



**Fall-Nr.:** IV 2009/127  
**Stelle:** Versicherungsgericht  
**Rubrik:** IV - Invalidenversicherung  
**Publikationsdatum:** 01.07.2020  
**Entscheiddatum:** 25.03.2011

### **Entscheid Versicherungsgericht, 25.03.2011**

**Art. 8 ATSG. Art. 28 IVG: Würdigung medizinischer Gutachten unter Berücksichtigung diverser weiterer medizinischer Berichte (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 25. März 2011, IV 2009/127).**

Entscheid Versicherungsgericht, 25.03.2011

Vizepräsidentin Miriam Lendfers, Versicherungsrichterin Monika Gehrler-Hug,  
Versicherungsrichter Joachim Huber; Gerichtsschreiber Tobias Bolt

Entscheid vom 25. März 2011

in Sachen

A.\_\_\_\_,

Beschwerdeführerin,

vertreten durch Rechtsanwalt lic. iur. Adrian Rufener, Schoch, Auer & Partner,  
Marktplatz 4, 9004 St. Gallen,

gegen

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

Beschwerdegegnerin,

betreffend



Rente; Arbeitsvermittlung

Sachverhalt:

A.

A.a A.\_\_\_\_ meldete sich am 29. Oktober 2004 für Berufsberatung, Arbeitsvermittlung und den Bezug einer Rente der Invalidenversicherung bei der IV-Stelle des Kantons St. Gallen an (IV-act. 1).

A.b Den von der IV-Stelle beigezogenen Akten der SUVA lässt sich im Wesentlichen folgendes entnehmen: Die Versicherte war am 2. April 2001 auf einen Glassplitter getreten und hatte sich dabei eine Schnittwunde am rechten Fuss zugezogen (SUVA-act. 1). Die Wunde wurde im Spital Flawil mit Einzelknopfnähten versorgt; zudem wurde die Versicherte vorsorglich gegen Wundstarrkrampf geimpft (SUVA-act. 2). Sie konnte in der Folge die Arbeit am 19. Mai 2001 wieder aufnehmen (SUVA-act. 5). Am 31. Oktober 2001 wurde der SUVA ein Rückfall gemeldet (SUVA-act. 7), nachdem sich ein störendes Keloid im Bereich der Narbe gebildet hatte (SUVA-act. 8). Am 3. Dezember 2002 wurde dem rechten Fuss ein Neurom entfernt und vom Nervus suralis links ein Teil entnommen und in den plantaren Nervendefekt rechts implantiert (SUVA-act. 27). Die Behandlung wurde am 2. April 2003 abgeschlossen; gleichentags nahm die Versicherte die Arbeit in der Kommissionierung (vgl. IV-act. 14–1 und 14–4) wieder auf (SUVA-act. 34). Am 16. März 2004 meldete die Versicherte wiederum einen Rückfall (SUVA-act. 35). Am 16. April 2004 erfolgte eine erneute operative Behandlung eines weiteren Neuroms im rechten Fuss (SUVA-act. 38). Am 6. Juli 2004 wurde die Versicherte vom Kreisarzt Dr. med. B.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Allgemeinmedizin, untersucht. Dieser diagnostizierte ein Chronic Regional Pain Syndrome Grad II (CRPS II) und attestierte eine volle Arbeitsunfähigkeit für die zuletzt ausgeübte, vorwiegend stehende und gehende Tätigkeit bei tiefer Betriebstemperatur (SUVA-act. 43). Die Klinik für Orthopädische Chirurgie des Kantonsspitals St. Gallen teilte am 5. August 2004 mit, die Therapien operativer Natur seien ausgeschöpft; auch die Ergotherapie habe keinen Erfolg gebracht. Die Behandlung werde daher abgeschlossen. Die Versicherte wurde für die Schmerzsprechstunde angemeldet (SUVA-act. 48).



## St.Galler Gerichte

A.c Der Hausarzt der Versicherten, Dr. med. C.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Allgemeinmedizin, erstattete der IV-Stelle am 12. November 2004 einen Arztbericht, in welchem er ein Neurom in Kontinuität des Nervus plantaris medialis rechts sowie einen Status nach Neuromverlagerung mit Transplantation des Nervus suralis links diagnostizierte und eine volle Arbeitsunfähigkeit bis auf Weiteres attestierte (IV-act. 11).

