



Fall-Nr.: IV 2017/43
Stelle: Versicherungsgericht
Rubrik: IV - Invalidenversicherung
Publikationsdatum: 27.02.2020
Entscheiddatum: 09.07.2019

Entscheid Versicherungsgericht, 09.07.2019

Beweiswürdigung bezüglich der medizinischen Aktenlage mit mehreren Gutachten über einen längeren relevanten Zeitraum hinweg. Infolge der Ergebnisse der jüngsten Begutachtung Abklärungsbedarf betreffend die Arbeitsunfähigkeitsatteste für die Zeit vor der MEDAS-Begutachtung (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 9. Juli 2019, IV 2017/43).

Entscheid vom 9. Juli 2019

Besetzung

Versicherungsrichterin Karin Huber-Studerus (Vorsitz), Versicherungsrichterin Monika Gehrler-Hug, Versicherungsrichter Ralph Jöhl; Gerichtsschreiberin Fides Hautle

Geschäftsnr.

IV 2017/43

Parteien

A.____,

Beschwerdeführerin,

vertreten durch Rechtsanwältin Karin Herzog, M.A. HSG in Law, Amparo Anwälte und Notare, Neugasse 26, Postfach 148, 9001 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 6./9. Dezember 2011 (IV-act. 1) zum Bezug von Leistungen der Invalidenversicherung an. Sie habe die Grundschule im Heimatland besucht und sei in der Schweiz seit 1989 als Produktionsmitarbeiterin tätig. Sie sei Mutter von zwei Kindern (geboren 19__ und 19__). Seit 2010 leide sie an einer Diskushernie.

A.b. Gemäss dem Gesprächsprotokoll vom 3. Januar 2012 (IV-act. 11 und 14) gab Dr. med. B.____, FMH Allgemeine Medizin, dem Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD) der Invalidenversicherung als Diagnosen bekannt (verkürzt wiedergegeben): lumbale Diskushernie L4/5, L5/S1, ausgedehnte Lungenembolie, Entwicklung einer depressiven Komponente. Die Versicherte sei seit dem 10. August 2011 voll arbeitsunfähig. - Dr. med. C.____, Facharzt FMH für Neurochirurgie, hatte in einem Bericht vom 2. Dezember 2011 (IV-act. 12) als Diagnose einen Verdacht auf ein Facettengelenkssyndrom rechtsseitig bei Status nach mikrochirurgischer Fenestration L4 - S1 links am 22. September 2011 angegeben. Es liege noch eine massive Einschränkung der Rückenbeweglichkeit vor (Finger-Boden-Abstand [FBA] 50 cm). Die Facettenprovokationszeichen an der LWS seien rechts und links positiv. Eine Lähmung bestehe ganz leicht bei der Grosszehen-Hebung und bei der Fuss-Hebung. Rechts bestehe infolge der linksseitigen Fenestration ein statisches Problem. Wegen der Antikoagulation dürfe er zurzeit (bis mindestens März 2012) keine [nötigen] Facetteninfiltrationen durchführen. Bis Dezember 2011 habe er die Versicherte krankgeschrieben; danach wolle sie selber einen Arbeitsversuch mit einem Pensum von 50 % starten. In der Arbeitgeberbescheinigung vom 10. Januar 2012 (IV-act. 15) wurde angegeben, die Versicherte verdiene einen Monatslohn von Fr. 5'110.--



zuzüglich Schichtzulagen von Fr. 85.80. Im Jahr 2009 habe sie Fr. 69'202.10, 2010 Fr. 59'564.25 und 2011 Fr. 41'838.15 verdient. - In seinem IV-Arztbericht vom 14. Februar 2012 (Eingang, IV-act. 19) gab Dr. C.____ bekannt, vom 23. September 2011 bis 31. Januar 2012 (IV-act. 19-2) habe volle Arbeitsunfähigkeit bestanden, seither sei bei ihm keine Konsultation mehr erfolgt. In rückenadaptierter Tätigkeit sei die Versicherte zurzeit zu 50 % arbeitsfähig (dies sollte ab Januar 2012 der Fall sein, wobei ihm diesbezüglich kein genauer Bericht vorliege, IV-act. 19-3 f.), ab Juni 2012 sollte die Versicherte zu 100 % arbeitsfähig sein (IV-act. 19-3). In einem Bericht an Dr. B.____ vom 16. März 2012 (IV-act. 22-2 f.; vgl. IV-Verlaufsbericht vom 2. April 2012, IV-act. 22-1) erklärte der Arzt, die Beinschmerzen der Versicherten seien komplett verschwunden und die Lähmung im linken Bein habe sich fast komplett zurückgebildet, dagegen bestünden noch eine leichte Hypästhesie an der linken Grosszehe und am Vorfuss linksseitig sowie Rückenschmerzen im Zugangsbereich. Wenn ab dem 3. April 2012 keine Antikoagulation mehr stattfinde, könne man ab dem 10. April 2012 eine Facetteninfiltration LW4-S1 machen. Leider sei der Verlauf ein Klassiker; er hätte schon vor der Operation sagen können, dass die Versicherte wegen postoperativer Rückenschmerzen schwer in Mitleidenschaft gezogen sei. Er sehe relativ wenig langfristig positive Therapie-Optionen. Die Versicherte arbeite zurzeit zu 20 % bis zum 3. April 2012; dann sollte ein 40-prozentiger Arbeitsversuch erfolgen. Langfristig werde man eine Beschäftigung in rückenadaptierter Tätigkeit zu 50 % anstreben können. Am 30. April 2012 (IV-act. 26) gab Dr. C.____ auf Anfrage an, der Gesundheitszustand der (sicherlich motivierten) Versicherten, deren Beschwerden durch die Abnutzungen der LWS erklärt würden, sei stationär und weitere Therapieoptionen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit bestünden nicht. Die Arbeitsfähigkeit in angestammter Tätigkeit betrage maximal 33 %, jene in optimal angepasster Tätigkeit zurzeit 50 % und prognostisch wahrscheinlich 75 %, bei gutem Verlauf auch 100 %. - Die Versicherte hatte am 29. März 2012 (IV-act. 21) erklärt, sie habe anfangs Februar 2012 die Tätigkeit wieder zu etwa 20 % aufnehmen können. Die Arbeitgeberin hatte am 2. März 2012 (IV-act. 24) mitgeteilt, die Versicherte erbringe (in den 20 %) eine gute Leistung (IV-act. 24-2). Die Krankentaggeldversicherung erklärte am 4. April 2012 (IV-act. 24), Dr. B.____ werde eine Zweitmeinung (zur Auffassung von C.____, wonach längerfristig eine Besserung mit 50 % Arbeitsfähigkeit möglich und eine volle Arbeitsfähigkeit fraglich sei) veranlassen; bis dahin werde die Versicherte zu 20 % weiterarbeiten. -



St.Galler Gerichte

Dr. D.____, Chiropraktorin, teilte am 11. Mai 2012 (IV-act. 29) mit, ein MRI vom April 2010 habe eine kleine mediane Diskushernie L5/S1 und eine Protrusion L4/5 gezeigt. Im Juni 2011 habe sich die Versicherte mit einer progredienten unteren Lumbalgie gezeigt. Der Pseudo-Lasègue-Test sei links endphasig positiv gewesen mit Schmerzprovokation lumbal. Durch die Behandlung habe sie zunächst eine kontinuierliche Besserung erfahren. Nach einem einmonatigen Behandlungsunterbruch im Sommer und langem Verharren im Auto sei eine deutliche Exazerbation erfolgt. Ein MRI vom 12. August 2011 habe nahezu stationäre Diskopathien L4/5 und L5/S1 gezeigt. Ende Dezember 2011 sei die Versicherte frustriert gewesen, da nach der Operation und den Komplikationen trotz maximaler Brufen-Einnahme ständig Schmerzen bestanden hätten. - Am 11. Mai 2012 stellte die Versicherte zufolge Schmerzzunahme die Arbeit ein (KV-act. 2-19). - In einem IV-Verlaufsbericht vom 16. Juli 2012 (IV-act. 31) erklärte Dr. B.____, sie sei zurzeit in jeglicher Tätigkeit zu maximal zwei Stunden pro Tag arbeitsfähig, das heisse zu 20 %. Seit dem 25. Juni 2012 mache sie einen erneuten Arbeitsversuch mit zweistündigem Einsatz. Es bestehe ein Failed back surgery-Syndrom. Beigelegt waren Berichte der Neurochirurgie am Kantonsspital St. Gallen vom April und Mai 2012 und von Dr. med. E.____, Facharzt für Neurochirurgie, vom 12. Juni 2012. Letzterer hatte wie die Abteilung Neurochirurgie am Kantonsspital zu Facettengelenksinfiltrationen geraten. Diese Abteilung (Bericht von Assistenzärztin F.____) hatte unter anderem das Failed back surgery-Syndrom bei therapieresistenten mittelstarken bis starken Lumbalgien und gering-gradiger Grosszehenheberschwäche linksseitig diagnostiziert. Bezüglich der empfohlenen gestaffelten Facettengelenksinfiltration auf Höhe LWK3/4 und LWK4/5 habe die Versicherte Ängste geäussert, zumal es nach zweifacher lumbaler periradikulärer Therapie postinterventionell zu akuter Schmerzexazerbation und vorübergehender selbstlimitierender Paraparese gekommen sei. - Am 25. Juli (recte [gemäss Dr. B.____]: Juni) 2012 hatte die Versicherte die Arbeit bei unveränderten Schmerzen wieder aufgenommen (vgl. KV-act. 2-14). Auch am 15. August 2012 übte sie noch das Pensum von etwa zwei Stunden pro Tag aus (vgl. KV-act. 2-11). - In einem IV-Arztbericht vom 7. September 2012 (IV-act. 34) gab die Neurochirurgie am Kantonsspital St. Gallen an, die Versicherte sei erstmals am 4. September 2011 ambulant vorstellig geworden. Es sei der Verdacht auf ein ISG-Syndrom links bei akut exazerbierter Lumbalgie geäussert worden. Eine ISG-Infiltration habe die Versicherte damals wegen bisher äusserst



schlechter Erfahrung (massive Schmerzzunahme und stundenlang anhaltende Paraparese der unteren Extremitäten nach zwei periradikulären Therapien) abgelehnt. Sie leide weiterhin an therapieresistenten mittelstarken und teilweise invalidisierenden Lumbalgien mit sensomotorischem Defizit im Bereich der linken unteren Extremität. Unter der aktuellen konservativen Therapie mit oralen Analgetika und physiotherapeutischen Massnahmen sei es bisher zu keiner Besserung des Beschwerdebildes gekommen. Zu empfehlen seien eine weitere Abklärung durch das Schmerzzentrum mit Ausbau der vorbestehenden oralen Analgetikatherapie und - aufgrund des bewegungsabhängigen Schmerzes, der tief lumbalen Druckdolenzen über dem Prozessus spinosi und eines bildmorphologischen Nachweises von entzündlich veränderten Spondylarthrosen - eine gestaffelte diagnostische therapeutische Facettengelenksinfiltration. Die erstgenannte Massnahme könnte eine Besserung grösstenteils bewirken; in wie weit die Infiltrationen eine dauerhafte Reduzierung der Beschwerdesymptomatik bewirken werde, sei nicht abzusehen. In erster Linie sollte die Schmerzursache genau lokalisiert werden. Aufgrund der invalidisierenden Schmerzen und einer proximalen Schwäche der Beinmuskulatur sei für die Versicherte ein Stehen am Fließband für längere Zeit mit Heben in Rotationsbewegungen kritisch. Es müsste erhoben werden, wie hoch die maximale Belastung sei und ob die Versicherte am Fließband zeitweise sitzen könne, und es sei eine Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit in einer Rehabilitationsklinik zu empfehlen.

A.c. Am 10. September 2012 (IV-act. 36) berichtete Dr. B.____, er habe die Versicherte wegen zunehmend psychisch bedingter Arbeitsunfähigkeit zur ambulanten psychosomatischen Rehabilitation in die Klinik G.____ gewiesen. - Diese Klinik (Dr. med. H.____, Psychiatrie und Psychotherapie FMH) hatte am 16. August 2012 (IV-act. 37) berichtet, es liege eine Anpassungsstörung mit Angst und Depression gemischt bei anhaltenden muskulo-skelettalen Schmerzen vor. Ab 27. August 2012 sei eine mindestens vier Wochen dauernde ambulante integrative psychosomatische Behandlung geplant.

A.d. Dr. B.____ teilte im Verlaufsbericht vom 11. Dezember 2012 (IV-act. 40) mit, ab 22. November 2012 habe die Versicherte ihre Tätigkeit unter starken Schmerzen wieder zu 50 % aufgenommen. Die Neurochirurgie am Kantonsspital St. Gallen (F.____) gab am 11. Dezember 2012 (IV-act. 42) (so weit ersichtlich) nochmals den gleichen Bericht ab



wie am 7. September 2012. Am 7. September 2012 (IV-act. 42-5) hatte sie Dr. B.____ erklärt, die Versicherte habe (vor einer allfälligen Facettengelenksinfiltration) den Therapieerfolg der vierwöchigen Behandlung in der Klinik G.____ abwarten wollen. - Am 31. Januar/8. Februar 2013 (IV-act. 46) wurde eine Zielvereinbarung betreffend den Eingliederungsplan getroffen (Arbeitsplatzerhalt, Einsatzmöglichkeiten wahrnehmen, Arbeitsfähigkeit von 50 % verwerten, Steigerung nach medizinischer Situation). - Gemäss einem Assessmentprotokoll vom 13. Februar 2013 (IV-act. 47) hatte die Krankentaggeldversicherung vorgesehen, eine Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit zu veranlassen. - Am 14. Februar 2013 (IV-act. 48) sprach die Sozialversicherungsanstalt/IV-Stelle des Kantons St. Gallen der Versicherten Beratung und Unterstützung bei der Erhaltung des Arbeitsplatzes (Arbeitsvermittlung) zu.

A.e. Die Klinik G.____ gab am 4. März 2013 (IV-act. 49) an, die Versicherte sei vom 27. August 2012 bis 5. Oktober 2012 aus rein psychiatrischer Sicht voll arbeitsunfähig gewesen und sei ab 7. Oktober 2012 diesbezüglich wieder voll arbeitsfähig. - In einem Bericht an Dr. B.____ vom 9. November 2012 (IV-act. 54-6 ff.) nannte Dr. med. I.____, Innere Medizin und Rheumatologie FMH, als Diagnosen (verkürzt wiedergegeben) ein chronisches lumbal-betontes Panvertebralsyndrom mit spondylogenen Ausstrahlungen in die Extremitäten, chronische Fersenschmerzen bds., postoperative Lungenembolien, Anpassungsstörung mit Angst und Depression gemischt anamnestisch und Adipositas. Eine Steigerung der Arbeitsfähigkeit über drei Stunden hinaus (mit dieser ausgeübten Tätigkeitsdauer scheine sie völlig am Limit zu sein) dürfte vorderhand nicht möglich sein. Die von der Versicherten beklagten Schmerzen der Extremitäten seien nach seiner Auffassung auf spondylogene Ausstrahlungen zurückzuführen, insbesondere auch die plantaren Fersenschmerzen bei Tendomyosen der Wadenmuskulatur. Medikamentös könnte ein Versuch mit einem stärkeren Opiat gemacht werden. Beim ausführlich beschriebenen Status war in einer Hinsicht (beidseits deutlich verminderte Greifkraft der Hände) eine eingeschränkte Compliance erwähnt worden. Die Abduktion/Elevation der Arme sei aktiv bis 120° möglich gewesen, mit starken Schmerzen im Bereich der BWS und der LWS, passiv habe volle Beweglichkeit bestanden. Die Aussenrotation der Hüftgelenke beidseits sei deutlich eingeschränkt gewesen bei Gegenspannen (IV-act. 54-8). Im IV-Verlaufsbericht vom 19. März 2013 (IV-act. 54) gab Dr. I.____ an, die bisherige Tätigkeit sei der Versicherten noch an zwei bis drei Stunden pro Tag



zumutbar, leichte Arbeiten in Wechselbelastung wären ihr, soweit rückblickend beurteilbar, wahrscheinlich für etwa drei bis vier Stunden pro Tag möglich. Ob dabei eine verminderte Leistungsfähigkeit bestehe, lasse sich nicht beurteilen, weil nicht bekannt sei, welche Arbeiten sie durchführen könnte. Angesichts unter anderem der Multimorbidität sei eine multidisziplinäre Begutachtung nötig. - Das Schmerzzentrum am Kantonsspital St. Gallen erklärte am 26. März 2013 (IV-act. 58), nach nur einer Konsultation sei das Ausmass der sicherlich bestehenden Verminderung der Leistungsfähigkeit schwer zu beurteilen.

