



**Fall-Nr.:** IV 2012/293  
**Stelle:** Versicherungsgericht  
**Rubrik:** IV - Invalidenversicherung  
**Publikationsdatum:** 24.09.2013  
**Entscheiddatum:** 24.09.2013

### **Entscheid Versicherungsgericht, 24.09.2013**

**Art. 28 IVG. Würdigung medizinischer Beurteilungen, namentlich eines polydisziplinären Gutachtens und von dagegen erhobenen Einwänden des Regionalen Ärztlichen Dienstes (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 24. September 2013, IV 2012/293). Bestätigt durch Urteil des Bundesgerichts 9C\_785/2013.**

Präsidentin Karin Huber-Studerus, Versicherungsrichterinnen Monika Gehrler-Hug und Marie Löhner; Gerichtsschreiberin Fides Hautle

#### **Entscheid vom 24. September 2013**

in Sachen

**A.**\_\_\_\_,

**Beschwerdeführerin,**

vertreten durch Rechtsanwalt lic. iur. Urs Müller, Toggenburgerstrasse 63, Postfach 336, 9501 Wil,

gegen

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

**Beschwerdegegnerin,**

betreffend



### Rente

#### Sachverhalt:

A.

A.a A.\_\_\_\_ meldete sich am 4./6. Mai 2009 zum Bezug von Leistungen der Invalidenversicherung an und beantragte namentlich eine Rente. Sie sei zuletzt in Stickereien tätig gewesen. Gegenwärtig sei sie (seit Juni 2003) ebenfalls in einer Stickerei angestellt. - Der Regionale Ärztliche Dienst (RAD) der Invalidenversicherung hielt in einem Protokoll vom 14. Mai 2009 (IV-act. 7) über ein Gespräch mit dem Arzt B.\_\_\_\_ fest, die Arbeitsfähigkeit der Versicherten sei durch eine Diskushernie der Halswirbelsäule mit degenerativen Veränderungen beeinträchtigt. Sie könnte aber noch an acht Stunden pro Tag leichte bis mittelschwere Tätigkeiten in Wechselbelastung ohne Zwangshaltungen der Wirbelsäule und ohne Überkopfarbeiten ausüben. Gegen einen sofortigen Beginn der Wiedereingliederung spreche allerdings, dass abgewartet werden sollte, ob sich bei einer Abklärung durch die Klinik für Neurochirurgie am Kantonsspital St. Gallen eine Operationsindikation ergebe. Am 15. Mai 2009 (IV-act. 9) wurde vorgesehen, ein Triagegespräch mit der Eingliederungsberatung zu führen. - Die Arbeitgeberin erklärte am 26. Mai 2009 (IV-act. 16), die Versicherte sei von Juni 2003 bis 31. Juli 2009 (gleichzeitig letzter Arbeitstag) als Mitarbeiterin an der Produktionsmaschine angestellt gewesen. Seit Februar 2009 habe sie an der Mustermaschine leichtere Arbeit verrichtet. Seit dem 21. August 2007 sei sie verschiedentlich arbeitsunfähig gewesen. Nach mehreren Umplatzierungen an andere Maschinentypen sei festgestellt worden, dass die Belastung an den kleineren Mustermaschinen für die Versicherte am geringsten sei, weil dort die repetitiven Arbeiten kürzer seien und mehr Abwechslung gegeben sei. Die Kündigung sei wegen der Verschlechterung der Auftragslage erfolgt. Es sei denkbar, dass die Versicherte in Teilzeit an den Mustermaschinen beschäftigt würde, da sie zu den besten Mitarbeiterinnen gehöre und sie (die Arbeitgeberin) mit ihrer Arbeitsleistung sehr zufrieden sei.



## St.Galler Gerichte

A.b Hausarzt B.\_\_\_\_ ergänzte das RAD-Gesprächsprotokoll am 4. Juni 2009 (IV-act. 17-1) insofern, als auch ein chronisches muskuloligamentäres Schmerzsyndrom Schulter-/Nackebereich (mit Armschmerzen) linksbetont vorliege. Beigelegt war unter anderem ein Bericht der Klinik für Neurochirurgie am Kantonsspital St. Gallen vom 7. Mai 2009, wonach eine cervicale Diskushernie HWK6/7 mit sensomotorischem Ausfallsyndrom C7 links und eine Cervicobrachialgie rechts mit sensorischem Ausfallsyndrom, am ehesten C6-Dermatom, vorlägen. Die Versicherte sei gegenwärtig zu 100 % arbeitsunfähig. Am 30. September 2008 hatte Dr. med. C.\_\_\_\_, Facharzt für Neurologie, über das Schmerzsyndrom im Schulter-/Nackebereich und eine Adipositas permagna berichtet. Ihren bisherigen Beruf, der eine für sie höchst ungünstige Arbeitshaltung mit angehobenen Armen erfordere, werde sie wahrscheinlich nicht mehr ausüben können. Aus neurologischer Sicht sei die Versicherte hingegen für leichte Arbeiten in Wechselhaltung uneingeschränkt arbeitsfähig. Es werde schwierig sein, sie wieder in den Arbeitsprozess zu integrieren; zu empfehlen wäre eine Reduktion auf eine Tätigkeit von 50 %. Begleitend bestehe wahrscheinlich ein depressives Syndrom. Gemäss einem Bericht vom 10. Januar 2008 hatte Dr. med. D.\_\_\_\_, Innere Medizin/Rheumatologie FMH (bzw. Dr. med. E.\_\_\_\_, Fachärztin für Rheumatologie FMH, als seine Stellvertreterin), im Wesentlichen ein linksbetontes cervico-spondylogenes und thorakales Schmerzsyndrom, Arthralgien beider Handgelenke, Myotendinosen gluteal links und eine mediale Bandreizung Knie links, eine rezidivierende Epicondylopathia humeri radialis et ulnaris mit intermittierendem Sulcus-ulnaris-Syndrom, eine Anämie, unklar erhöhtes CRP und BSR, und Adipositas diagnostiziert. Die Beschwerden seien erklärt. Die Arbeitsfähigkeitseinschätzung sei zunächst bei 50 % zu belassen und bei klinisch günstigem Verlauf nach etwa vier bis sechs Wochen auf 70 % zu steigern.

A.c Im IV-Arztbericht vom 29. Juni 2009 (Eingang Sozialversicherungsanstalt; IV-act. 18) gab die Klinik für Neurochirurgie am Kantonsspital St. Gallen als Diagnose eine Cervicobrachialgie bei Diskushernie C6/7 an. In ihrer zuletzt ausgeübten Tätigkeit sei die Versicherte seit dem 5. Juni 2009 zu 100 % arbeitsunfähig. Auf die Frage, ob sich die Einschränkungen durch medizinische Massnahmen vermindern liessen, wurde angegeben, dies sei durch einen Wechsel in eine Tätigkeit mit weniger manueller Beschäftigung der Fall. Mit einer Wiederaufnahme der beruflichen Tätigkeit bzw. Erhöhung der Einsatzfähigkeit könne nicht gerechnet werden. Daneben wurden



## St.Galler Gerichte

verschiedene in einer Liste bezeichnete Tätigkeitsbereiche als der Versicherten in einer behinderungsadaptierten Tätigkeit noch zumutbar (etwa Tätigkeiten im Sitzen, im Stehen, wechselbelastende Tätigkeiten) oder als nicht mehr zumutbar bezeichnet. In welchem zeitlichen Rahmen die einzelnen Arbeiten zumutbar seien, wurde nicht beantwortet.