A.d Die Klinik für Orthopädische Chirurgie des Kantonsspitals St. Gallen erstattete am 15. November 2004 einen Arztbericht. Die Ärzte diagnostizierten Neurombeschwerden nach Schnittverletzung plantar rechts mit/bei Status nach Neuromexzision und Transplantation vom Nervus suralis links sowie Status nach Neuromverlagerung und attestierten eine volle Arbeitsfähigkeit ab 3. Mai 2004 (IV-act. 12).

A.e Die Arbeitgeberin der Versicherten kündigte mit Schreiben vom 25. November 2004 das Arbeitsverhältnis auf den 28. Februar 2005 (IV-act. 14–4 f.).

A.f Nachdem Dr. B.\_\_\_\_ am 3. Februar 2005 eine Beurteilung bezüglich Integritätsschaden – 15 % – und Resterwerbsfähigkeit – volle Arbeitsfähigkeit in einer vorwiegend sitzenden Tätigkeit bei Zimmertemperatur – abgegeben hatte (SUVA-act. 76 f.), stellte die SUVA die Taggeldleistungen per 28. Februar 2005 ein (SUVA-act. 80). Mit Verfügung vom 11. Januar 2006 sprach sie der Versicherten sodann bei einem Invaliditätsgrad von 13 % und einem Integritätsschaden von 15 % eine Rente und eine Integritätsentschädigung zu (Verfügung bei den SUVA-Akten, nicht nummeriert). Eine dagegen erhobene Einsprache wurde mit Entscheid vom 21. Juni 2007 abgewiesen (Einspracheentscheid bei den SUVA-Akten, nicht nummeriert).

A.g Im Auftrag der IV-Stelle erstattete die Medizinische Abklärungsstelle (MEDAS) Bern am 27. Juli 2006 ein polydisziplinäres Gutachten mit einem psychiatrischen, neurologischen und orthopädischen Teilgutachten. Darin findet sich von den Gutachtern diagnostiziert ein Status nach Schnittverletzung mit Nervendurchtrennung Strahl I metatarsal mit nachfolgender Neurombildung, Neuromverlagerung sowie Transplantation vom Nervus suralis mit damit einhergehender Hyperpathie und Hyposensibilität am linken Unterschenkel und am rechten Fuss sowie verminderter Belastbarkeit des rechten Fusses; sodann eine Schmerzverarbeitungsstörung mit Symptomausweitung, Selbstlimitierung und Versorgungswünschen (die Kriterien einer



## St.Galler Gerichte

somatoformen Schmerzstörung seien teilweise erfüllt), diese indessen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit. Gesamthaft bestehe keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit für angepasste Tätigkeiten (IV-act. 39).

A.h Am 22. August 2007 sandte die Versicherte der IV-Stelle einen Bericht von Dr. med. D.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 13. August 2007 zu, in welchem eine rezidivierende depressive Störung, im Zeitpunkt der Berichterstattung mittelgradige bis schwere Episode mit somatischen Symptomen, sowie ein Verdacht auf eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung diagnostiziert und eine seit dem 29. Januar 2007 (erste Sprechstunde) bestehende volle Arbeitsunfähigkeit attestiert wurden (IV-act. 66).

A.i Am 17. Oktober 2007 teilte Dr. D.\_\_\_\_ der IV-Stelle mit, dass sich der Zustand zwischenzeitlich nicht wesentlich verändert habe (IV-act. 73).

A.j Im Auftrag der IV-Stelle erstattete die MEDAS Bern am 21. April 2008 ein polydisziplinäres Verlaufsgutachten, wiederum mit einem psychiatrischen, neurologischen und orthopädischen Teilgutachten. Die Gutachter diagnostizierten im Wesentlichen eine Minderbelastbarkeit des rechten Fusses und eine rezidivierende depressive Störung mit allenfalls mittelgradiger depressiver Episode. Die Arbeitsfähigkeit sei aufgrund der inzwischen chronifizierenden Schmerzwahrnehmung und der im psychopathologischen Befund inzwischen feststellbaren depressiven Symptomatik um 20 % eingeschränkt (IV-act. 82).

