



**Fall-Nr.:** IV 2009/206  
**Stelle:** Versicherungsgericht  
**Rubrik:** IV - Invalidenversicherung  
**Publikationsdatum:** 29.06.2020  
**Entscheiddatum:** 23.05.2011

### **Entscheid Versicherungsgericht, 23.05.2011**

**Art. 16 ATSG; Art. 28 IVG; Art. 87 Abs. 3 und 4 IVV. Neuanmeldung zum Rentenbezug. Die Verlaufsbeurteilung hat keine wesentliche Veränderung des Gesundheitszustandes gezeigt. Die somatoforme Schmerzstörung ist als überwindbar anzusehen (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 23. Mai 2011, IV 2009/206).**

Entscheid Versicherungsgericht, 23.05.2011

Abteilungspräsidentin Karin Huber-Studerus, Versicherungsrichterin Marie Löhner, a.o.  
Versicherungsrichter Christian Zingg; Gerichtsschreiberin Philia Roth

Entscheid vom 23. Mai 2011

in Sachen

A.\_\_\_\_,

Beschwerdeführerin,

gegen

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

Beschwerdegegnerin,

betreffend

Rente



Sachverhalt:

A.

A.a A.\_\_\_\_ meldete sich am 31. Oktober 2003 zum Bezug von Leistungen der Invalidenversicherung an. Sie ist Mutter von vier Kindern und ... in die Schweiz immigriert (IV-act. 1). Dr.med. B.\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Medizin FMH, berichtete der IV-Stelle des Kantons St. Gallen am 15. November 2003, die Versicherte leide hauptsächlich an Rückenschmerzen, an Schmerzen im rechten Arm, an Unterleibsschmerzen und Schmerzen in der linken Nierengegend (St.n. rez. Nephrolithiasis) sowie an Schwindel seit Affektion des Innenohrs. Sie sei zu 100% arbeitsunfähig (IV-act. 9). Die C.\_\_\_\_ gab am 22. Dezember 2003 an, die Versicherte sei von 3. Oktober 2000 bis 31. Mai 2003 bei ihr als Hilfsarbeiterin im Wäschereibetrieb angestellt gewesen. Die Arbeitszeit habe bei einem Stundenlohn von Fr. 15.-- pro Woche 44 Stunden betragen (IV-act. 11).

A.b Am 9. Februar 2004 beauftragte die IV-Stelle die MEDAS Ostschweiz mit der Begutachtung der Versicherten (IV-act. 15). Die MEDAS erstattete am 19. April 2005 das polydisziplinäre Gutachten. Die Versicherte war internistisch, rheumatologisch und psychiatrisch untersucht worden. Die Ärzte gaben als Diagnosen mit Einschränkung der zumutbaren Arbeitsfähigkeit ein diffuses chronisches Schmerzsyndrom mit vielen vegetativen Begleitbeschwerden und eine Somatisierungsstörung an. Ohne wesentliche Einschränkung der Arbeitsfähigkeit bestünden eine Benzodiazepin-Abhängigkeitssyndrom bei ständigem Substanzgebrauch, eine Adipositas, eine arterielle Hypertonie sowie eine mässige Eisenmangelanämie. Die Versicherte habe als Hauptproblem Kreuzschmerzen, verbunden mit schwindelartigen Beschwerden und Ausstrahlung in den linken Arm sowie eine rasche Erschöpfbarkeit genannt. Objektivierbar seien klinisch und radiologisch eine zervikothorakale Skoliose und mässige degenerative Veränderungen der unteren Lendenwirbelsäule. Die rasche Ermüdbarkeit sei unter der hohen Dosis von 2x3 mg Lexotanil (Benzodiazepine) zu erwarten. Festzustellen seien weiter viele Zeichen für nichtorganisches Krankheitsverhalten, so nebst der diffusen Symptombeschreibung die hohe Schmerzbewertung, die weitgehende Erfolglosigkeit bisheriger Behandlungen, das nicht plausible Ausmass der demonstrierten Behinderung im Vergleich zu den



## St.Galler Gerichte

klinischen Beurteilungen und objektivierbaren Befunden. Unter Beachtung aller Aspekte werde die Einschränkung für körperlich leichte bis mittelschwere Tätigkeiten ohne ausgesprochene Stressbelastung, Zwangshaltungen oder regelmässiges Besteigen von Leitern auf 20% geschätzt (IV-act. 20).