A.d Dem Frühinterventions-Ergebnis-Protokoll nach Assessmentgespräch vom 14. Oktober 2009 (IV-act. 25; vgl. auch Aktennotiz des RAD vom 14. Oktober 2009, IV-act. 26) ist zu entnehmen, dass die Versicherte berichtet habe, es gehe ihr sehr schlecht. Es stehe noch eine medizinische Untersuchung aus. Beim Regionalen Arbeitsvermittlungszentrum (RAV) habe sie sich nicht angemeldet, weil sie sich subjektiv nicht arbeitsfähig fühle. Sie sehe im Moment auch keine Eingliederungsmöglichkeiten in einem Einsatzprogramm oder im geschützten Rahmen. Es bestehe weder ein Renten- noch ein Umschulungsanspruch, aber Anspruch auf Arbeitsvermittlung. Dem Assessment-Protokoll vom 24. September 2009 (IV-act. 27) war unter anderem zu entnehmen gewesen, dass die Versicherte einen leicht depressiven Eindruck gemacht habe. Sie könnte sich eine psychotherapeutische Behandlung für sich vorstellen.

A.e Mit zwei Vorbescheiden vom 1. Dezember 2009 (IV-act. 30 bis 33) wurde der Versicherten eine Abweisung bezüglich ihres Anspruchs auf berufliche Massnahmen (subjektiv nicht arbeitsfähig) und auf eine Rente (keine invaliditätsbedingte Erwerbseinbusse) in Aussicht gestellt. - Die Versicherte liess am 28. Dezember 2009 (IV-act. 34) einwenden, sie betrachte sich nicht als komplett arbeitsunfähig, wäre aber auch in einer angepassten Tätigkeit nicht voll arbeitsfähig. Ausserdem müsste ein Leidensabzug von mindestens 10 % gemacht werden. Es seien eine Rente und berufliche Massnahmen zuzusprechen, eventualiter weitere medizinische Untersuchungen vorzunehmen. Ergänzend liess sie am 18. Januar 2010 (IV-act. 37) darlegen, sie wäre durchaus bereit, in einer Institution wie beispielsweise der BEFAS in G. \_\_\_ einen Arbeitsversuch zu unternehmen. Aufgrund ihrer körperlichen Einschränkungen sei sie auch darauf angewiesen, bei der Arbeitssuche unterstützt zu werden. Die tatsächliche Arbeitsfähigkeit sei ungenügend abgeklärt worden. Es erstaune, dass in der Aktennotiz des RAD kein Hinweis auf die massive Kraftverminderung der linken dominanten Hand zu finden sei. Auch bezüglich des linken Knies seien keine neueren Untersuchungen oder Bilder gemacht worden. Nicht



abgeklärt worden seien die Auswirkungen der Anämie, der Grund der erhöhten Entzündungswerte und die psychiatrische Situation. Erforderlich sei ein multi-disziplinäres Gutachten. Ferner sei ein Leidensabzug von 20 % gerechtfertigt. - Mit Verfügung vom 17. Februar 2010 (IV-act. 38) lehnte die Sozialversicherungsanstalt/IV-Stelle des Kantons St. Gallen einen Rentenanspruch der Versicherten ab. Die volle Arbeitsfähigkeit in adaptierter Tätigkeit werde mehrfach bestätigt, namentlich von zwei voneinander unabhängigen Fachstellen. Der Leidensabzug könne nicht gewährt werden, weil weiterhin mittelschwere Tätigkeiten zeitlich und leistungsmässig uneingeschränkt erledigt werden könnten. Es stehe weiterhin ein genügend grosses Arbeitsmarktsegment offen. Selbst bei einem Abzug ergäbe sich kein Anspruch. Mit Verfügung vom 11. März 2010 (IV-act. 39) wies die Sozialversicherungsanstalt/IV-Stelle auch einen Anspruch auf berufliche Massnahmen ab. Wenn die Versicherte bereit sei, die attestierte Arbeitsfähigkeit von 100 % in der freien Wirtschaft umzusetzen, werde sie bei der Stellensuche unterstützt werden.

A.f Auf Beschwerden gegen die Verfügungen vom 17. Februar und vom 11. März 2010 hin wurden diese mit Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 8. September 2010 (act. 53) aufgehoben und die (vereinigte) Sache wurde zur ergänzenden medizinischen Abklärung an die Sozialversicherungsanstalt/IV-Stelle zurückgewiesen. Die Arbeitsfähigkeit der Versicherten in einer adaptierten Tätigkeit sei ungenügend abgeklärt, ebenso ihr allfälliger Verlauf bei einer Verschlechterung ab 24. April 2009. Zu beachten gelte es insgesamt verschiedene, in den Akten erwähnte gesundheitliche Beeinträchtigungen.

A.g Auf Veranlassung der Sozialversicherungsanstalt/IV-Stelle erstattete die MEDAS Zentralschweiz am 20. Juni 2011 (act. 61) ein Gutachten. Als Hauptdiagnosen (mit wesentlicher Einschränkung der zumutbaren Arbeitsfähigkeit) wurden benannt:

"Chronisches Zervikalsyndrom und residuelles zervikoradikuläres Syndrom C6 links

- zervikothorakale Kyphose mit Kopfprotraktion
- Unkovertebralarthrose C4/5 und C6/7
- medio-linkslaterale Diskushernie C6/7 (MRI 08/2007 und 05/2009)



## St.Galler Gerichte

Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (...)

- lokalisiertes Fibromyalgiesyndrom im Nackenschultergürtelbereich
- Kopfweh vom Spannungstyp

Impingement der rechten Schulter möglich

- enger Subakromialraum bei Akromionhypertrophie."

Als Diagnosen ohne wesentliche Einschränkung der Arbeitsfähigkeit, aber mit Krankheitswert, wurden (grob wiedergegeben) eine Adipositas, eine linksseitige Sensibilitätsstörung und Schwäche, verzögerte somatosensorisch evozierte Potenziale bisher unklarer Genese und eine Cholezystolithiasis bezeichnet. Die Arbeitsfähigkeit der Versicherten in ihrer aktuell ausgeübten, an ihre verminderte Belastbarkeit adaptierten (wie jeder anderen entsprechenden) Tätigkeit betrage 50 %, einzusetzen an 4 bis 4.5 Stunden pro Arbeitstag. Eine adaptierte Tätigkeit habe diverse Voraussetzungen zu erfüllen. Die Einschränkung der Arbeitsfähigkeit sei bedingt durch die objektivierbar verminderte Belastbarkeit des Schultergürtel-Nackenbereichs und der linken oberen Extremität, ausserdem auch durch psychiatrische Gründe.

A.h Der RAD verfasste daraufhin ein Schreiben vom 11. Juli 2011 (act. 63) an die MEDAS Zentralschweiz, das diese allerdings nicht erhielt, worauf es ihr (wohl) Ende September 2011 nochmals zugestellt wurde (vgl. act. 68-1). Er teilte ihr darin mit, ihr Gutachten sei nicht verwertbar. Die Schlussfolgerungen seien nicht nachvollziehbar. Die angestammte Tätigkeit der Versicherten sei nicht - wie angenommen - die zuletzt ausgeübte. Obwohl der neurologische Konsiliargutachter kein neurologisches, die Arbeitsfähigkeit beeinträchtigendes Leiden annehme, figuriere bei den Hauptdiagnosen ein residuelles C6-Syndrom. Die relevante Diskushernie liege aber auf der Höhe C6/7. Dass wegen eines abgeschwächten Bizepssehnenreflexes ein C6-Syndrom vorliegen solle, sei inkonsistent. Dr. C.\_\_\_\_ habe im September 2008 keine Hinweise auf ein radikuläres Syndrom mehr gefunden. Die Ärzte am Muskelzentrum am Kantonsspital St. Gallen seien im November 2010 ebenfalls zum Schluss gekommen, es bestehe kein Hinweis auf eine axonale Schädigung der Wurzel C7. Dass der rheumatologische Gutachter eine Arbeitsunfähigkeit von 50 % attestiert habe, sei nicht stimmig. Ein



organisches Korrelat sei kaum nachweisbar. Es liege doch klar ein myofaszielles Schmerzsyndrom mit erniedrigter Schmerzschwelle vor. Das gehe auch aus dem Umstand hervor, dass der rheumatologische Gutachter eine spezifische weichteilrheumatische Behandlung empfehle. Unverständlich sei auch, weshalb ein Impingement der rechten Schulter die Arbeitsfähigkeit wesentlich einschränken sollte. Die Anerkennung der Ausnahmesituation für eine psychiatrische Invalidität sei ebenfalls nicht nachvollziehbar, werde doch von einem ausgewiesenen sozialen Rückzug in allen Belangen des Lebens ausgegangen, was nicht zutreffe. Die Versicherte pflege gute Beziehungen zum Ehemann und zur Familie, sei weiterhin arbeitstätig und benütze die öffentlichen Verkehrsmittel. Zum sicheren Ausschluss einer zentralen Läsion habe der neurologische Gutachter ein MRI von Hirn und Rückenmark empfohlen. Dass die Untersuchung nicht durchgeführt worden sei, sei nicht akzeptabel.

