



Fall-Nr.: IV 2013/514
Stelle: Versicherungsgericht
Rubrik: IV - Invalidenversicherung
Publikationsdatum: 11.10.2019
Entscheiddatum: 27.01.2016

Entscheid Versicherungsgericht, 27.01.2016

Art. 28 IVG, Art. 16 ATSG. Beweismwürdigung der medizinischen Aktenlage. Einkommensvergleich. Parallelisierung der Vergleichseinkommen. Tabellenlohnabzug. Kein Rentenanspruch (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 27. Januar 2016, IV 2013/514).

Besetzung

Präsidentin Karin Huber-Studerus, Versicherungsrichter Joachim Huber,
Versicherungsrichter Ralph Jöhl; Gerichtsschreiberin Nadja Francke Zubair

Geschäftsnr.

IV 2013/514

Parteien

A.____,

Beschwerdeführerin,

vertreten durch Rechtsanwalt lic. iur. Bernhard Zollinger, Rämistrasse 5, Postfach 462,
8024 Zürich,

gegen

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

Beschwerdegegnerin,



Gegenstand

Rente

Sachverhalt

A.

A.a A.____ meldete sich am 28. August 2009 zum Bezug von Leistungen der Invalidenversicherung bei der IV-Stelle des Kantons St. Gallen an (IV-act. 6). Gemäss einem Bericht der Arbeitgeberin, der B.____ AG, vom 22. September 2009 war die Versicherte vom 10. März 2003 bis 31. Juli 2009 als Montagemitarbeiterin mit einem 100%-Pensum angestellt gewesen. Die Arbeitgeberin hielt fest, die Versicherte habe anfangs Kreislaufprobleme, dann Knie- und Rückenbeschwerden gehabt. Ein am 25. Mai 2009 durchgeführter Arbeitsversuch sei nach weniger als zwei Stunden gescheitert. Die Versicherte habe sich trotz Schonarbeitsplatz gestresst gefühlt. Danach sei sie nicht mehr zur Arbeit erschienen, weshalb ihr gekündigt worden sei (IV-act. 19).

A.b Auf Veranlassung der zuständigen Krankentaggeldversicherung wurde die Versicherte im November 2009 im Institut für medizinische und ergonomische Abklärungen (IME) in Chur psychiatrisch und rheumatologisch untersucht und begutachtet. Im entsprechenden Gutachten vom 30. November 2009 wurden folgende Diagnosen genannt: eine Tendenz zum generalisierten Schmerzsyndrom, ein Hashimoto-Thyreoiditis (ED 11/08) sowie eine mittelgradige depressive Episode. Der rheumatologische Gutachter hielt in seiner Beurteilung fest, dass sich bei der Versicherten seit einem Sturz am Arbeitsplatz vor ca. vier Jahren, die nach dem Sturz aufgetretenen Rücken-, Knie- und Beinschmerzen links subjektiv praktisch auf den ganzen Körper ausgebreitet hätten. Objektiv hätten eine medial betonte Gonarthrose links, eine Osteochondrose L4/5 mit Bandscheibenprotrusion, eine leichte Imprimierung des ventralen Duralsacks sowie ein Kontakt zur linksseitigen L5-Wurzel und Chondrosen L3/4 und L5/S1 nachgewiesen werden können. In der klinischen und ergonomischen Untersuchung habe sich ein sehr auffälliges Schmerzverhalten der Versicherten gezeigt, mit deutlicher Selbstlimitierung, nicht zuverlässiger



Leistungsbereitschaft sowie schlechter Konsistenz in den Belastungstests. Es habe sich somit eine deutliche Verhaltensproblematik gezeigt, welche bisher in den medizinischen Berichten nicht beschrieben worden sei und sich offensichtlich neu entwickelt habe. Ein Teil der Beschwerden liessen sich durch die medial betonte Gonarthrose und die degenerativen Veränderungen im Bereich der LWS erklären. Die Ausweitung der Schmerzen auf den ganzen Körper sowie das Ausmass der Beschwerden könnten aus somatischer Sicht jedoch nicht erklärt werden. Bezüglich der Arbeitsfähigkeit bestehe aus rheumatologischer Sicht für eine Tätigkeit wie die zuletzt ausgeführte mit – gemäss den Aussagen der Versicherten – vorwiegend stehender Tätigkeit und repetitiven Montagetätigkeiten eine wahrscheinlich ungenügende Leistungsfähigkeit, d.h. eine wahrscheinlich 100%ige Arbeitsunfähigkeit. In einer leichten, wechselbelastenden Tätigkeit mit der Möglichkeit, zwischen sitzender und stehender Arbeitstätigkeit bei Bedarf abwechseln zu können, bestehe eine mindestens 50%ige Arbeitsfähigkeit. Der psychiatrische Gutachter gab in seiner Beurteilung an, dass bei der Versicherten im Zeitpunkt der Untersuchung verschiedene depressive Symptome vorgelegen hätten. Die Versicherte habe über eine Affektarmut und eine Minderung der Vitalgefühle geklagt (deprimiert, etwas hoffnungslos, ängstlich, gereizt, innerlich unruhig, Insuffizienzgefühle, Klagsamkeit). Sie habe eine Minderung des Antriebs, einen sozialen Rückzug, Schlafstörungen, eine Tagesmüdigkeit und ein gelegentlich auftretendes Gefühl von Lebensüberdruß beschrieben. Phänomenologisch habe im Zeitpunkt der Untersuchung eine höchstens mittelgradige depressive Episode bestanden. Ätiologisch handle es sich um eine reaktive depressive Episode aufgrund verschiedener psychosozialer Belastungsfaktoren wie die körperlichen Beschwerden, die Schmerzen, die Probleme am Arbeitsplatz, die ehelichen Differenzen und auch die erfolgte Kündigung mit den drohenden finanziellen Problemen. Es hätten sich keine Hinweise für das Vorliegen einer neurotischen, Belastungs- oder somatoformen Schmerzstörung gefunden. Insbesondere bestehe auch keine anhaltende somatoforme Schmerzstörung, denn einerseits hätten die Schmerzen einen organisch fassbaren Kern und andererseits liessen sich auch keine emotionalen Konflikte oder psychosozialen Probleme identifizieren, die schwerwiegend genug wären, um als entscheidende ursächliche Einflüsse der Schmerzen zu gelten. Es beständen eine deutliche Symptomausweitung sowie eine Tendenz zum passiven Verhalten und andererseits auch der Verdacht auf eine gewisse Aggravation. Die



Diskrepanz zwischen den somatischen Befunden und den beklagten Beschwerden könne zu einem nicht unbedeutenden Teil mit der mittelgradigen depressiven Episode erklärt werden, weil depressive Personen in der Regel Schmerzen empfindlicher wahrnehmen. Nach ICD-10 komme die Diagnose der anhaltenden somatoformen Schmerzstörung bei einem vermutlich psychogenen Schmerz im Verlauf einer Depression aber nicht in Frage. Die zum Zeitpunkt der Untersuchung vorliegende höchstens mittelgradige depressive Episode bedinge eine höchstens 50%ige Einschränkung der Arbeitsfähigkeit bei jeder in Frage kommenden Tätigkeit. Gesamthaft attestierten die Gutachter in der bisherigen Tätigkeit eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit und in einer leidensadaptierten Tätigkeit eine 50%ige Arbeitsfähigkeit (Fremdakten G 5.2).

A.c In einem Schlussbericht der beruflichen Eingliederung vom 20. August 2010 hielt die Eingliederungsverantwortliche fest, dass sowohl in der angestammten Tätigkeit als Produktionsmitarbeiterin, die einer leidensadaptierten Tätigkeit entspreche, sowie in anderen adaptierten Tätigkeiten von einer mindestens 50%igen Arbeitsfähigkeit ausgegangen werde. Nachdem das Krankentaggeld per 14. Dezember 2009 auf 50% reduziert worden sei, habe sich die Versicherte beim RAV angemeldet. Da unklar gewesen sei, wie sich die Restarbeitsfähigkeit in der freien Wirtschaft verhalten lasse, sei eine Abklärung im Rahmen eines RAV-Einsatzprogramms durchgeführt worden. Die Versicherte habe allerdings nur drei Tage am Einsatzprogramm teilgenommen, da sie sich nicht in der Lage gesehen habe, die leichte Arbeit (Sortieren von Tastaturknöpfen) auszuführen. Auch an den Tagen, an denen sie anwesend gewesen sei, sei sie lediglich ein bis zwei Stunden geblieben und habe sich dann von ihrer Tochter abholen lassen. Es sei der Versicherten nicht möglich, den öffentlichen Verkehr zu benutzen, da sie Angst habe, allein aus dem Haus zu gehen. Unter den beschriebenen Voraussetzungen seien weitere berufliche Massnahmen nicht möglich. Die Versicherte könne weder eine Präsenz von 50% erbringen noch sei sie in der Lage, den Arbeitsweg selbständig zurückzulegen. Beides seien zwingende Voraussetzungen für eine berufliche Integration (IV-act. 44). Mit einer Mitteilung vom 31. August 2010 wies die IV-Stelle einen Anspruch der Versicherten auf berufliche Massnahmen ab (IV-act. 46).