A.k Mit Vorbescheid vom 13. November 2008 teilte die IV-Stelle der Versicherten mit, dass bei einem ermittelten Invaliditätsgrad von 20 % die Abweisung des Rentengesuchs vorgesehen sei (IV-act. 91). Zudem teilte sie mit, dass keine Arbeitsvermittlung vorgesehen sei (IV-act. 89).

A.l Am 5. Januar 2009 teilte Dr. D.\_\_\_\_ der IV-Stelle mit, seines Erachtens bestehe aufgrund der psychischen Probleme eine mindestens 50%ige Arbeitsunfähigkeit (IV-act. 96).



## St.Galler Gerichte

A.m Gegen den Vorbescheid betreffend Rente erhob die Versicherte am 12. Januar 2009 Einwände. Sie machte insbesondere geltend, im vorliegenden Fall sei die invalidisierende Wirkung der somatoformen Schmerzstörung zu bejahen (IV-act. 95).

A.n Mit Verfügung vom 27. Februar 2009 wies die IV-Stelle das Rentengesuch bei einem ermittelten Invaliditätsgrad von 20 % ab (IV-act. 98). Gleichentags verfügte die IV-Stelle, dass keine Arbeitsvermittlung durchgeführt werde (IV-act. 99).

B.

B.a Dagegen erhob die Beschwerdeführerin am 17. April 2009 Beschwerde. Sie beantragte die Aufhebung der Verfügungen vom 27. Februar 2009 und die Ausrichtung der gesetzlichen Leistungen. Zur Begründung führte sie im Wesentlichen an, dass sich der Zustand seit der letzten Begutachtung weiter verschlechtert habe und deshalb ergänzende Abklärungen angezeigt seien, und dass der somatoformen Schmerzstörung, an der sie leide, invalidisierende Wirkung zukomme (act. G 1).

B.b Mit Beschwerdeantwort vom 19. Mai 2009 beantragte die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde. Zur Begründung führte sie im Wesentlichen an, dem zweiten Gutachten der MEDAS Ostschweiz komme voller Beweiswert zu. Indessen würden sich weder die somatoforme Schmerzstörung noch die depressive Störung invalidisierend auswirken, weshalb der Invaliditätsgrad bei Berücksichtigung eines 10%igen Abzuges vom Tabellenlohn bei 10 % liege (act. G 4).

B.c Mit Replik vom 7. September 2009 hielt die Beschwerdeführerin an den mit Beschwerde vom 17. April 2009 gestellten Anträgen fest (act. G 12). Der Replik legte sie eine Stellungnahme von Dr. D.\_\_\_\_ vom 22. Juni 2009 bei (act. G 12.1).

B.d Die Beschwerdegegnerin verzichtete auf eine Duplik (act. G 14).

Erwägungen:

1.



1.1 Was den Anspruch auf Arbeitsvermittlung betrifft, so lässt sich der angefochtenen Verfügung vom 27. Februar 2009 (IV-act. 99) entnehmen, dass dieser mangels subjektiver Eingliederungsfähigkeit verneint wurde, was dem Bild gemäss Aktenlage entspricht und im Übrigen in der Beschwerde nicht substantiiert bestritten wird. Diesbezüglich ist die Beschwerde ohne Weiteres abzuweisen, zumal es der Beschwerdeführerin frei steht, sich bei veränderten Verhältnissen (insbesondere bei subjektiver Arbeitsbereitschaft) diesbezüglich an die Beschwerdegegnerin zu wenden, und die Beschwerdegegnerin in der Verfügung bereits zugesichert hat, bei geänderten Verhältnissen Arbeitsvermittlung zu gewähren.

1.2 Streitig und zu prüfen ist hingegen, ob die Beschwerdegegnerin den Anspruch der Beschwerdeführerin auf eine Rente der Invalidenversicherung zu Recht abgewiesen hat. Ergäbe sich, dass ein solcher zur Diskussion stünde, wäre aber auch zu prüfen, ob sie die Pflicht der Beschwerdeführerin zur beruflichen Eingliederung genügend in Anspruch genommen hat.

2.

