



Fall-Nr.: IV 2009/292
Stelle: Versicherungsgericht
Rubrik: IV - Invalidenversicherung
Publikationsdatum: 23.06.2020
Entscheiddatum: 21.09.2011

Entscheid Versicherungsgericht, 21.09.2011

Art. 16 ATSG. Invaliditätsbemessung durch Einkommensvergleich (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 21. September 2011, IV 2009/292). Aufgehoben durch Urteil des Bundesgerichts 9C_798/2011.

Entscheid Versicherungsgericht, 21.09.2011

Vizepräsident Joachim Huber, Versicherungsrichterin Lisbeth Mattle Frei,
Versicherungsrichter Martin Rutishauser; Gerichtsschreiber Ralph Jöhl

Entscheid vom 21. September 2011

in Sachen

A.____,

Beschwerdeführerin,

vertreten durch Rechtsanwältin lic. iur. Petra Oehmke, Bahnhofplatz 9, Postfach 976,
8910 Affoltern am Albis,

gegen

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

Beschwerdegegnerin,

betreffend

Rente



Sachverhalt:

A.

A.____ meldete sich am 25. März 2004 zum Bezug von IV-Leistungen an (IV-act. 1). Sie gab an, sie habe acht Jahre die Schule besucht. Sie habe keine weiteren Ausbildungen absolviert. Die B.____ AG teilte am 22. April 2004 mit (IV-act. 9), sie habe die Versicherte als Maschinenbedienerin beschäftigt. Das Arbeitsverhältnis sei aus gesundheitlichen Gründen per 30. April 2004 aufgelöst worden. Aktuell würde die Versicherte Fr. 4000.- (x13) verdienen. Dr. med. C.____, Chefarzt der Klinik D.____, berichtete am 3. Mai 2004 (IV-act. 11), die Versicherte leide an einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung und an einer Anpassungsstörung, Angst und depressive Reaktion gemischt. Seit dem 23. Oktober 2003 sei die Versicherte zu 100% arbeitsunfähig. Sie klage insbesondere über unerträgliche Schmerzen am ganzen Körper und sie fühle sich sehr aggressiv. Alle Medikamente seien wirkungslos gewesen. Dr. C.____ betrachtete eine leichte Arbeit als zu 50% zumutbar. Dr. E.____, c/o Praxis Dr. F.____, Rheumatologie FMH, berichtete am 26. April 2004 (IV-act. 12), die Versicherte sei seit dem 10. Juni 2003 zu 100% arbeitsunfähig. Folgende Diagnosen seien erhoben worden: Chronifiziertes zervikozephalales Syndrom bds. rechtsbetont bei ausgeprägten degenerativen HWS-Veränderungen, generalisiertes Schmerzsyndrom und Periarthropathia humeroscapularis calcarea rechts. Dr. E.____ gab weiter an, seitens des Bewegungsapparates bestünden chronifizierte zervikozephalale Schmerzen rechts sowie Schulterschmerzen rechts. Bezüglich der angegebenen glutealen Schmerzen und der Beinschmerzen könne keine klinische oder radiomorphologische Korrelation gefunden werden. Es bestehe lediglich eine Osteoporose im Segment L5/S1, in der klinischen Untersuchung ohne radikuläre Reizung, keine spondylogene Provokation der angegebenen Beschwerden. Es handle sich um eine weichteilrheumatische Problematik mit Ansatzentzündungen. Aus rein rheumatologischer Sicht bestehe eine Arbeitsunfähigkeit von 50%. Ein Arbeitsversuch sei wegen Schmerzzunahme, Zittern und Übelkeit abgebrochen worden. Derartige Symptomatikzeichen hätten sicher keinen direkten Ursprung im Bewegungsapparat, weshalb eine psychiatrische Untersuchung erfolgen sollte.

B.



Dr. med. G.____, FMH Innere Medizin und FMH Physikalische Medizin und Rehabilitation, speziell Rheumaerkrankungen, berichtete in einem von der IV-Stelle in Auftrag gegebenen Gutachten vom 15. Februar 2006 (IV-act. 28), die Versicherte sei einer internistisch-rheumatologischen und einer psychiatrischen Begutachtung unterzogen worden. Sie habe angegeben, sie könne die Schmerzen im ganzen Körper nicht auf der Schmerzskala von 0 bis 10 einordnen. Die Schmerzen seien nämlich unbeschreiblich und unerträglich. Dr. G.____ führte aus, die Versicherte habe ein zum subjektiven Schmerzempfinden völlig inkompatibles objektivierbares Schmerzverhalten gezeigt. Sie habe sich, nachdem sie zeitweise mit übereinander geschlagenen Beinen locker dagesessen sei, anlässlich der zweistündigen Anamnese mehrmals erhoben, ohne dass ihr dieser Belastungswechsel schwergefallen wäre. Bei der angebotenen Untersuchungspause sei sie auf dem Stuhl sitzen geblieben. Die Versicherte habe ausgesprochen theatralisch und demonstrativ Schmerzen und Behinderungen vorgezeigt. Die Sensomotorik der oberen und der unteren Extremitäten sowie des Rumpfs hätten keine Auffälligkeiten gezeigt. Es habe keine Gangstörung beobachtet werden können. Die LWS habe eine Fehlform mit nach kaudal verlängerter, tief sitzender Kyphose aufgewiesen. Die Beweglichkeit sei in allen drei Abschnitten nicht relevant eingeschränkt gewesen. Die Extremitätengelenke hätten einen altersentsprechenden Funktionsstatus gezeigt. Die Kopf- und Nackenmotilität sei lebhaft und ungezwungen gewesen und habe anlässlich der zweistündigen Befragung nie zu averbalen Schmerzäusserungen Anlass gegeben. Neuroradiologisch hätten sich lumbal bescheidene, zervikal fortgeschrittenere degenerative Systemerkrankungen gezeigt. Es bestehe aber kein invalidisierendes Leiden aus dem rheumatologisch-orthopädischen bzw. somatischen Formenkreis. Den degenerativen Veränderungen lasse sich kaum zuverlässig eine funktionelle (krankmachende) Bedeutung am demonstrierten Geschehen beimessen. Art und Ausmass der Veränderungen seien an der LWS gängig und erreichten an der HWS ein deutlich über das Altersphysiologische hinausgehendes Ausmass. Letzteres könne durchaus Anlass zu chronisch wiederkehrenden Beschwerden bieten. Die somatischen Leiden hätten keine Arbeitsunfähigkeit in einer behinderungsangepassten Tätigkeit zur Folge. Dr. med. H.____, Psychiatrie und Psychotherapie FMH, führte in seinem Gutachten vom 25. April 2006 aus, die Versicherte leide an einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung bei einfach strukturierter Persönlichkeit. Von der in der Klinik D.____ gestellten Diagnose



einer depressiven Verstimmung sei im Lauf der Untersuchung kaum noch etwas zu spüren gewesen. Längerfristig sei keine Arbeitsunfähigkeit ausgewiesen.

C.

Die IV-Stelle verglich einen der Einkommensentwicklung bis 2006 angepassten Lohn als Maschinenbedienerin von Fr. 52'900.- mit einem anhand eines statistischen Durchschnittslohns ermittelten Einkommen von Fr. 47'460.- und ermittelte so einen Invaliditätsgrad von 10%. Mit einer Verfügung vom 20. Juni 2006 wies sie das Rentenbegehren der Versicherten ab (IV-act. 33). Die Versicherte liess Einsprache erheben (IV-act. 41). Sie stützte sich dabei auf neuere Berichte der behandelnden Ärzte Dr. E.____, Innere Medizin FMH, Dr. med. I.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, und Dr. med. J.____, Facharzt FMH für Gynäkologie und Geburtshilfe, Akupunktur/Laser. Dr. E.____ hatte am 8. August 2006 ausgeführt (IV-act. 43), sie habe folgende Diagnose erhoben: Sekundäres Fibromyalgiesyndrom betont in der rechten Körperhälfte bei Fehlform der Wirbelsäule, ausgeprägten ossären und diskogenen degenerativen Veränderungen der HWS, leicht ausgeprägten degenerativen Veränderungen der LWS und Periarthropathia humeroscapularis calcarea rechts. Aufgrund der vorliegenden pathologischen Befunde im Bereich des muskuloskelettären Apparates sowie der im Vordergrund stehenden chronifizierten, bewegungsabhängigen Schmerzen in der rechten Körperhälfte, überlagert durch die depressive Entwicklung, bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 50% für leichte bis mittelschwere Arbeiten ohne Heben von Gewichten über 15 kg. Die initialen Beschwerden hätten direkt mit objektivierbaren pathologischen Befunden im Bereich von HWS, Schulter und LWS zusammengehungen. Dr. I.____ hatte dem Rechtsvertreter der Versicherten am 17. Juli 2006 angegeben (IV-act. 44), er habe die Diagnose einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung und einer Anpassungsstörung mit längerer schwerwiegender depressiver Reaktion auf dem Boden einer anhaltenden psychosozialen, somatischen Belastung bei einem subakuten zervikovertebralen Syndrom bds. bei ausgeprägten degenerativen HWS-Veränderungen sowie bei einem Fibromyalgiesyndrom erhoben. Neben der affektiven Inkontinenz mit phasenweise auftretendem Kontrollverlust sei die gesamte Symptomatologie im Rahmen der anhaltenden somatoformen Schmerzstörung zu sehen. Es sei zu einer erheblichen psychischen Fehlentwicklung im Sinne der Schmerzstörung mit Schmerzausweitung



