



**Fall-Nr.:** IV 2017/214  
**Stelle:** Versicherungsgericht  
**Rubrik:** IV - Invalidenversicherung  
**Publikationsdatum:** 06.01.2022  
**Entscheiddatum:** 14.12.2020

### **Entscheid Versicherungsgericht, 14.12.2020**

**Art. 28 IVG. Beweiswürdigung bei polydisziplinärem MEDAS-Gutachten und bidisziplinärem Gerichtsgutachten (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 14. Dezember 2020, IV 2017/214).**

#### **Entscheid vom 14. Dezember 2020**

Besetzung

Versicherungsrichterinnen Karin Huber-Studerus (Vorsitz), Monika Gehrler-Hug und Miriam Lendfers; Gerichtsschreiberin Fides Hautle

Geschäftsnr.

IV 2017/214

Parteien

**A.\_\_\_\_,**

**Beschwerdeführerin,**

vertreten durch Rechtsanwältin Dr. iur. Barbara Wyler, Wyler Koch Partner AG,  
Zürcherstrasse 310, Postfach 340, 8501 Frauenfeld,

gegen

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

**Beschwerdegegnerin,**



Gegenstand

**Rente**

**Sachverhalt**

**A.**

**A.a.** A.\_\_\_\_ meldete sich am 9. April/10. Mai 2012 zum Bezug von Leistungen der Invalidenversicherung an (IV-act. 1). Sie ist 198\_ in die Schweiz gekommen (vgl. IV-act. 10).

**A.b.** Dr. med. B.\_\_\_\_, Allgemeine Medizin FMH, gab dem Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD) der Invalidenversicherung am 22. Mai 2012 (IV-act. 11, 20) an, es bestünden bei ihr ein lumbospondylogenes Syndrom L4-S1, erstmals 05/11, erneut seit 30. September 2011, eine Zervikobrachialgie bei Diskushernie "C6/6" (C6/7) ohne Beteiligung der Nervenwurzeln (MRI vom 14. November 2011): keine OP-Indikation, eine Anpassungsstörung mit depressiver Episode seit 01/12 (antidepressive Therapie) und 08/12 (recte wohl 08/2011, IV-act. 134-2) eine Exzision multipler Lipome an den Armen. Die Versicherte sei vom 12. September 2011 bis 4. März 2012 voll arbeitsunfähig gewesen. Der Vertrauensarzt der Taggeldversicherung attestiere ihr eine Arbeitsfähigkeit von 100 %. Die Versicherte arbeite zurzeit in leidensadaptierter Tätigkeit, voraussichtlich bis zum Ende der Kündigungsfrist.

**A.c.** Der RAD ging am 30. Mai 2012 von einer Arbeitsfähigkeit der Versicherten von 50 %, eventuell steigerbar auf 100 %, in bisheriger und in adaptierter Tätigkeit aus (IV-act. 15-2).

**A.d.** In der Arbeitgeberbescheinigung vom 25. Mai 2012 (IV-act. 16) war angegeben worden, die Versicherte sei von April 1996 bis 30. Juni 2012 (auch letzter Arbeitstag) angestellt gewesen. Vor und nach Eintritt des Gesundheitsschadens (seit 5. März 2012 reduzierte Arbeitszeit) sei sie als [...] tätig gewesen. Seit 2011 habe der Jahreslohn Fr. 55'119.60 ausgemacht. Es sei ihr aus organisatorischen Gründen gekündigt worden. Gemäss dem Präsenz- und Absenzplan (IV-act. 16-13) war sie ab 23. Mai 2011 während acht Arbeitstagen unfallbedingt abwesend gewesen, dann vom



16. August bis 6. September 2011 und ab dem 24. Oktober 2011 krankheitshalber (gemäss IV-act. 21-36 hatte Dr. B.\_\_\_\_ ihr am 3. November 2011 eine Arbeitsunfähigkeit ab 24. Oktober 2011 - nicht bereits ab 12. September 2011 - bescheinigt; vgl. auch IV-act. 21-31). - Die Kündigung war am 28. September 2011 ausgesprochen worden (IV-act. 16-6; mit späteren Verlängerungen).

**A.e.** Die Taggeldversicherung der Versicherten reichte am 25. Mai 2012 ihre Akten ein (IV-act. 21; Eingang Sozialversicherungsanstalt 1. Juni 2012). Darunter fand sich ihr Schreiben an die Versicherte vom 25. April 2012 (IV-act. 21-4), wonach die Taggeldleistungen auf den 30. April 2012 eingestellt würden. Die Versicherte sei gemäss einer interdisziplinären Untersuchung für die angestammte Tätigkeit ab sofort zu 100 % arbeitsfähig. - In der bidisziplinären Beurteilung (Psychiatrische Second Opinion, Dr. med. D.\_\_\_\_ Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, IV-act. 21-35 ff., und Rheumatologische Second Opinion, Dr. med. E.\_\_\_\_, Physikalische Medizin und Rehabilitation FMH, IV-act. 21-48 ff.; beide zusammen mit [...] Dr. med. F.\_\_\_\_, Facharzt für Neurologie FMH; Begutachtungen beide am 13. März 2012) der Klinik G.\_\_\_\_ vom 19. April 2012 (fortan auch kurz G.\_\_\_\_-Gutachten) war festgestellt worden, es könne bei der Versicherten weder eine psychiatrische noch eine somatische/rheumatologische Diagnose mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit gestellt werden.

**A.f.** Die Versicherte gab gemäss einem IV-Assessmentprotokoll vom 12. Juni 2012 (IV-act. 24-2) an, während 16 Jahren im Lager des Betriebs und im letzten Jahr als [...] gearbeitet zu haben. Es sei ein idealer Arbeitsplatz gewesen. Sie habe lange Jahre unter grossen Schmerzen gearbeitet und kaum gefehlt. Es wurde im Protokoll festgehalten, die Versicherte spreche sehr schlecht Deutsch und überlasse die Kommunikation dem Ehemann. Sie nehme eine deutliche Opferhaltung ein.

**A.g.** Die Sozialversicherungsanstalt/IV-Stelle ging am 13. August 2012 (IV-act. 28) von einer Arbeitsfähigkeit der Versicherten in der bisherigen und in einer leidensadaptierten Tätigkeit von 50 % aus. - Gleichentags (IV-act. 27) sprach sie ihr Beratung und Unterstützung bei der Stellensuche (Arbeitsvermittlung) zu. - Gemäss einer Fallübersicht vom 20. August 2012 (IV-act. 29) hielt der RAD fest, die Frühinterventionsphase sei abgeschlossen. Die Versicherte arbeite zurzeit halbtags mit halbem Rendement. Er (der RAD) habe am 4. Juni 2012 nach Eingang des bidisziplinären rheumatologischen und



psychiatrischen Gutachtens vom 19. April 2012 [vgl. IV-act. 21-35 bis 58] dieses als beweiskräftig betrachtet.

**A.h.** Dr. B.\_\_\_\_ attestierte der Versicherten in einem einfachen Arztzeugnis (vom 14. März/30. April 2012), ergänzt um Angaben bis zu einer Konsultation vom 29. August 2012, für verschiedene Phasen ab März 2012 Arbeitsunfähigkeiten von 100 %, 75 % und 50 % (vgl. IV-act. 25: vom 1. bis 4. März 2012 100 %, ab 5. März 2012 50 %, ab 9. März 2012 100 %, ab 12. März 2012 75 %, ab 1. Mai 2012 50 %, ab 31. Mai 2012 100 % und seit 4. Juni 2012 50 %; vgl. auch IV-act. 134-9: ausserdem von 24. Oktober 2011 bis 4. März 2012 100 %).

**A.i.** Die Kliniken I.\_\_\_\_ (u.a. Dr. med. J.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie) berichteten Dr. B.\_\_\_\_ (wie der IV-Stelle später durch die am 11. März 2013 eingereichten Unfallversicherungsakten bekannt wurde, IV-act. 49) am 6. September 2012 (IV-act. 49-30 ff.) nach Untersuchungen vom 9. August 2012, es lägen bei der Versicherten ein chronisches Schmerzsyndrom und eine Depression mit somatischem Syndrom (aktuell mittelgradig ausgeprägt) vor. Die bisherige Tätigkeit sei durch repetitive Gewichtsbelastungen gekennzeichnet gewesen. Dafür zeige die Versicherte keine ausreichende Belastbarkeit. Dadurch sei eine deutlich eingeschränkte Arbeitsausdauer begründet. Es habe aber eine Leistungsfähigkeit für eine leichte Tätigkeit halbtags in Wechselbelastung gesehen werden können. - Die Psychosomatik hatte in ihrem Bericht vom 13. August 2012 festgehalten, über die hohe Belastung der Versicherten einerseits im Sinn eines chronischen Schmerzerlebens und andererseits im Sinn der schwierigen Umstände der Arbeitsplatzsituation und der am Ende erfolgten Kündigung habe sich bei ihr eine mittelgradige depressive Episode mit ausgeprägtem somatischem Syndrom entwickelt. Das Beschwerdebild sei komplex, aber noch nicht chronifiziert. Es sei erfreulicherweise gelungen, die Versicherte für eine Weiterführung der Arbeitstätigkeit - wenn auch im niedrigprozentigen Bereich - zu motivieren. Sie scheine aus psychiatrischen Gründen deutlich in der Arbeitsfähigkeit beeinträchtigt zu sein, so dass zurzeit von maximal 50 % Arbeitsfähigkeit auszugehen sei (IV-act. 49-38 f.).

**A.j.** Dr. med. K.\_\_\_\_, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, teilte am 28. Oktober 2012 (IV-act. 34) mit, die Versicherte sei (sc. von ihm) in der Tagesklinik der Klinik L.\_\_\_\_



angemeldet worden. Nach seinem Bericht vom 23. Juli 2012 (IV-act. 34-2) hatten eine mittelgradige depressive Episode bei chronischem Schmerzsyndrom und dissoziative Symptome (Parästhesien, Hypochondrie) vorgelegen. - Gemäss einer Aktennotiz wurde am 21. November 2012 (IV-act. 35) bekannt gegeben, dass die Versicherte am 20. November 2012 in die betreffende Klinik teilstationär eingetreten sei, und gemäss einer weiteren am 11. Dezember 2012 (IV-act. 36), dass die Behandlung beendet und der Versicherten empfohlen worden sei, vorerst weiterhin zum Regionalen Arbeitsvermittlungszentrum (RAV) zu gehen. - Die Klinik L.\_\_\_\_ (Dr. med. M.\_\_\_\_, Psychiatrie und Psychotherapie FMH) gab in ihrem Austrittsbericht vom 17. Dezember 2012 (IV-act. 39-2 f.) an, die Versicherte sei vom 19. November 2012 bis 10. Dezember 2012 in der Tagesklinik behandelt worden. Es lägen bei ihr eine schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome und eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung vor. In der zweiten Woche habe sie sich durch die parallelen Verpflichtungen im Rahmen eines RAV-Projektes und der tagesklinischen Behandlung zunehmend überfordert gefühlt. Sie habe eine ambulante Nachbehandlung durch eine ihre Muttersprache sprechende Behandlerin gewünscht. Die Arbeitsunfähigkeit betrage 50 %.

**A.k.** Am 11. Dezember 2012 (vgl. IV-act. 7-1) wurde in einem IV-Verlaufsprotokoll festgehalten, die Versicherte arbeite seit dem 3. September 2012 in einem Einsatzprogramm des RAV, zuerst zu 25 %, seit 1. November 2012 zu 50 % (gemäss Eintrag vom 9. April 2013, IV-act. 71-2, Arbeit ab 1. Oktober 2012 bis zu einem Unfall vom 7. Dezember 2012; gemäss Verlaufsprotokoll nach Grundsatzentscheid vom 12. August 2013, IV-act. 71, war die Tätigkeit nach einer Schmerzverstärkung [soweit ersichtlich ohne Angabe der Zeit] abgebrochen worden und die Versicherte ins "Transmed" übergetreten, IV-act. 71-2).

