



Fall-Nr.: IV 2007/19
Stelle: Versicherungsgericht
Rubrik: IV - Invalidenversicherung
Publikationsdatum: 12.05.2020
Entscheiddatum: 27.04.2007

Entscheid Versicherungsgericht, 27.04.2007

Art. 28 Abs. 1 IVG; Würdigung von Arztberichten und eines Gutachtens für die Arbeitsfähigkeit (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 27. April 2007, IV 2007/19). Bestätigt durch Urteil des Bundesgerichts 9C_362/2007.

Präsident Franz Schlauri, Versicherungsrichterinnen Monika Gehrler-Hug und Lisbeth Mattle Frei; Gerichtsschreiberin Fides Hautle

Entscheid vom 27. April 2007

In Sachen

M.____,

Beschwerdeführerin,

gegen

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

Beschwerdegegnerin,

betreffend

Rente

hat das Versicherungsgericht in Erwägung gezogen:

I.



St.Galler Gerichte

A.- Die 1958 geborene M.____ meldete sich am 2./6. September 2002 wegen chronischer Rückenschmerzen, Schlaflosigkeit, Niedergeschlagenheit, Antriebslosigkeit und Konzentrationsstörungen zum Bezug von Leistungen der Invalidenversicherung an und beantragte namentlich eine Rente. Sie arbeite als Wicklerin bei der A.____ zu einem Einkommen von Fr. 3'340.-- pro Monat. Die Arbeitgeberin bescheinigte am 20. September 2002, die Versicherte arbeite bereits an einem Sitz-/Steharbeitsplatz. Dr. med. B.____, Allg. Medizin FMH, C.____, gab im Arztbericht vom 26. September 2002 bekannt, die Versicherte leide an einem chronischen cervicocephalen Schmerzsyndrom mit diskreten degenerativen HWS-Veränderungen und Fehlstatik bei muskulärer Dysbalance, sowie an einem chronischen lumbospondylogenen Schmerzsyndrom mit St. n. DH-Operation L4/L5 1994, Osteochondrose untere LWS und Fehlstatik, Depression und Adipositas. Sie sei vom 18. März 2002 bis 5. Mai 2002 zu 100 %, dann bis 14. August 2002 zu 50 % arbeitsunfähig gewesen. Seither sei sie bis auf weiteres zu 100 % arbeitsunfähig. Chronische Schmerzen bestünden schon bei leichter Belastung bei körperlicher Arbeit. Besser wäre wechselnde Arbeit ohne Zwangshaltung mit nur leichten Gewichten unter 10 kg. Gemäss der Klinik D.____ sollte die (bisherige) Arbeit zu 100 % zumutbar sein, gemäss der Versicherten könne sie nicht arbeiten. Es werde ein Versuch mit 50 % gemacht. Falls keine schlüssige Beurteilung durch die Klinik D.____ erfolgt sei (der definitive Austrittsbericht liege noch nicht vor), müsste allenfalls eine weitere Arbeitsabklärung in die Wege geleitet werden. Es bestehe eine Diskrepanz zwischen körperlichen Befunden und subjektivem Empfinden, möglicherweise zurückzuführen auf eine Depression. Im vorläufigen Austrittsbericht vom 21. September 2002 hatte die Klinik D.____ angegeben, es lägen (erstens) ein chronisches cervicocephales Schmerzsyndrom mit/bei diskreten degenerativen HWS-Veränderungen (insbesondere C7/Th1), Fehlstatik bei Fehlhaltung und muskulärer Dysbalance, und Tendenz zur Symptomausweitung, sowie (zweitens) ein chronisches lumbospondylogenes Schmerzsyndrom links mit St. n. Diskushernienoperation L4/L5 1994, fortgeschrittener Osteochondrose L4/5 und L5/S1, und Fehlstatik bei Fehlhaltung und muskulärer Dysbalance mit Haltungsinsuffizienz vor. Für die aktuelle leichte Arbeit sei die Versicherte zu 100 % arbeitsfähig; längerfristig sei die Suche nach einer nicht-repetitiven leichten Arbeit sinnvoll. Falls eine Arbeitsfähigkeit nicht möglich sei, dränge sich eine IV-Anmeldung auf. Mit Verfügung vom 7. Februar 2003 wies die Sozialversicherungsanstalt/IV-Stelle des Kantons St. Gallen das Leistungsgesuch der



St.Galler Gerichte

Versicherten ab. Körperlich schwere Arbeiten seien ihr nicht zumutbar, doch bestehe für die bisherige Tätigkeit als Maschinenbedienerin und jede andere körperlich leichte Tätigkeit ohne repetitive Aufgaben eine Arbeitsfähigkeit von 100 %.