A.c Mit Verfügung vom 29. April 2005 wies die IV-Stelle einen Rentenanspruch ab, da die Versicherte mit einer 80%igen Arbeitstätigkeit in der Lage sei, das bisherige Einkommen wieder zu erzielen (IV-act. 23). Dagegen liess die Versicherte mit Einsprache vom 10. Mai/ 8. Juni 2005 einwenden, sie sei damit nicht einverstanden (IV-act. 26). Am 31. Januar 2006 berichtete Dr.med. D.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, die Versicherte leide an einer mittelgradigen depressiven Episode mit somatischem Syndrom, einer sonstigen näher bezeichneten Angststörung, einer sozialen Phobie sowie einer Zwangsstörung, Gedanken und Handlung gemischt. Die durchgeführten Tests hätten widersprüchliche Resultate gezeigt. Ob bei einem Beizug einer professionellen Dolmetscherin im Vergleich zur übersetzenden Tochter andere Ergebnisse resultiert hätten, müsse offenbleiben. Auch könne der Verdacht einer Aggravation nicht gänzlich ausgeräumt werden. Die tatsächlich zumutbare Arbeitsfähigkeit könne nicht ausreichend sicher beurteilt werden (IV-act. 36).

A.d Mit Einspracheentscheid vom 5. April 2006 wies die IV-Stelle die Einsprache der Versicherten ab. Auf das MEDAS-Gutachten könne abgestellt werden, da es auf allseitigen Untersuchungen beruhe, die streitigen Beschwerden umfassend berücksichtige und sich auf die Vorakten stütze. Die psychiatrische Einschätzung von Dr. D.\_\_\_\_ beruhe dagegen hauptsächlich auf Ergebnissen von psychologischen Testfragebögen, die überwiegend als Selbstbefragung / -beurteilung konzipiert seien, weshalb der Beweiswert dieses Arztberichtes geschmälert sei. Eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes seit der Begutachtung sei nicht ausgewiesen. Der Versicherten sei daher die Erzielung eines rentenausschliessenden Einkommens zumutbar (IV-act. 40).

B.

B.a Am 21. März 2007 meldete sich die Versicherte erneut zum Bezug von Leistungen der Invalidenversicherung an (IV-act. 42). Die IV-Stelle wies am 28. März 2007 darauf



## St.Galler Gerichte

hin, dass die Versicherte eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes glaubhaft zu machen und dazu Arztberichte einzureichen habe (IV-act. 44). Mit Bericht vom 6. April 2007 gab Dr. B.\_\_\_\_ der IV-Stelle an, die Versicherte leide an Kopfschmerzen (Migräne), Nacken-, Kreuz- und Knieschmerzen. Akzentuiert werde alles durch einen erhöhten Blutdruck. Die Versicherte sei nicht mehr in der Lage, einer Arbeit nachzugehen (IV-act. 45).

B.b Die IV-Stelle teilte der Versicherten am 9. Mai 2007 mit, sie werde auf das neue Leistungsbegehren nicht eintreten, da keine neuen medizinischen Tatsachen geltend gemacht würden (IV-act. 50). Am 22. Juni 2007 verfügte die IV-Stelle dementsprechend (IV-act. 51).

C.

C.a Nachdem sich die Versicherte am 21. Mai 2008 erneut zum Leistungsbezug angemeldet hatte (IV-act. 53), bat die IV-Stelle am 3. Juni 2008 um Unterlagen zur Glaubhaftmachung einer erheblichen Veränderung (IV-act. 56). Dr.med. E.\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Medizin FMH, berichtete der IV-Stelle am 12. Juni 2008, er betreue die Versicherte seit Ende Januar 2008. Diese leide an einer mittelschweren Depression bei minimaler sozialer Integration sowie einem nicht näher definierten Schmerzsyndrom. Im Vordergrund stehe sicherlich die depressive Störung mit ausgeprägter Angstsymptomatik. Die Versicherte sei nicht vermittelbar (IV-act. 57). In seinem Bericht vom 6. August 2008 bestätigte der neue Hausarzt eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit seit Februar 2003 (IV-act. 59). Der Regionale Ärztliche Dienst (RAD) Ostschweiz erachtete in seiner Stellungnahme vom 28. August 2008 eine Verschlechterung als glaubhaft und empfahl eine erneute Begutachtung (IV-act. 61).

C.b Am 12. November 2008 ging bei der IV-Stelle das bidisziplinäre Gutachten ein. Dr.med. F.\_\_\_\_, Facharzt für Innere Medizin und Rheumatologie FMH, führte in seinem Gutachten vom 9. November 2008 aus, in der internistisch / rheumatologischen Untersuchung habe sich eine stark adipöse Frau (BMI 33.7) mit nicht konsistenter Schmerzangabe bei der Untersuchungssituation gezeigt. Es liege ein panvertebrales, aber auch unter Einbezug der Arme und Beine ein generalisiertes Schmerzsyndrom vor. In der Schmerzintensität und im Ausmass sei dieses nicht erklärbar mit der