A.i Inzwischen hatte die MEDAS der Sozialversicherungsanstalt/IV-Stelle am 23. August 2011 (act. 64) von sich aus bekanntgegeben, der Hausarzt der Versicherten habe entsprechend dem Vorschlag ihres Neurologen eine MR-Abklärung von Gehirn und Rückenmark veranlasst. Diese Abklärung vom 18. Juli 2011 habe die bekannte, im Vergleich zur Voruntersuchung leicht grössenprogrediente Diskushernie C6/7 paramedian links gezeigt, daneben aber keine Zeichen von Rückenmarkskompression, von Myelopathie auf Höhe HWS und BWS oder von pathologischen Befunden im Cerebrum. Nach Auffassung des Neurologen hätten sich keine neuen Gesichtspunkte ergeben. Die Diskushernie passe zum vorbestehenden residuellen zervikoradikulären Syndrom. Die Ursache der Verzögerung der evozierten Potenziale sei weiterhin nicht erklärt, was aber klinisch nicht von Relevanz sei. Die Beurteilung bleibe unverändert.

A.j Am 13. Oktober 2011 (act. 69-1 ff.) nahm die MEDAS Stellung zum Schreiben des RAD vom 11. Juli 2011/September 2011. Die Arbeitsfähigkeit in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit sei mit 50 % eingeschätzt worden. Wenn frühere Tätigkeiten nicht dem festgelegten Anforderungsprofil entsprächen, seien sie nicht mehr zumutbar. Nach Angaben der Arbeitgeberin sei die seit Juni 2003 ausgeführte Tätigkeit offenbar ab Februar 2009 nicht mehr möglich gewesen. Rheumatologe und Neurologe hätten in je separaten Schreiben selber zu den Einwänden Stellung genommen. Es liege bei der Versicherten eine chronische Schmerzkrankheit vor, die weder rein somatisch noch rein psychiatrisch zu erklären sei. Die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit sei vom



Rheumatologen und vom Psychiater gemeinsam abgegeben worden. Die Anerkennung als Ausnahmesituation stelle einen Akt der Rechtsanwendung dar. Dass sich der RAD zum Rechtsbegriff der Invalidität äussere, sei nicht zu verstehen. Es sei ausserdem kein Entscheid bekannt, in welchem erwähnt würde, dass ein sozialer Rückzug erst dann IV-relevant sei, wenn auch die Beziehung zum Ehemann abgebrochen worden sei. Die MEDAS habe nach bestem Wissen und Gewissen eine interdisziplinäre medizinische Einschätzung der Arbeitsfähigkeit abgegeben, die sie aufgrund der Einwände nicht ändere. Für weitergehende technische Abklärungen wie die Magnetresonanztomografie von Schädel und HWS, die in den therapeutischen Kontext zulasten der Krankenversicherung gehörten, fehlten die nötigen Ressourcen. Hauptleistung einer MEDAS sei aber auch nicht die medizintechnische Abklärung unklarer Krankheitsbilder, sondern die versicherungsmedizinische Wertung im Hinblick auf die Arbeitsfähigkeit. - Der Rheumatologe hatte am 6. Oktober 2011 (act. 69-4 f.) dargelegt, die Behauptung, es liege kein morphologisches Korrelat vor, sei nicht zu verstehen. Die Feststellung, es handle sich lediglich um ein myofaszielles Syndrom und daher liege eine niedrige Schmerzschwelle vor, sei ihm als Begründung für ein fehlendes somatisches Substrat fremd. Es liege, wie in verschiedenen einzelnen Punkten - namentlich auch zum Zervikalsyndrom mit sekundärem myofaszialem Syndrom - dargelegt, ein gut fassbares morphologisches Substrat vor, das die Reduktion der Arbeitsfähigkeit rechtfertige. - Der Neurologe hatte am 7. Oktober 2011 (act. 69-6 f.) erklärt, es habe sich an objektiven Befunden neurologisch einzig eine Abschwächung des Bicepsreflexes auf der linken Seite gezeigt. Das sei eine Folge der seinerzeit aufgetretenen cervicalen radikulären Symptomatik bei cervicaler Diskusprotrusion. Auch in der aktuellen MR-Untersuchung zeige sich eine Diskushernie C6/7 links paramedian, leicht grössenprogredient. Klinisch relevante Ausfälle seien aber nicht vorhanden, eine sichere Parese von Muskeln am Arm sei nicht nachweisbar und in der Muskulatur für C6 und C7 seien keine neurogenen Veränderungen erkennbar. Die Abschwächung des Bicepsreflexes würde eher für eine Läsion der 6. als der radiologisch betroffenen 7. cervicalen Wurzel sprechen, doch seien solche Variationen nicht allzu selten, so dass die Abschwächung durchaus in einen direkten Zusammenhang mit der Diskusprotrusion gestellt werden könne. Allein aufgrund dieses residuellen cervicalen radikulären Syndroms könne keine Arbeitsunfähigkeit begründet werden. Vorbehalten bleibe die cervicale vertebrale Symptomatik. Die somatosensorisch evozierten



## St.Galler Gerichte

Potentiale seien bilateral verzögert und erklärten eine einseitige Störung nicht. Zusammengefasst liege ein belangloses Residuum nach cervicoradikulärem Syndrom vor. Klinisch relevante neurologische Ausfälle seien nicht nachzuweisen. Vorbehalten blieben die rheumatologischen Befunde.

A.k Der RAD hielt am 11. November 2011 (act. 70) daran fest, dass das Gutachten erhebliche Mängel aufweise. Trotz Rückfragen sei es nicht nachvollziehbar geworden und sei die versicherungsmedizinische Würdigung der somatischen Beurteilung unterlassen worden. Im psychiatrischen Teilgutachten sei der Sachverhalt nicht den Tatsachen entsprechend dargestellt worden, weshalb die Foerster'schen Kriterien nicht adäquat angewendet worden seien. Myofasziale Befunde könnten versicherungsmedizinisch nicht als Begründung für eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit herangezogen werden, ebenso wenig täten dies die vorliegenden geringen strukturellen Befunde. Gemäss dem neurologischen Gutachter handle es sich um ein belangloses Residuum nach zervikoradikulärem Syndrom. Das Impingement der rechten Schulter sei lediglich als möglich bezeichnet worden. Die Unkovertebralarthrose und Fehlf orm des zervikothorakalen Übergangs als wesentlichen Gesundheitsschaden zu betrachten, sei sehr gesucht. Dass das als gut fassbares organisches Korrelat eine Arbeitsunfähigkeit von 50 % begründen sollte, sei nicht nachvollziehbar. Es bestehe hauptsächlich ein chronisches Schmerzleiden mit myofaszialen Befunden bzw. ein lokalisiertes Fibromyalgie-Syndrom bei Schmerzgeneralisierung. Der rheumatologische Gutachter habe die vorhandenen somatischen Befunde in inadäquater Weise überbewertet. Das Schmerzleiden werde bei der Bewertung der Arbeitsfähigkeit gleichzeitig kaum mehr berücksichtigt. Die Arbeitsfähigkeit sei aus somatischer Sicht richtigerweise nicht eingeschränkt. Der psychiatrische Teilgutachter habe angenommen, dass das Ergebnis der Behandlung des somatischen Leidens unbefriedigend sei, was nicht ganz den Tatsachen entspreche, da die radikuläre Symptomatik beseitigt worden sei. Ebenso verhalte es sich mit der Annahme, es liege ein sozialer Rückzug in allen Belangen des Lebens vor, da nur noch innerfamiliäre Beziehungen gepflegt würden. Die Versicherte benütze aber die öffentlichen Verkehrsmittel und arbeite teilzeitlich. Die Ausnahmesituation zur Anerkennung einer Invalidität sei demnach nicht gegeben. Die Einschränkung der Arbeitsfähigkeit um 50 % aus psychischen Gründen könne nicht anerkannt werden. In



## St.Galler Gerichte

der angestammten Tätigkeit sei die Versicherte seit April 2009 voll arbeitsunfähig, in der aktuell ausgeübten, teiladaptierten Tätigkeit zu 50 %.