A.f. Am 4. Juni 2013 reichte die Krankentaggeldversicherung der Versicherten ihre Akten ein (IV-act. 62). Darunter befanden sich ein orthopädisches Gutachten von Dr. med. J.____, Fachärztin für Orthopädie und Traumatologie des Bewegungsapparates, vom 20. März 2013 (KV-act. 6-1 bis 13) und ein psychiatrisches Gutachten des K.____ (Dr. med. L.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH) vom 5. April 2013 (KV-act. 6-14 bis 26). Dr. J.____ hatte angegeben, es bestünden bei der Versicherten erhebliche Beschwerden lumbal bei Fehlstatik, einer Haltungsinsuffizienz, muskulärem Hartspann und verschmächtigter Rumpfmuskulatur nach Bandscheibenoperation in den unteren zwei Etagen 9/2011, kein nervenwurzelbezogenes neurologisches Defizit, eine Epicondylitis humeri ulnaris beidseits und eine Fehl- und Überlastung des Bewegungsapparates bei steigendem Körpergewicht und einem Übergewicht von derzeit 17 kg. Zurzeit bestehe bei der Versicherten kein Arbeitsvermögen. Sinnvoll seien eine Miederversorgung und Physiotherapie zur Stärkung der Rumpfmuskulatur. Nach Linderung der Beschwerden sollte zügig mit medizinischer Trainingstherapie begonnen werden. Nach Beginn intensiver Therapiemassnahmen sollte eine Wiederaufnahme der zuletzt ausgeübten Tätigkeit möglich sein, nach etwa sechs Wochen mit einem Pensum von 50 %, unter rascher Steigerung auf 75 % und auf 100 % nach jeweils vierzehn Tagen. Dr. L.____ hatte bei der Diagnose einer mittelgradigen depressiven Episode mit deutlich reaktiven Anteilen erklärt, sechs Wochen nach dem Begutachtungstermin (vom 26. März 2013) könne aus psychiatrischer Sicht eine Arbeitsfähigkeit von 50 % (bei voller Leistung) erreicht und die Arbeitsfähigkeit dann nach je vierzehn Tagen um 25 % gesteigert werden, so dass ab Juni 2013 wieder volle Arbeitsfähigkeit bestehe.



A.g. Der RAD nahm am 8. Mai 2013 einen stabilen Gesundheitszustand und volle Arbeitsunfähigkeit der Versicherten an (vgl. IV-act. 78-2). - Am 21. Juni 2013 (IV-act. 64) wurde bekannt, dass die Versicherte seit dem 10. Juni 2013 bis voraussichtlich 24. Juni 2013 im Kantonsspital St. Gallen hospitalisiert sei. - In einem Arztbericht vom 5. Juli 2013 (IV-act. 66) gab Dr. B.____ an, sie sei seit dem 3. Juni 2013 zu 25 % (zwei Stunden) arbeitsfähig, ab dem 1. Juli 2013 dreieindrittel Stunden und ab dem 15. Juli 2013 versuchsweise an viereinviertel Stunden (also ohne Berücksichtigung Hospitalisation vom 10. bis 24. Juni 2013). - Bei Dr. med. M.____, Psychiatrie und Psychotherapie FMH, hatte die Versicherte gemäss einem Protokoll des RAD über ein Gespräch vom 4. September 2013 (IV-act. 69 f.) drei Mal in Behandlung gestanden. - Die Abteilung Rheumatologie und Rehabilitation des Departements Innere Medizin am Kantonsspital St. Gallen gab im Kurzbericht Ambulante Konsultation vom 24. Oktober 2013 (IV-act. 74-6 f.) als Diagnosen (verkürzt) an (erstens) eine axiale Spondyloarthritis, (zweitens) ein chronifizierendes Schmerzsyndrom lumbal, Gerbershagen-Stadium 3, (drittens) eine posttraumatische Belastungsstörung bei St. n. Infiltrations-Paraparese 2011 und St. n. Lungenembolie perioperativ 24.09.2011, (viertens) eine mittel- bis schwergradige Depression und (fünftens) ein St. nach postoperativer bilateraler Lungenembolie perioperativ. Im Rahmen der (stationären) rheumatologischen Komplexbehandlung (vgl. IV-act. 85-7, Austrittsbericht) hatte auch die Psychosomatik des Departements Innere Medizin am 10. Juli 2013 konsiliarisch Bericht erstattet (IV-act. 74-10 f.). - Dr. B.____ gab am 12. November 2013 (IV-act. 74) bekannt, die Versicherte arbeite zurzeit an vier Stunden pro Tag. - Die Schmerzlinik am Kantonsspital St. Gallen hielt im Bericht vom 14. November 2013 (IV-act. 75) fest, es sei bei der Versicherten ein positives HLA-B27 nachgewiesen worden. - In einem Verlaufsprotokoll der IV-Eingliederungsberatung vom 30. Dezember 2013 (IV-act. 78) wurde festgehalten, nach Auslaufen der Krankentaggelder im Juni 2013 sei der Arbeitsvertrag auf ein Pensum von 50 % angepasst worden. Eine weitere Steigerung habe die Versicherte nicht erreichen können. Nach ihrer Auffassung könne sie erst dann eventuell wieder mehr arbeiten, wenn die Schmerzen weg seien. Nach einem Strategie-Protokoll vom 7. Januar 2014 (IV-act. 79) würden die beruflichen Massnahmen abgeschlossen und die Rente geprüft. - Der RAD veranlasste am 7. Januar 2014 (IV-act. 80) eine weitere Aktenergänzung. - Am 8. Januar 2014 (IV-act. 82) teilte die Sozialversicherungsanstalt/IV-Stelle des Kantons St. Gallen der



St.Galler Gerichte

Versicherten mit, es seien keine weiteren beruflichen Massnahmen mehr angezeigt. - In einem IV-Arztbericht vom 16. Januar 2014 (IV-act. 85) gab die Abteilung Rheumatologie und Rehabilitation des Departements Innere Medizin am Kantonsspital St. Gallen (Dr. med. N.____, Facharzt Physikalische und Rehabilitative Medizin) an, die Versicherte sei zu 50 % arbeitsunfähig. In einem beigelegten Bericht vom 31. Dezember 2013 an Dr. B.____ (IV-act. 85-18 f.) hatte sie unter anderem eine Ovarialzyste rechts mit V. a. Übertragungsschmerz diagnostiziert. - Der RAD veranlasste am 12. März 2014 (IV-act. 87) das Einholen weiterer Angaben. - Dr. med. O.____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, gab in ihrem IV-Arztbericht vom 31. Mai 2014 (IV-act. 93) an, sie behandle die Versicherte seit dem 7. Dezember 2013. Es lägen eine Dysthymia, die axiale Spondyloarthritis HLA-B27 positiv, eine posttraumatische Belastungsstörung, ein Verdacht auf ängstlich vermeidende, selbstunsichere, abhängige Persönlichkeitsakzentuierung, ein Zustand nach Lungenembolie und ein chronifiziertes Schmerzsyndrom lumbal vor. Die Versicherte arbeite zurzeit zu 50 % in Schicht (IV-act. 93-7) bzw. sei in diesem Ausmass arbeitsunfähig (IV-act. 93-2). Die bisherige Tätigkeit sei aber kaum zumutbar, eventuell in geringerem Pensum als zurzeit. Zumutbar seien Tätigkeiten mit wechselnder Körperhaltung und in geringerem Arbeitspensum. Die Leistungsfähigkeit sei zu 70 bis 80 % vermindert (IV-act. 93-8). - Dr. B.____ berichtete am 3. Juli 2014 (IV-act. 96), der Zustand der Versicherten habe sich verschlechtert. Eine Kryorhizotomie des ISG links vom 14. Mai 2014 sei ohne Erfolg geblieben. Wegen der subjektiv empfundenen massivsten Schmerzen sei die Versicherte gemäss der behandelnden Psychiaterin vom 10. Juni 2014 bis 30. Juni 2014 voll arbeitsunfähig geschrieben worden. Danach sei die bisherige Tätigkeit wahrscheinlich wieder zu 50 % (ohne Einschränkung) zumutbar. - Am 8. Oktober 2014 (IV-act. 98) nahm die Sozialversicherungsanstalt/IV-Stelle eine polydisziplinäre medizinische Untersuchung der Versicherten in Aussicht (Auftrag am 1. Mai 2015, IV-act. 103, vgl. auch IV-act. 108).

A.h. Am 25. August 2015 erstattete die Medexperts AG das Gutachten (IV-act. 109). Bei zahlreichen orthopädischen (Haupt-) Diagnosen (etwa chronische lumbospondylogene und intermittierende lumboradikuläre Schmerzen, Osteochondrose LWK5/SWK1 und mässige Spondylarthrosen mit kleinvolumigen Rezidiv-Diskushernien L4/5 und L5/S1 ohne Nervenwurzelkompression, Status nach



St.Galler Gerichte

Sequestrotomie DH LW4/5 und L5/S1, St. nach zweimaliger periradikulärer Infiltration L4/5, nach Denervation des linken ISG, Chronifizierte Rückenschmerzen [Gerbershagen Stadium 3, nozizeptiv], Knieschmerzen links bei gering symptomatischer Innenmeniskushinterhornläsion, Fasciitis plantaris links und Achillodynie links, Knick-Senk-Spreizfuss beidseits) und einer rheumatologischen Diagnose (Chronifizierendes lumbospondylogenes Schmerzsyndrom beidseits mit Schmerzausweitung im Sinn von unspezifischen Polyarthralgien und eines panvertebralen Schmerzsyndroms; mit diversen Unteraspekten) sowie bei der psychiatrischen (Haupt-) Diagnose einer leichten bis mittelgradigen depressiven Störung (nebst verschiedenen Nebendiagnosen; IV-act. 109-67 f.) wurde der Versicherten für die angestammte Tätigkeit eine Arbeitsunfähigkeit von 50 % attestiert (IV-act. 109-75 f.). In einer adaptierten, erwähnten Kriterien entsprechenden Tätigkeit bestehe polydisziplinär gesehen ab 22. November 2012 eine Arbeitsfähigkeit von 70 %. Die Kriterien seien erfüllt in körperlich leichten, wechselbelastenden Tätigkeiten ohne wirbelsäulenbelastende Arbeiten (wie Heben oder Tragen von Lasten über fünf bis 7.5 kg, ohne repetitive Wirbelsäulenflexionen/-extensionen/-torsionen, ohne Wirbelsäulenzwangshaltungen) und (wegen der Kniepathologie links) ohne Arbeiten im Knien oder in der Hocke. 70 % betrage auch die Arbeitsfähigkeit aus psychiatrischer Sicht (IV-act. 109-76). Aus rheumatologischer Sicht seien die Behandlungsmöglichkeiten weitgehend ausgeschöpft; nach einer ganzheitlich ausgerichteten medizinischen Rehabilitation wäre eine Steigerung möglich. Auch aus orthopädischer Sicht sei eine Steigerung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit danach möglich (IV-act. 109-77). Eine psychiatrisch-psychotherapeutische Therapie sei unabdingbar (a.a.O.). Aus aktueller rheumatologischer und orthopädischer Sicht schein eine Steigerung des aktuell 50 % betragenden Pensums in der (bisherigen) überwiegend im Stehen auszuübenden Tätigkeit als Betriebsmitarbeiterin aufgrund der objektivierbaren pathologischen klinischen und radiologischen Befunde nicht realisierbar. Die Stelle sei der Versicherten allerdings auf den 31. Dezember 2015 gekündigt worden (IV-act. 109-78).

A.i. Der RAD hielt am 15. September 2015 (IV-act. 110) dafür, auf das Gutachten könne abgestellt werden. Bei sehr tiefer Selbsteinschätzung der körperlichen Leistungsfähigkeit hätten sich bei der klinischen Untersuchung Inkonsistenzen gezeigt: der Finger-Boden-Abstand sei nicht lege artis prüfbar gewesen, doch sei das Lasègue-



Zeichen beidseits negativ gewesen, habe der Langsitz problemlos ausgeführt werden können und hätten sich klinisch keine Hinweise für eine lumboradikuläre Reiz- oder sensomotorische Ausfall-Symptomatik gefunden. In den vorgängig durchgeführten postoperativen MRI-Verlaufsuntersuchungen der LWS hätten sich im Verlauf unveränderte kleinvolumige Discushernien L4/5 und L5/S1 ohne Neurokompression gezeigt.

A.j. Mit Vorbescheid vom 13. November 2015 (IV-act. 114) stellte die Sozialversicherungsanstalt/IV-Stelle des Kantons St. Gallen der Versicherten die Zusprache einer Viertelsrente ab 1. August 2012 in Aussicht. Mit der Arbeitsfähigkeit von 70 % könnte sie in angepasster Tätigkeit jährlich Fr. 36'010.-- erzielen, weshalb im Vergleich zum Valideneinkommen von Fr. 67'724.-- ein Invaliditätsgrad von 47 % vorliege.

A.k. Die Versicherte liess mit Einwand vom 7. Dezember 2015 (IV-act. 115) die Zusprache der gesetzlichen Leistungen und eventualiter weitere Abklärungen beantragen. Am 15. April 2016 brachte Rechtsanwältin Karin Herzog, M.A. HSG in Law, unter Beilage von drei medizinischen Berichten (Kliniken Valens, 7. Oktober 2015; Psychiatrische Klinik P.___, 28. Januar 2016; Dr. Q.___, 13. April 2016) ergänzend vor, das Gutachten der Medexperts AG sei unklar, unvollständig und widersprüchlich. Die Abklärungen seien ungenügend. - Am 7. Oktober 2015 (IV-act. 125) hatte die Abteilung Psychosomatik an den Kliniken Valens in Ergänzung zu einem interdisziplinären Austrittsbericht (so weit ersichtlich nicht vorhanden) berichtet, es liege eine mittelgradige depressive Episode mit somatischem Syndrom vor. Bei Eintritt der Beschwerdeführerin sei diese (depressive Episode) bereits wirksam antidepressiv behandelt gewesen, unter medikamentöser Therapie habe sie bei sehr ungünstigen psychosozialen verlaufsbestimmenden Faktoren persistiert und im Vorfeld der Entlassung exazerbiert. Sie sei zunehmend mit Panikattacken und soziophoben Tendenzen vergesellschaftet gewesen. Zunächst habe die Beschwerdeführerin keine spezifischen psychischen Beschwerden beklagt. Mit zunehmender Therapiedauer habe sie sich geöffnet und von ihrer über weite Strecken der Hospitalisation dissimulierten seelischen Not berichtet. Es beschäftigten sie vor allem der Verlust der langjährigen Arbeitsstelle und die seit geraumer Zeit als sehr unglücklich bezeichnete eheliche Situation. - Die Psychiatrische Klinik P.___ hatte am 28. Januar 2016 (IV-act. 126)



St.Galler Gerichte

erklärt, als psychiatrische Diagnose bestünden bei der Beschwerdeführerin eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode, mit somatischem Syndrom, und eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung. Die Beschwerdeführerin sei von den Kliniken Valens zugewiesen worden (sie habe von einem Suizidversuch berichtet). Wegen ausgeprägter Nebenwirkungen sei eine medikamentöse Umstellung erfolgt. Ein Medikament sei sistiert worden. Da die Beschwerdeführerin mit zunehmenden Schmerzen reagiert habe, sei in Absprache mit der Abteilung Rheumatologie und Rehabilitation des Departements Innere Medizin am Kantonsspital St. Gallen ein anderes Mittel installiert worden, worunter sich die Schmerzen etwas gebessert hätten. Mit der körperlichen Erkrankung und dem Arbeitsplatzverlust sei der Beschwerdeführerin das selbstverständliche Funktionieren (bzw. die Flucht in die Arbeit) nicht mehr möglich. Das habe eine schwere narzisstische Krise ausgelöst und es verbleibe ihr weniger Raum für andere Möglichkeiten der Kompensation der ehelichen Krise. - Dr. Q.____ hatte am 13. April 2016 (IV-act. 127) geschrieben, die gestellten Diagnosen der Persönlichkeitsakzentuierung und die Dysthymia seien im ambulanten Behandlungsverlauf über 30 Monate hinweg abzuwandeln in jene einer phobischen Störung (soziale Phobie) und einer Traumafolgestörung (aufgrund der Lungenembolie und der Spondyloarthritis HLA-B27 positiv).