A.d Für die Beurteilung des aktuellen Gesundheitszustandes und der Arbeitsfähigkeit der Versicherten veranlasste der Regionale Ärztliche Dienst der IV-Stelle (RAD) die



Einholung von Arztberichten bei allen seit der Begutachtung behandelnden Ärzten und Institutionen (IV-act. 47). In einem Bericht vom 26. Januar 2011 gab der Hausarzt der Versicherten, Dr. med. C.____, Allgemeinmedizin FMH, als arbeitsfähigkeitsrelevante Diagnosen ein chronisches Schmerzsyndrom bei Gonarthrosen, LWS-Degenerationen inklusive Diskushernien, ein Schulterarmsyndrom links sowie eine schwere Depression an. Er hielt fest, dass sich die Versicherte erst seit kurzem, seit dem 3. August 2010, bei ihm in Behandlung befinde. Es bestehe seit vielen Jahren eine chronische Schmerzerkrankung mit Dekonditionierung, grosser Trauer und Isolation. Die Prognose sei schlecht und eine Verbesserung nicht zu erwarten. Die Versicherte sei nicht mehr auf dem regulären Arbeitsmarkt einsetzbar (IV-act. 56). Der behandelnde Psychiater, Dr. med. D.____, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, nannte in einem Bericht vom 8. März 2011 als Diagnose mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit eine leichte bis mittelgradige depressive Episode, in Remission. Er gab an, dass die Versicherte vom 14. Mai bis 30. Juli 2010 in ambulanter psychiatrischer Behandlung gewesen sei. Der Befund habe das Bild eines leicht bis höchstens mittelschwer ausgeprägten depressiven Symptoms ergeben. Die Grundstimmung sei zum depressiven Pol hin verschoben, die affektive Modulationsfähigkeit sei teilweise eingeschränkt. Die Versicherte klagt über Affektarmut und eine Minderung der Vitalgefühle; sie sei hoffnungslos, vor allem wenn über ihre Gesundheit oder soziale Situation geredet werde. Angegeben würden auch eine Minderung des Antriebs sowie ein sozialer Rückzug. Zirkadiane Besonderheiten hätten nicht vorgelegen. Die Versicherte habe ein Gefühl von Lebensüberdruß. Es bestünden aber keine Hinweise auf einen Todeswunsch oder Suizidgedanken. Es sei versucht worden, die Versicherte medikamentös mit diversen Antidepressiva einzustellen, jedoch ohne Erfolg (Compliance, Nebenwirkungen). Die Behandlung sei seitens der Versicherten abgebrochen worden. Die bisherige Tätigkeit sei der Versicherten nicht mehr zumutbar. Zur Arbeitsfähigkeit in leidensadaptierten Tätigkeiten könnten keinen schlüssigen Angaben gemacht werden (IV-act. 63). Gemäss den Berichten von Dr. med. E.____, Ärztin Orthopädische Chirurgie am Spital F.____, vom 24. März und 28. Juli 2011 (Eingangsdatum), war die Versicherte vom 26. bis 27. März 2010 hospitalisiert gewesen. Als Diagnosen nannte Dr. E.____ den Status nach Kniearthroskopie mit Gelenkstoilette und Resektion Plicamediopatellaris links am 26. März 2010 sowie eine Gonarthrose rechts. Sie hielt fest, es bestehe derzeit eine verminderte Belastbarkeit



aufgrund der rechtsseitigen gonarthrotischen Beschwerden, die sich unter Arbeit verstärkten und zu einem Erguss führen könnten. Geplant sei auch rechtsseitig eine Kniearthroskopie und Gelenkstoilette. Postoperativ müsse mit einer ca. zweiwöchigen Arbeitsunfähigkeit von 100% gerechnet werden. Im Anschluss sei eine Steigerung auf eine 50%ige Arbeitsfähigkeit, d.h. 4 Stunden pro Tag, zu erwarten (IV-act. 65, 66). Am 9. Januar 2012 führte der RAD aus, dass sich aus den Arztberichten weder aus psychiatrischer noch aus somatischer Sicht eine Diagnose entnehmen lasse, welche die Versicherte anhaltend und relevant in ihrer Arbeitsfähigkeit einschränken dürfte. Die Eingliederungsfähigkeit dürfte aber durch diverse IV-fremde Faktoren (minimale Schulbildung ohne Ausbildung, schlechte Sprachkenntnisse, später Einstieg ins Berufsleben in der Schweiz mit baldiger Kündigung, soziokulturelle Faktoren, private und finanzielle Schwierigkeiten, dysfunktionales Krankheitsverhalten) eingeschränkt sein (IV-act. 77-2).

A.e Mit einem Vorbescheid vom 1. Februar 2012 stellte die IV-Stelle die Abweisung des Rentenanspruchs in Aussicht. Zur Begründung hielt sie fest, die Abklärungen hätten ergeben, dass keine Diagnosen vorlägen, welche die Versicherte in ihrer Arbeitsfähigkeit sowohl in der angestammten Erwerbstätigkeit als Mitarbeiterin in der Produktion als auch in sämtlichen anderen – angepassten – leichten bis mittelschweren, wechselbelastenden Tätigkeiten einschränkten. Damit liege eine volle Arbeitsfähigkeit vor und die Versicherte sei in der Lage, ein Bruttoeinkommen zu erzielen, welches mindestens dem bisherigen entspreche (IV-act. 80). Dagegen liess die Versicherte am 5. März 2012 im Wesentlichen einwenden, es sei nicht nachvollziehbar, dass die IV-Stelle von einer 100%igen Arbeitsfähigkeit ausgehe. Sie sei zu 100% arbeitsunfähig, was sich aus dem Gutachten des IME sowie aus dem Bericht des Hausarztes Dr. C.____ vom 27. Februar 2012 ergebe. Sollte die IV-Stelle dieser Ansicht nicht folgen, wären weitere medizinische Abklärungen angezeigt (IV-act. 84). Dr. C.____ hatte festgehalten, dass bei der Versicherten ein langjähriges, chronisches Schmerzsyndrom mit Kniearthrosen, Wirbelsäulenveränderungen inklusive Diskushernien und einem hartnäckigen Schulterarmsyndrom links vorliege. Hinzu komme eine schwerste Depression mit Wesensveränderung, welche medikamentös nicht verbessert werden könne. Diese beiden Diagnosen seien sicherlich invalidisierend und auch bleibend, ohne wesentliches Verbesserungspotential. Erschwerend kämen weitere körperliche Beschwerden hinzu. Namentlich eine Krampfaderproblematik,



St.Galler Gerichte

welche kürzlich operativ angegangen worden sei, ein metabolisches Syndrom sowie eine Schilddrüsenunterfunktion. Alle Diagnosen zusammen bewirkten eine grosse Trauer und Isolation. Die Prognose sei schlecht. Mit allen möglichen Bemühungen werde lediglich eine gewisse Stabilisierung im Alltag erreicht werden. Einer regulären Arbeit könne die Versicherte ganz sicher nicht nachgehen (IV-act. 84-5).