und Generalisierung bei mangelnder Motivation und Kooperation für Rehabilitationsmassnahmen gekommen. Aufgrund der schwerwiegenden Anpassungsstörung mit längerer depressiver Reaktion bestehe eine Arbeitsunfähigkeit von 70%. Dr. J. ___ hatte an 11. Juli 2006 festgehalten (IV-act. 45), er habe das chronische Schmerzsyndrom mit Akupunktur behandelt. Die Symptome hätten sich mässig bis gering verbessert. Dr. med. K. ___ vom RAD wies am 16. August 2006 u.a. darauf hin, dass eine Anpassungsstörung per definitionem eine vorübergehende Erkrankung sei (IV-act. 47-2). Der Gutachter Dr. H. ___ teilte am 26. August 2006 mit (IV-act. 50), die vom Rechtsvertreter der Versicherten eingereichten Arztberichte ergäben keine Änderungen in seinen Schlussfolgerungen. Die Arbeitsunfähigkeit sei offenbar aufgrund verschiedener Beurteilungskriterien verschieden beurteilt worden. Der Gutachter Dr. G. ___ hielt am 16. Oktober 2006 fest (IV-act. 52), er habe nicht zu dem MRI vom 15. Mai 2003, sondern zu den aktuellen Röntgenbildern vom 17. August 2005 Stellung genommen. Deshalb sei die Behauptung der Versicherten falsch, er habe in Unkenntnis der MRI-Untersuchung den degenerativen Veränderungen nicht den richtigen Stellenwert eingeräumt. In der Einsprache werde zudem bemängelt, dass er eine erklärende bzw. verursachende Grunderkrankung in Abrede gestellt habe. Die umfassenden labormedizinischen Abklärungen aus den Jahren 2003 und 2004 belegten mit hoher Wahrscheinlichkeit, dass kein solches Grundleiden vorliege. Die IV-Stelle wies die Einsprache am 15. Dezember 2006 ab (IV-act. 54).

D.

Dr. I. ___ gab am 29. Januar 2007 an (IV-act. 59), die von ihm attestierte Arbeitsunfähigkeit von 70% sei nach wie vor vorhanden. Sie werde durch die depressive Symptomatologie mit latenter Suizidalität und durch die ausgeprägte Schmerzsymptomatologie gerechtfertigt. Die Entwicklung habe gezeigt, dass die aus unbewussten psychischen Gründen entstandene Schmerzerkrankung derart intensiv erlebt werde, dass sie zu einer faktischen Invalidität führe. Es liege kein bewusstseinsnaher Prozess vor, denn die psychopathologischen Phänomene spielten sich im Unbewussten ab, unterlägen also nicht der Willenskontrolle der Versicherten. Die Versicherte liess Beschwerde gegen den abweisenden Einspracheentscheid erheben. Die Klinik L. ___ erstattete Dr. I. ___ am 5. April 2007 einen Kurzaustrittsbericht (IV-act. 71). Die Versicherte war vom 21. Februar bis 4. April 2007 stationär behandelt



worden. Die Klinikärzte hatten berichtet, sie hätten die Diagnose einer schwergradigen depressiven Episode mit psychotischen Symptomen und einer somatoformen Schmerzstörung erhoben. Bis 15. April 2007 sei die Versicherte nicht arbeitsfähig. Die depressive Symptomatik habe sich während des stationären Aufenthalts deutlich gebessert. Von der wahnhaft übersteigerten Reaktion auf die als negativ und kränkend erlebte Behandlung durch die IV-Ärzte könne sich die Versicherte nun besser distanzieren, auch wenn der enorme Ärger weiterhin anhalte. In einem an die IV-Stelle gerichteten Bericht vom 3. Mai 2007 (IV-act. 74) bestätigten die Ärzte der Klinik L.____ die im Kurzaustrittsbericht angegebene Diagnose. Sie führten aus, die Versicherte habe angegeben, sie sei sehr aggressiv und habe immer wieder den Gedanken, andere anzugreifen oder sogar umzubringen. Sie habe Angst davor, den Kindern etwas anzutun. Dem von der IV-Stelle beauftragten orthopädischen Gutachter würde sie sofort einen Stein oder eine Stange über den Kopf hauen, um ihn zu töten. Die Ärzte führten weiter aus, im Verlauf des stationären Aufenthalts habe sich gezeigt, dass bei der Versicherten ein voll ausgeprägtes Bild einer schweren depressiven Episode mit neu psychotischen Anteilen (wahnhaft) bestehe. Das Ganze sei auf der Grundlage einer seit mehreren Jahren bestehenden somatoformen Schmerzstörung zu sehen. Im Verlauf sei die wahnhafte Komponente durch ein potentes Neuroleptikum gebessert worden. Dadurch habe eine psychoedukativ orientierte Massnahme anlaufen können. Im weiteren Verlauf habe sich die Situation deutlich gebessert. In einem geschützten Rahmen könnte die Versicherte vier bis sechs Stunden pro Tag eine körperlich leichte, wechselbelastende Tätigkeit ausüben. Die Versicherte weise kognitive Defizite auf, insbesondere im Bereich Konzentration und Aufmerksamkeit, was die Leistungsfähigkeit reduziere. Aktuell sei von einer bleibenden Arbeitsunfähigkeit von 50-70% auszugehen. Dr. med. M.____ und Dr. med. N.____ berichteten am 15. Mai 2007 (IV-act. 81), die Versicherte leide an einem schweren Fibromyalgiesyndrom und Begleitsymptomatik. Das Versicherungsgericht des Kantons St. Gallen wies die Beschwerde der Versicherten am 18. März 2008 ab (IV-act. 86), worauf die Versicherte Beschwerde beim Bundesgericht erheben liess. Dieses hiess die Beschwerde am 28. November 2008 gut (IV-act. 93). Es begründete seinen Rückweisungsentscheid damit, dass im Gutachten von Dr. G.____ erhebliche Ungereimtheiten beständen, weshalb ergänzende medizinische Abklärungen der somatisch bedingten Arbeitsunfähigkeit



angezeigt seien. Unter diesen Umständen könne noch gar nicht beurteilt werden, ob eine invalidisierende psychische Gesundheitsbeeinträchtigung vorliege.

E.

E.a Die IV-Stelle beauftragte die MEDAS Ostschweiz mit einer interdisziplinären Begutachtung (IV-act. 103). Die Sachverständigen der MEDAS führten in ihrem Gutachten vom 10. Juni 2009 (IV-act. 109) aus, die Versicherte habe angegeben, das Schmerzproblem habe vor über zehn Jahren mit Kopfschmerzen angefangen. Dann seien Schmerzen in beiden Beinen und schliesslich auch Schmerzen im Rücken und im Schultergürtel hinzugekommen. Mit der Zeit sei der ganze Körper schmerzhaft geworden. Die Kopfschmerzen seien okzipital lokalisiert mit zeitweisen Blitzen im Kopf. Die Seitenrotation des Kopfes sei linksbetont schmerzhaft eingeschränkt. Sie habe wegen der Schmerzen am zervikothorakalen Übergang Mühe bei der Seitenrotation der Arme. Diese Schmerzen strahlten bds. aus, zeitweise einschliessend wie Blitze. Seit kurzem bestehe eine Morgensteifigkeit der Finger. Die tieflumbalen Rückenschmerzen seien permanent vorhanden, schlechter beim Gehen oder bei Flexionsstellungen. Die Beine seien von gluteal bis in den Fersenbereich und die Zehen schmerzhaft. Therapeutisch hätten sämtliche bisher durchgeführten Massnahmen nichts genützt.