**A.l.** Am 19. Dezember 2012 (IV-act. 38) sandte die Unfallversicherung der Versicherten der IV-Stelle ihre Akten. Gemäss einer Schadenmeldung vom 13. Dezember 2012 (IV-act. 38-16) hatte die Versicherte am \_\_\_\_ Dezember 2012 einen Verkehrsunfall erlitten. Ein [...] sei in das von ihr gelenkte Fahrzeug gefahren. - Dr. B.\_\_\_\_ attestierte der Versicherten in einem Arztbericht vom 5. März 2013 (IV-act. 49-6 f.) ab dem Unfalldatum eine volle Arbeitsunfähigkeit. Es habe nach Angaben der Versicherten zwar eine



Besserung gegeben, aber die Nackenbeschwerden seien noch nicht in einem Zustand wie vor dem Unfall.

**A.m.** Am 11. März 2013 (IV-act. 49) übermittelte die Unfallversicherung weitere Akten. - Der betroffene [...]fahrer hatte angegeben, im Personenwagen (der Versicherten) sei ohne ersichtlichen Grund eine Vollbremsung eingeleitet worden (IV-act. 49-211). - Das Unfallanalytische Gutachten vom \_\_ Februar 2013 ergab, auf den Personenwagen habe eine mittlere Beschleunigung zwischen 1.2 und 2.3 g gewirkt, was vergleichbar sei mit dem 1.3- bis 2.5-fachen Wert, der bei einer Vollbremsung (aus einer langsamen Rückwärtsfahrt) erzielt werde. Die kollisionsbedingte Geschwindigkeitsänderung habe im Mittelwert bei etwa 8 km/h gelegen (IV-act. 49-223). - Gemäss einem Untersuchungsbericht des Spitals V.\_\_ vom \_\_ Dezember 2012 (IV-act. 49-13 f.) war an jenem Tag eine Hospitalisation [erste nach dem Unfall] der Versicherten erfolgt, nämlich eine notfallmässige Selbstvorstellung. Ein Kopfanprall habe beim Unfall nicht stattgefunden. Die Versicherte habe nach dem Unfall mit dem Unfallwagen nach Hause fahren können. - Die Klinik für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates am Kantonsspital St. Gallen hatte in einem Bericht vom 26. Februar 2013 (IV-act. 49-8 f.) mitgeteilt, es bestünde der Verdacht auf eine Fibromyalgie und die bekannten chronischen Cervicobrachialgien und die Lumboischialgie rechtsseitig. - Die Rehaklinik N.\_\_ hatte der Unfallversicherung am 27. Februar 2013 (IV-act. 58-24 ff.) nach einem ambulanten Assessment vom 25. Februar 2013 als Diagnosen (verkürzt wiedergegeben) einen Unfall vom \_\_ Dezember 2012: PW-Heckaufprall, mit HWS-Distorsion QTF II; und 12/2012 eine schwere depressive Episode, in leichter Regredienz, bekanntgegeben. Das Assessment habe wegen des instabilen psychischen Zustandsbildes (depressive Gehemmtheit, Weinerlichkeit, Verlangsamung, weswegen die Zeit nicht für alle Tests und Befragungen ausgereicht habe) nicht lege artis durchgeführt werden können.

**A.n.** In einem IV-Arztbericht vom 23. April 2013 (Eingangsdatum, IV-act. 53) gab Dr. med. O.\_\_, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, an, es lägen bei der Versicherten eine mittelgradige depressive Episode mit somatischem Syndrom (bestehend seit Juli 2012), ein chronisches Schmerzsyndrom mit Lumboischialgie rechts und Zervikobrachialgie rechts, sowie eine Diskopathie L4/5, eine Spondylarthrose L4/5 und eine zervikale Diskushernie C6/7 links vor. Die Behandlung der Versicherten erfolge seit



## St.Galler Gerichte

dem 4. Februar 2013. Seit Februar 2013 sei sie für adaptierte leichte Tätigkeiten zu 50 % arbeitsfähig. Vielleicht könnte es durch eine intensivere Behandlung im stationären/halbstationären Rahmen zu einer Steigerung der Arbeitsfähigkeit kommen.

**A.o.** Dr. med. P.\_\_\_\_, Fachärztin FMH für Neurologie, teilte der Unfallversicherung am 8. Mai 2013 (IV-act. 58-7 ff.) mit, es lägen ein St. n. HWS-Distorsion QTF II am \_\_ Dezember 2012 und eine schwere depressive Episode vor. Es wurde davon ausgegangen, dass eine Stauchung der Wirbelsäule und ein Kopfanprall eingetreten seien. Die Untersuchung sei durch die mangelnden Sprachkenntnisse erschwert gewesen und einzelne Untersuchungen hätten deswegen nicht durchgeführt werden können. Die HWS-Beweglichkeit sei in alle Richtungen massiv eingeschränkt gewesen, wobei die Versicherte die Muskulatur massiv angespannt und gegengedrückt habe. Der Kopf habe auch passiv kaum bewegt werden können. In den klinischen Untersuchungsbefunden hätten sich diverse Diskrepanzen gezeigt, die darauf schliessen lassen würden, dass die Symptomatik nicht Folge einer strukturellen neurogenen Läsion sei. Objektivierbare pathologische neurologische Befunde seien nicht gefunden worden, ein leichtes Schädel-Hirn-Trauma habe nicht stattgefunden. Im Befund der Kernspintomographie der HWS vom 9. Januar 2013 seien vorbestehende degenerative Veränderungen beschrieben worden, jedoch keine Kompromittierung neuraler Strukturen (IV-act. 58-10), der Befund sei im Vergleich zum Vorbefund vom 14. November 2011 tendenziell sogar besser bei volumenregredienter vorbestehender Diskushernie C6/C7 (IV-act. 58-9).

**A.p.** Der RAD hielt am 13. Juni 2013 (IV-act. 61) fest, gemäss dem Bericht von Dr. O.\_\_\_\_ sei davon auszugehen, dass die Versicherte in einer adaptierten Tätigkeit zu 50 % arbeitsfähig sei. Die Arbeitsfähigkeit sei steigerbar.

**A.q.** Nach Angaben des RAV vom 12. August 2013 (IV-act. 71-2) war die Versicherte im Mai 2013 wegen längerer Arbeitsunfähigkeit vom RAV abgemeldet worden.

**A.r.** Die Sozialversicherungsanstalt/IV-Stelle des Kantons St. Gallen teilte der Versicherten am 18. Oktober 2013 (IV-act. 76) mit, weitere berufliche Massnahmen seien nicht angezeigt. Sie wies darauf hin, dass sie (die Versicherte) sich seit dem



## St.Galler Gerichte

Autounfall nicht mehr arbeitsfähig fühle und beim RAV seit Mai 2013 nicht mehr angemeldet sei.

**A.s.** Mit Verfügung vom 6. November 2013 (IV-act. 79) stellte die Unfallversicherung die Leistungen auf den 17. November 2013 hin ein und verneinte einen Anspruch auf eine Invalidenrente und eine Integritätsentschädigung. Die Beschwerden seien organisch nicht hinreichend nachweisbar und die Adäquanz des gemeldeten Ereignisses zum Schaden sei nicht gegeben.

**A.t.** Die Klinik für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates am Kantonsspital St. Gallen berichtete Dr. B.\_\_\_\_ am 21. November 2013 (IV-act. 90-18 f.), es liege unter anderem eine aktive Spinalkanalstenose mit rezessaler Enge bei Spondylarthrose und Status nach Facettengelenksinfiltration L4/5, L5/S1 beidseits vor. Die relative Enge der L5er-Wurzel rechts habe sich in einem von der Versicherten mitgebrachten, auswärts angefertigten MRI aus dem Jahr 2011 (ohne Datumsnennung, vgl. Liste im Gutachten, IV-act. 134-81) gezeigt. Das LWS-Röntgenbild in zwei Ebenen vom 19. November 2013 habe, soweit beurteilbar, altersentsprechende ossäre und diskogene Strukturen ergeben, ausserdem ein regelhaftes Alignment.

**A.u.** In einem IV-Arztbericht vom 14. April 2014 (IV-act. 90-1 bis 10) gab Dr. B.\_\_\_\_ entsprechend an, es liege eine aktive Spinalkanalstenose (ab 24. Oktober 2012) vor, ausserdem bestünden eine schwere depressive Episode und eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung, beides seit Oktober 2012. Die Versicherte sei seit 24. Oktober 2011 wechselnd zu 100 %, 75 % und 50 % arbeitsunfähig gewesen und sei zuletzt seit 7. Dezember 2012 voll arbeitsunfähig, und zwar wegen der HWS-Beschwerden mit massiver Bewegungseinschränkung und Schmerzexazerbation und der depressiven Grundstimmung.

**A.v.** Dr. K.\_\_\_\_ hatte am 26. März 2014 (IV-act. 89) erklärt, die Versicherte sei an jenem Tag bei ihm gewesen; es habe von ihr keine Erwerbstätigkeit aufgenommen werden können.

**A.w.** Die Klinik L.\_\_\_\_ gab in einem IV-Arztbericht vom 9. Mai 2014 (IV-act. 94) an, es bestünden bei der Versicherten eine mittelgradige depressive Episode mit



## St.Galler Gerichte

somatischem Syndrom, eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung und ein zweimaliges HWS-Schleudertrauma bei Auffahrunfällen 7/2012 und 12/2013. Sie habe angegeben, je von einem Fahrzeug von hinten angefahren worden zu sein [zweites Unfallereignis ansonsten nicht aktenkundig, vgl. auch die entsprechende Bemerkung der MEDAS, IV-act. 134-66]. Sie sei vom 19. November 2012 bis 18. Dezember 2012 und vom 14. Mai 2013 bis 26. Juli 2013 zu 100 % arbeitsunfähig gewesen und sei es seit 2. Dezember 2013 bis auf weiteres. Zurzeit bestünden mittelgradig ausgeprägte depressive Symptome und eine Schmerzstörung an Kopf-, Hals- und Schulterbereich sowie im Bereich des rechten Arms und des rechten Beins. Diese schränke die Versicherte beruflich und bei der Haushaltsführung massiv ein.

**A.x.** Das Schmerzzentrum am Kantonsspital St. Gallen teilte der Klinik für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates am 11. September 2014 (IV-act. 104-4 f.) mit, es liege ein chronifiziertes Ganzkörperschmerzsyndrom nach Gerbershagen Stadium III vor, nozizeptiv, bei aktiver Spinalkanalstenose mit rezessaler Enge bei Spondylarthrose, Diskopathie L4/5, cervicaler Diskushernie C6/7 links, epiduraler Infiltration L5/S1 ohne Schmerzlinderung, Yellow Flags: Verdacht auf depressive Entwicklung, körperliche Schonung, Angst; keine Komorbiditäten. Die Versicherte habe klar einen Zusammenhang zwischen psychischer Nervosität und dem Schmerz geschildert.

**A.y.** Dr. K.\_\_\_\_ gab im IV-Verlaufsbericht vom 6. Oktober 2014 (IV-act. 98) an, als Diagnosen lägen bei der Versicherten vor eine depressive Episode mittleren, intermittierend auch schweren Grades, eine chronische Schmerzstörung und diverse rheumatologische Krankheiten. Aus psychiatrischer Sicht dürfte die Arbeitsunfähigkeit etwa 60 bis 70 % betragen. Das komorbide Auftreten der drei Diagnosen erhöhe die pathogene Auswirkung. Die Krankheitsentwicklung habe schleichend seit 2008 stattgefunden. Es sei immer häufiger und immer mehr Gebrauch von Schlaf- und Schmerzmitteln gemacht worden. Zurzeit sei die Versicherte nicht einmal im Haushalt aktiv. Es gebe eine Schmerzausweitung auf den rechten Arm und den Nacken. Die Versicherte absolviere unzählige Therapien und Rehabilitationen. Bei ihm sei sie in monatlichen Sitzungen.



**A.z.** Am 30. Dezember 2014 (IV-act. 104-1 f.) teilte Dr. B.\_\_\_\_ mit, die Symptomatik bei der Versicherten habe sich deutlich verschlechtert und es sei auch eine nachweisliche Progredienz der Diskushernie C2/3 festzustellen mit Schwäche in der rechten Hand (gemäss MR Befundkopie vom 23. Dezember 2014; IV-act. 104-6). Die aktive Spinalkanalstenose mit "rezessiver" Enge bei Spondylarthrose L4/5 S1 bestehe weiter. Entsprechende Facettengelenksinfiltrationen und eine epidurale Infiltration L5/S1 hätten keine Besserung des Zustandsbildes erbracht. Gemäss dem Ehemann der Versicherten bestehe bei ihr mittlerweile auch ein beginnendes demenzielles Syndrom mit Gedächtnisstörung. Der Minimental-Test vom aktuellen Tag habe lediglich 21 von 30 Punkten ergeben und das werde in der Psychiatrischen Klinik weiter abgeklärt. Die Versicherte sei weiterhin zu 100 % arbeitsunfähig, und zwar aus hausärztlicher Sicht seit 17. November 2013.