A.f Der RAD hielt zu den Einwänden der Versicherten am 30. April 2012 fest, dass Venenoperationen nur in sehr seltenen Fällen zu einer anhaltenden Einschränkung der Arbeitsfähigkeit führten, was vorliegend nicht der Fall sein dürfte. Die vom Internisten Dr. C.____ unbegründet gestellte Diagnose einer schwersten Depression mit Wesensveränderung widerspreche der vom behandelnden Psychiater Dr. D.____ im Bericht vom 8. März 2011 genannten Diagnose einer leichten bis mittelschweren depressiven Episode in Remission. Zudem schliesse der Hausarzt IV-fremde Faktoren nicht aus, zumindest nehme er keine ausdrückliche Differenzierung vor. Im weiteren Verlauf seien aktuelle Arztberichte der behandelnden Ärzte einzuholen (IV-act. 85). Die behandelnden Ärzte des Spitals G.____, wo die Versicherte am 28. Oktober 2011 wegen der Diagnosen einer Insuffizienz der Vena saphena magna links Hach III sowie einer Varikose links operiert worden war (IV-act. 81), berichteten am 14. Juni 2012 von einem seither verbesserten Gesundheitszustand. Es bestehe ein Lymphödem Stadium II beidseits, welches regelmässig entstaut werde. In einer wechselbelastenden Tätigkeit mit Stehen, Sitzen und Gehen sei die Versicherte arbeitsfähig (IV-act. 90). Dr. D.____ gab auf Anfrage der IV-Stelle an, dass er die Versicherte nach seinem letzten Bericht (vom 8. März 2011) nicht mehr gesehen habe (IV-act. 91). Mit einem Schreiben vom 7. August 2012 teilte die IV-Stelle der Versicherten mit, dass sie unter Berücksichtigung der neu eingeholten Arztberichte an dem mit dem Vorbescheid vom 1. Februar 2012 in Aussicht gestellten Entscheid, wonach ein Rentenanspruch abgewiesen werde, festhalte (IV-act. 93). In einer Stellungnahme vom 20. August 2012 liess die Versicherte vorbringen, dass sich der RAD offensichtlich nicht sicher sei, ob die Venenproblematik zu einer Einschränkung der Arbeitsfähigkeit führe oder nicht. Weiter sei allein mit der Feststellung des RAD, dass die psychiatrische Diagnose des Hausarztes der Diagnose des behandelnden Psychiaters widerspreche, die Einschätzung des Hausarztes nicht widerlegt (IV-act. 94). In einem Verlaufsbericht vom 9. Oktober 2012 gab der Hausarzt Dr. C.____ einen stationären Gesundheitszustand der Versicherten an. Es bestehe ein unverändert schlechter Verlauf bei chronischem Schmerzsyndrom und



Symptomausweitung. Einer regelmässigen Tätigkeit könne die Versicherte nicht mehr nachgehen. Im Alltag sei sie schwer eingeschränkt (IV-act. 97).

A.g Auf Veranlassung des RAD (IV-act. 101) wurde die Versicherte im Januar 2013 polydisziplinär (psychiatrisch, neurologisch, orthopädisch und internistisch) in der Medizinischen Abklärungsstelle (MEDAS) Bern untersucht und begutachtet. Im entsprechenden Gutachten vom 20. Juni 2013 wurden folgende arbeitsfähigkeitsrelevante Diagnosen genannt: chronisch wiederkehrende Dorsolumbalgien bei Hohlrundrücken und Skoliose mit beginnenden degenerativen Wirbelveränderungen, altem Bandscheibenvorfall im Segment L4/5 und Verdacht auf Spondylolyse an L5 bei diskreter Anterolisthese im Segment L5/S1 ohne Nervenwurzel-Reizsymptomatik, Gonarthrosen beidseits bei Genua vara, Varikosis beidseits bei Zustand nach Operation rechtes Bein am 23. September 2011 und linkes Bein am 28. Oktober 2011 mit Crossektomie, Saphenektomie Hach III, Seitenastexstirpation und Perforansligaturen links, Lipödem der Beine, eine Schilddrüsenunterfunktion, Verdacht auf Thyreoiditis vom Hashimoto-Typ, sowie Zustand nach Varizen-OP, chronische venöse Insuffizienz mit Ödemen. In der Beurteilung hielten die Gutachter fest, dass sich bei der Versicherten mehrfach erhebliche Hinweise für eine reduzierte Anstrengungsbereitschaft und auch teilweise für ein erhebliches Aggravationsverhalten gezeigt hätten. In neurologischer Hinsicht seien die anamnestischen Angaben der Versicherten zu ihren Beschwerden äusserst diffus und wenig konkret gewesen. In der klinischen Untersuchung hätten sich hochgradige Zeichen der Aggravation und mangelhaften Anstrengungsbereitschaft ergeben. Beispielsweise habe die in der gezielten Untersuchung dargebotene Parese mit Kraftgrad II für die Fusshebung und Fussenkung zum normalen Abrollverhalten beim Gehen kontrastiert. Es bestünden ein Pseudo-Lasègue bei aber normal durchführbarem Langsitz, eine hochgradig angegebene Druck- und Berührungsempfindlichkeit praktisch am gesamten Körper, welche bei Ablenkung aber nicht mehr auslösbar sei. Bei unbemerkter Beobachtung seien auch keine Zeichen einer Radikulopathie nachweisbar gewesen. Es könnten insgesamt keine Diagnosen mit versicherungsmedizinischer Relevanz auf neurologischem Fachgebiet objektiviert werden. In orthopädischer Hinsicht hätten sich mehrfache Befunde im Sinne beginnender degenerativer Wirbelsäulenveränderungen ergeben. Zudem seien statische Rückenbeschwerden bei Hohlrundrücken und Skoliose plausibel. Weiter bestehe auch eine Gonarthrose beidseits. Ausgehend von



den anamnestischen Angaben der Versicherten, wonach sie ihre letzte Montagetätigkeit im Stehen habe verrichten müssen, werde angesichts der orthopädischen Diagnosen eine derartige Tätigkeit als dauerhaft nicht mehr möglich betrachtet. Für eine Verweistätigkeit unter Berücksichtigung des bestehenden Fähigkeitsprofils wäre mindestens eine Arbeitsfähigkeit von 70% zumutbar. Das von der Versicherten angegebene Unvermögen für jede Arbeitstätigkeit sei aus orthopädischer Sicht nicht zu begründen. Aus internistischer Sicht liessen sich eine Schilddrüsenunterfunktion, der Status nach Varizenoperation, eine chronische venöse Insuffizienz mit Ödemen, eine arterielle Hypertonie und Adipositas magna feststellen. Insgesamt begründeten diese Diagnosen sowohl in der angestammten Tätigkeit als auch in Verweistätigkeiten allenfalls eine geringe Leistungsminderung in der Grössenordnung zwischen 10 und 20%. Auch im Rahmen der internistischen Untersuchung seien diverse Einschränkungen bei der Mitarbeitsbereitschaft aufgefallen. In psychiatrischer Hinsicht lasse sich angesichts der aktuellen Untersuchung keine relevante psychiatrische Störung objektivieren. Die Versicherte habe teilweise widersprüchliche Angaben gemacht, die auch nicht stets glaubhaft und nachvollziehbar gewirkt hätten. Auch im Verhalten habe sie sich nicht konsistent gezeigt und ausgeprägte Verdeutlichungstendenzen aufgewiesen, insbesondere in Bezug auf die relativ plump geschilderten Konzentrations- und Gedächtnisstörungen, die jedoch bei genauer Prüfung nicht reproduzierbar gewesen seien. Bei der Durchführung eines Symptomvalidierungstests zur Frage nach suboptimalem Antwortverhalten habe sich die Versicherte widerwillig gezeigt und die Fragen nur unzulänglich beantwortet, womit das Ergebnis nicht interpretierbar sei. Die Überzeugung der Versicherten, keine Therapie in psychischer Hinsicht nötig zu haben, spreche auch gegen einen entsprechenden Leidensdruck, der bei einem relevanten psychischen Leiden zu erwarten wäre. Als psychiatrische Diagnosen könnten in Zusammenschau der Aktenlage, der Anamnese und der Befunde nur Diagnosen ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit gestellt werden. Namentlich bestehe eine Entwicklung körperlicher Symptome aus psychischen Gründen bei einer Persönlichkeitsakzentuierung ohne Krankheitswert. Betreffend die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit führten die Gutachter aus, dass die Einschränkungen in orthopädischer Hinsicht im Vordergrund stünden. Dabei sei die aus internistischer Sicht ausgewiesene geringgradige Leistungsbeeinträchtigung bereits hinreichend berücksichtigt. In der



angestammten Tätigkeit als Montagemitarbeiterin, bei der die Versicherte (nach eigenen Angaben) überwiegend stehend tätig gewesen sei, bestehe aufgrund der orthopädischen Diagnosen dauerhaft eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit. Hingegen seien leichte wechselbelastende Tätigkeiten zumutbar, wobei auch bei solchen aufgrund der orthopädischen Diagnosen und deren Funktionsauswirkungen eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit bzw. Leistungsfähigkeit von 30% bestehe. Die Versicherte könne in Verweistätigkeiten eine 70%ige Leistung bei voller Arbeitspräsenz, d.h. bei einem Zeitpensum von 8,5 Stunden pro Tag, erbringen (IV-act. 107). Der RAD hielt am 28. Juni 2013 fest, dass auf das Gutachten der MEDAS Bern vollumfänglich abgestützt werden könne. Es sei umfassend, in sich widerspruchsfrei, kohärent und schlüssig (IV-act. 108).