E.b Zum somatischen Status gab der entsprechende Sachverständige der MEDAS an, die Beschreibung sei nicht repräsentativ und könne keinesfalls als objektive Befunderhebung des Bewegungsapparates angesehen werden und zwar sowohl in bezug auf die Funktionsuntersuchungen als auch in bezug auf die Palpationsbefunde. Der Grund dafür sei ein ausgeprägtes, nicht übersehbares demonstratives Verhalten der Versicherten, das sich u.a. in folgenden Punkten gezeigt habe: Nach auch feiner Palpation habe die Versicherte mit einer Latenz von zwei bis drei Sekunden mit Schreien und Aufspringen aus sitzender oder liegender Stellung reagiert. Weitere untrügliche Charakteristika hätten sich in einem physiologisch nicht erkläraren Abwehrverhalten bei Funktionsuntersuchungen (z.B. Stakkatoverhalten, blitzartige Ausweichbewegungen, abwechselnd kurzfristige Innervation von Agonisten und Antagonisten) gezeigt. Auch aus der Bauchlage heraus habe die Versicherte bei der manualtherapeutisch-osteopathischen, bewusst vorsichtig durchgeführten Untersuchung im mittleren BWS-Bereich oder lumbal nach entsprechender Latenz



starke Ausweichbewegungen in Richtung Hochwerfen des Oberkörpers oder des Beckens, biomechanisch entsprechend einer Hyperlordose, gemacht. Bei der Untersuchung im Sitzen oder Stehen seien Schmerzen mit aktiver Abwehrspannung angegeben worden. Bei biomechanisch relevanten Funktionsstörungen oder anatomischen Veränderungen hätte die Versicherte all die beschriebenen Phänomene wegen der Auslösung von Schmerzen tunlichst vermieden. In der Zusammenfassung wurde zum entsprechenden Teil der Abklärung festgehalten, der Somatostatus sei ausführlich aufgenommen worden, obwohl er aufgrund des Verhaltens der Versicherten nicht repräsentativ bzw. objektiv sein könne. Es scheine eine gewisse Bewegungseinschränkung der HWS mit Tendomyosen im dorsalen Schultergürtel rechts mit einer mässig schmerzhaften Kibbler'schen Hautfalte vorzuliegen, möglicherweise auch eine gewisse Bewegungseinschränkung der linken Schulter mit etwas Kettentendinosen links. Ein weiterer Schmerzort sei die untere LWS mit Tendomyosen im distalen Erector trunci rechtsbetont und gluteal linksbetont. Die Oberschenkel und der Hüftbereich seien adipös und klinisch scheine ein Lipoedem mit einer schmerzhaften Pannikulose vorzuliegen. Es bestehe eine geringe Varikosis, die peripher arterielle Zirkulation sei intakt. Kursorisch-internistisch bestehe kein grobpathologischer Befund. Die Druckdolenz im rechten Oberbauch dürfte durch die Cholecystolithiasis bedingt sein. Die aktuellen Laborwerte seien abgesehen von einer grenzwertigen BSR durchwegs normal.

E.c Eine somatische Begutachtung beruhe auf drei Säulen, der genauen Beobachtung des Bewegungsverhaltens, der klinischen Untersuchung (Funktionstests, Palpation) und den bildgebenden Verfahren. Ersteres sei bereits von Dr. G.____ ausführlich beschrieben worden. Medizinisch sei die Beanstandung durch das Bundesgericht nicht haltbar gewesen, da allein aufgrund des Bewegungsverhaltens wichtige klinische Rückschlüsse gezogen werden könnten. So nehme beispielsweise ein Patient mit einem akuten Hexenschuss eine Schonhaltung in der schmerzärmsten Position ein und er vermeide tunlichst jede Bewegung oder Änderung der Position, welche die Schmerzen verstärken könnte. Das beschriebene Verhalten der Versicherten sei das genaue Gegenteil davon gewesen. Das lasse nur einen einzigen sicheren Schluss zu: Eine biomechanisch relevante invalidisierende Funktionsstörung und/oder eine strukturelle anatomische Veränderung sei auszuschliessen. Die durchwegs beobachtete auffallende Latenzzeit von ein bis drei Sekunden bis zum Auftreten der



letztlich nur als grotesk zu bezeichnenden Schleuderbewegung deute auf eine bewusst eingeleitete Aktion und nicht auf ein schmerzrefraktorisches Geschehen hin, wie es bei einer klinischen Untersuchung durchaus ausgelöst werden könne. Vom subjektiven Verhalten völlig unabhängig seien die Resultate bildgebender Verfahren, die bei der Versicherten unzweifelhaft im unteren HWS-Bereich fortgeschrittene degenerative Veränderungen auf der Höhe C5 und C6 mit Diskushernie und reaktiver Spinalkanalstenose C5/6 ohne sichere Nervenkompression zeigten. Diese Veränderungen seien in ihrer Gesamtheit fortgeschritten, während die leichten degenerativen Veränderungen lumbal auf der Höhe L4/5 und L5/S1 nicht über das Altersnormale hinausgingen. Streng genommen könnten aus rheumaorthopädischer Sicht aufgrund nicht objektivierbarer organischer Befunde mit Ausnahme der beschriebenen Röntgenbilder und MRI keine genauen Angaben betreffend eine allfällige Einschränkung der Arbeitsfähigkeit gemacht werden. Das Zervikalsyndrom sei die Ausnahme, da es aufgrund der degenerativen Veränderungen der unteren HWS beurteilbar sei. Es verursache nicht zwingend Schmerzen, jedenfalls aber eine gewisse Bewegungseinschränkung. Ob die angegebenen Kopfschmerzen zervikogenen Ursprungs seien, könne mangels segmentaler Untersuchungsmöglichkeit nicht gesagt werden. Ein zusätzliches myofaszielles Schmerzsyndrom sei aufgrund der wenigen objektivierbaren Befunde denkbar. Dasselbe gelte für eine mögliche leichte Funktionseinschränkung der linken Schulter. Aufgrund der radiologisch nachgewiesenen leichten Verkalkungen im Bereich der Supraspinatussehne rechts dürfte die rechte Seite schmerzhaft sein. Die geklagten tieflumbalen Rückenschmerzen könnten klinisch nicht verifiziert werden. Aufgrund des geschilderten Verhaltens bei der segmentalen Untersuchung sei eine biomechanisch relevante Funktionsstörung aber mit Sicherheit auszuschliessen. Das MRI schliesse auch eine biomechanisch relevante strukturelle oder anatomische Veränderung aus. Die im MRI dargestellten degenerativen Veränderungen entsprächen dem Altersnormalen. Im Rahmen der unbefriedigenden Untersuchung sei auf weitere relevante Faktoren hinzuweisen: Die Versicherte zeige ein ausgeprägtes nichtorganisches Krankheitsverhalten mit nicht begründbarer höchster Schmerzintensität auf der VAS-Schmerzskala und eine völlig fehlende Besserung trotz vieler Therapien mit sogar Schmerzverstärkung bei Akupunktur und Massage, die Beschreibung der Beschwerden sei diffus, inkonsistent und teilweise widersprüchlich gewesen. Das Verhalten sei demonstrativ und der PACT-



Test sei tief gewesen, was ebenfalls für ein nichtorganisches Krankheitsverhalten spreche.

E.d Der psychiatrische Sachverständige der MEDAS berichtete, bereits die Anamneseerhebung sei aufgrund der mangelnden Mitarbeit (mehrfach ausweichende Antworten, scheinbar fluktuierende Gedächtnislücken) kaum möglich gewesen. Diagnostisch sei aktuell von einer leichten depressiven Episode bei einer rezidivierenden depressiven Störung auf dem Boden von akzentuierten Persönlichkeitszügen und einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung auszugehen. Bei akzentuierten Persönlichkeitszügen mit histrionischen, sensitiven und passiv-aggressiven Anteilen bestünden Auffälligkeiten und Defizite bezüglich der Selbstwahrnehmung, der Fremdwahrnehmung, der Kommunikation, der Bindung und der Selbststeuerung. Das bewirke, dass die Möglichkeit eingeschränkt sei, insbesondere in Konfliktsituationen auf das Gegenüber flexibel und adäquat zu reagieren. Diese Besonderheiten seien bei der Versicherten nicht so ausgeprägt, dass sie die Arbeitsfähigkeit in entsprechend adaptierten Tätigkeiten beeinträchtigen würden. Die diagnostischen Kriterien einer somatoformen Schmerzstörung seien erfüllt. Es stelle sich die Frage, ob die Versicherte bei einer zumutbaren Willensanstrengung in der Lage wäre, die Schmerzen zu überwinden und wieder in den Arbeitsprozess einzusteigen. Eine chronische psychiatrische Begleiterkrankung liege nicht vor. Es liege allenfalls ein teilweiser sozialer Rückzug vor, aber kein Rückzug in allen Belangen des Lebens. Die psychiatrische Symptomatik sei kein verfestigter, therapeutisch nicht mehr angehbarer innerseelischer Verlauf einer an sich verunglückten, psychisch aber entlastenden Konfliktbewältigung. In bezug auf die Psychotherapiemotivation liege eine gewisse Ambivalenz vor. Zudem sei von einem sekundären Krankheitsgewinn auszugehen. Demnach sei es der Versicherten zumutbar, die Schmerzen zu überwinden und zumindest teilweise wieder in den Arbeitsprozess einzusteigen. Weitere psychische Störungen seien weitgehend auszuschliessen. Bei der rezidivierenden Störung bestehe aktuell eine leichte bis höchstens mittelschwere depressive Episode. Zu den Einschätzungen der Arbeitsfähigkeit in den Vorbefunden sei festzuhalten, dass die Behandler die psychosozialen Faktoren in die Arbeitsfähigkeitsschätzung einbezogen hätten. Zu Beginn der Krankheitssymptomatik hätten ausschliesslich Schmerzen vorgelegen, die im Rahmen der anhaltenden somatoformen Schmerzstörung zu sehen gewesen seien. Die 2007 angegebene