2.1 Am 1. Januar 2008 sind die im Zuge der 5. IV-Revision revidierten Bestimmungen des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG; SR 831.20), der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV; SR 831.201) und des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) in Kraft getreten. Der zu beurteilende Sachverhalt beschlägt teilweise den Zeitraum vor Inkrafttreten der 5. IV-Revision. Da sich die Definition der Invalidität und die damit zusammenhängenden Begriffe mit dieser Revision nicht geändert haben, werden nachfolgend die seit dem 1. Januar 2008 gültigen Bestimmungen wiedergegeben.

2.2 Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG), das heisst der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach ärztlicher Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Bestimmung des Invaliditätsgrades wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach



Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (zumutbares Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Valideneinkommen; Art. 16 ATSG). Bei einem Invaliditätsgrad von weniger als 40 % besteht kein Anspruch auf eine Rente der Invalidenversicherung (Art. 28 Abs. 1 lit. c IVG).

2.3 Die Feststellung des Gesundheitsschadens, das heisst die Befunderhebung und die gestützt darauf gestellte Diagnose, aber auch die Prognose und die Ätiologie, die durch den festgestellten Gesundheitsschaden verursachte Arbeitsunfähigkeit sowie das noch vorhandene funktionelle Leistungsvermögen oder das Vorhandensein und die Verfügbarkeit von Ressourcen sind Tatfragen (BGE 132 V 398 E. 3.2), deren Beantwortung entsprechendes Fachwissen voraussetzt. Im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes (Art. 43 Abs. 1 ATSG) hat die IV-Stelle daher in aller Regel ärztliche Sachverständige zur Beantwortung dieser Fragen beizuziehen (vgl. Art. 43 Abs. 2 ATSG und Art. 69 Abs. 2 und 4 IVV), so etwa jene des IV-internen regionalen ärztlichen Dienstes (RAD; vgl. Art. 49 Abs. 1 IVV) oder solche einer MEDAS (vgl. Art. 72<sup>bis</sup> IVV). Aufgabe der IV-Stelle und des Versicherungsgerichts ist es, diese Tatsachen rechtlich zu würdigen, das heisst zu beurteilen, ob die ärztlichen Aussagen und Schätzungen die zuverlässige Beurteilung des Leistungsanspruchs erlauben und, falls dies der Fall ist, gestützt auf diese Feststellungen sowie die Feststellungen zu den beiden Vergleichseinkommen den Invaliditätsgrad zu bemessen (vgl. BGE 132 V 398 f. E. 3.2 f.).

3.

3.1 Vorliegend ist aufgrund der medizinischen Unterlagen erstellt, dass sich die Beschwerden im rechten Fuss und im linken Unterschenkel nach Verletzung und zweimaliger Operation in medizinischer Hinsicht insofern auf die Erwerbsfähigkeit der Beschwerdeführerin auswirken, als ihr lediglich noch vorwiegend sitzende Tätigkeiten bei Zimmertemperatur zugemutet werden können, was auch bedeutet, dass die zuletzt ausgeübte Tätigkeit, die vorwiegend stehend und gehend bei tiefen



Betriebstemperaturen verrichtet wurde, nicht mehr zumutbar ist (vgl. SUVA-act. 43 und 76; IV-act. 39 und 82).