leichten S-skoliotischen Fehlhaltung der Wirbelsäule, radiologisch fehlenden degenerativen Veränderungen sowie fehlenden Diskopathien ohne Hinweise auf eine fortgeschrittene Osteoporose. Neurologisch seien keine Ausfälle feststellbar, und für eine Fibromyalgie gebe es keine klinischen Hinweise. Bei vermuteter Somatisierungsstörung mit vielen Zeichen eines nichtorganischen Krankheitsverhaltens auf der Grundlage minimaler Integration, sozialem Rückzug und fehlenden Deutschkenntnissen könne der Verdacht auf Aggravation nicht ausgeschlossen werden, dies neben einer wahrscheinlichen Hypothyreose. Nach einer Behandlung der Hypothyreose müsste die Versicherte aus somatischer Sicht sowohl im Haushalt wie in einer körperlich leichten, wechselbelastenden Tätigkeit zu 90% arbeitsfähig sein. Der begutachtende Psychiater Dr.med. G.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, gab in seinem Gutachten vom 6. November 2009 an, die Stimmung der Versicherten sei schwer spürbar, resigniert, und es fände sich keinerlei Modulation. Im Hamilton Depressionsscore komme sie auf einen Wert, der einer mittelschweren Depressivität entspreche. Die somatisch nicht vollständig erklärbaren Schmerzen, deren Diffusivität und geringe Spezifität, das Nichtansprechen auf jegliche Therapien sowie die leicht ersichtliche psychosoziale Hintergrundproblematik (Überforderung durch Mehrfachbelastung, Integrationsschwierigkeiten im höheren Alter) wiesen auf eine somatoforme Störung hin (ebenso die weiteren somatoformen Beschwerden, Schwindel z.B.). Diese schränke die Arbeitsfähigkeit im Verbund mit den begleitenden depressiven Symptomen um rund 50% seit Sommer 2005 ein (IV-act. 68 und 69).

C.c Der RAD-Arzt Dr. H.\_\_\_\_ erachtete das Verlaufsgutachten bei identischen Befunden wie zur MEDAS-Begutachtung als nicht nachvollziehbar betreffend die höhere Arbeitsunfähigkeitsschätzung aus psychiatrischer Sicht (IV-act. 70). Die IV-Stelle fragte deshalb bei den Gutachtern am 12. Dezember 2008 nach (IV-act. 72).

C.d Dr. G.\_\_\_\_ gab der IV-Stelle in seinem Bericht vom 29. Dezember 2008 an, die unterschiedliche Beurteilung der Arbeitsfähigkeit gegenüber dem MEDAS-Gutachten erkläre sich damit, dass der vorbegutachtende Psychiater in seine Diagnostik die Schmerzproblematik nicht einbezogen habe. Seine Einschätzung von 50% Arbeitsunfähigkeit sei eine klinisch-therapeutische und würde die Kriterien der Zumutbarkeit der willentlichen Schmerzüberwindung berücksichtigen. Nehme er nun eine Gewichtung vor (Hauptpunkt: es läge keine eigenständige depressive



## St.Galler Gerichte

Symptomatik vor, also keine schwerwiegende psychische Komorbidität), komme er zum Schluss, dass nach aktueller Rechtsprechung überwiegend wahrscheinlich der Versicherten zugemutet werde, ihre Schmerzen zu überwinden, oder anders gesagt, nach aktueller Rechtsprechung liege sozialversicherungsrechtlich betrachtet aus psychiatrischer Sicht keine relevante Arbeitsunfähigkeit vor, womit sich dann die Widersprüche zum Vorgutachten aufgelöst hätten. Der Beginn der 50%igen Arbeitsunfähigkeit ab Mitte 2005 sei damit begründet, dass der negative Rentenbescheid zu einer Akzentuierung der Symptomatik geführt habe (IV-act. 76).

C.e Der RAD hielt in seiner Stellungnahme vom 12. Januar 2009 fest, weder aus rheumatologischer noch aus psychiatrischer Sicht sei eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes gegenüber dem Referenzgutachten der MEDAS aus dem Jahr 2005 nachgewiesen. Der Versicherten sei daher eine leidensangepasste Tätigkeit zu 90% zumutbar (IV-act. 77).

C.f Mit Vorbescheid vom 19. Februar 2009 stellte die IV-Stelle erneut die Abweisung des Rentengesuchs in Aussicht (IV-act. 80). Dagegen liess die Versicherte am 20. März 2009 durch die procap Einwand erheben (IV-act. 84). Mit Verfügung vom 5. Mai 2009 wies die IV-Stelle das Rentengesuch ab (IV-act. 87).

D.

D.a Gegen diese Verfügung erhob die Versicherte am 4. Juni 2009 Beschwerde. Sie beantrage die Aufhebung der Verfügung vom 5. Mai 2009 und die nochmalige Prüfung von Leistungen der Invalidenversicherung. Die Beschwerdegegnerin gehe davon aus, dass keine Verschlechterung des Gesundheitszustandes eingetreten sei. Mit dieser Einschätzung sei sie nicht einverstanden. Vielmehr hätten sich ihre Beschwerden seit dem letzten Entscheid der IV-Stelle aus dem Jahr 2005 wesentlich verschlechtert, sodass sie sich durch ihren Hausarzt Dr. E.\_\_\_\_ wiederum zu einer Therapie beim externen psychiatrischen Dienst in I.\_\_\_\_ habe anmelden müssen. In der Beilage befinde sich eine Kopie des Schreibens von Dr. E.\_\_\_\_. Aus gesundheitlichen Gründen sei es ihr leider nicht mehr möglich, eine Arbeitstätigkeit aufzunehmen (act. G 1).