psychotische Symptomatik sei eher fraglich gewesen. Es habe sich wohl eher um eine isolierte Wut gehandelt. Der behandelnde Psychiater habe in seinem Bericht vom 17. Juli 2006 den somatischen Schmerzanteil deutlich überschätzt. Ausserdem habe er anhaltende psychosoziale Belastungen bei der Einschätzung der Arbeitsunfähigkeit mitberücksichtigt. Die von ihm angegebene Arbeitsunfähigkeit von 70% könne aus interdisziplinärer Sicht nicht nachvollzogen werden. Im Austrittsbericht der Klinik L.____ sei eine Verbesserung festgestellt worden. Aktuell könne eine weitere Besserung festgestellt werden. Mit der Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung mit wechselnd ausgeprägten depressiven Episoden über die Jahre seit 2003 sei die depressive Symptomatik retrospektiv am besten beschrieben. Während den stationären Behandlungen und jeweils einige Wochen vorher und nachher sei wohl von einer Arbeitsunfähigkeit von 100% auszugehen. Über den gesamten Verlauf betrage die Arbeitsunfähigkeit ca. 30%. Die leichtgradigen psychischen Einschränkungen beeinträchtigten die Leistungsfähigkeit. Eingeschränkt seien die Aufmerksamkeit, die Ausdauer und die Konzentrationsfähigkeit, die emotionale Belastbarkeit und die Stress- und Frustrationstoleranz seien leicht vermindert. Die Restarbeitsfähigkeit sei in der freien Wirtschaft verwertbar, aber die Arbeit dürfe keine erhöhten Anforderungen an die Stress- und Frustrationstoleranz und an die emotionale Belastbarkeit stellen. Der letzte Aufenthalt in der Klinik L.____ im September 2009 habe primär der Durchführung einer antibiotischen Behandlung einer latenten Fröhsyphilis gedient.

E.e Die Gesamtdiagnose lautete: Anhaltende somatoforme Schmerzstörung, leichte bis mittelschwere depressive Episode, generalisiertes Schmerzsyndrom (mit/bei Zervikokranialsyndrom bei/mit wahrscheinlicher, klinisch nicht relevant objektivierbarer Bewegungseinschränkung, deutlichen degenerativen Veränderungen C5/6 und C6/7 mit Diskushernie L5 mit Myelonkompression und konsekutiver Spinalkanalstenose sowie Diskusprotrusion C6 ohne sichtbare Kompression der Nervenwurzeln, chronischen Kopfschmerzen, DD: zervikogen/Spannungskopfschmerzen bei normalem Schädel-MRI, möglichem myofaszialem Schultergürtel-Syndrom, leichter PHS calcarea rechts, möglichem Lumbovertebralsyndrom bei leichten Osteochondrosen L4/5 und L5/S1 mit je leichter Bandscheibenprotrusion ohne Nervenwurzelkompression, Lipödem und Pannikulose Hüft-/Oberschenkelbereich bds.). Die beteiligten Sachverständigen hielten abschliessend fest, die Arbeitsfähigkeit betrage gesamthaft 70%, wobei die radiologischen Befunde qualitative Einschränkungen zur Folge hätten:



Keine repetitiven Tätigkeiten, die eine freie HWS-Beweglichkeit in alle Richtungen voraussetzen, und keine häufigen repetitiven Tätigkeiten elevatorischer oder rotatorischer Art. Die Versicherte sollte vermehrt Pausen machen, um Entspannungstechniken durchführen zu können. Das Arbeitspensum sollte wegen der langen Arbeitsabsenz schrittweise erhöht werden.

F.

Die IV-Stelle verglich ein Einkommen 2008 als Betriebsmitarbeiterin der O.____ AG von Fr. 54'487.- mit einem Einkommen aus einer durchschnittlichen leidensangepassten Tätigkeit bei einem Arbeitsfähigkeitsgrad von 70% von Fr. 38'141.-. Die Erwerbseinbusse entsprach einem Invaliditätsgrad von 30% (IV-act. 111). Mit einem Vorbescheid vom 25. Juni 2009 kündigte die IV-Stelle der Versicherten die Abweisung des Rentengesuchs an (IV-act. 113). Die Versicherte liess am 9. Juli 2009 einwenden (IV-act. 114), das MEDAS-Gutachten sei weder in rheumatologischer noch in psychiatrischer Hinsicht schlüssig. Obwohl die klinische Untersuchung angeblich nicht habe stattfinden können, seien keine neuen MRI- oder Röntgenbilder erstellt worden. Die vorhandenen MRI-Bilder der HWS seien über zwei Jahre und diejenigen der LWS über vier Jahre alt gewesen und sie hätten schon erhebliche degenerative Veränderungen gezeigt. Der psychiatrische Sachverständige der MEDAS habe die Arbeitsfähigkeit für die Vergangenheit zu tief angesetzt. Das Valideneinkommen, das mit Fr. 54'487.- angenommen worden sei, lasse die früher erhaltenen Schichtzulagen und die früher regelmässig geleisteten Überstunden ausser Betracht. Der Bruttolohn habe 2001 Fr. 58'478.-, 2002 Fr. 58'400.- und 2003 (umgerechnet auf ein Jahr) Fr. 61'331.- betragen. Das anzurechnende Valideneinkommen belaufe sich demnach auf Fr. 60'028.- (Einkommen 2002 unter Berücksichtigung der Nominallohnerhöhung bis 2004). Das zumutbare Invalideneinkommen sei anhand eines statistischen Durchschnittslohns zu ermitteln. Dabei sei ein Leidensabzug von 15% vorzunehmen. Ausgehend von der Lohnstrukturerhebung 2004 resultiere so ein zumutbares Invalideneinkommen von Fr. 28'977.-. Die Erwerbseinbusse von Fr. 31'051.- ergebe einen Invaliditätsgrad von 51,7%. Dr. med. P.____ vom RAD wies am 17. August 2009 darauf hin (IV-act. 115), dass die Bewegungen der Versicherten bei der Untersuchung eine gute Funktion des Bewegungsapparates, also einen Zustand somatischer Gesundheit bestätigt hätten. Aufgrund der gesamten somatischen Konstellation könne



keine Arbeitsunfähigkeit in einer adaptierten Tätigkeit angenommen werden. Es liege in der Kompetenz des Gutachters zu entscheiden, ob ein neues MRI notwendig sei. Mit einer Verfügung vom 19. August 2009 wies die IV-Stelle das Rentenbegehren ab (IV-act. 116). Der Einkommensvergleich entsprach demjenigen im Vorbescheid.

G.

Die Versicherte liess am 1. September 2009 Beschwerde erheben (act. G1) und die Zusprache einer halben, eventualiter einer Viertelsrente rückwirkend ab 1. Juni 2004 beantragen; eventualiter sei das Verfahren zwecks Ergänzung der medizinischen Aktenlage an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. Zur Begründung liess die Beschwerdeführerin geltend machen, sie habe Schichtzulagen erhalten und Überstunden geleistet. Das entsprechende Einkommen sei zu berücksichtigen. Im Jahr 2002 habe sie Fr. 58'400.- verdient. Angepasst an die Nominallohnentwicklung bis 2004 ergebe das ein Einkommen von Fr. 59'500.-. Das zumutbare Invalideneinkommen könne nicht anhand dieses Lohns ermittelt werden, da es sich nicht um eine adaptierte Tätigkeit handle. Deshalb sei von einem statistischen Jahreslohn von Fr. 48'701.- auszugehen. Da körperlich schwere Arbeiten und Arbeiten mit repetitiven Belastungen des Schultergürtels nicht mehr zumutbar seien, müsse ein Leidensabzug von 15% vorgenommen werden. Daraus resultiere ein zumutbares Invalideneinkommen von Fr. 28'977.-. Das ergebe einen Invaliditätsgrad von 51,3%. Die Arbeitsfähigkeitsschätzung des psychiatrischen Gutachters sei widersprüchlich, denn wenn sich die psychische Problematik gebessert habe, dann könne sie nicht seit Jahren 30% betragen haben. Das rheumatologische Teilgutachten sei gänzlich unbrauchbar, denn eine adäquate Untersuchung des Bewegungsapparates sei ja nicht möglich gewesen.