**A.aa.** Der RAD hielt am 17. Februar 2015 (IV-act. 107) dafür, aus psychiatrischer Sicht bestehe durchschnittlich eine etwa 30 bis 40 % betragende Arbeitsfähigkeit, doch könne diese wegen des wellenförmigen Verlaufs der depressiven Symptomatik nicht kontinuierlich umgesetzt werden.

**A.ab.** Dr. K.\_\_\_\_ gab im Verlaufsbericht vom 10. September 2015 (IV-act. 114) an, der Gesundheitszustand der Versicherten habe sich verschlechtert. Zurzeit liege eine depressive Episode schweren Grades vor. Er schätze ihre Arbeitsunfähigkeit zurzeit auf 100 %. Seit Jahresbeginn fänden die Behandlungen alle zwei Wochen statt.

**A.ac.** Nachdem eine (monodisziplinäre) psychiatrische Begutachtung durch Dr. med. Q.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, abgelehnt worden war (vgl. IV-act. 119), beauftragte die Sozialversicherungsanstalt/IV-Stelle des Kantons St. Gallen die MEDAS Zentralschweiz mit einer polydisziplinären Begutachtung (IV-act. 127). - Im Gutachten vom 31. März 2016 (IV-act. 134; über die Begutachtung an drei Tagen im Januar 2016; auch kurz MEDAS-Gutachten) wurde als Diagnose mit wesentlicher Einschränkung der zumutbaren Arbeitsfähigkeit eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung bekannt gegeben. Ohne Einschränkung der Arbeitsfähigkeit, aber von Krankheitswert seien eine depressive Entwicklung, deren Ausprägungsgrad und Intensität einer leichten bis höchstens mittelgradigen depressiven Episode entspreche, ein chronifiziertes deutliches rechtsbetontes Ganzkörperschmerzsyndrom ohne



adäquates organisches Korrelat am Bewegungsapparat, ein chronisches lumbales Schmerzsyndrom bei mehrsegmentalen leichtgradigen Diskusdegenerationen und anlagebedingt eher engem Spinalkanal sowie osteo-disko-ligamentär bedingt geringer neuroforaminaler Einengung L5/S1 beidseits ohne Neurokompression, ein chronifiziertes, therapierefraktäres zervikobrachiales Schmerzsyndrom rechts bei leichtgradigen Segmentdegenerationen C4 bis C7 mit diskreter, grössenregredienter Diskushernie C3/C4 ohne Neurokompression, und eine Fehlstatik mit ausgeprägter Haltungsinsuffizienz, muskulärer Dysbalance und Dekonditionierung. Von rheumatologischer Seite hätten sich keine objektivierbaren Befunde ergeben, die eine relevante Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit, in der Tätigkeit im Haushalt oder in einer Verweistätigkeit begründen würden. Zurzeit sei der Versicherten aus ethischen Gründen aufgrund der Schmerzkrankheit und der diesbezüglichen Folgeerscheinungen eine körperlich schwere Frauenarbeit nicht zumutbar. Aus psychiatrischer Sicht betrage die Arbeitsfähigkeit der Versicherten 60 %. Diese sei auch in einer Verweistätigkeit nicht steigerbar. Die Arbeitsunfähigkeit bestehe seit Sommer 2012.

**A.ad.** Die Rechtsvertreterin der Versicherten teilte am 6. Juli 2016 (IV-act. 142) mit, diese sei bereit, an beruflichen Massnahmen mitzuwirken. Das MEDAS-Gutachten widerspreche den Vorakten deutlich. Seine Schlussfolgerung sei nicht nachvollziehbar. Die Rechtsvertreterin beanstandete unter anderem, der MEDAS-Gutachter der Psychiatrie gehe als Einziger lediglich von einer reaktiven Störung aus und das Ergebnis könne angesichts der klinischen Beurteilung nicht nachvollzogen werden.

**A.ae.** Am 5. August 2016 wurden Ergänzungsfragen gestellt (vgl. IV-act. 146; Aufforderung zur Stellungnahme zu den Vorbringen der Rechtsvertreterin der Versicherten, zur Erläuterung einer Formulierung betreffend krankheitsfremde Faktoren und zur Präzisierung der Adaptionkriterien).

**A.af.** Die Sozialversicherungsanstalt/IV-Stelle hielt am 3. November 2016 (IV-act. 152) unter anderem fest, der Beginn der langdauernden Krankheit sei am 1. Juli 2012 (am Folgetag nach Ablauf Kündigungsfrist) gewesen, der Eintritt der Invalidität am 1. Juli 2013.



## St.Galler Gerichte

**A.ag.** Mit Vorbescheid vom 3. November 2016 (IV-act. 153) stellte die Sozialversicherungsanstalt/IV-Stelle des Kantons St. Gallen der Versicherten die Ausrichtung einer Viertelsrente ab 1. Juli 2013 bei einem Invaliditätsgrad von 40 % (Valideneinkommen Fr. 56'397.--, Invalideneinkommen Fr. 33'838.--) in Aussicht. Nach der Rentenzusprache könnten, soweit diese angezeigt seien, jederzeit Massnahmen der Wiedereingliederung durchgeführt werden, um die Erwerbsfähigkeit zu verbessern.

**A.ah.** Die Versicherte liess am 6. Dezember 2016 (IV-act. 154) einwenden, es sei eine weitere interdisziplinäre Begutachtung durchzuführen. Da eine Stellungnahme der Gutachter sich nicht in den Akten befinde, sei ausserdem eine ausreichende Begründung des Einwands nicht möglich; das rechtliche Gehör sei verletzt. Es sei ab der Zustellung der gutachterlichen Stellungnahme eine neue Frist von 30 Tagen anzusetzen.

**A.ai.** Die Sozialversicherungsanstalt/IV-Stelle schrieb der Rechtsvertreterin am 22. Dezember 2016 (IV-act. 156), sie übermittle ihr in der Beilage die Anfrage an den Gutachter vom 5. August 2016 und die Rückmeldung des Gutachters vom 17. Oktober 2016 (recte: vom 30. September 2016; dem Versicherungsgericht nachgereicht mit Schreiben vom 29. November 2019, act. G 21).

**A.aj.** In ihrer Ergänzung vom 26. Januar 2017 (IV-act. 160) beantragte die Rechtsvertreterin der Versicherten neu, es sei dieser ab 1. Mai 2013 eine halbe Invalidenrente zuzusprechen. Die psychischen und somatischen Einschränkungen würden der Versicherten nur noch eine Arbeitsfähigkeit von 50 % gestatten. Vom Tabellenlohn sei ein Abzug von 20 % vorzunehmen. In der Stellungnahme vom 30. September 2016 habe der MEDAS-Gutachter der Psychiatrie unter anderem zwar die Kriterien für den Schweregrad einer depressiven Episode aufgeführt, sie aber nicht in Bezug zur Versicherten gebracht. Er habe Arztberichte anderer Ärzte kritisiert. Die Beurteilung an der von der Familie vorgegebenen Tagesstruktur der Versicherten festzumachen, sei eindimensional, da die beschriebenen psychischen Vorgänge ausgeblendet würden.

**A.ak.** Mit Verfügung vom 28. April 2017 (IV-act. 171 und 163) sprach die Sozialversicherungsanstalt/IV-Stelle des Kantons St. Gallen der Versicherten ab 1. Juli 2013 eine Viertelsrente zu.



### B.

Gegen diese Verfügung richtet sich die von Rechtsanwältin Dr. iur. Barbara Wyler für die Betroffene am 1. Juni 2017 erhobene Beschwerde. Die Rechtsvertreterin beantragt, die angefochtene Verfügung sei aufzuheben und es sei der Beschwerdeführerin ab 1. Mai 2013 eine halbe Invalidenrente zuzusprechen; eventualiter seien weitere medizinische Abklärungen zu treffen, insbesondere sei die Beschwerdegegnerin zu verpflichten, die Beschwerdeführerin erneut interdisziplinär begutachten zu lassen. Mit der angefochtenen Verfügung sei mehrfach die Begründungspflicht und damit der Anspruch der Beschwerdeführerin auf rechtliches Gehör verletzt worden. So habe sich die Beschwerdegegnerin nie zum Zeitpunkt des Rentenbeginns - in der Ergänzung des Einwands sei dargelegt worden, dass das Wartejahr im Mai 2013 abgelaufen sei - vernehmen lassen. Unter 'Sommer 2012' liessen sich die Monate Mai bis August 2012 verstehen. Weshalb die Rente nicht nach "Ablauf des Wartejahrs im März 2012" ausgerichtet werden solle, sei nicht ersichtlich. Dr. K.\_\_\_\_ habe angegeben, dass die Beschwerdeführerin seit März 2012 bei ihm in Behandlung stehe, Dr. B.\_\_\_\_ am 24. April 2012 gegenüber der Lebensversicherung, ab 1. Mai 2012 habe eine Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin von 50 % (vorher von 100 %) vorgelegen. Die Einschränkung der Arbeitsfähigkeit sei daher überwiegend wahrscheinlich spätestens im Mai 2012 vorhanden gewesen. Auf die ausführlichen Einwände der Beschwerdeführerin gegenüber dem (MEDAS-)Gutachten und gegenüber dem Antwortschreiben des Gutachters vom 30. September 2016 sei die Beschwerdegegnerin ebenfalls nicht eingegangen. Der MEDAS-Gutachter der Psychiatrie sei der Kritik mit theoretischen Ausführungen aus dem Weg gegangen. Stattdessen hätte er mit Begründung aufzeigen müssen, welche Kriterien bei der Beschwerdeführerin erfüllt seien und welche nicht. Aus den Antworten der Beschwerdeführerin zu den Fragen nach dem Schweregrad der depressiven Episode habe sich als offensichtlich ergeben, dass die Kardinalsymptome der Depression und (mit Ausnahme des den Appetit betreffenden Symptoms) mindestens alle Nebenkriterien für eine mittelgradige Ausprägung erfüllt seien. Aus dem Umstand, dass die Beschwerdeführerin eine gewisse von der Familie vorgegebene Tagesstruktur mitmache, lasse sich nichts ableiten, was für Aktivität oder für nicht vorhandenen sozialen Rückzug spreche. Es sei auch nicht nachvollziehbar, weshalb sich der Gutachter einerseits auf den Bericht der Klinik L.\_\_\_\_ vom 7. (wohl: 17.) Dezember 2012 beziehe, andererseits jedoch von der betreffenden Einschätzung der Arbeitsfähigkeit abweiche. Sollten angebliche krankheitsfremde Faktoren der Grund für die Abweichung um 10 % sein, werde nicht dargelegt, um welche es sich handle. Es bestünden keine solchen Faktoren. Durch ihre vollzeitliche Tätigkeit während sechzehn Jahren am gleichen Arbeitsplatz habe die Beschwerdeführerin ihre Motivation und



Leistungsfähigkeit nachgewiesen. Sie habe auch mehrfach kundgetan, dass sie bereit sei, an beruflichen Massnahmen mitzuwirken. Zudem habe weder somatisch noch psychisch eine Verbesserung des Gesundheitszustands stattgefunden. Der Beschwerdeführerin sei offensichtlich nur noch eine Arbeitsfähigkeit von 50 % möglich. Im Antwortschreiben vom 30. September 2016 habe der Gutachter der Psychiatrie zusätzlich festgehalten, die Beschwerdeführerin sei auf vermehrte Ruhepausen und einen verständnisvollen Arbeitgeber angewiesen; auch dazu habe die Beschwerdegegnerin in der Verfügung keine Stellung genommen. Entgegen der Ansicht der (wohl:) Beschwerdegegnerin sei das also mit Sicherheit nicht bereits in der Arbeitsfähigkeitsschätzung von 40 % enthalten, sondern sei im Rahmen eines Leidensabzugs - von 20 % - zu berücksichtigen. Dass die Arbeitsfähigkeit in angestammter und in adaptierter Tätigkeit gleich hoch sein solle, sei zu bestreiten. Bei ihrer bisherigen Tätigkeit habe die Beschwerdeführerin des Weiteren teilweise auch schwere Gewichte heben müssen, wozu sie zweifellos nicht mehr in der Lage sei, und sie habe keinen verständnisvollen Arbeitgeber gehabt. Von einer Restarbeitsfähigkeit für die angestammte Tätigkeit könne nicht ausgegangen werden. Für eine adaptierte Tätigkeit fehle ferner sowohl im (MEDAS-)Gutachten wie in der angefochtenen Verfügung ein nachvollziehbares Belastbarkeitsprofil. Darin liege eine weitere Verletzung der Abklärungspflicht gemäss Art. 43 Abs. 1 ATSG und des Anspruchs auf rechtliches Gehör nach Art. 42 ATSG. Da eine Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit nicht mehr in Frage komme, sei das Invalideneinkommen nicht anhand der Angaben des ehemaligen Arbeitgebers, sondern anhand von Tabellenlöhnen festzulegen. Entweder sei von einer Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin von 60 % mit einem Leidensabzug von 20 % oder von einer Arbeitsfähigkeit von 50 % gemäss dem Bericht der Klinik L.\_\_\_\_ vom 7. (wohl: 17.) Dezember 2012 auszugehen. Im Jahr 2014 habe das durchschnittliche Einkommen von Frauen Fr. 53'793.-- ausgemacht. Der Invaliditätsgrad betrage somit entweder 54.22 % oder 52.3 %. Sollte das Gericht wider Erwarten nicht vom Anspruch auf eine halbe Rente ausgehen, sei klar von einem widersprüchlichen und nicht beweiskräftigen MEDAS-Gutachten auszugehen. Diesfalls sei die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. Bereits aus formellen Gründen wäre die Sache ohnehin an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. Um keine unnötige Verfahrensverzögerung zu verursachen, sei jedoch ein zweiter Schriftenwechsel zur Behebung der Verletzung des Gehörsanspruchs durchzuführen.

