



Fall-Nr.: IV 2017/256
Stelle: Versicherungsgericht
Rubrik: IV - Invalidenversicherung
Publikationsdatum: 31.08.2020
Entscheiddatum: 30.03.2020

Entscheid Versicherungsgericht, 30.03.2020

Art. 7 ATSG; Art. 8 ATSG; Art. 28 IVG Beweiswürdigung.

Arbeitsfähigkeitsschätzung nach den Vorgaben des strukturierten Beweisverfahrens. Der rheumatologische Gutachter stellte bei der Untersuchung Inkonsistenzen fest und konnte die geltend gemachten schmerzbedingten Einschränkungen nicht objektivieren. Dies wurde im psychiatrischen Gutachten nicht berücksichtigt, weshalb auf die Beurteilung des rheumatologischen Gutachters abzustellen ist (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 30. März 2020, IV 2017/256).

Entscheid vom 30. März 2020

Besetzung

Versicherungsrichterinnen Marie-Theres Rüegg Haltinner (Vorsitz), Miriam Lendfers und Marie Löhner; Gerichtsschreiberin Beatrix Zahner

Geschäftsnr.

IV 2017/256

Parteien

A.____,

Beschwerdeführerin,

vertreten durch Rechtsanwältin lic. iur. Filiz-Félice Aydemir Séquin, Magnihalden 7,
Postfach 14, 9004 St. Gallen,



St.Galler Gerichte

gegen

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

Beschwerdegegnerin,

Gegenstand

Rente

Sachverhalt

A.

A.a. A.____ meldete sich am 12. August 2015 unter Bezugnahme auf einen Bericht des Psychiatrie-Zentrums B.____ (Dr. med. C.____, Fachärztin für Psychiatrie; IV-act. 74) zum zweiten Mal bei der Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug an (IV-act. 73).

A.b. Die Versicherte hatte am 5. Dezember 2005 ein erstes Leistungsgesuch gestellt, da sie seit anfangs 2003 an Kopf-, Nacken- und Armschmerzen leide und seit 1. November 2005 zu 50 % arbeitsunfähig geschrieben sei (IV-act. 1). Sie war im Rahmen dieses Verfahrens zweimal rheumatologisch und psychiatrisch begutachtet worden (Psychiatrisches Gutachten Dr. med. D.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, vom 6. November 2006, IV-act. 24; rheumatologisches Gutachten Dr. med. E.____, Spezialarzt FMH für Innere Medizin, speziell Rheumaerkrankungen, vom 24. November 2006, IV-act. 25; bidisziplinäres Gutachten MEDAS Ostschweiz, Dr. med. F.____, Rheumatologie; Dr. med. G.____, Psychiatrie, vom 31. Oktober 2007, IV-act. 34 f.). Eine gegen die abweisende Verfügung vom 28. Januar 2008 (IV-act. 47) erhobene Beschwerde (vom 29. Februar 2008, IV-act. 54-2 ff.) hatte das Versicherungsgericht mit Entscheid vom 17. September 2009 abgewiesen (Verfahren IV 2008/124; IV-act. 65). Es hatte erwogen, aus rheumatologischer Sicht sei die Versicherte in einer adaptierten Tätigkeit zu 90 % arbeitsfähig (E. 3.1 a.E., IV-act. 65-10). In psychiatrischer Hinsicht habe Dr. G.____ die diagnostizierte Schmerzstörung als leichtgradig qualifiziert und die vollständige Überwindbarkeit von deren Folgen angenommen (vgl. E. 3.2, IV-act. 65-10 ff.).



A.c. In der Folge war die Versicherte wiederholt wegen eines lumbovertebralen Schmerzsyndroms bzw. einer Osteochondrose und Facettengelenksarthrose im Bereich L4/5 sowie leichter Spondylarthrose im Bereich L5/S1 abgeklärt und behandelt worden (IV-act. 82-56 ff.). Am 17. September 2012 hatte sich die Versicherte einer Appendektomie und Fenestration einer Ovarialzyste rechts unterziehen müssen (IV-act. 82-34 und 37 ff.). Die Versicherte hatte danach weiterhin in Abklärung beklagter rechtsseitiger Unterbauchschmerzen gestanden (Bericht Frauenklinik des Kantonsspitals St. Gallen [KSSG] vom 9. April 2013, IV-act. 82-27 f.; Bericht Dr. med. H.____, Facharzt für Gastroenterologie und Innere Medizin, vom 30. April 2013, IV-act. 82-25 f.). Sodann hatte sie an anhaltender anämisierender Hypermenorrhoe gelitten, weshalb am 27. August 2013 eine laparoskopische Hysterektomie erfolgt war (Austrittsbericht Frauenklinik KSSG vom 2. September 2014, IV-act. 82-19 ff.; Bericht Frauenklinik KSSG vom 24. September 2014, IV-act. 82-34). Schliesslich war am 20. Januar 2015 eine diagnostische Arthroskopie und Patellarezentrierung am rechten Knie durchgeführt worden (Austrittsbericht Klinik für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates KSSG vom 30. Januar 2015, IV-act. 114-6 ff.; siehe auch Operationsbericht, IV-act. 82-32 f.).

A.d. Dr. med. C.____, Fachärztin für Psychiatrie, Psychiatrie-Zentrum B.____, hielt in einem Bericht an die Rechtsvertreterin der Beschwerdeführerin vom 12. August 2015 bzw. im Arztbericht vom 29. Oktober 2015 fest, sie behandle die Versicherte seit 10. Februar 2015 in ihrer Muttersprache; zuvor sei die Versicherte während ca. drei bis vier Jahren bei Dr. med. I.____ in Behandlung gewesen. Sie diagnostiziere eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10: F33.1), sowie eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10: F45.4). Aufgrund der multiplen körperlichen Beschwerden sei die Psyche der Versicherten seit einem Jahr sehr angeschlagen, sie fühle sich müde, antriebs- und kraftlos, depressiv, leide unter Interessenverlust, Freudlosigkeit, Ein- und Durchschlafstörungen. Sie nehme sich wie eine alte Frau wahr und benötige bei den meisten Haushaltstätigkeiten Unterstützung der Familienangehörigen. Aufgrund der Chronifizierung der Schmerzsymptomatik und der damit einhergehenden depressiven Symptomatik sei der Versicherten in absehbarer Zeit aus fachärztlich psychiatrischer Sicht keine Arbeitsfähigkeit auf dem freien Arbeitsmarkt zumutbar (IV-act. 74; IV-act. 80).