A.h Mit einem Schreiben vom 26. Juli 2013 teilte die IV-Stelle der Versicherten mit, dass sie nach ergänzend durchgeführten medizinischen Abklärungen weiterhin an ihrem Entscheid gemäss dem Vorbescheid vom 1. Februar 2012, wonach eine Rente voraussichtlich abgelehnt werde, festhalte. Zur Begründung führte sie an, die MEDAS-Begutachtung habe aus polydisziplinärer Sicht eine Restarbeitsfähigkeit von 70% sowohl für die angestammte als auch für eine angepasste, wechselbelastende Tätigkeit ergeben. Aus dem Einkommensvergleich resultiere – unter Berücksichtigung eines anrechenbaren Minderverdienstes von 25,82% – ein Invaliditätsgrad von 27%. Für die Vornahme eines leidensbedingten Abzugs bestünden keine Anhaltspunkte. Eine Teilzeittätigkeit wirke sich bei Frauen grundsätzlich nicht lohnmindernd aus (IV-act. 110, 111). Dagegen liess die Versicherte am 12. August 2013 einwenden, dass die IV-Stelle zu Unrecht eine 70%ige Restarbeitsfähigkeit für die angestammte Tätigkeit angenommen habe. Im MEDAS-Gutachten sei ihr diesbezüglich eine Arbeitsfähigkeit von 0% attestiert worden. Der psychiatrische Gutachter sei von einer 100%igen Arbeitsfähigkeit ausgegangen, obwohl er ausgesagt habe, dass die Ergebnisse seines Tests nicht interpretierbar seien. Diverse andere Psychiater hätten ihr eine die Arbeitsfähigkeit dauerhaft beeinflussende Depression attestiert. Der medizinische Sachverhalt sei nach wie vor unklar (IV-act. 112). Mit einer Verfügung vom 13. September 2013 wies die IV-Stelle das Rentengesuch der Versicherten ab. Zu den Einwänden vom 12. August 2013 führte sie aus, die Versicherte habe zu Recht darauf hingewiesen, dass in der angestammten, überwiegend stehenden Tätigkeit als Mitarbeiterin in der Produktion eine volle Arbeitsunfähigkeit bestehe. Am



Invaliditätsgrad ändere sich dadurch aber nichts. In einer adaptierten Tätigkeit sei gestützt auf das MEDAS-Gutachten eine Leistung von 70% möglich. Hinsichtlich des Vorbringens, der psychiatrische Gutachter sei zu keinem Ergebnis gekommen, da seine Tests nicht interpretierbar seien, gehe aus dem Gutachten hervor, dass der Test, welcher Aufschluss über die Konzentration und Ausdauer der Versicherten hätte geben sollen, aufgrund eines widerwilligen, suboptimalen Antwortverhaltens nicht für die Beurteilung herangezogen werden können. Letztlich habe der Gutachter auch unabhängig von der Testung keine psychiatrische Diagnose festgestellt, welche einen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit begründen könnte (IV-act. 113).

B.

B.a Gegen diese Verfügung richtet sich die vorliegende Beschwerde der Versicherten (nachfolgend Beschwerdeführerin), vertreten durch Rechtsanwalt Bernhard Zollinger, vom 14. Oktober 2013. Der Rechtsvertreter beantragt die Aufhebung der angefochtenen Verfügung und die Zusprache einer ganzen Invalidenrente. Eventualiter seien die Sachverhaltsabklärungen (mittels eines Obergutachtens) zu ergänzen. Subeventualiter sei die Sache zur Vornahme von ergänzenden Abklärungen an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. Zur Begründung hält er fest, dass der Hausarzt Dr. C.____ im Bericht vom 27. Februar 2012 als Diagnosen ein langjähriges, chronisches Schmerzsyndrom bei Kniearthrosen, Wirbelsäulenveränderungen inklusive Diskushernien und eines hartnäckigen Schultersyndroms links angegeben habe. In psychischer Hinsicht habe er eine schwere Depression attestiert. Im Verlaufsbericht vom 9. Oktober 2012 habe Dr. C.____ im Hinblick auf mögliche Verweistätigkeiten festgehalten, dass die Beschwerdeführerin immer wieder schwere Schmerzen habe, der Pausenbedarf daher immens und die Ausübung einer regelmässigen Tätigkeit folglich illusorisch sei. Wenn die Beschwerdegegnerin feststelle, es könnten nur noch körperlich leichte Arbeiten im Wechselrhythmus zwischen Stehen, Gehen und Sitzen verrichtet werden, wobei die Arbeit zudem geistig wenig anspruchsvoll sein sollte, so gehe sie im Wesentlichen mit der Beurteilung von Dr. C.____ konform, dass selbst die Ausübung einer leichten Tätigkeit für die Beschwerdeführerin mit erheblichen Schmerzen verbunden sei. Uneinigkeit bestehe darin, ob der Beschwerdeführerin die Ausübung einer solchen – auf dem realen Arbeitsmarkt nicht vorhandenen – Tätigkeit noch zugemutet werden könne. Gegen die Zumutbarkeit der Schmerzüberwindung



sprächen diverse Punkte, namentlich die lange Dauer der Krankheit, das Fehlschlagen sämtlicher Therapieversuche, die erhebliche Intensität der Schmerzen etc. Selbst wenn die Zumutbarkeit der Ausübung einer entsprechenden Verweistätigkeit bejaht würde, wäre betreffend den Einkommensvergleich zu rügen, dass die Beschwerdeführerin gemäss Feststellung der Beschwerdegegnerin in einer Verweistätigkeit mehr verdienen würde als in ihrer bisherigen Tätigkeit. Dieses Ergebnis müsse durch eine Parallelisierung der Vergleichseinkommen korrigiert werden. Zudem scheine ein Leidensabzug von 25% angezeigt, da bei der Beschwerdeführerin neben den zahlreichen physischen und psychischen Einschränkungen auch die invaliditätsfremden Faktoren wie die ausländische Herkunft, die schlechten Deutschkenntnisse und das relativ hohe Alter zu berücksichtigen seien. Das MEDAS-Gutachten, worauf sich die Beschwerdegegnerin stütze, sei insbesondere hinsichtlich des psychiatrischen Teils nicht schlüssig. Der psychiatrische Gutachter habe festgestellt, dass die Ergebnisse seiner Tests nicht interpretierbar seien und daraus gefolgert, dass bei der Beschwerdeführerin keine die Arbeitsfähigkeit einschränkenden Diagnosen vorlägen. Weiter habe der Gutachter diverse für die Restarbeitsfähigkeit relevante Defizite festgestellt, namentlich Aufmerksamkeitsdefizite, eine reduzierte Realitätsorientierung, etc. Vor diesem Hintergrund sei die Schlussfolgerung, wonach keine arbeitsfähigkeitsrelevante Diagnose vorliege, fraglich (act. G 1).