B.- a) Am 29. Dezember 2003 machte lic. iur. G. Reljic, Rechtsberatung für Ausländer, für die Versicherte geltend, der Hausarzt sei der Meinung, die Versicherte sei seit dem 18. März 2002 zu 50 bzw. 100 % arbeitsunfähig. In der IV-Anmeldung und in den Berichten des Hausarztes seien auch psychische Beschwerden angegeben gewesen. Er werde den Bericht eines Neuropsychiaters einreichen, wenn er einen solchen erhalten haben werde. Am 13. Januar 2004 gab er einen Bericht von Dr. med. E.____, FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 12. Januar 2003 zu den Akten, tags darauf einen Bericht von Dr. B.____ vom 7. Januar 2004. Dr. B.____ hatte berichtet, die Versicherte sei seit Februar 2003 20 Mal in der Sprechstunde gewesen und habe über die persistierenden Nacken- und Kreuzschmerzen geklagt. Zusätzlich sei ein eindrücklicher depressiver Zustand zu beobachten gewesen, weswegen die Versicherte bei Dr. E.____ in Behandlung sei. Es sei ein chronifiziertes Schmerzsyndrom festzustellen, das wegen der generalisierten Schmerzen schwierig zu erfassen und zu behandeln sei. Er habe regelmässig Lokalanästhesien und begleitend einige Sitzungen Physiotherapie eingesetzt. Angesichts der Diskrepanz sei eine MEDAS-Abklärung indiziert. Nach Angaben von Dr. E.____ lag bei der Versicherten eine chronische Depression mit zeitweisen starken somatischen Symptomen vor. Die Symptome wie Suizidimpulse, Angst, Antriebslosigkeit und Schlafstörungen hätten trotz angepasster Medikation nur ungenügend kupiert werden können. Die Versicherte sei weiterhin zu 100 % arbeitsunfähig und leide ständig unter chronischen Rückenschmerzen. Am 28. Januar 2004 füllte die Versicherte ein Anmeldeformular aus. Die Arbeitgeberin gab am 12. Februar 2004 bekannt, der letzte effektive Arbeitstag der Versicherten sei am 14. August 2002 gewesen. Sie (die Arbeitgeberin) habe das Arbeitsverhältnis auf den 31. März 2003 gekündigt.

b) Dr. B.____ teilte im IV-Arztbericht vom 23. Februar 2004 mit, unter der intensiven medikamentösen antidepressiven Therapie sei eine Stabilisierung der Depression erreicht worden. Die Versicherte sei seit dem 5. August 2002 zu 100 % arbeitsunfähig. Leichte, adaptierte, wechselbelastende Tätigkeiten ohne Zwangsstellung mit



St.Galler Gerichte

Handhabung von Gewichten unter 15 kg seien ihr zumutbar, zu Beginn zu 50 %, dann allenfalls mehr. Er halte eine medizinische Abklärung für notwendig.

c) Dr. E.____ erklärte am 13. Mai 2004, die Versicherte sei vom 15. Juni 2002 bis 1. August 2002 zu 50 % arbeitsunfähig gewesen und sei seither zu 100 % arbeitsunfähig für jegliche Arbeit.

d) Auf Vorschlag des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD) wurde am 8. Juli 2004 eine bidisziplinäre Abklärung in Aussicht genommen.