H.

Die Beschwerdegegnerin beantragte am 30. Oktober 2009 die Abweisung der Beschwerde (act. G4). Sie machte insbesondere geltend, der Umstand, dass das "dramatische" Verhalten der Beschwerdeführerin die klinische Untersuchung äusserst schwierig, wenn nicht sogar unmöglich gemacht habe, bewirke noch nicht, dass das Gutachten mangelhaft sei. Weil das bildgebende Material keine ausgeprägten Beeinträchtigungen am Bewegungsapparat gezeigt habe, sei es plausibel, dass der



St.Galler Gerichte

Beschwerdeführerin bloss eine qualitative und keine quantitative Arbeitsunfähigkeit attestiert worden sei. In Abweichung vom ansonsten voll beweiskräftigen MEDAS-Gutachten sei davon auszugehen, dass die Schmerzüberwindung vollumfänglich zumutbar sei, so dass keine psychisch bedingte Arbeitsunfähigkeit bestehen könne. Bei einem Arbeitsfähigkeitsgrad von 100% stehe selbst bei einem zusätzlichen Abzug von 15% zum vornherein fest, dass kein Rentenanspruch bestehe.

I.

Die Beschwerdeführerin liess in ihrer Replik vom 30. November 2009 (act. G8) einwenden, der MEDAS Ostschweiz sei die Gerichtspraxis zur Überwindbarkeit somatoformer Schmerzstörungen bekannt gewesen. Wenn die Gutachter doch zum Schluss gekommen seien, dass eine Arbeitsunfähigkeit von 30% bestehe, so müsse davon ausgegangen werden, dass dies im Einklang mit der Gerichtspraxis stehe. Neben der somatoformen Schmerzstörung bestehe eine erhebliche psychische Komorbidität, es lägen erhebliche somatische Befunde vor, es seien verschiedene therapeutische Ansätze durchlaufen worden und die ambulante psychiatrische Behandlung dauere an, es bestehe ein erheblicher sozialer Rückzug und der psychiatrische Gutachter habe erhebliche Einschränkungen der Aufmerksamkeit, der Ausdauer, der Konzentrationsfähigkeit und der emotionalen Belastbarkeit festgestellt. Angesichts der nachgewiesenen rheumatologischen Befunde und der anderen Krankheiten sei die Arbeitsunfähigkeit mit 30% tendenziell eher zu ihren Ungunsten als zu ihren Gunsten ausgefallen.

J.

Die Beschwerdegegnerin verzichtete am 8. Dezember 2009 auf eine Duplik (act. G10).

K.

Die Beschwerdeführerin liess am 12. März 2010 einen Austrittsbericht der Klinik L.____ vom 18. Dezember 2009 einreichen (act. G12.1). In diesem Bericht waren folgende Diagnosen angegeben worden: Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode, Somatisierungsstörungen, multiple somatische Diagnosen. Die



Beschwerdeführerin hatte sich nach mehrwöchigem Aufenthalt wieder stabil genug gefühlt, um aus der Klinik auszutreten.

Erwägungen:

1.

Gemäss Art. 16 ATSG ist das Einkommen, das die versicherte Person nach dem Eintritt der Invalidität und nach der Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (Invalideneinkommen), in Beziehung zu setzen zum Erwerbseinkommen, das die versicherte Person erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Valideneinkommen).

1.1 Grundlage der Bemessung des Valideneinkommens bildet jene erwerbliche Situation, in der sich die versicherte Person befinden würde, wenn sie nicht krank geworden wäre. Diese hypothetische erwerbliche Situation wird als Validenkarriere bezeichnet. Ausgehend von dieser Validenkarriere wird das Valideneinkommen ermittelt. Meist besteht die Validenkarriere in der hypothetischen weiteren Ausübung der letzten Arbeitstätigkeit, so dass das Valideneinkommen anhand jenes Lohnes zu ermitteln ist, den die versicherte Person im massgebenden Zeitpunkt an ihrem letzten Arbeitsplatz erzielen würde. Die Beschwerdeführerin hat keinen Beruf erlernt. Sie ist immer als Hilfsarbeiterin tätig gewesen. Im Jahr 2003, als die Gesundheitsbeeinträchtigung erstmals eine andauernde Arbeitsunfähigkeit zur Folge gehabt hat, ist die Beschwerdeführerin bereits x-jährig gewesen. All das spricht dafür, dass sie keine Berufsausbildung mehr absolviert oder sich anderswie beruflich qualifiziert hätte. Die plausibelste Verhaltensweise im hypothetischen "Gesundheitsfall" ist also die weitere Ausübung einer Hilfsarbeit. Die Beschwerdeführerin ist seit 1991 bei der B.____ AG angestellt gewesen. Im Jahr 2002 hat die Beschwerdeführerin einen Lohn von Fr. 58'400.- erzielt. Dieser Lohn ist erheblich höher als die Durchschnittslöhne der Hilfsarbeiterinnen gemäss der vom Bundesamt für Statistik herausgegebenen Lohnstrukturhebung 2002 (Anhang Tabelle TA1) gewesen. Er ist auch höher gewesen als der Betrag, den die O.____ AG als Lohn angegeben hat (Fr. 52'000.-). Die Differenz ist auf die Schichtzulagen sowie auf eine Prämie aufgrund der guten Geschäftsgangs



zurückzuführen. Die entsprechenden Lohnbestandteile sind in das Valideneinkommen einzubeziehen, da die Ausübung einer Schichtarbeit nicht unzumutbar war. Der deutlich überdurchschnittliche Lohn lässt die Annahme zu, dass die Beschwerdeführerin, wäre sie gesund geblieben, bis zu ihrer Pensionierung als Maschinenbedienerin für die B.____ AG tätig gewesen wäre. Anders als eine Hilfsarbeiterin, die unterdurchschnittlich entlohnt wird, hatte sie nämlich keine Veranlassung, eine andere Stelle zu suchen, denn sie hätte kaum eine noch besser entlohnte Stelle gefunden. Die Validenkarriere der Beschwerdeführerin besteht also in der hypothetischen weiteren Ausübung der Arbeit als Maschinenbedienerin bei der B.____ AG. Im Jahr 2002 hat die Beschwerdeführerin letztmals einen Lohn erzielt, der nicht durch eine Arbeitsunfähigkeit beeinflusst worden ist. Der Grundlohn hat im Jahr 2003 offenbar noch Fr. 3987.- betragen, denn ab August 2003 hat die B.____ AG diesen Betrag angegeben, d.h. die Beschwerdeführerin hat keine Schichtzulage mehr erhalten. Das Valideneinkommen, das sich auf das Jahr 2004 bezieht (Ablauf des sogenannten Wartejahres) ist deshalb ausgehend vom Jahreslohn 2002 von Fr. 58'400.- zu ermitteln. In der verarbeitenden Industrie ist der Nominallohn gemäss der vom Bundesamt für Statistik herausgegebenen Lohnentwicklung 2004 (Tabelle T1.93) von 111,4% im Jahr 2002 auf 113,5% im Jahr 2004 angestiegen. Das entspricht einem Valideneinkommen 2004 von Fr. 59'501.-.