### C.

In ihrer Beschwerdeantwort vom 28. September 2017 beantragt die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde. Gemäss dem psychiatrischen G.\_\_\_\_-Gutachten vom 19. April 2012 habe damals bei der Beschwerdeführerin keine



Einschränkung der Arbeitsfähigkeit festgestellt werden können. Der von der Beschwerdeführerin geltend gemachte Rentenbeginn - ein Beginn (sc. der Arbeitsunfähigkeit) vor Juli 2012 - finde in den Akten keine Stütze. Eine psychiatrische Exploration könne von der Natur der Sache her nicht ermessensfrei erfolgen und eröffne dem begutachtenden Psychiater praktisch immer einen gewissen Spielraum. Das psychiatrische MEDAS-Teilgutachten entspreche den Anforderungen der Rechtsprechung. Es sei darauf abzustellen. Am 30. September 2016 habe der Gutachter zu den einzelnen Berichten der behandelnden Ärzte Stellung genommen. Die Indikatoren und die krankheitsfremden Faktoren seien berücksichtigt worden. Bei der bisherigen Arbeit habe es sich gemäss dem Arbeitgeberfragebogen um eine leichte Tätigkeit gehandelt; mittelschwere und schwere Tätigkeiten habe die Beschwerdeführerin nicht ausüben müssen. Auch bei Berücksichtigung eines Tabellenlohnes von Fr. 53'793.-- sei kein Invaliditätsgrad von mehr als 50 % ausgewiesen. Ein Abzug vom Tabellenlohn sei nicht vorzunehmen. Dass die Beschwerdeführerin auf zusätzliche Pausen und auf einen verständnisvollen Arbeitgeber angewiesen sei, sei in der Arbeitsfähigkeitsschätzung berücksichtigt und könne nicht beim Abzug nochmals in Rechnung gestellt werden. Ein Bedarf nach verstärkter Rücksichtnahme gelte im Übrigen nicht als eigenständiger Abzugsgrund.

### D.

Mit Replik vom 6. November 2017 bringt die Rechtsvertreterin der Beschwerdeführerin vor, es sei der Beschwerdegegnerin nicht gelungen, ihren berechtigten Einwand zum Rentenbeginn zu widerlegen. Sie habe der korrekten Beurteilung von Dr. B.\_\_\_\_ vom 24. April 2012 (nun IV-act. 134-9) offensichtlich rein reflexartig jeden Beweiswert abgesprochen. Es sei auch nicht ersichtlich, weshalb der MEDAS-Gutachter der Psychiatrie besser geeignet sein sollte, die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin - erst noch retrospektiv - zutreffender einzuschätzen als Dr. B.\_\_\_\_. Der Gutachter habe sich unsicher und zeitlich zu ungenau ausgedrückt. Wenn nicht auf den 1. Mai 2012, so sei der Beginn der Arbeitsunfähigkeit eventualiter wenigstens auf den meteorologischen Sommerbeginn vom 1. Juni 2012 festzulegen. Das Gutachten der G.\_\_\_\_ vom April 2012 sei nicht nach der Einschätzung von Dr. K.\_\_\_\_ - diese datierend nämlich vom 23. Juli 2012 - verfasst worden. Sowohl der Diagnosebeginn gemäss Dr. K.\_\_\_\_ vom März 2012 (IV-act. 34-2) wie das genannte Gutachten vom April 2012 lägen noch vor dem 1. Mai 2012. Allein die Dauer der (MEDAS-)Begutachtung von drei Stunden belege noch keine sorgfältige Begutachtung. Auch die Kritik, die angefochtene Verfügung sei ungenügend begründet, sei nicht widerlegt worden. Die Behauptung, der Bedarf nach vermehrten Ruhepausen und einem verständnisvollen Arbeitgeber sei in der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit bereits berücksichtigt worden,



## St.Galler Gerichte

sei sachverhaltswidrig. Der Gutachter der Psychiatrie habe im Gutachten nicht nebst der Arbeitsfähigkeit auch die Leistungsfähigkeit der Beschwerdeführerin beurteilt. Es sei ein Leidensabzug von 20 % vorzunehmen. Im MEDAS-Gutachten sei festgehalten worden, dass wohl in Zukunft keine Verbesserung des Gesundheitszustands der Beschwerdeführerin zu erwarten sei. Sie befinde sich im Übrigen derzeit (Tätigkeit in einer Institution ab 30. Oktober 2017) in einer beruflichen Abklärung der Beschwerdegegnerin.

### E.

Die Beschwerdegegnerin hat auf die Erstattung einer Duplik verzichtet.

### F.

Mit Schreiben vom 27. Juni 2019 ist der Beschwerdeführerin gemäss Art. 61 lit. d ATSG (vgl. BGE 137 V 314) Gelegenheit zu einem allfälligen Rückzug der Beschwerde gegeben worden, weil das Gericht zur Auffassung gelangen könnte, der Sachverhalt sei ungenügend abgeklärt, was auch eine allfällige Schlechterstellung ihrer Rechtsposition bedeuten könnte. - Mit Eingabe vom 27. August 2019 bringt die Rechtsvertreterin der Beschwerdeführerin vor, deren Gesundheitszustand habe sich keineswegs verbessert. Der Invaliditätsgrad von lediglich 40 % trage deren Einschränkung in der Erwerbstätigkeit nicht Rechnung. Zur Begründung dienten zwei beigelegte medizinische Berichte, nämlich ein solcher der Klinik R.\_\_\_\_ vom 2. Mai 2018 und ein solcher eines Zentrums W.\_\_\_\_ vom 4. Mai 2019. Selbst bei einer Rückweisung an die Beschwerdegegnerin und einer zusätzlichen Abklärung des Sachverhalts werde sich wieder ein rentenbegründender Invaliditätsgrad ergeben, überwiegend wahrscheinlich sogar voraussichtlich ein höherer Grad als der derzeit zu einer Viertelsrente führende. Die Beschwerdeführerin halte an der Beschwerde fest. - Im Bericht der Klinik R.\_\_\_\_ vom 2. Mai 2018 (act. G 17.1.1) hatte der Radiologe dem Hausarzt Dr. B.\_\_\_\_ den Befund und die Beurteilung eines MRI LWS vom betreffenden Tag mitgeteilt. Es hätten ein kongenital enger Spinalkanal lumbal, eine zentrozessale Spinalkanalstenose L4/5 > L3/4 mit Kompression der Wurzel L5 im Segment L4/5 beidseits, eine Diskopathie L4/5, geringer L3/4, und hypertrophe Spondylarthrosen L3/4 und L4/5 vorgelegen. - Das betreffende Zentrum W.\_\_\_\_ (Dr. med. S.\_\_\_\_, Facharzt für Neurochirurgie FMH, act. G 17.1.2) hatte Dr. B.\_\_\_\_ am 4. Mai 2019 berichtet, es liege ein desolat hoch chronifiziertes Schmerzsyndrom vor. Die Beschwerdeführerin habe eine halbe Rente (wohl versehentliche Angabe), arbeite aber bereits seit 2011 nicht mehr. Wie der berichtende Arzt denke, vermöge sie das auch nicht zu tun. Wahrscheinlich müsse man ihr mit der Invalidenversicherung helfen; das werde sie wirtschaftlich etwas



entspannen. Eine chirurgische Massnahme sei kategorisch auszuschliessen, da die Beschwerdeführerin keinerlei neurologische Störungen habe.

### **G.**

**G.a.** Nach Anzeige eines Beweisbeschlusses des Gerichts (vgl. act. G 23) hat sich die Beschwerdeführerin am 20. Februar 2020 (act. G 24) mit der vorgesehenen bidisziplinären Gerichtsbegutachtung und den gestellten Fragen einverstanden erklären lassen. Am 27. Februar 2020 (act. G 25) ist der Auftrag ergangen. - In ihrem bidisziplinären Gutachten vom 6. Juni 2020 (act. G 36; auch Gerichtsgutachten; Begutachtungen am 8. Mai 2020) nennen Dr. med. T.\_\_\_\_, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, und Dr. med. U.\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, als bei der Beschwerdeführerin vorliegende Diagnosen eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode, eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung, eine Verbitterungsstörung, ein chronisches lumbosacrales Vertebralesyndrom bei degenerativen Veränderungen ossärer und diskogener Art im Bereich der unteren LWS, ein chronisches Zervikobrachialsyndrom bei degenerativen Veränderungen ossärer und diskogener Art im Bereich der unteren HWS, und eine muskuläre Dysbalance. Die Beschwerdeführerin sei in der angestammten Tätigkeit aus rein psychischen Gründen seit dem 30. Juni 2012 zu 50 % arbeitsunfähig und sei das zur Begutachtungszeit (nach einer Arbeitsunfähigkeit von 50 % ab Oktober 2011, von 10 % ab April 2012, von 30 % ab August 2012 und von 50 % nach einer Verschlechterung etwa im Oktober 2019) ebenfalls aus orthopädischer Sicht. Eine Kumulation der Arbeitsunfähigkeit sei nicht vorzunehmen. In einer optimal angepassten Tätigkeit sei die Arbeitsfähigkeit aus psychiatrischer Sicht während der Zeit vom 30. Juni 2012 bis 28. April 2017 (gemeint wohl: bis zum für die gerichtliche Beurteilung als massgeblich bekanntgegebenen Stichtag vom 28. April 2017, aber auch darüber hinaus) zu 50 % eingeschränkt gewesen (ganztägige Arbeit bei vermehrten Pausen und reduzierter Leistungsfähigkeit), orthopädisch gesehen sei die Arbeitsfähigkeit zur Untersuchungszeit zu (maximal) 20 % beeinträchtigt, bidisziplinär also zu 50 %.