3.2 Weiter lässt sich den medizinischen Unterlagen entnehmen, dass psychische Beschwerden vorliegen, wobei die Ärzte folgende Befunde erhoben: Im Bericht vom 13. August 2007 führte Dr. D.\_\_\_\_ aus, die Beschwerdeführerin habe in psychopathologischer Hinsicht leichte bis mittelschwere Konzentrationsstörungen, formale Denkstörungen (verlangsamtes Denken, eingeengt auf Fusschmerzen und die eigene Hoffnungslosigkeit), Deprimiertheit, Ängste, allgemeine Unsicherheit, Antriebslosigkeit und sozialen Rückzug aufgewiesen (IV-act. 66). Die psychiatrische Konsiliargutachterin der MEDAS Bern führte im Gutachten vom 21. April 2008 aus, die Beschwerdeführerin habe sauber und ordentlich, jedoch nur mässig gepflegt gewirkt, die Begrüssung sei zurückhaltend erfolgt, mit ausgesprochen schwachem Händedruck, der Kontakt sei durchgehend zurückhaltend, kaum tragfähig gewesen. Es seien zudem vermehrte Selbstbeobachtung und Symptomausgestaltung bei histrionischen Akzenten aufgefallen. Die Beschwerdeführerin habe weiter wenig konzentriert und nur mässig aufmerksam gewirkt, der Rapport sei stockend gewesen. Störungen von Merkfähigkeit, Kurzzeitgedächtnis und Langzeitgedächtnis hätten sich aber nicht gefunden. Die Beschwerdeführerin habe mit leiser, aphoner, teilweise tränenerstickter Stimme gesprochen, der formale Gedankengang habe zäh, aber nicht gehemmt gewirkt, mit inhaltlicher Einengung auf die Schmerz Wahrnehmung. Psychomotorisch habe die Beschwerdeführerin über weite Strecken matt und schwingelos gewirkt, zeitweilig sei es aber zu einem Wechsel der Psychomotorik gekommen: Die zuvor ausdruckslose, starre Mimik habe zu einer ausdrucksreichen, lebhaften Gestik und Mimik bei Darstellung heftiger Schmerzen gewechselt. Die affektive Schwingungsfähigkeit habe insgesamt eingeengt gewirkt, die Grundstimmung leicht, zum Teil auch mittelgradig depressiv gedrückt. Die Beschwerdeführerin habe über Inaktivität, Rückzugstendenzen und traurige Verstimmtheit sowie pessimistische Zukunftssicht berichtet (IV-act. 82). Im Bericht vom 22. Juni 2009 hielt Dr. D.\_\_\_\_ schliesslich fest, in der letzten Untersuchung hätten sich leichte Konzentrations- und Auffassungsstörungen, Gedankeneinengung auf die negative Zukunftsperspektive, Deprimiertheit, Ängstlichkeit, allgemeine Unsicherheit, reduzierte affektive Schwingungsfähigkeit, Antriebsstörungen und verminderte Psychomotorik gezeigt (act. G 12.1). Aufgrund dieser mehrheitlich übereinstimmenden Befunderhebungen ist zusammenfassend von leichten bis



mittelschweren Konzentrations- und Auffassungsstörungen, zähem formalem Gedankengang mit Einengung auf die Schmerzproblematik, Deprimiertheit, Ängstlichkeit, Unsicherheit, reduzierter affektiver Schwingungsfähigkeit, Antriebsstörungen und verminderter Psychomotorik sowie anamnestisch von Inaktivität und Rückzugstendenzen auszugehen.

3.3 Gestützt darauf diagnostizierten sowohl die Gutachter der MEDAS Bern als auch Dr. D.\_\_\_\_ eine depressive Störung sowie – verbunden mit der somatisch nicht objektivierbaren diffusen Schmerzsymptomatik – eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung, was nachvollziehbar ist.

3.4 Die Gutachter der MEDAS Bern hielten beurteilend fest, die Beschwerdeführerin habe im Rahmen der Untersuchung das Bild einer leichten bis mittelgradigen depressiven Episode gezeigt. Im Vordergrund stünden jedoch somatoforme, bewusstseinsnah ausgestaltete Phänomene, gekennzeichnet auch durch deutliche Diskrepanz zwischen Verhalten, geklagten Beschwerden und objektiven Befunden. Eine nachhaltige depressive Symptomatik, deretwegen die Beschwerdeführerin unfähig wäre, innerseelische Hemmungen gegenüber einer Arbeitsleistung zu überwinden, hätten sich im psychopathologischen Befund nicht gefunden. Auch wenn einzelne Kriterien für die Annahme einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung sprechen würden, müsse doch festgestellt werden, dass die aus der somatoformen Schmerzstörung resultierende Schmerzwahrnehmung die Beschwerdeführerin in ihren psychischen Grundfunktionen nicht nachhaltig beeinträchtigt, und insbesondere die aktive Willens- und Handlungsfähigkeit erhalten sei (IV-act. 82–18). Begründet durch die chronifizierende Schmerzwahrnehmung und die im psychopathologischen Befund feststellbare depressive Symptomatik sei die Leistungsfähigkeit um maximal 20 % vermindert (IV-act. 82–22).