A.I Der IV-Eingliederungsverantwortliche hielt am 9. Dezember 2011 (act. 76) fest, die Versicherte wolle ihre Stelle nicht wechseln, da es sich um eine leichte Tätigkeit handle. In einem Verlaufsprotokoll (act. 78) wurde festgehalten, die Versicherte habe damals berichtet, es gehe ihr gar nicht gut. In den letzten eineinhalb Monaten seien die Rückenschmerzen viel schlimmer geworden. Die Versicherte arbeite zurzeit über eine Stiftung bei der früheren Arbeitgeberin. Am 31. Januar 2012 (act. 79) wurde festgehalten, berufliche Massnahmen seien nicht möglich. Die Versicherte lehne weitere Unterstützung ab, da sie sich nicht zu mehr als 50 % arbeitsfähig fühle und die Stelle nicht wechseln wolle.

A.m Am 23. Februar 2012 (act. 82) teilte die Sozialversicherungsanstalt/IV-Stelle dem Rechtsvertreter der Versicherten mit, berufliche Massnahmen würden abgewiesen. - Am 10. April 2012 (act. 84 f.) wurde in Aussicht gestellt, dass ein Rentenanspruch abgelehnt werde. In einer adaptierten Tätigkeit sei die Versicherten voll arbeitsfähig. Die Versicherte liess am 14. Mai 2012 (act. 86) unter Beilage eines Arztberichts von Dr. med. F.\_\_\_\_, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, vom 7. Mai 2012 (act. 86-18 ff.) einwenden, die angeblichen Mängel und Widersprüche des Gutachtens, welche der RAD geltend mache, seien für Nichtmediziner nicht nachvollziehbar. Die Meinungsverschiedenheit unter den medizinischen Fachleuten könne nur durch ein neues Gutachten geklärt werden. Die Aktennotiz des RAD vom 11. November 2011 erfülle die formellen Voraussetzungen eines Gutachtens nicht. Die Meinung des RAD über jene der MEDAS zu stellen, sei unzulässig. Wie der psychiatrische Konsiliargutachter festgehalten habe, müsse er sich nicht in jedem Fall zu jedem der vom Bundesgericht aufgestellten Kriterien äussern; massgebend sei eine Gesamtwürdigung. Diese habe er vorgenommen. Der soziale Rückzug gemäss den Foerster'schen Kriterien verlange nicht, dass sich jemand den ganzen Tag im Zimmer einschliesse und mit niemandem mehr Kontakt pflege. Massgebend sei vielmehr der Verlust der sozialen Integration. Die Versicherte habe sich seit 2007 immer mehr vom sozialen Umfeld (Verwandte, Freundinnen und Kolleginnen) zurückgezogen. Ihre früher vielfältigen Interessen habe sie inzwischen verloren. Trotz ihrer Schmerzen gehe sie aber zur Arbeit, weil sie Angst vor einer drohenden Arbeitslosigkeit habe. Die Versicherte sei zu höchstens 50 %



arbeitsfähig. Eventualiter sei eine halbe Rente zu gewähren. Dabei sei ein Leidensabzug von mindestens 10 % zu gewähren. Dr. F.\_\_\_\_ hatte der Versicherten wegen einer mittelgradigen depressiven Erkrankung und einer chronischen somatoformen Schmerzstörung bei der DD Angststörung/Ängstliche Persönlichkeitsstörung eine Arbeitsunfähigkeit von 50 % attestiert.

A.n Mit Verfügung vom 19. Juni 2012 (act. 89) wies die Sozialversicherungsanstalt/IV-Stelle einen Rentenanspruch der Versicherten ab.

B.

Gegen diese Verfügung richtet sich die von Rechtsanwalt lic. iur. Urs F. Müller für die Betroffene am 17. August 2012 erhobene Beschwerde. Der Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin beantragt, die angefochtene Verfügung sei aufzuheben und die Sache sei zur Vornahme weiterer medizinischer Abklärungen und zur Neuverfügung an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen, eventualiter sei mindestens eine halbe Rente zuzusprechen. Es gehe nicht an, die Resultate des MEDAS-Gutachtens aufgrund einer Stellungnahme des RAD als unbrauchbar zu qualifizieren. Der RAD habe ein entscheidungsrelevantes Aktenstück erstellt, das aber weder einem medizinischen Gutachten noch einem Untersuchungsbericht nach Art. 49 Abs. 2 IVV entspreche. Berichte dieser Art könnten Zweifel an der Richtigkeit eines Gutachtens erwecken, es aber nicht schlüssig entkräften. Die Meinung des RAD über jene der MEDAS-Gutachter zu stellen, sei unzulässig. Soweit für medizinische Laien nachvollziehbar, sei der Sachverhalt sowohl in rheumatologischer wie psychiatrischer Hinsicht nicht feststehend. Der RAD beurteile bezüglich des Vorliegens einer Ausnahmesituation zur Anerkennung einer Invalidität eine Rechtsfrage, was nicht seine Aufgabe sei. Da die von der MEDAS festgestellte psychiatrische Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von der Beschwerdegegnerin bestritten werde, sei nochmals ein Teilgutachten einzuholen. Der RAD halte auch die somatisch begründete Arbeitsunfähigkeit in adaptierter Tätigkeit für nicht nachvollziehbar. Am MEDAS-Gutachten sei indessen nichts zu bemängeln. Der RAD und die Beschwerdegegnerin hätten sich einfach über die dort gezogenen Schlussfolgerungen hinweggesetzt. Sollte dem Eventualantrag der Zusprechung einer Rente nicht gefolgt werden, seien in rheumatologischer wie psychiatrischer Hinsicht weitere Teilbegutachtungen zu veranlassen.



C.

In ihrer Beschwerdeantwort vom 10./11. Oktober 2012 beantragt die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde. Sie habe gestützt auf die Angaben des RAD zu beurteilen, was einer versicherten Person aus objektiver Sicht noch zumutbar sei und was nicht. Auf solche Stellungnahmen könne jedoch nur abgestellt werden, wenn sie den allgemeinen beweisrechtlichen Anforderungen an einen ärztlichen Bericht genügten. Dass die versicherte Person untersucht werde, sei nicht zwingend erforderlich. Eigene ärztliche Untersuchungen führe der RAD nur bei Bedarf durch. Das Absehen von eigenen Untersuchungen sei nicht an sich ein Grund, einen RAD-Bericht in Frage zu stellen. Das gelte insbesondere, wenn es im Wesentlichen um die Beurteilung eines feststehenden medizinischen Sachverhalts gehe und die direkte ärztliche Befassung mit der Person in den Hintergrund rücke. Entgegen der Meinung der Beschwerdeführerin sei nicht bereits dann ein neues Gutachten zu veranlassen, wenn der RAD mit den Gutachtern nicht einig sei. Es liege in der Kompetenz des RAD, sich eine eigene und abweichende Meinung zu bilden. Auch dem Nichtmediziner steche ins Auge, dass das vorliegende Gutachten mit etlichen Mängeln und Widersprüchen behaftet sei. Es sei offensichtlich, dass die Gutachter mit ihren Antworten auf die Rückfragen nur darauf abzielten, ihre schlechte Arbeit zu kaschieren. Nochmals eine Begutachtung anzuordnen, wäre angesichts der Kosten unverhältnismässig, zumal die Einschränkungen der Beschwerdeführerin nicht einmal annähernd zum Bezug einer Rente reichen könnten, wenn man die Rechtsprechung zu den pathogenetisch-ätiologisch unklaren syndromalen Beschwerdebildern ohne nachweisbare organische Grundlagen korrekt anwende. Die erhobenen Befunde reichten aus, dass die erfahrenen beiden beteiligten RAD-Ärzte eine abschliessende Beurteilung abgeben könnten. Im Gegensatz zu den Gutachtern würden sie auch die Foerster'schen Kriterien juristisch korrekt anwenden, insbesondere das Kriterium des sozialen Rückzugs in allen Belangen des Lebens. Einer weiteren rechtlichen Würdigung bedürfe es nicht. Es könne vollumfänglich auf die Stellungnahme vom 11. November 2011 abgestellt werden.