**G.b.** Die Beschwerdegegnerin bringt am 1. Juli 2020 (act. G 40) unter Hinweis auf eine beigelegte Stellungnahme des RAD vom 26. Juni 2020 vor, dem bidisziplinären



(Gerichts-) Gutachten fehle eine differenzierte Auseinandersetzung mit den schweren Diskrepanzen zwischen subjektiver Einschränkung der Beschwerdeführerin und objektiven Befunden. - Der RAD hat erklärt, der orthopädische Teil des (Gerichts-)Gutachtens zeichne sich u. a. durch eine sehr präzise Befunddarstellung und nachvollziehbare Herleitung der Beurteilung aus. Es habe eine sorgfältige und vollständige Auseinandersetzung mit den Diskrepanzen zwischen den geschilderten Beschwerden und den objektiven klinischen Untersuchungsergebnissen und mit dem Verhalten der Beschwerdeführerin bei der Untersuchung stattgefunden. Die diagnostische Einordnung sei problemlos nachvollziehbar. Im psychiatrischen Teil des Gutachtens würden dagegen weder die im orthopädischen Teil angedeutete psychische Komponente der Schmerzverarbeitungsstörung noch die im eigenen fachpsychiatrischen Teil vorhandenen Diskrepanzen zwischen der subjektiv wahrgenommenen schweren Erkrankung und den objektiv festgestellten leichten und mässigen Einschränkungen in relevanten Funktionsbereichen (keine beobachtbare Vernachlässigung der Körperpflege oder Einschränkung im Selbstbehauptungs- und Durchsetzungsvermögen; keine Beeinträchtigung bei Anpassung an Routinen; mit leichten Einschränkungen vorhandene Fähigkeit zur Planung und Durchführung von Aufgaben; keine Einschränkung der fachlichen Kompetenzen; mittelgradige Schwierigkeiten, sich auf eine neue Situation einzustellen; keine Einschränkungen der mnestischen Funktionen wie Aufmerksamkeit, Konzentration, Merkfähigkeit, Gedächtnisleistung) erklärt. Vielmehr scheine apodiktisch von der Bezeichnung "mittelgradig depressiv", die fachlich nicht begründet sei, auf eine Arbeitsunfähigkeit von 50 % geschlossen worden zu sein. Die Gutachterin habe sich auf das von der Beschwerdeführerin präsentierte Bild einer depressiven Symptomatik gestützt und trotz der Hinweise auf die im orthopädischen Gutachten klar ersichtlich gewordenen Verdeutlichungstendenzen unkritisch alle anamnestischen Angaben übernommen. Auf die Diskrepanzen im Schmerzerleben sei sie nicht eingegangen und habe einen schweren quälenden Schmerz angenommen, der momentan von der Beschwerdeführerin aber therapeutisch überhaupt nicht angegangen werde. Die Gutachterin gehe von einer vorübergehenden Verschlechterung des Gesundheitszustands der Beschwerdeführerin vor einem Jahr (nach dem Tod der Mutter) infolge einer Trauerreaktion aus, obwohl sie keinen Hinweis auf eine prolongierte Trauerreaktion gefunden habe. Die notwendige psychodynamische



Erklärung zur Entwicklung der postulierten schweren Schmerzstörung lasse das Gutachten also ebenso vermissen wie eine Begründung, inwieweit eine langjährige Dekonditionierung und subjektive Überzeugung im Kontext der gestellten Diagnosen bei laut ICF vorhandenen Ressourcen zu einer psychiatrisch begründbar fehlenden Eingliederungsfähigkeit führe. Aus versicherungspsychiatrischer Sicht lasse sich die attestierte Arbeitsunfähigkeit von 50 %, die angesichts der (nur) maximal mässigen Einschränkungen äusserst fraglich erscheine, somit nicht begründen. Das Ergebnis sei zu sehr von den subjektiven Darstellungen der Beschwerdeführerin gefärbt und damit begründet worden.

**G.c.** Die Rechtsvertreterin der Beschwerdeführerin weist in ihrer Stellungnahme vom 17. August 2020 (act. G 41) darauf hin, dass die depressive Entwicklung, die im Gutachten der MEDAS Zentralschweiz vom 31. März 2016, das noch vor der Durchsetzung von BGE 141 V 281 und von BGE 143 V 409 und 418 verfasst worden sei, als Diagnose ohne wesentliche Einschränkung der Arbeitsfähigkeit eingestuft worden sei, heute sicherlich als Leiden mit solcher Einschränkung qualifiziert würde. Das bidisziplinäre Gutachten vom 6. Juni 2020 führe nur noch die ICD-Klassifikationsmerkmale auf und sei (sc. da es keine solche Unterscheidung in Diagnosen mit und ohne Einschränkung der Arbeitsfähigkeit treffe) mit dem früheren Gutachten nicht eins zu eins vergleichbar. Seine Diagnosestellung sei glaubwürdiger, denn dabei seien sämtliche durch die Rechtsprechung geänderten Parameter sicherlich beachtet worden. Die Diagnosen seien ähnlich. Hinzugekommen sei eine Verbitterungsstörung. Es sei also eine Verschärfung der Schwere der Diagnosen zu verzeichnen, die es als glaubwürdig und nachvollziehbar erscheinen lasse, dass sich die Arbeitsunfähigkeit der Beschwerdeführerin auf 50 % erhöht habe. Die ausführlichen Begründungsversuche im bidisziplinären (Gerichts-)Gutachten zeigten, dass es nach wie vor schwierig sei, den Rentenbeginn festzulegen. Die Begründung für den 1. Juli 2013 sei so weit nachvollziehbar. Der Beschwerdeführerin sei entgegen dem bidisziplinären Gutachten jedoch nur noch in einer leidensadaptierten Tätigkeit einsatzfähig, nicht mehr in ihrer zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Einpackerin. Wenn angenommen werde, dass eine Arbeit von zweimal zweieinhalb Stunden pro Tag zumutbar sei, wäre die Beschwerdeführerin mehr oder weniger den ganzen Tag durch Arbeit und Arbeitsweg belastet, weshalb diesfalls ein Leidensabzug von bis zu 20 %



anerkannt werden müsse. Insgesamt könne dem jüngeren Gutachten ein wesentlich besseres Zeugnis ausgestellt werden als dem älteren. Offenbleiben würden aber noch diverse Fragen, etwa zum Ausmass des Leidensabzugs und zum Invalideneinkommen (anhand des früheren Lohns oder des Tabellenlohns zu bestimmen). Damit der gesamte Instanzenzug erhalten bleibe, sei die Sache zur Neuverfügung an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen.

**G.d.** Die Beschwerdegegnerin hält am 26. August an ihren Anträgen fest und beantragt eine angemessene Kürzung der Honorarnote vom 17. August 2020. - Die Rechtsvertreterin der Beschwerdeführerin begründet am 4. September 2020 (act. G 45), weshalb aus ihrer Sicht ein ausserordentlicher Aufwand erforderlich gewesen sei.

**G.e.** Auf Ersuchen vom 1. September 2020 (act. G 44), zu den Einwänden des RAD Stellung zu nehmen, teilen die Gutachter Dres. T.\_\_\_\_ und U.\_\_\_\_ am 9. September 2020 (act. G 47) mit, in psychiatrischer Hinsicht habe sich bei der Begutachtung kein Hinweis auf Diskrepanzen oder Widersprüche gezeigt. Die Beschwerdeführerin bringe die von ihr erwähnten Einschränkungen vor allem mit einer Verschlechterung etwa im Oktober 2019 in Verbindung; vorher seien noch gewisse Aktivitäten möglich gewesen. Im Rahmen der orthopädischen Untersuchung habe eine Symptomverdeutlichung festgestellt werden können. Der Schmerz diene funktional betrachtet der Signalisierung von schädlichen Dysfunktionalitäten von körperlichen Systemen, dann aber in der weiteren Entwicklung auch von psychischen Schädigungen, Verlusten, Mängeln und psychischen Dysfunktionalitäten. Es komme, wie bei einer Angstreaktion, oft auch zu pathologischen Verzerrungen der ursprünglich nützlichen Schmerzreaktion. Ziemlich von Anfang an finde aber ein normaler Funktionswandel der Schmerzreaktion statt, indem psychisch sehr unangenehme Ereignisse wie Trennung, Verlust, Schuld oder Scham als schmerzhaft erlebt würden. Der zunächst körperlich begründbare Schmerz werde auch nach der Behebung der somatischen Ursache beibehalten und werde zu einem Ersatz und/oder Ausdrucksmittel des seelischen Schmerzes. Könnte des Weiteren ein Gutachten allein aufgrund von objektiven Kriterien erstellt werden, wäre eine gutachterliche Beurteilung und Bewertung nicht erforderlich. Hinter einem Gutachten stehe aber in der Regel eine subjektive Einschätzung eines Gutachters aufgrund seines Fachwissens sowie der klinischen und gutachterlichen Erfahrung. Ein



Gutachten basiere somit auf subjektivem Wissen des Gutachters, das sich auf subjektive Befunde und zum Teil auch auf objektive Befunde stütze. Wäre keine subjektive Wertung erforderlich, würden alle Sachverständigen zum selben Ergebnis gelangen. Ein psychischer Befund könne immer nur subjektiv gültig festgestellt werden. In der Psychiatrie würden Gutachter in der Regel nur dann zu einer ähnlichen oder gleichartigen gutachterlichen Feststellung gelangen, wenn der Sachverhalt typisch sei (denn die Befunde bzw. Diagnosen würden bezogen auf definierte Typen gewonnen). Psychiatrische Diagnosen könnten im Unterschied oft zu somatischen Diagnosen nicht auf der Grundlage von objektiven Zeichen oder Befunden allgemeingültig festgestellt werden. Mit drei Hauptsymptomen und vier Nebensymptomen seien bei der Beschwerdeführerin die diagnostischen Kriterien für eine mittelgradige depressive Episode nach ICD-10 erfüllt. Diagnostisch liege ein im Vergleich zu 2012 weitgehend unverändertes Zustandsbild vor, allerdings seien eine Chronifizierung, eine Verbitterung und eine Zunahme der subjektiven Schmerzproblematik zu verzeichnen. Medizintheoretisch liege eine Eingliederungsfähigkeit von 50 % vor, doch seien Massnahmen unrealistisch. Retrospektiv sei eine Beurteilung im Längsschnittverlauf vorgenommen worden, weil es schwierig sei, das während der einzelnen Episoden des fluktuierenden Geschehens vorliegende Ausmass der Arbeitsfähigkeit verlässlich zu bestimmen.

**G.f.** Die Stellungnahme ist den Parteien am 17. September 2020 mitgeteilt worden.

### Erwägungen

#### 1.

**1.1.** Im Streit liegt die Verfügung vom 28. April 2017, mit welcher die Beschwerdegegnerin der Beschwerdeführerin ab 1. Juli 2013 eine Viertelsrente zusprach. Die Beschwerdegegnerin geht demgemäss (bei Rentenbeginn im Juli 2013) von einer Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin von 60 % aus. - Die Beschwerdeführerin lässt in der Beschwerde und in der Replik vorbringen, sie sei lediglich noch zu 50 % arbeitsfähig. Im Hauptstandpunkt lässt sie eine halbe Invalidenrente (bzw. am 27. August 2019 eine höhere als eine Viertelsrente) beantragen. Die Begründung für den Rentenbeginn vom 1. Juli 2013 hat sie am 17. August 2020 für nachvollziehbar erklärt.



**1.2.** Von einer Aufhebung der angefochtenen Verfügung aus formellen Gründen (infolge Verletzung des Anspruchs auf rechtliches Gehör), ist vorliegend abzusehen. Eine Gehörsverletzung kann geheilt werden, wenn sich der Betroffene vor einer Rechtsmittelinstanz äussern kann, die sowohl den Sachverhalt wie auch die Rechtslage frei überprüfen kann, und wenn die Rückweisung zu einem formalistischen Leerlauf und damit zu unnötigen Verzögerungen führen würde, die mit dem Interesse der betroffenen Partei an einer beförderlichen Beurteilung der Sache nicht zu vereinbaren wären (vgl. Bundesgerichtsentscheid vom 2. Juni 2017, 8C\_219/2017 E. 3.2.1). Beides kann angenommen werden.

## **2.**

**2.1.** Nach Art. 28 IVG besteht der Anspruch auf eine ganze Invalidenrente, wenn die versicherte Person mindestens zu 70 %, derjenige auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens zu 60 % invalid ist. Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % Anspruch auf eine Viertelsrente.