A.e. Eine Sonografie des Abdomens beim Röntgeninstitut J.____ vom 19. November 2015 wegen chronischer Bauchschmerzen ergab kein Korrelat für die bestehende Symptomatik. Die Untersuchungsbedingungen seien stark eingeschränkt gewesen, da die Versicherte nicht nüchtern gewesen sei (IV-act. 82-4). Dr. med. K.____, Allgemeine Medizin FMH, berichtete am 24. November 2015, der Gesundheitszustand habe sich seit 2006 deutlich verschlechtert. Neu seien eine depressive Entwicklung, ein Colon irritabile mit äusserst aggressiven Exazerbationen sowie ein weichteilrheumatisches Schmerzsyndrom zu diagnostizieren. Bisherige medikamentöse und physiotherapeutische sowie komplementärmedizinische Behandlungen hätten keine bzw. nur kurzzeitige Erfolge bewirkt. Ihre im Jahr 2006 noch zu 30 % ausgeübte Erwerbstätigkeit habe die Versicherte aufgeben müssen, den Haushalt erledigten die Töchter und der Ehemann (IV-act. 82-2 f.). RAD-Arzt Dr. med. L.____, Facharzt für Innere Medizin, nahm am 9. Dezember 2015 im Wesentlichen Stellung, die aufgeführten Gesundheitsschäden könnten die Arbeitsfähigkeit nicht dauerhaft einschränken. In den Berichten zeigten sich eine ausgesprochene Inanspruchnahme des Gesundheitswesens und Hinweise auf Aggravation bzw. Simulation (IV-act. 83). Gestützt darauf stellte die IV-Stelle der Versicherten mit Vorbescheid vom 10. Dezember 2015 in Aussicht, auf das neue Gesuch nicht einzutreten, da eine Veränderung der Verhältnisse seit der letzten Verfügung (vom 28. Januar 2008) nicht glaubhaft gemacht sei (IV-act. 85). Hiergegen liess die Versicherte am 1. Februar 2016 Einwand erheben (IV-act. 90).

A.f. Im Mai 2016 musste sich die Versicherte einer laparoskopischen Cholezystektomie bei symptomatischer Cholezystolithiasis unterziehen (vgl. IV-act. 112-5; vgl. auch IV-act. 100-29). Dr. C.____ führte im Verlaufsbericht vom 20. Juni 2016 aus, seit dem 12. August 2015 habe sich der Zustand nicht wesentlich verändert. Aufgrund der chronischen Schmerzsymptomatik habe sich bei der Versicherten eine depressive Symptomatik entwickelt, wobei aktuell von einer mittelgradigen Episode mit gedrückter Stimmung, rascher Ermüdbarkeit, Motivations- und Kraftlosigkeit, Interessenverlust und Freudlosigkeit sowie Ein- und Durchschlafstörungen auszugehen sei. Aufgrund der Chronifizierung der somatischen und psychiatrischen Beschwerdebilder sei in absehbarer Zeit nicht mit einer Arbeitsfähigkeit im freien Arbeitsmarkt zu rechnen (IV-act. 97-2 f.).



A.g. Die Versicherte wurde am 8. und 16. September 2016 im Auftrag der IV-Stelle durch die MEDAS Zentralschweiz bidisziplinär (rheumatologisch und psychiatrisch) begutachtet (Dr. med. M.____, Rheumatologie FMH; Dr. med. N.____, Psychiatrie/ Psychotherapie FMH; Gutachten vom 24. November 2016; IV-act. 100). Die Gutachter diagnostizierten mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit ein chronisches vertebrales und Halbseitenschmerzsyndrom rechts mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10: F45.41) sowie Schwierigkeiten bei der kulturellen Eingewöhnung (ICD-10: Z60.2; IV-act. 100-28). Es seien mehrfach funktionelle oder unklare abdominale Beschwerden beschrieben worden. Es bestehe aber auch ein Status nach mehreren operativen Eingriffen im Abdominalbereich (IV-act. 100-27). Es sei davon auszugehen, dass bei Fehlen von relevanten organischen Befunden aus diesen (abdominalen) Beschwerden keine Arbeitsunfähigkeit abgeleitet werden könne. Bezüglich des Kniegelenks würden keine Beschwerden mehr geschildert. Zusammenfassend seien unter Berücksichtigung der gesamten chronischen Schmerzsymptomatik und des Zustands nach verschiedenen Eingriffen im Abdominalbereich aus rheumatologischer Sicht leichte körperliche Tätigkeiten zumutbar. Unter Berücksichtigung der muskulären Insuffizienz - auch als Folge der Adipositas - sei aus medizinischer Sicht eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit auf 80 % nachvollziehbar, es fehlten aber evidenzbasierte Angaben (IV-act. 100-28). Der psychiatrische Experte hielt fest, das Zustandsbild habe sich seit den Begutachtungen von 2006 und 2007 tendenzmässig eher verschlechtert (IV-act. 100-39). Auch aus Sicht eines Laien sei offensichtlich, dass die Versicherte nie mehr werde Lohnarbeit verrichten können (IV-act. 100-40). Die Beeinträchtigungen seien umfassend, berührten alle Lebensbereiche und schränkten die Existenz-Entfaltung im Alltag massiv ein (IV-act. 100-40). Psychiatrisch spielten eine psychosoziale Dimension, ein soziokultureller Hintergrund ebenso eine Rolle wie psychiatrische Faktoren im engeren Sinne. Die Aufteilung des gesamten Unvermögens zu arbeiten auf die beiden Aspekte sei Ermessenssache und sollte der Rechtsanwendung überlassen werden. Er schlage vor, je zur Hälfte soziokulturelle und Krankheitsteile anzunehmen (IV-act. 100-29, 40 f.).

A.h. Am 23. September 2016 war die laparoskopische Versorgung einer symptomatischen supraumbilicalen irreponiblen Trokarhernie mittels intraperitonealem Onlay-Mesh erfolgt. (IPOM; Operationsbericht Klinik für Allgemein-, Viszeral-, Endokrin-



und Transplantationschirurgie KSSG, IV-act. 112-5 f.; definitiver Austrittsbericht vom 27. September 2016, IV-act. 112-3 ff.).

A.i. RAD-Arzt Dr. L.____ äusserte am 21. Dezember 2016, die Gutachter verneinten eine objektive Verschlechterung im Verlauf, es spielten IV-fremde Faktoren eine bedeutende Rolle. Hinsichtlich abdomineller Beschwerden habe die Versicherte multiple Fachärzte konsultiert. Diese könnten aus Sicht des internistischen Fachgebietes keine nennenswerte Arbeitsunfähigkeit begründen (IV-act. 101). Der Rechtsdienst der IV-Stelle legte am 22. Dezember 2016 dar, der Gesundheitszustand habe sich seit der abweisenden Rentenverfügung vom 28. Januar 2008 nicht erheblich verändert, weshalb alleine aus diesem Grund kein Anspruch auf eine IV-Rente gegeben sei. Die Versicherte stelle ihre Schmerzen eindeutig übertrieben dar, es liege ein deutlich inkonsistentes Verhalten vor. Es stünden erhebliche soziokulturelle Belastungsfaktoren und ein sekundärer Krankheitsgewinn im Vordergrund, die bei der Bemessung der Invalidität ausgeklammert bleiben müssten. Eine psychische Komorbidität sei nicht gegeben. Die Versicherte sei aus juristisch-psychiatrischer Sicht voll arbeitsfähig. Demnach sei unter Berücksichtigung der körperlichen Einschränkung von einer Arbeitsfähigkeit von 80 % in einer adaptierten Tätigkeit auszugehen (IV-act. 102).

