



<b>Fall-Nr.:</b>	IV 2014/1
<b>Stelle:</b>	Versicherungsgericht
<b>Rubrik:</b>	IV - Invalidenversicherung
<b>Publikationsdatum:</b>	20.09.2019
<b>Entscheiddatum:</b>	02.03.2017

### **Entscheid Versicherungsgericht, 02.03.2017**

**Art. 28 IVG. Art. 16 ATSG. Prüfung eines Rentenanspruchs unter Berücksichtigung eines polydisziplinären Gutachtens und zweier Verlaufsgutachten durch dieselben Sachverständigen (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 2. März 2017, IV 2014/1). Entscheid vom 2. März 2017 Besetzung Präsidentin Karin Huber-Studerus, Versicherungsrichter Joachim Huber und Ralph Jöhl; Gerichtsschreiber Tobias Bolt Geschäftsnr. IV 2014/1 Parteien A.\_\_\_, Beschwerdeführerin, vertreten durch Rechtsanwalt lic. iur. Eugen Koller, LL.M., St. Jakob Strasse 37, 9000 St. Gallen, gegen IV-Stelle des Kantons St. Gallen, Postfach 368, 9016 St. Gallen, Beschwerdegegnerin, Gegenstand Rente Sachverhalt**

A.

A.a A.\_\_\_ meldete sich am 22. August 2008 zum Bezug von Leistungen der Invalidenversicherung an (IV-act. 3). Sie gab an, sie arbeite seit November 2002 im Hausdienst des B.\_\_\_. Zu ihrer schulischen und beruflichen Ausbildung machte sie keine Angaben. Am 15. September 2008 berichtete der Internist Dr. med. C.\_\_\_ (IV-act. 15–1 ff.), die Versicherte leide an einer Lumboischialgie bei einer linksbetonten Discushernie L4/5 mit einer erheblichen reaktiven Spondylarthrose, an einer Cervicobrachialgie mit sensorischen Ausfällen bei einer rechtsseitigen Discushernie C4/5, an einem Carpaltunnelsyndrom links sowie an reaktiven depressiven Verstimmungen bei einer psychosozialen Belastungssituation. Er legte einen Austrittsbericht der Klinik D.\_\_\_ vom 26. März 2008 betreffend eine stationäre Behandlung im Zeitraum vom 3. bis zum 20. März 2008 bei (IV-act. 15–5 ff.). Deren Ärzte hatten ausgeführt, die Versicherte leide an einer Lumboischialgie bei einer linksbetonten Discushernie L4/5 sowie an einer psychosozialen Belastungssituation bei Problemen in der Familie (alkoholabhängiger, gewalttätiger Ehemann, Loyalitätskonflikt



der Kinder). Die stationäre Rehabilitation habe wegen zunehmender Probleme mit der ältesten Tochter frühzeitig abgebrochen werden müssen. Zur „seelischen Unterstützung“ sei eine antidepressive Medikation eingeleitet worden. Ab dem 30. März 2008 sollte die Versicherte ihre bisherige Tätigkeit als Raumpflegerin wieder im Umfang von 50 Prozent ausüben können. Die Arbeitgeberin berichtete am 16. September 2008 (IV-act. 17), sie beschäftige die Versicherte seit dem 4. November 2002 als Betriebsangestellte (Reinigung) im Hausdienst. Vor dem Eintritt der Gesundheitsbeeinträchtigung habe sich das Arbeitspensum auf 70 Prozent belaufen. Dafür sei ein Lohn von 34'824.80 Franken pro Jahr ausgerichtet worden. Am 5. November 2008 werde die berufliche Vorsorgeeinrichtung eine Teilpensionierung zu 35 Prozent vornehmen. Im Auftrag der IV-Stelle erstattete die medizinische Abklärungsstelle (MEDAS) Ostschweiz (heute: medexperts AG) ein polydisziplinäres Gutachten (IV-act. 25). Der psychiatrische Sachverständige med. pract. E. \_\_\_ führte aus, die Versicherte habe angegeben, eine Ausbildung zur Krankenschwester im Herkunftsland wegen eines Bürgerkrieges abgebrochen und das Land dann verlassen zu haben. Die Eltern wohnten noch dort; ihre Lebensumstände seien problematisch. Auch die Beziehung zum Ehemann sei problematisch. Diese hätte zudem zu Problemen mit der älteren Tochter geführt. Psychosoziale Probleme wie die schwierige finanzielle Situation belasteten die Versicherte zusätzlich. Sie leide aber nicht an psychischen Problemen, sondern nur an kurzdauernden „Tiefs“. Der Sachverständige führte aus, aus fachärztlicher Sicht seien die Kriterien für die Diagnose einer psychischen Erkrankung nicht erfüllt. Entsprechend sei die Arbeitsfähigkeit der Versicherten aus psychiatrischer Sicht nicht beeinträchtigt. Der rheumatologische Sachverständige Dr. med. F. \_\_\_ hielt fest, die Versicherte leide an einem chronischen cervico-cephalen, panvertebralen und lumbalen Schmerzsyndrom, an einer Eisenmangelanämie sowie – ohne wesentliche Einschränkung der Arbeitsfähigkeit – an einem leichtgradigen, rein sensiblen Carpaltunnelsyndrom links. Bei der Untersuchung seien viele Faktoren für ein nichtorganisches Krankheitsverhalten, namentlich eine diffus ausgebreitete Symptomatik, eine hohe Schmerzbewertung, eine weitgehende Erfolglosigkeit der bisherigen Behandlungen und ein nicht plausibles Ausmass der demonstrierten Behinderung im Vergleich zu den objektivierbaren Befunden, aufgefallen. Angesichts der überdurchschnittlichen degenerativen Veränderungen im untersten Bewegungssegment sowie der ausgedehnten funktionellen Störungen seien