A.I. Am 14. Juni 2016 übermittelte die Krankentaggeldversicherung der Versicherten der Sozialversicherungsanstalt/IV-Stelle des Kantons St. Gallen wiederum ihre Akten (KV-act. 7-46). Sie verfügte über ein orthopädisches (weiteres) [Teil-] Gutachten von Dr. J.____ vom 6. Juni 2016 (Begutachtungsdatum; KV-act. 7-31 bis 38) und ein psychiatrisches Teilgutachten von Dr. med. R.____, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 9. Juni 2016 (KV-act. 7-1 bis 28). Dr. J.____ hatte erklärt, aus orthopädischer Sicht sei für körperlich leichte Tätigkeiten, bevorzugt in wechselnder Ausgangslage zu verrichten, (Zumutbarkeit für) "ein volles Pensum in Bezug auf 50 %" gegeben (KV-act. 7-38). In der zusammenfassenden Beurteilung hatte sie angegeben, es bestehe für solche Tätigkeiten ein Arbeitsvermögen von 8.5 Stunden pro Tag ohne Einschränkungen (KV-act. 7-37). Die Diagnose der Wirbelsäule mit Status nach Operation der unteren LWS "und der schwächliche Habitus bei einer Körpergrösse von nur 1_0 cm" hätten qualitativen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit. Einschränkungen der



Arbeitsfähigkeit ergäben sich bei verminderter Belastbarkeit der Wirbelsäule und schwächlichem Habitus für mittelschwere und schwere Tätigkeiten, die in Kombination mit Heben und Tragen, häufigem Bücken und ständigen Zwangshaltungen verrichtet werden müssten (KV-act. 7-37 f.). – Dr. R.____ seinerseits hatte bei den Diagnosen einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig maximal leichter Episode, ohne somatisches Syndrom, eines primär reaktiven depressiven Geschehens aufgrund von psychosozialen Belastungen, akzentuierter ängstlich-vermeidender, selbstunsicherer und abhängiger Persönlichkeitszüge, einer Aggravation, passiven Copings sowie selbstlimitierenden Schon- und Vermeidungsverhaltens, eines Verdachts auf (bewusstseinsnahe) Symptom-Präsentation im Sinn einer Rentenbegehrlichkeit, und eines Verdachts auf somatoforme Schmerzstörung bei multiplen körperlichen Schmerzen und St. n. Rückenoperation 2011 eine Einschränkung von maximal 20 bis 30 % attestiert. Das wirkliche Ausmass der Einschränkung der Arbeitsfähigkeit sei wegen der Neigung zur Aggravation nicht mit Sicherheit zu beziffern. Die Versicherte habe nur eine leichte Depression und scheine daher in den diversen Funktionen nur leicht eingeschränkt zu sein. Nach Remission der Depression sei auch wieder eine Arbeitsfähigkeit von 100 % zumutbar. Es sollten berufliche Massnahmen eingeleitet werden, um der weiteren Fixierung und Chronifizierung der psychischen Problematik und der somatoformen Schmerzstörung entgegenzuwirken.

A.m. Der RAD befürwortete am 26. August 2016 (IV-act. 132), auf das bidisziplinäre Gutachten vom 9. Juni 2016 abzustellen. Die Sozialversicherungsanstalt/IV-Stelle ging in der Folge am 29. August 2016 (IV-act. 133) davon aus, dass aus juristischer Sicht eine volle Arbeitsfähigkeit in adaptierter Tätigkeit bestehe.

A.n. Mit einem (neuen) Vorbescheid vom 31. August 2016 (IV-act. 136) teilte die Sozialversicherungsanstalt/IV-Stelle mit, sie sehe eine Abweisung des Leistungsgesuchs bei einer vollen Arbeitsfähigkeit und einem Invaliditätsgrad von 22 % vor.

A.o. Die Versicherte liess am 28. September 2016 (IV-act. 137) einwenden, es fehle immer noch an einer tauglichen Entscheidungsgrundlage. Die Arbeitsfähigkeit sei aber sicherlich um mindestens 30 % eingeschränkt, so dass ihr bei Anwendung der LSE 2012 (Fr. 52'097.--) jedenfalls mindestens eine Viertelsrente zustehe.



St.Galler Gerichte

A.p. Die Sozialversicherungsanstalt/IV-Stelle erkundigte sich am 10. Oktober 2016 (IV-act. 138) bei der Krankentaggeldversicherung nach dem Arbeitsfähigkeitsgrad, von welchem sie - angesichts der beiden unterschiedlichen Angaben (uneingeschränktes tägliches Arbeitsvermögen von 8.5 Stunden bzw. volles Pensum in Bezug auf 50 %) im Gutachten von Dr. J.____ vom 6. Juni 2016 - ausgehe. Diese antwortete am 27. Oktober 2016 (IV-act. 139), es müsse sich bei den beiden ärztlichen Angaben nicht um einen Widerspruch handeln; sie habe keine Mängel am Gutachten festgestellt. Für sie sei das Pensum von 50 % massgebend, in welchem die Versicherte bei ihrem Versicherungsnehmer (der Arbeitgeberin) angestellt gewesen sei. Daraufhin gab die Sozialversicherungsanstalt/IV-Stelle am 28. Oktober 2016 (IV-act. 140) bekannt, sie halte am vorgesehenen Entscheid fest. Die Versicherte hielt ebenfalls an ihren Ausführungen fest (IV-act. 141).

A.q. Mit Verfügung vom 14. Dezember 2016 (IV-act. 142) wies die Sozialversicherungsanstalt/IV-Stelle des Kantons St. Gallen den Anspruch der Versicherten auf eine Rente bei einem Invaliditätsgrad von 22 % ab.

B.

Gegen diese Verfügung richtet sich die von Rechtsanwältin Karin Herzog, M.A. HSG in Law, für die Betroffene am 30. Januar 2017 erhobene Beschwerde. Die Rechtsvertreterin der Beschwerdeführerin beantragt, die angefochtene Verfügung aufzuheben und der Beschwerdeführerin die gesetzlichen Leistungen auszurichten, eventualiter eine Rückweisung der Angelegenheit zu weiteren Abklärungen an die Beschwerdegegnerin. Bei der stets überdurchschnittlich leistungsfähigen Beschwerdeführerin, die seit ihrem 17. Altersjahr (mit Ausnahme nur kurzer Zeiten vor den Geburten ihrer Kinder und der Mutterschaftsurlaube, dann nebst der Kindererziehung und der Haushaltsführung) vollzeitlich im Schichtdienst bei der ehemaligen Arbeitgeberin gearbeitet habe, bestünden seit vielen Jahren Rückenbeschwerden. Wegen eines Bandscheibenvorfalles habe sie die Arbeit niederlegen und operiert werden müssen. Die Arbeitsunfähigkeit habe infolge der postoperativen Lungenembolie und des Facettensyndroms länger gedauert. Mit der Arbeitsunfähigkeit sei die Beschwerdeführerin nur schwer zurechtgekommen; sie habe unbedingt wieder an die Arbeit zurückkehren wollen und habe deshalb ab Januar 2012 einen Arbeitsversuch unternommen. Trotz ihrer enormen Anstrengungen habe das Pensum aber von 50 % auf 20 % reduziert werden müssen. Aufgrund der schwierigen gesundheitlichen Situation und der Angst um die Gesundheit sei es zu psychischen



Problemen gekommen, die mit der Zeit zugenommen hätten. Daneben sei es zunehmend zu ehelichen Schwierigkeiten und zu einer weiteren Verschlechterung des Gesundheitszustands gekommen. Vom 14. September 2015 bis 7. Oktober 2015 sei die Beschwerdeführerin in den Kliniken Valens behandelt worden und hernach bis 21. Januar 2016 in der Psychiatrischen Klinik P.____. Seit August 2012 werde das Vorliegen einer depressiven Störung von keinem Facharzt in Frage gestellt. Es handle sich um ein eigenständiges Krankheitsbild. Die psychische Gesundheit der Beschwerdeführerin sei daher klar eingeschränkt. Während keiner der anderen behandelnden und untersuchenden Ärzte eine Aggravation festgestellt habe, habe dies Gutachter Dr. R.____ - ohne Auseinandersetzung mit der Abweichung - getan, und zwar solle nach ihm eine Aggravationsneigung sehr gravierender Art vorliegen. Das sei nicht nachvollziehbar. Einzig bei der orthopädisch-rheumatologischen Begutachtung - und nicht etwa bei der psychiatrischen - seien gewisse Inkonsistenzen festgehalten worden. Der Gutachter (Dr. R.____) habe es für nicht nachvollziehbar gehalten, dass die Beschwerdeführerin zuerst für eine volle Arbeitsunfähigkeit gekämpft und dann eine volle Anstellung gewollt habe und nach Erhalten der 50 %-Stelle ohne Krankschreibung habe arbeiten können. Nach seiner Auffassung sei es erst nach der erneuten psychosozialen ehelichen Belastung und dem negativen Ausgang des polydisziplinären Gutachtens 2015 zu einem Nachlassen der Leistung und erneuter Krankschreibung gekommen. Diese Erläuterungen seien indessen aktenwidrig; die Auseinandersetzung mit der Krankengeschichte sei ungenügend gewesen. In den Jahren 2012 und 2013 habe die Beschwerdeführerin immer wieder versucht, ihr Pensum zu steigern, leider ohne Erfolg. Im Juni 2013 sei deshalb der Arbeitsvertrag auf eine Anstellung zu 50 % geändert worden. Teilweise sei der Beschwerdeführerin gelungen, diese Leistung zu erbringen. Gegen Ende 2013 sei es indessen zu der Verschlechterung gekommen, doch habe die Beschwerdeführerin das Pensum so lange wie möglich aufrechterhalten. Erst im Juni 2014 (also mehr als ein Jahr vor der Begutachtung) sei es zu einer vollen Arbeitsunfähigkeit gekommen. Dr. R.____ habe seine Diagnose auf die Hamilton Depressionsskala gestützt, eine Fremdbeurteilungsskala, bei welcher eine festgestellte Aggravation schon bei der Punktevergabe berücksichtigt werde. Die ermittelten 17 bis 20 Punkte entsprächen einer leichten bis mittelschweren Depression. Indem der Gutachter festgehalten habe, aufgrund des aggravierenden Verhaltens der Beschwerdeführerin liege höchstens eine leichte depressive Episode vor, habe er die angenommene Aggravation doppelt berücksichtigt. Ausserdem sei anzunehmen, dass das Testverfahren nicht korrekt angewendet oder zumindest eine falsche Schlussfolgerung gezogen worden sei, habe der Gutachter doch erklärt, die 17 bis 20 Punkte würden nicht mit dem klinischen Eindruck übereinstimmen. Bei rezidivierenden depressiven Störungen, mittelgradigen Episoden, sei regelmässig von rund 50 %



Arbeitsunfähigkeit auszugehen. Die Arbeitsunfähigkeit von 30 % sei unter Ausklammerung der ehelichen Probleme, der Isolation in der Schweiz und der fehlenden Ausbildung der Beschwerdeführerin attestiert worden. Indessen hätte hier eine Gesamtbeurteilung erfolgen müssen, weil die sozialen Faktoren so eng mit der verselbständigten Gesundheitsschädigung verbunden seien, dass der gesamte Ursachenkomplex zu berücksichtigen gewesen wäre. Die Arbeitsfähigkeit sei aus psychischen Gründen sicherlich mehr als zu 30 % eingeschränkt. Dass die leichte depressive Störung therapierbar und nicht invalidisierend sei, sei daher nicht haltbar. Die psychiatrisch unterschiedlich beurteilte Frage, ob eine Persönlichkeitsstörung oder eine -akzentuierung vorliege, könnte mit einem Testverfahren (z.B. einem strukturierten klinischen Interview zur Erfassung von Persönlichkeitsstörungen, Achse II nach DSM-IV, SKID-II) geklärt werden. Gutachter Dr. R. ___ habe sich nicht für eine der beiden Diagnosen entscheiden können, habe aber keine Testung durchgeführt. Sein Gutachten sei offensichtlich unvollständig und unklar. Im Gutachten der Medexperts AG werde nachvollziehbar erwähnt, dass die Beurteilung einer Persönlichkeitsstörung nach nur einem Termin schwierig sei. Abzustellen sei diesbezüglich also auf die Beurteilung von Dr. Q. ___. Die psychiatrisch bedingte Einschränkung der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin betrage mindestens 50 %. Auch hinsichtlich der somatischen Einschränkungen könne nicht auf die vorhandenen Gutachten abgestellt werden. Dr. J. ___ habe die Kniebeschwerden weder erkannt noch berücksichtigt, ebenso wenig wie das rheumatologische Teilgutachten der Medexperts AG. Der Gutachter habe die Beschwerdeführerin bereits im Juli 2002 untersucht und Oligo-/Polyarthralgien bei generalisierter ligamentärer Hyperlaxität, muskulärer Dysbalance und Insuffizienz, Skoliose und tiefgezogener BWS-Kyphose gefunden. In den Ausführungen im August 2015 fänden sich diese Diagnosen nicht mehr, obwohl nicht anzunehmen sei, dass sie verschwinden könnten. Trotz der beschriebenen Einschränkungen in leichter Tätigkeit halte der Gutachter die Fließbandarbeit der Beschwerdeführerin, die aber regelmässig Wirbelsäulenzwangshaltungen und repetitive Wirbelsäulentorsionen verlange, für adaptiert. Es werde angegeben, es liege eine Arbeitsunfähigkeit von 20 % vor, und auch, es sei in adaptierter Tätigkeit keine Arbeitsunfähigkeit vorhanden, andernorts auch, sie betrage 50 % für adaptierte und für die angestammte Arbeit. Ohne Gesundheitsschaden hätte die Beschwerdeführerin im Jahr 2012 (bei frühestmöglichem Rentenbeginn am 1. August 2012) ein Jahreseinkommen von Fr. 67'724.65 erzielt. Für das Invalideneinkommen sei auf die LSE-Tabellenlöhne abzustellen, die für 2012 ein Jahreseinkommen von Fr. 51'441.10 enthielten. Bei einer Arbeitsunfähigkeit von mindestens 50 % resultiere ein Invaliditätsgrad von 62 %. Die Beschwerdeführerin habe mindestens auf eine Dreiviertelrente Anspruch.



C.