A.j. Mit Vorbescheid vom 4. Januar 2017 gewährte die IV-Stelle der Versicherten das rechtliche Gehör zur vorgesehenen Abweisung des Leistungsbegehrens unter Festlegung eines Invaliditätsgrades von 20 % (IV-act. 105).

A.k. Mit Einwand vom 9. Februar 2017 machte die Versicherte unter anderem geltend, nach den gutachterlichen Untersuchungen vom 8./16. September 2016 sei ein Nabelbruch operativ versorgt worden. In der Vorwoche sei sie erneut notfallmässig hospitalisiert worden, da sie vor Schmerzen nicht mehr stehen könne. Es habe sich herausgestellt, dass eine Operation am linken Knie indiziert sei. Es sei eine Ergänzung des Gutachtens durch dieselben Gutachter angezeigt. In Anbetracht der durch den Gutachter nicht zuzuordnenden erhöhten Blutsenkung sei anzunehmen, dass die Beschwerden unter Umständen auch somatisch erklärt werden könnten. Entgegen dem RAD-Bericht vom 21. Dezember 2016 treffe nicht zu, dass die Gutachter keine objektivierbaren Verschlechterungen hätten feststellen können. Aufgrund der im



Gutachten beschriebenen Einschränkungen sei ein mindestens 10 %iger Leidensabzug zuzulassen (IV-act. 108).

A.I. Die Versicherte wurde am 8. Februar 2017 bei vorliegender aktivierter patellafemorale Arthrose im linken Knie erfolgreich infiltriert (Bericht Klinik für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates des KSSG, IV-act. 114-3 ff.). RAD-Arzt Dr. L.____ nahm dazu Stellung, es hätten zwei operative Eingriffe (Hernie und Knie) mit gutem Erfolg stattgefunden. Ein erhebliche und dauerhafte Arbeitsunfähigkeit könne daraus sicher nicht abgeleitet werden (IV-act. 115).

A.m. Mit Verfügung vom 1. Juni 2017 wies die IV-Stelle das Leistungsbegehren unter Bezugnahme auf die Stellungnahmen des RAD und des Rechtsdienstes ab (IV-act. 116).

B.

B.a. Gegen die Verfügung vom 1. Juni 2017 erhebt A.____, vertreten durch Rechtsanwältin lic. iur. Filiz-Felice Aydemir Séquin, am 6. Juli 2017 Beschwerde. Sie beantragt, die angefochtene Verfügung sei unter Kosten- und Entschädigungsfolgen vollumfänglich aufzuheben und es sei ihr eine ganze (eventualiter Dreiviertels-, halbe oder Viertelsrente) zuzusprechen. Eventualiter sei das MEDAS-Gutachten vom 24. November 2016 unter Berücksichtigung ihres aktuellen Gesundheitszustandes durch dieselben Gutachter zu ergänzen und seien die zusätzlichen Einschränkungen aufgrund der zahlreichen Bauchoperationen gastroenterologisch-chirurgisch/ endokrinologisch zu beurteilen. Subeventualiter sei die Angelegenheit zu weiteren Abklärungen des Sachverhalts an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. Weiter sei ihr die unentgeltliche Rechtspflege zu gewähren. Psychiatrisch entfalle gemäss MEDAS-Gutachten vom 24. November 2016 eine Arbeitsunfähigkeit von 50 % auf soziokulturelle Faktoren, so dass invalidenversicherungsrechtlich eine relevante Arbeitsunfähigkeit von 50 % resultiere. Es sei nicht nachvollziehbar, dass die Beschwerdegegnerin von der gutachterlich festgestellten 50 %igen Arbeitsunfähigkeit nochmals einen 50 %igen Abzug vornehme. Es werde bestritten, dass keine objektivierbare Funktionseinschränkung vorliege. Der rheumatologische Gutachter halte eine zusätzliche Einschränkung der Arbeitsfähigkeit durch die rezidivierenden



Bauchoperationen für begründbar, was jedoch den Rahmen einer rheumatologisch-psychiatrischen Untersuchung sprengt. Damit bestätigt er eine zusätzlich zur rheumatologisch begründeten Arbeitsunfähigkeit von 20 % bestehende Arbeitsunfähigkeit, die nicht in seine Beurteilung eingeflossen sei, weil sie nicht rheumatologisch beurteilbar sei. Es seien Operationen eines Nabelbruchs und am linken Knie erfolgt, was durch die Gutachter ergänzend zu berücksichtigen sei. Es sei davon auszugehen, dass die beklagten Beschwerden aufgrund der neuerlichen Befunde/Operationen auch in somatischer Hinsicht erklärt werden könnten. Den seit 2011 ergangenen Berichten könnten entgegen dem RAD-Bericht vom 9. Dezember 2015 keine Hinweise auf Aggravation oder Simulation entnommen werden. Die im RAD-Bericht vom 21. Dezember 2016 angeführten Befunde und Inkonsistenzen seien überholt. Entgegen diesem Bericht hätten die Gutachter eine objektivierbare Verschlechterung festgestellt. Entgegen der Stellungnahme des RAD (richtig: Rechtsdienstes) vom 22. Dezember 2016 liege keine Aggravation vor. Vielmehr zeigten das intensive Aufsuchen von Behandlungsstellen und die zahlreichen Operationen die Intensität der Beschwerden. Aufgrund der von den Gutachtern beschriebenen Einschränkungen und der zusätzlichen Anforderungen an den Arbeitsplatz (zusätzliche Pausen etc.), des Übergewichts und eines deutlich erhöhten Krankheitsrisikos sei ein 10 % bis 15 %iger Leidens- und Teilzeitabzug zuzulassen (act. G 1).

B.b. Mit Beschwerdeantwort vom 2. August 2017 beantragt die Beschwerdegegnerin, die Beschwerde sei abzuweisen. Zur Begründung verweist sie auf die Stellungnahme des Rechtsdienstes vom 22. Dezember 2016 (act. G 3).

B.c. Die verfahrensleitende Versicherungsrichterin bewilligt am 4. August 2017 die unentgeltliche Rechtspflege (Befreiung von den Gerichtskosten, unentgeltliche Rechtsverteidigung; act. G 4).