B.b Am 25. November 2013 beantragt die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde. Zur Begründung hält sie fest, dass zu den Ausführungen der Beschwerdeführerin betreffend die willentliche Schmerzüberwindung nicht Stellung genommen werde, da dies vorliegend gar nicht Thema sei. Eine Parallelisierung der Vergleichseinkommen, wie sie die Beschwerdeführerin verlange, sei bereits vorgenommen worden. Da rechtsprechungsgemäss nur in dem Umfang zu parallelisieren sei, in welchem die prozentuale Abweichung den Erheblichkeitswert von 5% übersteige, resultiere ein Invaliditätsgrad von 27% und nicht 30%. Betreffend den von der Beschwerdeführerin geforderten Leidensabzug von 25% sei festzuhalten, dass keine psychischen Einschränkungen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit auszumachen seien. Die restlichen Beschwerden hätten Eingang in die Arbeitsfähigkeitsschätzung gefunden. Die relativ harmlosen Befunde (Wirbelsäulenfehlstatik mit Skoliose sowie Abduktion und Anteversion in den Schultern) vermöchten keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in einer adaptierten Tätigkeit im festgestellten Ausmass von 30% zu



begründen. Insofern habe der orthopädische Gutachter schon einen grosszügigen "Leidensabzug" in seine Arbeitsfähigkeitsschätzung inkludiert. Weitergehende Abzüge seien daher nicht vorzunehmen. Grundsätzlich könne über einen Abzug von 10% diskutiert werden, diesfalls wäre aber die Arbeitsfähigkeitsschätzung entsprechend zu korrigieren. Wie die Beschwerdeführerin zutreffend ausführe, seien die Faktoren ausländische Herkunft, schlechte Deutschkenntnisse und das relativ hohe Alter invaliditätsfremd. Aus diesem Grund könnten sie auch keinen Abzug rechtfertigen. Die Rüge, dass das psychiatrische Teilgutachten nicht brauchbar sei, weil gewisse Ergebnisse von Tests nicht interpretierbar seien, befinde sich an der Grenze zum Rechtsmissbrauch. Die Tests seien deshalb nicht brauchbar, weil die Beschwerdeführerin widersprüchliche Angaben gemacht und mit ihrem Verhalten ausgeprägte Verdeutlichungstendenzen gezeigt habe. Sämtliche Gutachter hätten erhebliche Aggravationstendenzen festgestellt. Beruhe die Leistungseinschränkung auf Aggravation oder einer ähnlichen Konstellation, liege keine versicherte Gesundheitsschädigung vor (act. G 5).

B.c Mit einer Replik vom 14. Januar 2014 hält der Rechtsvertreter an den Beschwerdeanträgen fest. In der Begründung bringt er vor, die Beschwerdegegnerin habe eingeräumt, dass ein Leidensabzug von 10% gerechtfertigt sei. Die Schlussfolgerung der Beschwerdegegnerin, dass der orthopädische Gutachter bereits einen "grosszügigen Leidensabzug" in seine Arbeitsfähigkeitsschätzung inkludiert habe, sei nicht nachvollziehbar. Da die Vornahme eines Leidensabzugs eine Rechts- und keine Tatfrage sei, falle dies nicht in die Kompetenz des Gutachters. Die Höhe des Abzugs sollte im Übrigen nicht bloss 10%, sondern 25% betragen. Dass der psychiatrische Gutachter die Beschwerdeführerin für die Nicht-Verwertbarkeit der Testergebnisse verantwortlich mache bzw. ihre mangelnde Kooperationsbereitschaft, sei nachvollziehbar, müsse aber nicht zwingend der Wahrheit entsprechen (act. G 8).

B.d Die Beschwerdegegnerin verzichtet auf die Einreichung einer Duplik (act. G 10).

Erwägungen

1.



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

1.2 Nach Art. 28 Abs. 2 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG; SR 831.20) 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 ein Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40% ein Anspruch auf eine Viertelsrente. Gemäss Art. 16 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) ist zur Bemessung des Invaliditätsgrades 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 sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Valideneinkommen).

1.3 Das ausschlaggebende Element der Bemessung des zumutbaren Invalideneinkommens – und damit indirekt des Invaliditätsgrades – ist grundsätzlich der Grad der verbliebenen Arbeitsfähigkeit, so dass dessen Ermittlung normalerweise den ersten Schritt bei der Erhebung des massgeblichen Sachverhalts bildet. Um den Grad der Arbeitsunfähigkeit, der Erwerbsunfähigkeit und der Invalidität bemessen zu können, sind Verwaltung und Gericht auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe der ärztlichen Sachverständigen 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 mit Hinweisen). Hinsichtlich des Beweiswerts eines Arztberichts ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten begründet sind (BGE 125 V 352 E. 3a).

2.



2.1 Zu klären ist im Folgenden die Frage, ob die medizinische Aktenlage eine rechtsgenügende Beurteilung der Restarbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin erlaubt. Die Beschwerdegegnerin hat sich auf das MEDAS-Gutachten vom 20. Juni 2013 gestützt und ist von einer 70%igen Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin in leidensadaptierten Tätigkeiten ausgegangen. Der Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin macht geltend, das MEDAS-Gutachten sei insbesondere hinsichtlich seines psychiatrischen Teils nicht schlüssig.

2.2 Der psychiatrische MEDAS-Gutachter hat keine Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin festgestellt (vgl. IV-act. 107-29). Der Rechtsvertreter beanstandet, dass der psychiatrische Gutachter trotz nicht interpretierbarer Testergebnisse die Schlussfolgerung gezogen habe, dass keine arbeitsfähigkeitsrelevante Diagnose aus psychiatrischer Sicht vorliege (vgl. act. G 1). Im Rahmen der Begutachtung hat der psychiatrische Gutachter aufgrund des Verdachts auf suboptimales Antwortverhalten der Beschwerdeführerin einen kurzen Test zur Konzentration und Ausdauer durchgeführt. Er hat festgehalten, dass die Beschwerdeführerin dabei widerwillig reagiert und den Test unzulänglich durchgeführt habe, womit die Ergebnisse nicht interpretierbar seien (vgl. IV-act. 107-26, 107-29). Der Grund für die Nicht-Verwertbarkeit der Testergebnisse liegt laut dem psychiatrischen Gutachter im Verhalten der Beschwerdeführerin. Da auch sämtliche andere MEDAS-Gutachter deutliche Verhaltensinkonsistenzen bei der Beschwerdeführerin festgestellt haben (vgl. IV-act. 107-15) und solche zudem bereits im Gutachten des IME vom 30. November 2009 beschrieben worden waren (vgl. Fremdakten G 5.2, S. 7 - 10 des Gutachtens), ist die Erklärung des psychiatrischen Gutachters glaubhaft und nachvollziehbar. Die Frage, aus welchem Grund die Testergebnisse nicht interpretierbar gewesen sind, kann aber letztlich offen bleiben, denn für die Stellung einer Diagnose sind in erster Linie die erhobenen Befunde massgebend. Der psychiatrische Gutachter hat objektiv keine affektiven Symptome oder Störungen der psychischen Stabilität und der emotionalen Funktionen feststellen können (vgl. IV-act. 107-30). Der Rechtsvertreter hat im Einwand vom 12. August 2013 vorgebracht, dass "diverse andere Psychiater" der Beschwerdeführerin eine die Arbeitsfähigkeit dauerhaft beeinflussende Depression attestiert hätten (vgl. IV-act. 112). In der Beschwerdebeurteilung hat er insbesondere auf den Hausarzt der Versicherten, Dr. C. ____, verwiesen, welcher eine schwere Depression diagnostiziert habe (vgl. act. G 1).



2.3 Bezüglich des psychischen Gesundheitszustandes der Beschwerdeführerin lässt sich den Akten Folgendes entnehmen: Kurz nachdem sich die Beschwerdeführerin im August 2009 bei der Beschwerdegegnerin angemeldet hatte, ist im November 2009 die Begutachtung im IME erfolgt. Der psychiatrische IME-Gutachter hat damals eine mittelgradige depressive Episode diagnostiziert und angegeben, dass diese Diagnose eine höchstens 50%ige Einschränkung der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin bei jeder in Frage kommenden Tätigkeit begründe. Bezüglich der Befunde hat der psychiatrische IME-Gutachter festgehalten, dass zum Zeitpunkt der Untersuchung am 6. November 2009 verschiedene depressive Symptome vorgelegen hätten: Die Beschwerdeführerin habe über eine Affektarmut und eine Minderung der Vitalgefühle geklagt. Weiter habe sie eine Minderung des Antriebs, einen sozialen Rückzug, Schlafstörungen, eine Tagesmüdigkeit und ein gelegentlich auftretendes Gefühl von Lebensüberdruß beschrieben. Aufgrund dieser erhobenen Befunde ist der Gutachter zum Schluss gekommen, dass im Zeitpunkt der Untersuchung eine höchstens mittelgradige depressive Episode bestanden habe (vgl. Fremdakten G 5.2, S. 10 des Gutachtens). Ätiologisch hat er die depressive Episode als Reaktion auf die bei der Beschwerdeführerin vorliegenden verschiedenen psychosozialen Belastungsfaktoren, namentlich auf die verschiedenen körperlichen Beschwerden, auf die Schmerzen, auf die Probleme am Arbeitsplatz, auf die ehelichen Differenzen sowie auf die erfolgte Kündigung mit den drohenden finanziellen Problemen qualifiziert (vgl. Fremdakten G 5.2, S. 10 des Gutachtens). Diese Beurteilung erscheint angesichts der Angaben der Beschwerdeführerin im Rahmen der psychiatrischen Begutachtung, wonach es an ihrem letzten Arbeitsplatz bei der B.____ AG Probleme gegeben habe, nachvollziehbar. Die Beschwerdeführerin hat berichtet, dass sie nachdem sie am 20. November 2008 wegen Schilddrüsenproblemen habe hospitalisiert werden müssen, nicht mehr habe arbeiten können (diese Aussage stimmt mit den Angaben im Arbeitgeberbericht vom 22. September 2009 überein, wonach die Beschwerdeführerin seit dem 21. November 2008 krankgeschrieben war, vgl. IV-act. 19-4). Sie sei an der letzten Arbeitsstelle kaputt gemacht worden. Die letzten drei Monate sei sie von ihrem Vorgesetzten geplagt worden. Sie habe schon davor körperliche Probleme gehabt, habe aber deswegen nie bei der Arbeit gefehlt. Bis zur Kündigung habe sie keine psychischen Probleme gehabt. Seitdem gehe es ihr aber sehr schlecht; sie sei es nicht gewohnt, zu Hause zu bleiben (Fremdakten, G 5.2, S. 9 f. des Gutachtens). Gemäss der bundesgerichtlichen