e) Am 1. Dezember 2004 reichte der Rechtsvertreter der Versicherten einen Bericht von Dr. med. F.____, Rheumatologie FMH, G.____, vom 19. November 2004 ein. Danach bestünden (erstens) ein chronisches lumbospondylogenes Syndrom links, Segment L4/L5 mit hochgradiger Osteochondrose und geringen linksseitigen narbigen Veränderungen ohne Hinweise für eine Nervenwurzelkompression, Segment L5/S1 mit Chondrose und geringer Retrolisthesis L5 ohne Nervenwurzelkompression: MRI vom 10.11.04, Status nach Diskushernien-Operation L4/L5 links 1994, (zweitens) ein chronisches Thorakal- und Zervikalsyndrom bei diskreten degenerativen Veränderungen vor allem C7/Th1, (drittens) eine Fibromyalgie, (viertens) eine chronische Depression und (fünftens) Adipositas. Als Fabrikarbeiterin liege aufgrund der psychomuskuloskelettalen Problematik sicherlich definitiv eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % vor. Auch für eine optimal angepasste leichte körperliche Arbeit werde in der Praxis kaum eine Arbeitsfähigkeit zu erzielen sein.

f) Dr. med. H.____, Spezialarzt FMH für Innere Medizin und für Physikalische Medizin und Rehabilitation, spez. Rheumaerkrankungen, erstattete im Juni 2006 sein vom 9. Januar 2006 datiertes Gutachten mit Wiedergabe einer interdisziplinären (im Zusammenwirken mit Dr. med. I.____, Psychiatrie und Psychotherapie FMH, gefundenen) Stellungnahme vom 23. November 2005/9. März 2006. Danach werde die Arbeitsfähigkeit für die zuletzt ausgeübte und jede andere körperlich leichte Tätigkeit durch die diagnostizierten körperlichen und psychischen Störungen nicht eingeschränkt. Dr. H.____ diagnostizierte chronische ausgebreitete Schmerzen ohne identifizier- bzw. definierbares Substrat und eine neuroradiologisch (11/04) fortgeschrittenere diskoprive Segmentdegeneration L4/5 bei Status nach lumbaler DH-



St.Galler Gerichte

Operation links 1994. Dr. I.____ diagnostizierte gemäss seinem vom 20. April 2006 datierten Gutachten an Dr. H.____ eine somatoforme Störung bei vorbestehender eher einfach strukturierter Persönlichkeit. Die Störung entspreche am ehesten einer schwach ausgeprägten anhaltenden somatoformen Schmerzstörung.

g) Aufgrund einer Stellungnahme des RAD ersuchte die IV-Stelle Dr. H.____ um eine ergänzende Auseinandersetzung mit der Diagnose der Fibromyalgie und mit den vorliegenden diametral abweichenden Arbeitsfähigkeitsschätzungen. Dr. H.____ legte am 11. Oktober 2006 dar, in Bezug auf die Diagnose der Fibromyalgie bestehe keine Diskrepanz zu seinem Gutachten; die Diagnosen seien identisch. Ob und in welchem Ausmass die bildgebend diagnostizierten Wirbelsäulenpathologien Anteil am beklagten Beschwerdebild hätten, lasse sich schwer beantworten. Sie würden aber mit Sicherheit nicht das subjektiv zum Ausdruck gebrachte Ausmass an körperlicher und sozialer Beeinträchtigung erklären. Dr. F.____ beschränke sich bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit nicht allein auf Leiden, für die er als Sachverständiger gelte, oder er nehme nicht zur medizinisch-theoretischen Arbeitsfähigkeit Stellung. Im Übrigen erfülle die Fibromyalgie die Voraussetzungen zur Begründung einer Invalidität nicht, lägen doch keine psychische Erkrankung oder anders qualifizierte kumulative Kriterien vor. Dr. I.____ hatte am 26. August 2006 erklärt, seine und die Arbeitsunfähigkeitsschätzung von Dr. E.____ seien nicht vergleichbar, weil sie auf verschiedenen Beurteilungskriterien beruhten. Er halte an seiner Beurteilung fest.

h) Mit Vorbescheid vom 20. Oktober 2006 stellte die Sozialversicherungsanstalt/IV-Stelle des Kantons St. Gallen eine Abweisung des Leistungsgesuchs (Rente) in Aussicht. Der Rechtsvertreter der Versicherten nahm am 20. November 2006 ablehnend Stellung und ergänzte am 6. Dezember 2006, Dr. E.____, Dr. F.____ und Dr. B.____ seien übereinstimmend der Meinung, die Versicherte sei für sämtliche Tätigkeiten nicht mehr arbeitsfähig. Angesichts der gänzlich unterschiedlichen Beurteilung durch die Gutachter schlage er eine stationäre multidisziplinäre Untersuchung vor.

i) Mit Verfügung vom 12. Dezember 2006 wies die IV-Stelle des Kantons St. Gallen das Gesuch der Versicherten ab. Für die Tätigkeit als Maschinenbedienerin wie für sämtliche anderen körperlich leichteren Erwerbstätigkeiten ohne repetitive Aufgaben



bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 100 %. Dem Gutachten von Dr. H.____ und Dr. I.____ komme ein höherer Beweiswert zu als den Beurteilungen der behandelnden Ärzte.