der Versicherten selbst körperlich eher leichtere bis vereinzelt mittelschwere Tätigkeiten ohne häufiges Bücken oder Heben und Tragen von Lasten von mehr als zehn Kilogramm nur noch zu 80 Prozent zumutbar. Bis die Eisenmangelanämie behoben sei, belaufe sich der Arbeitsunfähigkeitsgrad auf 30–40 Prozent. Am 17. Dezember 2008 notierte Dr. med. G.\_\_\_\_ vom IV-internen regionalen ärztlichen Dienst (RAD), da die Eisenmangelanämie behoben werden könne, sei von einer Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 20 Prozent auszugehen (IV-act. 26). Am 12. Januar 2009 gab der Vorgesetzte der Versicherten telefonisch an (IV-act. 30), das Pensum sei zuerst von 70 Prozent auf 35 Prozent reduziert worden. Die Versicherte habe aber in dieser Zeit keine volle Leistung erbracht, weshalb das Pensum auf 50 Prozent erhöht worden sei, womit die Versicherte nun eine Arbeitsleistung erbringen könne, die 35 Prozent eines Vollpensums entspreche. Für die andern 35 Prozent erhalte sie eine Rente. Leichtere Arbeiten könnten ihr nicht zugewiesen werden. Ihre Chancen, in einem anderen Betrieb eine geeignete Tätigkeit zu finden, seien gering, da sie praktisch über keine Ressourcen verfüge, wahrscheinlich nicht lesen und schreiben könne und teilweise für Gespräche einen Dolmetscher benötige. Sie neige zur Selbstüberschätzung. Die Eingliederungsverantwortliche der IV-Stelle notierte am 26. Februar 2009, dass berufliche Massnahmen angesichts der Ausführungen des Vorgesetzten nicht angezeigt seien (IV-act. 34). Am 2. März 2009 teilte die IV-Stelle der Versicherten mit, dass sie keinen Anspruch auf berufliche Eingliederungsmassnahmen habe (IV-act. 36). Nach einer Haushaltsabklärung notierte die Abklärungsperson der IV-Stelle am 3. September 2009 (IV-act. 48), die Versicherte habe vor dem Eintritt der Gesundheitsbeeinträchtigung nicht nur für B.\_\_\_\_, sondern auch für H.\_\_\_\_ gearbeitet. Das Pensum habe sich insgesamt auf 100 Prozent belaufen. Die Versicherte habe angegeben, dass sie ohne die Gesundheitsbeeinträchtigung weiterhin voll erwerbstätig geblieben wäre. Der Invaliditätsgrad sei folglich mittels eines (reinen) Einkommensvergleichs zu berechnen. H.\_\_\_\_ berichtete am 26. Januar 2010 (IV-act. 56), sie habe die Versicherte im Zeitraum vom 1. September 1999 bis zum 31. März 2008 als Mitarbeiterin im Reinigungsdienst beschäftigt. Das Pensum habe sich auf etwa vier bis acht Stunden pro Woche belaufen. Mit einem Vorbescheid vom 14. Oktober 2010 teilte die IV-Stelle der Versicherten mit, dass sie die Abweisung des Rentenbegehrens vorsehe, weil der Invaliditätsgrad nur 20 Prozent betrage, aber erst ab einem



## St.Galler Gerichte

Invaliditätsgrad von 40 Prozent ein Anspruch auf eine Rente entstehen könnte (IV-act. 68).

A.b Am 10. Dezember 2010 berichtete Dr. med. I.\_\_\_\_ vom Muskelzentrum des Kantonsspitals St. Gallen (IV-act. 74), gemäss einem MRI vom 2. April 2009 leide die Versicherte an einer beginnenden Kompression der Cauda equina. Zudem habe eine ausgeprägte Kniegelenksarthrose rechts zu massiven Knieschmerzen rechts geführt. Die Versicherte sei wegen der Spinalkanalstenose zu 50 Prozent arbeitsunfähig. Nach der anberaumten Knieoperation werde sie vorübergehend vollständig arbeitsunfähig sein. Der Hausarzt Dr. C.\_\_\_\_ hatte am 6. Dezember 2010 festgehalten, dass die Eisenmangelanämie behoben worden sei, die Versicherte aber insgesamt nach wie vor nur zu 30–40 Prozent arbeitsfähig sei (IV-act. 75–2 f.). Die Versicherte liess am 17. Dezember 2010 beantragen, dass geprüft werde, ob seit der Begutachtung durch die MEDAS Ostschweiz eine Verschlechterung ihres Gesundheitszustandes eingetreten sei (IV-act. 75–1). Am 7. Januar 2011 notierte der RAD-Arzt Dr. med. J.\_\_\_\_, dass eine Verschlechterung jedenfalls nicht ausgeschlossen sei, und empfahl, in etwa drei Monaten einen Verlaufsbericht bei Dr. C.\_\_\_\_ einzuholen (IV-act. 76). Im April 2011 teilte der Nachfolger von Dr. C.\_\_\_\_, Dr. med. K.\_\_\_\_, der IV-Stelle mit, ihm sei nicht bekannt, dass eine Operation geplant sei (IV-act. 86). Die Klinik für Neurochirurgie des Kantonsspitals St. Gallen hatte bereits im Juni 2009 berichtet, dass die von der Versicherten beklagten Beschwerden im Hals- und Lendenbereich weiterhin konservativ behandelt werden müssten (IV-act. 85). Das Muskelzentrum des Kantonsspitals St. Gallen hatte am 6. Januar 2011 berichtet (IV-act. 88–3 f.), angesichts einer ausgeprägten reaktiven Depression sei die neurologische Behandlung vorübergehend sistiert worden. Am 3. Februar 2011 hatte es dann berichtet (IV-act. 88–1 f.), aus neuromuskulärer Sicht bestehe im Moment keine Indikation zu weiteren Untersuchungen. Aktuell stehe sicher die psychosoziale Belastungssituation im Vordergrund. Ein neuer Konsultationstermin sei nicht vereinbart worden. Am 10. Juni 2011 berichtete Dr. med. L.\_\_\_\_, die Kniebehandlung sei schon am 28. Februar 2011 abgeschlossen worden, da keine operative Massnahme indiziert gewesen sei (IV-act. 92). Am 20. Juli 2011 berichtete Dr. med. M.\_\_\_\_ vom Psychiatrie-Zentrum N.\_\_\_\_ (IV-act. 98), die Versicherte leide an einer Somatisierungsstörung und an einer leichten depressiven Episode. Sie sei zu 50 Prozent arbeitsunfähig. Am 27. Juli 2011 empfahl der RAD-Arzt Dr. G.\_\_\_\_ eine Verlaufsbeurteilung durch die MEDAS Ostschweiz (IV-