Rechtsprechung gehören reaktive Depressionen nicht zu den Gesundheitsschäden, die eine bleibende oder längere Zeit dauernde Erwerbsunfähigkeit zu bewirken vermögen, da sie durch Psychotherapie leicht beeinflussbar sind und im Allgemeinen rasch abklingen, wenn z.B. ihre Ursache aufgehoben wird (vgl. Meyer/Reichmuth, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG, 3, Aufl., Art. 4 N 73). Auch bei der Beschwerdeführerin hat sich – in Bestätigung der erwähnten rechtsprechungsgemässen Vermutung bezüglich reaktiver Depressionen – eine Verbesserung der depressiven Episode eingestellt, was sich aus dem Bericht des behandelnden Psychiaters Dr. D.____ vom 8. März 2011 ergibt. Dr. D.____, bei welchem die Beschwerdeführerin vom 14. Mai bis 30. Juli 2010 in Behandlung gewesen war, hat als Diagnose zwar ebenfalls eine leichte bis mittelgradige depressive Episode genannt, jedoch festgehalten, dass diese in Remission sei. Bezüglich der Befunde hat er ausgeführt, dass sich bei der Beschwerdeführerin das Bild eines leicht bis höchstens mittelschwer ausgeprägten depressiven Symptoms ergeben habe: Die Grundstimmung sei zum depressiven Pol hin verschoben und die affektive Modulationsfähigkeit teilweise eingeschränkt gewesen. Die Beschwerdeführerin habe über Affektarmut und eine Minderung der Vitalgefühle geklagt. Sie sei hoffnungslos gewesen, vor allem wenn über ihre Gesundheit oder soziale Situation geredet worden sei. Angegeben habe sie auch eine Minderung des Antriebs sowie einen sozialen Rückzug. Zirkadiane Besonderheiten hätten nicht vorgelegen. Die Beschwerdeführerin habe ein Gefühl von Lebensüberdross gehabt, jedoch hätten keine Hinweise auf einen Todeswunsch oder auf Suizidgedanken bestanden. Der Versuch, die Beschwerdeführerin medikamentös mit diversen Antidepressiva einzustellen, sei erfolglos gewesen (Compliance und Nebenwirkungen). Die Behandlung sei schliesslich seitens der Beschwerdeführerin abgebrochen worden. Zur Arbeitsfähigkeit in leidensadaptierten Tätigkeiten hat Dr. D.____ wohl aufgrund der kurzen Behandlungsdauer keine Angaben machen können (vgl. IV-act. 63). In der Folge ist die Beschwerdeführerin bis zur Begutachtung durch die MEDAS Bern nicht mehr in fachärztlicher psychiatrischer Behandlung gewesen.

2.4 Anlässlich der Begutachtung im Januar 2013 hat der psychiatrische MEDAS-Gutachter festgehalten, dass die vom psychiatrischen IME-Gutachter sowie von Dr. D.____ gestellte Diagnose einer mittelschweren depressiven Episode nicht mehr nachweisbar sei. Zum Verlauf hat der MEDAS-Gutachter ausgeführt, dass sich die von der Beschwerdeführerin geschilderten Störungen aufgrund eines Arbeitsplatzkonfliktes



entwickelt zu haben schienen. Dies habe bei der Beschwerdeführerin eine Trotzreaktion ausgelöst und in der Folge zu einer dysfunktionalen Konfliktverarbeitung mit einer Somatisierungstendenz geführt. Bei der Beschwerdeführerin sei von einem sekundären Krankheitsgewinn auszugehen, gegebenenfalls spielten dabei psychodynamisch auch passiv regressive Versorgungserwartungen eine Rolle. Die berichteten Störungen führten bei der Beschwerdeführerin zu keiner relevanten Einschränkung im Berufsleben (vgl. IV-act. 107-29). In retrospektiver Hinsicht hat der psychiatrische Gutachter festgehalten, dass die aktuell attestierte 100%ige Arbeitsfähigkeit aus psychiatrischer Sicht mindestens seit Mai 2011, d.h. seit dem Abbruch der psychiatrischen Behandlung, was eine offensichtlich deutliche subjektive Verbesserung anzeige, bestehe (vgl. IV-act. 107-30).

2.5 Anhand der Akten und der erhobenen Befunde ist bezüglich des Verlaufs des psychischen Gesundheitszustandes der Beschwerdeführerin davon auszugehen, dass sich insbesondere aufgrund der Probleme am Arbeitsplatz und der erfolgten Kündigung eine reaktive mittelgradige depressive Episode entwickelt hat. Gemäss dem psychiatrischen IME-Gutachter hat diese Diagnose eine höchstens 50%ige Einschränkung der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin begründet. Spätestens ab Behandlungsbeginn bei Dr. D. ___ im Mai 2010 hat sich die leichte bis mittelgradige depressive Episode in Remission befunden. Im Zeitpunkt der Begutachtung durch die MEDAS Bern ist die depressive Episode nicht mehr nachweisbar gewesen, d.h. sie ist zwischenzeitlich vollständig remittiert. Es ist nicht anzunehmen, dass die bei der Beschwerdeführerin im November 2009 diagnostizierte mittelgradige depressive Episode eine längerdauernde invalidenversicherungsrechtlich zu berücksichtigende Arbeitsunfähigkeit begründet hat. Wie der psychiatrische MEDAS-Gutachter zu Recht festgehalten hat, spricht auch der Umstand, dass die Beschwerdeführerin die psychiatrische Behandlung bei Dr. D. ___ abgebrochen hat, für eine deutliche subjektive Besserung des psychischen Gesundheitszustandes. In Abweichung der Angabe des MEDAS-Gutachters ist dem Bericht von Dr. D. ___ vom 8. März 2011 zu entnehmen, dass der Therapieabbruch per Ende Juli 2010 erfolgt ist, womit bereits ab diesem Zeitpunkt von einer deutlichen Verbesserung auszugehen ist. Überwiegend wahrscheinlich hat ab diesem Zeitpunkt auch keine relevante Arbeitsfähigkeitseinschränkung aus psychiatrischer Sicht mehr vorgelegen. Hinweise darauf, dass sich der psychische Gesundheitszustand bis zur Begutachtung durch die



MEDAS Bern im Januar 2013 wieder verschlechtert hätte, sind den Akten keine zu entnehmen. Insbesondere hat sich die Beschwerdeführerin nicht mehr in psychiatrische Behandlung begeben. Der psychiatrische MEDAS-Gutachter hat diesbezüglich ausgeführt, dass die Überzeugung der Beschwerdeführerin, keine Therapie nötig zu haben, gegen einen Leidensdruck spreche, der bei einem relevanten psychischen Leiden zwangsläufig zu einem Therapiebedürfnis führen würde (vgl. IV-act. 107-30). Im Gesamten sind die Ausführungen und die Arbeitsfähigkeitsschätzung des psychiatrischen MEDAS-Gutachters überzeugend und nachvollziehbar begründet. Es ist daher mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass bei der Beschwerdeführerin aus psychiatrischer Sicht eine 100%ige Arbeitsfähigkeit für sämtliche in Frage kommenden Tätigkeiten vorliegt.