## St.Galler Gerichte

D.b Die Beschwerdegegnerin beantragte in der Beschwerdeantwort vom 25. August 2009 die Abweisung der Beschwerde. Die Beschwerdeführerin leide gemäss bidisziplinärem Gutachten vom 6./9. November 2008 an einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung und einer begleitenden mittelgradigen depressiven Episode. Die Arbeitsfähigkeit sei auf 50% geschätzt worden. Auf Nachfrage hin habe der psychiatrische Gutachter angegeben, es liege keine schwerwiegende psychische Komorbidität vor, weshalb nach heutiger Rechtsprechung aus psychiatrischer Sicht keine relevante Arbeitsunfähigkeit vorliege. Der RAD-Arzt Dr. H.\_\_\_\_ sei in seiner Stellungnahme vom 12. Januar 2009 zum Schluss gekommen, es liege keine Verschlechterung des Gesundheitszustandes gegenüber dem MEDAS-Gutachten aus dem Jahr 2005 vor. Die Arbeitsfähigkeit betrage 90%. Mit dem Schreiben von Dr. E.\_\_\_\_ vom 12. Mai 2009 bringe die Beschwerdeführerin keine neuen medizinischen Fakten vor, die bei der Beurteilung unberücksichtigt geblieben wären. Somit könne weiterhin auf eine 90%ige Arbeitsfähigkeit abgestellt werden, weshalb kein Rentenanspruch bestehe (act. G 5).

D.c Die zuständige Verfahrensleitung des Gerichts bewilligte am 28. August 2009 das mit der Beschwerde gestellte Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege (act. G 7).

D.d Die Beschwerdeführerin teilte am 5. September 2009 mit, sie verzichte auf eine Replik (act. G 8).

Erwägungen:

1.

In materiell-rechtlicher Hinsicht gilt der übergangsrechtliche Grundsatz, dass der Beurteilung jene Rechtsnormen zu Grunde zu legen sind, die bei Erlass des angefochtenen Entscheids beziehungsweise im Zeitpunkt gegolten haben, als sich der zu den materiellen Rechtsfolgen führende Sachverhalt verwirklichte (vgl. BGE 127 V 467 E. 1, 126 V 136 E. 4b, je mit Hinweisen). Die angefochtene Verfügung erging am 5. Mai 2009, wobei im Wesentlichen ein Sachverhalt zu beurteilen ist, der vor dem Inkrafttreten der revidierten Bestimmungen der 5. IV-Revision am 1. Januar 2008 begonnen hat. Daher und aufgrund dessen, dass der Rechtsstreit eine Dauerleistung



betrifft, ist für die Zeit bis 31. Dezember 2007 auf die damals geltenden Bestimmungen und ab diesem Zeitpunkt auf die neuen Normen der 5. IV-Revision abzustellen (vgl. zur 4. IV-Revision: BGE 130 V 445 ff.; Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG; seit 1. Januar 2007: sozialrechtliche Abteilungen des Bundesgerichts] vom 7. Juni 2006 [I 428/04] E. 1). Diese übergangsrechtliche Lage zeitigt indessen keine materiellrechtlichen Folgen, da die 5. IV-Revision hinsichtlich des Begriffs und der Bemessung der Invalidität keine substantiellen Änderungen gegenüber der bis Ende 2007 gültig gewesenen Rechtslage brachte. Nachfolgend werden die seit 1. Januar 2008 gültigen Bestimmungen des ATSG und IVG wiedergegeben.

2.

2.1 Streitig ist vorliegend, ob bei der Beschwerdeführerin im Zusammenhang mit der Neuanschuldung vom 21. Mai 2008, auf welche die Beschwerdeführerin eintrat und das Gesuch materiell prüfte, eine rentenbegründende Invalidität vorliegt. Ebenso wie bei einer Rentenrevision nach Art. 17 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) setzt auch eine Rentenzusprechung aufgrund einer Neuanschuldung nach vorangegangener Ablehnung eines Rentengesuchs gemäss Art. 87 Abs. 4 der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV; SR 831.201) in Verbindung mit Abs. 3 dieser Bestimmung voraus, dass seit der letzten rechtskräftigen Verfügung, die auf einer materiellen Prüfung des Anspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Durchführung eines Einkommensvergleichs beruht (BGE 133 V 108 E. 5, 130 V 71 E. 3.2.3), eine Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen eingetreten ist, welche zu einem höheren Invaliditätsgrad führt, der nunmehr einen Rentenanspruch begründet (BGE 133 V 108 E. 5). Erwerbsunfähigkeit ist dabei der durch eine Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 ATSG). Für die Bestimmung des Invaliditätsgrades wird nach Art. 16 ATSG das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte



(Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Valideneinkommen).