**2.2.** Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG).

**2.3.** Nach der Rechtsprechung (BGE 143 V 418 E. 7.1 f. vom 30. November 2017) sind grundsätzlich (bei Ausnahmen nach dem jeweiligen Beweisbedarf) sämtliche psychischen Erkrankungen einem strukturierten Beweisverfahren nach BGE 141 V 281 (vom 3. Juni 2015) zu unterziehen, denn bei sämtlichen psychischen Störungen bestehen trotz variierender Prägnanz der erheblichen Befunde im Wesentlichen vergleichbare Beweisprobleme. Die funktionellen Folgen der Gesundheitsschädigung sind danach qualitativ zu erfassen und quantitativ einzuschätzen. Für die Beurteilung des funktionellen Leistungsvermögens sind in der Regel diverse Standardindikatoren beachtlich, die in zwei Kategorien systematisiert werden, nämlich einerseits in der Kategorie des funktionellen Schweregrads und andererseits in jener der Konsistenz. - Ärztlicherseits ist substantiiert darzulegen, aus welchen medizinisch-psychiatrischen Gründen die erhobenen Befunde das funktionelle Leistungsvermögen und die psychischen Ressourcen in qualitativer, quantitativer und zeitlicher Hinsicht zu schmälern vermögen (vgl. BGE 145 V 361 E. 4.3). Durch den Versicherungsträger und im Beschwerdefall durch das Gericht ist zu prüfen, ob und inwieweit die ärztlichen Experten ihre Arbeitsunfähigkeitsschätzung unter Beachtung der massgebenden



Indikatoren (Beweisthemen) hinreichend und nachvollziehbar begründet haben (vgl. BGE 145 V 361 E. 4.3). Kommen die medizinischen Experten der oben erwähnten Aufgabe unter Berücksichtigung der durch BGE 141 V 281 normierten Beweisthemen überzeugend nach, wird die medizinisch-psychiatrische Folgenabschätzung auch aus der juristischen Sicht des Rechtsanwenders - Durchführungsstelle oder Gericht - Bestand haben. Andernfalls liegt ein triftiger Grund vor, der rechtlich ein Abweichen davon gebietet (vgl. BGE 145 V 361 E. 4.3). Dabei gilt als Leitschnur, dass die ärztliche Beurteilung - von der Natur der Sache her unausweichlich - Ermessenszüge aufweist, die auch den Rechtsanwender begrenzen (vgl. BGE 145 V 361 E. 4.3).

### 3.

**3.1.** Hinsichtlich des somatischen Teils des Gesundheitszustands und der Leistungsfähigkeit der Beschwerdeführerin ist davon auszugehen, dass eine relevante Arbeitsunfähigkeit der Beschwerdeführerin in adaptierter Tätigkeit im gesamten vorliegend massgeblichen Zeitraum (bis zum Zeitpunkt des Erlasses der angefochtenen Verfügung am 28. April 2017) nicht vorliegt:

**3.2.** Im März 2012 erfolgte eine bidisziplinäre Begutachtung. Rheumatologisch (wie psychiatrisch, dazu unten E. 4 ff.) gesehen war damals gemäss dem Gutachten der G.\_\_\_\_ vom 19. April 2012 kein die Arbeitsfähigkeit beeinträchtigendes Leiden zu erheben gewesen. Nach der rheumatologischen Untersuchung wurde damals gutachterlich beschrieben, dass die Symptomatik der unteren zwei Segmente LWK4/5 und LWK5/SWK1 bei guter Beweglichkeit in lokaler Druckdolenz und in der Reklinations- und Rotationsprüfung unauffällig gewesen sei. Allenfalls sei eine Symptomatik des Segments LWK3/4 rechtsbetont auslösbar gewesen. Dieses Beschwerdebild entspreche der Symptomatik der aktiven Spondylarthrose dieses Segmentes. Nach Infiltrationen der genannten unteren Segmente sei aktuell keine Symptomatik mehr feststellbar (IV-act. 21-55). Die beklagten Beschwerden seien in ihrer Ausprägung ohne ausreichendes Korrelat und durch adäquate therapeutische Massnahmen sei eine Überwindung dieser Funktionseinschränkung realisierbar, zumal gravierende strukturelle Läsionen, die über häufige Alterationen in der Normalpopulation hinausgingen, fehlten (IV-act. 21-55). Hinsichtlich dieser Beurteilung der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin unter somatischem Aspekt für den damaligen Zeitpunkt ergeben sich keine Gründe für erhebliche Zweifel. - Von den Kliniken I.\_\_\_\_ wurde im Übrigen auch noch aufgrund der rheumatologischen Untersuchung vom August 2012 dargelegt, die beklagte Schmerzsymptomatik (genannt werden Zervikobrachialgie rechts und lumbospondylogenes Syndrom rechts mit Diskopathie L4/5, Spondylarthrosen L4 bis S1, zervikale Diskushernie C6/7 links)



lasse sich nicht zwanglos erklären. Die Bewegungseinschränkungen in der Wirbelsäule vermöchten teilweise auf die beschriebenen radiologischen Veränderungen zurückgeführt werden, seien aber vor allem auch durch das Gegenhalten bestimmt. Die das klinische Bild dominierende Muskelschwäche sei zusammenfassend bedingt durch Schonung, wahrscheinlich durch psychische Faktoren, durch ein gewisses kinesiphobes Verhalten und eher passive Verhaltenstendenzen (vgl. IV-act. 49-35; die Arbeitsunfähigkeit wurde psychiatrisch begründet, vgl. IV-act. 49-39). - Bei der polydisziplinären Begutachtung durch die MEDAS Zentralschweiz (der Disziplinen Allgemeine Innere Medizin, Psychiatrie und Rheumatologie) vom Januar 2016 (Gutachten vom 31. März 2016) zeigte sich aus allgemein-internistischer und aus rheumatologischer Sicht auch damals keine nennenswerte Arbeitsunfähigkeit der Beschwerdeführerin. Namentlich ergaben sich aus rheumatologischer Sicht (klinisch und bildgebend) nach gutachterlicher Beurteilung mit den vorgefundenen mehrsegmentalen (die HWS und die LWS betreffenden) Diskusdegenerationen, dem engen Spinalkanal, den neuroforaminalen Einengungen und den Diskushernien keine objektivierbaren Befunde, die - abgesehen von der fehlenden Fähigkeit zu schwerer Arbeit - eine relevante Einschränkung der Arbeitsfähigkeit hinreichend begründen würden (IV-act. 134-40, -90). Anhaltspunkte für eine unvollständige gutachterliche Beurteilung des somatischen Zustands der Beschwerdeführerin ergeben sich auch nicht hinsichtlich dieser MEDAS-Begutachtung vom Januar 2016. - Nach der Gerichtsbegutachtung vom Mai 2020 (Gutachten vom 6. Juni 2020) schliesslich wurde unter orthopädischem Gesichtspunkt rückblickend angenommen, dass die Beschwerdeführerin in der angestammten Tätigkeit ab Oktober 2011 zu 50 %, ab April 2012 zu 10 % und ab August 2012 zu 30 % arbeitsunfähig gewesen sei (S. 5) und dass sie diesbezüglich seit einer Verschlechterung etwa im Oktober 2019 (S. 11) - also in vorliegend nicht mehr relevanter Zeit - zu 50 % arbeitsunfähig sei (S. 3, 5). In einer optimal angepassten Tätigkeit sei die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin zur Untersuchungszeit vom Mai 2020 (also wiederum selbst nach der Verschlechterung) orthopädisch gesehen zu (maximal) 20 % beeinträchtigt gewesen (S. 4). Dabei waren auch die durch die Klinik R.\_\_\_\_ am 2. Mai 2018 erhobenen somatischen Befunde (enger Spinalkanal lumbal, Spinalkanalstenose L4/5 > L3/4 mit Kompression der Wurzel L5 im Segment L4/5 beidseits, Diskopathie L4/5, geringer L3/4, und hypertrophe Spondylarthrosen L3/4 und L4/5) bekannt gewesen (vgl. Gerichtsgutachten S. 27). - Eine erhebliche Arbeitsunfähigkeit der Beschwerdeführerin für eine adaptierte Tätigkeit in somatischer Hinsicht lässt sich demnach im gesamten vorliegend relevanten Zeitraum bis zum 28. April 2017 zusammenfassend wie erwähnt nicht annehmen (eine Arbeitsunfähigkeit von 10 % in bisheriger Tätigkeit von April bis August 2012, wie sie das Gerichtsgutachten annimmt, erscheint nicht eher wahrscheinlich als das Ergebnis



des echtzeitlichen Gutachtens der G.\_\_\_\_, da der Gerichtsgutachter die dort erhobenen Befunde als gut bestätigt und die Arbeitsunfähigkeit unter Hinweis auf Angaben des behandelnden Arztes lediglich als sinnvoll bezeichnet, S. 5, vgl. dazu unten E. 10.2; auf das Attest einer Arbeitsunfähigkeit von 30 % ab August 2012 kommt es angesichts der weiter zurückreichenden höheren psychiatrisch bedingten Arbeitsunfähigkeit von 40 %, vgl. unten, nicht an).

#### 4.

**4.1.** Unter psychiatrischem Gesichtspunkt zeigt sich zunächst für den Zeitpunkt der Begutachtung vom April 2012 (zur Phase danach vgl. unten E. 5 f.) noch eine Übereinstimmung der Arbeitsfähigkeitsschätzungen.



**4.2.** Das psychiatrische Gutachten der G.\_\_\_\_ vom damaligen Zeitpunkt (April 2012) verliert, obwohl vor BGE 141 V 281 erstattet, den Beweiswert nicht per se, sondern es ist zu prüfen, ob eine schlüssige Beurteilung im Licht der massgeblichen Indikatoren möglich ist oder nicht (vgl. BGE 141 V 281 E. 8; vgl. Bundesgerichtsurteil vom 18. Mai 2017, 8C\_842/2016). - Der Experte der Psychiatrie befasste sich darin mit den Vorakten und erhob die Anamnese und den Befund. Im Einzelnen hielt er fest, die Diagnose einer somatoformen Schmerzstörung sei zwar möglich, aber nicht ausreichend sicher nachzuweisen. Es wäre dafür eine ursächliche entscheidende Konfliktsituation erforderlich. Aufgrund der Untersuchung könne nicht angenommen werden, dass die Umstände der Umplatzierung (neu zugeteilte Aufgaben, zusätzlich Maschinenbedienung, Durchzug in der kalten Lagerhalle im Winter) für die Beschwerdeführerin ein solches Ausmass angenommen hätten. Die Foerster'schen Kriterien wären ohnehin nicht erfüllt (bezüglich der Dauer der Erkrankung, der Behandlungsversuche, der Komorbidität). Eine depressive Störung sei nicht nachweisbar. Die Beschwerdeführerin zeige sich lebhaft, zwar affektlabil, aber gut kontaktfähig, mit einer realistischen Haltung ohne jeden psychischen Leidensdruck, ohne pathologische Ängste, Schuldgefühle oder Zwangssymptome. Dr. B.\_\_\_\_ habe in einem Zeugnis [Fremd-act. 4-121 ff., vom 1. Februar 2012] berichtet, es bestehe die Indikation zur Schmerz- und Psychotherapie, doch habe sich die Beschwerdeführerin darauf nicht einlassen wollen. Aus dem Dossier sei zu erfahren, dass die Compliance der Beschwerdeführerin nicht optimal zu sein scheine. Sie habe die Physiotherapie nicht als Eigentraining zu Hause fortgesetzt, ein Schmerzprotokoll offenbar nicht geführt und ein Training zur Muskelkräftigung aufgeschoben. All das lasse sich sicherlich auch im Sinn eines geringen Leidensdrucks interpretieren. Damit sei auch nicht von einer behinderungsrelevanten krankheitswertigen Störung auszugehen (vgl. IV-act. 21-43 ff.).

**4.2.1.** Im späteren Gutachten der MEDAS Zentralschweiz vom März 2016 wurden retrospektiv zwar abweichende Auffassungen betreffend zwei Annahmen des G.\_\_\_\_-Gutachtens vom 19. April 2012 geäussert, doch wurde vom Ergebnis seiner Arbeitsfähigkeitsschätzung nicht abgewichen. Zum einen wurde zum Aspekt des Leidensdrucks eingewandt, wenn der Gutachter der G.\_\_\_\_ es als Anhaltspunkt gegen einen Leidensdruck betrachtet habe, dass die Beschwerdeführerin sich vorerst auf die Schmerz- und Psychotherapie nicht eingelassen habe, so sei dem entgegenzuhalten, dass nicht auszuschliessen sei, dass sie damals bereits intuitiv realisiert habe, dass eine Schmerz- und Psychotherapie wenig erfolgversprechend sei, wie das der weitere Verlauf auch gezeigt habe (IV-act. 134-70). - Dieser retrospektive Einwand vermag



nicht zu überzeugen, hat der Gutachter der G.\_\_\_\_ seine Feststellung zum damals nicht vorhandenen psychischen Leidensdruck doch mit dem vorgefundenen Status begründet (vgl. IV-act. 21-44).