2.6 An dieser Annahme vermag die Beurteilung des Hausarztes Dr. C.____, welcher sowohl im Bericht vom 26. Januar 2011 (vgl. IV-act. 56) als auch im Bericht vom 27. Februar 2012 (vgl. IV-act. 84-5) als Diagnose eine schwere Depression angegeben hat, nichts zu ändern. Im Gegensatz zu den Beurteilungen der Gutachter und von Dr. D.____ sind die Angaben von Dr. C.____ oberflächlich und nicht nachvollziehbar, da weder psychische Befunde erhoben, noch eine Begründung für die Diagnose angegeben worden sind. Hinzu kommt, dass Dr. C.____ als Internist eine fachfremde Beurteilung vorgenommen hat, was den Beweiswert seiner Angaben zusätzlich schmälert.

2.7 In somatischer Hinsicht stehen laut dem MEDAS-Gutachten die orthopädischen Einschränkungen im Vordergrund und begründen eine vollständige Arbeitsunfähigkeit für die bisherige Tätigkeit als Montagemitarbeiterin und eine 30%ige Arbeitsunfähigkeit für leidensadaptierte Tätigkeiten. Der orthopädische MEDAS-Gutachter hat objektiv nachweisbare Befunde erhoben, welche auch schon vom rheumatologischen IME-Gutachter im November 2009 festgestellt worden waren. Namentlich handelt es sich im Wesentlichen um beginnende degenerative Wirbelsäulenveränderungen und die Gonarthrosen (vgl. IV-act. 107-34, Fremdakten G 5.2, S. 8 f. des Gutachtens). Beide Gutachter haben einen Teil der von der Beschwerdeführerin geklagten Beschwerden in somatischer Hinsicht nicht erklären können. Bezüglich der Arbeitsfähigkeit stimmen die Gutachter überein, dass die Beschwerdeführerin aufgrund der objektivierbaren Einschränkungen keine überwiegend stehenden Tätigkeiten mehr ausführen kann. Gestützt auf die Aussagen der Beschwerdeführerin, wonach es sich bei der letzten



Tätigkeit als Montagemitarbeiterin um eine rein stehende Tätigkeit gehandelt habe, sind beide Gutachter von einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit in dieser Tätigkeit ausgegangen (vgl. IV-act. 107-36, Fremdakten G 5.2, S. 9 des Gutachtens). Die Aussagen der Beschwerdeführerin widersprechen jedoch den Angaben der Arbeitgeberin im Bericht vom 22. September 2009. Darin ist festgehalten worden, dass die leichte Tätigkeit überwiegend im Sitzen ausgeübt werde. Die Mitarbeiter seien an ergonomischen Arbeitsplätzen tätig. Zudem sei der Beschwerdeführerin ein Schonarbeitsplatz zur Verfügung gestellt worden. Ein Arbeitsversuch an diesem Schonarbeitsplatz habe die Beschwerdeführerin jedoch nach nur zwei Stunden abgebrochen und sei nicht mehr zur Arbeit erschienen (vgl. IV-act. 19). Gemäss diesen Angaben ist davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin die Möglichkeit gehabt hätte, die bisherige Tätigkeit leidensadaptiert auszuüben. Dementsprechend hat der orthopädische MEDAS-Gutachter auch ergänzend festgehalten, dass wenn die letzte Tätigkeit wechselbelastend mit der Möglichkeit zum Sitzen durchgeführt worden sei, diese einer überwiegend geeignete Verweistätigkeit entspreche und demnach im gleichen Umfang wie andere leidensadaptierte Tätigkeiten, namentlich zu 70%, zumutbar sei (vgl. IV-act. 107-18). Die Frage, ob die bisherige Tätigkeit leidensadaptiert gewesen wäre oder nicht, kann jedoch offen bleiben, da es vorliegend nur auf die medizinisch-theoretische Arbeitsfähigkeit in einer leidensadaptierten Tätigkeit ankommt. Jedenfalls kann die Schlussfolgerung der Beschwerdegegnerin im Schreiben vom 26. Juli 2013, wonach bei der Beschwerdeführerin sowohl in der bisherigen als auch in einer adaptierten Tätigkeit eine Restarbeitsfähigkeit von 70% bestehe, nicht ohne Weiteres als falsch bezeichnet werden (vgl. IV-act. 110-1). In einer leidensadaptierten Tätigkeit hat der orthopädische MEDAS-Gutachter der Beschwerdeführerin eine 70%ige Arbeitsfähigkeit attestiert. Der rheumatologische IME-Gutachter hatte festgehalten, dass die Beschwerdeführerin in einer leidensadaptierten Tätigkeit zu mindestens 50% arbeitsfähig sei. Der orthopädische MEDAS-Gutachter hat zu Recht ausgeführt, dass seine Arbeitsfähigkeitsschätzung im Einklang mit der rheumatologischen Beurteilung im Vorgutachten des IME stehe (vgl. IV-act. 107-35). Die Einschätzung des orthopädischen MEDAS-Gutachters ist überzeugend, da sie auf einer eingehenden Befunderhebung und nachvollziehbaren Begründung unter Einbezug der medizinischen Vorberichte beruht.



2.8 In interdisziplinärer Sicht haben die MEDAS-Gutachter der Beschwerdeführerin eine 70%ige Arbeitsfähigkeit für leidensadaptierte Tätigkeiten attestiert. Die Leistungsminderung von 30% haben sie mit den orthopädischen Einschränkungen begründet, wobei auch die in internistischer Hinsicht ausgewiesenen geringgradigen Leistungsbeeinträchtigungen bereits berücksichtigt worden sind. Bei der Festlegung der Arbeitsfähigkeit haben sich die Gutachter mit den Verhaltensinkonsistenzen und dem Aggravationsverhalten der Beschwerdeführerin auseinandergesetzt und die Arbeitsfähigkeit nachvollziehbar auf Grundlage der objektiv nachweisbaren Gesundheitsbeeinträchtigungen beurteilt. Im Gegensatz dazu hat der Hausarzt der Beschwerdeführerin keine objektiv nachweisbaren Gesundheitsbeeinträchtigungen oder Befunde beschrieben, mit welchen sich die von ihm mehrfach attestierte 100%ige Arbeitsunfähigkeit in sämtlichen Tätigkeiten begründen liesse (vgl. IV-act. 56, 84-5, 97). Es ist entsprechend der Ansicht der MEDAS-Gutachter davon auszugehen, dass Dr. C.____ sich stark auf die anamnestischen Angaben der Beschwerdeführerin abgestützt hat, was seine Beurteilung als wenig verlässlich erscheinen lässt (vgl. IV-act. 107-16). Bei der Beweiswürdigung von Hausarztberichten ist rechtsprechungsgemäss zudem der Erfahrungstatsache Rechnung zu tragen, dass Hausärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zugunsten ihrer Patienten aussagen (Plädoyer 1994 S. 67 E. 3b, c). Somit kann die abweichende Einschätzung von Dr. C.____ den Beweiswert des MEDAS-Gutachtens nicht schmälern. Das gleiche gilt für die Ergebnisse der beruflichen Abklärung im Rahmen des RAV-Einsatzprogrammes, wo sich die Beschwerdeführerin selbst zur Durchführung einer leichten (wohl auch wechselbelastend ausführbaren) Tätigkeit wie das Sortieren von Tastaturknöpfen nicht in der Lage gesehen hat (vgl. IV-act. 46). Es ist mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass die im Rahmen der beruflichen Abklärung gezeigte Leistungsbeeinträchtigung rein subjektiv und nicht medizinisch begründet gewesen ist.

2.9 Zusammengefasst erfüllt das MEDAS-Gutachten alle rechtsprechungsgemässen Anforderungen (vgl. oben, E. 1.3) und ist als rechtsgenügende Grundlage zur Beurteilung der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin zu betrachten. Es kann somit von einer in medizinisch-theoretischer Hinsicht überwiegend wahrscheinlich bestehenden 70%igen Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin in leidensadaptierten Tätigkeiten ausgegangen werden.



3.