D.

Der Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin hält am 22. Oktober 2012 an seinen Anträgen fest und verzichtet im Übrigen auf die Erstattung einer Replik.



### Erwägungen:

1.

1.1 Am 1. Januar 2008 ist die 5. IV-Revision in Kraft getreten. Die Beschwerdegegnerin hat die angefochtene Verfügung am 19. Juni 2012, also unter der Geltung des Rechts der 5. IV-Revision, erlassen. Zu beurteilen ist der Sachverhalt, wie er sich bis zum Zeitpunkt des Erlasses dieser Verfügung entwickelt hat. Dieser Sachverhalt reicht in eine Zeit vor Inkrafttreten der 5. IV-Revision zurück, so dass zu entscheiden ist, ob sich der Rentenbeginn nach altem oder nach neuem Recht richte.

1.2 Die Arbeitsunfähigkeit der Beschwerdeführerin setzte nach der Aktenlage im August 2007 ein, hielt aber nicht im Sinn der Rechtsprechung ununterbrochen an (Unterbruch mit wohl voller Arbeitsfähigkeit von Januar/Februar bis August 2008), so dass das Wartejahr danach erst im Jahr 2009 ablief. Auch die IV-Anmeldung wurde im Mai 2009 eingereicht. Demnach sind vorliegend jedenfalls die neuen Bestimmungen anzuwenden. Das wäre selbst dann der Fall, wenn von einem Ablauf des Wartejahres bereits im Jahr 2008 auszugehen wäre und die Übergangsregelung des Bundesamtes für Sozialversicherungen vom 12. Dezember 2007 zur Anwendung gelangte. Denn es fehlte die nach dieser Regelung für die Anwendbarkeit alten Rechts vorgesehene Voraussetzung einer Anmeldung bis spätestens zum 31. Dezember 2008.

1.3 Mit der angefochtenen Verfügung vom 19. Juni 2012 hat die Beschwerdegegnerin einen Rentenanspruch der Beschwerdeführerin abgelehnt. Diese hatte im Verwaltungsverfahren früher auch berufliche Massnahmen beantragt. Am 23. Februar 2012 hatte die Beschwerdegegnerin indessen festgehalten, die Beschwerdeführerin wünsche keine Unterstützung in Form von Eingliederungsmassnahmen. In diesem Beschwerdeverfahren lässt sie denn auch einzig Rentenleistungen beantragen. Strittig ist demnach zunächst ein allfälliger Anspruch auf eine Rente. Ergäbe sich allerdings, dass ohne Eingliederungsmassnahmen ein Rentenanspruch in Frage steht, so gehörte zum Streitgegenstand notwendigerweise auch die Frage, ob die Verwaltung den



Grundsatz "Eingliederung vor Rente" beachtet und eine allfällige Pflicht der Beschwerdeführerin zu Massnahmen korrekt in Anspruch genommen habe.

2.

2.1 Nach Art. 28 IVG besteht der Anspruch auf eine ganze Invalidenrente, wenn die versicherte Person mindestens zu 70 %, derjenige auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens zu 60 % invalid ist. Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % Anspruch auf eine Viertelsrente.

2.2 Für die Invaliditätsbemessung sind zunächst die medizinischen Vorbedingungen von Bedeutung. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beschreiben und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist. Die ärztlichen Auskünfte sind im Weiteren eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 132 V 99 f. E. 4; ZAK 1982 S. 34). Ob die versicherte Person eine ihr zumutbare Tätigkeit auch tatsächlich ausübt, ist für die Invaliditätsbemessung hingegen unerheblich (Rz 3046 des vom Bundesamt für Sozialversicherungen erlassenen Kreisschreibens über die Invalidität und Hilflosigkeit in der Invalidenversicherung = KSIH).

2.3 Zum Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin und ihrer Arbeitsfähigkeit liegt ein polydisziplinäres Gutachten vom 20. Juni 2011 vor. Darin gaben die Gutachter die wesentlichen Inhalte verschiedener Vorakten wieder. Die Begutachtungsstelle hat auch ergänzend weitere medizinische Berichte eingeholt, namentlich einen Bericht des Muskelzentrums/ALS Clinic am Kantonsspital St. Gallen vom 29. November 2010. Es wird ferner ersichtlich, dass die Beschwerdeführerin zur Anamnese, zu den geklagten Beschwerden und zur Behandlung befragt wurde. Der internistische Hauptgutachter erhob die Befunde (samt einem Laborbefund). Ausserdem fanden in rheumatologischer, psychiatrischer und neurologischer Hinsicht fachärztliche Konsilien statt. Die Beurteilung wurde nach einem polydisziplinären Zusammenwirken abgegeben. Mit dem Ergebnis der Magnetresonanztomographie von Hirn und Rückenmark, welche bei der Begutachtung empfohlen, aber nicht im Begutachtungsinstitut, sondern erst später



durchgeführt worden war, hat sich die MEDAS anschliessend noch auseinandergesetzt. Ein Anhaltspunkt für eine Unvollständigkeit ist nicht ersichtlich.

2.4 Der RAD hält das Gutachten allerdings für nicht stichhaltig. Er stellt das Vorliegen eines C6-Syndroms in Frage. Im Gutachten figuriert als eine Hauptdiagnose ein chronisches Zervikalsyndrom und residuelles zervikoradikuläres Syndrom C6 links bei zervikothorakaler Kyphose mit Kopfprotraktion, Unkovertebralarthrose C4/5 und C6/7 sowie medio-linkslateraler Diskushernie C6/7 (MRI 08/2007 und 05/2009). Die Diagnose des chronischen Zervikalsyndroms mit den Unterkategorien hat der rheumatologische Gutachter erhoben. Der neurologische Gutachter hat das Residuum nach cervicoradikulärem Syndrom C6 links festgestellt. Auf die Einwände des RAD hin hat er erklärt, dass die Biceps-Reflexabschwächung - auch wenn sie grundsätzlich eher für eine Läsion der 6. als der radiologisch betroffenen 7. cervicalen Wurzel spräche - durchaus in Zusammenhang mit der (gemäss aktuellem MR leicht grössenprogredienten Diskushernie C6/7 links paramedian bzw.) Diskusprotrusion gestellt werden könne, denn solche Variationen seien nicht allzu selten. Diese fachärztliche Erklärung erscheint stichhaltig. Gemäss dem im Gutachten wiedergegebenen Bericht des Muskelzentrums/ALS Clinic am Kantonsspital St. Gallen vom 29. November 2010 haben sich allerdings, wie der RAD vorbringt, elektrophysiologisch keine Hinweise für eine axonale Schädigung der Wurzel C7 gezeigt. Auch der neurologische Gutachter hat aber festgestellt, dass - zwar eine Abschwächung des Bicepsreflexes links, aber - keine klinisch relevanten Ausfälle bestünden. Eine sichere Parese entsprechend C6 sei nicht nachweisbar und in der Muskulatur für C6 und C7 seien keine neurogenen Veränderungen erkennbar. Das Residuum hat er als belanglos bezeichnet. Eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit aus neurologischer Sicht besteht nach seiner gutachterlichen Beurteilung nicht. Dass die strittige Diagnose im Gutachten in den Kontext zur Hauptdiagnose des unter rheumatologischem Gesichtspunkt erhobenen Zervikalsyndroms gestellt und damit ebenfalls bei den Hauptdiagnosen eingereiht wurde, stellt keinen Grund dar, den Beweiswert des Gutachtens in Zweifel zu ziehen.