3.5 Demgegenüber stellte sich Dr. D.\_\_\_\_ im August 2007 (vor der zweiten Begutachtung durch die MEDAS Bern) auf den Standpunkt, die depressive Episode sei mittelgradig bis schwer ausgeprägt, und es bestehe überhaupt keine Arbeitsfähigkeit (IV-act. 66). Bei unveränderten Befunden und gleicher Diagnose schätzte Dr. D.\_\_\_\_ die Arbeitsunfähigkeit im Januar bzw. Juni 2009 auf 50 % (IV-act. 96 und act. G 12.1). Da gesamthaft davon auszugehen ist, dass Dr. D.\_\_\_\_ die Einschränkung der



Arbeitsfähigkeit – zumindest ab Anfang 2009 – auf 50 % schätzt, er dabei auch der somatoformen Schmerzstörung Rechnung trägt und er im Wesentlichen dieselben Befunde erhoben hat wie die Gutachter der MEDAS Bern (er weist im Übrigen selbst in seiner Stellungnahme zum Gutachten der MEDAS Bern nicht auf etwaige zusätzliche Befunde hin; vgl. IV-act. 96), ist trotz der abweichenden Diagnose kein eigentlicher Widerspruch zwischen der Arbeitsfähigkeitsschätzung von Dr. D.\_\_\_\_ und jener der Gutachter der MEDAS Bern bezüglich der depressiven Störung zu erblicken.

3.6 Die eigentliche Diskrepanz zwischen der Beurteilung von Dr. D.\_\_\_\_ und jener der Gutachter der MEDAS Bern ist mithin in der Beantwortung der Frage nach der Überwindbarkeit der somatoformen Schmerzstörung zu erblicken. Dr. D.\_\_\_\_ verneint die Überwindbarkeit einerseits unter Hinweis auf die depressive Störung als psychische Komorbidität und andererseits unter Hinweis auf sozialen Rückzug, Scheitern einer konsequent durchgeführten ambulanten und stationären Behandlung trotz kooperativer Haltung der Beschwerdeführerin sowie (angedeutet) einen primären Krankheitsgewinn (IV-act. 96). Diese Auffassung überzeugt aus folgenden Gründen nicht:

3.6.1 Die depressive Störung wird von den Gutachtern der MEDAS Bern als in Relation zur somatoformen Schmerzstörung im Hintergrund stehend qualifiziert (IV-act. 82–18), was in Einklang steht mit den übrigen medizinischen Akten und der Aussage der Beschwerdeführerin, die psychischen Beeinträchtigungen hätten sich im Zusammenhang mit den anhaltenden Beschwerden eingestellt (IV-act. 82–11). Auch den Berichten von Dr. D.\_\_\_\_ lassen sich keine Hinweise darauf entnehmen, dass sich die depressive Störung nicht als Reaktion auf die anhaltenden Schmerzen entwickelt hätte. Das Vorliegen einer eigentlichen psychischen Komorbidität in Form einer eigenständigen depressiven Störung ist daher zu verneinen.

3.6.2 Auch die kooperative Haltung der Beschwerdeführerin im Rahmen der durchgeführten Behandlung ist zu bezweifeln, nachdem sich einerseits anlässlich der Medikamentenspiegeluntersuchung im Rahmen der zweiten Begutachtung durch die MEDAS Bern erhebliche Diskrepanzen zwischen den nachweisbaren Wirkstoffen und den Aussagen der Beschwerdeführerin zu den regelmässig eingenommenen Medikamenten ergeben haben (vgl. hierzu den Entscheid I 329/05 des Eidgenössischen Versicherungsgerichts vom 10. Februar 2006, E. 4.2.2, mit Hinweisen auf die



medizinische Literatur) und andererseits bei beiden Begutachtungen durch die MEDAS Bern teils erhebliche Symptomausweitung, Selbstlimitierung und passive Versorgungswünsche festgestellt worden sind. Aufgrund letzterer ist auch eher von einem sekundären als von einem primären Krankheitsgewinn auszugehen.

3.6.3       Andere konkrete Indizien, aufgrund derer die Zuverlässigkeit der Beurteilung der Gutachter der MEDAS Bern, die somatoforme Schmerzstörung sei überwindbar, anzuzweifeln wäre, lassen sich den Berichten von Dr. D.\_\_\_\_ nicht entnehmen. Es ist deshalb gesamthaft davon auszugehen, dass es der Beschwerdeführerin medizinisch-theoretisch mit überwiegender Wahrscheinlichkeit möglich wäre, in einer angepassten Tätigkeit eine Leistung von mindestens 80 % zu erbringen.