C.- a) Gegen diese Verfügung richtet sich die Beschwerde vom 8. Januar 2007 (Poststempel: 9. Januar 2007). Die Beschwerdeführerin beantragt die Aufhebung der angefochtenen Verfügung und Zusprechung einer ganzen Rente oder ergänzende Abklärungen der Sache, unter Kosten- und Entschädigungsfolge. Sie könne die Begründung der Beschwerdegegnerin für den Vorzug der Einschätzung des Gutachtens nicht akzeptieren. Die drei behandelnden Ärzte wüssten am besten über ihren Gesundheitszustand Bescheid. Sie sei zu einer multidisziplinären Untersuchung bereit. In der Beilage reiche sie einen Bericht von Dr. B.____ vom 19. Dezember 2006 und einen solchen von Dr. F.____ vom 21. Dezember 2006 ein. Dr. B.____ hatte erklärt, die Beschwerdeführerin sei zufolge des chronischen lumbospondylogenen Schmerzsyndroms, des zervikozephalen Syndroms bei bekannten degenerativen Veränderungen der HWS und LWS und der Diskushernienoperation L4/L5 von 1994 nur noch für leichtere adaptierte Arbeiten in wechselnder Position arbeitsfähig, und zwar zu 50 %. Dr. F.____ hatte am 21. Dezember 2006 bestätigt, dass die Beschwerdeführerin als Fabrikarbeiterin sicherlich definitiv nicht mehr arbeitsfähig sei. Selbst für eine optimal angepasste, leichte körperliche Arbeit halte er eine verwertbare Arbeitsfähigkeit für unrealistisch. Die angefochtene Verfügung beurteile er als nicht korrekt.

b) Ergänzend reicht die Beschwerdeführerin am 16. Januar 2007 einen Arztbericht von Dr. E.____ vom 10. Januar 2007 ein, wonach er sie aus psychiatrischer Sicht für weiterhin zu 100 % arbeitsunfähig halte. Die Diagnosen der chronischen Depression und der Fibromyalgie seien mehrfach von anderen Fachärzten bestätigt worden. Weshalb die Beschwerdegegnerin zu einem anderen Schluss als zu einer Arbeitsunfähigkeit von 100 % gelangen könne, erscheine ihm nicht nachvollziehbar. Zwar habe sich ein Teil der Symptomatologie unter der hohen Dosierung von Antidepressiva und Neuroleptika leicht gebessert, doch sei die Beschwerdeführerin weiterhin überhaupt nicht belastbar.

D.- In ihrer Beschwerdeantwort vom 7./8. März 2007 beantragt die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde. Die Dres. B.____, E.____ und F.____ hätten gegenüber dem Jahr 2004 unveränderte Einschätzungen abgegeben und



übereinstimmend keine Verschlechterung des Gesundheitszustandes der Beschwerdeführerin dokumentiert. Es könne auf das Gutachten abgestellt werden. Dr. H. ___ habe erklärt, er habe während des knapp zweistündigen Aufenthalts der Beschwerdeführerin in der Praxis keine averbalen und motorischen Schmerzäusserungen oder skelettale Funktionsbeeinträchtigungen beobachten können. Im Kontrast dazu habe sie sich, wenn ihre Mitarbeit gefordert gewesen sei, sehr viel behinderter gegeben. Er habe auch keine Gesetzmässigkeiten eines Wirbelsäulenleidens erkennen können und daraus auf vor allem im Subjektiven wurzelnde Schmerzklagen geschlossen. Der RAD sei ebenfalls zum Schluss gekommen, dass die rechtsprechungsgemässen Voraussetzungen zur Begründung einer Invalidität nach dem Gutachten nicht vorlägen. Es lägen bei der Beschwerdeführerin keine selbständig diagnostizierten psychischen Leiden im Sinne einer psychischen Komorbidität vor und auch die anderen Voraussetzungen seien nicht erfüllt. Die Arbeitsunfähigkeit werde lediglich mit der Fibromyalgie begründet.