act. 99). Im Auftrag der IV-Stelle erstattete diese am 1. März 2012 ein entsprechendes Verlaufsgutachten (IV-act. 106). Der psychiatrische Sachverständige E.\_\_\_\_ führte aus, die Versicherte lebe wieder mit dem Ehemann zusammen, der nun aber arbeitslos geworden sei. Zurzeit sei er alkoholabstinent. In der Untersuchung habe die Versicherte deutlich belastet gewirkt. Sie sei psychomotorisch unruhig gewesen, haben mit den Händen „genestelt“ und erschöpft und müde gewirkt. Anders als noch bei der ersten Begutachtung leide sie nun an einer depressiven Störung mit einer mittelgradigen Episode, die als eine eigenständige depressive Erkrankung zu qualifizieren sei, aber auch von den psychosozialen Problemen und der Schmerzproblematik überlagert werde. Zudem seien die Diagnosekriterien einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung erfüllt. Die Arbeitsfähigkeit der Versicherten sei um etwa 20–30 Prozent eingeschränkt. Die depressive Störung sei bislang aber noch nicht regelrecht behandelt worden. Der rheumatologische Sachverständige Dr. F.\_\_\_\_ hielt fest, aus seiner fachärztlichen Sicht habe sich der Gesundheitszustand der Versicherten seit der ersten Begutachtung nicht wesentlich verändert. Der RAD-Arzt Dr. G.\_\_\_\_ qualifizierte das Verlaufsgutachten als überzeugend (IV-act. 107). Mit einem Vorbescheid vom 28. August 2012 teilte die IV-Stelle der Versicherten mit, dass sie nach wie vor plane, das Rentenbegehren mangels eines rentenbegründenden Invaliditätsgrades abzuweisen (IV-act. 112).

A.c Dagegen liess die Versicherte am 26. Oktober 2012 einwenden (IV-act. 120), ihr Gesundheitszustand habe sich massiv verschlechtert. Sie habe wegen der nicht mehr auszuhaltenden Schmerzen und wegen psychischer Probleme vom 8. bis zum 14. Februar 2012 stationär auf der Krisen-Station des Psychiatrie-Zentrums N.\_\_\_\_ behandelt werden müssen. Am 7. März 2012 sei sie an der Lendenwirbelsäule operiert worden. Die Operation habe aber nicht den erhofften Erfolg gezeitigt. Auch nach einer stationären Rehabilitation in der Klinik Valens (21. März 2012 bis 14. April 2012) sei es ihr nicht besser gegangen. In der Folge habe sie erneut operiert werden müssen. Auch diese Revisionsoperation habe nicht zu einer Schmerzreduktion geführt. Von einer somatoformen Schmerzstörung könne keineswegs die Rede sein. Die behandelnden Ärzte hätten eine Arbeitsunfähigkeit von 50 Prozent attestiert. Bei der Berechnung des Invaliditätsgrades hätte ein „Leidensabzug“ von 25 Prozent berücksichtigt werden müssen. Der RAD-Arzt Dr. G.\_\_\_\_ notierte am 30. Oktober 2012, dass sich der Gesundheitszustand der Versicherten seit der Verlaufsbeurteilung verschlechtert



habe, weshalb weitere medizinische Abklärungen notwendig seien (IV-act. 123). Am 9. November 2012 berichtete Dr. med. O.\_\_\_\_ von der Klinik für Neurochirurgie des Kantonsspitals St. Gallen (IV-act. 125), der postoperative Verlauf sei nach der Revisionsoperation regelrecht gewesen. Er habe mit der Versicherten vereinbart, dass sie ihre Arbeit im August 2012 wieder aufnehme. Am 16. Oktober 2012 habe er sie nochmals untersucht; der Befund sei aber unauffällig gewesen. Eine leidensadaptierte Tätigkeit sollte der Versicherten während drei bis maximal vier Stunden pro Tag zumutbar sein. Am 8. Januar 2013 empfahl der RAD-Arzt Dr. G.\_\_\_\_ eine weitere Verlaufsbeurteilung durch die MEDAS Ostschweiz (IV-act. 137). Nachdem die IV-Stelle einen entsprechenden Auftrag erteilt hatte, erstattete die MEDAS Ostschweiz am 17. Juli 2013 ein entsprechendes Gutachten (IV-act. 140). Der psychiatrische Sachverständige E.\_\_\_\_ hielt fest, die Versicherte habe sich in der Untersuchung rege und flüssig mit der Dolmetscherin ausgetauscht, habe ausführlich auf die gestellten Fragen geantwortet und immer wieder gelacht. Im Gespräch habe sie dramatisierend gewirkt. Die Grundstimmung sei etwas nach unten geschoben und die Schwingungsfähigkeit sei minim eingeschränkt gewesen. Die bereits bei der letzten Beurteilung festgestellte depressive Störung sei weiterhin vorhanden, wirke aber weniger ausgeprägt und sei von den psychosozialen Problemen überlagert. Die Symptomatik habe sich insgesamt etwas gebessert. Aktuell liege eine leichte bis mittelgradige depressive Episode vor. Der Arbeitsunfähigkeitsgrad belaufe sich höchstens auf 20–30 Prozent. Der rheumatologische Sachverständige Dr. F.\_\_\_\_ führte aus, anders als noch bei der letzten Beurteilung bestehe nun ein Status nach einer operierten Discushernie. Angesichts der degenerativen Veränderungen und den Folgen nach den beiden operativen Eingriffen sei die Wirbelsäulenbelastbarkeit etwas reduziert. Das wirke sich aber auf eine leichtere Tätigkeit nicht aus. Die Versicherte könnte ihre aktuelle Tätigkeit folglich vollschichtig und nicht nur zu 35 Prozent ausüben. Der RAD-Arzt Dr. G.\_\_\_\_ erachtete das Gutachten als überzeugend (IV-act. 141). Mit einem dritten Vorbescheid vom 28. August 2013 teilte die IV-Stelle der Versicherten mit, dass sie immer noch die Abweisung des Rentenbegehrens vorsehe (IV-act. 145). Dagegen liess die Versicherte am 4. Oktober 2013 (Eingang bei der IV-Stelle) einwenden (IV-act. 146), das Gutachten der MEDAS Ostschweiz überzeuge nicht. Die Sachverständigen seien voreingenommen gewesen, da sie die Versicherte bereits vor der aktuellen Beurteilung schon zweimal beurteilt hätten.