2.2 Die MEDAS-Begutachtung der Beschwerdeführerin vom März 2005 hatte gemäss Gutachten vom 19. April 2005 mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit die Diagnosen eines diffusen Schmerzsyndroms mit vielen vegetativen Begleitbeschwerden sowie einer Somatisierungsstörung ergeben. Ohne wesentliche Einschränkung der Arbeitsfähigkeit war ein Benzodiazepin-Abhängigkeitssyndrom bei ständigem Substanzgebrauch, eine Adipositas, eine arterielle Hypertonie sowie eine mässige Eisenmangelanämie festgestellt worden. Die Arbeitsunfähigkeit war aufgrund des Symptomenkomplexes auf 20% für alle körperlich leichten bis mittelschweren Tätigkeiten ohne ausgesprochene Stressbelastungen, Zwangshaltungen oder regelmässiges Besteigen von Leitern beziffert worden (IV-act. 20-9/18). Dr.med. K.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, hatte im Consiliargutachten vom 13. April 2005 angegeben, die Beschwerdeführerin sei während des ganzen Gesprächs wenig kooperativ gewesen und habe eine passiv-aggressive Grundhaltung gezeigt. Im Vordergrund stünden körperliche Symptome, insbesondere eine diffuse Schmerzproblematik am ganzen Körper. Diese Problematik stehe sowohl im kulturellen als auch im familiären Zusammenhang. Die Kinder seien eine Art Lebensversicherung, d.h. die Kinder müssten sich um die Eltern sorgen, wenn diese nicht mehr in der Lage seien, für sich selbst zu sorgen. Durch die Krankheit seien die Kinder nun an die Beschwerdeführerin gebunden, zum einen als finanzielle Unterstützung, zum anderen aber auch mit verschiedenen Aufgaben zu Hause. Diese Problematik sei der Beschwerdeführerin wohl nicht bewusst, sondern die Rolle der Kranken im familiären System werde von ihr unbewusst eingenommen. Neben multiplen körperlichen Symptomen zeige die Beschwerdeführerin auch Symptome einer depressiven Problematik. Diese seien aber zum einen sehr demonstrativ ausgebaut, sehr wechselhaft und insbesondere mit der averbalen Ebene nicht immer übereinstimmend. Zudem sei vor allem das Symptom der Antriebslosigkeit, das unter Umständen auch als depressives Symptom interpretiert werden könne, wahrscheinlich auch durch andere, vor allem körperliche wie auch medikamentöse Ursachen erklärbar. Bei der Beschwerdeführerin bestehe zur Zeit eine Blutarmut und es gebe auch Hinweise auf eine Hypothyreose. Daneben nehme sie in grösseren Mengen Benzodiazepine ein, die sedierend wirkten und auch für andere Symptome wie Schwindel verantwortlich sein



könnten. Diagnostisch werde deshalb primär von einer Somatisierungsstörung ausgegangen. Die IV-fremden Faktoren wie fehlende Integration und fehlende Sprachkenntnisse würden die Problematik unterhalten (IV-act. 20-17/18).

2.3 Im aktuellen internistisch / rheumatologischen Gutachten vom 9. November 2008 hat Dr. F.\_\_\_\_ ausgeführt, die Beschwerdeführerin berichte von einer Verschlechterung sämtlicher Beschwerden am ganzen Körper. Der Schmerz sei Tag und Nacht unerträglich und erreiche den Schmerzgrad 10 der 10-teiligen Schmerzskala. Sie könne nicht mehr erwerbsfähig sein und könne auch nicht mehr den Haushalt besorgen. Die in der Nähe wohnende Tochter habe dies vollumfänglich übernommen. Der behinderte Ehemann könne auch nichts helfen. Die Beschwerdeführerin bleibe ständig in der Wohnung ohne etwas zu tun und erhalte auch keine Besuche. Der Gutachter hat angegeben, in der internistisch / rheumatologischen Untersuchung habe sich eine stark adipöse Frau (BMI 33.7) mit nicht konsistenter Schmerzangabe bei der Untersuchungssituation gezeigt. Es liege ein panvertebrales, aber auch unter Einbezug der Arme und Beine ein generalisiertes Schmerzsyndrom vor. In der Schmerzintensität und im Ausmass sei dieses nicht erklärbar mit der leichten S-skoliotischen Fehlhaltung der Wirbelsäule, fehlenden radiologischen degenerativen Veränderungen, fehlenden Diskopathien ohne Hinweise auf eine fortgeschrittene Osteoporose. Damit könne bei wahrscheinlicher Hypothyreose der Verdacht auf Aggravation nicht ausgeschlossen werden bei vermuteter Somatisierungsstörung mit vielen Zeichen eines nichtorganischen Krankheitsverhaltens auf der Grundlage minimaler Integration, mit sozialem Rückzug und bei fehlenden Deutschkenntnissen. Nach einer Behandlung der Hypothyreose müsste die Versicherte aus somatischer Sicht sowohl im Haushalt wie in einer körperlich leichten, wechselbelastenden Tätigkeit zu 90% arbeitsfähig sein (IV-act. 69-9/10).

2.4 Da aus somatischer Sicht keine wesentliche Einschränkung der Arbeitsfähigkeit vorliegt und bereits im Jahr 2005 nicht ausgewiesen war, steht die psychiatrische Beurteilung der Arbeitsfähigkeit ganz im Vordergrund. Der begutachtende Psychiater Dr. G.\_\_\_\_ hat in seinem aktuellen Gutachten vom 8. November 2009 angegeben, die Stimmung der Beschwerdeführerin sei schwer spürbar, resigniert, und es fände sich keinerlei Modulation. Im Hamilton Depressionsscore komme sie auf einen Wert, der einer mittelschweren Depressivität entspreche. Die somatisch nicht vollständig



erklärbaren Schmerzen, deren Diffusivität und geringe Spezifität, das Nichtansprechen auf jegliche Therapien sowie die leicht ersichtliche psychosoziale Hintergrundproblematik (Überforderung durch Mehrfachbelastung, Integrationsschwierigkeiten im höheren Alter) wiesen auf eine somatoforme Störung hin (ebenso die weiteren somatoformen Beschwerden, Schwindel z.B.). Diese schränke die Arbeitsfähigkeit im Verbund mit den begleitenden depressiven Symptomen seit Sommer 2005 um rund 50% ein. Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit bestünden passiv-aggressive Persönlichkeitszüge, womit auf das unangemessene Verhalten bei der Untersuchung hingewiesen werde ebenso wie auf die Eigenheit, sich angemessenen Forderungen durch Passivität und Nichtbefolgen zu entziehen. Im Vergleich zur MEDAS-Begutachtung im Jahr 2005 sei der aktuelle Befund im Wesentlichen gleich und die Symptomatik sei deutlicher ausgeprägt. Diagnostisch sei dies von der MEDAS anders eingeordnet worden. Im Hinblick auf den Verlauf und die Akzentuierung der Symptomatik werde die Arbeitsunfähigkeit auf 50% geschätzt. Inwiefern dies versicherungsrechtlich relevant sei, falle in die Zuständigkeit der IV. Schliesslich weist der psychiatrische Gutachter darauf hin, dass er die Einstufung der depressiven Symptomatik als mittelgradig durch Dr. D.\_\_\_\_ für nachvollziehbar erachte. Die übrigen Diagnosen von Dr. D.\_\_\_\_ seien nicht zutreffend, sondern gehörten zum Bild der somatoformen Schmerzstörung (Einengung auf die Schmerzen). Sodann sei das Rückzugsverhalten im Rahmen der Begleitdepression zu verstehen. Ängste seien aktuell ausdrücklich verneint worden (IV-act. 68). Dr. G.\_\_\_\_ hat in seinem Bericht vom 29. Dezember 2008 seine höhere Arbeitsunfähigkeitsschätzung trotz im Wesentlichen gleichen Befunden wie im Jahr 2005 damit begründet, dass Dr. K.\_\_\_\_ die Schmerzproblematik in seine Diagnostik nicht miteinbezogen habe und so die Problematik der Zumutbarkeit der willentlichen Schmerzüberwindung umgangen habe. Seine Einschätzung von 50% Arbeitsunfähigkeit sei eine klinisch-therapeutische, und die Kriterien der Zumutbarkeit der willentlichen Schmerzüberwindung seien gewürdigt worden. Nehme er nun eine Gewichtung vor (Hauptpunkt: es liege keine eigenständige depressive Symptomatik, also keine schwerwiegende psychische Komorbidität vor), komme er zum Schluss, dass es nach aktueller Rechtsprechung überwiegend wahrscheinlich der Beschwerdeführerin zugemutet werde, ihre Schmerzen zu überwinden, also keine relevante Arbeitsunfähigkeit vorliege (IV-act. 76).



2.5 Ein psychischer Gesundheitsschaden führt nur soweit zu einer Erwerbsunfähigkeit, als angenommen werden kann, die Verwertung der Arbeitsfähigkeit (Art. 6 ATSG) sei der versicherten Person sozial-praktisch nicht mehr zumutbar (BGE 131 V 50 E. 1.2 mit Hinweisen). Wie jede andere psychische Beeinträchtigung begründet eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung - wie sie bei der Beschwerdeführerin diagnostiziert wurde - als solche noch keine Invalidität. Vielmehr besteht eine Vermutung, dass die somatoforme Schmerzstörung oder ihre Folgen mit einer zumutbaren Willensanstrengung überwindbar sind. Bestimmte Umstände, welche die Schmerzbewältigung intensiv und konstant behindern, können den Wiedereinstieg in den Arbeitsprozess unzumutbar machen, weil die versicherte Person alsdann nicht über die für den Umgang mit den Schmerzen notwendigen Ressourcen verfügt. Ob ein solcher Ausnahmefall vorliegt, entscheidet sich im Einzelfall anhand verschiedener Kriterien. Im Vordergrund steht die Feststellung einer psychischen Komorbidität von erheblicher Schwere, Ausprägung und Dauer. Massgebend sein können auch weitere Faktoren, wie chronische körperliche Begleiterkrankungen, ein mehrjähriger, chronifizierter Krankheitsverlauf mit unveränderter oder progredienter Symptomatik ohne längerdauernde Rückbildung, ein sozialer Rückzug in allen Belangen des Lebens, ein verfestigter, therapeutisch nicht mehr beeinflussbarer innerseelischer Verlauf einer an sich missglückten, psychisch aber entlastenden Konfliktbewältigung (primärer Krankheitsgewinn; "Flucht in die Krankheit"), das Scheitern einer konsequent durchgeführten ambulanten oder stationären Behandlung (auch mit unterschiedlichem therapeutischem Ansatz) trotz kooperativer Haltung der versicherten Person (BGE 130 V 352 E. 2.2.3). Je mehr dieser Kriterien zutreffen und je ausgeprägter sich die entsprechenden Befunde darstellen, desto eher sind - ausnahmsweise - die Voraussetzungen für eine zumutbare Willensanstrengung zu verneinen (Ulrich Meyer-Blaser, Der Rechtsbegriff der Arbeitsunfähigkeit und seine Bedeutung in der Sozialversicherung, in: Schmerz und Arbeitsunfähigkeit, St. Gallen 2003, S. 77). Diese Grundsätze gelten auch für die zum gleichen Symptomenkomplex gehörende Somatisierungsstörung (vgl. Urteil des EVG vom 14. April 2008 [I 70/07] E. 5), wie sie von der MEDAS im Jahr 2005 diagnostiziert worden ist.

2.6 Depressive Stimmungslagen sind nach der Rechtsprechung in der Regel (reaktive) Begleiterscheinungen einer somatoformen Schmerzstörung (bzw. Ausdruck



und Begleitsymptome des Schmerzgeschehens) und können keine selbstständige, vom Schmerzsyndrom losgelöste psychische Komorbidität darstellen (vgl. BGE 130 V 358 E. 3.3.1). Es kann aber auch sein, dass sie sich aufgrund ihres Schweregrades von einer somatoformen Störung unterscheiden lassen (Urteil des EVG i/S D. vom 20. April 2004 [I 805/04] E. 5.2.1). Es stellt sich damit die Frage, inwiefern konkret eine unabhängig von der somatoformen Schmerzstörung bestehende Depression zu bejahen ist. Hierbei ist von Bedeutung, dass die psychiatrische Exploration von der Natur der Sache her nicht ermessensfrei erfolgen kann. Sie eröffnet dem begutachtenden Psychiater daher praktisch immer einen gewissen Spielraum, innerhalb dessen verschiedene medizinisch-psychiatrische Interpretationen möglich, zulässig und zu respektieren sind, sofern der Experte lege artis vorgegangen ist. Dr. G.\_\_\_\_ hat in seiner Stellungnahme zu den Fragen des RAD vom 29. Dezember 2008 eine schwere psychische Komorbidität der mittelschweren depressiven Episode verneint (IV-act. 76). Bereits im Gutachten vom 6. November 2008 hat Dr. G.\_\_\_\_ die depressive Episode als die somatoforme Schmerzstörung begleitend benannt (IV-act. 68-5/9). Eine von der somatoformen Schmerzstörung unabhängige depressive Störung mit einer erheblichen psychischen Komorbidität liegt daher mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nicht vor. Sodann hat auch Dr. G.\_\_\_\_ betont, dass die Depressivität nicht besonders schwer ausgeprägt sei und ein aggravatorisches Moment nicht zu übersehen sei (IV-act. 68-8/9).

2.7 Bei der IV-rechtlichen Beurteilung der invalidisierenden Wirkung anhaltender somatoformer Schmerzstörungen oder sonstiger vergleichbarer pathogenetisch (ätiologisch) unklarer syndromaler Zustände darf sodann nicht unbesehen auf die ärztlichen