E.- Mit Replik vom 15. März 2007 und Eingabe vom 20. März 2007 halten die Parteien an ihren Anträgen fest.

II.

1.- Mit der angefochtenen Verfügung vom 12. Dezember 2006 hat die Beschwerdegegnerin das Leistungsgesuch der Beschwerdeführerin vom Dezember 2003 abgewiesen. Sie ist auf die Neuanmeldung unbestrittenermassen eingetreten. Das lässt sich nicht beanstanden, lautet der allgemeine Verfahrensgrundsatz der Eintretenshürde bei Neuanmeldungen nach einer vorausgegangenen Rentenabweisung doch - entgegen dem nicht massgebenden Wortlaut von Art. 87 Abs. 4 IVV - lediglich, dass der Gesuchsteller das Vorliegen eines aktuell rentenbegründenden Sachverhalts glaubhaft machen muss. Ein Sachverhaltsvergleich auf der Zeitachse ist - anders als im Rentenrevisionsverfahren - hier nicht erforderlich (Franz Schlauri, in SBVR, Soziale Sicherheit, 2. A., Die Militärversicherung, Rz 137 mit Fn 190 f.).

2.- a) Tritt die Verwaltung auf eine Neuanmeldung ein, so hat sie die Sache materiell abzuklären und sich zu vergewissern, ob die behauptete Invalidität auch tatsächlich vorliegt (vgl. Entscheid des Eidgenössischen Versicherungsgerichts i/S M. vom 20.



April 2005, I 797/04). Sie hat dabei das neue Leistungsbegehren in tatsächlicher und rechtlicher Hinsicht allseitig zu prüfen (Entscheid des Eidgenössischen Versicherungsgerichts i/S J. vom 9. März 2005, I 23/05; vgl. BGE 130 V 77 E. 3.2.3).

b) Nach Art. 28 Abs. 1 IVG in der bis 31. Dezember 2003 gültig gewesenen Fassung besteht der Anspruch auf eine ganze Invalidenrente, wenn die versicherte Person mindestens zu zwei Dritteln, derjenige auf eine halbe Rente, wenn sie wenigstens zur Hälfte invalid ist. Liegt ein Invaliditätsgrad von mindestens 40 % vor, so besteht Anspruch auf eine Viertelsrente oder, sofern ein Härtefall gegeben ist, auf eine halbe Rente (Art. 28 Abs. 1 bis IVG). Nach dem revidierten Art. 28 Abs. 1 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.

c) Für die Invaliditätsbemessung, welche das Mass der Zurücksetzung der erwerblichen Leistungsfähigkeit infolge gesundheitlicher Beeinträchtigung ergeben soll, sind zunächst die medizinischen Vorbedingungen von Bedeutung.

3.- a) Die Beschwerdegegnerin stellt auf das Gutachten von Dr. H.____ und Dr. I.____ ab. Der Rheumatologe ging von einer Segmentdegeneration L4/5 bei St. n. lumbaler Diskushernienoperation links 1994 aus und bezeichnete daneben noch chronische ausgebreitete Schmerzen ohne identifizierbares bzw. definierbares Substrat. Es fällt zunächst auf, dass keine HWS-Diagnose gestellt wurde, während doch sowohl in der Klinik D.____ wie von Dr. F.____ ein zervikozepales Schmerzsyndrom bzw. Thorakal- und Zervikalsyndrom bei degenerativen HWS-Veränderungen (insbesondere C7/Th1) festgestellt worden war. Dass auf Höhe C5/6 eine leichte Höhenabnahme des Intervertebralraumes und eine leicht akzentuierte HWS-Lordose vorliegen, hat Dr. H.____ in der Befundaufnahme berücksichtigt, die nach den andern ärztlichen Berichten besonders betroffene Etage C7/Th1 hat er nicht erwähnt. Nebst dem lumbalen Leiden geht er stattdessen von Schmerzen ohne identifizierbares Substrat aus. Andererseits ist einzuräumen, dass die HWS-Befunde von der Klinik D.____ und von Dr. F.____ als diskret bzw. minim eingeschätzt werden und dass ihnen weniger Bedeutung als dem LWS-Syndrom beigemessen wird. Nur in Bezug auf die HWS-Beschwerden hat die Klinik