Unverständlicherweise sei wiederum kein „Leidensabzug“ berücksichtigt worden. Der RAD-Arzt Dr. G.\_\_\_\_ notierte am 15. November 2013, dass aus medizinischer Sicht kein Grund ersichtlich sei, weshalb nicht auf das Gutachten der MEDAS Ostschweiz abgestellt werden sollte (IV-act. 147). Mit einer Verfügung vom 18. November 2013 wies die IV-Stelle das Rentenbegehren der Versicherten ab (IV-act. 148).

B.

B.a Dagegen liess die Versicherte (nachfolgend: die Beschwerdeführerin) am 3. Januar 2014 eine Beschwerde erheben (act. G 1). Ihr Rechtsvertreter beantragte die Aufhebung der angefochtenen Verfügung, die Zusprache mindestens einer Dreiviertelsrente spätestens ab dem 1. Dezember 2008 und eventualiter die Rückweisung der Sache zur weiteren Abklärung an die IV-Stelle (nachfolgend: die Beschwerdegegnerin). Zur Begründung führte er aus, das Gutachten der MEDAS Ostschweiz sei unvollständig, weil die Beschwerdeführerin auch orthopädisch hätte untersucht werden müssen. Problematisch sei, dass die Beschwerdegegnerin die Beschwerdeführerin dreimal von denselben Sachverständigen habe begutachten lassen. Bei der Berechnung des Invaliditätsgrades müsse ein „Leidensabzug“ von 25 Prozent berücksichtigt werden.

B.b Die Beschwerdegegnerin beantragte am 14. Februar 2014 die Abweisung der Beschwerde (act. G 5). Zur Begründung führte sie an, die Gutachten der MEDAS Ostschweiz belegten mit dem erforderlichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit, dass die Beschwerdeführerin nur zu 20–30 Prozent arbeitsunfähig sei. Die angefochtene Verfügung erweise sich damit im Ergebnis als rechtmässig.

B.c Die verfahrensleitende Richterin bewilligte am 17. März 2014 die unentgeltliche Rechtspflege (act. G 10).

B.d Die Beschwerdeführerin liess am 28. April 2014 an ihren Anträgen festhalten (act. G 13). Die Beschwerdegegnerin verzichtete auf eine Duplik (vgl. act. G 15).

B.e Am 30. Juni 2016 ersuchte das Versicherungsgericht die medexperts AG (ehemals MEDAS Ostschweiz) um die Beantwortung von diversen Ergänzungsfragen (act. G 16) respektive um eine Stellungnahme zu den Vorberichten von Dr. I.\_\_\_\_ vom 10.



Dezember 2010 und vom 16. Juni 2011 sowie zum Bericht von Dr. O.\_\_\_\_ vom 9. November 2012, namentlich zur Kniegelenksarthrose, zur Pseudoischialgie und zu den abweichenden Arbeitsfähigkeitsschätzungen, um eine Begründung für das Attest einer uneingeschränkten Arbeitsfähigkeit aus rheumatologischer Sicht im Gegensatz zum Attest einer Arbeitsunfähigkeit von 20 Prozent im ersten Verlaufsgutachten sowie um eine Auseinandersetzung mit der geänderten bundesgerichtlichen Rechtsprechung zu den somatoformen Schmerzstörungen. Die Sachverständigen antworteten am 22. November 2016 (act. G 17), das Vorliegen einer Kniegelenksarthrose sei von Dr. I.\_\_\_\_ nie überzeugend begründet worden. Bei der letzten Verlaufsbeurteilung sei nur ein femoro-patellares Reiben der Kniescheibe festzustellen gewesen, was die Vorstufe für eine Kniescheibenarthrose sein könne, aber kein ungewöhnlicher Befund bei einer Frau im Alter der Beschwerdeführerin sei. Der Begriff „Pseudoischialgie“ bedeute, dass keine klinischen Zeichen einer Nervenwurzelkompression feststellbar gewesen seien, sondern nur ein ähnliches Schmerzmuster vorgelegen habe. Der Gesundheitszustand der Versicherten habe sich aus rheumatologischer Sicht zwischen den beiden Verlaufsbeurteilungen nicht wesentlich verändert. Im zweiten Verlaufsgutachten habe aber vor allem zur Arbeitsfähigkeit für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit Stellung genommen werden müssen. Aus psychiatrischer Sicht sei eine Tendenz zur Dramatisierung zu erkennen, womit Hinweise auf eine Aggravation oder dergleichen vorlägen. Der objektivierbare klinische Befund habe einer leichten bis mittelgradigen depressiven Störung entsprochen. Die Beschwerdeführerin sei durch verschiedene Belastungen geprägt. Als Ressource sei die immer noch ausgeübte Erwerbstätigkeit anzusehen. Auch unter Berücksichtigung der neuen Standardindikatoren sei von einer Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 20–30 Prozent auszugehen.