2.5 Der RAD kritisiert die infolge der erwähnten Diskushernie, einer Unkovertebralarthrose auf zwei Etagen, einer Fehlstatik von HWS und oberer BWS und einer Minderbelastbarkeit des Schultergürtels aus rheumatologischer Sicht



gutachterlich attestierte Arbeitsunfähigkeit als Überbewertung. Es handle sich richtigerweise um ein myofasiales Schmerzsyndrom mit erniedrigter Schmerzschwelle bzw. um fibromyalgiforme Beschwerden mit myofaszialen Befunden im Nacken- und Schultergürtelbereich. Ein organisches Korrelat, das die Beschwerden erklären könnte, sei kaum nachweisbar. Die geringen strukturellen Befunde könnten eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in adaptierter Tätigkeit nicht begründen. Den Einwänden des RAD hat der rheumatologische Gutachter diesbezüglich entgegnet, dass ein Zervikalsyndrom mit sekundärem myofaszialen Syndrom sehr wohl ein klinisch definierbares Substrat mit typischen diagnostischen Kriterien darstelle. Er hat in seinem Teilgutachten wie erwähnt einerseits einem chronischen Zervikalsyndrom (mit den Unterkategorien) und andererseits einem möglichen Impingement rechts bei engem Subakromialraum wegen Akromionhypertrophie II die Arbeitsfähigkeit einschränkende Auswirkungen zugeschrieben. Er begründete, dass die Koinzidenz der in der Vergangenheit wiederholt objektivierten Residualsymptomatik mit einer distalen Kompressionssymptomatik im Sinn eines (möglichen) Karpaltunnelsyndroms (bei den Nebendiagnosen erwähnt; diagnostiziert gemäss Bericht vom 29. November 2010 durch das Muskelzentrum/ALS-Clinic am Kantonsspital St. Gallen, anders als durch den neurologischen Gutachter, der diesbezüglich höchstens einen Verdacht für gerechtfertigt hält) eine Erschwernis für jede einigermaßen kraftaufwendige manuelle Tätigkeit darstelle. Diese neuropathische Schmerzsymptomatik linksbetont werde durch die zervikothorakale Fehlform (Kyphose) mit assoziiertem lokalisierendem Fibromyalgiesyndrom kompliziert und vermindere die Belastungstoleranz im Schultergürtel-Nackengebiet links und den linksseitigen Faustschluss. In der Stellungnahme zu den Einwänden des RAD legte der Rheumatologe ferner dar, auch das Zusammentreffen von Impingement und Zervikobrachialgien schränke die Prognose deutlich ein. Diese Begründung kann nachvollzogen werden; namentlich kann auch die Wirkung des (möglichen) Impingements nicht losgelöst von den anderen Beeinträchtigungen gewürdigt werden. Im Zusammenhang mit der Fibromyalgie erwähnte der rheumatologische Gutachter, dass mehrere Hinweise für eine fassbare Willensanstrengung der Beschwerdeführerin vorlägen (Wiederaufnahme der Berufstätigkeit trotz anhaltend symptomatischer Diskushernie 2009 und 2010, disziplinierte Einhaltung der Physiotherapie mit subjektiver Besserung). Die Frage einer somatoformen Schmerzstörung habe der Psychiater zu beantworten. Erläuternd hielt er



fest, es entspreche bewährten Prinzipien bei Zervikalsyndromen, zuerst das sekundäre weichteilrheumatische Syndrom zu behandeln (und erst danach die Haltung zu korrigieren und Entlastungsmassnahmen zu treffen). Hinsichtlich der Befunde sind die Darlegungen des rheumatologischen Gutachters überzeugender als die auf einer blossen Würdigung der Akten ohne Exploration der Beschwerdeführerin vorgebrachten Einwände des RAD.

2.6 Der RAD macht des Weiteren geltend, im psychiatrischen Teilgutachten sei der Sachverhalt (bezüglich des sozialen Rückzugs und des Ergebnisses der somatischen Behandlung) nicht ganz den Tatsachen entsprechend dargestellt worden, weshalb die Foerster'schen Kriterien nicht adäquat angewendet worden seien. Der psychiatrische Gutachter hat eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren diagnostiziert. Er hat festgehalten, relevante soziokulturelle Belastungsfaktoren seien nicht auszumachen. Die Beschwerdeführerin habe ihren ernsthaften Willen und ihr umfangreiches Bemühen um eine möglichst weitgehende Erhaltung der Arbeitsfähigkeit unter Beweis gestellt. Die Symptomatik der übermässigen Ermüdbarkeit, der Reduktion des Vitalgefühls und des Verlusts von Fröhlichkeit und Energie sei zu wenig ausgeprägt, als dass sie neben der Schmerzkrankheit eine eigenständige Diagnose (z.B. einer Depression) rechtfertigen würde. In den Akten würden körperliche Begleiterkrankungen über mehrere Jahre hinweg festgehalten. Dass der Gutachter annimmt, das Behandlungsergebnis sei unbefriedigend und es sei auch durch Anpassung der Rahmenbedingungen der Berufstätigkeit nicht gelungen, eine Entlastung herbeizuführen, lässt sich nicht beanstanden, auch wenn die radikuläre Symptomatik für sich genommen auf ein (belangloses) Residuum reduziert werden konnte. Was den sozialen Rückzug betrifft, hat der psychiatrische Gutachter ausdrücklich erwähnt, die innerfamiliären Beziehungen, die immer am längsten erhalten blieben, würden noch als einzige gepflegt. Mit den Dimensionen des Mini-ICF-Rating-Bogens werde verdeutlicht, dass eine umfangreiche Veränderung der ganzen Lebenssituation der Beschwerdeführerin durch den Krankheitsprozess, die Schmerzen und deren Verarbeitung stattgefunden habe, die - selbst unter optimalen Bedingungen - keine vollumfängliche Berufstätigkeit mehr zulasse. Der Hinweis auf die weiterhin ausgeübte Erwerbstätigkeit und die Benützung der öffentlichen Verkehrsmittel vermag gegen diese begründete Beurteilung nicht anzukommen.



2.7 Die Arbeitsfähigkeitsschätzung der MEDAS ist begründet und polydisziplinär für eine angepasste Arbeit auf 50 % festgesetzt worden, was ihr in der Beweiswürdigung besonderes Gewicht gibt. Sowohl somatische wie psychiatrische Leiden sind je für diese Einschränkung verantwortlich. Hierauf kann abgestellt werden. Soweit andere ärztliche Einschätzungen davon abweichen, vermögen sie den Beweiswert nicht in Frage zu stellen. Weitere Abklärungen sind nicht erforderlich.

3.

3.1 Was die erwerblichen Auswirkungen der Einschränkung der Arbeitsfähigkeit betrifft, wird für die Bestimmung des Invaliditätsgrades nach Art. 16 ATSG das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Valideneinkommen). Für die Ermittlung des Valideneinkommens ist rechtsprechungsgemäss entscheidend, was die versicherte Person im Zeitpunkt des frühestmöglichen Rentenbeginns nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als Gesunde tatsächlich verdienen würde (vgl. Bundesgerichtsentscheid i/S. K. vom 23. März 2009, 8C\_515/2008). Gemäss IK-Auszug hatte die Beschwerdeführerin in den beiden Jahren vor Auftreten der gesundheitlichen Beeinträchtigung mit längerer Arbeitsunfähigkeit, also 2005 und 2006, im Durchschnitt Fr. 45'137.-- (2005: Fr. 45'465.--; 2006: Fr. 44'809.--) verdient. Da angenommen werden kann, die Beschwerdeführerin hätte diese Tätigkeit im Gesundheitsfall weitergeführt, kann dieser Durchschnitt als Valideneinkommen 2006 betrachtet werden.