**4.2.2.** Zum andern wurde im MEDAS-Gutachten retrospektiv eingewandt, der Gutachter der Psychiatrie der G.\_\_\_\_ habe die Angabe, dass nicht anzunehmen sei, die Umplatzierung der Beschwerdeführerin am Arbeitsplatz habe das Ausmass eines für sie unlösbaren Konflikts angenommen, nicht plausibilisiert (IV-act. 134-64). Es sei nicht mit Sicherheit auszuschliessen, dass die Beschwerdeführerin dem betreffenden Gutachter weniger differenziert Auskunft gegeben habe oder dass deren Anliegen aus sprachlichen Gründen nicht verstanden worden seien (IV-act. 134-64). Angesichts der Schwere der Arbeitsplatzkonfliktsituation sei nicht nachvollziehbar, dass sich weder der behandelnde Psychiater Dr. K.\_\_\_\_ noch der begutachtende Psychiater zur Zumutbarkeit einer Rückkehr der Beschwerdeführerin an den angestammten Arbeitsplatz geäussert hätten. Aufgrund der Schwere des Konflikts sei eine solche Rückkehr zur Zeit der Kündigung [28. September 2011] medizinisch nicht mehr zumutbar gewesen (IV-act. 134-64). Ein ärztlicher Bericht des Kantonsspitals St. Gallen vom 22. Mai 2012 (vgl. IV-act. 134-9, Schmerzzentrum), wonach das Arbeitspensum von 50 % die Beschwerdeführerin an die Grenzen der Belastbarkeit bringe, und ein Bericht vom 1. Juni 2012 (richtig wohl des Physiotherapeuten, vgl. IV-act. 134-6) an Dr. B.\_\_\_\_, wonach sie sich freue, die Arbeit niederzulegen, weil ihr offenbar die rechte Schulter Ärger bereite, sprächen für seine (des MEDAS-Gutachters) Hypothese, dass die Wiederaufnahme der Tätigkeit (zu 50 %) Ende April 2012 den intrapsychischen Disstress der Beschwerdeführerin verstärkt habe (IV-act. 134-64). - Die damalige gutachterliche Beurteilung der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin durch die Klinik G.\_\_\_\_ vom 19. April 2012 ist indessen auch in dieser Hinsicht auf die Beschreibung der damals vorgefundenen psychiatrischen Befunde abgestützt und in Kenntnis der Vorakten ergangen. Es liegen mit den erwähnten Berichten keine relevanten Anhaltspunkte dafür vor, dass der Schweregrad des Konflikts und damit die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin damals unzutreffend eingeschätzt worden wären. Auch Dr. K.\_\_\_\_ hat gemäss seinem Schreiben vom 10. März 2012 (Fremd-act. 4-54, wiedergegeben in IV-act. 134-7), wie im MEDAS-Gutachten erwähnt, eine Unzumutbarkeit der Arbeitstätigkeit nicht angenommen. Zur Zeit der Kündigung vom 28. September 2011 war die Beschwerdeführerin nach der Aktenlage nach zeitnaheem Attest nicht arbeitsunfähig geschrieben gewesen (vgl. IV-act. 21-36, Attest von Dr. B.\_\_\_\_ vom 3. November 2011). - Die gutachterliche Begründung der Klinik G.\_\_\_\_



(von 2012) erscheint für den damaligen Sachverhalt bis April 2012 somit überzeugender als diejenige der MEDAS aus dem Rückblick.

**4.3.** Das G.\_\_\_\_-Gutachten stellte wie erwähnt im April 2012 bei der Beschwerdeführerin kein die Arbeitsfähigkeit tangierendes psychiatrisches Leiden fest. Aber auch die MEDAS nahm eine Arbeitsunfähigkeit der Beschwerdeführerin erst ab Sommer 2012 an. Im Gerichtsgutachten schliesslich wurde das Ergebnis des psychiatrischen G.\_\_\_\_-Gutachtens vom 19. April 2012 ebenfalls bestätigt (S. 7). Für den damaligen Zeitpunkt stimmen somit (zumindest hinsichtlich der Arbeitsfähigkeitsschätzung) wie erwähnt alle drei Gutachten überein, weshalb ohne weiteres darauf abgestellt werden kann.

## 5.

**5.1.** Was den Sachverhalt des psychiatrischen Gesundheitszustands und der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin in der Zeit nach der Begutachtung vom April 2012 betrifft, hielt die MEDAS im Gutachten vom März 2016 fest, die Beschwerdeführerin sei in der angestammten und in jeder Verweistätigkeit seit Sommer 2012 zu 40 % arbeitsunfähig (insgesamt sei ihr zurzeit der Begutachtung aus ethischen Gründen aufgrund der Schmerzkrankheit und der diesbezüglichen Folgeerscheinungen eine körperlich schwere Frauenarbeit nicht zumutbar). - Im Gerichtsgutachten vom Juni 2020 wurde angegeben, die Beschwerdeführerin sei in einer optimal angepassten Tätigkeit aus psychiatrischer Sicht seit 30. Juni 2012 zu 50 % arbeitsunfähig (zumutbar sei ganztägige Arbeit bei vermehrten Pausen und reduzierter Leistungsfähigkeit).

**5.2.** Vorweg ist festzuhalten, dass die Beschwerdegegnerin ihre angefochtene Verfügung in medizinischer Hinsicht auf das Ergebnis des polydisziplinären Administrativgutachtens gemäss Art. 44 ATSG (der MEDAS Zentralschweiz) einer Arbeitsunfähigkeit der Beschwerdeführerin von 40 % abgestützt hat. Einem solchen versicherungsexternen Gutachten kommt ein hoher Beweiswert zu, denn es ist darauf abzustellen, sofern nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (vgl. Bundesgerichtsurteil vom 14. Dezember 2017, 8C\_616/2017 E. 6.2.2; BGE 137 V 210 E. 2.2.2 und 1.3.4). - Die Beschwerdeführerin liess gegen das MEDAS-Gutachten diverse Einwände erheben, aber auch erwähnen, entweder sei auf die entsprechende Arbeitsunfähigkeit von 40 % mit einem Leidensabzug von 20 % oder dann auf eine Arbeitsunfähigkeit von 50 % gemäss dem Bericht der Klinik L.\_\_\_\_ abzustellen. Das MEDAS-Gutachten konnte bei damaliger Aktenlage insbesondere aufgrund angenommenen Ausbleibens einer richtunggebenden Verschlechterung bezüglich Kognition, Affektivität und Antrieb (vgl. IV-act. 134-62) bei dennoch Hinzutreten einer somatoformen Schmerzstörung als Hauptdiagnose (vgl. IV-



act. 134-42) sowie für sich allein ungenügend erscheinender Begründungen zu den Standardindikatoren der Inkonsistenzen (vgl. IV-act. 134-68) und der vermuteten (nicht in allen Belangen durch eine Erkrankung erklärbaren) Diskrepanz zwischen innerfamiliärem und ausserhäuslichem Aktivitätenniveau (vgl. IV-act. 134-70, vgl. auch IV-act. 134-62 und IV-act. 134-59 oben) nicht ohne weiteres bereits als ausreichend stichhaltig betrachtet werden. Deshalb war die Gerichtsbegutachtung (vgl. BGE 137 V 210 E. 4.4.1.4) vom Mai/Juni 2020 erforderlich. - Von der in einem Gerichtsgutachten festgehaltenen Einschätzung der medizinischen Experten, deren Aufgabe es ist, ihre Fachkenntnisse der Gerichtsbarkeit zur Verfügung zu stellen, um einen bestimmten Sachverhalt medizinisch zu erfassen, weicht ein Gericht nicht ohne zwingende Gründe ab (vgl. Bundesgerichtsurteile vom 31. Oktober 2017, 9C\_541/2017 E. 3.1.2, und vom 14. März 2018, 8C\_599/2017 E. 3.2; vgl. BGE 143 V 269 E. 6.2.3.2). Das Bundesgericht bezeichnet dies als eine praxismässige Richtlinie zur Beweiswürdigung (vgl. BGE 143 V 269 E. 6.2.3.2). Dass damit den Gerichtsgutachten ein höherer Beweiswert zugemessen wird als den Administrativgutachten, gilt es aber wesensgemäss stets unter Vorbehalt abweichender Ergebnisse im Rahmen fallweiser pflichtgemässer Beweiswürdigung zu verstehen (BGE 143 V 269 a.a.O., vgl. auch Art. 61 lit. c ATSG). Ein Abweichen kann u.a. gerechtfertigt sein, wenn gegensätzliche Meinungsäusserungen anderer Fachexperten dem Gericht als triftig genug erscheinen, die Schlüssigkeit des Gerichtsgutachtens in Frage zu stellen, so dass es vom Ergebnis des Gerichtsgutachtens abweichende Schlussfolgerungen zieht (vgl. Bundesgerichtsurteile vom 31. Oktober 2017, 9C\_541/2017 E. 3.1.2, und vom 14. März 2018, 8C\_599/2017 E. 3.2; vgl. BGE 143 V 269 E. 6.2.3.2). Kann die Sache aufgrund der vorhandenen medizinischen Unterlagen entschieden werden, ist ein Obergutachten nicht erforderlich (vgl. Bundesgerichtsurteil vom 20. März 2018, 8C\_569/2017 E. 4.3, vgl. auch Bundesgerichtsurteil 8C\_599/2017 E. 3.2).

## 6.

**6.1.** Aufgrund der insbesondere das MEDAS-Gutachten vom 31. März 2016 und das Gerichtsgutachten vom 6. Juni 2020 umfassenden medizinischen Aktenlage lässt sich für den Zeitraum nach (der Begutachtung vom) April 2012, was die Arbeitsfähigkeits-schätzung für diesen Zeitraum betrifft, zwar eine weitgehende, aber keine vollständige Übereinstimmung von MEDAS- und Gerichtsgutachten feststellen. Ausserdem kann Folgendes festgehalten werden:

**6.2.** Der Gutachter der Psychiatrie der MEDAS Zentralschweiz gab seine Beurteilung nach Kenntnisnahme von den Vorakten und Erhebung des Befundes ab. - Diagnostisch hat er die Arbeitsunfähigkeit bei der Beschwerdeführerin einer (als einzige



Hauptdiagnose erhobenen) anhaltenden somatoformen Schmerzstörung zugeschrieben. Daneben erhob er eine depressive Entwicklung, deren Ausprägungsgrad und Intensität einer leichten bis höchstens mittelgradigen depressiven Episode entspreche (IV-act. 134-59 f.). Zeitlich seien bei der Beschwerdeführerin keine depressiven Episoden abgrenzbar; insbesondere verneine sie Perioden mit vollkommener Remission (IV-act. 134-63). Die diagnostischen Kriterien für rezidivierende depressive Episoden seien nicht erfüllt (vgl. IV-act. 134-68). - Im Gerichtsgutachten, ebenfalls in Kenntnis der Vorakten und nach Untersuchung erstattet, wurde dagegen dargelegt, der MEDAS-Gutachter der Psychiatrie beschreibe den medizinischen Sachverhalt umgekehrt als die Gerichtsgutachterin selbst (S. 6). Seine Beurteilung sei jedoch (dennoch) nachvollziehbar, weil die Schmerzverarbeitungsstörung und die depressive Störung als gleichwertige Erkrankungen zu betrachten seien, die sich nicht addierten (S. 6). Sie (die Gerichtsgutachterin) gelange aber zum Schluss, es liege eine rezidivierende depressive Störung mit mittelgradiger Beeinträchtigung vor (S. 6, vgl. S. 3). Daneben nannte sie als Diagnosen auch die anhaltende somatoforme Schmerzstörung und ausserdem eine Verbitterungsstörung (F43.8; gemäss ICD-10-GM Version 2021 "Sonstige Reaktionen auf schwere Belastung"). - Eine Unterscheidung in die Arbeitsfähigkeit tangierende und sie nicht tangierende Leiden wird im Gerichtsgutachten unterlassen. Die genannte Verbitterungsstörung lässt sich zudem nicht zuverlässig der Diagnose eines anerkannten Klassifikationssystems zuordnen, was wiederum die Annahme eines invalidisierenden Gesundheitsschadens - unter diesem diagnostischen Titel allein - ausschliesst (vgl. Bundesgerichtsurteile vom 14. April 2016 9C\_908/2015 E. 4.2 und 8C\_822/2013 vom 4. Juni 2014 E. 4.6 und BGE 130 V 396).