B.f Die Beschwerdeführerin liess am 30. Januar 2017 einwenden (act. G 22), der Sachverständige Dr. F.\_\_\_\_ habe offenbar verkannt, dass er sich nicht zum tatsächlich ausgeübten Pensum, sondern zur Arbeitsfähigkeit bezogen auf ein Vollpensum hätte äussern müssen. Jedenfalls gehe aus seiner Antwort hervor, dass sich der somatische Gesundheitszustand nicht gebessert habe. Die vom psychiatrischen Sachverständigen E.\_\_\_\_ behauptete Tendenz zur Dramatisierung werde bestritten. Die Arbeitsunfähigkeit betrage weit mehr als 20–30 Prozent. Nach wie vor fehle ein orthopädisches Gutachten. Auch ein neuropsychologisches Gutachten sei nicht eingeholt worden, obwohl sich ein solches aufgedrängt hätte. Der Sachverhalt sei nicht mit dem



erforderlichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit belegt, weshalb die Sache zur weiteren Abklärung an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen sei.

### Erwägungen

1.

Eine versicherte Person, die ihre Erwerbsfähigkeit nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern kann, die während eines Jahres durchschnittlich mindestens 40 Prozent arbeitsunfähig gewesen ist und die nach dem Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 Prozent invalid ist, hat einen Anspruch auf eine Rente der Invalidenversicherung (Art. 28 Abs. 1 IVG). Für die Bemessung der Invalidität wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach dem Eintritt der Gesundheitsbeeinträchtigung und nach der Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei einer ausgeglichenen Arbeitsmarktlage erzielen könnte, in Beziehung zu jenem Erwerbseinkommen gesetzt, das sie erzielen könnte, wenn sie gesund geblieben wäre.

2.

Die Beschwerdeführerin hat keine anerkannte Berufsausbildung abgeschlossen und dementsprechend zuletzt als Hilfsarbeiterin gearbeitet. Vor dem Eintritt der Gesundheitsbeeinträchtigung ist sie in einem vollen Pensum erwerbstätig gewesen. Ihren eigenen Angaben zufolge wäre sie weiterhin vollerwerbstätig geblieben, wenn sie nicht krank geworden wäre. Angesichts der prekären finanziellen Situation der Familie wäre ihr wohl auch nichts anderes übrig geblieben. Obwohl H.\_\_\_\_ darauf hingewiesen hat, dass das (langjährige) Arbeitsverhältnis wegen einer – aus Sicht H.\_\_\_\_ – ungenügenden Arbeitsleistung aufgelöst worden sei, ist mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass die Kündigung im Zusammenhang mit der langen krankheitsbedingten Absenz vom Arbeitsplatz erfolgt ist. Zwar hat der Vorgesetzte bei B.\_\_\_\_ darauf hingewiesen, dass die Beschwerdeführerin zur Selbstüberschätzung neige, doch dürfte sich diese Aussage (welche die Beschwerdegegnerin aus nicht nachvollziehbaren Gründen nicht unterschrieben hat



bestätigen lassen) primär auf das Verhalten der Beschwerdeführerin nach dem Eintritt der Gesundheitsbeeinträchtigung bezogen haben. Folglich liegt kein Grund zur Annahme vor, die Beschwerdeführerin wäre auch ohne die Gesundheitsbeeinträchtigung nur unterdurchschnittlich leistungsfähig und dementsprechend nicht in der Lage gewesen, ein durchschnittliches Hilfsarbeiterinneneinkommen zu erzielen. Die Validenkarriere besteht folglich in der Ausübung einer durchschnittlich entlohnten Hilfsarbeit in einem Vollpensum, womit das Valideneinkommen dem statistischen Zentralwert der Hilfsarbeiterinnenlöhne gemäss der vom Bundesamt für Statistik regelmässig durchgeführten Lohnstrukturerhebung entspricht. Dieser hat sich im Jahr 2008 (bei einer standardisierten Arbeitszeit von 40 Stunden) auf 49'392 Franken belaufen (LSE 2008, TA1), was ziemlich genau dem von der Arbeitgeberin angegebenen und auf ein Vollpensum umgerechneten Lohn ( $34'824.80 \text{ Franken} \div 70 \text{ Prozent} = 49'750 \text{ Franken}$ ) entspricht.

3.

3.1 Da die Arbeitgeberin der Beschwerdeführerin nach dem Eintritt der Gesundheitsbeeinträchtigung mehrheitlich leichtere Arbeiten zuweisen konnte, erfüllt die zuletzt ausgeübte Tätigkeit die qualitativen Anforderungen an eine ideal leidensadaptierte Tätigkeit aus medizinischer Sicht. Der Beschwerdeführerin ist mit anderen Worten die weitere Ausübung dieser Tätigkeit zumutbar. Ihr wäre es aber auch zumutbar, eine andere leidensadaptierte Hilfsarbeit zu verrichten. Ihre Invalidenkarriere, die sich mittels medizinischer oder beruflicher Eingliederungsmassnahmen nicht mehr relevant beeinflussen lässt, besteht somit in der Verrichtung einer leidensadaptierten Hilfsarbeit, womit der Ausgangswert des zumutbarerweise erzielbaren Invalideneinkommens dem Valideneinkommen entspricht. Der Betrag dieser beiden identischen Vergleichsgrössen kann bei der Berechnung des Invaliditätsgrades mathematisch keine Rolle spielen; der Invaliditätsgrad ist folglich mittels eines sogenannten Prozentvergleichs zu ermitteln, das heisst er entspricht dem Arbeitsunfähigkeitsgrad, allenfalls korrigiert um einen Abzug vom Tabellenlohn von maximal 25 Prozent.