3.2 Für die Festsetzung des Invalideneinkommens ist nach der Rechtsprechung primär von der beruflich-erwerblichen Situation auszugehen, in welcher die versicherte Person konkret steht. Übt sie nach Eintritt der Invalidität eine Erwerbstätigkeit aus, bei der - kumulativ - besonders stabile Arbeitsverhältnisse gegeben sind und anzunehmen ist, dass sie die ihr verbleibende Arbeitsfähigkeit in zumutbarer Weise voll ausschöpft, und erscheint zudem das Einkommen aus der Arbeitsleistung als angemessen und nicht als Soziallohn, gilt grundsätzlich der tatsächlich erzielte Verdienst als Invalidenlohn. Ist aber kein solches effektives Erwerbseinkommen gegeben, namentlich



weil die versicherte Person nach Eintritt des Gesundheitsschadens keine oder jedenfalls keine ihr an sich zumutbare neue Erwerbstätigkeit aufgenommen hat, so können nach der Rechtsprechung statistische Werte beigezogen werden (vgl. BGE 129 V 472 E. 4.2.1, Bundesgerichtsentscheid i/S B. vom 6. Januar 2010, 8C\_579/2009). Nach Eintritt der gesundheitlichen Beeinträchtigungen wurden verschiedene Umplatzierungsmöglichkeiten bei der Arbeitgeberin geprüft und die Arbeit an den kleineren Mustermaschinen für am besten geeignet betrachtet. Das Arbeitsverhältnis wurde im Mai 2009 aus wirtschaftlichen Gründen gekündigt. Gleichzeitig wurde erklärt, die Beschwerdeführerin könnte eventuell (wieder) Teilzeitarbeit an den (kleineren) Mustermaschinen leisten. Die Beschwerdeführerin hat in der Folge nach Angaben gegenüber der MEDAS in Beschäftigungsprogrammen des Regionalen Arbeitsvermittlungszentrums (RAV) gearbeitet (IV-act. 61-10) und war später über eine Stiftung (IV-act. 78 f.) und ab Januar 2012 über eine weitere Unternehmung (vgl. IV-act. 78-2) wieder bei der früheren Arbeitgeberin beschäftigt. Nach medizinischen Angaben schöpft die Beschwerdeführerin mit 50 % Tätigkeit ihre Arbeitsfähigkeit dort aus. Welchen Lohn sie erzielt, ist nicht bekannt. Zu erwarten wäre, dass er bei höchstens und nahezu (da der Wechsel an die kleineren Maschinen wohl keine relevante Lohnreduktion zur Folge haben dürfte) 50 % des Validenlohns läge, was zu einem Invaliditätsgrad führte, der zu einer halben Rente berechtigte (über 50 %, aber unter 60 %). Von einem besonders stabilen Arbeitsverhältnis kann allerdings bei den gegebenen Umständen nicht mehr gesprochen werden. Es ist aber vorliegend damit zu rechnen, dass die Beschwerdeführerin ihre erwerblichen Fähigkeiten auch anderweitig im gleichen Rahmen verwerten könnte. Die diversen Voraussetzungen einer leidensadaptierten Tätigkeit (vgl. IV-act. 61-19 f.) lassen das zu. Ein Vergleich mit den statistischen Werten (vgl. BGE 129 V 472 E. 4.2.1, Bundesgerichtsentscheid i/S B. vom 6. Januar 2010, 8C\_579/2009) zeigt, dass mit einem rentenrelevant höheren oder tieferen Invaliditätsgrad auch bei einem danach festgesetzten Invalideneinkommen (d.h. aus Beschäftigungen an anderen zumutbaren Stellen auf einem ausgeglichenen Arbeitsmarkt) nicht zu rechnen wäre. Der Tabellenlohn 2006 (angesichts der gleichförmigen Entwicklung kann auf eine Anpassung auf spätere Jahre verzichtet werden) für einfache und repetitive Tätigkeiten (Anforderungsniveau 4) von Frauen im privaten Sektor betrug Fr. 50'278.-- (vgl. Anhang 2 der Textausgabe Invalidenversicherung, Gesetze und Verordnungen, 2012, herausgegeben von der



Informationsstelle AHV/IV, S. 234, basierend auf der Schweizerischen Lohnstrukturerhebung LSE des Bundesamtes für Statistik). Da die Beschwerdeführerin somit unterdurchschnittlich verdiente, aber keine Anhaltspunkte dafür bestehen, dass sie sich aus freien Stücken mit einem bescheidenen Einkommensniveau hätte begnügen wollen, kann für das Valideneinkommen und für den Ausgangspunkt zur Bestimmung des Invalideneinkommens vom selben Wert ausgegangen werden. Für die Frage der Durchschnittlichkeit auf die bisherige Branche abzustellen, rechtfertigt sich nicht. Wird nämlich in Bezug auf das Invalideneinkommen bei vollzeitlicher Tätigkeit das Erreichen des allgemeinen Tabellenwerts (durch Stellenwechsel in eine andere Branche) als möglich erachtet, hat das auch für das Valideneinkommen zu gelten. Andernfalls (nähme man für das Valideneinkommen Mass am unkorrigierten Lohn aus der bisherigen Tätigkeit) wäre der Beschwerdeführerin zuzubilligen, dass sie auch als Invalide in ihrer angestammten Branche tätig bliebe, wo sie ihre erworbenen Fähigkeiten optimal einsetzen kann und wie sie es nach der Aktenlage auch tat.

3.3 Der Invaliditätsgrad entspricht unter solchen Verhältnissen jedenfalls dem Grad der Arbeitsunfähigkeit unter Berücksichtigung des allfälligen Abzugs vom Tabellenlohn (Entscheidung des Eidgenössischen Versicherungsgerichts i/S M. vom 8. Juni 2005, I 552/04 E. 3.4, und i/S Z. vom 19. November 2003, I 479/03 E. 3.1). Auch wenn die psychiatrischen Aspekte der Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit bereits bei der Festlegung des Arbeitsunfähigkeitsgrades berücksichtigt sind, kann doch in erwerblicher Hinsicht nicht ausser Acht gelassen werden, dass die Beschwerdeführerin in der Anpassung an Regeln und Routine mittelgradig, in der Flexibilität und in der Beurteilungs- und Entscheidungsfähigkeit deutlich und in der Durchhalte-, der Kontakt- und der Gruppenfähigkeit sowie der Verkehrsteilnahmefähigkeit signifikant beeinträchtigt ist, so dass sie mit einer entsprechend tieferen Entlohnung rechnen muss. Ein Abzug von 10 % erscheint gerechtfertigt. Der Invaliditätsgrad stellt sich demnach auf 55 % ( $100 \% - 0.9 \times 50 \%$ ). Unter Berücksichtigung der Parallelisierungsausparung von 5 % gemäss BGE 135 V 297 ergäbe sich ein Invaliditätsgrad von gerundet 52 % (mit Abzug von 10 %; Fr. 45'137.-- Valideneinkommen; Fr. 21'443.-- Invalideneinkommen, statt 10 nur 5 % Minderverdienst ausgeglichen, von Fr. 50'278.-- aus gerechnet).

4.