B.d. Mit Replik vom 14. September 2017 hält die Beschwerdeführerin an ihrem Standpunkt fest. Die soziokulturellen Faktoren seien bereits im Rahmen der psychiatrischen Einschätzung der Arbeitsfähigkeit berücksichtigt worden. Die jüngst stattgefundenen Eingriffe beim Oberbauch und am linken Knie hätten nicht lediglich kurzfristige Veränderungen des Gesundheitszustandes bewirkt. Eine Neubeurteilung der Arbeitsfähigkeit dränge sich umso mehr auf, als der rheumatologische Gutachter



die quantitative Einschränkung der Arbeitsfähigkeit nicht habe beziffern können. Er habe eine zusätzliche Einschränkung der Arbeitsfähigkeit durch die bisherigen Bauchoperationen durchaus als begründbar erachtet. Neu könnten die Abdominalschmerzen organisch erklärt werden. Es sei nicht nachvollziehbar, inwieweit sie mit ihren zahlreichen Einschränkungen "leichtere" Arbeiten erledigen könnte (act. G 6).

B.e. Die Beschwerdegegnerin verzichtet auf eine Duplik (act. G 8).

Erwägungen

1.

1.1. Ein erstes Leistungsgesuch der Versicherten wurde mit rechtskräftig gewordener Verfügung vom 28. Januar 2008 abgewiesen (IV-act. 47; IV-act. 65). Die Beschwerdegegnerin ist auf die Wiederanmeldung vom 12. August 2015 eingetreten, hat eine bidisziplinäre Begutachtung angeordnet und das Gesuch mit angefochtener Verfügung vom 1. Juni 2017 abgewiesen (IV-act. 116). Streitig ist, ob die Beschwerdeführerin gestützt auf das neue Leistungsgesuch vom 12. August 2015 erfolgreich einen Rentenanspruch geltend machen kann.

1.2. Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) umschreibt Invalidität als voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit. Erwerbsunfähigkeit ist der durch die gesundheitliche Beeinträchtigung verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG).

1.3. Ein invalidenversicherungsrechtlich relevanter Gesundheitsschaden setzt eine auf objektivierten Beschwerden beruhende fachärztlich gestellte Diagnose nach einem wissenschaftlich anerkannten Klassifikationssystem voraus (BGE 130 V 396 E. 5.3 und E. 6, BGE 141 V 289 E. 3.2; Urteil des Bundesgerichts vom 22. Februar 2016, 8C_1/2016, E. 4.3). Erforderlich ist zudem, dass die geltend gemachten Beschwerden objektiviert werden können und sich auf die Arbeits- bzw. Erwerbsfähigkeit auswirken



(vgl. Urteile des Bundesgerichts vom 30. November 2017, 8C_350/2017, E. 5.4, und vom 27. März 2015, 8C_673/2014, E. 5.1.1; BGE 143 V 427 E. 6). Für somatisch unklare Beschwerdebilder (somatoforme Schmerzstörung und gleichgestellte Diagnosen) sowie psychische Erkrankungen wie namentlich Depressionen ist der Beweis nach dem strukturierten Verfahren mittels Indikatoren zu führen (vgl. dazu BGE 141 V 281 und BGE 143 V 428, E. 7.1). Der Beweis für eine lang andauernde und erhebliche gesundheitsbedingte Arbeitsunfähigkeit kann nur dann als geleistet betrachtet werden, wenn die Prüfung der massgeblichen Beweisthemen im Rahmen einer umfassenden Betrachtung ein stimmiges Gesamtbild einer Einschränkung in allen Lebensbereichen (Konsistenz) für die Bejahung einer Arbeitsunfähigkeit zeigt (BGE 143 V 427, E. 6 a. E.).

1.4. Nach Art. 28 Abs. 2 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG; SR 831.20) besteht Anspruch auf eine ganze Invalidenrente, wenn die versicherte Person mindestens zu 70 %, auf eine Dreiviertelrente, wenn sie wenigstens zu 60 %, auf eine halbe Rente, wenn sie mindestens zu 50 %, und auf eine Viertelsrente, wenn sie mindestens zu 40 % invalid ist. Für die Bestimmung des Invaliditätsgrades wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Valideneinkommen, Art. 16 ATSG).

1.5. Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist (BGE 125 V 261 E. 4 mit Hinweisen). Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Fachperson begründet sind (BGE 125 V 352 E. 3a mit Hinweisen; BGE 141 V 14 E. 6.3.1). Im Sinne einer Richtlinie ist den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten Gutachten von externen Spezialärzten und -ärztinnen, welche aufgrund eingehender Beobachtungen und



Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 137 V 227 E. 1.3.4; BGE 125 V 353 E. 3b/bb).

1.6. Die medizinischen Gutachter haben sich nicht auf die Diagnosestellung zu beschränken, sondern die Leistungsfähigkeit bzw. die funktionellen Auswirkungen unter Beachtung der einschlägigen Indikatoren einzuschätzen (BGE 141 V 307 E. 5.2.1; BGE 143 V 427 E. 6). Die ärztliche Arbeitsunfähigkeitsschätzung kann, zumindest ohne einlässliche Befassung mit den spezifischen normativen Vorgaben und ohne entsprechende Begründung, den rechtlich geforderten Beweis einer Erwerbsunfähigkeit (Art. 7 Abs. 2 ATSG) nicht erbringen, weil sie weitgehend vom Ermessen des Sachverständigen abhängt (BGE 143 V 427, E. 6). Die Rechtsanwendenden prüfen insbesondere, ob die Ärzte ausschliesslich funktionelle Ausfälle berücksichtigt haben, welche Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung sind (Art. 7 Abs. 2 erster Satz ATSG), sowie, ob die versicherungsmedizinische Zumutbarkeitsbeurteilung auf objektivierter Grundlage erfolgt ist (Art. 7 Abs. 2 zweiter Satz ATSG). Recht und Medizin tragen je nach ihren fachlichen und funktionellen Zuständigkeiten zur Festlegung ein und derselben Arbeitsunfähigkeit bei. Es soll keine losgelöste juristische Parallelüberprüfung nach Massgabe des strukturierten Beweisverfahrens stattfinden, sondern im Rahmen der Beweiswürdigung überprüft werden, ob die funktionellen Auswirkungen medizinisch anhand der Indikatoren schlüssig und widerspruchsfrei festgestellt wurden und somit den normativen Vorgaben Rechnung tragen (BGE 141 V 307, E. 5.2.2 f.; BGE 144 V 54, E. 4.3; Urteil des Bundesgerichts vom 2. Dezember 2019, BGE 145 V 361 E. 3.2).