3.7       Die Einschränkung der Leistungsfähigkeit um maximal 20 % trägt gemäss den Gutachtern der MEDAS Bern sowohl aus neurologischer als auch aus psychiatrischer Sicht dem langwierigen, unglücklichen Verlauf mit depressiver Reaktion Rechnung. Die diesbezüglichen Ausführungen der Gutachter sind nachvollziehbar und überzeugend. Darauf ist abzustellen.

3.8       Die Beschwerdegegnerin stellt sich auf den Standpunkt, dass die 20%ige Einschränkung bei der Bemessung des Invaliditätsgrades nicht zu berücksichtigen sei, weil sie nicht auf einen Gesundheitsschaden im Sinne des Gesetzes zurückzuführen sei. Dabei geht sie indessen in unzulässiger Weise davon aus, es handle sich bei der Arbeitsfähigkeitsschätzung bzw. der Beurteilung, ob und welche Ressourcen der versicherten Person zur Verfügung stehen, um eine Erfahrungstatsache und damit um eine Rechtsfrage. Es handelt sich dabei aber um Tatfragen, deren Beantwortung entsprechendes medizinisches Fachwissen, über welches der Jurist nicht verfügt, voraussetzt. Es wäre auch unzulässig, rein aufgrund der gestellten Diagnosen Schlüsse auf das Vorhandensein einer relevanten Arbeitsunfähigkeit zu ziehen, denn nicht die Diagnose führt zur Invalidität (oder eben nicht), sondern die effektiv vorhandenen Einschränkungen im Einzelfall (vgl. etwa BGE 127 V 298 E. 4c). Da die Gutachter der MEDAS Bern begründet darlegen, dass die Beschwerdeführerin aufgrund eines ausgewiesenen versicherten Gesundheitsschadens und unter Berücksichtigung der ihr



obliegenden Schadenminderungspflicht in ihrer Leistungsfähigkeit um maximal 20 % eingeschränkt ist, besteht kein Anlass, von dieser Einschätzung abzuweichen.

4.

4.1 Die Beschwerdegegnerin ist zu Recht davon ausgegangen, dass die Beschwerdeführerin, wäre sie gesund, einer vollzeitigen Erwerbstätigkeit nachgehen würde. Ebenfalls zu Recht hat die Beschwerdegegnerin angenommen, der Ausgangswert zur Ermittlung des Invalideneinkommens entspreche dem Valideneinkommen.

4.2 Die Beschwerdegegnerin hat in ihrer Beschwerdeantwort bei der Berechnung des Invaliditätsgrades sodann einen Abzug vom Tabellenlohn im Umfang von 10 % vorgenommen. Mit diesem Abzug wird der Tatsache Rechnung getragen, dass gesundheitlich beeinträchtigte Personen vielfach nicht in der Lage sind, die statistisch auf der Grundlage der Daten gesunder Arbeitnehmer ermittelten Löhne effektiv zu erreichen (vgl. BGE 126 V 75). Vorliegend ist die von der Beschwerdegegnerin ermittelte Höhe des Abzuges nicht zu beanstanden.

4.3 Der Invaliditätsgrad beträgt demnach 28 % ( $= 100 \% - 80 \% \times 90 \%$ ). Es besteht somit kein Anspruch auf eine Rente der Invalidenversicherung.

5.

5.1 Die Beschwerde ist deshalb abzuweisen.

5.2 Das Beschwerdeverfahren ist kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festgelegt (Art. 69 Abs. 1<sup>bis</sup> IVG). Eine Gerichtsgebühr von Fr. 600.-- erscheint angemessen. Da die Beschwerdeführerin vollständig unterliegt, hat sie unter Anrechnung des von ihr geleisteten Kostenvorschusses von Fr. 600.-- diese Gerichtsgebühr allein zu tragen.

Demgemäss hat das Versicherungsgericht

im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP



entschieden:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Die Beschwerdeführerin hat unter Anrechnung des von ihr geleisteten Kostenvorschusses von Fr. 600.-- die Gerichtskosten von Fr. 600.-- zu tragen.