1.2

1.2.1 Die Invalidenkarriere wird von jener Erwerbstätigkeit bestimmt, der eine versicherte Person trotz der Gesundheitsbeeinträchtigung zumutbarerweise noch nachgehen kann. Dabei sind sowohl qualitative als auch quantitative Einschränkungen zu beachten. Die Gesundheitsbeeinträchtigung kann zur Folge haben, dass gewisse Hilfsarbeiten nicht mehr möglich oder zumutbar sind. Eine solche qualitative Einschränkung bewirkt, dass der versicherten Person nicht mehr der gesamte Markt für Hilfsarbeiten offen steht. Die Gesundheitsbeeinträchtigung kann aber auch bewirken, dass keine volle Leistung mehr erbracht werden kann, so dass eine quantitative Einschränkung besteht. Die qualitative und die quantitative Arbeitsunfähigkeit treten in den meisten Fällen kumuliert auf, was dann zur Folge hat, dass sich die quantitative Arbeitsunfähigkeit auf eine der qualitativen Arbeitsunfähigkeit Rechnung tragende, d.h. behinderungsadaptierte Hilfsarbeit bezieht. Das gilt auch für den vorliegenden Fall. In



qualitativer Hinsicht sind gemäss dem MEDAS-Gutachten repetitive Tätigkeiten ausgeschlossen, die eine freie HWS-Beweglichkeit in allen Richtungen voraussetzen. Repetitive Tätigkeiten elevatorischer oder rotatorischer Art sollten nicht häufig ausgeführt werden müssen. Die quantitative Arbeitsunfähigkeit muss von der Beschwerdeführerin dazu benützt werden können, vermehrt Pausen zu machen und dabei Entspannungsübungen auszuführen. Aus psychiatrischer Sicht sollte eine adaptierte Tätigkeit keine erhöhten Anforderungen an die Stress- und Frustrationstoleranz stellen. Diese Einschätzung wird von der Beschwerdeführerin zwar unter Bezugnahme auf die Äusserungen einiger behandelnder Ärzte bestritten, aber sie erweist sich, wie unten im Zusammenhang mit der quantitativen Arbeitsunfähigkeit noch einlässlich zu begründen sein wird, als überwiegend wahrscheinlich richtig. Die Frage, ob diese qualitativen Einschränkungen die (Wieder-) Ausübung der früheren Tätigkeit als Maschinenbedienerin bei der B.____ AG ausschliessen, lässt sich anhand der vorliegenden Akten nicht beantworten. Das schadet nicht, da die Arbeitsstelle bereits 2004 durch eine Kündigung seitens des Arbeitgebers verloren gegangen ist. Es kann nicht unterstellt werden, dass die Beschwerdeführerin diese Stelle wieder erhalten würde, um sie dann mit reduzierter Leistung bzw. reduziertem Beschäftigungsgrad, aber identischem (nominallohnangepassten) Lohnniveau wieder ausüben zu können. Es ist weit wahrscheinlicher, dass die B.____ AG die Stelle, wenn sie neu zu besetzen wäre, mit einer gesunden und vollzeitlich tätigen Hilfsarbeiterin besetzen würde. Die Invalidenkarriere der Beschwerdeführerin bestimmt sich deshalb nach irgendeiner adaptierten Hilfsarbeit auf dem allgemeinen und ausgeglichenen Arbeitsmarkt, wobei aufgrund der Qualität der früheren beruflichen Betätigung davon auszugehen ist, dass die Beschwerdeführerin trotz ihrer gesundheitlichen Beeinträchtigung einer Hilfsarbeit mit durchschnittlichen Anforderungen gewachsen wäre. Derartige Hilfsarbeiten werden in praktisch allen Branchen geleistet. Die Beschwerdeführerin weist keine branchenspezifischen Erfahrungen oder Kenntnisse auf, die es nahelegen würden, zur bestmöglichen Verwertung der verbliebenen quantitativen Arbeitsfähigkeit eine Stelle in eben dieser Branche anzunehmen. Die Invalidenkarriere der Beschwerdeführerin ist also jene durchschnittliche Hilfsarbeit, die in der Tabelle TA1 im Anhang der schweizerischen Lohnstrukturerhebungen durch den Zentralwert der Löhne aller Branchen definiert wird.



1.2.2 Die Sachverständigen der MEDAS haben eine Arbeitsunfähigkeit der Beschwerdeführerin von 30% angegeben. Die Beschwerdeführerin hat die Richtigkeit dieser Arbeitsfähigkeitsschätzung bestritten und dies einerseits mit der angeblichen Unvollständigkeit der rheumatologisch-orthopädischen Abklärung und andererseits mit den abweichenden Arbeitsfähigkeitsschätzungen der behandelnden Ärzte begründet. Die Unvollständigkeit der Untersuchung beruht nach der Auffassung der Beschwerdeführerin zum einen auf der problematischen klinischen Untersuchung und zum andern auf der Verwendung veralteter MRI- und Röntgenaufnahmen. Die klinische Untersuchung hat nach der klaren Aussage des Sachverständigen als Folge des Verhaltens der Beschwerdeführerin nicht das gewünschte objektive Resultat geliefert. Die Reaktionen der Beschwerdeführerin auf die einzelnen Untersuchungshandlungen waren durchwegs überzogen oder sogar grotesk, auf jeden Fall aber unglaubhaft. Damit stellt sich die Frage, ob dieses Verhalten die korrekte Beurteilung verhindert hat bzw. ob in Anwendung von Art. 43 Abs. 3 ATSG ein Mahn- und Bedenkzeitverfahren hätte durchgeführt werden müssen. Diese Frage ist zu verneinen, denn wie der rheumatologische Sachverständige dargelegt hat, beruht seine Abklärung auf drei Säulen, neben der klinischen Untersuchung auf der genauen Beobachtung des Bewegungsverhaltens und auf den bildgebenden Verfahren. Somit war es dem rheumatologischen Sachverständigen möglich, trotz des (Teil-) Ausfalls der einen Säule eine überzeugende Arbeitsfähigkeitsschätzung abzugeben. Das Verhalten der Beschwerdeführerin bei der klinischen Untersuchung, das offenbar unerträgliche Schmerzen belegen sollte, war offenkundig willensgesteuert. Zudem liess es selbst wieder Rückschlüsse auf das effektive Schmerzempfinden bzw. eben auf das Fehlen von Schmerzen zu, wie der rheumatologische Sachverständige mit seinem Beispiel von dem von einem Hexenschuss geplagten Menschen gezeigt hat. Der rheumatologische Sachverständige der MEDAS ist also trotz der faktischen Mitwirkungsverweigerung der Beschwerdeführerin in der Lage gewesen, durch genaue Beobachtung des Bewegungsverhaltens während der simulierten Schmerzdarstellung auf die objektiven Auswirkungen der Gesundheitsbeeinträchtigungen seines Fachgebietes zu schliessen. Die Durchführung eines Mahn- und Bedenkzeitverfahrens war nicht notwendig. Anlässlich der MEDAS-Abklärung sind keine Röntgen- oder MRI-Aufnahmen angefertigt worden. Die zur Beurteilung beigezogenen Aufnahmen sind alle mindestens zwei Jahre, teilweise sogar noch einiges älter gewesen. Der RAD hat in der Folge zu



Recht darauf hingewiesen, dass es im Ermessen des Sachverständigen liegen müsse, ob er aktuelle Aufnahmen benötige oder nicht. Entgegen der Auffassung der Beschwerdeführerin ist es nicht so, dass bei einer rheumatologischen oder orthopädischen Begutachtung mit Selbstverständlichkeit neue Aufnahmen angefertigt werden müssen. Viele Krankheitsentwicklungen sind so langsam, dass auch ältere Aufnahmen noch aktuell sind. Der rheumatologische Sachverständige der MEDAS konnte dem Bewegungsverhalten und zum Teil den "Ergebnissen" der klinischen Untersuchung entnehmen, dass sich am Zustand der Beschwerdeführerin im Vergleich zum Zeitpunkt, in dem die Aufnahmen erstellt worden waren, nichts oder nichts Wesentliches geändert hatte. Die rheumatologische Abklärung beruhte also sowohl auf einer umfassenden bildgebenden Untersuchung als auch auf einer besonders umfassenden Beobachtung des Bewegungsverhaltens der Beschwerdeführerin. Das Gesamtbild der rheumatologisch-orthopädischen Abklärung durch die MEDAS ist deshalb trotz des völlig unkooperativen Verhaltens der Beschwerdeführerin so klar, dass die Schlussfolgerung, aus der Sicht dieses Fachgebietes bestehe von Seiten des Zervikalsyndroms und allenfalls von Seiten eines myofaszialen Schmerzsyndroms eine qualitative, aber keine quantitative Einschränkung der Arbeitsfähigkeit, mit überwiegender Wahrscheinlichkeit richtig ist. Zu prüfen bleibt, ob abweichende Einschätzungen behandelnder Ärzte geeignet sind, Zweifel an der Richtigkeit der Arbeitsfähigkeitsschätzung der MEDAS zu wecken. Dr. E.____ hat am 26. April 2004 eine Arbeitsunfähigkeit von 50% angegeben (vgl. IV-act. 12). Sie hat aber nur chronifizierte zervikozepale Schmerzen rechts und Schulterschmerzen rechts angeben können. Für die geklagten glutealen und Beinschmerzen hat sie weder eine klinische noch eine radiomorphologische Korrelation finden können. Die hohe Arbeitsunfähigkeit von 50% hat sich demnach wohl nicht auf die erhobenen objektiven Befunde, sondern auf die Schmerzangaben der Beschwerdeführerin abgestützt. Es ist davon auszugehen, dass die (übertriebenen) Schmerzangaben der Beschwerdeführerin und deren Überzeugung, vollständig arbeitsunfähig zu sein, in die Arbeitsfähigkeitsschätzung von Dr. E.____ eingeflossen sind und dass das Kriterium der zumutbaren Willensanstrengung zur Überwindung der Arbeitsunfähigkeitsüberzeugung keine Berücksichtigung gefunden hat. Deshalb vermag diese Arbeitsfähigkeitsschätzung keine Zweifel an der Richtigkeit der Arbeitsfähigkeitsschätzung der Sachverständigen der MEDAS zu wecken. Dr. G.____,



dessen Gutachten vom 15. Februar 2006 (vgl. IV-act. 28) wohl nur aufgrund seiner Kürze und aufgrund seiner Ausrichtung auf einen medizinischen Empfänger vom Bundesgericht als nicht überzeugend betrachtet worden ist, hat aus rheumatologischer Sicht in Übereinstimmung mit dem rheumatologischen Sachverständigen der MEDAS keine quantitative Arbeitsunfähigkeit festgestellt. Dr. E. ___ hat im Bericht vom 8. August 2006 (vgl. IV-act. 43) darauf hingewiesen, dass ihre Schmerztherapie (Analgesie, antientzündliche medikamentöse Behandlung, physikalische und physiotherapeutische Behandlung) keine dauerhafte Besserung bewirken können. Sie hat ihre Arbeitsfähigkeitsschätzung (50%) nun nicht mehr nur mit den körperlichen Beschwerden, sondern auch mit der Überlagerung durch die depressive Entwicklung begründet. Da sie damit ihr Fachgebiet verlassen hat, vermag auch diese Einschätzung keine Zweifel an der Richtigkeit der Arbeitsfähigkeitsschätzung des rheumatologischen Sachverständigen der MEDAS zu wecken. Zusammenfassend ist festzuhalten, dass die Beschwerdeführerin in einer adaptierten Tätigkeit mit überwiegender Wahrscheinlichkeit aufgrund ihrer körperlichen Beeinträchtigung allein nicht quantitativ arbeitsunfähig ist.

1.2.3 Der psychiatrische Sachverständige der MEDAS hat eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung und eine leichte bis höchstens mittelschwere depressive Episode diagnostiziert. Er hat die Arbeitsunfähigkeit in einer auch der psychischen Beeinträchtigung angepassten Erwerbstätigkeit auf 30% geschätzt. In bezug auf die somatoforme Schmerzstörung ist er von einer vollständigen Überwindbarkeit durch eine zumutbare Willensanstrengung ausgegangen, da keines jener Kriterien erfüllt sei, welche die Vermutung der Überwindbarkeit widerlegen könnte (vgl. BGE 130 V 352 ff.). Er hat die Ursache der von ihm angegebenen Arbeitsunfähigkeit von 30% offenbar nur in den Folgen der Depression, nämlich in den Einschränkungen in der Aufmerksamkeit, der Ausdauer und der Konzentrationsfähigkeit gesehen. Dr. C. ___ hat am 3. Mai 2004 eine Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin von 50% angegeben (vgl. IV-act. 11), wobei er allerdings auf die verschiedenen somatischen und auf die psychischen Probleme abgestellt hat. Zudem hat er es unterlassen, die Höhe der von ihm angenommenen Arbeitsunfähigkeit im Detail zu begründen. Insbesondere fehlt eine Auseinandersetzung mit dem Element der zumutbaren Willensanstrengung. Diese abweichende Einschätzung vermag keine Zweifel an der Richtigkeit der Einschätzung des psychiatrischen Sachverständigen der MEDAS für die Vergangenheit zu wecken.



Dr. I.____ hat in seiner Stellungnahme vom 29. Januar 2007 (vgl. IV-act. 59) ausgeführt, die Schmerzerkrankung werde derart intensiv erlebt, dass sie zu einer faktischen Invalidität geführt habe. Es liege kein bewusstseinsnaher Prozess vor. Die psychopathologischen Phänomene, die sich im Unterbewussten abspielten, unterständen nicht der Willenskontrolle der Beschwerdeführerin. Diese Auffassung ist anlässlich der MEDAS-Abklärung eindeutig widerlegt worden: Die Schmerzáusserungen sind willensgesteuert. Das bedeutet, dass der Arbeitsfähigkeitsschätzung von Dr. I.____ der Boden entzogen ist. Sie vermag deshalb die Überzeugungskraft der Einschätzung des psychiatrischen Sachverständigen der MEDAS nicht zu erschüttern. Dasselbe muss für den Bericht vom 17. Juli 2006 (vgl. IV-act. 61-17) gelten, denn es ist davon auszugehen, dass Dr. I.____ weiterhin angenommen hat, die sich im Unterbewussten abspielenden Prozesse seien nicht gesteuert und hätten deshalb eine hohe Arbeitsunfähigkeit zur Folge. Im Bericht der Klinik L.____ vom 3. Mai 2007 (vgl. IV-act. 74) über den stationären Aufenthalt wird die bis dahin bekannte Diagnose einer rezidivierenden Depression ergänzt. Die Ärzte gehen von einer Depression mit psychotischen Symptomen aus. Diese sollen hinter den Wutausbrüchen und Drohungen stehen, die sich insbesondere gegen Dr. G.____ richteten. Auch hier ist den behandelnden Ärzten offenbar entgangen, dass das Verhalten der Beschwerdeführerin durchaus willensgesteuert ist, auch wenn es aufgrund der akzentuierten Persönlichkeitszüge mit histrionischen, sensitiven und passiv-aggressiven Anteilen zeitweise als sehr unkontrolliert erschienen ist. Der psychiatrische Sachverständige der MEDAS hat überzeugend dargelegt, dass es sich nur um eine isolierte Wut gehandelt habe, denn die Beschwerdeführerin weise Auffälligkeiten und Defizite u.a. bezüglich der Selbststeuerung auf. Die Ärzte der Klinik L.____ sind sich offenbar dessen nicht bewusst gewesen, dass die Beschwerdeführerin nicht nur ihre körperlichen, sondern auch ihre psychischen Beschwerden - jedenfalls in deren Ausmass - zumindest übertrieben hat. Im übrigen hat sich der Zustand der Beschwerdeführerin gemäss den Angaben der Ärzte der Klinik L.____ während des stationären Aufenthalts deutlich gebessert, wobei offen geblieben ist, ob sich das auch auf die angeblichen psychotischen Symptome bezogen hat. Auch dieser Bericht vermag also die Überzeugungskraft der Arbeitsfähigkeitsschätzung im Gutachten der MEDAS nicht in Frage zu stellen. Im letzten Bericht der Klinik L.____ vom 14. Oktober 2008 über einen stationären Aufenthalt fehlt der Hinweis auf psychotische Symptome



und auch in bezug auf die Depression wird nur noch von einer mittelgradigen Episode ausgegangen. Zusammenfassend erweist sich die Arbeitsfähigkeitsschätzung der MEDAS demnach als überwiegend wahrscheinlich richtig. Das gilt auch für die Einschätzung betreffend die Zeit ab 2003, denn es ist mit den vorhandenen medizinischen Akten in Übereinstimmung zu bringen, dass sich der effektive psychische Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin (mit Ausnahme allfälliger kurzfristiger und vorübergehender Verschlechterungen) in den Jahren ab 2003 nicht wesentlich verändert hat. Die Beschwerdegegnerin hat im Lauf des Beschwerdeverfahrens geltend gemacht, die diagnostizierte psychische Beeinträchtigung könne gar keine Arbeitsunfähigkeit zur Folge haben, da sie entsprechend der höchstrichterlichen Rechtsprechung als durch eine zumutbare Willensanstrengung vollumfänglich überwindbar zu betrachten sei. Die leichte bis mittelschwere depressive Episode sei nämlich keine psychiatrische Komorbidität, sondern nur eine reaktive Begleiterscheinung der somatoformen Schmerzstörung. Entgegen der missverständlichen Formulierung steht nicht die Überwindung der somatoformen Erkrankung und der depressiven Episode zur Diskussion, denn das liefe ja auf eine willentliche Selbstheilung hinaus. Dasselbe gilt für eine Überwindung der empfundenen Schmerzen in dem Sinn, dass mittels einer Willensanstrengung eine weitgehende Schmerzfreiheit erreicht werden müsste. Zur Diskussion steht nur eine aus der Krankheitsüberzeugung und aus der Schmerzempfindung erwachsene subjektive Arbeitsunfähigkeitsüberzeugung. Sie gilt es durch eine zumutbare Willensanstrengung zu überwinden. Es wird also von der versicherten Person verlangt, dass sie trotz der empfundenen Schmerzen und trotz der pessimistischen Einstellung zur persönlichen Leistungsfähigkeit arbeite. Demnach ist es irrelevant, welche Ursache die neben der somatoformen Schmerzstörung auftretende rezidivierende Depression hat, ob sie also selbständig entstanden ist oder ob sie nur eine Folgekrankheit der somatoformen Schmerzstörung ist. Massgebend ist nur, ob sie geeignet ist, die versicherte Person (ganz oder auch nur teilweise) an der willentlichen Überwindung der Arbeitsunfähigkeitsüberzeugung zu hindern. Dabei ist zu beachten, dass die Folgen einer Depression grundsätzlich geeignet sind, die der versicherten Person zur Überwindung der subjektiven Arbeitsunfähigkeitsüberzeugung und zur Wiederaufnahme einer Erwerbstätigkeit zur Verfügung stehende Willensenergie herabzusetzen. Wer zusätzlich zu den Schmerzen auch noch depressionsbedingt Mühe



hat, über längere Zeit aufmerksam und konzentriert eine bestimmte Tätigkeit auszuüben, dem fällt es schwerer, die subjektive Arbeitsunfähigkeitsüberzeugung zu überwinden. Jedenfalls benötigt er, wie die Beschwerdeführerin, vermehrte Pausen, um sich erholen zu können. Das bedeutet, dass die Depression bei der Beantwortung der Frage, ob eine somatoforme Schmerzstörung durch eine zumutbare Willensanstrengung "überwunden" werden könne, d.h. ob eine versicherte Person trotz der somatoformen Schmerzstörung zu 100% einer Erwerbstätigkeit nachgehen könne, nicht einfach ignoriert werden kann, unabhängig davon, ob sie eine eigenständige Erkrankung oder nur eine Folge der somatoformen Schmerzstörung ist. Der psychiatrische Sachverständige hat den Folgen der Depression für die zumutbare Arbeitsfähigkeit Rechnung getragen, indem er den zusätzlichen Pausenbedarf auf 30% eines Vollpensums geschätzt hat. Angesichts der bei der Beschwerdeführerin objektiv vorhandenen Symptome der leichten bis mittelschweren depressiven Episode erweist sich diese Einschätzung als deutlich überzeugender als die Behauptung der Beschwerdegegnerin, die Folgen der Depression müssten ignoriert werden, weil es sich bei dieser Krankheit nicht um eine psychiatrische Komorbidität handle. Das zumutbare Invalideneinkommen ist deshalb ausgehend von einem Arbeitsfähigkeitsgrad der Beschwerdeführerin von 70% zu ermitteln.

1.2.4 Der Durchschnittslohn (Zentralwert) der Löhne der Hilfsarbeiterinnen aller Branchen hat gemäss der Lohnstrukturerhebung 2004 des Bundesamtes für Statistik Fr. 3893.- betragen. Dieser Lohn beruht auf einer Wochenarbeitszeit von 40 Std. Der Durchschnitt aller Branchen hat sich im Jahr 2004 aber auf 41,6 Std. belaufen. Der Durchschnittslohn ist entsprechend umzurechnen. Er beläuft sich auf Fr. 4048.72 bzw. Fr. 48'585.-. Bei einem Arbeitsfähigkeits- bzw. Beschäftigungsgrad von 70% entspricht das einem Jahreslohn von Fr. 34'010.-. Im Gegensatz zu den männlichen Hilfskräften müssen Hilfsarbeiterinnen bei einer Teilzeitbeschäftigung keinen überproportionalen Lohnnachteil in Kauf nehmen. Im Gegenteil kommt es bei ihnen im Vergleich zu dem auf einem Beschäftigungsgrad von 100% beruhenden Zentralwert sogar zu einem geringfügig unterproportionalen Lohnnachteil (vgl. die Schweizerische Lohnstrukturerhebung 2004, S. 25 Tabelle T6*). Wenn ein zusätzlicher Abzug vom statistischen Durchschnittseinkommen erfolgen muss, wie die Beschwerdeführerin annimmt, dann lässt sich dieser Abzug also nicht mit einem sogenannten "Teilzeitnachteil" erklären. Ursache eines "Leidensabzuges" können deshalb nur



allfällige Konkurrenz Nachteile der Beschwerdeführerin gegenüber gesunden Hilfsarbeiterinnen sein, die einen Arbeitgeber dazu veranlassen würden, die Beschwerdeführerin unterdurchschnittlich zu entlönnen, um bestehende oder auch nur drohende zusätzliche Lohnkosten zu kompensieren. Zu diesen zusätzlichen Lohnkosten gehören etwa die Gefahr überdurchschnittlicher Krankheitsabsenzen, die Notwendigkeit, für die versicherte Person einen besonderen Arbeitsplatz einzurichten, die Unfähigkeit der versicherten Person, Überstunden zu leisten, der Bedarf nach besonderer Rücksichtnahme usw. Diese Nachteile sind bei der Beschwerdeführerin, wenn sie einmal ihre Arbeitsunfähigkeitsüberzeugung überwunden hat, nur wenig ausgeprägt anzunehmen. Dies rechtfertigt es, den "Leidensabzug" ermessensweise auf 5% festzusetzen. Damit resultiert ein zumutbares Invalideneinkommen 2004 von Fr. 32'310.-.

1.3 Bei einem Valideneinkommen von Fr 59'501.- und einem zumutbaren Invalideneinkommen von Fr. 32'310.- resultiert eine Erwerbseinbusse von Fr. 27'191.-. Diese entspricht einem Invaliditätsgrad von aufgerundet 46%. Die Beschwerdeführerin hat also einen Anspruch auf eine Viertelsrente (Art. 28 Abs. 2 IVG). Gemäss der auf den vorliegenden Fall anwendbaren intertemporalrechtlichen Praxis (vgl. die IV-Rundschreiben Nr. 253 und Nr. 300 des Bundesamtes für Sozialversicherungen) bleibt die vor der 5. IV-Revision geltende Regelung der Anspruchsentstehung massgebend, weil der Versicherungsfall vor dem Inkrafttreten der Gesetzesänderung, nämlich vor dem 1. Januar 2008 eingetreten ist. Der Viertelsrentenanspruch der Beschwerdeführerin ist deshalb mit der Erfüllung des sogenannten Wartejahres entstanden (aArt. 29 Abs. 1 lit. b IVG). Die Beschwerdeführerin ist an ihrem Arbeitsplatz gemäss den Angaben von Dr. E.____ vom 26. April 2004 seit dem 10. Juni 2003 zu 100% arbeitsunfähig gewesen. Sie hat also am 10. Juni 2004 das Wartejahr erfüllt, so dass auf den Beginn dieses Monats, d.h. ab 1. Juni 2004 ein Anspruch auf eine Viertelsrente besteht.

2.

Zusammenfassend ist der Beschwerdeführerin mit Wirkung ab 1. Juni 2004 eine Viertelsrente zuzusprechen. Die Sache ist zur Ermittlung des Rentenbetrages und zur Ausrichtung der Rentenleistungen an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. In



bezug auf das Begehren um die Zusprache einer Parteienschädigung ist dieser Verfahrensausgang als vollumfängliches Obsiegen zu qualifizieren. Die Beschwerdeführerin hat deshalb einen Anspruch auf eine volle Parteienschädigung. Diese Entschädigung bemisst sich nach der Bedeutung der Streitsache und nach der Schwierigkeit des Prozesses (Art. 61 lit. g ATSG). Unter Berücksichtigung dieser beiden Kriterien erscheint das vorliegende Verfahren als durchschnittlich, so dass die Parteienschädigung praxisgemäss auf Fr. 3500.- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) festzusetzen ist. Die Beschwerdegegnerin wird die Beschwerdeführerin also mit Fr. 3500.- zu entschädigen haben. Das Beschwerdeverfahren in IV-Sachen ist kostenpflichtig. Die Gerichtsgebühr bemisst sich nach dem Verfahrensaufwand (Art. 69 Abs. 1^{bis} IVG). Auch hier ist von einem durchschnittlichen Verfahren auszugehen, weshalb die Gerichtsgebühr praxisgemäss auf Fr. 600.- festzusetzen ist. Da die unterliegende Beschwerdegegnerin für die Gerichtskosten aufzukommen hat, wird der von der Beschwerdeführerin geleistete Kostenvorschuss von Fr. 600.- zurückerstattet werden.

Demgemäss hat das Versicherungsgericht

im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP

entschieden:

1. Die Beschwerde wird in dem Sinn gutgeheissen, dass der Beschwerdeführerin mit Wirkung ab 1. Juni 2004 eine Viertelsrente zugesprochen wird; die Sache wird zur Ermittlung und Ausrichtung der Viertelsrente an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen.
2. Die Beschwerdegegnerin hat der Beschwerdeführerin eine Parteienschädigung von Fr. 3500.- zu bezahlen.
3. Die Beschwerdegegnerin hat eine Gerichtsgebühr von Fr. 600.- zu bezahlen; der in gleicher Höhe geleistete Kostenvorschuss ist der Beschwerdeführerin zurückzuerstatten.