D.____ eine Tendenz zur Symptomausweitung festgestellt. Aufgrund der übereinstimmenden Angaben der Klinik D.____ (HWS-Beweglichkeit der Beschwerdeführerin ausserhalb der Untersuchungssituation deutlich geringer eingeschränkt als darin; übertriebenes Schmerzgebaren), von Dr. B.____ und den Gutachtern ist andererseits davon auszugehen, dass eine Diskrepanz zwischen den objektivierbaren Befunden und den subjektiv geäusserten Beschwerden besteht. Was die Fibromyalgie betrifft, welche Dr. F.____ gemäss seinem Bericht vom November 2004 diagnostiziert hatte, nachdem er eine Druckdolenz an 12 von 18 typischen muskuloskelettalen Punkten gefunden hatte, stellte sich Dr. H.____ auf den Standpunkt, diese Diagnose decke sich mit seiner Feststellung der chronischen ausgebreiteten Schmerzen ohne identifizier- bzw. definierbares Substrat. Dr. I.____ hatte entsprechend aus psychiatrischer Sicht eine somatoforme Störung diagnostiziert. Noch im September 2002 war dagegen von der Klinik D.____ dafürgehalten worden, ein Fibromyalgiesyndrom liege nicht vor; alle fibromyalgischen Tenderpoints waren negativ gewesen. Ein solches kann sich allerdings auch erst im Zeitablauf entwickelt haben.

b) Nach dem Dargelegten ist davon auszugehen, dass bei der Beschwerdeführerin ein lumbales Leiden und eine somatoforme Schmerzstörung (bzw. eine Fibromyalgie) vorliegen. Die Diagnose einer chronischen Depression liess sich gutachterlich nicht bestätigen. Es war diesbezüglich offenbar eine Stabilisierung erreicht worden.

c) Zu beachten ist, dass die Invalidenversicherung nicht nach Art und Genese des Gesundheitsschadens fragt, welcher die Erwerbsunfähigkeit beeinträchtigt, sondern dass die Arbeitsunfähigkeit massgebend ist, welche sich aus dem Gesundheitsschaden ergibt. Die Beschwerdeführerin macht geltend, die drei behandelnden Ärzte (die Dres. E.____, F.____ und B.____) seien der Auffassung, dass sie in sämtlichen Tätigkeiten gänzlich arbeitsunfähig sei. Dies trifft indessen nicht zu, hält Dr. B.____ doch dafür, eine Arbeitsfähigkeit von 50 % sei in leichter, adaptierter Arbeit in wechselnden Positionen gegeben. Selbst der Hausarzt geht also durchaus davon aus, dass eine nicht unwesentliche Arbeitsfähigkeit erhalten geblieben ist. Bezüglich der psychiatrischen Probleme verweist er auf die "entsprechenden psychiatrischen Beurteilungen". Bei den Vorbehalten, die Dr. F.____ andererseits gegen eine Arbeitsfähigkeit in einer leichten Arbeit anbringt, kann nicht ausgeschlossen werden, dass sie weniger medizinisch als vielmehr arbeitsmarktlich begründet sind



(Verwertbarkeit unrealistisch). Eine eindeutige Arbeitsunfähigkeitsschätzung für leichte Arbeit lässt sich nicht herauslesen. Von einer Arbeitsunfähigkeit von 100 % geht hingegen Dr. E. ___ aus. Er führt sie allerdings gerade auf die Depression zurück, die hierfür nach der Aktenlage nicht angeführt werden kann.