4.1 Anspruch auf eine Rente haben nach Art. 28 Abs. 1 IVG (in der seit 1. Januar 2008 geltenden Fassung) Versicherte, die unter anderem während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind (lit. b). Die einjährige Wartezeit gilt als eröffnet, sobald eine Arbeitsunfähigkeit von mindestens 20 % vorliegt (AHI 1998 S. 124 E. 3c). Auch unter Art. 28 Abs. 1 IVG nach neuem Recht ist die Rechtsprechung des Bundesgerichts zu Art. 29 Abs. 1 IVG weiterzuführen und gilt somit die Regel, dass im Rahmen dieser Bestimmung der Grundsatz nicht anwendbar ist, dass bei langdauernder Arbeitsunfähigkeit im angestammten Beruf - oder sobald klar wird, dass die Wiederaufnahme der bisher ausgeübten Tätigkeit nicht mehr in Frage kommt - nach Ablauf einer gewissen Übergangsfrist auch zumutbare Tätigkeiten in einem andern Beruf zu berücksichtigen sind. Bei der Anwendung dieser Bestimmung ist ausschliesslich die Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit zu betrachten (Entscheid des Eidgenössischen Versicherungsgerichts i/S S. vom 23. Oktober 2003, I 392/02, vgl. BGE 130 V 99 E. 3.2, bereits unter Hinweis auf den künftigen Art. 6 ATSG; Bundesgerichtsentscheid i/S P. vom 27. Dezember 2007, 9C\_684/07). Es genügt nach der Rechtsprechung, dass die versicherte Person im Zeitpunkt der rechtsgenüchlich erwiesenen Verschlechterung des Gesundheitszustandes bzw. des festzusetzenden Rentenbeginns das Wartejahr bestanden hat (Entscheid des Eidgenössischen Versicherungsgerichts i/S S. vom 20. Juni 2003, I 285/02; vgl. auch 9C\_684/07; eine Änderung war mit der Anpassung des IVG an das ATSG wohl nicht beabsichtigt). Ein wesentlicher Unterbruch der Arbeitsfähigkeit liegt vor, wenn die versicherte Person an mindestens 30 aufeinanderfolgenden Tagen voll arbeitsfähig war (Art. 29<sup>ter</sup> IVV; Entscheid des Eidgenössischen Versicherungsgerichts i/S K. vom 26. März 2004, I 19/04). Auch vor der Anmeldung liegende Zeiten von Arbeitsunfähigkeit sind zu berücksichtigen (ZAK 1966 S. 58; Ulrich Meyer, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG, 1. A. 1997, S. 238; BGE 117 V 26 E. 3b; BGE 121 V 264; Entscheid des Eidgenössischen Versicherungsgerichts i/S C. vom 2. März 2000, I 307/99).

4.2 Bei der Beschwerdeführerin sind bereits im Frühjahr 2007 und im Juni 2007 gesundheitliche Beeinträchtigungen aufgetreten. Im November 2007 nahm die Beschwerdegegnerin die Arbeit zur Hälfte und dann voll wieder auf, worauf sie aber am 5. Dezember 2007 wieder voll arbeitsunfähig geschrieben werden musste. Ab 1. Januar 2008 wurde ihr wiederum eine Arbeitsfähigkeit von 50 % attestiert (Fremdakten,



Bericht von Dr. D.\_\_\_\_ bzw. Dr. E.\_\_\_\_ vom 8. Februar 2008). Dr. D.\_\_\_\_ war am 10. Januar 2008 davon ausgegangen, dass die Arbeitsfähigkeit von 50 % bei günstigem Verlauf nach vier bis sechs Wochen auf 70 % werde gesteigert werden können. Ab dem 26. Januar 2008 war die Beschwerdeführerin in der Folge nicht mehr arbeitsunfähig geschrieben, bis am 21. August 2008 ein Rückfall mit voller Arbeitsunfähigkeit eintrat (Fremdakten, Bericht von B.\_\_\_\_ vom 25. September 2008). Dr. C.\_\_\_\_ hielt am 30. September 2008 dafür, die Beschwerdeführerin werde für ihre bisherige Tätigkeit wohl nicht mehr arbeitsfähig sein; die Arbeitshaltung sei höchst ungünstig. Ab Mitte November 2008 wurde ihr allerdings wieder eine Arbeitsfähigkeit von 50 % attestiert und nach einer weiteren Rückläufigkeit der Beschwerden (Fremdakten, Bericht von B.\_\_\_\_ vom 27. Januar 2009) war die Beschwerdeführerin ab Februar 2009 zu 80 % arbeitsfähig (Fremdakten, Bericht von B.\_\_\_\_ vom 9. März 2009). Diese Arbeitsfähigkeitsangabe bezog sich allerdings wohl bereits auf die leichtere Tätigkeit, welche die Beschwerdeführerin gemäss Arbeitgeberbescheinigung im Februar 2009 aufnehmen konnte. Die bisherige Tätigkeit war ihr nach der Aktenlage (unter anderem der Beurteilung von Dr. C.\_\_\_\_ bereits ab August/September 2008) nicht mehr zumutbar. Es kann angenommen werden, dass jedenfalls im August 2009 ein Wartejahr mit einem Durchschnitt an Arbeitsunfähigkeit von mehr als 50 % abgelaufen ist.

4.3 Nach dem ab 1. Januar 2008 geltenden Art. 29 Abs. 1 IVG entsteht der Rentenanspruch frühestens nach Ablauf von sechs Monaten nach Geltendmachung des Leistungsanspruchs nach Art. 29 Abs. 1 ATSG. Die Beschwerdeführerin meldete sich am 4./6. Mai 2009 an, so dass der Anspruch auf eine halbe Rente ab 1. November 2009 entstand. Dass von beruflichen Massnahmen abgesehen wurde, lässt sich vorliegend nicht beanstanden.

5.

5.1 Im Sinn der vorstehenden Erwägungen ist die Beschwerde unter Aufhebung der angefochtenen Verfügung vom 19. Juni 2012 zu schützen und der Beschwerdeführerin ab 1. November 2009 eine halbe Rente zuzusprechen.



5.2 Angesichts des Unterliegens der Beschwerdegegnerin rechtfertigt es sich, ihr die Gerichtskosten, die nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert festgelegt werden (Art. 69 Abs. 1<sup>bis</sup> IVG), gesamthaft aufzuerlegen (vgl. Art. 95 Abs. 1 VRP/SG). Eine Entscheidgebühr von Fr. 600.-- erscheint angemessen. Der Beschwerdeführerin ist der geleistete Kostenvorschuss von Fr. 600.-- zurückzuerstatten.

5.3 Die Beschwerdeführerin hat bei vollem Obsiegen Anspruch auf Ersatz der Parteikosten, die vom Gericht ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache und nach der Schwierigkeit des Prozesses bemessen werden (Art. 61 lit. g ATSG; vgl. auch Art. 98 ff. VRP/SG, sGS 951.1). Ihr Rechtsvertreter hat am 22. Oktober 2012 eine Kostennote mit einem Betrag von insgesamt Fr. 4'590.-- eingereicht (Honorar Fr. 3'500.--, Barauslagen samt Einschreibgebühr Fr. 750.--, MWSt Fr. 340.--). Zum Ausgangspunkt wurde gemäss den Grundlagen das Pauschalhonorar genommen. Die Schwierigkeit der Sache sowie Art und Umfang der Bemühungen begründen die Pauschale für einen mittleren Fall. Nach der Gerichtspraxis ist das in vergleichbaren Fällen übliche Pauschalhonorar von Fr. 3'500.-- allerdings unter Einschluss von Barauslagen und Mehrwertsteuer zu verstehen.

Demgemäss hat das Versicherungsgericht

im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP

### **entschieden:**

1. In Gutheissung der Beschwerde wird die angefochtene Verfügung vom 19. Juni 2012 aufgehoben und der Beschwerdeführerin wird im Sinn der Erwägungen ab 1. November 2009 eine halbe Rente zugesprochen.
2. Die Beschwerdegegnerin bezahlt eine Gerichtsgebühr von Fr. 600.--.
3. Der Beschwerdeführerin wird der geleistete Kostenvorschuss von Fr. 600.-- zurückerstattet.



4. Die Beschwerdegegnerin hat der Beschwerdeführerin eine Parteientschädigung von Fr. 3'500.-- zu bezahlen.