1.7. Im Sozialversicherungsrecht gilt der Untersuchungsgrundsatz. Verwaltung und Sozialversicherungsgericht haben von sich aus für die richtige und vollständige Abklärung des rechtserheblichen Sachverhaltes zu sorgen (BGE 122 V 158 E. 1a). Rechtserheblich sind alle Tatsachen, von deren Vorliegen es abhängt, ob über den streitigen Anspruch so oder anders zu entscheiden ist. In diesem Rahmen haben Verwaltungsbehörden und das Sozialversicherungsgericht zusätzliche Abklärungen stets dann vorzunehmen oder zu veranlassen, wenn hierzu aufgrund der Parteivorbringen oder anderer sich aus den Akten ergebender Anhaltspunkte hinreichender Anlass besteht (BGE 117 V 282 E. 4a). Im Sozialversicherungsrecht hat das Gericht seinen Entscheid, sofern das Gesetz nicht etwas Abweichendes vorsieht, nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu fällen (vgl. BGE 126 V 360 E. 5b; BGE 125 V 195 E. 2, je mit Hinweisen).



2.

2.1. Medizinische Grundlage der angefochtenen Verfügung ist das bidisziplinäre Gutachten der MEDAS Zentralschweiz vom 24. November 2016 (IV-act. 100). Es ist im Folgenden zu prüfen, ob dieses Gutachten beweiskräftig ist. Diese Frage ist unter Mitberücksichtigung der übrigen medizinischen Akten, insbesondere der früheren Gutachten Dr. E. ___/Dr. D. ___ vom November 2006 und der MEDAS Ostschweiz vom Oktober 2007, zu beurteilen.

2.2. Die Beschwerdeführerin schilderte anlässlich der Begutachtungen vom September 2016, sie leide an Schmerzen, die hauptsächlich die ganze rechte Körperseite umfassten. Diese erstreckten sich vom Nacken, Rücken in die rechte Schulter, den rechten Arm und von der Hüfte abwärts ins rechte Bein und den Fuss. Die linke Seite sei etwas weniger schmerzhaft. Die Schmerzen seien derart intensiv, dass sie sich kaum bewegen könne. Auch das Liegen sei schmerzhaft. Nachts müsse sie aufstehen und umhergehen. Sie habe keinen durchgehenden Schlaf. Gemäss der visuellen Analogskala zur subjektiven Messung der Schmerzstärke (VAS) betrage die aktuelle Schmerzintensität VAS 6 bis 7/10, wenn sie vom Hausarzt eine Spritze erhalte VAS 2 bis 3/10 (IV-act. 100-19 f., 36). Schliesslich leide sie seit etwa 2005 oder 2007 an Bauchschmerzen. In der Bauchgegend sei etwas "gerissen", was mindestens dreimal habe genäht werden müssen. Es sei eine weitere Operation diskutiert worden. Der Schmerz sei punktförmig, als ob "etwas angehängt" würde. Beim Sitzen seien die Schmerzen geringer, alle anderen Lagen und Belastungen führten zur Verstärkung. Seit 2005 nähmen die Beschwerden stetig zu. Sie habe keine Lebensqualität mehr, sei müde, erschöpft und häufig nervös (IV-act. 100-20). Sie sitze oder liege ausschliesslich in der Wohnung. Ausser gelegentlichem Lesen (Zeitung) habe sie keine Hobbys (IV-act. 100-18). Sie schaue selten fern und sei praktisch den ganzen Tag alleine. Auch am Wochenende werde kaum je etwas unternommen. Sie habe sich schon früher nie in der Freizeit engagiert, sei praktisch während des ganzen Lebens auf die Ursprungsfamilie und heute auf die aktuelle Familie beschränkt geblieben. Im Haushalt könne sie praktisch nichts mehr machen, alle Arbeiten würden von den Töchtern übernommen. Das Leben sei langweilig, sie habe keinerlei Anregungen. Mit ihren zwei in der Schweiz lebenden Brüdern und deren Familien pflege sie noch Kontakte, mit den Eltern und dem in O. ___ lebenden Bruder werde oft telefoniert. Die Reise nach O. ___ sei dieses Jahr nicht möglich gewesen. Sie sei verzweifelt und könne nicht verstehen, wieso sie mit solchen Leiden belastet werde. Die Situation habe sich über 10 Jahre schleichend verschlimmert, mittlerweile könne sie nie mehr allein die Wohnung verlassen und nur mit Mühe die drei Geschosse bis zur Wohnungstüre hochsteigen. Sie werde zu



Terminen stets begleitet. Es fänden monatlich psychiatrische Konsultationen statt, an denen Alltäglichkeiten besprochen würden (IV-act. 100-36).

2.3.

2.3.1. Der rheumatologische Gutachter hielt fest, die "Schmerzfixierung" habe eine abschliessende Beurteilung der Funktionalität des Bewegungsapparates verunmöglicht. Während der Untersuchung seien fortlaufend Schmerzäusserungen erfolgt, selbst bei geringster Belastung und Berührung. Die Befunde seien - soweit erhebbar - praktisch überall nicht konsistent zur spontanen Beweglichkeit beim Sitzen, Entkleiden, ebenso bei wiederholter und teilweise bei abgelenkter Prüfung der einzelnen Abschnitte des Bewegungsapparates (IV-act. 100-21, 26 ff.). Eine Sonografie der rechten Schulter vom 8. September 2016, Röntgenbilder des rechten Knies sowie der LWS und der HWS vom 8. September 2016, wo sich leichte bis mässige Spondylarthrosen hauptsächlich L4 bis S1, eine möglicherweise beginnende arthrotische Entwicklung im ISG links und eine beginnende Spondylose anterior in der HWS gezeigt hätten (IV-act. 100-23), erklärten die aktuellen Beschwerden nicht. Es bestehe aber auch ein Status nach mehreren operativen Eingriffen im Abdominalbereich. Die aktuelle Untersuchung zeige eine Berührungsempfindlichkeit um den Nabel, der Bauch sei weich, die Abdominalgeräusche seien unauffällig. Zusammenfassend müsse von einem Schmerzsyndrom ohne eindeutige somatische Grundlage ausgegangen werden (IV-act. 100-27 f.). Diese Beurteilung stimmt im Wesentlichen mit den rheumatologischen Vorgutachten überein. Auch damals konnte die Beweglichkeit der Wirbelsäule nicht gezielt geprüft werden, da die Beschwerdeführerin unter Angabe von Angst vor Schmerzen nur eingeschränkt mitwirkte (IV-act. 25-6, IV-act. 34-9).