- selbst die gutachterlich attestierten - Einschätzungen abgestellt werden, zumal der Invaliditätsbegriff rechtlicher Natur ist (Art. 8 ATSG) ist und nicht zwingend mit dem medizinischen Krankheits- oder Invaliditätsverständnis übereinstimmt. Vielmehr hat die rechtsanwendende Behörde zunächst die - aufgrund der medizinischen Aktenlage zu beantwortende - Frage zu prüfen, ob und inwieweit bei der versicherten Person nebst der diagnostizierten, allein nicht invalidisierenden anhaltenden somatoformen Schmerzstörung zusätzliche psychische Beeinträchtigungen im Sinn des rechtsprechungsgemässen Kriterienkatalogs vorliegen, welche einer adäquaten Schmerzbewältigung objektiv entgegenstehen. Die weitere Frage, ob eine allenfalls



festgestellte psychische Komorbidität hinreichend erheblich ist und/oder einzelne oder mehrere der festgestellten weiteren Kriterien in genügender Intensität und Konstanz vorliegen, um gesamthaft den Schluss auf eine nicht mit zumutbarer Willensanstrengung überwindbare Schmerzstörung und somit auf eine invalidisierende Gesundheitsschädigung zu gestatten, ist rechtlicher Art. Ihre abschliessende Beantwortung obliegt damit nicht den Ärztinnen und Ärzten, sondern den rechtsanwendenden Behörden (Urteil des Bundesgerichts vom 2. September 2008 i/S K. [9C\_820/2008] E. 4.1 mit Hinweisen). Wenn es an der erforderlichen Erheblichkeit der Schwere, Ausprägung und Dauer der Komorbidität fehlt, ist nach der Rechtsprechung eine invalidisierende Wirkung der Gesundheitsschädigung nicht gegeben, selbst wenn eine mittelschwere depressive Episode als selbständiges, von der somatoformen Schmerzstörung losgelöstes Leiden vorliegt (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 4. August 2010 i/S B. [8C\_144/2010] E. 3.5).

2.8 Gemäss psychiatrischem Verlaufsgutachten haben sämtliche bisherigen Therapieversuche auch psychopharmakologischer Art nichts gefruchtet und sind im passiven Widerstand der Beschwerdeführerin versandet (IV-act. 68-8/9). Anhaltspunkte für einen mehrjährigen, chronifizierten Krankheitsverlauf mit weitgehend unveränderter Symptomatik ohne länger dauernde Rückbildung lassen sich somit mit Bezug auf die Schmerzproblematik der Beschwerdeführerin nicht in Abrede stellen. Die Beschwerdeführerin hat sich denn auch ganz auf ihre Familie zurückgezogen und eine Flucht in die Krankheit ist wahrscheinlich. Jedoch ist bisher keine stationäre Behandlung versucht worden. Dies ist jedoch nicht erstaunlich, ist doch bereits die ambulante psychiatrische Behandlung an der fehlenden Motivation und Eigenanstrengung der Beschwerdeführerin gescheitert. Die Beschwerdeführerin scheint in ihrer Schmerzwelt gefangen (IV-act. 68-7/9 f.). Im Rahmen der Schadenminderungspflicht (Art. 21 Abs. 4 ATSG) sind der Beschwerdeführerin jedoch medizinische Massnahmen zumutbar. Da es auch an einer psychischen Komorbidität von erheblicher Schwere fehlt, ist vorliegend von einer zumutbaren Schmerzüberwindung auszugehen. Dies wird denn auch vom begutachtenden Psychiater Dr. G.\_\_\_\_ sowie vom RAD-Arzt Dr. H.\_\_\_\_ bestätigt (IV-act. 76 und 77). Eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit aus psychiatrischer Sicht liegt daher nicht vor. Eine therapeutische Beurteilung widerspricht dem gutachterlichen Auftrag. Daher liegt im Vergleich zur MEDAS-Begutachtung im Jahr 2005 keine wesentliche Veränderung des



Gesundheitszustandes vor. Der Beschwerdeführerin ist nach wie vor eine Arbeitstätigkeit von mindestens 80% zumutbar.

2.9 Was der Hausarzt der Beschwerdeführerin in seinem Bericht vom 12. Mai 2009 aufführt, entspricht im Wesentlichen den gleichen Beschwerden, welche die Beschwerdeführerin bereits gegenüber den Verlaufsgutachtern erwähnt hat. Neue Aspekte, die von den Gutachtern nicht gewürdigt worden wären und die zu einer anderen Beurteilung führten könnten, werden nicht erwähnt. Eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes ist daher nicht ausgewiesen. Da mit einer 90%igen Arbeitsfähigkeit ein rentenausschliessendes Einkommen als Hilfsarbeiterin erzielt werden kann, besteht kein Rentenanspruch.

3.

Im Sinn der vorstehenden Erwägungen ist die Beschwerde abzuweisen. Das Beschwerdeverfahren ist kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand 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 als angemessen. Der unterliegenden Beschwerdeführerin sind die Gerichtskosten in der Höhe von Fr. 600.-- aufzuerlegen. Zufolge der am 28. August 2009 bewilligten unentgeltlichen Rechtspflege ist sie von der Bezahlung zu befreien.

Demgemäss hat das Versicherungsgericht

im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP

entschieden:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Die Beschwerdeführerin wird im Sinne der Erwägungen von der Bezahlung der Gerichtskosten von Fr. 600.-- befreit.