3.2 Zur Beantwortung der Frage nach der zumutbaren Arbeitsfähigkeit hat die Beschwerdegegnerin nicht nur Berichte der behandelnden Ärzte eingeholt, sondern



auch eine erste Begutachtung und zwei weitere Verlaufsbeurteilungen in Auftrag gegeben. Laut den vielfältigen medizinischen Akten leidet die Beschwerdeführerin vor allem an Beschwerden an der Hals- und Lendenwirbelsäule, an Knieschmerzen, an einer depressiven Störung und an einer Schmerzverarbeitungs- respektive Somatisierungsstörung. Den Kniebeschwerden kommt für die Arbeitsfähigkeitsschätzung keine wesentliche Bedeutung zu, nachdem die behandelnden Ärzte schon im Juni 2011 über einen Behandlungsabschluss im Februar 2011 berichtet haben und weil der rheumatologische Sachverständige Dr. F.\_\_\_\_ auch bei der letzten Verlaufsbeurteilung diesbezüglich nur einen diskreten klinischen Befund feststellen konnte. Ähnliches gilt in Bezug auf die Beschwerden an der Halswirbelsäule, bezüglich derer schon der behandelnde Arzt Dr. C.\_\_\_\_ im September 2008 auf eine Diskrepanz zwischen den objektivierbaren Befunden und den angegebenen Beschwerden hingewiesen hatte und die im Verlauf des Verfahrens zudem rasch in den Hintergrund geraten sind respektive nach dem ersten Gutachten der medexperts AG keine Erwähnung mehr in den medizinischen Berichten gefunden haben. Was der Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin gegen die vom psychiatrischen Sachverständigen E.\_\_\_\_ diagnostizierte somatoforme Schmerzstörung vorgebracht hat, verfährt nicht, denn erstens hat dieser seine Diagnose überzeugend begründet und zweitens haben auch die behandelnden Ärzte (Dr. I.\_\_\_\_, Dr. C.\_\_\_\_, Dr. L.\_\_\_\_ und Dr. M.\_\_\_\_) über eine Somatisierungsstörung beziehungsweise über eine chronifizierte Schmerzstörung, die mit einer Fibromyalgie vergleichbar sei, berichtet. Auch Dr. O.\_\_\_\_ hat in seinem Bericht vom 9. November 2012 auf fortbestehende Schmerzen trotz eines regelrechten postoperativen Verlaufs hingewiesen und darauf aufmerksam gemacht, dass die begleitende Depression eine Therapie als wenig erfolgsversprechend erscheinen lasse. Dieser Hinweis und die Diagnose einer Pseudoischialgie lassen den Schluss zu, dass auch Dr. O.\_\_\_\_ von einer zumindest mitwirkenden Schmerzfehlerverarbeitung ausgegangen ist. Von massgebender Bedeutung für den Arbeitsfähigkeitsgrad bezogen auf eine ideal leidensadaptierte Tätigkeit sind folglich die Beschwerden in der Lendenwirbelsäule und die depressive Störung. Die behandelnden Ärzte Dres. I.\_\_\_\_ und O.\_\_\_\_ haben eine erhebliche Einschränkung der Arbeitsfähigkeit (mindestens 50 Prozent) attestiert. Diese pessimistische Arbeitsfähigkeitsschätzung haben sie aber nicht überzeugend begründet. Ihren Ausführungen lässt sich nicht entnehmen, ob sie sich wirklich an



einem ideal leidensadaptierten Arbeitsplatz orientiert haben, ob sie sich nur auf die objektiven klinischen Befunde oder allenfalls eben doch auch auf die subjektiven Angaben der Beschwerdeführerin abgestützt haben und ob sie der versicherungsmedizinischen Frage nach der Zumutbarkeit ausreichend Rechnung getragen haben. Ihre Berichte erwecken insgesamt den Eindruck, dass sie sich – zu sehr – von den tatsächlichen Verhältnissen, insbesondere von der damals ausgeübten Tätigkeit als Reinigungsmitarbeiterin in einem Pensum von 35 Prozent, haben leiten lassen und dass sich ihre Arbeitsfähigkeitsschätzung nicht ausschliesslich an den objektivierbaren klinischen Befunden orientiert hat. Die behandelnden Ärzte haben sich auch nicht mit den Schlussfolgerungen des rheumatologischen Sachverständigen Dr. F.\_\_\_\_ auseinandergesetzt und folglich ihre abweichenden Schlussfolgerungen nicht überzeugend begründen können. Demgegenüber hat Dr. F.\_\_\_\_ in den beiden ersten Gutachten die von ihm erhobenen objektiven klinischen Befunde detailliert geschildert, sich eingehend mit den Berichten der behandelnden Fachärzte auseinandergesetzt und gestützt darauf eine überzeugend begründete Arbeitsfähigkeitsschätzung abgegeben. Mit seinen Ausführungen hat er ernsthafte Zweifel an der Zuverlässigkeit der Arbeitsfähigkeitsschätzungen der behandelnden Fachärzte geweckt. Nicht nachvollziehbar ist allerdings, weshalb er im dritten Gutachten bei einem unveränderten klinischen Befund zum Attest einer uneingeschränkten Arbeitsfähigkeit gelangt ist. Auch in seiner nachträglichen Stellungnahme zuhanden des Versicherungsgerichtes hat er dies nicht überzeugend erklären können, denn es ist nicht ersichtlich, weshalb die Beschwerdeführerin in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit in einem höheren Mass arbeitsfähig sein sollte als in einer ideal leidensadaptierten Tätigkeit. Die Arbeitsfähigkeitsschätzung von Dr. F.\_\_\_\_ im dritten Gutachten überzeugt folglich nicht. Allerdings hat Dr. F.\_\_\_\_ nachvollziehbar dargelegt, dass sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin zwischen den beiden Verlaufsbeurteilungen nicht wesentlich verändert hat, weshalb seine Arbeitsfähigkeitsschätzung im ersten Verlaufsgutachten als nach wie vor aktuell qualifiziert werden kann. Diese vermag, wie dargelegt, zu überzeugen, weshalb darauf abzustellen ist. Auch der psychiatrische Sachverständige hat seine Diagnosen und seine Arbeitsfähigkeitsschätzung gestützt auf den von ihm erhobenen klinischen Befund und die (wenigen) psychiatrischen Berichte der behandelnden Fachärzte überzeugend begründet. Nur die Ausführungen zu den sogenannten Foerster'schen Kriterien erscheinen als wenig einleuchtend und