2.3.2. Hinsichtlich der abdominellen Beschwerden hielt RAD-Arzt Dr. L. ___ am 21. Dezember 2016 unter Bezugnahme auf die aktenkundigen gastroenterologischen, schmerzklinischen, chirurgischen und gynäkologischen Abklärungen fest, die Beschwerdeführerin habe multiple Fachärzte konsultiert. Die beschriebenen abdominellen Gesundheitsschäden könnten aus internistischer Sicht keine nennenswerte Arbeitsunfähigkeit begründen (IV-act. 101). Die Bauchschmerzen wurden gynäkologisch (Berichte Frauenklinik des KSSG vom 2. Oktober 2012, IV-act. 82-29 ff., vom 9. April 2013, IV-act. 82-27, vom 13. September 2013, IV-act. 82-36, und vom 24. September 2014, IV-act. 82-34), gastroenterologisch (Bericht Dr. H. ___ vom 30. April 2013, IV-act. 82-25 f.) und zweimal stationär abgeklärt (Berichte Klinik für Allgemein-, Viszeral-, Endokrin- und Transplantationschirurgie des KSSG vom 13. und



15. Oktober 2015, IV-act. 82-5 ff.). Mit dem rheumatologischen Gutachter ist mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass eine Begutachtung in weiteren medizinischen Fachgebieten keine neuen Erkenntnisse zu den Bauchschmerzen gebracht hätte.

2.3.3. Nach den gutachterlichen Untersuchungen am 8. und 13. September 2016 wurde am 23. September 2016 ein laparoskopischer Eingriff bei symptomatischer supraumbilicaler irreponibler Trokarhernie notwendig, welcher komplikationslos verlief (Klinik für Allgemein-, Viszeral-, Endokrin- und Transplantationschirurgie des KSSG, definitiver Austrittsbericht vom 27. September 2016 und Operationsbericht, IV-act. 112-3 ff.). Am 8. Februar 2017 wurde die Beschwerdeführerin wegen aktivierter patellafemorale Arthrose im linken Knie infiltriert, was zu einer Linderung der Schmerzen führte (Klinik für orthopädische Chirurgie KSSG, Operationsbericht, Berichte Nachkontrollen vom 15. Februar 2017 und vom 6. April 2017, [IV-act. 114-1 ff.]). RAD-Arzt Dr. L.____ nahm am 18. Mai 2017 abschliessend Stellung: Es hätten zwei Eingriffe mit gutem Erfolg stattgefunden. Eine erhebliche und dauerhafte Arbeitsunfähigkeit könne daraus nicht abgeleitet werden (IV-act. 115). Die Beschwerdeführerin macht zwar geltend, mit der Notwendigkeit der erneuten Operation seien die abdominellen Beschwerden zumindest teilweise organisch erklärbar (act. G 1), führt aber keine objektiven Gesichtspunkte an, welche die Beurteilung des rheumatologischen Gutachters und von RAD-Arzt Dr. L.____ in Frage stellen würden. Mithin ist das Gutachten in somatischer Hinsicht vollständig und begründet nachvollziehbar, dass für die geklagten Beschwerden kein hinreichendes organisches Korrelat erhoben werden konnte.

2.4.

2.4.1. Der psychiatrische Gutachter diagnostizierte in Übereinstimmung mit den psychiatrischen Vorgutachtern (vgl. psychiatrisches Gutachten Dr. D.____ vom 6. November 2006, IV-act. 24, und psychiatrisches Consiliargutachten Dr. G.____ vom 4. Oktober 2007, IV-act. 35) eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10: F45.41) und daneben Schwierigkeiten bei der kulturellen Eingewöhnung (ICD-10: Z60.3; IV-act. 100-38). Er hielt fest, die Beschwerdeführerin nehme sich als schwer krank und berechtigt zum Kranksein wahr (IV-act. 100-24 f., 37). Es sei schwierig, die ganze Problematik nach dem ADMP-System darzulegen. Es hätten sich weder Bewusstseins- noch Orientierungsstörungen gefunden. Aufmerksamkeit und Gedächtnis seien nicht offensichtlich beeinträchtigt, wobei das Gedächtnis aufgrund der Unschärfe der Angaben nicht habe beurteilt



werden können. Befürchtungen, Zwänge, Sinnestäuschungen oder Ich-Störungen hätten sich nicht feststellen lassen. Gestik und Mimik seien eindrücklich lebendig gewesen. Die Beschwerdeführerin habe offensichtlich sofort wahrgenommen, was gesprochen worden sei und habe bei Belanglosigkeiten auch herzlich lachen können. Diese Persönlichkeitsaspekte kontrastierten mit der Darstellung der Beschwerden. Die Beschwerdeführerin verlasse nach ihrer Auffassung aus körperlichen Gründen die Wohnung nicht mehr, die Kontakte seien immer auf ihren Kulturkreis beschränkt gewesen. Ein eindeutiger sozialer Rückzug und vegetative Störungen hätten sich nicht eruieren lassen (IV-act. 100-37). Zu der von der behandelnden Psychiaterin Dr. C.____ im Bericht vom 29. Oktober 2015 diagnostizierten rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10: F33.1), bestehend seit ca. 4 Jahren (IV-act. 80), befand der psychiatrische Gutachter, die Beschwerdeführerin habe immer lebendig gesprochen, gute Emotionen gezeigt und auf die Umgebung eingehen können. Der Verlauf sei deutlich mehr als 10 Jahre chronifiziert, sodass die Diagnose einer ausschliesslich somatisch manifestierten Depression nicht aufrecht zu erhalten sei (IV-act. 100-24, 38). Er führte aus, die Beschwerdeführerin habe auch beschrieben, dass sie schmerzbedingt ihre Vitalität verloren habe (IV-act. 100-25, 40), und ordnete damit die von der behandelnden Psychiaterin erwähnten depressiven Symptome der Schmerzstörung zu. Aufgrund dieser Diagnose ist im Folgenden zu prüfen, ob die Gutachter die Arbeitsfähigkeit unter Ausschluss IV-fremder Kriterien und nach dem strukturierten Beweisverfahren bzw. den einschlägigen Indikatoren nachvollziehbar bestimmt haben.

3.

3.1. Eine medizinische Arbeitsfähigkeitsschätzung ist invalidenversicherungsrechtlich massgebend, wenn sie ausschliesslich auf funktionellen Auswirkungen eines Gesundheitsschadens gründet und auf objektivierten Zumutbarkeitskriterien beruht. Ist dies der Fall, besteht kein Raum für eine juristische Parallelbeurteilung. Fehlt es daran, ist das Gutachten jedoch in medizinischer Hinsicht beweistauglich, sind also Anamnese, Befundaufnahme, Diagnostik und die Beschreibung der funktionellen Einschränkungen vollständig, nachvollziehbar und schlüssig und äussern sich die medizinischen Akten gegebenenfalls ausreichend zu den gemäss strukturiertem Beweisverfahren erforderlichen Indikatoren, kann die rechtsanwendende Verwaltung (im Beschwerdefall das Gericht) entsprechend den normativen Vorgaben die invalidenversicherungsrechtlich massgebliche Arbeitsfähigkeit abweichend einschätzen (vgl. E. 1.6).