In ihrer Beschwerdeantwort vom 22. Februar 2017 beantragt die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde. Gemäss der Stellungnahme des RAD vom 15. September 2015 zum Gutachten der Medexperts AG hätten sich bei der Beschwerdeführerin Inkonsistenzen gezeigt. Dr. R.____ habe also nicht allein eine Aggravation festgestellt. Er beschreibe das aggravatorische Verhalten ausserdem nachvollziehbar. Die Beschwerdeführerin berufe sich zu Unrecht auf die angebliche Objektivität der Depressionsskala. Es sei schlüssig höchstens eine leichte Depression diagnostiziert worden. Leicht- bis mittelgradige depressive Episoden oder Störungen würden zudem nur als invalidisierende Erkrankung gelten, wenn sie erwiesenermassen therapieresistent seien. Das sei bei der Beschwerdeführerin nicht der Fall, weshalb auch die von der Medexperts AG diagnostizierte mittelgradige depressive Episode nicht als invalidisierend gelte. Psychosoziale und soziokulturelle Belastungen, die direkte negative Folgen auf die Befindlichkeit einer versicherten Person zeigten, müssten bei der Bemessung der Invalidität ausgeklammert werden, es sei denn, es läge daneben eine davon absichtbare, ausgeprägte psychische Störung vor. Letzteres sei hier nicht der Fall. Die von Dr. Q.____ diagnostizierte posttraumatische Belastungsstörung sei nicht ausgewiesen und werde nur aus subjektiven Angaben der Beschwerdeführerin abgeleitet. Die geltend gemachten Rückenleiden würden die Arbeitsfähigkeit höchstens in qualitativer Hinsicht einschränken. Dr. J.____ habe also zu Recht volle Arbeitsfähigkeit bescheinigt. Im Gutachten der Medexperts AG fänden sich keine körperlichen Befunde, die eine quantitative Einschränkung von 20 bis 30 % aus orthopädischer Sicht plausibilisieren könnten. Die vom Gutachten geltend gemachten Schmerzen seien befundmässig nicht nachvollziehbar und müssten daher unberücksichtigt bleiben. Die Kniebeschwerden schränkten die Arbeitsfähigkeit nicht ein, zumindest nicht quantitativ. Es sei also davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin in adaptierter Tätigkeit voll arbeitsfähig sei.

D.

Mit Replik vom 29. März 2017 bringt die Rechtsvertreterin der Beschwerdeführerin vor, der Gutachter der Rheumatologie der Medexperts AG habe unter Berücksichtigung der Inkonsistenzen eine Arbeitsunfähigkeit von 20 % attestiert, ebenso Dr. R.____ unter Berücksichtigung der Aggravation eine solche von 20 bis 30 %. Mehrere fachärztliche Meinungen hielten die psychische Gesundheit der Beschwerdeführerin für deutlich beeinträchtigt. Daher könne nicht korrekt sein, diese Beurteilungen durch die Annahme einer Therapierbarkeit der Leiden auszuhebeln. Durch ein solches Vorgehen würden die Beschwerdebilder der leichten und mittelgradigen depressiven Störung nicht objektiv



beurteilt, sondern einzig aufgrund einer vermuteten Therapierbarkeit und damit entgegen Art. 7 Abs. 2 ATSG und Art. 8 Abs. 2 BV. Es könne bei so vagen prognostischen Einschätzungen nicht von einer überwiegend wahrscheinlich erstellten Genesung ausgegangen werden. Seit der Diagnosestellung im August 2012 sei die Beschwerdeführerin ununterbrochen in ambulanter oder stationärer psychiatrischer Behandlung, ergänzend auch in medikamentöser. Die immer wieder erreichten Erhöhungen der Arbeitsfähigkeit seien nicht stabil geblieben. Die Beschwerdeführerin habe sich stets sehr bemüht, den Einstieg ins Erwerbsleben wieder zu finden. Es handle sich nicht um ein vorübergehendes Leiden. Die belastende Situation der langwierigen medikamentösen Behandlung nach der Lungenembolie sei kein invaliditätsfremder Faktor, auch wenn die dadurch ausgelöste psychische Erkrankung durch psychosoziale Umstände verschlimmert worden sei. Die Gutachter der Medexperts AG hätten sich ausdrücklich mit den krankheitsfremden Aspekten auseinandergesetzt, diese nicht berücksichtigt und ausgeführt, die depressive Störung stelle ein eigenständiges Krankheitsbild dar. Schliesslich werde von der Beschwerdegegnerin nicht dargelegt, dass die langjährige, selbständige depressive Erkrankung mit einem Wegfall der psychosozialen Faktoren verschwände.

E.

Die Beschwerdegegnerin hat auf die Erstattung einer Duplik verzichtet.

Erwägungen

1.

Im Streit liegt die Verfügung der Beschwerdegegnerin vom 14. Dezember 2016 (IV-act. 142), mit welcher ein Rentenanspruch bei einem Invaliditätsgrad von 22 % abgelehnt wurde. Die Beschwerdeführerin lässt Ausrichtung der gesetzlichen Leistungen beantragen, eventualiter eine Rückweisung zu weiteren Abklärungen.

2.

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



2.2. Anspruch auf eine Rente haben nach Art. 28 Abs. 1 IVG Versicherte, die ihre Erwerbsfähigkeit nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a), während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind (lit. b) und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind (lit. c). Nach Art. 49 IVG hat der Entscheid über die Durchführung von Eingliederungsmassnahmen (Art. 28 Abs. 1 lit. a) spätestens zwölf Monate nach Geltendmachung des Leistungsanspruchs nach Art. 29 Abs. 1 ATSG zu erfolgen. Ein wesentlicher Unterbruch der Arbeitsfähigkeit im Sinn von Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG liegt vor, wenn die versicherte Person an mindestens 30 aufeinanderfolgenden Tagen voll arbeitsfähig war (Art. 29^{ter} IVV; Bundesgerichtsentscheide vom 16. Februar 2018, 8C_633/2017 E. 3.4, und vom 10. August 2016, 9C_289/2016 E. 3.2). Nach Art. 29 Abs. 1 IVG entsteht der Rentenanspruch frühestens nach Ablauf von sechs Monaten nach Geltendmachung des Leistungsanspruchs nach Art. 29 Abs. 1 ATSG. Die Schaffung dieser Bestimmung hat keine Veränderung des (nämlich in Art. 4 IVG und Art. 28 IVG geregelt) Zeitpunkts des Eintritts des Versicherungsfalls mit sich gebracht (vgl. Bundesgerichtsentscheid vom 14. Dezember 2015, 9C_655/2015 E. 4; Entscheide des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 19. Oktober 2015, IV 2013/52 E. 1.2, vom 2. Mai 2016, IV 2013/641 E. 1.1, vom 15. März 2016, IV 2013/572 E. 6.4).

2.3. Invalide oder von einer Invalidität (Art. 8 ATSG) bedrohte Versicherte haben nach Art. 8 Abs. 1 IVG Anspruch auf Eingliederungsmassnahmen, soweit diese notwendig und geeignet sind, die (u.a.) Erwerbsfähigkeit wieder herzustellen, zu erhalten oder zu verbessern (lit. a); und die Voraussetzungen für den Anspruch auf die einzelnen Massnahmen erfüllt sind (lit. b). Die Eingliederungsmassnahmen bestehen unter anderem in medizinischen Massnahmen (Art. 8 Abs. 3 lit. a; vgl. Art. 12 bis 14 IVG) und in Massnahmen beruflicher Art (Berufsberatung, erstmalige berufliche Ausbildung, Umschulung, Arbeitsvermittlung, Kapitalhilfe; lit. b). Nach Art. 18 Abs. 1 IVG haben arbeitsunfähige (Art. 6 ATSG) Versicherte, welche eingliederungsfähig sind, Anspruch auf aktive Unterstützung bei der Suche eines geeigneten Arbeitsplatzes (lit. a); und auf begleitende Beratung im Hinblick auf die Aufrechterhaltung ihres Arbeitsplatzes (lit. b).

2.4. Im Fall einer rückwirkenden Rentenfestsetzung ist es unter Umständen notwendig, den Invaliditätsgrad für verschiedene zurückliegende Zeitabschnitte nach Massgabe der jeweiligen Erwerbsunfähigkeit unterschiedlich hoch zu bemessen (vgl. BGE 106 V 16; BGE 109 V 125). Nicht nur in medizinischer, auch in erwerblicher Hinsicht können sich im Zeitablauf allenfalls relevante Veränderungen ergeben.



2.5. Bei einer Verbesserung der Erwerbsfähigkeit ist die anspruchsbeflussende Änderung nach Art. 88a Abs. 1 IVV für die Herabsetzung oder Aufhebung der Leistung von dem Zeitpunkt an zu berücksichtigen, in dem angenommen werden kann, dass sie voraussichtlich längere Zeit dauern wird. Sie ist in jedem Fall zu berücksichtigen, nachdem sie ohne wesentliche Unterbrechung drei Monate andauert hat und voraussichtlich weiterhin andauern wird. - Nach Art. 88a Abs. 2 IVV ist eine anspruchsbeflussende Änderung bei einer Verschlechterung der Erwerbsfähigkeit zu berücksichtigen, sobald sie ohne wesentliche Unterbrechung drei Monate andauert hat. Art. 29^{bis} ist sinngemäss anwendbar.

2.6. Für die Invaliditätsbemessung sind zunächst die medizinischen Vorbedingungen von Bedeutung. Der Arzt sagt, inwiefern die versicherte Person in ihren körperlichen bzw. geistigen Funktionen durch das Leiden eingeschränkt ist (vgl. BGE 107 V 17 = ZAK 1982 S. 34). Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beschreiben und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist. Die ärztlichen Auskünfte sind im Weiteren eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (vgl. BGE 132 V 99 f. E. 4, BGE 141 V 281 E. 5.2.1).

2.7. Nach der bundesgerichtlichen Rechtsprechung (vgl. BGE 143 V 418 E. 7.1 f.) sind grundsätzlich (bei Ausnahmen nach dem jeweiligen Beweisbedarf) sämtliche psychischen Erkrankungen einem strukturierten Beweisverfahren nach BGE 141 V 281 zu unterziehen. Für die Beurteilung des funktionellen Leistungsvermögens sind gemäss BGE 141 V 281 (vom 3. Juni 2015) also in der Regel diverse Standardindikatoren beachtlich, die in zwei Kategorien systematisiert werden, nämlich einerseits in der Kategorie des funktionellen Schweregrads und andererseits in jener der Konsistenz. Zum funktionellen Schweregrad sind die Komplexe "Gesundheitsschädigung" (mit den Aspekten der Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde, des Behandlungs- und Eingliederungserfolgs oder der entsprechenden Resistenz und der Komorbiditäten), "Persönlichkeit" (mit Persönlichkeitsdiagnostik und persönlichen Ressourcen) und "Sozialer Kontext" zu berücksichtigen. In der Kategorie der Konsistenz geht es um Gesichtspunkte des Verhaltens, namentlich um eine gleichmässige Einschränkung des Aktivitätenniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen und um behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesenen Leidensdruck (vgl. BGE 141 V 281 E. 4.1.3). Soweit die festgestellte Leistungseinschränkung auf Aggravation oder einer ähnlichen Erscheinung beruht oder unter dem Einfluss der Folgen der Erzielung eines sekundären Krankheitsgewinns steht (der rechtlich grundsätzlich unbeachtlich zu



bleiben hat, vgl. BGE 130 V 352), liegt nach der Rechtsprechung regelmässig keine versicherte Gesundheitsschädigung vor. Hinweise darauf ergeben sich (im Zusammenhang mit einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung entwickelt) namentlich, wenn: eine erhebliche Diskrepanz zwischen den geschilderten Schmerzen und dem gezeigten Verhalten oder der Anamnese besteht; intensive Schmerzen angegeben werden, deren Charakterisierung jedoch vage bleibt; keine medizinische Behandlung und Therapie in Anspruch genommen wird; demonstrativ vorgetragene Klagen auf den Sachverständigen unglaubwürdig wirken; schwere Einschränkungen im Alltag behauptet werden, das psychosoziale Umfeld jedoch weitgehend intakt ist (BGE 141 V 281 E. 2.2).

2.8. Die Rechtsanwender überprüfen die ärztlichen bzw. gutachterlichen Angaben nach der Rechtsprechung (vgl. BGE 141 V 281 E. 5.2.2) frei, insbesondere darauf hin, ob die Ärzte sich an die massgebenden normativen Rahmenbedingungen gehalten haben, das heisst, ob sie ausschliesslich funktionelle Ausfälle berücksichtigt haben, welche Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung sind (vgl. Art. 7 Abs. 2 erster Satz ATSG), sowie, ob die versicherungsmedizinische Zumutbarkeitsbeurteilung auf objektiver Grundlage erfolgt ist (vgl. Art. 7 Abs. 2 zweiter Satz ATSG).

2.9. Im Rahmen der freien Beweiswürdigung (Art. 61 lit. c ATSG) darf sich die Verwaltung - und im Streitfall das Gericht - weder über die (den beweisrechtlichen Anforderungen genügenden) medizinischen Tatsachenfeststellungen hinwegsetzen noch sich die ärztlichen Einschätzungen und Schlussfolgerungen zur (Rest-) Arbeitsfähigkeit unbesehen ihrer konkreten sozialversicherungsrechtlichen Relevanz und Tragweite zu eigen machen (Bundesgerichtsentscheid vom 24. August 2016, 8C_399/2016 E. 2.2). Die rechtsanwendenden Behörden haben mit besonderer Sorgfalt zu prüfen, ob die ärztliche Einschätzung der Arbeitsunfähigkeit auch invaliditätsfremde Gesichtspunkte (insbesondere psychosoziale und soziokulturelle Belastungsfaktoren) mitberücksichtigt, die vom sozialversicherungsrechtlichen Standpunkt aus unbeachtlich sind (vgl. Bundesgerichtsurteil vom 15. März 2017, 8C_14/2017 E. 5.3, BGE 140 V 193; 130 V 352 E. 2.2.5). Weil aber Recht und Medizin in der Invalidenversicherung zur Feststellung ein und derselben Arbeitsfähigkeit beitragen, gibt es keine unterschiedlichen Regeln gehorchende, getrennte Prüfung einer medizinischen und einer rechtlichen Arbeitsfähigkeit. Wenn und soweit die medizinischen Experten die rechtlichen Vorgaben beachten, scheidet daher eine rechtliche Parallelüberprüfung im Sinn einer "freihändigen Anwendung" der zu beachtenden Standardindikatoren aus (vgl. Bundesgerichtsentscheid vom 18. November 2015, 9C_125/2015 E. 5.5, BGE 141 V 281 E. 5.2.3).



2.10. Für die Ermittlung des Valideneinkommens ist rechtsprechungsgemäss entscheidend, was die versicherte Person im Zeitpunkt des frühestmöglichen Rentenbeginns nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als Gesunde tatsächlich verdienen würde. Dabei ist in der Regel am zuletzt erzielten, nötigenfalls der Teuerung und der realen Einkommensentwicklung angepassten Lohn anzuknüpfen (vgl. etwa Bundesgerichtsentscheid 9C_422/2015 vom 7. Dezember 2015).

2.11. Für die Festsetzung des Invalideneinkommens ist primär von der beruflich-erwerblichen Situation auszugehen, in welcher die versicherte Person konkret steht. Übt sie nach Eintritt der Invalidität eine Erwerbstätigkeit aus, bei der - kumulativ - besonders stabile Arbeitsverhältnisse gegeben sind und anzunehmen ist, dass sie die ihr verbleibende Arbeitsfähigkeit in zumutbarer Weise voll ausschöpft, und erscheint zudem das Einkommen aus der Arbeitsleistung als angemessen und nicht als Soziallohn, gilt grundsätzlich der tatsächlich erzielte Verdienst als Invalidenlohn. Ist aber kein solches effektives Erwerbseinkommen gegeben, namentlich weil die versicherte Person nach Eintritt des Gesundheitsschadens keine oder jedenfalls keine ihr an sich zumutbare neue Erwerbstätigkeit aufgenommen hat, so können nach der Rechtsprechung statistische Werte beigezogen werden (vgl. Bundesgerichtsurteil vom 7. April 2016, 9C_783/2015; BGE 139 V 592 E. 2.3; BGE 129 V 472 E. 4.2.1).

3.

3.1. Der massgebliche Sachverhalt erstreckt sich über einen längeren Zeitraum, in welchem sich nach der gegenwärtigen Aktenlage - medizinisch und erwerblich betrachtet - Veränderungen ergeben haben (verschiedene Phasen, s. unten).

3.2. Zum Gesundheitszustand und der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin sind zahlreiche medizinische Berichte vorhanden. Bis zum Zeitpunkt von März/April 2013 stammen sie von behandelnden Ärzten; dann erfolgte eine erste Begutachtung für die Krankentaggeldversicherung, eine zweite fand im Juni 2016 statt. Dazwischen wurde am 25. August 2015 ein IV-Gutachten der Medexperts AG erstattet.

4.

4.1. Nach den Berichten der behandelnden Ärzte trat bei der Beschwerdeführerin am 10. August 2011 (Phase 1) eine volle Arbeitsunfähigkeit ein, am 22. September 2011 wurde sie operiert und erlitt danach schwere Komplikationen (danach St. n. Infiltrations-Paraparese 2011 und St. n. Lungenembolie perioperativ 24.09.2011, IV-act. 74-6). - Sie wollte die Arbeitstätigkeit aus eigenem Antrieb ab 2012 wieder (zu



50 %) aufnehmen (IV-act. 12-1) und wurde teilweise arbeitsfähig geschrieben. Schliesslich arbeitete sie ab Februar 2012 im Umfang von 20 %. - Gemäss dem Bericht von Dr. C.____ vom 16. März 2012 hatte sich eine Lähmung im linken Bein bis dahin fast komplett zurückgebildet. Das Pensum des Arbeitsversuchs sollte nach seiner Beurteilung ab 3. April 2012 von 20 % auf 40 % angehoben werden können. Langfristig erwartete der Operateur damals eine Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin von 50 % in adaptierter Tätigkeit. Die Beschwerden würden (sc. durch die Befunde) erklärt. Am 30. April 2012 nannte der Arzt eine Arbeitsunfähigkeit für die angestammte Arbeit von mindestens zwei Dritteln. Die Neurochirurgie am Kantonsspital St. Gallen diagnostizierte im Frühjahr 2012 ein Failed back surgery-Syndrom bei therapieresistenten mittelstarken bis starken Lumbalgien und eine geringgradige Grosszehenheberschwäche links (und beschrieb auch am 7. September 2012 noch invalidisierende Schmerzen und eine proximale Schwäche der Beinmuskulatur). Dr. B.____ schrieb die Beschwerdeführerin noch am 16. Juli 2012 (vgl. IV-act. 31-4) zu mindestens 80 % arbeitsunfähig (sie arbeitete im Übrigen seit Juni 2012 [wieder] an zwei Stunden pro Tag). - Am 10. August 2012 lief eine mögliche Wartezeit ab (zur Würdigung der ärztlichen Berichte vgl. unten E. 5.3).

4.2. Nach einer vorübergehenden Phase voller Arbeitsunfähigkeit aus psychiatrischen Gründen vom 27. August 2012 bis 5. Oktober 2012 (mit anschliessend psychiatrisch gesehen wieder voll erreichter Arbeitsfähigkeit) - die Beschwerdeführerin arbeitete nach Angaben im Gutachten von Dr. J.____ ab Oktober 2012 an drei Stunden pro Tag (vgl. KV-act. 6-3) - nahm die Beschwerdeführerin am 22. November 2012 (Phase 2) die Arbeit zu 50 % wieder auf. Dr. I.____ erachtete (am 19. März 2013, unter Hinweis auf seinen Bericht vom 9. November 2012, bei letzter Kontrolle am 7. November 2012) eine Arbeitstätigkeit der Beschwerdeführerin in einer adaptierten Tätigkeit an etwa drei bis vier Stunden pro Tag als wahrscheinlich zumutbar - entsprechend einer Arbeitsunfähigkeit von gut 50 bis 65 % -, wobei er offen liess, ob dabei eine verminderte Leistungsfähigkeit bestehe, und unter Hinweis auf die Multimorbidität der Beschwerdeführerin eine Begutachtung empfahl (zur Würdigung vgl. unten E. 5.3).



4.3. Ab Februar 2013 (Phase 3) bestand gemäss gutachterlicher Beurteilung von Dr. J.____ (nochmals) volle Arbeitsunfähigkeit: Ca. eineinhalb Monate vor der orthopädischen Begutachtung durch sie für die Krankentaggeldversicherung vom 20. März 2013 (also ca. anfangs Februar 2013) ist nach Angaben in ihrem Gutachten erneut eine volle Arbeitsunfähigkeit der Beschwerdeführerin eingetreten (KV-act. 6-3). Die Gutachterin gelangte zum Schluss, dass bei dieser zur Zeit der Begutachtung unter orthopädischem Aspekt keine Arbeitsfähigkeit bestehe.

4.3.1. Bei der Begutachtung durch Dr. J.____ (Gutachten vom 20. März 2013) erfolgte eine eingehende Befundaufnahme. Es waren unter anderem festgestellt worden eine Haltungsinsuffizienz, eine Fehlstatik mit geringer Protraktion des Kopfes, deutlich abgeflachter tiefgezogener Brustkyphose und vermehrter Lendenlordose, Gewebswassereinlagerungen beidseits in den distalen Unterschenkeln, ein FBA von 50 cm, eine deutlich eingeschränkte Inklination, Seitneigung und Seidrehung, Druckschmerzen am Epicondylus humeri ulnaris, eine beidseitig verkürzte Ischiokruralmuskulatur, schmerzhaftes Weichteilverquellungen nuchal, eine deutlich verschmächtigte dorsale Rumpfmuskulatur, ein lumbosacraler Überstreckschmerz beidseits, eine geringe Überstreckbarkeit der Hüftgelenke und beidseits eine isolierte Druckschmerzhaftigkeit der kleinen Glutealmuskulatur. Die Fusssohlen hatten nahezu keine Gebrauchsbeschwierung aufgewiesen. Die Überprüfung der groben Kraft mittels Händedrucks habe eine seitengleiche Kraftminderung ergeben. In diesem Zusammenhang (bei der Greifkraftprüfung, wie schon von Dr. I.____) wurde nach einem allenfalls mangelnden Willen zur vollen Belastung gefragt (KV-act. 6-7). Die Gutachterin hielt indessen fest, die von der Beschwerdeführerin vorgetragene Beschwerden fänden klinisch ihr Korrelat. Und sehr wahrscheinlich liege auch eine psychische Überlagerung der Beschwerden vor. Da Entlordosierung eine Linderung der Beschwerden bringe, seien eine Miederversorgung und Physiotherapie zur Stärkung der Rumpfmuskulatur sinnvoll. Nach Linderung der Beschwerden sollte zügig mit medizinischer Trainingstherapie begonnen werden.

4.3.2. Der Gutachterin Dr. J.____ lagen bei der Erstellung des Gutachtens vom 20. März 2013 kaum so umfangreiche Akten vor, wie sie die Invalidenversicherung besass (vgl. KV-act. 6-2, 9, 10). Ausserdem erscheint fraglich, inwiefern die Ausrichtung auf die Belange der Krankentaggeldversicherung den Beweiswert für die Invalidenversicherung mindert (was beides für den gesamten Zeitraum der Phasen gemäss E. 4.3 und 4.4 bedeutsam ist). Die Gutachterin hat allerdings auf eine Objektivierung geachtet, hat sie doch bei der Prüfung der Handkraft einen genügenden (Leistungs-) Willen der Beschwerdeführerin in Frage gestellt. - Das (mitbegutachtende) K.____ gelangte aus



psychiatrischer Sicht bei der Diagnose einer mittelgradigen depressiven Episode mit deutlich reaktiven Anteilen zum ganz genau gleichen Ergebnis - wie Dr. J.____ aus rheumatologischer Sicht -, nämlich, dass die Beschwerdeführerin zur Begutachtungszeit vom 20. März 2013 aus (hier:) psychiatrischen Gründen für alle Tätigkeiten voll arbeitsunfähig sei, durch psychiatrische Behandlung aber innert sechs Wochen ab Begutachtung (d.h. ab anfangs Mai 2013) wieder eine Arbeitsfähigkeit von 50 % (und hernach eine solche von 75 % und von 100 %) zu erwarten sei. - Die Medexperts AG erachtete später diese aus psychiatrischen Gründen angegebene volle Arbeitsunfähigkeit angesichts der Diagnose nicht für nachvollziehbar, ebenso wenig wie die prospektive psychiatrische Beurteilung deren weiteren Verlaufs (vgl. IV-act. 109-42, 5.10; zur Würdigung des Gutachtens vom 20. März 2013 vgl. auch unten E. 5.1 und 5.3).

4.4. Prospektiv erwartete Dr. J.____ wie erwähnt, dass sechs Wochen nach der Begutachtung - d.h. ab anfangs Mai 2013 (Phase 4) - bei intensiven Therapiemassnahmen wieder eine Arbeitsfähigkeit von 50 % sollte erreicht werden können, je zwei Wochen später dann eine solche von 75 % und dann von 100 % (also ab anfangs Juni 2013). - Der Gutachter der Rheumatologie der Medexperts erklärte zu dieser Beurteilung von Dr. J.____, aus aktueller rheumatologischer Sicht schein eine Steigerung des aktuellen Arbeitspensums von 50 % aufgrund der objektivierbaren pathologischen klinischen und radiologischen Befunde realisierbar; die Stelle sei aber gekündigt (IV-act. 109-62). Im polydisziplinären Teil des Medexperts-Gutachten wurde dazu festgehalten, infolge der psychiatrischen Erkrankung (und der hinzugetretenen therapieresistenten chronifizierten WS-Schmerzen) sei es zu dieser Steigerung der Arbeitsfähigkeit nicht gekommen (vgl. IV-act. 109-75 und IV-act. 109-78; vgl. zur Würdigung auch unten E. 5.1 und 5.3). - Nach der Hospitalisation vom 10. bis 24. Juni 2013 mit entsprechender vorübergehender voller Arbeitsunfähigkeit hat die Beschwerdeführerin im Übrigen auch tatsächlich wieder zu 50 % gearbeitet.

4.5.

4.5.1. Im August 2015 (Gutachten vom 25. August 2015; Phase 5) wurde die Beschwerdeführerin bei der Medexperts AG polydisziplinär untersucht. Der Gutachter der Rheumatologie erhob die Befunde und hielt fest, in der aktuell ausgeübten Berufstätigkeit, die als adaptiert zu betrachten sei, lasse sich aus aktueller Sicht eine Arbeitsunfähigkeit der Beschwerdeführerin im Umfang von höchstens 20 % begründen, bedingt durch die Notwendigkeit vermehrter und über das betriebsübliche Mass hinausgehender Pausen zur Einnahme von Entlastungsstellungen und



Durchführung von Entspannungsübungen (IV-act. 109-60; 7.6.1). Das aktuell ausgeübte Pensum von 50 % in der adaptierten angestammten Tätigkeit scheine - nach Durchführung einer intensiven stationären Rehabilitation mit Behandlung nach multimodalem Therapieschema und Work Hardening - aus rheumatologischer Sicht bis 31. Dezember 2015 (Ablauf der Kündigungsfrist) noch steigerungsfähig (IV-act. 109-61). In körperlich leichten wechselbelastenden Tätigkeiten ohne wirbelsäulenbelastende Arbeiten bestehe keine Arbeitsunfähigkeit. Eine Steigerung der körperlichen Leistungsfähigkeit erscheine nach Durchführung der genannten Massnahmen möglich (IV-act. 109-60; 7.6.3). Die aktuell objektivierbaren pathologischen klinischen und radiologischen Befunde würden eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 50 % in der aktuell ausgeübten, körperlich adaptierten Berufstätigkeit und in anderen körperlich adaptierten Berufstätigkeiten nur schwer begründen lassen (IV-act. 109-61; 7.9). Die Hyperlaxität (am 17. Juli 2002, IV-act. 109-50, waren Oligo-/Polyarthralgien bei generalisierter ligamentärer Hyperlaxität, muskulärer Dysbalance und Insuffizienz, Skoliose und tiefgezogener BWS-Kyphose gefunden worden, IV-act. 109-55; alte Bilder vgl. IV-act. 109-53; erste Gelenksblockaden schon mit 25 Jahren, also 1997, KV-6-4) war übrigens gemäss den Angaben des Gutachters der Rheumatologie vom 22. Juni 2015 auch bei der Begutachtung noch vorhanden (vgl. IV-act. 109-53; zu weiteren Ausführungen des Medexperts-Gutachters der Rheumatologie unten E. 5.2).

4.5.2. Zur orthopädischen Disziplin hielt die Medexperts AG im polydisziplinären Teil (die Gutachterin der Orthopädie war Hauptgutachterin und erstellte kein separates Teilgutachten) fest, dass zusammenfassend die Funktionseinschränkungen der LWS der Beschwerdeführerin durch eine mögliche Fazettenproblematik und myofasziale Problematik erklärbar und schmerzbedingt seien (IV-act. 109-72). Im Bereich der LWS habe sich mit Ausnahme einer subtotal aufgebrauchten Bandscheibe im Abschnitt LWK5/S1 eine normale Höhe der Intervertebralaräume gezeigt, ausserdem lägen eine knöcherne Einengung der Neuroforamina LWK5/S1 und eine Spondylarthrose im lumbosacralen Übergang vor. Das Baastrup-Phänomen L3 bis 5 weise auf eine ligamentäre Ursache bei muskulärer Dysbalance mit Fehlhaltung und Fehlbelastung hin. Die beklagten belastungsabhängigen Fersenschmerzen könnten durch die Fussfehlstatik bei Knick-/Senk-Spreizfuss beidseits und eine plantare Fasziitis bei Fersensporen beidseits ausgelöst werden. Beidseits habe sich eine angedeutete Haglund-Ferse gezeigt. Die Beschwerdeführerin sei zurzeit wegen der anhaltenden Fersenschmerzen bei ständigem Stehen und Gehen handicapiert. Ihre Wirbelsäule sei eingeschränkt belastbar. Die Dekonditionierung wirke sich ungünstig aus; diese sei jedoch behandelbar. Durch die Meniskuskäsion links sei die Beschwerdeführerin zurzeit



nur geringgradig eingeschränkt. Die geringgradige HWS-Symptomatik und die ebenfalls leichten Ansatzendopathien im Bereich der Ellbogengelenke könnten durch physikalische Massnahmen gelindert werden (IV-act. 109-72 f.). Möglich seien aus orthopädischer Sicht leichte wechselbelastende adaptierte Tätigkeiten; wegen Verlangsamung und chronifizierter Schmerzen werde "ein Rendement von 20 bis 30 % ... angenommen" (IV-act. 109-73, gemeint wohl eine Verminderung des Rendements, vgl. IV-act. 109-76).

4.5.3. Internistisch waren keine Diagnosen von Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit zu erheben gewesen (IV-act. 109-65). - Neurologisch gesehen bestanden gemäss dem Medexperts-Gutachten ein chronisches Schmerzsyndrom lumbal und ein myofasiales Schmerzsyndrom der Schulter-/Nackenregion, beide ohne neurologische Ausfälle. Von Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit seien beide nicht. Tangentiale Drehbewegungen der LWS sollten auf ein Minimum beschränkt werden und es sei ein Sitzhocker zur Verfügung zu stellen (IV-act. 109-47 f.). Hinweise auf ein suboptimales Leistungsverhalten seien nicht aufgetreten (IV-act. 109-49).

4.5.4. Bei der psychiatrischen Begutachtung ergab sich als Diagnose mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit eine leichte bis mittelgradige depressive Störung. Diese bewirke eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit im IV-rechtlichen Sinn um ca. 30 % (IV-act. 109-41), und zwar sowohl in der zuletzt ausgeübten wie einer adaptierten Tätigkeit. Diese Einschränkung habe sich vermutlich in den letzten Monaten bzw. Jahren aufgebaut und sei sicherlich seit dem Untersuchungstermin vorhanden. Beim Befund waren eine depressive Symptomatik mit herabgesetzter Grundstimmung und Schwingungsfähigkeit, Ängste, Schlafstörungen, ein eingeschränkter Antrieb und eine deutlich verminderte Vitalität festgestellt worden. Es sei davon auszugehen, dass schon im August 2012 eine ähnliche Problematik bestanden habe, die sich aber in den letzten Jahren chronifiziert habe, weshalb (da die Anpassungsstörung gemäss ICD 10 nach zwei Jahren umcodiert werden müsse) von einer leichten bis mittelgradigen depressiven Störung auszugehen sei. Diese stelle ein eigenständiges Krankheitsbild dar (IV-act. 109-40). Daneben gebe es IV-fremde Faktoren wie die Beziehungsproblematik, die Isolation hierzulande und die fehlende Ausbildung, welche die Arbeitsfähigkeit zusätzlich einschränkten, aber nicht IV-relevant seien. - Unter diesen Umständen ist davon auszugehen, dass der Gutachter die Diagnosen erklärt hat. Er hat auch Augenmerk auf das Auseinanderhalten von gesundheitlich bedingter Einschränkung der Arbeitsfähigkeit und mitwirkenden, hierfür nicht relevanter Faktoren gelegt. Des Weiteren hat er sich auch zu den Handicaps geäussert. Bei der Beschwerdeführerin seien aufgrund der psychischen Erkrankung im Rahmen des Mini-



ICF die Kontaktfähigkeit zu Dritten und die familiären bzw. intimen Beziehungen mittelgradig bis schwer eingeschränkt. In der Flexibilität und Umstellungsfähigkeit, der Entscheidungs- und Urteilsfähigkeit, der Durchhalte- und Selbstbehauptungsfähigkeit sei die Beschwerdeführerin leicht bis mittelgradig eingeschränkt, leicht eingeschränkt in der Spontanaktivität. In der Anpassung an Regeln und Routine, in der Planung und Strukturierung von Aufgaben und in der Anwendung fachlicher Kompetenzen sei sie nicht eingeschränkt. Der Gutachter hat sich somit unter dem Aspekt der Standardindikatoren mit dem Schweregrad der Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde und mit der Krankheitsgeschichte ebenso auseinandergesetzt wie mit der Persönlichkeit der Beschwerdeführerin (anamnestische Hinweise auf eine ängstliche vermeidende, selbstunsichere, abhängige Persönlichkeitsakzentuierung als Diagnose ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit) und den sozialen Verhältnissen. Zur Konsistenz hielt der Gutachter dafür, eine somatoforme Schmerzstörung oder ein vergleichbares syndromales Zustandsbild liege nicht vor. Bei der Tagesstruktur wurde darauf hingewiesen, dass die Beschwerdeführerin nach viereinhalb Stunden Arbeit, während welcher sie sich durchbeissen könne, völlig erschöpft sei (IV-act. 109-36 f.). Seit zwei Jahren stand die Beschwerdeführerin alle zwei Wochen in psychiatrisch/psychotherapeutischer Behandlung (IV-act. 109-38). Der Medikamentenspiegel für Duloxetin war im therapeutischen Bereich (IV-act. 109-38). Diskrepanzen sind hier (anders unten E. 4.5.6) so weit ersichtlich nicht festgestellt worden. Die psychiatrische Begutachtung genügt den Anforderungen der Rechtsprechung und das Ergebnis ist überzeugend.

4.5.5. Polydisziplinär wurde schliesslich festgehalten, aufgrund der objektivierbaren und führenden Gesundheitsstörungen des Bewegungsapparates liege rheumatologisch (recte wohl: orthopädisch, vgl. IV-act. 109-75 unten) eine Arbeitsunfähigkeit in der bisherigen und in einer adaptierten körperlich leichten wechselbelastenden Tätigkeit von 50 % vor (IV-act. 109-74 unten; die Angabe zur Arbeitsfähigkeit von 50 % in adaptierter Tätigkeit scheint angesichts der Beantwortung der Fragen bei IV-act. 109-76 ein Versehen darzustellen, richtig wohl: somatisch gesehen Arbeitsfähigkeit von 70 bis 80 %). In der zuletzt ausgeübten Tätigkeit bestehe zur Zeit der Begutachtung wegen der leichten bis mittelgradigen Funktionsdefizite der Wirbelsäule, der leichtgradigen Kniepathologie links, der Fusschmerzen und der Schmerzchronifizierung Grad 3 aus orthopädischer (und aus rheumatologischer, s. oben) Sicht eine Arbeitsunfähigkeit von 50 %, aus psychiatrischer Sicht eine solche von 30 % (IV-act. 109-75 f.). Bei leichten, wechselbelastenden, angepassten Tätigkeiten bestehe rheumatologisch gesehen eine Arbeitsunfähigkeit von 20 %, aus



orthopädischer Sicht eine Arbeitsfähigkeit von 70 bis 80 %, aus psychiatrischer Sicht eine Arbeitsfähigkeit von 70 %; polydisziplinär werde eine Arbeitsfähigkeit von 70 % in Bezug auf ein Vollpensum angenommen (IV-act. 109-76).

4.5.6. Der RAD wies in seiner Stellungnahme vom 15. September 2015 (IV-act. 110) zum Gutachten der Medexperts AG darauf hin, dass sich bei der klinischen Untersuchung bei sehr tiefer Selbsteinschätzung der körperlichen Leistungsfähigkeit Inkonsistenzen gezeigt hätten. Der Gutachter der Rheumatologie hatte denn auch darauf hingewiesen, dass die subjektive Einschätzung der körperlichen Leistungsfähigkeit der Beschwerdeführerin (sc. im PACT-Test) weit unter der Belastungsgrenze für eine leichte Berufstätigkeit liege und mit der Ausübung einer Berufstätigkeit - die Beschwerdeführerin arbeite zu 50 % - nicht vereinbar wäre (IV-act. 109-61 und -58). Es zeigt sich somit, dass der PACT-Test einen unter dem für eine Berufstätigkeit erforderlichen Wert ergab, während die Beschwerdeführerin allerdings nach der gegenwärtigen Aktenlage damals eine Arbeitstätigkeit von 50 % tatsächlich ausübte. Der Aussagewert des PACT-Tests ist entsprechend zu würdigen. Ausserdem ist bezüglich dieses Testergebnisses mitzuberücksichtigen, dass psychiatrisch gesehen eine leichte bis mittelgradige depressive Störung der Beschwerdeführerin festgestellt wurde (IV-act. 109-78). - Als Inkonsistenzen nannte der Gutachter der Rheumatologie, dass der Finger-Boden-Abstand nicht lege artis prüfbar gewesen sei (keine Wirbelsäulenflexion lumbal ohne gleichzeitige Flexion der Hüft- und Kniegelenke), das Lasèguezeichen aber beidseits negativ gewesen sei und der Langsitz problemlos ausgeführt werden können (IV-act. 109-58). Diese Inkonsistenzen hat der Gutachter in seine Beurteilung miteinbezogen. Das Ergebnis ist ausreichend objektiviert worden.

4.5.7. Auf das Ergebnis des Medexperts-Gutachtens kann, wie der RAD es befürwortete, bei der gegenwärtigen Aktenlage aufgrund seiner gutachterlichen Befundaufnahme und Würdigung (samt Kenntnis etwa des Ergebnisses des PACT-Tests und der Inkonsistenzen) sowie der auf die beschriebenen Befunde abgestützten Begründung für die betreffende Zeit (der Begutachtung) abgestellt werden. Es ist nach gegenwärtiger Aktenlage somit für die damalige Zeit von einer Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin von 50 % in angestammter und von 70 % in adaptierter Tätigkeit auszugehen.

4.5.8. Die rückblickende Beurteilung dagegen ist davon abweichend zu würdigen (vgl. unten E. 5.1 bis 5.3).



4.6. Gemäss den Berichten der Abteilung Psychosomatik an den Kliniken Valens vom 7. Oktober 2015 und der Psychiatrischen Klinik P.____ vom 28. Januar 2016 war die Beschwerdeführerin daraufhin vom 14. September 2015 (Phase 6) bis 7. Oktober 2015 und vom 8. Oktober bis 21. Januar 2016, also insgesamt rund vier Monate lang, hospitalisiert und somit voll arbeitsunfähig gewesen.

4.7. In der Folge - gemäss KV-act. 7-2 auf den 31. Mai 2016 - hat die Beschwerdeführerin ihre Anstellung verloren. - Damals, im Juni 2016 (Phase 7), fand auch die weitere Begutachtung für die Krankentaggeldversicherung statt.

4.7.1. Dr. J.____ gelangte darin unter orthopädischem Gesichtspunkt zum Schluss, dass der Beschwerdeführerin für körperlich leichte Tätigkeiten in wechselnder Ausgangslage eine volle Arbeitszeit zumutbar sei (KV-act. 7-37). Die Gutachterin gab an, es lägen eine verminderte Belastbarkeit der Wirbelsäule bei Status nach OP, eine Fehlstatik der Wirbelsäule, eine Haltungsinsuffizienz, ein muskulärer Hartspann und eine verschmächtigte Rumpfmuskulatur, degenerative Veränderungen der mittleren/unteren HWS und der unteren LWS, aktuell eine aktivierte Osteochondrose in Höhe L5/S1, beidseits eine verkürzte Ischiokruralmuskulatur, und eine Fehl- und Überlastung des Bewegungsapparates (bei Übergewicht von etwa 25 kg in den letzten drei Jahren) vor. Der Befundaufnahme ist unter anderem weiter zu entnehmen, dass der FBA 56 cm betrug, und dass deutliche Gewebswassereinlagerungen in den Beinen, eine abgeflachte tiefgezogene Brustkyphose und vermehrte Lendenlordose, ein eingeschränktes Seitneigen/Seitdrehen beidseits mit Schmerzen am unteren Rippenbogen/Beckenkamm, ein lumbosacraler Überstreckschmerz beidseits, eine geringe Überstreckbarkeit der Hüftgelenke, insgesamt sehr wenig Gebrauchsbeschwiellung der Fusssohlen und schmerzhafte Weichteilverquellungen nuchal vorlagen.

4.7.2. Neu waren bei der Begutachtung vom Juni 2016 so weit ersichtlich orthopädisch gesehen eine aktivierte Osteochondrose in Höhe L5/S1 (die Gutachterin konnte ein MRT vom 1. Juni 2016 mitbeurteilen; keine Wiedergabe des Befundes; nicht bekannt, welche Region), und degenerative Veränderungen der mittleren/unteren HWS, wobei der Kinn-Jugulum-Abstand (vorher 2/17, neu) 2/16 ausmachte. Die Funktionsprüfung war so weit ersichtlich nicht mehr schmerzhaft. Nicht mehr beschrieben wurden so weit ersichtlich gemäss dem Befund die (vormaligen) Druckschmerzen am Epicondylus humeri ulnaris und die beidseits isolierte Druckschmerzhaftigkeit der kleinen Glutealmuskulatur. Eine ausdrückliche Auseinandersetzung mit einer allfälligen Veränderung seit der letzten Begutachtung erfolgte nicht. Es fragt sich zudem, ob nicht



der Fokus der Auftrag gebenden Taggeldversicherung auf das versicherte Pensum von nur 50 % die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit beeinflusste (vgl. oben E. 4.3.2). Indessen kann angesichts der umfassenden Befunderhebung bei der gegebenen Aktenlage auf die Beurteilung abgestellt werden, wonach die zumutbare Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin unter orthopädischem Aspekt für ein volles Arbeitspensum von 8.5 Stunden pro Tag für adaptierte Tätigkeiten ausreicht. Im Vergleich zur Beurteilung der Medexperts AG einer damaligen (Juni 2015) Einschränkung der Arbeitsfähigkeit um 20 bis 30 % für adaptierte Tätigkeiten ist somit bei der gegenwärtigen Aktenlage von einer gewissen Verbesserung des somatischen Gesundheitszustands auszugehen.

4.7.3. Die psychiatrische Begutachtung ergab gemäss dem Gutachten von Dr. R.____ vom 9. Juni 2016 diagnostisch, dass (erster Punkt) eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig maximal leichte Episode, ohne somatisches Syndrom vorliege, daneben (zweiter Punkt) ein primär reaktives depressives Geschehen aufgrund von psychosozialen Belastungen (vor allem chronischer Ehekonflikt sowie Stellenverlust; DD emotionale Reaktion/Anpassungsstörung mit depressiven und anderen Gefühlen [Kränkung, Wut, Verbitterung]), (dritter Punkt) akzentuierte ängstlich-vermeidende, selbstunsichere und abhängige Persönlichkeitszüge, DD: kombinierte Persönlichkeitsstörung, (vierter Punkt) eine Aggravation, passives Coping sowie selbstlimitierendes Schon- und Vermeidungsverhalten, Verdacht auf (bewusstseinsnahe) Symptom-Präsentation im Sinn einer Rentenbegehrlichkeit, und (fünfter Punkt) ein Verdacht auf eine somatoforme Schmerzstörung bei multiplen körperlichen Schmerzen und St. n. Rückenoperation 2011 (KV-act. 7-18). Der Gutachter schloss, aufgrund der leichten psychiatrischen Symptomatik sei die medizinisch-theoretische Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin zurzeit zu 20 bis 30 % eingeschränkt, nach einer Remission der Depression sei die Arbeitsfähigkeit auch wieder voll vorhanden (KV-act. 7-27).

4.7.4. Zunächst ist darauf hinzuweisen, dass der Gutachter der Psychiatrie darlegte, die Beschwerdeführerin habe einen deutlichen Hang zur Aggravation mit Diskrepanzen zwischen subjektiver Wahrnehmung und objektiven Befunden und etlichen Widersprüchen und Inkonsistenzen, die sich zum Teil bei genauerer Nachfrage relativierten oder auflösten. Es bestehe auch eine Diskrepanz zwischen subjektiv wahrgenommenem und affektiv spürbarem Leidensdruck. Er nannte ein demonstratives Klagen beim Aufstehen und Gehen vor und nach der Untersuchung, während die Beschwerdeführerin bei der eineinhalb stündigen Untersuchung ruhig und unauffällig auf dem Stuhl gesessen habe (vgl. KV-act. 7-16).



4.7.5. Auf den starken Verdacht auf eine relativ bewusstseinsnahe Aggravation mit dem Ziel einer Rentenbegehrlichkeit schliesst der Gutachter der Psychiatrie aber auch aus der Vorgeschichte und dem Krankheitsverlauf. Auffallend sei, dass die Beschwerdeführerin bei immer nur relativ geringen psychischen und körperlichen Befunden eine mehrjährige Phase mit bis zu 100 % Arbeitsunfähigkeit gehabt habe. Als sie die Stelle deswegen dann verloren habe, habe sie plötzlich sehr aktiv um eine Neuanstellung gekämpft. Nachdem sie diese dann erhalten habe - die Arbeitgeberin habe ihr allerdings entgegen ihrem Wunsch nach einem Vollzeitpensum lediglich eine 50 %-Stelle gegeben -, habe sie dann längere Zeit ohne Krankschreibung arbeiten können. Es frage sich, weshalb sie plötzlich vollzeitlich habe arbeiten wollen, nachdem sie vorher doch so lange für eine volle Arbeitsunfähigkeit gekämpft habe. Erst unter erneuten psychosozialen Belastungen und dem negativen Ausgang der polydisziplinären Begutachtung im Jahr 2015 sei es zur erneuten Krankschreibung gekommen (vgl. KV-act. 7-22).

4.7.6. Was diese der Beurteilung zugrundeliegenden Annahmen des Gutachters zur Vorgeschichte betrifft, ist allerdings einerseits auf Folgendes hinzuweisen: Die Beschwerdeführerin hatte Lähmungen erlitten und es waren zumindest (selbst gemäss dem Medexperts-Gutachten, vgl. unten E. 5.2) kernspintomographisch aktivierte Spondylarthrosen L3 bis S1 nachgewiesen worden. Von der Klinik für Neurochirurgie am Kantonsspital St. Gallen war echtzeitlich (am 7. September 2012, vgl. IV-act. 34-2) ein bildmorphologischer Nachweis von entzündlich veränderten Spondylarthrosen (vom Gutachten der Medexperts AG nach neueren Kriterien diagnostisch anders betrachtet) festgestellt worden. Die somatischen Beschwerden und Funktionseinschränkungen waren wiederholt als durch die Befunde begründet betrachtet worden (vgl. namentlich IV-act. 109-72 f.). Die Beschwerdeführerin hat im Übrigen auch beispielsweise nach einem Wechsel der Medikation oder nach Spitalaufenthalt von einer Besserung der Schmerzen und der Beschwerden berichtet. Auch gab sie etwa bekannt, dass sie die Symptomatik, welche zur Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung geführt hatte (Infiltrationsparaparese und Lungenembolie), überwunden habe. Sie nahm nach Phasen der (u.a. vollen) Arbeitsunfähigkeit ihre Arbeit mehrfach teilweise tatsächlich wieder auf. Ihre Stelle, die sie bereits seit ihrem 17. Altersjahr innehatte, behielt sie auch nach Eintritt der Arbeitsunfähigkeit bei. Die Arbeitstätigkeit wurde ihren krankheitsbedingt erforderlichen Einschränkungen angepasst (vgl. KV-act. 2-11: vorher Maschinen[-...], danach leichte Arbeiten [...]). Die Beschwerdeführerin hat sich zwar für voll arbeitsunfähig gehalten (vgl. IV-act. 109-42), ist ihrer Arbeit jedoch wie erwähnt trotzdem teilweise (nach der Aktenlage längere Zeit zu 50 %) nachgegangen (vgl. IV-



act. 109-38). Das von der Arbeitgeberin noch angebotene Pensum von 50 % übte sie aus. Die Beschwerdegegnerin unterstützte sie im Übrigen bei der Erhaltung dieses Arbeitsplatzes (vgl. Zielvereinbarung betreffend den Eingliederungsplan vom 31. Januar/8. Februar 2013, kurz nach der Frist von zwölf Monaten ab der Anmeldung gemäss Art. 49 IVG; Leistungszusprache vom 14. Februar 2013 für berufliche Massnahmen im Sinn von Beratung und Unterstützung bei der Erhaltung des Arbeitsplatzes, also für Arbeitsvermittlungsmassnahmen nach Art. 18 Abs. 1 lit. b IVG) ebenso wie die Taggeldversicherung und die Arbeitgeberin. Am Ende hatte das während ihres gesamten Erwerbslebens aufrechterhaltene Arbeitsverhältnis etwa 26 Jahre gedauert. - Im Bericht der Abteilung Psychosomatik an den Kliniken Valens vom 7. Oktober 2015 war ausserdem angegeben worden, die Beschwerdeführerin habe sich mit zunehmender Therapiedauer geöffnet und von ihrer über weite Strecken der Hospitalisation dissimulierten seelischen Not berichtet (IV-act. 125-3). - Dr. B.____ hatte im Übrigen bereits am 3. Juli 2014 (IV-act. 96) berichtet, der Zustand der Beschwerdeführerin habe sich verschlechtert. Eine Kryorhizotomie des ISG links vom 14. Mai 2014 sei ohne Erfolg geblieben. Wegen der subjektiv empfundenen massivsten Schmerzen sei die Versicherte gemäss der behandelnden Psychiaterin vom 10. Juni 2014 bis 30. Juni 2014 voll arbeitsunfähig geschrieben worden.

4.7.7. Andererseits war in einer früheren klinischen Untersuchung bei der Prüfung der Handkraft (erstmalig am 9. November 2012) eine eingeschränkte Compliance festgestellt und später ebenfalls bei der Handkraft ein mangelnder Wille in Erwägung gezogen worden. - In einem Verlaufsprotokoll der IV-Eingliederungsberatung vom 30. Dezember 2013 (IV-act. 78) war zudem festgehalten worden, nach Auslaufen der Krankentaggelder im Juni 2013 sei der Arbeitsvertrag auf ein Pensum von 50 % angepasst worden. Eine weitere Steigerung habe die Beschwerdeführerin nicht erreichen können. Das Pensum von 50 % habe für sie oberste Grenze dargestellt. Nach ihrer Auffassung müssten die Ärzte alles unternehmen, damit die Schmerzen behoben würden. Erst dann könne sie eventuell wieder mehr arbeiten. Eine Haltungsänderung von der passiven in die aktive Rolle habe nicht erreicht werden können (IV-act. 78-5). Der Umdenkprozess werde nicht einfach sein und viel Zeit und Energie kosten, wenn sie sich überhaupt darauf einlasse. Sie müsse jedoch einsehen, dass auch sie aktiv werden müsse und es kein Wundermittel gegen die Schmerzen gebe (IV-act. 78-3).

4.7.8. Der Gutachter der Psychiatrie hat jedenfalls den Einfluss der Aggravation und des Verdachts auf eine bewusstseinsnahe Symptompräsentation bei seiner Beurteilung mitberücksichtigt (vgl. auch unten E. 4.7.10). Er hat festgehalten, dass nur ein Teil der subjektiv beklagten Beschwerden habe objektiviert werden können (KV-act. 7-24).



4.7.9. Was die depressive Störung betrifft, hat die Testung mit der Hamilton-Depressionsskala (HAMDS-21, mit 21 Items) nach Angaben des Gutachters maximal etwa 17 bis 20 Punkte ergeben, was einer leichten bis grenzwertig mittelschweren Depression entsprechen würde und nicht mit dem klinischen Eindruck übereinstimme (KV-act. 7-18, vgl. 7-14). - Zu erwähnen ist diesbezüglich, dass solchen Testmethoden nach der Rechtsprechung im Rahmen psychiatrischer Begutachtungen denn auch höchstens eine ergänzende Funktion zukommt, während die klinische Untersuchung mit Anamneseerhebung, Symptomerfassung und Verhaltensbeobachtung entscheidend bleibt (vgl. Bundesgerichtsurteil vom 23. Januar 2017, 8C_772/2016 E. 6.1). - Bei der Beschreibung der aktuellen psychischen Symptomatik (nach HAMDS-21 und AMDP, d.h. gemäss der Arbeitsgemeinschaft für Methodik und Dokumentation in der Psychiatrie) wurde festgestellt, dass die Beschwerdeführerin vor allem an Einsamkeitsgefühl leide (von Depressionen erzähle sie von sich aus nichts), daneben auch an Schuldgefühlen. Sie mache sich Selbstvorwürfe. Während des Klinikaufenthalts habe sie eine Lebensverleiderstimmung und Suizidgedanken gehabt; nun sei es bezüglich dieses Leidens viel besser. Antrieb, Tatkraft und Energie seien vermindert. Sie habe kein Interesse und keine Motivation für soziale Aktivitäten und mache nur, was sie müsse. Alles sei für sie zu schwierig, eine Lösung sei nicht in Sicht und sie sei immer allein. Teilweise habe sie (als vegetatives Symptom) Herzklopfen (KV-act. 7-13 f.). Bei den objektiven Befunden (gemäss HAMDS-21 und AMDP, KV-act. 7-16 f.) beschrieb der Psychiater unter anderem auch, die affektive Grundstimmung sei schwach zum negativen/depressiven Pol gedrängt gewesen, nicht wirklich spürbar depressiv, sondern mehr klagend. Das Denken sei inhaltlich eingengt und um die psychosozialen Belastungen kreisend gewesen. Der Schlaf sei nur mässig gestört und bei der Exploration sei die Beschwerdeführerin nur geringfügig verlangsamt gewesen. Weder sei der Appetit vermindert noch bestünden circadiane Stimmungsschwankungen. Die Beschwerdeführerin gehe täglich spazieren.

4.7.10. Der Gutachter der Psychiatrie gab an, bei der Beschwerdeführerin liege - unter Berücksichtigung der Neigung zur Aggravation (IV-act. 7-21) - eine "maximal leichte, anhaltende Depression" (IV-act. 7-20) vor.

4.7.11. Diese Depression sei ausgelöst durch die anhaltenden schweren Eheprobleme der Beschwerdeführerin und nun auch noch durch den Verlust der Arbeitsstelle nach 26 Jahren der Anstellung, nachdem sie dort seit ihrem 17. Altersjahr gearbeitet habe (KV-act. 7-20). Die depressive Problematik sei grundsätzlich theoretisch unter fortgesetzter Therapie auch remittierbar. Aber wegen der starken reaktiven Triggerung durch die Eheproblematik bestehe grösste Gefahr der weiteren Fixierung und



Chronifizierung (IV-act. 7-21). - Eine solche Fixierung ist demnach bereits eingetreten. Zu berücksichtigen ist diesbezüglich aber des Weiteren, dass soziale Belastungen, soweit sie direkt negative funktionelle Folgen zeitigen, nach der Rechtsprechung ausgeklammert bleiben (vgl. Bundesgerichtsurteil vom 31. Oktober 2018, 8C_628/2018 E. 4.5.1.1; BGE 141 V 281 E. 4.3.3). Ein invalidisierender psychischer Gesundheitsschaden kann nur gegeben sein, wenn das klinische Beschwerdebild nicht einzig in psychosozialen und soziokulturellen Umständen seine Erklärung findet, sondern davon psychiatrisch unterscheidbare Befunde umfasst (vgl. Bundesgerichtsurteil vom 15. März 2017, 8C_14/2017 E. 5.3). Erhalten diese Umstände jedoch bloss mittelbar eine (verselbstständigte) Gesundheitsschädigung aufrecht oder verschlimmern sie ihre (unabhängig von den invaliditätsfremden Elementen bestehenden) Folgen, so sind sie mitzuberücksichtigen (vgl. Bundesgerichtsurteil vom 15. März 2017, 8C_14/2017 E. 5.3). Psychosoziale und soziokulturelle Faktoren sind also mittelbar invaliditätsbegründend, wenn und soweit sie den Wirkungsgrad der - unabhängig von den invaliditätsfremden Elementen bestehenden - Folgen des Gesundheitsschadens beeinflussen (vgl. Bundesgerichtsurteil vom 7. Februar 2012, 9C_736/2011 E. 2.3.3, m.H.). - Vorliegend fällt diesbezüglich ins Gewicht, dass der Gutachter bereits in der Diagnose die rezidivierende depressive Störung einerseits und das primär reaktive depressive Geschehen aufgrund von psychosozialen Belastungen (mit der Differenzialdiagnose einer emotionalen Reaktion/Anpassungsstörung mit depressiven und anderen Gefühlen) andererseits auseinandergelassen hat. Das lässt darauf schliessen, dass er die entsprechenden Anteile bereits separiert hat.

4.7.12. Bei der weiteren Beweiswürdigung der gutachterlichen psychiatrischen Ausführungen (Standardindikatoren) ist zudem festzuhalten, dass, wie sich aus E. 4.7.3 ergibt, mehrere psychiatrische Diagnosen (namentlich eine depressive Störung und akzentuierte Persönlichkeitszüge bzw. eine Persönlichkeitsstörung) zusammenkommen. Das ist als Erschwernis zu betrachten. Der Gutachter erklärte, die Beschwerdeführerin verarbeite die emotionalen Schmerzen auch im Rahmen ihrer somatoformen Schmerzverarbeitungsstörung körperlich, so dass seit Jahren eine somatoforme Schmerzstörung vorliege. Der Umgang mit den psychischen wie körperlichen Schmerzen geschehe auf dem Hintergrund einer Persönlichkeit mit ausgeprägten ängstlich-vermeidenden, selbstunsicheren, abhängigen Zügen (gemäss ICD 10 Z73.0 bzw. F61.0: kombinierte Persönlichkeitsstörung). Demnach liegt eine somatoforme Schmerzstörung seit Jahren vor. Der Umgang mit den psychischen und körperlichen Schmerzen ist aufgrund der Persönlichkeit erschwert. Der Gutachter hielt fest, das depressive Leiden sei ebenfalls langwierig bzw. habe einen rezidivierenden



Verlauf (KV-act. 7-20). Der Heilungsverlauf sei seit Jahren gleichförmig mit inzwischen immer stärkerer Neigung zur Fixierung und Chronifizierung aufgrund der psychosozialen Belastungen, die im letzten Jahr massiv zugenommen hätten (KV-act. 7-21). Der Gutachter bestätigte des Weiteren, dass als Symptom der Depression und im Rahmen der akzentuierten Persönlichkeitszüge ein sozialer Rückzug vorliege, den die behandelnde Psychiaterin fälschlicherweise als phobische Angststörung betrachte (KV-act. 7-21). Im Übrigen hatte bereits im März 2013 der gutachterliche Psychiater des K.____s berichtet, es seien regressive Aspekte deutlich geworden. - Im Bericht der Abteilung Psychosomatik an den Kliniken Valens vom 7. Oktober 2015 war ausserdem angegeben worden, bei Eintritt der Beschwerdeführerin sei die mittelgradige depressive Episode mit somatischem Syndrom bereits wirksam antidepressiv behandelt gewesen, unter medikamentöser Therapie habe sie bei sehr ungünstigen psychosozialen verlaufsbestimmenden Faktoren persistiert und im Vorfeld der Entlassung exazerbiert. Sie sei zunehmend mit Panikattacken und soziophoben Tendenzen vergesellschaftet gewesen.

4.7.13. Da der Gutachter der Psychiatrie (Dr. R.____) die Aspekte der von ihm diagnostizierten Aggravation bei seiner Beurteilung der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin bereits berücksichtigt und ausgeschieden hat, und zwar schon bei der Benennung der Diagnose der depressiven Störung, und weil dasselbe auch für den Einfluss der psychosozialen Faktoren gilt, kann nach dem oben Dargelegten nach der gegenwärtigen Aktenlage auf sein Ergebnis einer (psychiatrisch bedingten) Einschränkung der für die Beschwerdeführerin zumutbaren Arbeitsfähigkeit um durchschnittlich 25 % in adaptierter Tätigkeit abgestellt werden. Nach gutachterlicher Auffassung drohte im Übrigen eine weitere Fixierung und Chronifizierung der psychischen Problematik und der somatoformen Schmerzstörung, weshalb berufliche Massnahmen empfohlen wurden, um diesem Vorgang entgegenzuwirken. Bei der gegenwärtigen Aktenlage zeigt sich soweit ersichtlich kein Hinweis darauf, dass die Depression (im vorliegend massgeblichen Zeitraum) später entfallen wäre.

4.7.14. Zur Retrospektive erwähnte der Gutachter der Psychiatrie schliesslich, die früheren Beurteilungen hätten in den letzten Jahren ein relativ einheitliches Beschwerdebild mit nur leichten bis maximal mittelschweren depressiven Symptomen gezeichnet, schwankend in der Intensität je nach psychosozialer Belastung, insgesamt jedoch reaktiver Genese. So wäre bis dahin die Diagnose einer depressiven Reaktion/ Anpassungsstörung angebracht, nur aufgrund des langwierigen bzw. rezidivierenden Verlaufs habe aber eine depressive Episode bzw. hätten rezidivierende Depressionen codiert werden müssen (IV-act. 7-20). Die Medexperts AG habe psychiatrisch gesehen



aufgrund des nur noch leichten Grades des eigenständigen depressiven Krankheitsbildes eine Arbeitsunfähigkeit von ca. 30 % angenommen (KV-act. 7-20). Nach seiner eigenen Einschätzung beträgt die Einschränkung der Arbeitsfähigkeit wie erwähnt - trotz massiver Zunahme der psychosozialen Belastungen - noch (20 bis 30 %, d.h.) durchschnittlich 25 %.

5.

5.1. Auf die Ergebnisse der Begutachtung der Medexperts AG vom August 2015 und der Begutachtung durch Dr. J.____/Dr. R.____ vom Juni 2016 kann wie erwähnt für die jeweils damalige Zeit abgestellt werden. Das Medexperts-Gutachten vom August 2015 hat sich jedoch auch rückblickend zum Verlauf der Arbeitsfähigkeit in der Zeit ab August 2011 geäußert. Für die angestammte Tätigkeit hat es eine volle Arbeitsunfähigkeit der Beschwerdeführerin ab August 2011 (bis 2. April 2012) angenommen, anschliessend weiterhin eine (rentenerhebliche, vgl. unten E. 6.3) Teilarbeitsunfähigkeit (vgl. IV-act. 109-76): Zum "Beginn der Arbeitsunfähigkeit angestammt" schrieben die Gutachter: "Der Beginn der AUF in der angestammten Tätigkeit wurde ab 08/2011 zu 100 % und ab dem 03.04.2012 zu 20-30 % angegeben. Der Beginn der AUF Einschränkung zu 50 %, ausgehend von einem Vollpensum, wird ab 22.11.2012 festgelegt. Mit Ausnahme der kurzfristigen 100 % AUF-Einschränkungen auf [psychiatrischem] Gebiet wird von einer durchgängigen 50 %-[igen] AUF in der angestammten Tätigkeit ausgehend von einem Vollpensum ausgegangen. Die von den behandelnden Ärzten (gemäss IV-Fragebogen für Arbeitgebende vom 10.01.2012) attestierten Arbeitsunfähigkeiten sind aus somatischer Sicht nachvollziehbar" (IV-act. 109-76; 10.1.2). - Ab dem 3. April 2012 dürfte (statt einer Arbeitsunfähigkeit) eine "Arbeitsfähigkeit" von 20 bis 30 % gemeint gewesen sein, wie sich aus IV-act. 109-75 (Ziff. 10.1: die Beschwerdeführerin wurde ab 03.04.2012 zu 20-30 % AF eingeschätzt und arbeitete in diesem Pensum) und der Aktenlage (Bericht Dr. C.____, IV-act. 22-2 f.: ab 3. April 2012 statt 20 % Arbeitsversuch mit 40 % Arbeitsfähigkeit; Bericht vom 30. April 2012, IV-act. 26: Arbeitsfähigkeit der [motivierten] Beschwerdeführerin in angestammter Tätigkeit maximal 33 %) ergibt. Die Frage kann allerdings vorerst offen bleiben (vgl. unten E. 5.2 ff.). - Ab 22. November 2012 nahm die Medexperts AG dann retrospektiv für die angestammte Tätigkeit der Beschwerdeführerin die (bei der Begutachtung vorgefundene) Arbeitsfähigkeit von 50 % (dem tatsächlichen Pensum der Beschwerdeführerin entsprechend) und von 70 % für adaptierte Tätigkeiten an (IV-act. 109-76 unten). Im polydisziplinären Teil des Medexperts-Gutachtens wurde zum retrospektiven Verlauf wie erwähnt dargelegt, Dr. J.____ sei von einer Arbeitsfähigkeit von 50 % ausgegangen. Sie habe zwar im März/



April 2013 eine rasche Steigerung der Arbeitsfähigkeit von 50 % auf 75 % und auf 100 % für realisierbar gehalten. Die anhaltende Depression und die hinzugetretenen therapierefraktären chronischen Wirbelsäulenschmerzen hätten eine Steigerung jedoch nicht zugelassen. Aufgrund der objektivierbaren pathologischen klinischen und radiologischen Befunde sei aus aktueller rheumatologischer und orthopädischer Sicht eine Steigerung des Arbeitspensums von 50 % in der überwiegend im Stehen ausgeübten bisherigen Tätigkeit nicht realisierbar; die aktuelle Stelle sei allerdings gekündigt worden (IV-act. 109-78). Die zumutbare Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit sei (im Verlauf) gleichbleibend mit 50 % zu beurteilen (vgl. IV-act. 109-78).

5.2. Nach den rückblickenden Angaben des Gutachters der Rheumatologie der Medexperts AG im Besonderen ist die von den Rheumatologen des Kantonsspitals St. Gallen (gemeint wohl im Bericht vom 24. Oktober 2013) gestellte und unter anderem auf ein MRI von Mai 2012 gestützte Diagnose eines chronifizierenden lumbalen Schmerzsyndroms Gerbershagen Stadium III, überwiegend nozizeptiv, nach mikrochirurgischer Fensterung L4/5 und L5/S1 und Sequestrektomie am 22.09.2011 wegen Diskushernie mit L5-Parese links und kernspintomographischem Nachweis aktivierter Spondylarthrosen L3 bis S1, flacher breitbasiger Rezidiv-/Restdiskushernien L4/5 und L5/S1 ohne Neurokompression und Osteochondrose L5/S1 (MRI 05/2012) nachvollziehbar (vgl. IV-act. 109-58). - Es wurde aber weiter darauf hingewiesen, dass Dr. I. ___ ehemals (im November 2012/März 2013) keine Hinweise für eine Erkrankung aus dem entzündlichen rheumatischen Formenkreis gefunden habe (IV-act. 109-58). - Die von den Rheumatologen des Kantonsspitals St. Gallen im Oktober 2013 postulierte HLA-B27 positive axiale und periphere Spondyloarthritis lasse sich aufgrund der zugestellten medizinischen Akten, der vorliegenden radiologischen Befunde und der aktuellen anamnestischen Angaben und klinischen Befunden nicht belegen (vgl. IV-act. 109-58). Aktuell hätten sich (allerdings unter installierter medikamentöser Behandlung mit Infliximab) keinerlei Hinweise für eine Entzündungsaktivität der axialen und peripheren Spondyloarthritis gezeigt (vgl. IV-act. 109-58). Im polydisziplinären Teil wurde dazu dargelegt, dieses Leiden habe anlässlich des aktuellen rheumatologischen Gutachtens nicht festgestellt werden können. Die Diagnose scheine daher aus Sicht des Gutachters der Rheumatologie fraglich (vgl. IV-act. 109-73). - Zum Beginn der Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit hielt der Gutachter der Rheumatologie schliesslich fest, die "von den behandelnden Ärzten ab 08/2011 (gemäss IV-Fragebogen für Arbeitgebende vom 10.01.2012) attestierten Arbeitsunfähigkeiten in der von der Versicherten ausgeführten, körperlich adaptierten Berufstätigkeit [seien] aus heutiger rheumatologischer Sicht schwer nachvollziehbar" (IV-act. 109-60;



polydisziplinär insgesamt somatisch jedoch wurden sie wie erwähnt als nachvollziehbar betrachtet, IV-act. 109-76; 10.1.2; vgl. E. 5.1).

5.3. Angesichts des Begutachtungsergebnisses vom Juni 2016 mit der Diagnose einer Aggravation (vgl. insbesondere E. 4.7.8, auch 4.7.10 und 4.7.13) und der (in E. 5.2) erwähnten rückblickenden rheumatologischen Bedenken bestehen für das Gericht bei diesen Gegebenheiten relevante Zweifel an der Stichhaltigkeit der früheren, vor der Medexperts-Begutachtung liegenden Arbeitsunfähigkeit-Angaben (der behandelnden Ärzte und auch der darauf abgestützten rückblickenden Annahmen der Medexperts AG), namentlich jener für die massgebliche Zeit des möglichen Ablaufs eines Wartejahrs am 10. August 2012. Es ist danach denkbar und ohne ergänzende Abklärungen nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auszuschliessen, dass ein aggravierendes Verhalten bereits früher bestanden hat und nicht ausgeschieden worden ist.

5.4. Da nach gegenwärtiger Aktenlage eine langdauernde, ununterbrochene weitreichende Arbeitsunfähigkeit ab August 2011 in Frage steht und ein Einkommensvergleich selbst bei einer Arbeitsunfähigkeit von 30 % (Medexperts AG) und von 25 % (Dr. J.____/Dr. R.____) für adaptierte Tätigkeiten einen Rentenanspruch ergibt (vgl. unten E. 6), ist die Sache zu entsprechenden ergänzenden Abklärungen der medizinischen Verhältnisse von August 2011 bis zur Begutachtung durch die Medexperts AG (vom August 2015) - die allenfalls auch durch den RAD vorgenommen werden können - an die Beschwerdeführerin zurückzuweisen.

6.

6.1. Es kann, was das Valideneinkommen betrifft, angenommen werden, dass die Beschwerdeführerin als Gesunde mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auch an einer anderen Stelle wieder ein vergleichbares (überdurchschnittliches) Einkommen (einschliesslich Schichtzulagen) erzielt hätte. Vom Zeitablauf sind keine relevanten Änderungen der Proportionen zu erwarten, weshalb es beim Vergleich der Einkommen im Jahr 2012 bleiben kann.

6.2. Auch wenn (bzw. wann) zur Ermittlung des Invalideneinkommens auf die Tabellenlöhne abzustellen ist, verbleiben der Beschwerdeführerin auch mit der gesundheitlichen Beeinträchtigung ausreichend viele Arbeitsmöglichkeiten auf einem ausgeglichenen Arbeitsmarkt. Für einfache Tätigkeiten (Kompetenzniveau 1) bekamen Frauen 2012 durchschnittlich ein Jahreseinkommen von Fr. 51'441.-- (vgl. Anhang 2 der Textausgabe Invalidenversicherung, Allgemeiner Teil des Sozialversicherungsrechts, Gesetze und Verordnungen, 2018, herausgegeben von der



Informationsstelle AHV/IV, S. 222, basierend auf der Schweizerischen Lohnstrukturerhebung LSE des Bundesamtes für Statistik). Da nach der Aktenlage medizinisch nicht ausgeschlossen ist, dass die Beschwerdeführerin die angepasste leichte Tätigkeit bei vorhandenem Gesundheitsschaden ebenfalls wieder in Schichtarbeit leistet, ist der entsprechende Lohnanteil auch beim Invalideneinkommen hinzuzuschlagen. Vom Valideneinkommen waren knapp 2 % Schichtzulagen. Auszugehen ist somit von einem Jahreseinkommen von rund Fr. 52'441.-- (bei Einschluss von knapp 2 % oder rund Fr. 1'000.-- Schichtzulagen). - Bestehen im Einzelfall Anhaltspunkte dafür, dass die versicherte Person ihre gesundheitlich bedingte (Rest-) Arbeitsfähigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt nur mit unterdurchschnittlichem erwerblichem Erfolg verwerten kann, ist ein Abzug von den Tabellenlöhnen zu machen. Bei der Bestimmung der Höhe des Abzuges ist der Einfluss aller in Betracht fallenden Merkmale auf das Invalideneinkommen unter Würdigung der Umstände im Einzelfall gesamthaft zu schätzen und insgesamt auf höchstens 25 % des Tabellenlohnes zu begrenzen (vgl. BGE 134 V 322 E. 5.2 und BGE 126 V 75). Die gesundheitlich bedingten Einschränkungen der Beschwerdeführerin sind in der Arbeitsfähigkeitsschätzung vollumfänglich zum Ausdruck gekommen. Eine vollzeitliche Beschäftigung ist als zumutbar zu betrachten. Als Abzugsgrund fällt einzig ein Ausgleich des lohnrelevanten Vorteils der langen Betriebszugehörigkeit in Betracht. Indessen nimmt die Rechtsprechung diesbezüglich an, dass ein solcher Nachteil durch eine positive Wirkung der durch die langjährige Betriebstreue ausgewiesenen Zuverlässigkeit und Tüchtigkeit auf den Anfangslohn bei einem anderen Arbeitgeber auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt ausgeglichen wird (vgl. Bundesgerichtsentscheid vom 18. Januar 2018, 8C_552/2017 E. 5.4.1). Von einem Abzug ist daher abzusehen.

6.3. Bei einem Valideneinkommen von Fr. 67'724.-- (berechnet anhand der Angaben zum Jahr 2012; IV-act. 112) und einem Invalideneinkommen (einschliesslich Schichtzulagen) von Fr. 39'330.-- (ausgehend von Fr. 52'441.--, bei 75 % Arbeitsfähigkeit) betrüge der Invaliditätsgrad rund 42 %. Ohne Zuzug von Schichtzulagen würde das Invalideneinkommen Fr. 38'580.-- ausmachen (75 % von Fr. 51'441.--) und es ergäbe sich ein Invaliditätsgrad von 43 %, der ebenfalls zu einer Viertelsrente berechtigen würde.

7.

7.1. Im Sinn der vorstehenden Erwägungen ist die Beschwerde unter Aufhebung der angefochtenen Verfügung vom 14. Dezember 2016 teilweise gutgeheissen und die Sache ist zur ergänzenden medizinischen Abklärung im Sinn der Erwägungen und zu entsprechender neuer Verfügung an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen.



7.2. Es rechtfertigt sich, bei diesem Ausgang des Verfahrens für die Kosten von einem vollen Obsiegen der Beschwerdeführerin auszugehen und die Gerichtskosten, die nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert festgelegt werden (Art. 69 Abs. 1^{bis} IVG), gesamthaft der Beschwerdegegnerin aufzuerlegen (vgl. Art. 95 Abs. 1 VRP/SG). Eine Entscheidgebühr von Fr. 600.-- erscheint angemessen. Der geleistete Kostenvorschuss in gleicher Höhe ist der Beschwerdeführerin zurückzuerstatten.

7.3. Die Beschwerdeführerin hat demnach auch Anspruch auf Ersatz der Parteikosten, die vom Gericht ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache und nach der Schwierigkeit des Prozesses bemessen werden (Art. 61 lit. g ATSG; vgl. auch Art. 98 ff. VRP). Ihre Rechtsvertreterin hat eine Kostennote vom 26. Juli 2017 eingereicht, welche einen Betrag von Fr. 5'239.75 (Honorar Fr. 4'665.--, Barauslagen Fr. 186.60, MWSt Fr. 388.15) ausweist, der beim nötig gewesenem überdurchschnittlichen Aufwand gerechtfertigt sei. Der Bedeutung der Streitsache und dem anzunehmenden erforderlichen, überdurchschnittlich hohen Aufwand angemessen erscheint eine um rund einen Drittel angehobene pauschale Parteientschädigung von Fr. 4'660.-- (einschliesslich Barauslagen und Mehrwertsteuer).

Entscheid

1.

Die Beschwerde wird unter Aufhebung der angefochtenen Verfügung vom 14. Dezember 2016 teilweise gutgeheissen und die Sache wird zur ergänzenden medizinischen Abklärung im Sinn der Erwägungen und zu entsprechender neuer Verfügung an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen.

2.

Die Beschwerdegegnerin hat die Gerichtsgebühr von Fr. 600.-- zu bezahlen.

3.

Der geleistete Kostenvorschuss von Fr. 600.-- wird der Beschwerdeführerin zurückerstattet.

4.

Die Beschwerdegegnerin hat der Beschwerdeführerin eine Parteientschädigung von Fr. 4'660.-- (einschliesslich Barauslagen und Mehrwertsteuer) zu bezahlen.