d) Auf der anderen Seite stehen die Beurteilungen der Gutachter Dr. H. ___ und Dr. I. ___, welche der Beschwerdeführerin eine Arbeitsfähigkeit für leichte, angepasste Arbeiten von 100 % attestieren. Dieser Beurteilung der Gutachter, die sich mit den Vorakten und den geklagten Beschwerden auseinandergesetzt haben, kommt einiges Gewicht zu. Auf ihre Einschätzung kann abgestellt werden. Die degenerativen Wirbelsäulenveränderungen der Beschwerdeführerin, die nach der Beurteilung des rheumatologischen Gutachters einen teilweise deutlich über das Alter hinausreichenden Schweregrad erreichen und eine erhöhte Stör- und Belastungsabhängigkeit bewirken, schliessen - was nachvollziehbar ist - schwere Arbeiten aus. Sie lassen aber körperlich leichte Tätigkeiten uneingeschränkt zu. Es ist aus psychiatrischer Sicht in einer solchen Tätigkeit keine Arbeitsunfähigkeit ausgewiesen, und auch die nachfühlbare Schmerzsituation schliesst es nicht aus, dass der Beschwerdeführerin eine leichte Arbeit ganztags zugemutet werden kann. Es gehört zur Schadenminderungspflicht, ein vernünftiges Mass an Medikamenten zur Schmerzbekämpfung einzunehmen.

4.- Wenn Dr. H. ___ in seiner Stellungnahme vom 11. Oktober 2006 darauf hinweist, dass die Fibromyalgie bei der Beschwerdeführerin die Voraussetzungen zur Begründung einer Invalidität sozialversicherungsrechtlich nicht erfüllt, ist allerdings anzumerken, dass es Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist, den Gesundheitszustand zu beschreiben und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist (BGE 125 V 261 E. 4). Folgerungen über die Zumutbarkeit von Arbeitsleistungen, die sich auf die medizinische Empirie stützen, z.B. die Vermutung, dass eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung oder ein vergleichbarer pathogenetisch unklarer syndromaler Zustand mit zumutbarer Willensanstrengung überwindbar ist, ordnet die Rechtsprechung hingegen den Rechtsfragen zu (BGE 132 V 398 f. E. 3.2). Der Arzt dagegen hat (allein) die medizinischen Grundlagen für den Entscheid über die zumutbare Arbeitsleistung herzustellen. Er hat zu beurteilen, ob und inwiefern eine versicherte Person über



psychische Ressourcen verfügt, die es ihr erlauben, trotz ihrer subjektiv erlebten Schmerzen einer Arbeit nachzugehen (BGE 130 V 355 E. 2.2.4). Die (rein) psychiatrische Erklärbarkeit einer Schmerzsymptomatik allein genügt im Weiteren für eine sozialversicherungsrechtliche Leistungsbegründung nicht (vgl. BGE 130 V 354 f. mit Hinweisen). Das Leiden der anhaltenden somatoformen Schmerzstörung (und der Fibromyalgie, vgl. Pra 2007 Nr. 38 232) ist dadurch gekennzeichnet, dass sich für geklagte körperliche Symptome trotz adäquater medizinischer (Differential-)Diagnostik keine eindeutigen körperlichen Ursachen finden lassen (BGE 130 V 399 E. 6.1, mit Hinweis auf Kopp/Willi/Klipstein, Im Graubereich zwischen Körper, Psyche und sozialen Schwierigkeiten, in: Schweizerische Medizinische Wochenschrift 1997, S. 1382). Vorliegend besteht indessen sicher ein organisches Substrat. Allerdings geht offenbar das bekundete Schmerzerleben über das damit Erklärbare hinaus, welches für die bei Anwendung der zumutbaren Anstrengung sich ergebende Arbeitsfähigkeit massgeblich ist.

5.- Angesichts der vollen Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit hat die Beschwerdegegnerin Leistungen der Invalidenversicherung an die Beschwerdeführerin zu Recht abgelehnt.

6.- a) Im Sinne der vorstehenden Erwägungen ist die Beschwerde abzuweisen.

b) Als unterliegende Partei hat die Beschwerdeführerin die Gerichtskosten zu bezahlen, die nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert festgelegt werden (Art. 69 Abs. 1bis IVG, vgl. Art. 95 Abs. 1 VRP). Diese sind ermessensweise auf Fr. 600.-- zu veranschlagen. Der geleistete Kostenvorschuss in gleicher Höhe ist damit zu verrechnen.

Demgemäss hat das Versicherungsgericht

im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 53 GerG

entschieden:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.



2. Die Beschwerdeführerin bezahlt die Gerichtskosten von Fr. 600.-- unter Verrechnung mit dem bezahlten Kostenvorschuss in gleicher Höhe.