teilweise sogar etwas widersprüchlich, doch schadet dies nicht, weil jenen Kriterien respektive der vom Bundesgericht während über zehn Jahren vertretenen Überwindbarkeitsvermutung keine relevante Bedeutung zukommen kann, nachdem die entsprechende Praxis zwischenzeitlich aufgegeben wurde (vgl. BGE 141 V 281). Die nachträgliche Auseinandersetzung des psychiatrischen Sachverständigen E.\_\_\_\_ mit den neuen Standardindikatoren zuhanden des Versicherungsgerichtes ist als sorgfältig, umfassend und überzeugend zu qualifizieren, weshalb die von ihm in den beiden Verlaufsgutachten attestierte Arbeitsunfähigkeit von 20–30 Prozent als überwiegend wahrscheinlich richtig zu werten ist. Der Bericht von Dr. M.\_\_\_\_ ist nicht geeignet, Zweifel daran zu wecken, denn obwohl dieser nur eine leichtgradige depressive Störung diagnostiziert hat, hat er eine Arbeitsunfähigkeit von 50 Prozent attestiert, was sich weder mit seiner Diagnose noch mit den von ihm geschilderten Befunden erklären lässt. Auch seine Nachfolgerin med. pract. P.\_\_\_\_ hat mit ihrem Bericht vom 14. Februar 2012 betreffend die einwöchige stationäre Behandlung im Februar 2012 keine Zweifel an der Zuverlässigkeit der Arbeitsfähigkeitsschätzung des psychiatrischen Sachverständigen E.\_\_\_\_ wecken können, da sie nur eine kurze depressive Reaktion im Rahmen einer Anpassungsstörung diagnostiziert und nur für die Zeit der stationären Behandlung eine Arbeitsunfähigkeit attestiert hat. Auch auf die Arbeitsfähigkeitsschätzung des psychiatrischen Sachverständigen E.\_\_\_\_ ist folglich abzustellen. Das bedeutet, dass für die Berechnung des Invaliditätsgrades die interdisziplinäre Arbeitsfähigkeitsschätzung der Sachverständigen der medexperts AG massgebend, das heisst von einer Arbeitsunfähigkeit von 20–30 Prozent in einer ideal leidensadaptierten Tätigkeit auszugehen ist.

3.3 Entgegen der Ansicht des Rechtsvertreters der Beschwerdeführerin besteht kein Anhaltspunkt für eine Voreingenommenheit der Sachverständigen der medexperts AG. Diese haben nach der Erstellung des ersten Gutachtens zwei Verlaufsgutachten erstellt und nicht etwa den Auftrag erhalten, sich zur Zuverlässigkeit ihres eigenen Gutachtens zu äussern (was sie wohl tatsächlich kaum objektiv hätten tun können). Ihre Ausführungen in den beiden Verlaufsgutachten, mit deren Erstellung die Beschwerdegegnerin sinnvollerweise dieselben Sachverständigen beauftragt hatte (vgl. statt vieler: BGE 132 V 93 E. 7.2.2 S. 110 mit Hinweisen), zeigen, dass sie keineswegs ihre Ausführungen im ersten Gutachten gewissermassen „durch alle Böden hindurch“ verteidigt, sondern sich jeweils intensiv mit den zwischenzeitlichen Entwicklungen



auseinandergesetzt haben. Der psychiatrische Sachverständige E.\_\_\_\_ hatte beispielsweise im ersten Gutachten das Vorliegen einer psychischen Erkrankung noch verneint und im zweiten Gutachten dann sogar eine schwerer ausgeprägte depressive Störung diagnostiziert, als sie vom behandelnden Arzt Dr. M.\_\_\_\_ diagnostiziert worden war. Im dritten Gutachten hat er dann anschaulich dargelegt, dass es zwischenzeitlich zwar zu einer leichten Verbesserung des Gesundheitszustandes gekommen war, und überzeugend begründet, dass diese Verbesserung aber zu keiner relevanten Erhöhung der Arbeitsfähigkeit geführt hatte. Auch der Sachverständige Dr. F.\_\_\_\_ hat sich bei jeder Begutachtung neu mit den geklagten Beschwerden, mit den klinischen und bildgebenden Befunden und mit den massgebenden medizinischen Berichten auseinandergesetzt. Auch wenn nicht nachvollzogen werden kann, weshalb er im dritten Gutachten bei im Wesentlichen gleich gebliebenen Befunden eine höhere Arbeitsfähigkeit attestiert hat, zeigt dies doch immerhin, dass er nicht etwa einfach nur seine Ausführungen aus dem zweiten Gutachten übernommen hat, sondern bemüht gewesen ist, eine neue, aktuelle Arbeitsfähigkeitsschätzung abzugeben. Auch im Übrigen sind keine Anzeichen für eine Voreingenommenheit der beiden Sachverständigen ersichtlich.

3.4 Anhaltspunkte für eine Notwendigkeit, die Beschwerdeführerin zusätzlich noch orthopädisch begutachten zu lassen, sind nicht ersichtlich, denn der rheumatologische Sachverständige ist ohne Weiteres in der Lage gewesen, die massgebenden klinischen Befunde zu erheben und zu beurteilen. Das Bundesgericht hat schon verschiedentlich zu Recht festgehalten, dass die beiden Fachgebiete Orthopädie und Rheumatologie so nah miteinander verwandt sind, dass kaum je eine zwingende Notwendigkeit zu einer „doppelten“ Begutachtung vorliege (vgl. z.B. die Urteile 9C\_270/2012 vom 23. Mai 2012, E. 4.2, mit zahlreichen Hinweisen, und 9C\_82/2009 vom 9. Oktober 2009, E. 5.2, laut dem im Einzelfall sogar auf eine rheumatologische und auf eine orthopädische Begutachtung verzichtet werden kann, wenn Berichte aus den beiden Fachdisziplinen vorliegen und die Begutachtung vom einem Facharzt in physikalischer Medizin durchgeführt wird). Auch von einer neuropsychologischen Begutachtung können in antizipierender Beweiswürdigung keine wesentlichen neuen Erkenntnisse erwartet werden, denn der psychiatrische Sachverständige hätte in sorgfältiger Erfüllung seines Begutachtungsauftrages eine neuropsychologische Abklärung angeordnet beziehungsweise empfohlen, wenn er Symptome festgestellt hätte, die auf ein



neuropsychologisches Defizit hingedeutet hätten. Der medizinische Sachverhalt erweist sich als hinreichend abgeklärt.

