf zu nehmen (vgl. LSE 2006 S. 16 Tabelle T2*). Die Konkurrenz Nachteile der Beschwerdeführerin gegenüber gesunden Konkurrentinnen für einen adaptierten Arbeitsplatz sind minimal. Sie beschränken sich auf die fehlende Flexibilität in bezug auf die Tagesarbeitszeit (keine Fähigkeit,



Überstunden zu leisten) und in bezug auf den konkreten Arbeitsplatz (keine Fähigkeit, vorübergehend an einem nicht-adaptierten Arbeitsplatz tätig zu sein). Diese Nachteile sind mit einem zusätzlichen Abzug (in der Verwaltungspraxis missverständlich als "Leidensabzug" bezeichnet) von 5% abgegolten. Damit beläuft sich das zumutbare Invalideneinkommen der Beschwerdeführerin auf Fr. 35'824.-. Die behinderungsbedingte Erwerbseinbusse von Fr. 14'454.- entspricht einem Invaliditätsgrad von 29%. Damit kann unbeachtet bleiben, dass es der Beschwerdeführerin in Erfüllung ihrer IV-spezifischen Schadenminderungspflicht möglich und zumutbar gewesen wäre, durch geeignete therapeutische Massnahme (Kräftigungsübungen, Abbau des Medikamentenmissbrauchs usw.) den Arbeitsfähigkeitsgrad zu erhöhen.

5.

Da der Invaliditätsgrad der Beschwerdeführerin von 29% den Mindestwert von 40% (Art. 28 Abs. 2 IVG) nicht erreicht, besteht kein Anspruch auf eine Invalidenrente. Damit erweist sich die verfügte Abweisung des Rentenbegehrens als korrekt, so dass die Beschwerde abzuweisen ist. Die vollumfänglich unterliegende Beschwerdeführerin hat keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung (Art. 61 lit. g ATSG). Sie trägt die Kosten des Beschwerdeverfahrens. Diese bemessen sich nach dem Verfahrensaufwand (Art. 69 Abs. 1bis IVG). Da es sich diesbezüglich um ein durchschnittliches Beschwerdeverfahren handelt, ist die Gerichtsgebühr praxismässig auf Fr. 600.- festzusetzen. Sie ist durch den von der Beschwerdeführerin in gleicher Höhe geleisteten Kostenvorschuss gedeckt.

Demgemäss hat das Versicherungsgericht

im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 53 GerG

entschieden:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Die Beschwerdeführerin hat eine Gerichtsgebühr von Fr. 600.- zu bezahlen; diese Gebühr ist durch den in gleicher Höhe geleisteten Kostenvorschuss gedeckt.