3.2. Der rheumatologische Experte hielt fest, es bleibe letztlich Ermessenssache, inwieweit (subjektiv gutachterlich) das chronische Schmerzsyndrom ohne wesentliche somatische Grundlage tatsächlich die Arbeitsfähigkeit einschränke. Die "Zumutbarkeit" sei unter dieser Voraussetzung nicht mehr ein abschliessend medizinisch zu beurteilender Faktor (IV-act. 100-28). Unter Berücksichtigung der gesamten chronischen Schmerzsymptomatik sei eine mittelschwere bis schwere körperliche Tätigkeit nicht mehr sinnvoll. Dabei sei auch der Status nach verschiedenen operativen Eingriffen im Abdominalbereich berücksichtigt. Bezugnehmend auf die Vorgutachten und unter Berücksichtigung der muskulären Insuffizienz auch als Folge der Adipositas sei eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit auf 80 % nachvollziehbar, wobei evidenzbasierte Angaben fehlen würden (IV-act. 100-28). Gegenüber den Vorgutachten von 2006 und 2007 sei keine (erhebliche) Verschlechterung eingetreten (IV-act. 100-29). Dafür spricht auch, dass die analgetische Medikation tendenziell eher reduziert wurde (2007: 3 x 150 mg Tramal, 4 x 0,5 mg Novalgin, IV-act. 34-3; 2016: 2 x Novalgin und Zaldiar nach Bedarf, IV-act. 100-21). Der psychiatrische Gutachter hielt fest, wenn man die Beschwerdeführerin "als Laie" beobachte, scheine offensichtlich, dass sie nie mehr erwerbstätig sein könne. Das gesamte Unvermögen zu arbeiten, entfalle einerseits auf die psychosoziale Dimension und den soziokulturellen Hintergrund, andererseits auf psychiatrische Faktoren im engeren Sinne. Die Aufteilung sei Ermessenssache und obliege der Rechtsanwendung. Er schlage eine hälftige Annahme des soziokulturellen Anteils und der Krankheitsteile vor, mithin eine Arbeitsunfähigkeit von 50 % (IV-act. 100-40 f.). Die psychiatrische Einschätzung erfolgte somit unter Berücksichtigung der IV-fremden Faktoren und mit explizitem Vorbehalt der Rechtsanwendung.

3.3. Die Gutachter betonten zunächst übereinstimmend, die Schmerzen schränkten die Beschwerdeführerin (subjektiv) in allen Lebensbereichen massiv ein (IV-act. 100-27, 40). Der psychiatrische Gutachter führte aus, gemäss Mini-ICF-APP seien die Fähigkeit zur Anpassung an Regeln und Routinen, zur Strukturierung und Planung von Aufgaben, die Entscheidungs- und Urteilsfähigkeit, die Widerstands- und Durchhaltefähigkeit, die Konversation und Kontaktfähigkeit zu Dritten, die Gruppenfähigkeit, die Fähigkeit zu engen dyadischen Beziehungen mässig, die Flexibilität und Umstellungsfähigkeit, die Selbstbehauptungsfähigkeit, die Fähigkeit zur Selbstpflege und Selbstversorgung sowie die Mobilität und Verkehrsfähigkeit leicht und die Fähigkeiten zur Kompetenz- und Wissensanwendung sowie zu Proaktivität und Spontanaktivitäten erheblich beeinträchtigt (IV-act. 100-42 f.). Akzentuierte Persönlichkeitszüge oder gar eine Persönlichkeitsstörung werden nicht beschrieben (vgl. IV-act. 100-37). Der psychiatrische Experte fährt sodann fort, die Beschwerdeführerin schildere ihr bisheriges Leben unbeteiligt, interesselos und gebe an, sich nicht zu erinnern bzw.



nichts berichten zu können. Sie sei nicht gefordert worden, habe sich nicht assimilieren wollen und eine Familie gegründet, in welcher der Ehemann die Schutzfunktion der Ursprungsfamilie übernommen und sie sich unter Entlastung durch ihre Mutter der Kindererziehung gewidmet habe. Das Leben der Beschwerdeführerin sei auf ihre Beschwerden und ihre Familie fokussiert und es sei ihr nicht gelungen, es zu reflektieren und ihm eine übergeordnete Perspektive zu geben. Die Schmerzkrankheit oder Schmerzverarbeitungsstörung sei als neues Element aufgetreten und habe zu einer Unzufriedenheit mit dem hiesigen Gesundheitssystem, zu einem erheblichen Leidensdruck, aber auch zu einer gewissen Entlastung geführt (IV-act. 100-24 f., 37). Dies lässt auf geringe persönliche Ressourcen schliessen. Zum sozialen Kontext lässt sich dem Gutachten entnehmen, dass sich die Beschwerdeführerin schon immer ausschliesslich auf den eigenen Kulturkreis und ihr familiäres Umfeld bezogen habe, der ganze soziale Rückzug aber schleichend über die Jahre immer ausgeprägter und umfassender geworden sei (IV-act. 100-39). Der soziale Kontext sei einfach, die vier weiteren Familienangehörigen stünden im Erwerbsleben und unterstützten damit die Regression, das Schonklima der Beschwerdeführerin und entlasteten sie ganz entscheidend (IV-act. 100-40). Bereits die Vorgutachter massen dem soziokulturellen Umfeld, dem Krankheitsverständnis und einem sekundären Krankheitsgewinn eine wesentliche Bedeutung bei (IV-act. 34-15).

3.4. Zur Konsistenz hielt der rheumatologische Gutachter fest, die aktuellen Befunde seien - soweit erhebbar - inkonsistent. Die "Schmerzfixierung" verunmögliche eine abschliessende Beurteilung der Funktionalität des Bewegungsapparates (IV-act. 100-26 f.). Es bleibe rheumatologisch schwierig abschätzbar, ob die dominant vorhandene Inkonsistenz der Befunde, die passive Krankheitsbewältigung und das "eindrückliche Schmerzverhalten" während der Untersuchung bewusstseinsnah oder - fern seien. Die Beschwerdeführerin wirke auf ihn konzentriert, nicht bedrückt, sodass hinter die Konsistenz der Beschwerden (in Bezug auf den geschilderten Alltag) gewisse Fragezeichen zu setzen seien (IV-act. 100-27). Bereits die vorbegutachtenden Rheumatologen berichteten, dass die Beschwerdeführerin unter Berufung auf Schmerzen die Untersuchungen teilweise nicht zugelassen habe und Inkonsistenzen aufgefallen seien (Gutachten Dr. E. ___ vom 24. November 2006, IV-act. 25-6; Gutachten Dr. F. ___ vom 31. Oktober 2007, IV-act. 34-9), womit die Konsistenzbeurteilung nicht darauf zurückgeführt werden kann, dass zwischen dem rheumatologischen Gutachter und der Beschwerdeführerin kein konstruktiver Rapport entstehen konnte. Der psychiatrische Gutachter vermerkte eine Diskrepanz zwischen dem Zugewandtsein, der sofortigen Wahrnehmung des Gesprochenen und dem gelegentlichen herzhaften Lachen bei der Schilderung von Belanglosigkeiten einerseits



und der Darstellung der Beschwerden andererseits (IV-act. 100-37). Er führte aus, die Beschwerdeführerin gebe auch nach intensivem Rückfragen pauschal an, dass "alles immer schlimmer werde", so dass sich eine Verschlechterung des psychischen Zustandes nicht objektivieren lasse (IV-act. 100-39). Er hielt die Konsistenz jedoch in dem Sinne für gegeben, dass die Beeinträchtigungen sämtliche Lebensbereiche umfassten und im laufenden Jahr nicht einmal mehr die geschätzte Flugreise in die Heimat möglich gewesen sei (IV-act. 100-40).