3.5 Die Sachverständigen der medexperts AG haben keine genaue Arbeitsfähigkeitsschätzung abgegeben, sondern festgehalten, die Arbeitsunfähigkeit belaufe sich auf 20–30 Prozent. Die Beschwerdegegnerin und das Bundesgericht stellen in einem solchen Fall auf den Mittelwert ab, der „von den beiden Extremwerten am wenigsten abweicht“ (Urteil I 822/04 vom 21. April 2005, E. 4.4), weshalb vorliegend von einer Arbeitsunfähigkeit von 25 Prozent auszugehen ist.

3.6 Mit dem – missverständlich oft als „Leidensabzug“ bezeichneten – Tabellenlohnabzug wird dem Umstand Rechnung getragen, dass eine in ihrer Gesundheit beeinträchtigte Person ihre verbliebene Restarbeitsfähigkeit allenfalls nicht mit einem durchschnittlichen wirtschaftlichen Erfolg verwerten kann. Die Frage nach der Höhe des (sich auf maximal 25 Prozent belaufenden; BGE 126 V 75) Tabellenlohnabzuges ist also aus rein betriebswirtschaftlich-ökonomischer Sicht zu beantworten. Angesichts der gesamten Umstände hält das Versicherungsgericht einen Tabellenlohnabzug von zehn Prozent für angemessen.

4.

4.1 Der Prozentvergleich ergibt bei einer Arbeitsunfähigkeit von 25 Prozent und bei einem Tabellenlohnabzug von zehn Prozent einen Invaliditätsgrad von 32,5 Prozent. Da erst ab einem Invaliditätsgrad von 40 Prozent ein Anspruch auf eine Rente der Invalidenversicherung besteht (Art. 28 Abs. 1 lit. c IVG), erweist sich die Abweisung des Rentenbegehrens durch die Beschwerdegegnerin als rechtmässig. Die Beschwerde ist deshalb abzuweisen.

4.2 Zuzugabe der Bewilligung der unentgeltlichen Prozessführung wird die unterliegende Beschwerdeführerin von der Bezahlung der Gerichtskosten von 600 Franken befreit. An sich müssten ihr auch die Kosten für die ergänzende Stellungnahme der medexperts AG von 2'481.30 Franken (act. G 17.1) auferlegt werden (Art. 95 Abs. 1 VRP). Von diesem „Unterliegenprinzip“ kann allerdings abgewichen werden, wobei insbesondere die Anwendung des „Verursacherprinzips“ als Alternative in Betracht fällt (Art. 95 Abs.



2 VRP). Im Sozialversicherungsverfahren gelangt bezüglich der Kosten weiterer Abklärungen im Beschwerdeverfahren in aller Regel das Verursacherprinzip zur Anwendung, weil jene weiteren Abklärungen normalerweise nur deshalb notwendig sind, weil der Sozialversicherungsträger seine Abklärungspflicht (Art. 43 Abs. 1 ATSG) verletzt hat. Zwar kann die Sachverhaltsabklärung vorliegend nicht als objektiv verletzt erachtet werden, weil die von der Beschwerdegegnerin beschafften Beweismittel (abgesehen von der nur mit vernachlässigbaren Kosten verbundenen nachträglichen Erläuterung des rheumatologischen Teilgutachtens) die Rechtsanwendung unter Berücksichtigung der damals noch massgebenden „PÄUSBONOG-Rechtsprechung“ erlaubt haben. Nun gilt aber die neue Praxis, für deren Anwendung sich der massgebende Sachverhalt als ungenügend abgeklärt erwiesen hat. Obwohl die Sachverhaltsabklärung also erst nachträglich ungenügend „geworden“ ist, rechtfertigt sie es, die Kosten für die ergänzende Stellungnahme der medexperts AG in Höhe von 2'481.30 Franken (act. G 17.1) der Beschwerdegegnerin aufzuerlegen.

4.3 Zufolge der Bewilligung der unentgeltlichen Rechtsverteidigung hat der Staat dem Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin eine Entschädigung auszurichten, die 80 Prozent des notwendigen Vertretungsaufwandes abdeckt (Art. 31 Abs. 3 AnwG). Da der Rechtsvertreter vorliegend nach dem doppelten Schriftenwechsel noch die ergänzenden Angaben der Sachverständigen der medexperts AG hat studieren und Stellung dazu nehmen müssen, ist bei einem im Übrigen durchschnittlichen Vertretungsaufwand von einem insgesamt leicht überdurchschnittlichen Aufwand auszugehen. Die Entschädigung ist deshalb auf 80 Prozent von 4'000 Franken festzusetzen. Sollten es ihre wirtschaftlichen Verhältnisse dereinst gestatten, wird die Beschwerdeführerin zur Nachzahlung der Gerichtskosten und zur Rückerstattung der Entschädigung für die unentgeltliche Rechtsverteidigung verpflichtet werden können (Art. 99 Abs. 2 VRP i.V.m. Art. 123 ZPO).

### Entscheid

1.

Die Beschwerde wird abgewiesen.

2.



Die Beschwerdeführerin wird von der Bezahlung der Gerichtskosten von Fr. 600.-- befreit.

3.

Die Beschwerdegegnerin hat die Abklärungskosten von Fr. 2'481.30 zu bezahlen.

4.

Der Staat hat den Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin mit Fr. 3'200.-- (einschliesslich Barauslagen und Mehrwertsteuer) zu entschädigen.