3.1 Zur Bestimmung des Invaliditätsgrades der Beschwerdeführerin ist im Folgenden ein Einkommensvergleich vorzunehmen.

3.2 Betreffend die Bestimmung des Valideneinkommens wird in der Regel am zuletzt erzielten Einkommen angeknüpft, da davon auszugehen ist, dass die versicherte Person ohne den Eintritt der Arbeitsunfähigkeit die bisherige Tätigkeit weitergeführt hätte (BGE 134 V 322 E. 4.1). Gemäss dem Arbeitgeberbericht der B. ___ AG hätte die Beschwerdeführerin im Jahr 2009 einen Lohn von Fr. 39'780.-- verdient (vgl. IV-act. 19-3). Dieser Jahreslohn ist als Valideneinkommen heranzuziehen. Nach Eintritt des Gesundheitsschadens ist die Beschwerdeführerin nicht mehr arbeitstätig gewesen. Aus diesem Grund ist zur Bestimmung des Invalideneinkommens auf die statistischen durchschnittlichen Löhne gemäss den Lohnstrukturerhebungen (LSE) des Bundesamtes für Statistik zurückzugreifen. Die Beschwerdeführerin hat keine Berufsausbildung absolviert und ist daher als Hilfsarbeiterin zu betrachten. Entsprechend dem Valideneinkommen ist auch für das Invalideneinkommen auf die Zahlen des Jahres 2009 abzustellen. Gemäss den LSE von 2009 haben Frauen im tiefsten Anforderungsniveau (seit 2012 sog. Kompetenzniveau) bei einer betriebsüblichen wöchentlichen Arbeitszeit von 41,6 Stunden durchschnittlich ein Jahreseinkommen von Fr. 52'457.-- erzielt (vgl. Anhang 2 [Lohnentwicklung] zu der von der Informationsstelle AHV/IV herausgegebenen Gesetzestextausgabe 2015, Invalidenversicherung). Im Vergleich mit dem vor dem Eintritt des Gesundheitsschadens zuletzt erzielten Einkommen zeigt sich, dass die Beschwerdeführerin deutlich unterdurchschnittlich verdient hat: Der Validenlohn liegt rund 24% unter dem durchschnittlichen Hilfsarbeiterlohn. Da keine Anhaltspunkte dafür bestehen, dass sie sich freiwillig mit einem unterdurchschnittlichen Einkommen begnügt hat, ist nach bundesgerichtlicher Rechtsprechung das Valideneinkommen heraufzusetzen und dem durchschnittlichen Hilfsarbeiterlohn (bis auf eine Aussparungsdifferenz von 5%) anzupassen (BGE 134 V 322 E. 4.1; 135 V 297 E. 6.1.2). Damit ergibt sich vorliegend ein massgebliches Valideneinkommen von rund Fr. 49'834.--. Ausgehend von der medizinisch-theoretisch 70%igen Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin liegt das vorläufige Invalideneinkommen bei rund Fr. 36'720.-- (Fr. 52'457.-- x 0.7).



3.2.1 Die für die Bestimmung des Invalideneinkommens herangezogenen statistischen Löhne können gemäss der bundesgerichtlichen Rechtsprechung um bis zu 25% gekürzt werden, wenn absehbare Schwierigkeiten bei der erwerblichen Umsetzung des verbliebenen Leistungsvermögens bestehen. Mit dem Tabellenlohnabzug ist zu berücksichtigen, dass gesundheitlich beeinträchtigte Personen, die selbst bei leichten Hilfsarbeitertätigkeiten behindert sind, im Vergleich zu voll leistungsfähigen und entsprechend einsetzbaren Personen lohnässig benachteiligt sind und deshalb mit unterdurchschnittlichen Lohnansätzen rechnen müssen. Sodann wird dem Umstand Rechnung getragen, dass weitere persönliche und berufliche Merkmale einer versicherten Person, wie Alter, Dauer der Betriebszugehörigkeit, Nationalität oder Aufenthaltskategorie sowie Beschäftigungsgrad, Auswirkungen auf die Lohnhöhe haben können (BGE 129 V 481 E. 4.2.3, vgl. auch BGE 134 V 327 E. 5.2).

3.2.2 Gemäss dem MEDAS-Gutachten kann die Beschwerdeführerin nur noch körperlich leichte Arbeiten im Wechselrhythmus zwischen Stehen, Gehen und Sitzen ausüben. Die Gutachter haben festgehalten, dass mittelschwere und schwere körperliche Tätigkeiten nicht mehr möglich seien. Weiter könnten auch keine Tätigkeiten mit statischen Belastungen der Wirbelsäule sowie Arbeiten in Zwangshaltungen der Kniegelenke und endgradiger Beugung der Kniegelenke ausgeübt werden. Nässe, Kälte und Zugluft seien zu meiden. Hinsichtlich der psychischen Fähigkeiten der Beschwerdeführerin sollte es sich um eine geistig wenig anspruchsvolle Tätigkeit ohne Zeitdruck, ohne fordernde soziale Interaktionen und ohne hohe Anforderungen an Konzentration, Merkfähigkeit, Anpassungs- und Umstellungsvermögen handeln (vgl. IV-act. 107-17). Insgesamt betrachtet, ist angesichts der selbst in körperlich leichten Tätigkeiten zahlreich vorhandenen qualitativen Einschränkungen von einem erheblich eingeschränkten Spektrum an möglichen, für die Beschwerdeführerin in Frage kommenden Hilfsarbeitertätigkeiten auszugehen. Die mangelnde Ausbildung und fehlenden Sprachkenntnisse fallen hingegen nicht ins Gewicht. Hilfsarbeitertätigkeiten setzen definitionsgemäss keine Ausbildung voraus und die sprachlichen Anforderungen sind eher gering. Der Rechtsvertreter verweist im Weiteren auf das hohe Alter der Beschwerdeführerin. Auch wenn dieser Umstand nach der bundesgerichtlichen Rechtsprechung nicht automatisch zu einem Abzug führt, so muss das – bezogen auf die durchschnittliche Lebensarbeitszeit – fortgeschrittene Alter einer versicherten Person doch immer unter



Berücksichtigung aller konkreten Umstände des Einzelfalls geprüft werden (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 24. Juli 2013, 9C_334/2013, E. 3). Vorliegend ist zu berücksichtigen, dass die Berufstätigkeit der Beschwerdeführerin im Wesentlichen lediglich rund sechs Jahre (von März 2003 bis Juli 2009, vgl. IV-act. 19-2) als Montagemitarbeiterin bei der Eugster/Frismag AG umfasst. Davor war sie von Mitte 1999 bis Anfang 2003 unregelmässig als Hilfsarbeiterin erwerbstätig gewesen (vgl. IV-act. 18-2). Vor diesem Hintergrund ist davon auszugehen, dass sie sich nur geringe berufliche Erfahrungen und Fertigkeiten hat erarbeiten können, was ihr als im Verfügungszeitpunkt bereits 57-Jährige die berufliche Integration erheblich erschweren und sich auf den Lohn nachteilig auswirken dürfte. Unter Berücksichtigung des erheblich eingeschränkten Spektrums an möglichen Hilfsarbeitertätigkeiten sowie des fortgeschrittenen Alters der Beschwerdeführerin erscheint ein Abzug vom Tabellenlohn in Höhe von 10% als gerechtfertigt.

3.3 Das Invalideneinkommen beträgt nach Vornahme des Tabellenlohnabzugs von 10% Fr. 33'048.--. Stellt man dieses dem Valideneinkommen von Fr. 49'834.-- gegenüber, so resultiert eine Erwerbseinbusse von Fr. 16'786.--, was einem Invaliditätsgrad von rund 34% entspricht. Mit einem unter 40% liegenden Invaliditätsgrad hat die Beschwerdeführerin keinen Anspruch auf eine Invalidenrente (vgl. Art. 28 Abs. 2 IVG). Die leistungsabweisende Verfügung der Beschwerdegegnerin vom 13. September 2013 erweist sich folglich als rechtmässig.

4.

4.1 Gestützt auf die vorstehenden Erwägungen ist die Beschwerde abzuweisen.

4.2 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 bei dem vorliegenden durchschnittlichen Beurteilungsaufwand angemessen. Der unterliegenden Beschwerdeführerin sind die Gerichtskosten in Höhe von Fr. 600.-- aufzuerlegen (vgl. Art. 95 Abs. 1 des Gesetzes über die Verwaltungsrechtspflege [VRP/sGS 951.1]). Mit dem geleisteten Kostenvorschuss von Fr. 600.-- sind die Gerichtskosten beglichen.



Entscheid

im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP

1.

Die Beschwerde wird abgewiesen.

2.

Die Beschwerdeführerin hat eine Gerichtsgebühr von Fr. 600.-- zu bezahlen; diese ist mit dem in gleicher Höhe geleisteten Kostenvorschuss beglichen.