3.5. Zusammenfassend ergibt sich, dass das Gutachten der MEDAS Zentralschweiz vom 24. November 2016 die Anforderungen an die Beweistauglichkeit erfüllt, was den medizinischen Teil bzw. die diagnostizierten Erkrankungen und die daraus folgenden funktionellen Beeinträchtigungen betrifft. Das rheumatologische Gutachten ist insbesondere auch hinsichtlich der abdominalen Beschwerden vollständig. Aus den Berichten der behandelnden Ärzte ergeben sich keine objektiven Aspekte, welche die Gutachter nicht berücksichtigt haben. So hat sich der psychiatrische Gutachter insbesondere auch zur von Dr. C.____ gestellten Diagnose einer Depression geäußert. Der rheumatologische Gutachter hat die für Gutachten üblichen Untersuchungen durchgeführt (IV-act. 100-21 f.). Er konnte keine durch das Schmerzsyndrom verursachten funktionellen Einschränkungen feststellen, die eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von mehr als 20 % rechtfertigen. Im Unterschied zum psychiatrischen Gutachter berücksichtigte er dabei die bei der Beschwerdeschilderung und Untersuchung aufgefallenen Inkonsistenzen. Dies erklärt auch, dass der psychiatrische Gutachter eine höhere Arbeitsunfähigkeit von 50 % in Betracht zieht. Da invalidenversicherungsrechtlich jedoch ausschliesslich objektivierbare Einschränkungen zu berücksichtigen sind und die Abwägung der Indikatoren unter Berücksichtigung der Konsistenz ein stimmiges Gesamtbild ergeben muss, hat die Beschwerdegegnerin bezüglich Arbeitsfähigkeit zu Recht auf die rheumatologische Einschätzung abgestellt.

4.

Da die Beschwerdeführerin seit über 10 Jahren vom Arbeitsmarkt abwesend ist und keine taugliche Grundlage für die Bemessung besteht, sind das Valideneinkommen sowie das Invalideneinkommen nach dem Tabellenlohn gemäss Lohnstrukturerhebung (LSE) des Bundesamtes für Statistik (BFS), Kompetenzniveau 1 bzw. Anforderungsniveau 4, Frauen, zu bemessen und ein Prozentvergleich vorzunehmen (Urteil vom 4. Februar 2015, 9C_888/2014, E. 2). Somit resultiert bei einer gemäss der rheumatologischen Einschätzung anzunehmenden Arbeitsunfähigkeit von 20 % eine invaliditätsbedingte Erwerbseinbusse von 20 %. Lediglich ein im vorliegenden Fall nicht gerechtfertigter maximaler Tabellenlohnabzug von 25 % (vgl. BGE 126 V 75) würde zu



einem Invaliditätsgrad von 40 % und somit zu einem Anspruch auf eine Viertelsrente führen. Die Beschwerdeführerin selber beantragt einen "Leidens- und Teilzeitabzug" von 10% bis 15%, wobei sie als Abzugsgründe gesundheitliche Einschränkungen, Teilzeit und Übergewicht [act. G 1 S. 12 f.] aufführt. Ob und inwieweit die von der Beschwerdeführerin geltend gemachten Faktoren abzugsrelevant sind (vgl. Urteile vom 25. November 2016, 9C_532/2016 E. 4.1.2, und vom 14. Oktober 2019, 9C_400/2019 E. 4), kann dahingestellt bleiben. Selbst wenn ein Tabellenlohnabzug in der beantragten Höhe gewährt würde, wäre ein Invaliditätsgrad in rentenrelevanter Höhe nicht erreicht. Der Maximalabzug ist jedenfalls offenkundig nicht zu rechtfertigen.

5.

5.1. Nach dem Gesagten ist die Beschwerde abzuweisen.

5.2. 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 in der vorliegend zu beurteilenden Angelegenheit als angemessen. Der unterliegenden Beschwerdeführerin sind die Gerichtskosten vollumfänglich aufzuerlegen. Zuzufolge unentgeltlicher Rechtspflege ist sie von der Bezahlung zu befreien.

5.3. Der Staat bezahlt zufolge unentgeltlicher Rechtsverteidigung die Kosten der Rechtsvertretung der Beschwerdeführerin. Die Parteientschädigung wird vom Versicherungsgericht festgesetzt und ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache und nach der Schwierigkeit des Prozesses bemessen (Art. 61 lit. g ATSG). In der Verwaltungsrechtspflege beträgt das Honorar vor Versicherungsgericht nach Art. 22 Abs. 1 lit. b HonO pauschal Fr. 1'500.-- bis Fr. 15'000.--. Die Rechtsvertreterin der Beschwerdeführerin hat keine Kostennote eingereicht. In der vorliegend zu beurteilenden Angelegenheit erscheint mit Blick auf vergleichbare Fälle eine pauschale Parteientschädigung von Fr. 3'500.-- angemessen. Diese ist um einen Fünftel zu kürzen (Art. 31 Abs. 3 des Anwaltsgesetzes, sGS 963.70). Somit hat der Staat die Rechtsvertreterin der Beschwerdeführerin pauschal mit Fr. 2'800.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) zu entschädigen.

5.4. Eine Partei, der die unentgeltliche Rechtspflege gewährt wurde, ist zur Nachzahlung verpflichtet, sobald sie dazu in der Lage ist (Art. 123 der Schweizerischen Zivilprozessordnung [ZPO; SR 272] i.V.m. Art. 99 Abs. 2 des Gesetzes über die Verwaltungsrechtspflege [VRP; sGS 951.1]).

Entscheid



im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP

1.

Die Beschwerde wird abgewiesen.

2.

Die Beschwerdeführerin wird von der Bezahlung der Gerichtsgebühr in der Höhe von Fr. 600.-- zufolge unentgeltlicher Rechtspflege befreit.

3.

Der Staat entschädigt die Rechtsvertreterin der Beschwerdeführerin zufolge unentgeltlicher Rechtsverteistandung mit Fr. 2'800.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer).