



Fall-Nr.: IV 2010/390
Stelle: Versicherungsgericht
Rubrik: IV - Invalidenversicherung
Publikationsdatum: 19.06.2020
Entscheiddatum: 20.11.2012

Entscheid Versicherungsgericht, 20.11.2012

**Art. 16 ATSG. Invaliditätsbemessung mittels Einkommensvergleich
(Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 20.
November 2012, IV 2010/390).**

Entscheid Versicherungsgericht, 20.11.2012

Vizepräsident Joachim Huber, a.o. Versicherungsrichterin Gertrud Condamin-Voney,
Versicherungsrichter Martin Rutishauser; Gerichtsschreiber Ralph Jöhl

Entscheid vom 20. November 2012

in Sachen

A.____,

Beschwerdeführerin,

vertreten durch Rechtsanwalt lic. iur. Christian Thöny, Bahnhofstrasse 8, 7000 Chur,

gegen

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

Beschwerdegegnerin,

betreffend

Rente



Sachverhalt:

A.

A.a A.____ meldete sich am 1. Juni 1991 zum Bezug von IV-Leistungen an (IV-act. 5). Sie arbeitete als Heilmasseurin. Am 28. Januar 1990 hatte sie bei einem Autounfall ein Schleudertrauma der HWS erlitten. Als Folge davon litt sie an einem chronischen zervikovertebralen, zervikozephalen und rechtsseitig zervikokranialen Syndrom C6 (IV-act. 11). Ende August 1992 nahm sie eine Umschulung zur Heilpraktikerin in Angriff (IV-act. 19). Das Arbeitsverhältnis mit dem B.____ wurde am 31. Juli 1993 als Folge der andauernd hohen Arbeitsunfähigkeit der Versicherten als Heilmasseurin aufgelöst (IV-act. 22-3). Die Umschulung zur Naturheilpraktikerin wurde erst am 4. November 1993 rückwirkend bewilligt (IV-act. 33, 41). Prof. Dr. med. C.____, Chefarzt Neurologie an der Schulthess Klinik in Zürich, berichtete der Unfallversicherung (Winterthur Versicherungen, heute: AXA Versicherungen AG) in einem Gutachten vom 29. Dezember 1998 (IV-act. 80), der Verlauf seit dem Unfall sei wechselnd gewesen. Persistiert hätten Schmerzen im Bereich der oberen HWS, zeitweise auch Kopfschmerzen und rechtsseitige Armschmerzen. Diese nähmen unter Belastung jeweils stark zu. Die aktuelle somatische Schmerzsymptomatik, die rechtsseitige Brachialgie mit sensiblem Reizsyndrom C6 und das neuropsychologische Syndrom mit Konzentrations- und Gedächtnisstörungen seien typisch für die Folgen einer indirekten HWS-Traumatisierung, auch wenn keine neurologischen Ausfälle objektiviert werden könnten. Die Röntgenaufnahmen liessen einen Verdacht auf eine Instabilität im Segment C2/3 entstehen. Diese Instabilität könne durchaus die Ursache der persistierenden Beschwerden sein. Es bestehe keine Aggravationstendenz. Am 2. Februar 1999 gab Prof. Dr. C.____ ergänzend an (IV-act. 79), die Arbeitsunfähigkeit der Versicherten als Naturheilpraktikerin betrage 30%. Mit einer Mitteilung vom 14. Oktober 1999 (IV-act. 83) schrieb die IV-Stelle das Gesuch der Versicherten vom 19. Juni 1991 zufolge Rückzugs als gegenstandslos ab.

A.b Die Versicherte meldete sich am 7. Juli 2004 erneut zum Bezug von IV-Leistungen an (IV-act. 1). Sie beantragte unter Verweis auf ein für die Unfallversicherung erstelltes Gutachten die Ausrichtung einer Invalidenrente. Das Gutachten der MEDAS Zentralschweiz vom 28. Mai 2004 (Fremdakten) stützte sich auf rheumatologische,



neurologische, neuropsychologische und psychiatrische Abklärungen. Der rheumatologische Sachverständige hatte in seinem Konsilium vom 11. Februar 2004 (Fremdakten) ausgeführt, ihm lägen aktuelle Röntgenaufnahmen der HWS ap./seitlich sowie Funktionsaufnahmen im seitlichen Strahlengang in Inklination und Reklination vor. Die Versicherte leide an einem zervikozephalen Beschwerdekomples mit einem latenten Schultergürtelkompressionssyndrom (thoracic outlet syndrome) und an einem thorakovertebralen Schmerzsyndrom. Das zervikothorakovertebrale Syndrom führe zu Muskelanspannungen und dadurch zu einer eingeschränkten Beweglichkeit, das Schultergürtelkompressionssyndrom bei gewissen Provokationsstellungen zu Brachialgien und Sensibilitätsstörungen in den Armen. Was die radiologischen Befunde angehe, so denke er nicht, dass eine relevante behandlungsbedürftige ligamentäre Instabilität vorliege. Die funktionsradiologischen Befunde passten eher zu einer konstitutionellen Hyperlaxizität (die sich klinisch auch an den peripheren Gelenken zeige) als zu einer eindeutigen, traumatisch induzierten ligamentären Instabilität. Deshalb würde die Versicherte nicht von einem operativen Eingriff (Spondylodese) profitieren. In den letzten Jahren sei auch nie eine Operationsindikation gestellt worden. In der neuen Arbeit als Heilpraktikerin veranschlage er die Arbeitsunfähigkeit auf 50%. Er denke nicht, dass es eine alternative Tätigkeit gebe, bei der die Arbeitsfähigkeit wesentlich höher angesetzt werden könnte. Ungünstig seien Haltungsmonotonien, Arbeiten mit grossem Kraftaufwand der Hände, Arbeiten mit vornüber geneigtem Oberkörper, Heben und Tragen von Lasten über 5 kg sowie Arbeiten oberhalb der Schulterebene. Der neurologische Sachverständige hatte am 9. Februar 2004 berichtet, er habe ein zervikales Schmerzsyndrom ohne Fehlhaltung festgestellt. Bei der klinischen Untersuchung seien keine sicheren Hinweise für eine radikuläre Reiz- oder Ausfallsymptomatik nachweisbar gewesen. Die in den Akten erwähnte Wurzelläsion C6 sei nicht nachweisbar gewesen. Das gelte auch für das früher erwähnte Karpaltunnelsyndrom. Die intermittierenden, bei Belastung vom Nacken her ausstrahlenden Beschwerden in den Armen seien als pseudoradikuläres rheumatologisches Syndrom zu werten. Es fehlten auch Hinweise auf eine relevante Myelopathie oder eine Polyneuropathie. Die Kopfschmerzen seien als idiopathisch zu werten, wobei das zervikale Schmerzsyndrom ein wichtiger Provokationsfaktor sei. Die Versicherte sei aus der Sicht seines Fachgebiets uneingeschränkt arbeitsfähig. Der neuropsychologische Sachverständige hatte am 5. Februar 2004 angegeben, er habe



keine neuropsychologischen Defizite objektivieren können. Der psychiatrische Sachverständige hatte am 25. März 2004 festgehalten, es liege ein anhaltendes Schmerzsyndrom mit einer somatoformen Komponente nach HWS-Distorsion vor. Die Arbeitsfähigkeit sei eingeschränkt. Die polydisziplinäre Begutachtung ergab folgende Diagnose: Zervikozephalisches und thorakovertebrales Syndrom mit latentem Schultergürtelkompressionssyndrom (bei St. n. HWS-Distorsion und LWS-Kontusion, radiologisch leichter Fehlstatik der HWS und diskreter Chondrose C4/5, anhaltendes Schmerzsyndrom mit somatoformer Komponente, Spannungskopfschmerzen, funktionelle Kopfschmerzen im Rahmen einer einfachen Migräne mit visueller Aura). Die Versicherte wurde insgesamt als zu 50% arbeitsunfähig qualifiziert. Die IV-Stelle teilte dem Rechtsvertreter der Versicherten am 30. Dezember 2004 mit (IV-act. 109), dass sie den Invaliditätsgrad der Unfallversicherung übernehmen und deshalb deren Entscheid abwarten werde. In der Folge erkundigte sich die IV-Stelle von Zeit zu Zeit nach dem Verfahrensstand bei der Unfallversicherung. Diese nahm Abklärungen im Hinblick auf den von der Versicherten ausgeübten Schiesssport vor, da sie sich davon offenbar Rückschlüsse auf die Arbeitsfähigkeit erhoffte. Mit einer Verfügung vom 21. Februar 2008 (Fremdakten) wies die Unfallversicherung das Rentenbegehren der Versicherten ab. Sie begründete diesen Entscheid sinngemäss damit, dass angesichts der Fähigkeit der Versicherten, intensiv dem Schiesssport nachzugehen, keine Einschränkung in der Arbeitsfähigkeit bestehen könne. Es sei davon auszugehen, dass die Ärzte der MEDAS getäuscht worden seien. Der Rechtsvertreter der Versicherten teilte der IV-Stelle am 8. Januar 2009 mit (IV-act. 126), dass er den Entscheid des Unfallversicherers angefochten habe. Inzwischen sei eine Verschlechterung des Gesundheitszustands eingetreten. Die Leistungseinbusse betrage 70-80%. Am 23. November 2009 wies der Unfallversicherer die Einsprache der Versicherten ab (Fremdakten).

A.c Dr. med. D.____ vom RAD empfahl am 21. Dezember 2009 eine Vergleichsbegutachtung (IV-act. 129-2). Die IV-Stelle beauftragte die MEDAS Zentralschweiz mit einer solchen Begutachtung (IV-act. 133). Am 28. Januar 2010 erfolgte eine Abklärung an Ort und Stelle in der Wohnung der Versicherten. Der entsprechende Bericht vom 30. April 2010 (IV-act. 160) enthielt folgenden Passus: "Gemäss Angaben von A.____ wäre ihr Wunschziel 5 Kunden pro Tag, dies würde einer Tätigkeit von ca. 5 Stunden entsprechen, was wiederum einem Beschäftigungsgrad von ca. 60% gleichkommen würde. Die restlichen 40% würden für Haushalt/Freizeit



verwendet. Dieses Wunschprogramm sei ihr jedoch in ihrem heutigen Gesundheitszustand nicht möglich zu erfüllen. Allerhöchstens 2 Patienten pro Tag, dies je nach gesundheitlichem Befinden" (IV-act. 160-4). Die Abklärungsperson gab weiter an, die Erwerbsfähigkeit könne weder durch eine Anpassung des Betriebs noch durch die Anschaffung von Hilfsmitteln wesentlich verbessert werden. Bevor ein Wechsel in ein Angestelltenverhältnis diskutiert werden könne, müsse Klarheit über die medizinisch zumutbare Arbeitsfähigkeit bestehen. Abschliessend äusserte die Abklärungsperson die Vermutung, dass die Arbeitsfähigkeit der Versicherten in einer adaptierten Tätigkeit wesentlich höher wäre. Der Rechtsvertreter der Versicherten hatte sich am 28. Januar 2010 (IV-act. 150) gegen das von der Abklärungsperson gezeigte Verhalten (Verachtung, Misstrauen, ständige Provokationen) verwahrt.

A.d Im Gutachten der MEDAS Zentralschweiz vom 21. Juni 2010 (IV-act. 161) wurde ausgeführt, bei der ersten Begutachtung im Jahr 2004 habe die Einschränkung der Arbeitsfähigkeit schwergewichtig auf der Beurteilung des Rheumatologen basiert. Dieser habe damals eine Restarbeitsfähigkeit von 50% angegeben. Der Neurologe und die Neuropsychologin hätten 2004 keine Arbeitsunfähigkeit attestiert. Der Psychiater habe damals ein anhaltendes Schmerzsyndrom mit somatoformer Komponente angegeben, die Einschränkung aber nicht quantifiziert. Bei der aktuellen Untersuchung habe die Versicherte angegeben, sie habe nie eine Leistung von 50% erreicht; die Leistung habe maximal 25% betragen. Sie brauche nämlich eine, wenn nicht zwei Stunden Pause zwischen den Patienten. Diese Angaben hätten in einem krassen Gegensatz zum Alltagsverhalten der Versicherten gestanden. Diese habe berichtet, dass sie oft durch "Blockaden" arbeitsunfähig sei, aber bei der Untersuchung sei sie in Holzschuhen und mit Rucksack sowie mit einem auffällig sthenischen Gehabe erschienen. Sie habe mitgeteilt, dass sie Bergwanderungen mache und dass sie mit dem Hund möglichst zügig spaziere. Obwohl sie gemäss ihren Angaben die Arme und Hände oft kaum einsetzen könne, sei sie andererseits in der Lage, Woche für Woche an Schiesswettbewerben teilzunehmen. Sie habe eine Menge von Aussagen gemacht, die nahe am nicht mehr Erfüllbaren/Paranormalen erschienen seien. Hier hätten sich Elemente einer schweren Persönlichkeitsstörung gezeigt, die der Psychiater denn auch bestätigt habe. Der Rheumatologe hatte in seinem Konsilium vom 25. April 2010 (IV-act. 161-32 ff.) ausgeführt, schon bei der ersten Abklärung im Jahr 2004 habe er festgehalten, dass es keine sicheren Hinweise für eine relevante Instabilität der HWS



gebe, dass die funktionsradiologischen Befunde gut zu einer konstitutionellen Hyperlaxizität passten und dass keine Indikation für eine operative Spondylodese bestehe. Inzwischen sei am 29. Dezember 2008 ein Karpaltunnelsyndrom rechts operiert worden. Wenn er die damaligen Befunde mit der aktuellen Untersuchung vergleiche, so seien die myofaszialen Befunde nun deutlich weniger ausgeprägt. Es finde sich ein mehrheitlich myotendinotisches Zervikalsyndrom mit einem latenten thoracic outlet syndrome rechts. Die ausgesprochen geringe berufliche Belastbarkeit könne mit den objektivierbaren Befunden am Bewegungsapparat nur zu einem kleinen Teil erklärt werden. Auf der Ebene struktureller Befunde seien radiologisch nur leichtgradige, dem Alter der Versicherten entsprechende degenerative Veränderungen festgestellt worden. Die von der Versicherten angegebenen rezidivierend im thorakalen und lumbalen Bereich auftretenden "Blockaden" entsprächen vermutlich segmentalen Dysfunktionen. Aktuell könne streng auf objektivierbare strukturelle Veränderungen beschränkt keine dauerhafte Arbeitsunfähigkeit attestiert werden. Relevante strukturelle Läsionen hätten schon im Jahr 2004 nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit belegt werden können. Die Rechtsprechung habe die Anforderungen an den Beweis inzwischen verschärft. Die Neurologin berichtete in ihrem Teilgutachten vom 10. Mai 2010 (IV-act. 161-45 ff.), im Vergleich zu früheren neurologischen Beurteilungen könnten keine eindeutige zervikoradikuläre sensible Symptomatik und kein eindeutiges zervikobrachiales Syndrom nachgewiesen werden. Aus neurologischer Sicht bestehe keine Arbeitsunfähigkeit. Der psychiatrische Sachverständige hielt in seinem Teilgutachten vom 26. April 2010 fest (IV-act. 161-52 ff.), eine Aggravation oder eine Simulation könnten ausgeschlossen werden. Die Kriterien einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung seien nicht erfüllt, es könne nämlich kein anhaltender quälender Schmerz objektiviert werden. Das Schmerzsyndrom sei auch nicht durch eine major depression oder eine floride posttraumatische Belastungsstörung zu erklären. Das gelte auch für eine zönästhetische Schizophrenie, obwohl sich einige typische Merkmale wie Leistungsknick, Belastungsinsuffizienz, zunehmend deutlicher werdende affektive Wandlung, Persönlichkeitsänderung, psychästhetische Minussymptomatik, Veränderung im emotionalen Wesen, in der Beziehungsfähigkeit und im Kontaktverhalten nachweisen liessen. Klinisch fänden sich bei der Versicherten dissoziative Zeichen wie parathyme Affektlage, mechanistische und monotone Stimme, ausgeprägte Parfümierung. Differentialdiagnostisch sei deshalb eine dissoziative



Störung in Betracht zu ziehen. Die Versicherte sei auf der Verhaltensebene teilweise dissoziiert. Das gelte auch für die affektive Ebene. Auch kinästhetisch scheine die Versicherte dissoziiert zu sein, d.h. die Körperwahrnehmung sei gestört. Es müsse davon ausgegangen werden, dass in den letzten Jahren eine Persönlichkeitsänderung eingesetzt habe. Diese könne phänomenologisch mit einer dissoziativen Störung umschrieben werden. Die Persönlichkeitsänderung sei chronifiziert. Sie habe Krankheitswert. Die Angaben der Versicherten seien glaubwürdig (ungenügende Aufmerksamkeit für administrative Arbeiten, erhöhte Ermüd- und Erschöpfbarkeit). Die Versicherte sei in ihrer Beziehungs- und Bezugsfähigkeit der Umwelt gegenüber eingeschränkt, was Auswirkungen auf ihre Tätigkeit haben dürfte. Auch die Angaben zur teilweise grotesken Durchstrukturierung des Tagesablaufs seien glaubhaft. Mit der jetzigen Tätigkeit sei die Versicherte bis an die Grenzen ihrer psychischen Belastbarkeit gefordert. Die Arbeitsunfähigkeit betrage 50%, da die Versicherte auf Erholungspausen angewiesen sei, um den emotionalen Distress zu reduzieren. Durch medizinische Massnahmen könne dieser Zustand nicht verbessert werden. Die polydisziplinäre Beurteilung ergab als einzige arbeitsfähigkeitsrelevante Diagnose diejenige einer Persönlichkeitsänderung (ICD-10 F62.9) mit dissoziativen Persönlichkeitsanteilen (ICD-10 F44.8). Die Arbeitsunfähigkeit wurde interdisziplinär auf 50% geschätzt. Dr. med. E.____ und Dr. med. D.____ vom RAD betrachteten dieses Verlaufsgutachten der MEDAS Zentralschweiz als umfassend, konsistent und in sich widerspruchsfrei (IV-act. 162-2).

A.e Mit einem Vorbescheid vom 5. Juli 2010 kündigte die IV-Stelle der Versicherten die Abweisung des Rentengesuchs an (IV-act. 165). Sie begründete den vorgesehenen Entscheid damit, dass die Versicherte ihre Arbeit noch zu 40%, die administrativen Tätigkeiten noch zu 10% und die Reinigungsarbeiten/Wäsche noch zu 10% ausüben könne. Das ergebe das Wunschprogramm von 60%, so dass im Erwerb keine Einschränkung bestehe. Im Haushalt bestehe ebenfalls keine relevante Einschränkung. Somit liege keine Invalidität vor. Die Versicherte liess am 19. Juli 2010 einwenden (IV-act. 166), es stehe ein Rentenanspruch ab Juli 2003 zur Diskussion. Das Gutachten von 2004 und dasjenige von 2010 gingen von einem Arbeitsunfähigkeitsgrad von 50% aus. Der Einkommensvergleich hätte als erwerblich gewichteter Einkommensvergleich erfolgen müssen. Anhand der Erfolgsrechnungen würde ein deutlich über 50% liegender Invaliditätsgrad resultieren. Die Anwendung der gemischten Methode der



Invaliditätsbemessung beruhe auf einer falschen bzw. missverständlichen Protokollierung im Bericht über die Abklärung an Ort und Stelle. Die Abklärungsperson habe protokolliert, was die Versicherte unter Beeinträchtigung ihrer gesundheitlichen Entwicklung noch als maximal erreichbares Wunschziel betrachtet habe, und nicht das Wunschziel einer vollständig Gesunden. Die IV-Stelle wies das Rentengesuch mit einer Verfügung vom 16. September 2010 ab (IV-act. 167).

B.

B.a Die Versicherte liess am 6. Oktober 2010 Beschwerde erheben (act. G 1) und die Zusprache einer halben Invalidenrente aufgrund eines Invaliditätsgrads von mindestens 50% rückwirkend ab Juli 2003 beantragen. Ihr Rechtsvertreter führte zur Begründung aus, die Parteien seien sich darin einig, dass eine Arbeitsunfähigkeit von 50% bestehe. Streitig sei lediglich die Anwendbarkeit der gemischten Methode der Invaliditätsbemessung. Bis zum Unfall habe die wöchentliche Arbeitszeit 42 Std. betragen. Nach dem Unfall sei ausschliesslich aus gesundheitlichen Gründen eine Reduktion auf 50% erfolgt. Es habe damals keinen Hinweis darauf gegeben, dass die Beschwerdeführerin ihre Arbeitstätigkeit reduziert hätte, wenn sie gesund geblieben wäre. Das gelte auch heute noch. Die Abklärung an Ort und Stelle sei keine Haushaltsabklärung gewesen, sondern es seien die Verhältnisse als Selbständigerwerbende untersucht worden. Es sei nicht die Rede davon gewesen, wieviel die Beschwerdeführerin als Gesunde arbeiten würde. Die Beschwerdeführerin habe der Abklärungsperson ihr Ziel angegeben, trotz der Unfallfolgen im Durchschnitt fünf Kunden täglich zu haben.

B.b Die Beschwerdegegnerin beantragte am 6. Dezember 2010 die Abweisung der Beschwerde (act. G 4). Sie machte geltend, selbst wenn nicht die gemischte Methode der Invaliditätsbemessung zur Anwendung gelange, bestehe kein Rentenanspruch. Das erste MEDAS-Gutachten vermöge nämlich nicht zu überzeugen. Aufgrund der damaligen somatischen Befundlage sei die Arbeitsfähigkeitsschätzung (50%) gar nicht nachvollziehbar. Die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin könne damals höchstens in qualitativer Hinsicht eingeschränkt gewesen sein. Es könne auf die Ausführungen in der UV-Verfügung und im UV-Einspracheentscheid verwiesen werden. Die MEDAS selbst habe ihre Arbeitsfähigkeitsschätzung aus dem ersten Gutachten im zweiten Gutachten korrigiert. Sie habe nämlich eingeräumt, dass bei der ersten



Arbeitsfähigkeitsschätzung auf die subjektive Sichtweise der Beschwerdeführerin abgestellt worden sei. In bezug auf die körperlichen Einschränkungen sei die Beschwerdeführerin bei objektiver Betrachtung durchgehend zu 100% arbeitsfähig gewesen. Auch die im ersten Gutachten gestellte psychiatrische Diagnose habe keine Arbeitsunfähigkeit zu begründen vermocht, da eine zumutbare Willensanstrengung möglich gewesen wäre. Die im zweiten Gutachten gestellte psychiatrische Diagnose einer Persönlichkeitsänderung sei falsch, da unbestrittenermassen weder eine Hirnschädigung noch eine schwere psychische Erkrankung vorliege. Dabei handle es sich um (alternative) zwingende Voraussetzungen einer solchen Diagnose. Das zweite Gutachten sei auch falsch, weil es eine Aggravation verneine. Die Beschwerdeführerin habe nämlich aggraviert, wie sich dem UV-Einspracheentscheid entnehmen lasse. Eine Persönlichkeitsänderung sei nicht per se invalidisierend. Es bedürfe einer Komorbidität. Eine solche fehle aber, da die dissoziativen Zeichen nicht einer Komorbidität gleichgesetzt werden könnten. Auch bei einer Persönlichkeitsänderung sei von einer zumutbaren Willensanstrengung auszugehen. Die Beschwerdeführerin sei somit zu 100% arbeitsfähig.

B.c Die Beschwerdeführerin liess am 9. Februar 2011 einwenden (act. G 8), die Beschwerdegegnerin und die Gutachter hätten ihre somatischen Beschwerden bagatellisiert. Am 15. Dezember 2010 seien eine Diskektomie mit Cap-Einlage C4/5/6 und eine ventrale Plattenosteosynthese C4 bis C6 vorgenommen worden. Der operierende Neurochirurg Dr. med. Ch. Bärlocher habe am 25. Januar 2011 angegeben, die Beschwerdeführerin habe an klaren physischen Beschwerden in der Form eines zervikospondylogenen Schmerzsyndroms bei segmentaler Instabilität HWS 4/5 und 5/6 mit therapieresistentem Facettengelenksyndrom gelitten. Die Nackenschmerzen seien seither fast vollständig verschwunden und die Beschwerdeführerin dürfte aus somatischer Sicht ab dem 1. März 2011 wieder zu 100% arbeitsfähig sein. Im Operationsbericht sei Bezug genommen worden auf die seit dem Unfall von 1990 bestehenden Nacken-, Schulter- und Armschmerzen, als deren Ursache die Streckfehlhaltung mit beginnender Osteochondrose C4/5/6 mit diskreter Anterolisthesis C4/5 erkannt worden sei. Aus den damaligen echtzeitlichen medizinischen Akten hätten sich zahlreiche Hinweise auf eine posttraumatische Instabilität ergeben. Entgegen der Auffassung der MEDAS habe der Unfall also doch somatische Beschwerden in der Form einer Instabilität der HWS verursacht. Im zweiten



MEDAS-Gutachten sei ausführlich begründet worden, weshalb eine Aggravation auszuschliessen gewesen sei. Es sei schwer nachvollziehbar, weshalb die Beschwerdegegnerin doch eine Aggravation unterstelle. Aufgrund der somatischen Befunde könne nicht von einer somatoformen Schmerzstörung ausgegangen werden, womit die von der Beschwerdegegnerin angeführte höchstrichterliche Rechtsprechung nicht von Belang sei. Allenfalls müsste eine psychische Komorbidität bejaht werden.

B.d Die Beschwerdegegnerin verzichtete am 15. Februar 2011 auf eine Duplik (act. G 10).

B.e Mit einem Urteil vom 12. Juli 2011 (UV 2010/1) verneinte das Versicherungsgericht des Kantons St. Gallen die adäquate Kausalität zwischen dem von der Beschwerdeführerin erlittenen Unfall und den geklagten Beschwerden. Einzig in Bezug auf das im Dezember 2008 operierte Karpaltunnelsyndrom wies es die Sache zur Prüfung einer allfälligen adäquaten Kausalität an die Unfallversicherung zurück.

Erwägungen:

1.

Die Beschwerdeführerin ist seit dem 28. Januar 1990 in ihrem angestammten Beruf arbeitsunfähig. Die Anmeldung zum Leistungsbezug ist am 7. Juli 2004 erfolgt. Es steht also ein Versicherungsfall zur Diskussion, der vor dem 1. Januar 2008, dem Inkrafttretenszeitpunkt der neuen, nachteiligen Regelung des Rentenbeginns in der 5. IV-Revision, entstanden ist. Die Anmeldung zum Leistungsbezug ist ebenfalls vor dem 1. Januar 2008 erfolgt. Für solche "alten" Fälle sieht die Übergangslösung zur 5. IV-Revision (vgl. das IV-Rundschreiben Nr. 253 des Bundesamtes für Sozialversicherungen) die Weiteranwendbarkeit des "alten", an sich aufgehobenen Rechts vor. Gemäss aArt. 29 Abs. 1 lit. b IVG entsteht der Rentenanspruch mit der Erfüllung des sogenannten Wartejahrs, d.h. in dem Zeitpunkt, in dem die versicherte Person während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch mindestens zu 40% arbeitsunfähig gewesen ist. Grundsätzlich stünde also ein Rentenanspruch ab Januar 1991 zur Diskussion. Die Beschwerdeführerin hat sich aber erst im Juli 2004 zum Rentenbezug angemeldet. Gemäss aArt. 48 Abs. 2 IVG besteht in einem solchen Fall



für die zwölf der Anmeldung vorangehenden Monate ein Nachzahlungsanspruch, falls die versicherte Person im massgebenden Zeitraum tatsächlich bereits zu 40% oder mehr invalid gewesen ist. Zu prüfen ist also, wie die Beschwerdeführerin zu Recht geltend gemacht hat, ein Rentenanspruch ab 1. Juli 2003.

2.

2.1 Gemäss Art. 28a Abs. 1 IVG i.V.m. Art. 16 ATSG ist die Invalidität grundsätzlich durch einen Einkommensvergleich zu ermitteln. Bei nichterwerbstätigen Versicherten im Sinn von Art. 5 Abs. 1 IVG – so namentlich bei im Haushalt tätigen Personen – wird hingegen für die Bemessung der Invalidität darauf abgestellt, in welchem Mass eine Behinderung besteht, sich im bisherigen Aufgabenbereich zu betätigen (Art. 28a Abs. 2 IVG). Als Aufgabenbereich der im Haushalt tätigen versicherten Personen gilt unter anderem die übliche Tätigkeit im Haushalt sowie die Erziehung der Kinder (Art. 27 IVV). Bei einer versicherten Person, die nur zum Teil erwerbstätig wäre, wird die Invalidität diesbezüglich nach Art. 16 ATSG festgelegt. Wäre die versicherte Person daneben in einem Aufgabenbereich tätig, so wird die Invalidität für diese Tätigkeit nach Art. 28a Abs. 2 IVG festgelegt. In diesem Fall sind die Anteile der Erwerbstätigkeit und der Tätigkeit im anderen Aufgabenbereich festzustellen und der Invaliditätsgrad ist entsprechend der Behinderung in beiden Bereichen zu bemessen (Art. 28a Abs. 3 IVG). Diese Art der Invaliditätsbemessung wird praxisgemäss als gemischte Methode bezeichnet. Gemäss Art. 27^{bis} IVV ist nur der Einkommensvergleich anzustellen, wenn anzunehmen ist, dass die versicherte Person im Zeitpunkt der Prüfung des Rentenanspruchs ohne den Gesundheitsschaden ganztätig erwerbstätig wäre. In ständiger Rechtsprechung prüft das Bundesgericht die Frage, ob und gegebenenfalls in welchem Ausmass eine versicherte Person auch ohne den Gesundheitsschaden im Aufgabenbereich tätig wäre, anhand der hypothetischen Verhaltensweise der versicherten Person. Nach Ansicht des Bundesgerichts ist dazu abzuklären, ob die versicherte Person ohne den Gesundheitsschaden mit Rücksicht auf die gesamten Umstände (persönlicher, familiärer, sozialer und erwerblicher Art) erwerbstätig oder im Aufgabenbereich tätig wäre. Dabei sollen die finanzielle Notwendigkeit der Aufnahme oder der Ausdehnung einer Erwerbstätigkeit, allfällige Erziehungs- und Betreuungsaufgaben, das Alter der versicherten Person, deren berufliche Fähigkeiten, Neigungen und Begabungen massgebend sein. Abzustellen sei auf die hypothetischen



Verhältnisse in tatsächlicher Hinsicht, wie sie sich bis zum massgebenden Zeitpunkt entwickelt haben würden (vgl. etwa BGE 125 V 150). Die Beschwerdegegnerin stützt sich für ihre Annahme, die Beschwerdeführerin habe angegeben, sie ginge als Gesunde nur zu 60% einer Erwerbstätigkeit nach, auf einen unklaren Passus im Bericht über die Abklärung an Ort und Stelle. Dieser Passus lässt sich zwar so interpretieren, wie die Beschwerdegegnerin annimmt. Sollte die Beschwerdeführerin allerdings die Fragestellung nicht richtig verstanden und sich deshalb nicht in die fiktive Situation als Gesunde, sondern - wie sie später behauptet hat - nur in die Situation bei bestmöglicher Beherrschung der Krankheit versetzt haben, so bezieht sich die Angabe von täglich fünf Patienten tatsächlich nicht auf den "Gesundheitsfall". Die Aufforderung, sich in eine fiktive Situation ohne Gesundheitsbeeinträchtigung zu versetzen und sich dann vorzustellen, in welchem Umfang man einer Erwerbstätigkeit nachginge, ist nicht leicht nachvollziehbar und setzt im übrigen ein beträchtliches Abstraktionsvermögen voraus, insbesondere wenn eine versicherte Person schon lange krank ist. Eine verlässliche Antwort setzt also nicht nur eine klare Fragestellung, sondern auch eine sorgfältige Erklärung des Zwecks dieser Fragestellung voraus. Da die Abklärungsperson es in Missachtung ihrer Protokollierungspflicht unterlassen hat, ihre Fragestellung und allfällige Erklärungen im Abklärungsbericht festzuhalten, lässt sich der wahre Sinn des relevanten Passus nicht ermitteln. Von einer Wiederholung der Befragung ist in antizipierender Beweiswürdigung keine überzeugende Klärung der Sachlage zu erwarten, da sich die Beschwerdeführerin inzwischen der grossen Tragweite ihrer Antwort bewusst ist. Damit bleibt nur die Möglichkeit, die Frage nach dem Erwerbsgrad im fiktiven "Gesundheitsfall" anhand von Indizien zu beantworten. Für die von der Beschwerdegegnerin behauptete Beschränkung auf einen Beschäftigungsgrad von 60% spricht nur der Umfang der sportlichen Betätigung. Da die Beschwerdeführerin einen Einpersonenhaushalt zu versorgen hat, wäre sie auch bei einem Beschäftigungsgrad von 100% in der Lage, sehr viel Zeit in ihre sportlichen Aktivitäten zu investieren. Damit lässt sich eine Beschränkung des hypothetischen Beschäftigungsgrads bei fiktiver voller Gesundheit auf 60% also nicht plausibel begründen. Dem steht gegenüber, dass die Beschwerdeführerin auf das Einkommen aus einer vollzeitlichen Beschäftigung angewiesen wäre, da ihre Stundeansätze eher tief sind (bzw. konkurrenzbedingt wohl sein müssen). Ein Beschäftigungsgrad von 100% ist deshalb plausibler als ein solcher von 60%. Das bedeutet, dass die



Invaliditätsbemessung nicht nach der sogenannten gemischten Methode, sondern mittels eines reinen Einkommensvergleichs zu erfolgen hat.

2.2 Gemäss Art. 16 ATSG ist zur Bemessung des Invaliditätsgrads 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 sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Valideneinkommen). Ein allfälliger Rentenanspruch kann bereits ab Juli 2003 bestanden haben. Der Einkommensvergleich hat deshalb anhand der Verhältnisse im Jahr 2003 zu erfolgen. Anschliessend ist - analog der regelmässigen revisionsweisen Überprüfung einer seit 2003 laufenden Invalidenrente - zu prüfen, ob sich der Invaliditätsgrad bis 2010 verändert hat. Die Beschwerdeführerin war medizinische Masseurin/Bademeisterin im B.____. Erst aufgrund der durch den Verkehrsunfall bewirkten dauernden, erheblichen Arbeitsunfähigkeit in diesem Beruf erfolgte eine Umschulung zur Naturheilpraktikerin. Diese Umschulung hat nur die Qualität der Invalidenkarriere (Naturheilpraktikerin statt medizinische Masseurin/Bademeisterin) verändert, da sie ausschliesslich dazu bestimmt gewesen ist, den behinderungsbedingten Verlust an Erwerbsfähigkeit im angestammten Beruf soweit als möglich zu überwinden. Die Validenkarriere besteht deshalb in der Tätigkeit als medizinische Masseurin/Bademeisterin, denn es gibt keinen überzeugenden Hinweis darauf, dass sich die Beschwerdeführerin auch ohne den Gesundheitsschaden auf eigene Kosten zur Naturheilpraktikerin hätte ausbilden lassen. Das Valideneinkommen entspricht deshalb dem Lohn, den die Beschwerdeführerin in den Jahren 2003 bis 2010 als medizinische Masseurin/Bademeisterin erzielt hätte. Das schliesst den vom Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin vorgeschlagenen erwerblich gewichteten Betätigungsvergleich aus, denn damit würde die Umschulung zur Naturheilpraktikerin als IV-spezifische Schadenminderungsmassnahme ("Eingliederung vor Rente", vgl. U. Kieser, ATSG-Kommentar, 2. A., Vorbemerkungen N. 47) unzulässigerweise ausgeblendet. Der Invaliditätsgrad der Beschwerdeführerin kann nur durch einen Einkommensvergleich ermittelt werden, bei dem das Valideneinkommen dem Lohn als medizinische Masseurin/Bademeisterin und das zumutbare Invalideneinkommen dem Reinertrag aus der selbständigen Tätigkeit als Naturheilpraktikerin entspricht. Soweit die Abklärung an Ort und Stelle dazu gedient



hat, die erwerbliche Einbusse im neuen Beruf als Naturheilpraktikerin zu ermitteln, ist ihr Ergebnis also irrelevant.

2.3

2.3.1 Das ausschlaggebende Element der Bemessung des zumutbaren Invalideneinkommens - und damit indirekt des Invaliditätsgrads - ist in aller Regel der Grad der verbliebenen Arbeitsfähigkeit in der Invalidenkarriere. Zu ermitteln ist somit der Arbeitsfähigkeitsgrad der Beschwerdeführerin in den Jahren 2003 bis 2010. Dazu liegen zwei Gutachten der MEDAS Zentralschweiz von 2004 und von 2010 vor. In beiden Gutachten ist der Beschwerdeführerin eine Arbeitsunfähigkeit als Naturheilpraktikerin von 50% attestiert worden. Im ersten Gutachten ist dieser Arbeitsunfähigkeitsgrad hauptsächlich mit einer Gesundheitsbeeinträchtigung rheumatologischer Natur begründet worden. Der psychiatrische Sachverständige hat zwar damals aus der Sicht seines Fachgebiets ebenfalls eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit angenommen, aber er hat diese nicht quantifiziert. Im zweiten Gutachten hat dann der psychiatrische Sachverständige den massgebenden Arbeitsunfähigkeitsgrad bestimmt. In seinem Konsilium vom 11. Februar 2004 hat der rheumatologische Sachverständige der MEDAS Zentralschweiz die Diagnose eines zervikozephalen und eines thorakovertebralen Syndroms mit latentem thoracic outlet syndrome rechtsbetont (St. n. HWS-Distorsion, radiologisch leichte Fehlstatik der HWS und diskrete Chondrose C4/5) gestellt. Er hat sich dabei u.a. auf von ihm selbst veranlasste und damit aktuelle Röntgenbefunde (inklusive Funktionsaufnahmen) der HWS und der BWS abgestützt. Das Ergebnis der klinischen und bildgebenden Untersuchung hat seiner Auffassung nach die Muskelanspannungen und die dadurch eingeschränkte Beweglichkeit und die Brachialgien und Sensibilitätsstörungen in den Armen erklärt. Er hat die Arbeitsfähigkeit auf 50% geschätzt, ohne aber darzulegen, wie und in welchem Umfang diese Beschwerden die Beschwerdeführerin daran hinderten, der Tätigkeit als Naturheilpraktikerin zu mehr als 50% nachzugehen. Er hat aber immerhin angegeben, welche Arten von körperlichen Tätigkeiten ungünstig seien. Ob er angenommen hat, die Beschwerdeführerin könne nur noch jene Teilbereiche der Tätigkeit einer Naturheilpraktikerin abdecken, die nicht behinderungsbedingt ungünstig seien, so dass nur ein Anteil von 50% an "günstigen" Tätigkeiten verbleibe, oder ob er davon ausgegangen ist, dass die Beschwerdeführerin



diese ungünstigen Arbeiten zwar weiterhin ausführen könne, dabei aber viel mehr Zeit benötige oder mehr Pausen machen müsse, so dass die Gesamtleistung nur 50% ausmache, hat der rheumatologische Sachverständige nicht erklärt. Er hat sich auch nicht mit der weit pessimistischeren Selbsteinschätzung der Beschwerdeführerin und mit deren Erklärung für eine (subjektiv) höhere Arbeitsunfähigkeit auseinandergesetzt. Die Arbeitsfähigkeitsschätzung erweckt den Eindruck, sie beruhe auf einer subjektiven Ermessenseinschätzung, die weniger den objektiv nachweisbaren Einschränkungen und mehr dem subjektiven Gesamteindruck und dem damaligen Stand der medizinischen Kenntnisse über die Folgen einer HWS-Distorsion Rechnung trage. Dieser Eindruck wird noch verstärkt durch die vom selben Sachverständigen durchgeführte rheumatologische Abklärung im Jahr 2010. Auch diese Verlaufsbeurteilung hat auf aktuellen Röntgenaufnahmen der HWS und der LWS sowie auf einer eingehenden klinischen Untersuchung beruht. Die Schlussfolgerung des Sachverständigen aus diesen Abklärungen war, die myofaszialen Befunde seien deutlich weniger ausgeprägt als im Jahr 2004. Die weiteren Ausführungen des Sachverständigen haben sich hauptsächlich mit der Frage befasst, ob die geklagten Kopfschmerzen ihre Ursachen im Zervikalsyndrom hätten. Aus rheumatologischer Sicht ist die Beschwerdeführerin als in einer adaptierten Tätigkeit zu 100% arbeitsfähig bezeichnet worden. Begründet worden ist dies nicht nur mit einer Verbesserung des Gesundheitszustands, sondern auch damit, dass die erste Einschätzung von 2004 durch die damals vorliegenden medizinischen Vorberichte geprägt gewesen sei. Diese hätten zwar nie relevante strukturelle Läsionen belegen können, aber trotzdem sei jeweils eine Arbeitsunfähigkeit attestiert worden. Das sei damals "State of the Art" gewesen bzw. habe dem Zeitgeist entsprochen. Das dürfte so zu verstehen sein, dass der rheumatologische Sachverständige hat einräumen wollen, im Jahr 2004 eine Arbeitsunfähigkeit attestiert zu haben, obwohl er keine relevante strukturelle Läsion habe belegen können. Auch wenn zwischen 2004 und 2010 eine Verbesserung des Gesundheitszustands eingetreten sein sollte, wecken diese Ausführungen doch den Verdacht, dass die Verringerung der Arbeitsunfähigkeit (0% statt 50%) weniger auf diese Veränderung und mehr auf eine abweichende Ermessensausübung zurückzuführen sei. Bei der Abklärung im Jahr 2004 hat der rheumatologische Sachverständige ausdrücklich das Vorliegen einer behandlungsbedürftigen, traumatisch induzierten Instabilität im Bereich der HWS verneint und festgehalten, dass



die Beschwerdeführerin von einem operativen Eingriff (Spondylodese) wohl nicht profitieren würde. Im rheumatologischen Teilgutachten von 2010 hat er die Möglichkeit einer Operation dann nicht einmal mehr erwähnt. Gemäss dem mit der Replik eingereichten Bericht von Dr. Bärlocher hat die Beschwerdeführerin unter klaren physischen Beschwerden im Sinn eines zervikospondylogenen Schmerzsyndroms bei segmentaler Instabilität HWK 4/5 und HWK 5/6 mit therapieresistentem Facettengelenksyndrom gelitten. Seit einer Operation (Diskektomie, Stabilisation C 4-6) vom 15. Dezember 2010 sind die Nackenschmerzen vollständig verschwunden. Wäre die Auffassung des rheumatologischen Sachverständigen der MEDAS richtig gewesen, dass die von der Beschwerdeführerin geklagten Beschwerden für die Arbeitsfähigkeit nicht relevant seien, so wäre wohl keine Operationsindikation gestellt worden. Der rheumatologische Sachverständige hat sich also möglicherweise nicht nur in Bezug auf die Schwere der Beschwerden, sondern auch in Bezug auf die Diagnose im Irrtum befunden. Damit erweisen sich die beiden MEDAS-Gutachten von 2004 und 2010 zumindest im rheumatologischen Bereich als ungeeignet, die jeweils angegebene Arbeitsunfähigkeit mit dem erforderlichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu belegen. Diesbezüglich beruht die angefochtene Verfügung also auf einem in Verletzung des Untersuchungsgrundsatzes unzureichend abgeklärten Sachverhalt.

2.3.2 Der psychiatrische Sachverständige der MEDAS Zentralschweiz hat in seinem Teilgutachten vom 25. März 2004 ein anhaltendes Schmerzsyndrom mit einer somatoformen Komponente (Schmerzausweitung) diagnostiziert. Er hat ausserdem bereits damals darauf hingewiesen, dass die Unfallfolgen eine unheilvolle Veränderung der Persönlichkeit der Beschwerdeführerin in Gang gesetzt hätten. Die Diagnose einer Schmerzausweitung kann auf einem Irrtum beruhen, denn das Ergebnis der damaligen rheumatologischen Abklärung ist möglicherweise unzutreffend gewesen. Typisch für die Schmerzausweitung ist die grosse Abweichung zwischen den objektiv zu rechtfertigenden und den subjektiv empfundenen Schmerzen. Sollte sich aufgrund einer nachzuholenden rheumatologischen Abklärung rückwirkend ab 2003 ergeben, dass die damaligen Schmerzangaben objektiv gerechtfertigt gewesen sind, so besteht also die Möglichkeit, dass auch aus psychiatrischer Sicht eine Neu Beurteilung rückwirkend ab 2003 erfolgen muss, weil nicht mehr oder wenigstens nicht im selben Ausmass von einer Schmerzausweitung gesprochen werden kann. Die zweite



Feststellung des psychiatrischen Sachverständigen im Teilgutachten von 2004, nämlich die Veränderung im Wesen der Beschwerdeführerin, ist davon wohl nicht tangiert, denn objektiv gerechtfertigte Schmerzen können ebensogut eine solche Veränderung bewirken wie im Rahmen einer somatoformen Ausweitung subjektiv empfundene Schmerzen. Ist die im Jahr 2004 gestellte psychiatrische Diagnose nicht überwiegend wahrscheinlich richtig, so gilt das notwendigerweise auch für die sich auf diese Diagnose stützende Arbeitsfähigkeitsschätzung. Inwieweit sich auch die im psychiatrischen Teilgutachten aus dem Jahr 2010 diagnostizierte Persönlichkeitsänderung/dissoziative Störung auf die Annahme stützt, die geklagten Schmerzen seien weitgehend auf eine Schmerzausweitung zurückzuführen, lässt sich den Ausführungen des Sachverständigen nicht entnehmen. Immerhin ist eine Abweichung zwischen den objektiv erklärbaren (gemäss dem Ergebnis der somatischen Abklärungen geringen) Schmerzen und den nur subjektiv empfundenen (starken) Schmerzen als Zeichen für eine gestörte Körperwahrnehmung und damit als Symptom einer dissoziativen Störung gewertet worden. Die Frage, ob ein allfälliges Fehlen einer Schmerzausweitung an der psychiatrischen Arbeitsfähigkeitsschätzung (50%) etwas ändern würde, lässt sich anhand der dem Gericht vorliegenden Akten nicht beantworten. Solange dies nicht durch einen psychiatrischen Sachverständigen geklärt ist, muss davon ausgegangen werden, dass auch die psychiatrische Arbeitsfähigkeitsschätzung nicht überwiegend wahrscheinlich richtig ist. Das Argument der Beschwerdegegnerin, die Persönlichkeitsänderung der Beschwerdeführerin vermöge zum vornherein keine Arbeitsunfähigkeit zu bewirken, da sie durch eine zumutbare Willensanstrengung überwunden werden könne, ist nicht stichhaltig, denn die mit der Persönlichkeitsveränderung verbundene dissoziative Störung (Komorbidität) ist chronifiziert und sie weist eine Qualität auf, die sich direkt auf die Leistungsfähigkeit der Beschwerdeführerin in der Ausübung ihres Berufs auswirkt. In dieser Situation dürfte es der Beschwerdeführerin nicht oder nur in einem geringen Ausmass möglich sein, die Folgen der Persönlichkeitsänderung und der dissoziativen Störung einfach willensmässig zu unterdrücken und wieder normal zu "funktionieren". Dies würde nämlich auf eine Selbstheilung durch reine Willenskraft hinauslaufen, was offensichtlich nicht möglich ist. Allerdings hängen auch in dieser Hinsicht die Qualität und die Stärke der psychischen Erkrankung - und damit deren Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit - möglicherweise vom Ausmass der objektiven Beschwerden ab, an denen die



Beschwerdeführerin bis zur Operation gelitten hat. Damit gilt auch in Bezug auf die psychiatrische Abklärung, dass die Arbeitsfähigkeit nicht mit dem erforderlichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit feststeht. Die Sache ist deshalb zur weiteren Abklärung des Arbeitsfähigkeitsgrads der Beschwerdeführerin seit 2003 an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen

2.3.3 Der vom Unfallversicherer und in der Folge auch von der Beschwerdegegnerin erhobene Vorwurf der Aggravation, der sich zur Hauptsache auf eine angeblich sehr intensive Schiesssporttätigkeit der Beschwerdeführerin stützt, ist nicht stichhaltig, da das im UV-Einspracheentscheid dargelegte Wettkampfprogramm der Beschwerdeführerin demjenigen einer fleissigen "Feierabendschützin" entspricht. Die Resultatlimite, die zur Teilnahme an den Schweizermeisterschaften berechtigt, ist bei Schützzinnen aufgrund der geringen Teilnehmerinnenzahl und der hohen Zahl von Startplätzen notorisch tief, so dass eine talentierte "Feierabendschützin" auch mit bescheidenem Trainingsaufwand das Glück haben kann, die erforderliche Resultatlimite zu erreichen. Wäre die Beschwerdeführerin die Spitzenschützin, als die sie vom Unfallversicherer dargestellt worden ist, so wäre ihr Kalender weit stärker mit Trainings und Wettkämpfen gefüllt.

3.

3.1 Zusammenfassend ist festzuhalten, dass die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin als Element der Bestimmung des zumutbaren Invalideneinkommens - und damit im Ergebnis auch des Invaliditätsgrads - nicht mit dem erforderlichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit feststeht. Die Beschwerdegegnerin hat den massgebenden Sachverhalt in Verletzung des Untersuchungsgrundsatzes nicht vollständig erhoben. Deshalb erweist sich die angefochtene Verfügung als rechtswidrig. Sie ist aufzuheben und die Sache ist zur weiteren Abklärung an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. Sollte sich herausstellen, dass eine Arbeitsunfähigkeit im Beruf als Naturheilpraktikerin bestünde, die eine Erwerbseinbusse von 40% oder mehr bewirken würde, wäre - dem bereits erwähnten Grundsatz "Eingliederung vor Rente" gemäss - vorab zu prüfen, ob der Invaliditätsgrad nicht durch eine erneute Umschulung unter der Grenze von 40% gehalten werden könnte.



3.2 Dieser Verfahrensausgang ist in Bezug auf die Kosten des Beschwerdeverfahrens als vollumfängliches Obsiegen der Beschwerdeführerin zu qualifizieren. Diese hat deshalb einen Anspruch auf eine Parteientschädigung von Fr. 3'500.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer). Die unterliegende Beschwerdegegnerin hat für die Gerichtskosten von Fr. 600.-- aufzukommen. Der Kostenvorschuss von Fr. 600.-- ist der Beschwerdeführerin zurückzuerstatten.

Demgemäss hat das Versicherungsgericht

im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP

entschieden:

1. Die Beschwerde wird dahingehend gutgeheissen, dass die Verfügung vom 16. September 2010 aufgehoben und die Sache zur weiteren Abklärung und zur neuen Verfügung im Sinne der Erwägungen an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen wird.
2. Die Beschwerdegegnerin hat der Beschwerdeführerin eine Parteientschädigung von Fr. 3'500.-- zu bezahlen (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer).
3. Die Beschwerdegegnerin hat eine Gerichtsgebühr von Fr. 600.-- zu bezahlen; der in gleicher Höhe geleistete Kostenvorschuss wird der Beschwerdeführerin zurückerstattet.