



**Fall-Nr.:** IV 2017/60  
**Stelle:** Versicherungsgericht  
**Rubrik:** IV - Invalidenversicherung  
**Publikationsdatum:** 20.09.2019  
**Entscheiddatum:** 27.05.2019

### **Entscheid Versicherungsgericht, 27.05.2019**

**Art. 7 ATSG; Art. 8 ATSG, Art. 28 ATSG; Art. 28 IVG: Beweistauglichkeit eines MEDAS-Gutachtens, wonach die Versicherte in adaptierten Tätigkeiten zu 70% arbeitsfähig ist. Aufgrund verschiedenartiger Einschränkungen (insbesondere Schmerzen und eingeschränkte Beweglichkeit bei Degenerationen LWS und HWS, Gewichtslimite 5 kg, wechselbelastende Tätigkeit, erhöhter Pausenbedarf), eingeschränkter Hörleistung und eingeschränkter psychischer Ressourcen ist ein Tabellenlohnabzug zu gewähren, wobei 15% angemessen erscheinen. Damit besteht ein Anspruch auf eine Viertelsrente (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 27. Mai 2019, IV 2017/60).**

#### **Entscheid vom 27. Mai 2019**

Besetzung

Versicherungsrichterinnen Michaela Machleidt Lehmann (Vorsitz), Marie Löhner und Marie-Theres Rüegg Haltinner; Gerichtsschreiberin Beatrix Zahner

Geschäftsnr.

IV 2017/60

Parteien

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

**Beschwerdeführerin,**



## St.Galler Gerichte

vertreten durch Rechtsanwalt Thomas Widmer, MLaw, Waisenhausstrasse 17,  
Postfach 133, 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 27. Mai 2014 zum zweiten Mal bei der Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug an. Als gesundheitliche Beeinträchtigungen nannte sie Bewegungs- und Belastungsschmerzen, Gangstörung, Drehschwindel, Tinnitus, Kopfschmerzen, Augendruck, Taubheit an Finger und Zehen sowie Blockaden des ISG und der Brustwirbelsäule. Die Beeinträchtigung bestehe akut seit 11. November 2013 und sei vorbestehend seit der Operation im Jahr 2010 (IV-act. 100).

**A.b** Die Versicherte hatte in einem befristeten Arbeitsverhältnis als Produktionsmitarbeiterin bei der B.\_\_\_\_ AG gestanden, als sie durch ein Verhebetauma einen Bandscheibenvorfall L5 erlitten hatte und deswegen ab 4. Februar 2010 krank geschrieben werden musste (vgl. Krankmeldung, Fremdakten act. 1-2 und 1-8 ff.; Verlaufsprotokoll Eingliederungsverantwortliche vom 7. Oktober 2011, IV-act. 45-1 f.). Eine zusätzliche exacerbiertere cervikale Schmerzproblematik war am 17. September 2010 operativ behandelt worden (anteriore cervikale Diskektomie und Fusion C4/5 mit CSLP und Beckenkamm bei Spinalkanalstenose HWS 4/5 und foraminale Enge; Klinik für Orthopädische Chirurgie Kantonsspital St. Gallen [KSSG], Operationsbericht, IV-act. 32-5; Austrittsbericht vom 27. September 2010, IV-act. 32-7 f.; Bericht vom



8. Dezember 2010, IV-act. 28-2 f.). Gestützt unter anderem auf ein orthopädisches Gutachten von Dr.med. C.\_\_\_\_ vom 8. August 2011, wonach die Versicherte in angepassten Tätigkeiten (im Wesentlichen körperlich leicht mit Gewichtslimite von 5 kg mit Wechsel zwischen Sitzen und Stehen, ohne häufige inklinierte, reklinierte oder rotierte Körperhaltungen) seit April 2011 vollumfänglich arbeitsfähig sei (IV-act. 42) und auf Arztberichte von Dr.med. D.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, der eine Anpassungsstörung mit erheblicher depressiver und ängstlicher Symptomatik diagnostiziert hatte (ICD-10: F43.23; Berichte vom 22. Dezember 2011, IV-act. 58-2, und vom 12. April 2012, IV-act. 63), hatte die IV-Stelle das erste Leistungsbegehren vom 9. Juni 2010 (IV-act. 1) mit Verfügung vom 10. Mai 2012 abgewiesen (IV-act. 66). Die Versicherte hatte am 14. Mai 2012 berufliche Massnahmen beantragt (IV-act. 67), worauf ihr Arbeitsvermittlung zugesprochen worden war (Mitteilung vom 22. Oktober 2012, IV-act. 82). Diese war abgeschlossen worden, nachdem die Versicherte am 19. November 2012 eine Teilzeitstelle (50%, dann 70%) als Mitarbeiterin Hauswirtschaft bei der E.\_\_\_\_ angetreten hatte (Verlaufsprotokoll Eingliederungsverantwortliche, IV-act. 92; Verfügung vom 12. September 2013, IV-act. 96; vgl. auch Arbeitsvertrag und Anschlussvertrag dazu, IV-act. 101-1 f.). Diese Stelle wurde ihr auf den 30. Juni 2014 gekündigt, nachdem sie ab 11. November 2013 mehrheitlich zu 100% krank geschrieben worden war (Kündigung vom 16. April 2014, IV-act. 101-4; Angaben Arbeitgeberin vom 1. Juli 2014, IV-act. 110; Arztbericht Dr.med. F.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Allgemeinmedizin, vom 23. September 2014, IV-act. 121).

**A.c** Dr. F.\_\_\_\_ führte im genannten Arztbericht aus, es bestünden erhebliche Restbeschwerden bei Status nach Operation an der Halswirbelsäule. Die Beweglichkeit der HWS und LWS sei eingeschränkt, es sei eine chronische Schmerzsymptomatik vorhanden. Er halte die Versicherte nicht für stabil genug, um an einem Wiedereingliederungsprogramm teilzunehmen (IV-act. 121). Im Schmerzzentrum des Kantonsspitals St. Gallen (KSSG) wurde mit Datum vom 1. Oktober 2014 festgehalten, bei der Versicherten zeige sich ein chronifiziertes Schmerzsyndrom mit zwei Hauptfoki, nach Gebershagen entsprechend Stadium III von gemischt nozizeptiv neuropathischem Schmerzcharakter. Insgesamt habe sich die Situation im Vergleich zu einer Konsultation vor drei Jahren deutlich zugespitzt, dies sicher auch auf Grund der psychosozialen Belastungssituation. Aktuell stehe der lumbosacrale Schmerz im Vordergrund. Klinisch zeige sich ein mögliches S1-Syndrom linksseitig. In der



## St.Galler Gerichte

Kernspintomographie lasse sich allerdings keine Neurokompression dokumentieren, ebenso wenig eine ISG Affektion. Deutliche Facettengelenksarthrosen lägen vor. Das Beschwerdebild sei somit nicht ganz eindeutig (IV-act. 157-8 f.).

**A.d** Die IV-Stelle entschied am 4. November 2014, berufliche Eingliederungsmassnahmen seien zurzeit aufgrund des Gesundheitszustandes der Versicherten nicht möglich (Mitteilung, IV-act. 123).

**A.e** Eine Abklärung in der Klinik für Psychosomatik des KSSG ergab die Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10: F33.1; Bericht vom 29. Dezember 2014, IV-act. 158-7 f.). Die die Versicherte am Schmerzzentrum behandelnde Dr.med. G.\_\_\_\_ berichtete im Folgenden, die Versicherte leide an einem chronifizierten biloculären Schmerzsyndrom mit mediolateraler Diskushernie L5/S1 links, konservativ therapiert, Osteochondrose LWK 5/SWK 1 bei Hemilumbalisation SWK 1 links und gering aktivierten Facettengelenksarthrosen LWK 4 - SWK 1. Die Versicherte beschreibe lumbosacrale Schmerzen, stark pulsierend, pochend, teilweise wie Messerstiche, ausstrahlend über das linke Bein bis zur Grosszehe. Als zweitstärkste Komponente beklage sie einen von cervical ausstrahlenden hämmernden Schmerz mit Ausstrahlung bis zum Hinterkopf, teils bis zu den Augen. Radiofrequenzablation, TENS sowie eine medikamentöse Umstellung seien ohne dauerhaften Erfolg geblieben. Die Versicherte sei enttäuscht und sehe sich als "Versuchskaninchen". Sie könne sich einer komplexen Pathogenese im Rahmen des biopsychosozialen Krankheitsmodells nur schwer öffnen und lasse sich für einen stationären Aufenthalt nicht motivieren (Berichte Schmerzzentrum KSSG vom 3. Februar 2015, IV-act. 157-3 ff., und vom 2. April 2015, IV-act. 131).

**A.f** RAD-Ärztin Dr.med. H.\_\_\_\_, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin, nahm am 20. April und 11. August 2015 Stellung, aus medizinisch-theoretischer Sicht betrage die Arbeitsfähigkeit adaptiert 50% mit allfälliger Steigerungsoption (IV-act. 133, 145). Mit Mitteilung vom 14. August 2015 lehnte die IV-Stelle die Zusprache beruflicher Massnahmen ab, da sich die Versicherte subjektiv nicht arbeitsfähig fühle (Strategie-Protokoll vom 11. August 2015, IV-act. 146; Mitteilung vom 14. August 2015, IV-act. 148).



## St.Galler Gerichte

**A.g** MMag. I.\_\_\_\_, Psychologin, hielt in einem Schreiben an die IV-Stelle vom 16. September 2015 (IV-act. 158-6) und im Verlaufsbericht vom 11. Februar 2016 (IV-act. 164-2 f.) fest, die Versicherte nehme seit dem Assessment vom 18. Dezember 2014 regelmässige psychotherapeutische Gespräche wahr, meist einmal pro Monat. Seit einem halben Jahr erhalte sie Cymbalta in gesteigerter Dosis. Dies helfe nicht gegen Schmerzen, aber gegen das Gereiztsein und bei der Wahrnehmung ihrer Grenzen und beim Abbau innerer Spannungen.

**A.h** Im Auftrag der IV-Stelle wurde die Versicherte durch die medexperts AG begutachtet (Gutachten vom 11. Juli 2016, IV-act. 175; Dr.med. J.\_\_\_\_, Allgemeine Innere Medizin; Dr.med. K.\_\_\_\_, Neurologie; Dr.med. L.\_\_\_\_, orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates; med.prakt. M.\_\_\_\_, Psychiatrie und Psychotherapie; Untersuchungen 11. und 12. Mai 2016). Die Gutachter diagnostizierten als Leiden mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit (IV-act. 175-47 f.):

- ein chronisches lumbospondylogenes Syndrom bei degenerativen Veränderungen ossärer und diskogener Art,
- einen Status nach Sakralblock (27. April 2010), Status nach Applikation von Tens und Caspacin (2014), Status nach Medial-Branch-Block (November und Dezember 2014), Status nach Radiofrequenzablation (29. Dezember 2014),
- ein cerviko-cephales und cerviko-brachiales Syndrom bei degenerativen Veränderungen ossärer und diskogener Art,
- einen Status nach anteriorer cervikaler Diskektomie und Fusion CLSP und Beckenkammpongiosa (17. September 2010),
- ein thorakovertebrales Schmerzsyndrom bei degenerativen Veränderungen ossärer Art der mittleren BWS
- ein Impingement der rechten Schulter sowie
- eine rezidivierende depressive Störung mit somatischem Syndrom, gegenwärtig leichte Episode (ICD-10: F33.01).



Angesichts der Einschränkungen im Bereich des Achsenskeletts und an der rechten Schulter müsse davon ausgegangen werden, dass die bisherige Tätigkeit als Reinigungskraft nicht mehr zumutbar sei. Es bestehe also eine Arbeitsunfähigkeit angestammt von 100%. Aufgrund der vorliegenden Echtzeitdokumente könne ab Juni 2014 von dieser Einschätzung ausgegangen werden (IV-act. 175-42, 53). Aus orthopädischer Sicht sei eine körperlich leichte, wechselbelastende Tätigkeit ohne Heben und Tragen von Lasten über 5 kg, mit möglichem Wechsel zwischen Sitzen, Gehen und Stehen, ohne Zwangspositionen der Wirbelsäule (vor allem Inklination und Rotation) und der Schultergelenke, namentlich rechts, ohne Arbeiten über der Horizontalebene und ohne zu überwindende Höhendifferenzen (Treppen, Leitern, Gerüste) adaptiert. Zudem sollten keine Tätigkeiten mit Anforderungen an die Gehörleistung, mit potentieller Lärmschädigung und mit höheren Anforderungen an den Gleichgewichtssinn zugemutet werden (IV-act. 175-49 f., 54). Aktuell sei die Versicherte aus rein psychiatrischer Sicht weder in bisherigen noch in adaptierten Tätigkeiten relevant in der Arbeitsfähigkeit eingeschränkt. Zwischendurch im Rahmen von akuten Belastungen könne die Arbeitsfähigkeit aber auch aus psychiatrischer Sicht vorübergehend eingeschränkt sein. Aus psychiatrischer Sicht wäre vorteilhaft, wenn die Versicherte keine Schichtarbeit erbringen müsste (IV-act. 175-34 f.). Angesichts der Verschlechterung des orthopädischen Gesundheitszustandes und der vorhandenen Einschränkungen sei eine adaptierte Tätigkeit während etwa 7 Stunden am Tag zumutbar. Angesichts des reduzierten Arbeitstempos und der Notwendigkeit von betriebsunüblichen und vermehrten Pausen sei von einer Gesamtarbeitsfähigkeit von 70% auszugehen (IV-act. 175-42, 54).

**A.i** RAD-Arzt Dr.med. N.\_\_\_\_, Facharzt für Chirurgie, nahm am 2. August 2016 Stellung, auf das Gutachten könne abgestellt werden (IV-act. 176). Mit Vorbescheid vom 12. August 2016 gewährte die IV-Stelle der Versicherten das rechtliche Gehör zur vorgesehenen Abweisung des Rentenbegehrens (IV-act. 179).

**A.j** Am 17. August 2016 unterzog sich die Versicherte einer subacromialen Dekompression der rechten Schulter mit Bursektomie, Co-Planing AC-Gelenk und Acromioplastik (Operationsbericht Orthopädie St. Gallen, IV-act. 185-2).



**A.k** Mit vorsorglichem Einwand vom 21. September 2016 machte die Versicherte eine fehlende rechtsgenügende Abklärung und einen Leidensabzug von mindestens 10% geltend (IV-act. 185-1). Mit Stellungnahme vom 20. Oktober 2016 brachte sie im Wesentlichen vor, mit ihren stärker gewordenen Einschränkungen sei eine Tätigkeit während 7 Stunden unrealistisch. Das angenommene Invalideneinkommen sei unrealistisch und nicht nachvollziehbar (IV-act. 192). RAD-Arzt Dr. N.\_\_\_\_ nahm am 2. November 2016 Stellung, in den im Gutachten dargestellten Adaptationskriterien sei die Schulterproblematik berücksichtigt worden (IV-act. 193). Im Verlaufsbericht vom 5. Dezember 2016 der Orthopädie O.\_\_\_\_ wurde festgehalten, bezüglich der rechten Schulter bestehe ab 5. Dezember 2016 eine volle Arbeitsfähigkeit (IV-act. 198). RAD-Arzt Dr. N.\_\_\_\_ nahm am 27. Dezember 2016 Stellung, es gelte nun wieder die bisherige Einschätzung (IV-act. 200).

**A.l** Mit Verfügung vom 4. Januar 2017 wies die IV-Stelle das Leistungsbegehren betreffend Rente ab. Aufgrund der Schulteroperation habe lediglich eine vorübergehende Arbeitsunfähigkeit bestanden. Es sei der Versicherten spätestens seit 5. Dezember 2016 wieder zumutbar, eine leidensadaptierte Tätigkeit zu 70% auszuüben. Aus dem Einkommensvergleich errechnete die IV-Stelle einen nicht rentenbegründenden Invaliditätsgrad von 33% (IV-act. 203).

### **B.**

**B.a** Gegen die Verfügung vom 4. Januar 2017 lässt A.\_\_\_\_, vertreten durch Rechtsanwalt MLaw Th. Widmer, am 6. Februar 2017 Beschwerde erheben. Sie beantragt, die angefochtene Verfügung sei unter Kosten- und Entschädigungsfolge aufzuheben und es sei festzustellen, dass sie Anspruch auf eine ganze Invalidenrente habe. Weiter sei ihr die unentgeltliche Rechtspflege und die unentgeltliche Rechtsverbeiständung zu gewähren. Die angenommene Arbeitsfähigkeit von 70% sei stark überhöht. Aufgrund der starken Schmerzen und des eingeschränkten Zumutbarkeitsprofils sei ein Leidensabzug von ca. 20% angemessen, womit bereits ein Invaliditätsgrad von über 40% resultiere (act. G 1). Innert erstreckter Frist zur ergänzenden Beschwerdebegründung lässt die Beschwerdeführerin mit Eingabe vom 3. Mai 2017 neu eventualiter die Aufhebung der angefochtenen Verfügung und Rückweisung der Angelegenheit zur Neuurteilung an die Beschwerdegegnerin



beantragen. Die angenommene 70%ige Arbeitsfähigkeit werde lediglich damit begründet, dass sie aus medizinischer Sicht möglich sei. Die angefochtene Verfügung sei daher bereits wegen mangelnder Begründung aufzuheben. Eine Vielzahl von Ärzten habe festgestellt, dass sie vollumfänglich arbeitsunfähig sei. Das Gutachten sei einseitig in Auftrag gegeben worden und dessen Objektivität müsse in Frage gestellt werden. Das Gutachten sei für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit nicht notwendig gewesen. Es sei mehr als fraglich, ob eine verhältnismässig sehr kurze Untersuchung die Beschwerden klar habe erfassen können. Die ihr verordneten Medikamente liessen nicht nur auf eine extreme Verschlechterung ihres Gesundheitszustands schliessen, sondern auch auf eine kaum vorhandene Arbeitsfähigkeit, da deren Wirkungen sie nicht konzentriert arbeiten liessen. Seit dem orthopädischen Vergleichsgutachten im August 2011 habe sich ihr Gesundheitszustand nicht nur leicht verschlechtert. Die im Vorgutachten festgestellte volle Arbeitsfähigkeit stehe im Widerspruch zu den vom Gutachter selbst gestellten Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit und zur durch den sie schon lange begleitenden Hausarzt Dr. F. \_\_\_ attestierten Arbeitsunfähigkeit von 100%. Aufgrund der wesentlichen von den Gutachtern erhobenen Einschränkungen der Erwerbstätigkeit, ihrer Ausbildung und Arbeitserfahrung erscheine es ausgeschlossen, dass sie bei einem 70%-Pensum einen Jahreslohn von Fr. 37'655.-- erzielen könne. Es seien ihr ein Teilzeitabzug von 10% und ein Leidensabzug von 20% zu gewähren (act. G 9).

**B.b** Mit Beschwerdeantwort vom 22. Juni 2017 beantragt die Beschwerdegegnerin, die Beschwerde sei abzuweisen. Die Unabhängigkeit der MEDAS sei vom Bundesgericht mehrfach bestätigt worden. Konkrete Vorhalte gegen die einzelnen Gutachter würden nicht vorgebracht. Das Gutachten entspreche den Anforderungen der Rechtsprechung und es könne darauf abgestellt werden. Die Stellungnahme behandelnder Ärzte sei durch ihre Aufgabe als Therapeuten geprägt. Im versicherungsrechtlichen Kontext sei nicht das biopsychosoziale Krankheitsmodell massgebend. Die Schmerzen im Rücken und in der Schulter seien berücksichtigt worden. Die Gutachter hätten die Zunahme der Beschwerden berücksichtigt und die damals von Dr. C. \_\_\_ attestierte 100%ige Arbeitsfähigkeit auf 70% angepasst. Der Umstand, dass der Beschwerdeführerin nur eine leichte, wechselbelastende Tätigkeit zumutbar sei, bilde auch bei eingeschränkter Leistungsfähigkeit keinen Grund für einen zusätzlichen leidensbedingten Abzug. Das



## St.Galler Gerichte

Kriterium des reduzierten Beschäftigungsgrades falle bei Frauen statistisch kaum ins Gewicht. Es sei daher kein Abzug vorzunehmen (act. G 13).

**B.c** Die vorsitzende Richterin heisst am 23. Juni 2017 das Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege (Befreiung von den Gerichtskosten und unentgeltliche Rechtsverbeiständung) gut (act. G 14).

**B.d** Mit Replik vom 24. August 2017 macht die Beschwerdeführerin geltend, ihr Gesundheitszustand sei sehr punktuell betrachtet worden und objektiv wesentliche Punkte seien bei der Gesamtbetrachtung zu wenig berücksichtigt worden. Insbesondere fehle bei der Gesamtbetrachtung, dass sie sehr oft Schwindelanfälle habe und stürze, was nicht zuletzt auf die starken Medikamente zurückzuführen sei. Da diese Ereignisse nicht planbar seien, seien vermehrte Pausen unnütz. Die Beschwerdegegnerin habe zu Unrecht keinen Leidensabzug vorgenommen. Im Übrigen habe sie vor dem vorliegenden Verfahren zu arbeiten versucht, was jedoch aufgrund der gesundheitlichen Beeinträchtigung nicht mehr möglich gewesen sei. Wegen der gesundheitlichen Beeinträchtigung sowie dem damit verbundenen langsamen Arbeitstempo sei kaum ein Arbeitgeber bereit, sie in Nischen-Jobs zu beschäftigen (act. G 16).

**B.e** Die Beschwerdegegnerin verzichtet auf eine Duplik (act. G 18).

**B.f** Mit Eingabe vom 31. Mai 2018 (act. G 20) reicht die Beschwerdeführerin bzw. ihr Rechtsvertreter einen Bericht MRI Wirbelsäule vom 7. Mai 2018 (act. G 20.1) und die Honorarnote (act. G 20.2) ein.

## Erwägungen

### 1.

In formeller Hinsicht rügt die Beschwerdeführerin eine Verletzung der aus dem Anspruch auf die Gewährung des rechtlichen Gehörs fließenden Begründungspflicht. Der in Art. 29 Abs. 2 der Bundesverfassung der Schweizerischen Eidgenossenschaft (BV; SR 101), in Art. 42 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) sowie in Art. 49 Abs. 3 ATSG



festgeschriebene Anspruch auf rechtliches Gehör bzw. auf eine diesem genügende Begründung der Verfügung ist gewahrt, wenn die Begründung eine sachgerechte Anfechtung ermöglicht. Nicht erforderlich ist, dass sich die Verwaltung vorgängig mit jedem einzelnen Parteivorbringen einlässlich befasst (vgl. BGE 136 I 188 E. 2.2.1; Urteil des Bundesgerichts vom 10. Februar 2017, 8C\_785/2016, E. 5.2; U. Kieser, Kommentar ATSG, 3. Aufl., Zürich 2015, Art. 42 Rz 7, Art. 49 Rz 56). Aus der angefochtenen Verfügung geht hervor, dass aus medizinischer Sicht eine Arbeitsfähigkeit von 70% bestehe und die Beschwerdeführerin daher keinen Anspruch auf eine Rente habe (IV-act. 203). Wenn auch nicht ausdrücklich auf einzelne medizinische Abklärungen, insbesondere auf das Gutachten vom 11. Juli 2016, verwiesen wurde, war es der Beschwerdeführerin dennoch möglich, die Verfügung anzufechten und die ihr zugrundeliegende Arbeitsfähigkeit und das angenommene Invalideneinkommen zu bestreiten. Damit genügt die angefochtene Verfügung den rechtsprechungsgemässen Voraussetzungen der Begründungspflicht.

## 2.

**2.1** Nach Art. 28 Abs. 2 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG; SR 831.20) besteht Anspruch auf eine ganze Invalidenrente, wenn die versicherte Person mindestens zu 70%, auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie wenigstens zu 60%, auf eine halbe Rente, wenn sie mindestens zu 50%, und auf eine Viertelsrente, wenn sie mindestens zu 40% invalid ist. Wurde eine Rente wegen eines zu geringen Invaliditätsgrades verweigert, so wird eine neue Anmeldung nur geprüft, wenn glaubhaft gemacht wird, dass sich der Grad der Invalidität der versicherten Person in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert hat (vgl. Art. 87 Abs. 3 i.V.m. Art. 87 Abs. 2 der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV; SR 831.201). Ist eine anspruchserhebliche Änderung des (medizinischen) Sachverhalts glaubhaft gemacht, ist die Verwaltung verpflichtet, auf das neue Leistungsbegehren einzutreten und es in tatsächlicher und rechtlicher Hinsicht umfassend materiell zu prüfen (Urteil des Bundesgerichts vom 22. Februar 2019, 9C\_5/2019, E. 2 mit Verweisen).

**2.2** Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des



Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist (BGE 125 V 261 E. 4 mit Hinweisen). Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten begründet sind (BGE 125 V 352 E. 3a mit Hinweisen; BGE 141 V 14 E. 6.3.1). Im Sinne einer Richtlinie ist den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten Gutachten von externen Spezialärzten und -ärztinnen, welche aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 137 V 227 E. 1.3.4; BGE 125 V 353 E. 3b/bb).

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

### 3.

Zunächst ist über die Beweistauglichkeit des Gutachtens der medexperts AG vom 11. Juli 2016 zu befinden.

### 4.



**4.1** Die Beschwerdeführerin zieht die Unabhängigkeit der Gutachterstelle in Zweifel. Im diesbezüglichen Leitentscheid hielt das Bundesgericht fest, der regelmässige Beizug eines Gutachters oder einer Begutachtungsinstitution durch den Versicherungsträger, die Anzahl der beim selben Arzt in Auftrag gegebenen Gutachten und Berichte sowie das daraus resultierende Honorarvolumen führten für sich allein genommen nicht zum Ausstand. Im Rahmen einer administrativen Sachverhaltsabklärung läge selbst dann kein formeller Ausstandsgrund vor, wenn von einer wirtschaftlichen Abhängigkeit der MEDAS von der Invalidenversicherung auszugehen wäre; denn ein Ausstandsgrund sei nicht schon deswegen gegeben, weil jemand Aufgaben für die Verwaltung erfüllt, sondern erst bei persönlicher Befangenheit (BGE 137 V 226 f., E. 1.3.3, mit weiteren Verweisen). Die Vergabe des der angefochtenen Verfügung zugrunde liegenden Gutachtensauftrages erfolgte unter Beachtung des Zufallsprinzips und der entsprechenden Formvorschriften (Art. 44 ATSG; Art. 71<sup>bis</sup> IVV; vgl. IV-act. 171 f.).

**4.2** Soweit die Beschwerdeführerin geltend macht, eine Begutachtung wäre nicht notwendig gewesen, da der Sachverhalt aufgrund der vorhandenen medizinischen Akten genügend erstellt gewesen wäre, ist ihr entgegenzuhalten, dass dem Versicherungsträger im Rahmen der Verfahrensleitung ein grosser Ermessensspielraum bezüglich Notwendigkeit, Umfang und Zweckmässigkeit von medizinischen Erhebungen zukommt. Was zu beweisen ist, ergibt sich aus der jeweiligen Sach- und Rechtslage (Urteil des Bundesgerichts vom 21. Oktober 2013, 8C\_815/2012, E. 3.3.1). Dr. F. \_\_\_ hielt im Verlaufsbericht vom 15. September 2015 fest, es sei ihm aufgrund des Verlaufs nicht klar, ob eine Reintegration in den Arbeitsprozess überhaupt möglich sei (IV-act. 157-2). Der RAD führte am 23. Februar 2016 aus, aufgrund der vorhandenen Unterlagen lasse sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin nicht konklusiv beurteilen. Es sei eine polydisziplinäre Begutachtung (allgemein-internistisch, orthopädisch, neurologisch, psychiatrisch) erforderlich (IV-act. 168). Dies erscheint aufgrund der stark voneinander abweichenden Einschätzung durch den Vorgutachter einerseits und die behandelnden Ärzte andererseits sowie in Anbetracht der geltend gemachten Verschlechterung des Gesundheitszustands nachvollziehbar. Zudem gewährte die Beschwerdegegnerin der Beschwerdeführerin am 1. März 2016 das rechtliche Gehör zur vorgesehenen Begutachtung einschliesslich Fachgebiete und Fragen (IV-act. 166). Auch ohne rechtliche Vertretung wäre die Beschwerdeführerin bereits damals in der Lage gewesen, geltend zu machen, der medizinische Sachverhalt



sei bereits ausreichend erstellt. Formelle Gründe sprechen daher nicht gegen die Beweistauglichkeit des Gutachtens.

**4.3** Bei der Würdigung der Einschätzungen behandelnder und begutachtender Ärzte ist der Erfahrungstatsache Rechnung zu tragen, wonach behandelnde Ärztinnen und Ärzte nicht nur in der Funktion als Hausärzte sondern auch als spezialärztlich behandelnde Medizinalpersonen im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen mitunter eher zugunsten ihrer Patienten aussagen (Urteil des Bundesgerichts vom 27. September 2017, 8C\_295/2017, E. 6.4.2, mit weiteren Verweisen). Sie stehen in auftragsrechtlichem Verhältnis zur versicherten Person. Da sie sich zudem in erster Linie auf die Behandlung zu konzentrieren haben, verfolgen deren Berichte nicht den Zweck einer den abschliessenden Entscheid über die Versicherungsansprüche erlaubenden objektiven Beurteilung des Gesundheitszustandes (BGE 135 V 470, E. 4.5). Ein den Beweisanforderungen grundsätzlich genügendes medizinisches Gutachten kann nicht in Frage gestellt werden, wenn und sobald die behandelnden medizinischen Fachpersonen nachher zu einer unterschiedlichen Beurteilung gelangen oder an vorgängig geäusserten abweichenden Auffassungen festhalten. Anders verhält es sich nur, wenn objektiv feststellbare Gesichtspunkte vorgebracht werden, die im Rahmen der Begutachtung unerkannt geblieben waren und die geeignet sind, zu einer anderen Beurteilung zu führen (Urteil des Bundesgerichts vom 29. Juli 2008, 9C\_830/07, E. 4.3 mit Hinweisen). Allein die in masslicher Hinsicht abweichende Einschätzung der Arbeitsunfähigkeit vermag ein Administrativgutachten nicht in Zweifel zu ziehen (Urteile des Bundesgerichts 9C\_830/2007 vom 29. Juli 2008, E. 4.3 mit Hinweisen, publ. in: SVR 2008 IV Nr. 62 S. 203, und vom 23. Juni 2015, 9C\_853/2014, E. 3.1.2). Mithin ist nachfolgend insbesondere zu prüfen, ob die Gutachter aus den Berichten der behandelnden Ärzte ersichtliche objektiv feststellbare Gesichtspunkte nicht ausreichend berücksichtigt haben.

## 5.

**5.1** Hinsichtlich der Lendenwirbelsäule hielt Dr. C.\_\_\_\_ im Vorgutachten fest, dass primär die von dort ausgehenden Beschwerden die Arbeitsfähigkeit einschränkten (IV-act. 42-6). Er bezog sich namentlich auf den Befund der lumbalen-vertebrospinalen



Kernspintomographie vom 11. Juli 2011, welche eine leichte Chondrosis vertebralis in der Höhe von LWK 5/SWK 1 mit einer diskreten medialen bis links mediolateralen flächenhaften Bandscheibenprotrusion mit leichter recessaler Enge und möglicher Irritation der Wurzel S1 links bei Belastung gezeigt hatte (IV-act. 104-13). Er führte aus, die lumbalen Schmerzen und die pathologischen objektiven Befunde der LWS seien im Wesentlichen durch die im MRI dokumentierten Befunde erklärt (IV-act. 42-6).

Körperlich leichte Tätigkeiten in temperierten Räumen, abwechslungsweise sitzend und stehend, ohne häufige inklinierte, reklinierte oder rotierte Körperhaltungen und Heben oder Tragen von Gegenständen über 5 kg könnten seit April 2011 vollumfänglich zugemutet werden (IV-act. 42-7). Der neurologische und der orthopädische Gutachter der medexperts AG beschrieben neu ein gestörtes Gangbild mit Einknicken bzw. Schonhinken links, jedoch ohne Sturzneigung beim Tandem-Rombergversuch (IV-act. 175-26, 38; vgl. IV-act. 42-4, wo Dr. C.\_\_\_\_ noch einen unauffälligen Barfussgang und einen möglichen Zehen- und Fersengang verzeichnete). Ein MRI vom 6. Oktober 2014 hatte eine gegenüber der Voruntersuchung vom 18. Mai 2010 gering progrediente, dorsal und insbesondere linksseitig akzentuierte fortgeschrittene Osteochondrose LWK5/SWK1 mit assoziierter, dorsal betont leicht höhenmindernder Diskusdehydrierung und flacher breitbasiger Diskushernierung, eine minimale extraforaminale Ausspannung der Spinalnerven L5 links und eine diskrete rezessale Einengung der Radix S1 bds., jeweils ohne Nachweis einer Neurokompression, sowie initiale ventrale Osteochondrosen der übrigen lumbalen Segmente und beginnende Spondylarthrosen LWK 4 bis SWK 1 ergeben (IV-act. 157-6 f.). Der orthopädische Gutachter erläuterte hierzu, es seien ausgeprägte degenerative Veränderungen auf Höhe L5/S1 ossärer und degenerativer (richtig wohl: diskogener) Art festgestellt worden. Die Facettengelenke L4-S1 wiesen ebenfalls degenerative Veränderungen auf. Im Vergleich zur Voruntersuchung von Mitte Mai 2010 hätten keine relevanten Veränderungen nachgewiesen werden können (IV-act. 175-40). Im Konsens insbesondere mit dem neurologischen Gutachter wurde ausgeführt, die LWS-bedingten Beschwerden hätten seit der letzten Untersuchung zugenommen. Eine Neurokompression zeige sich bildmorphologisch und klinisch-neurologisch - bei fehlenden sensiblen und motorischen Ausfällen und Reflexanomalien - nicht. Die diffusen Schmerzeinstrahlungen in Richtung ISG und Becken seien pseudoradikulärer Art und nicht durch lumbalen Wurzelreiz bedingt, da keine dermatomtypischen



Projektionen und Parästhesien vorlägen. Die pulsierenden Missempfindungen in der linken Grosszehe blieben ätiologisch unklar, da keine lumbale Wurzelkompromittierung vorliege. Ohne belastungsabhängige Zunahme und ohne neuropathische Schmerzen bedingten sie kein Funktionsdefizit. Die beobachtete Einknickneigung am linken Knie sei ohne Nachweis von Paresen am ehesten schmerzreflektorisch bedingt. Eine neurologische Erklärung für die Einknickneigung am linken Bein gebe es nicht (IV-act. 175-50 f.). Diese Ausführungen erscheinen schlüssig und es ist nicht ersichtlich, dass sie objektiv in Frage gestellt würden.

**5.2** Ein MR der HWS vom 11. Juli 2011 zeigte einen Status nach ventraler Spondylodese HWK 4/5 mit mässiger Chondrosis vertebralis in Höhe HWK 3/4 und HWK 5/6 ohne Nachweis einer Myelopathie, einer Spinalkanalstenose, einer foraminalen Enge oder Nervenwurzelkompression (IV-act. 104-14). Dr. C.\_\_\_\_ hatte hierzu ausgeführt, die Nackenschmerzen und die abnormen Untersuchungsbefunde der HWS könnten grösstenteils auf die im MRI sichtbare mässige Osteochondrose C3/4 und C5/6 bei ossär konsolidierter Spondylodese C4/5 zurückgeführt werden. Die körperliche Leistungsfähigkeit sei indes primär durch die lumbalen Beschwerden eingeschränkt (IV-act. 42-6). Ein MRI vom 16. Dezember 2013 stellte Neuroforamenstenosen bei C5/6 mit potentieller Kompression der Nervenwurzel C6 rechts sowie eine geringgradige Fazettengelenksarthrose C2/3 links dar (Bericht Dr. P.\_\_\_\_ vom 13. Januar 2014, IV-act. 104-3). Eine Röntgenaufnahme vom 10. Januar 2014 zeigte einen ventralen Spondylophyten HWK 3 (IV-act. 104-5). Der orthopädische Gutachter hielt hierzu fest, gut drei Jahre nach der Stabilisierung auf Höhe C4/C5 hätten degenerative Veränderungen von C3-C6 nachgewiesen werden können. Weder durch die ossären noch durch die diskogenen Veränderungen sei es zu einer Irritation oder gar Kompression neuraler Strukturen gekommen (IV-act. 175-40). Der neurologische Gutachter ergänzte im Konsens, die diffusen Brachialgien und Parästhesien rechts mehr als links liessen sich ohne dermatomtypische Verteilung nicht als cervikale Wurzelreizung einordnen, sondern als pseudoradikuläre Schmerzausstrahlung. Das MRI der HWS vom 16. Dezember 2013 zeige eine (lediglich) mögliche Kompromittierung der Wurzel C6 rechts. Diese habe sich in der neurologischen Untersuchung nicht nachweisen lassen, denn es fehle eine Minderung der entsprechenden Kennreflexe. Durch die Sensibilitätsstörung der Kuppe des linken Daumens und Zeigefingers ergäben sich ohne neuropathische Schmerzen und bei



ausreichender Tastempfindung keine funktionellen Einschränkungen (IV-act. 175-50). Auch diese Ausführungen scheinen nachvollziehbar. Gemäss Bericht der Klinik für Radiologie und Nuklearmedizin des KSSG wurde am 7. Mai 2018 eine erneute MRI-Untersuchung vorgenommen wegen aktueller Schmerzexazerbation mit massiv eingeschränkter Beweglichkeit der Halswirbelsäule. Diese ergab moderate Anschlussdegenerationen HWK 3/4 und betont HWK 5/6 mit osteodiskaler neuroforaminaler Nervenwurzelkompression C6 rechts und moderater Einengung des Spinalkanals HWK 5/6 (act. G 20.1). Dieser Befund datiert mehr als ein Jahr nach Erlass der angefochtenen Verfügung vom 4. Januar 2017. Er vermag damit nicht als überwiegend wahrscheinlich darzutun, dass sich insbesondere die inzwischen bildgebend nachgewiesene Nervenwurzelkompression C6 im massgeblichen Zeitpunkt des Verfügungserlasses (BGE 121 V 366 E. 1 b; BGE 131 V 243 E. 2.1) entgegen dem Gutachten bereits klinisch und damit auf die Arbeitsfähigkeit auswirkte. Jedoch deutet die erwähnte Schmerzexazerbation auf eine nach dem Ergehen der angefochtenen Verfügung möglicherweise eingetretene Verschlechterung hin, die im Rahmen einer erneuten Anmeldung geltend gemacht werden kann.

**5.3** Zur Impingement-Symptomatik führte der orthopädische Gutachter aus, diese schränke die Beschwerdeführerin bezüglich Arbeiten oberhalb 90° ein (IV-act. 175-41). Nach Erstattung des Gutachtens, am 17. August 2016, wurde die Beschwerdeführerin an der Schulter operiert (subacromiale Dekompression mit Bursektomie, Co-Planing AC-Gelenk und Acromioplastik; Operationsbericht Orthopädie O.\_\_\_, IV-act. 185-2). Ab Verlaufsbericht vom 5. Dezember 2016 wurde der Beschwerdeführerin bezüglich der rechten Schulter eine volle Arbeitsfähigkeit attestiert (IV-act. 198). Eine längerdauernde weitergehende Einschränkung als im Gutachten angenommen bestand somit nicht. RAD-Arzt Dr. N.\_\_\_ nahm am 27. Dezember 2016 Stellung, es gelte wieder die bisherige Einschätzung (IV-act. 200). Somit ist mit Blick auf die Schulter weiterhin von einer ausschliesslich qualitativen Einschränkung der Arbeitsfähigkeit bezüglich Arbeiten über der Horizontalen bzw. über Kopfhöhe auszugehen.

**5.4** Der psychiatrische Gutachter diagnostizierte eine rezidivierende depressive Störung mit somatischem Syndrom, gegenwärtig leichte Episode (ICD-10: F33.01). Er hielt fest, im 70-minütigen Explorationsgespräch habe es keine Hinweise auf eine wesentliche Aufmerksamkeits- oder Gedächtnisstörung gegeben. Lebenslust und



Lebensfreude seien abhängig von den Schmerzen, unter Cymbalta aber deutlich besser. Die Beschwerdeführerin berichte von schmerzbedingten Ein- und Durchschlafstörungen. Im Antrieb wirke sie aus psychischen Gründen nicht eingeschränkt. Die Einschränkung bestehe aufgrund der Schmerzen. Psychomotorisch sei sie zu Beginn des Gesprächs leicht dysphorisch gereizt gewesen. Innere Unruhe habe nicht beobachtet werden können (IV-act. 175-30). Im Verlauf zeige sich, dass die Versicherte wahrscheinlich im Rahmen einer adäquaten, regelrechten antidepressiven Therapie nach einer Episode mit einer mittelgradigen depressiven Störung in der Zwischenzeit eine Verbesserung erfahren habe, die sie selber berichte und im Sinne von weniger Aggressivität und weniger Unruhe selbst einschätze (IV-act. 175-32). Aufgrund des Verhaltens der Versicherten sei nicht von einer Somatisierungsstörung auszugehen (IV-act. 175-33). Der psychiatrische Gutachter stellt die psychische Beeinträchtigung in den Kontext psychosozialer Belastungsfaktoren wie fehlende Ausbildung, Arbeitslosigkeit und finanzielle Nöte. Die Versicherte habe schon einiges erlebt. Sie sei mit einem anfänglich schwer kranken Kind konfrontiert gewesen, von ihrem Mann verlassen worden und habe alleine für die finanzielle Situation aufkommen müssen, indem sie neben der normalen Arbeit viele Nebenjobs gehabt habe. Durch die körperliche Symptomatik könne sie ihr altes Rendement nicht mehr aufrecht erhalten und könne zum Teil nicht mehr für ihren eigenen Unterhalt aufkommen (IV-act. 175-32 f.; vgl. auch IV-act. 175-21). Aktuell sei die Versicherte aus rein psychiatrischer Sicht weder in bisherigen noch in adaptierten Tätigkeiten relevant in der Arbeitsfähigkeit eingeschränkt. Zwischendurch im Rahmen von akuten Belastungen könne die Arbeitsfähigkeit aber auch aus psychiatrischer Sicht vorübergehend eingeschränkt sein (IV-act. 175-34). Die diagnostische Beurteilung des psychiatrischen Gutachters, wonach keine Somatisierungsstörung vorliege, wird insbesondere durch das Schmerzzentrum nicht in Frage gestellt, wo ein chronifiziertes biloculäres Schmerzsyndrom mit gemischt nozizeptiv neuropathischem Schmerzcharakter diagnostiziert wurde (Bericht vom 1. Oktober 2014, IV-act. 157-8 f. und Arztbericht vom 2. April 2015, IV-act. 131), denn nozizeptiver und neuropathischer Schmerz sind vom somatoformen Schmerz abzugrenzen (vgl. Pschyrembel, Klinisches Wörterbuch, 267. Aufl., Berlin 2017, S. 1619 f.). Relativiert wird sie indes durch die Ausführungen im polydisziplinären Konsens, wonach die beklagten Kopfschmerzen und damit korrelierenden Schwindelzustände "am ehesten" einen psychosomatischen



Hintergrund hätten (IV-act. 175-49). Diesen wurde aber keine Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit zuerkannt (IV-act. 175-48).

**5.5** Der psychiatrische Gutachter klammert die Auswirkungen der bei der Beschwerdeführerin in beträchtlichem Ausmass vorhandenen invaliditätsfremden Belastungsfaktoren bei der Einschätzung des Schweregrades der funktionellen Einschränkungen aus. Er hält fest, die psychische Problematik bewirke keine wesentliche Einschränkung in den Funktionen (IV-act. 175-32). Aus rein psychiatrischer Sicht sei das Aktivitätsniveau nicht wesentlich eingeschränkt (IV-act.,. 175-33). Zurzeit seien Widerstands- und Durchhaltefähigkeit leicht eingeschränkt (IV-act. 175-34). Weiter befanden die Gutachter, Kopfschmerzen und Schwindel wirkten sich nicht massgeblich auf die Alltagsfunktionen und damit auf die Arbeitsfähigkeit aus; hinsichtlich der Kopfschmerzen habe die Beschwerdeführerin bislang keine Therapie beansprucht, sodass der Leidensdruck von daher gering scheine (IV-act. 175-49). Aufgrund der somatischen degenerativen Komorbiditäten sei das Achsenskelett vermindert belastbar. Dessen Beweglichkeit sei in allen Ebenen eingeschränkt, Inklination, aber auch Rotation führten zur Schmerzverstärkung (IV-act. 175-41). Die geschilderte schmerzbedingte Schlafstörung führe nicht zu einer erhöhten Tagesmüdigkeit bzw. zu Schlafdruck oder Sekundenschlaf. Insofern bewirke sie keine Einschränkung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit (IV-act. 175-50). Da keine klaren neurologischen Ausfallsymptome bestünden, könne abgesehen von der Impingementproblematik der rechten Schulter von einem weitgehend uneingeschränkten Gebrauch der Extremitäten ausgegangen werden (IV-act. 175-51). Als Ressourcen ist gemäss dem psychiatrischen Gutachter zu sehen, dass sich die Versicherte schon einmal eingegliedert habe, sowie ihre Tochter, die ihr sehr nahe stehe. Die Versicherte habe ein gutes familiäres System, wo sie getragen und unterstützt werde. Sie sei kommunikationsfähig und bisher motiviert gewesen (IV-act. 175-33). Befragt zum Tagesablauf gab die Beschwerdeführerin an, sie verrichte leichte Haushaltarbeiten, bereite einfachere, aber nicht mehr komplexe Mahlzeiten zu, schaue Dokumentationen, nutze das Internet, lese und puzzle. Soziale Kontakte pflege sie vor allem innerhalb der Familie. Frühere Hobbys wie Skaten, Badminton und Radfahren seien nicht mehr möglich (IV-act. 175-22, 28). Massgebliche Inkonsistenzen wurden nicht erhoben. Der psychiatrische Gutachter führte weiter aus, aus psychiatrischer Sicht gebe es keine Hinweise auf Aggravation oder ähnliche



Erscheinungen (IV-act. 175-32). Es bestünden keine Diskrepanzen zwischen den geschilderten Symptomen und dem gezeigten Verhalten. Die Schmerzen würden nicht verdeutlichend gezeigt, seien aber während des ganzen Gesprächs immer wieder beobachtbar gewesen (IV-act. 175-33). Jedoch hielt der orthopädische Gutachter fest, die subjektive vollständige Arbeitsunfähigkeit sei angesichts der klinischen und bildgebenden Befunde in ihrer Absolutheit nicht nachvollziehbar (IV-act. 175-43).

**5.6** Das Gutachten der medexperts berücksichtigt die beklagten Beschwerden und die medizinische Aktenlage vollständig. Hinsichtlich Diagnostik und Einschränkungen ist es nachvollziehbar. Die gemäss strukturiertem Beweisverfahren massgeblichen Indikatoren (BGE 141 V 285, BGE 143 V 408, BGE 143 V 413) wurden berücksichtigt. In Anbetracht dessen, dass die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Reinigungskraft aus orthopädischer Sicht nicht mehr zumutbar war, erscheint die von den Gutachtern geschätzte Arbeitsfähigkeit von 70% in adaptierter Tätigkeit schlüssig. Auf das Gutachten ist daher abzustellen.

## 6.

**6.1** Dr. C. \_\_\_ attestierte in seinem Gutachten vom 8. August 2011 in der damals zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Produktionsmitarbeiterin in einer Glaswarenfabrik eine Arbeitsfähigkeit von 50% seit April 2011 (IV-act. 42-7). Gemäss aktuellem Gutachten besteht in der zwischenzeitlich zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Reinigungskraft eine Arbeitsunfähigkeit von 100% seit Juni 2014 (IV-act. 175-53). Aufgrund des Zumutbarkeitsprofils ist davon auszugehen, dass auch die vormalige Tätigkeit in der Glaswarenfabrik nach wie vor unzumutbar ist bzw. eine hohe Arbeitsunfähigkeit besteht. Somit war im Zeitpunkt der Wiederanmeldung am 27. Mai 2014 (IV-act. 100) das Wartejahr gemäss Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG abgelaufen. Ein allfälliger Rentenanspruch besteht unter Berücksichtigung der Frist gemäss Art. 29 Abs. 1 IVG daher ab 1. November 2014 (vgl. auch BGE 142 V 547). Das Jahr 2014 ist daher massgebend für den Einkommensvergleich (BGE 129 V 222).

**6.2** Die Beschwerdeführerin sagte aus, bevor sie den Bandscheibenvorfall erlitten habe, sei die Umwandlung des befristeten in ein unbefristetes Arbeitsverhältnis bei der B. \_\_\_ AG vorgesehen gewesen (Verlaufsprotokoll Eingliederungsverantwortliche vom



7. Oktober 2011, IV-act. 45-3). Das Arbeitszeugnis vom 16. Mai 2010 (IV-act. 102-1) spricht nicht dagegen. Es ist daher davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin ohne Gesundheitsschaden weiterhin an dieser Stelle verblieben wäre. Das dort erzielte Einkommen von Fr. 54'100.-- ab 16. November 2009 (Angaben Arbeitgeberin vom 7. Juli 2010, IV-act. 17-2) entspricht daher dem Valideneinkommen (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 21. Dezember 2016, 8C\_728/2016, E. 3.1, mit weiteren Verweisen). Unter Berücksichtigung der Nominallohnentwicklung bis 2014 (Bundesamt für Statistik [BFS], Lohnentwicklung, T39; Indices Frauen: 2009: 2552; 2014: 2673) beträgt das Valideneinkommen Fr. 56'665.--. Für die Bemessung des Invalideneinkommens ist vom Durchschnittseinkommen Kompetenzniveau 1, Frauen, gemäss Lohnstrukturerhebung (LSE) des BFS auszugehen. Dieses betrug für das Jahr 2014 Fr. 53'793.-- (Informationsstelle AHV/IV, IV 2019, Bern 2019, Anhang 2). Bei einer Arbeitsfähigkeit von 70% beträgt das Valideneinkommen (Ausgangswert) Fr. 37'655.-- (0,7 x Fr. 53'793.--).

### 6.3

**6.3.1** Wird das Invalideneinkommen auf der Grundlage von statistischen Durchschnittswerten ermittelt, ist der entsprechende Ausgangswert (Tabellenlohn) allenfalls zu kürzen. Damit soll der Tatsache Rechnung getragen werden, dass persönliche und berufliche Merkmale wie Art und Ausmass der Behinderung, Lebensalter, Dienstjahre, Nationalität oder Aufenthaltskategorie und Beschäftigungsgrad Auswirkungen auf die Lohnhöhe haben können (BGE 124 V 321 E. 3b/aa S. 323). Aufgrund dieser Faktoren kann die versicherte Person die verbliebene Arbeitsfähigkeit auch auf einem ausgeglichenen Arbeitsmarkt möglicherweise nur mit unterdurchschnittlichem erwerblichem Erfolg verwerten (BGE 126 V 880 E. 5b/aa in fine). Der Abzug soll aber nicht automatisch erfolgen. Er ist unter Würdigung der Umstände im Einzelfall nach pflichtgemäsem Ermessen gesamthaft zu schätzen und darf 25 % nicht übersteigen (BGE 126 V 80 E. 5b/bb-cc; 134 V 327 f. E. 5.2; Urteil 9C\_368/2009 vom 17. Juli 2009 E. 2.1; zum Ganzen auch Urteil des Bundesgerichts vom 23. Dezember 2014, 9C\_630/2014, E. 2.1 mit weiteren Verweisen). Nach ständiger Rechtsprechung können gesundheitliche Einschränkungen, die bereits bei der Beurteilung des medizinischen Zumutbarkeitsprofils enthalten sind, nicht zusätzlich in die Bemessung des leidensbedingten Abzuges einfließen und so zu einer doppelten



Anrechnung desselben Gesichtspunktes führen. Dabei rechtfertigt der Umstand, dass eine grundsätzlich vollzeitlich arbeitsfähige versicherte Person gesundheitlich bedingt lediglich reduziert leistungsfähig ist, an sich keinen Abzug vom Tabellenlohn. Bestehen jedoch über das ärztlich beschriebene Beschäftigungspensum hinaus zusätzliche Einschränkungen, wie beispielsweise ein vermindertes Rendement pro Zeiteinheit wegen verlangsamter Arbeitsweise oder ein Bedarf nach ausserordentlichen Pausen, oder ist die funktionelle Einschränkung ihrer besonderen Natur nach nicht ohne weiteres mit den Anforderungen vereinbar, wie sie sich aus den gewöhnlichen betrieblichen Abläufen ergeben, kann dies bei der Bemessung des leidensbedingten Abzugs vom statistischen Tabellenlohn berücksichtigt werden (Urteil des Bundesgerichts vom 18. Januar 2018, 8C\_552/2017, E. 5.3.1, mit weiteren Verweisen).

**6.3.2** Was den geltend gemachten Teilzeitabzug anbelangt, ist Folgendes zu bemerken: Eine adaptierte Tätigkeit ist der Beschwerdeführerin während 7 Stunden täglich zumutbar (IV-act. 175-54). Dies entspricht einem Pensum von ungefähr 80%. Daneben besteht bei einer Arbeitsfähigkeit von insgesamt 70% (IV-act. 175-54) eine Leistungseinbusse von rund 10%. Gemäss einschlägiger Tabelle (BFS, LSE 2014, T 18 [monatlicher Bruttolohn nach Beschäftigungsgrad, beruflicher Stellung und Geschlecht]) erzielen Frauen ohne Kaderfunktion bei einem Arbeitspensum von 75%-89% einen Durchschnittslohn von Fr. 5'881.--, bei einer Vollzeittätigkeit von Fr. 5'365.--, womit kein teilzeitbedingter Lohnnachteil besteht.

**6.3.3** Aus gutachterlich orthopädischer Sicht sind körperlich leichte, wechselbelastende Tätigkeiten ohne Heben und Tragen von Lasten über 5 kg, mit Möglichkeit des Wechsels zwischen Sitzen, Gehen und Stehen, ohne Zwangspositionen der Wirbelsäule (vor allem Inklination und Rotation) und der Schultergelenke, namentlich rechts, ohne Arbeiten über der Horizontalebene und ohne zu überwindende Höhendifferenzen (Treppen, Leitern, Gerüste) und ohne längere Gehstrecken leidensangepasst (IV-act. 175-42). Der psychiatrische Gutachter hält Schichtarbeit für nachteilig (vgl. IV-act. 175-35) und führt zudem aus, bei akuten Belastungen könne die Arbeitsfähigkeit auch aus psychiatrischer Sicht vorübergehend (zusätzlich) eingeschränkt sein (IV-act. 175-34). Schliesslich sind Tätigkeiten mit erhöhten Anforderungen an die Hörleistung und mit potentiell hörschädigender Auswirkung ungeeignet (IV-act. 179-50). Die Einschränkungen reichen in ihrer



## St.Galler Gerichte

Gesamtheit durch ihre Anzahl, Art sowie Kombination massgeblich über das vom Kompetenzniveau 1 abgedeckte Ausmass hinaus. Es rechtfertigt sich vorliegend ein Tabellenlohnabzug von 15%, was ein Invalideneinkommen von Fr. 32'007.-- (0,85 x Fr. 37'655.--) und bei einem Valideneinkommen von Fr. 56'665.-- einen Invaliditätsgrad von 43,5% bzw. 44% ( $(\text{Fr. } 56'665.-- - \text{Fr. } 32'007.--) : \text{Fr. } 56'665.--$ ) ergibt. Selbst bei einem Tabellenlohnabzug von 10 % resultieren ein Invalideneinkommen von Fr. 33'890.-- (0,9 x Fr. 37'655.--) und ein Invaliditätsgrad von 40,2%. Andererseits bliebe auch bei einem Abzug von 20% der Invaliditätsgrad unter 50% (Invalideneinkommen = Fr. 30'124.--; Invaliditätsgrad = 46,8%). Die Beschwerdeführerin hat somit ab 1. November 2014 Anspruch auf eine Viertelsrente bei einem Invaliditätsgrad von 44%.

## 7.

**7.1** Nach dem Gesagten ist die angefochtene Verfügung vom 4. Januar 2017 in teilweiser Gutheissung der Beschwerde aufzuheben und die Beschwerdeführerin hat ab 1. November 2014 Anspruch auf eine Viertelsrente. Die Sache ist zur Festsetzung und Ausrichtung der geschuldeten Leistungen an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen.

**7.2** Das Beschwerdeverfahren ist kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festgelegt (Art. 69 Abs. 1<sup>bis</sup> IVG). Eine Gerichtsgebühr von Fr. 600.-- erscheint in der vorliegend zu beurteilenden Angelegenheit als angemessen. Hinsichtlich der Beschwerde gegen die Rentenverfügung gilt es zu beachten, dass gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung zur Überklagung in sozialversicherungsrechtlichen Rentenfällen im vorliegenden Fall von einem vollständigen Obsiegen der Beschwerdeführerin auszugehen ist (Urteil des Bundesgerichts vom 7. Januar 2016, 9C\_288/2015, E. 4.2). Die Beschwerdegegnerin hat daher die gesamten Gerichtskosten von Fr. 600.-- zu bezahlen.

**7.3** Gemäss Art. 61 lit. g ATSG hat die obsiegende beschwerdeführende Partei Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Die Parteientschädigung wird vom Versicherungsgericht festgesetzt und ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der



Bedeutung der Streitsache und nach der Schwierigkeit des Prozesses bemessen. In der Verwaltungsrechtspflege beträgt das Honorar vor Versicherungsgericht nach Art. 22 Abs. 1 lit. b HonO (sGS 963.75) pauschal Fr. 1'500.-- bis Fr. 15'000.--. Der Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin hat eine Kostennote eingereicht (act. G 20.2). Darin macht er einen Aufwand von 16 Std. 40 Min. und ein Honorar von Fr. 4'166.65 (zuzüglich Barauslagen und Mehrwertsteuer) geltend. Gemäss ständiger Rechtsprechung spricht das Versicherungsgericht aufgrund der Bedeutung der Streitsache und dem notwendigen Aufwand in durchschnittlichen invalidenversicherungsrechtlichen Fällen eine Parteientschädigung von Fr. 3'500.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) zu. Der vorliegende Fall liegt hinsichtlich der relevanten Kriterien im Rahmen des Üblichen. Die Akten und die Beschwerdeantwort waren nicht umfangreich. Auf eine Duplik hat die Beschwerdegegnerin verzichtet. Der vom Rechtsvertreter geltend gemachte Aufwand von 16.66 Stunden erscheint damit als eindeutig zu hoch und geht über das Notwendige hinaus. Somit hat die Beschwerdeführerin Anspruch auf eine Parteientschädigung von pauschal Fr. 3'500.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer). Bei diesem Verfahrensausgang erübrigt sich die Festsetzung einer Entschädigung im Rahmen der unentgeltlichen Rechtsverteiständung.

### Entscheid

im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP

#### 1.

In teilweiser Gutheissung der Beschwerde wird die angefochtene Verfügung vom 4. Januar 2017 aufgehoben und der Beschwerdeführerin ab 1. November 2014 eine Viertelsrente zugesprochen. Die Sache wird zur Festsetzung und Ausrichtung der geschuldeten Leistungen an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen.

#### 2.

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

#### 3.

Die Beschwerdegegnerin hat der Beschwerdeführerin eine Parteientschädigung von Fr. 3'500.-- (einschliesslich Barauslagen und Mehrwertsteuer) zu bezahlen.