**6.3.** In Bezug auf die Standardindikatoren lässt sich festhalten, was folgt:

**6.4.** Zur Kategorie des funktionellen Schweregrads bzw. zum Aspekt des Ausprägungsgrads und der Intensität lässt sich der MEDAS-Diagnose hinsichtlich der depressiven Entwicklung entnehmen, dass dieses Leiden im Ausprägungsgrad und in der Intensität einer leichten bis höchstens mittelgradigen depressiven Episode entspreche (IV-act. 134-60). Der Gutachter legte dar, es sei spürbar gewesen, dass die Beschwerdeführerin unter Schmerzen leide. Trotz deren hoher Intensität seien die kognitiven Funktionen nicht beeinträchtigt gewesen. Der Antrieb sei ebenfalls nicht beeinträchtigt gewesen. Sie habe nie den Nacken umfasst, wie es bei Personen mit persistierenden HWS-Beschwerden oft der Fall sei (vgl. IV-act. 134-62). Die affektive Schwingungs- und Resonanzfähigkeit sei (bei emotional belastenden Themen, IV-act. 134-62) leicht vermindert gewesen (vgl. IV-act. 134-68). Bei der Depressivität



handle es sich um reaktive Zustände als Folge des Schmerzsyndroms (vgl. IV-act. 134-63). Der leichten bis höchstens mittelgradigen depressiven Entwicklung mass der MEDAS-Gutachter der Psychiatrie denn auch im Ergebnis wie erwähnt keine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin zu (IV-act. 134-60). Indessen habe sich in den letzten drei Jahren eine Schmerzstörung mittelgradigen Ausmasses entwickelt (vgl. IV-act. 134-68). Im Jahr 2011 sei die - oben E. 4.2.2 erwähnte - psychosoziale Belastungssituation der Beschwerdeführerin explorierbar, nämlich der innerbetriebliche Wechsel zu einem körperlich anstrengenderen Arbeitsplatz mit widrigen Arbeitsumständen, das Gefühl eines Unter-Druck-gesetzt-Seins durch den Vorgesetzten und die Kündigung vom September 2011. Mit der Kündigung habe die Integration der Beschwerdeführerin ab- und der intrapsychische Disstress zugenommen (IV-act. 134-63). Nach seiner Hypothese habe die Wiederaufnahme der Tätigkeit [im April 2012], die nach seiner Auffassung unzumutbar gewesen wäre (IV-act. 134-64), den Disstress verstärkt (vgl. IV-act. 134-64). Medikalisierung und Psychiatrisierung des Arbeitskonfliktes hätten über die Zeit zu einer Verschlechterung des psychophysischen Zustands geführt (vgl. IV-act. 134-68). Es habe sich dadurch eine Verstärkung der Symptome ergeben. Ausserdem hätten die Medikalisierung und die infausten ärztlichen therapeutischen Bemühungen bei guter Compliance die Überzeugung der Beschwerdeführerin, körperlich und psychisch krank zu sein, genährt (IV-act. 134-64). Der MEDAS-Gutachter der Psychiatrie hielt aber umgekehrt auch fest, es könne aufgrund der Angaben des Hausarztes (vom 5. März 2013: ab 24. September 2012 Arbeitsunfähigkeit von 75 %, ab 24. Oktober 2012 Arbeitsunfähigkeit von 50 %, Dezember [recte: September, IV-act. 49-6] 2012 Arbeit an vier Stunden pro Tag im Einsatzprogramm) davon ausgegangen werden, dass die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin über die Zeit hinweg zugenommen (die Arbeitsunfähigkeit also abgenommen) habe (vgl. IV-act. 134-70). Das sei ein Hinweis darauf, dass mit der Zunahme ihrer Integration die Schmerzen weniger stark wahrgenommen worden seien. Der Gutachter hat nicht nur diesen Zusammenhang des Schmerzerlebens der Beschwerdeführerin mit der tatsächlichen Integration berücksichtigt, sondern auch, welches das von der Beschwerdeführerin tatsächlich geleistete Pensum war (IV-act. 134-70). - Dem Gerichtsgutachten lässt sich zum Schweregrad entnehmen, vorherrschende Beschwerde der Beschwerdeführerin sei ein andauernder, schwerer und quälender Schmerz, der durch einen physiologischen Prozess oder eine körperliche Störung nicht vollständig erklärt werden könne. Der Schmerz trete in Verbindung mit emotionalen Konflikten oder psychosozialen Problemen auf. Diese sollten schwerwiegend genug sein, um als entscheidende ursächliche Einflüsse zu gelten (S. 35). Die Gerichtsgutachterin erklärte, es sei ein schwankendes Zustandsbild im Rahmen einer rezidivierenden depressiven Störung



nachvollziehbar (S. 34). - Ein beachtenswerter Schweregrad des psychiatrischen Leidens scheint demnach insgesamt ausgewiesen.

**6.5.** Zum Gesichtspunkt der Komorbidität stellte der MEDAS-Gutachter entsprechend der Beurteilung, wonach die leichte bis höchstens mittelgradige depressive Entwicklung ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit sei (oben E. 6.2), fest, es bestehe eine psychiatrische Komorbidität (IV-act. 134-68, erster Absatz), die somatoforme Schmerzstörung sei (allerdings) nicht von einer invalidisierenden psychiatrischen Komorbidität begleitet, welche die Beschwerdeführerin bei einfachen Tätigkeiten in der Arbeitsfähigkeit einschränken würde (vgl. IV-act. 134-68, zweiter Absatz). Die somatoforme Schmerzstörung fällt gemäss dem MEDAS-Gutachten psychiatrisch diagnostisch gesehen mit dieser leichten bis höchstens mittelgradigen depressiven Entwicklung (und abgesehen davon mit den mehreren diagnostizierten somatischen Schmerzsyndromen, vgl. IV-act. 134-42 f.) zusammen, ansonsten aber auch noch mit (nicht in der Diagnose erfassten) krankheitswertigen Persönlichkeitsanteilen (vgl. nachfolgend E. 6.6). - Im Gerichtsgutachten findet sich keine ausdrückliche Auseinandersetzung mit der Bedeutung der Komorbidität, doch wurden drei verschiedene zusammenfallende Leiden (betreffend Depression, Schmerz, Verbitterung) diagnostiziert. - Vom Zusammentreffen verschiedener psychiatrischer Leiden ist demnach auszugehen.

**6.6.** Den Aspekt der Persönlichkeit betreffend beschrieb der MEDAS-Gutachter, es bestünden bei der Beschwerdeführerin Anteile, die pathognomonisch seien für Personen, die unter Disstress zu psychosomatovegetativen Reaktionsbildungen neigten. Diese Persönlichkeitsanteile seien sowohl Ressourcen der Beschwerdeführerin wie auch Stressoren. Die oben (E. 4.2.2 und 6.4) beschriebenen Umstände (am Arbeitsplatz, die Kündigung, die dysfunktionale medizinische Beurteilung nach der Kündigung) hätten dazu geführt, dass diese Persönlichkeitsanteile Krankheitswert bekommen hätten (IV-act. 134-69). - Im Gerichtsgutachten wurde zur Persönlichkeitsebene dargelegt, Selbst- und Fremdwahrnehmung der Beschwerdeführerin seien nicht gestört und auch die Selbstbehauptungs- und die Durchsetzungsfähigkeit seien nicht vermindert (S. 36). Es wurde allerdings eine Verbitterungsstörung diagnostiziert, welche in diesem Zusammenhang erwähnt werden kann.

**6.7.** Unter dem Aspekt des sozialen Kontexts schilderte der MEDAS-Gutachter, ausserhalb des häuslichen Kontextes fühle sich die Beschwerdeführerin invalid (IV-act. 134-69). Die mangelnde Integration der Beschwerdeführerin - sie ist seit dem Alter von 25 Jahren, und damit bereits seit 30 Jahren, in der Schweiz (IV-act. 10) - sei nicht



einer mangelnden Anpassungsabsicht zuzuschreiben, sondern Folge unter anderem der harten Arbeitsbedingungen (vgl. IV-act. 134-69). Der Gutachter legte dar, bei der Genese dieser Gefühle (Invalidität ausserhalb des häuslichen Kontextes) spielten nebst Krankheitsfaktoren auch krankheitsfremde Faktoren (Migrationshintergrund, Sprachbarrieren, soziokultureller Kontext und Persönlichkeitsanteile) eine Rolle (IV-act. 134-69). Der Gutachter stellte fest, (unter anderem) diese krankheitsfremden Faktoren würden bei der Genese des aktuellen psychophysischen Zustandsbildes eine wichtige Rolle spielen (vgl. IV-act. 134-70). Es ist gemäss dem MEDAS-Gutachten anzunehmen, dass der Gutachter den Einfluss der krankheitsfremden Faktoren bei der Beurteilung der medizinischen zumutbaren Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin bereits ausgeschieden hat (vgl. IV-act. 134-71). - Im Gerichtsgutachten wurde diesbezüglich ein enger Zusammenhang von Schmerz einerseits und emotionalen Konflikten und psychosozialen Problemen andererseits festgestellt (S. 35), ohne dass die Gutachterin sich allerdings zur Bedeutung dieses Umstands geäussert hätte.

**6.8.** Zur Kategorie der Konsistenz des Verhaltens der Beschwerdeführerin zeigt sich schliesslich Folgendes:

**6.8.1.** Der Gutachter der Psychiatrie der MEDAS erklärte, eine Simulation sei wahrscheinlich ausschliessbar (fünf der sieben Kriterien nicht erfüllt; IV-act. 134-66 f.). Es handle sich eher um eine somatoforme Störung als um eine Symptomausweitung (IV-act. 134-67 ff. i.V.m. IV-act. 134-72). Er wies (unter dem Gesichtspunkt der Indikatoren der Kategorie des funktionellen Schweregrads, IV-act. 134-68) aber darauf hin, dass in den Arztberichten betreffend die Beschwerdeführerin immer wieder von Selbstlimitierung, Affektlabilität, Symptomausweitung und Inkonsistenz die Rede sei. So war bei der Untersuchung in den Kliniken I.\_\_\_\_ etwa festzustellen gewesen, dass die Druckschmerzhaftigkeit der Muskulatur nicht durch eine erhebliche Anspannung derselben untermauert worden sei und die Bewegungseinschränkungen in der Wirbelsäule vor allem auch durch das Gegenhalten bestimmt gewesen seien (vgl. IV-act. 49-35). Dr. P.\_\_\_\_ hatte diverse Diskrepanzen festgestellt (beispielsweise Demonstration einer Parese der rechten oberen Extremität bei normalem Einsatz der Hand bei Bedarf, Demonstration einer Fussheberparese rechts bei Absinken im Fersengang links, vgl. IV-act. 58-10). Auch bei der (rheumatologischen) MEDAS-Begutachtung wurde angenommen, trotz einer Vielzahl [soweit beurteilbar] adäquater Behandlungsmassnahmen habe ein vollständig therapierefraktärer Verlauf stattgefunden, und es wurden auch dort eine deutliche Ausweitung der Schmerzen auffallend hoher Intensität und ein äusserst auffälliges Schmerzverhalten der Beschwerdeführerin in der Untersuchungssituation festgestellt (vgl. IV-act. 134-40).



Diesen aktenkundigen Feststellungen hält der MEDAS-Gutachter der Psychiatrie zwar (ausdrücklich) lediglich entgegen, dass sich die Beschwerdeführerin in die Behandlungsprogramme eingefügt habe (IV-act. 134-68), was als Begründung ungenügend erscheint. Er stellte aber auch fest, während der Untersuchung habe es keine Hinweise auf eine willentliche Verdeutlichung, Aggravation oder Simulation gegeben (IV-act. 134-69). Die Überzeugung der Beschwerdeführerin, invalid zu sein, sei aus psychologischen Gründen nachvollziehbar (IV-act. 134-69). - Im Gerichtsgutachten wurde diesbezüglich festgehalten, aus psychiatrischer Sicht habe es keinen Hinweis auf Diskrepanzen oder Widersprüche gegeben (S. 39). In der Stellungnahme vom 9. September 2020 wurde das bekräftigt (S. 1). Hinzuweisen ist diesbezüglich allerdings auf die das Begutachtungsergebnis einer Arbeitsfähigkeit von 50 % weit unterschreitende Selbsteinschätzung der Beschwerdeführerin (keine Arbeitsfähigkeit mehr; Gerichtsgutachten S. 32). Die bei der orthopädischen Gerichtsbegutachtung festgestellte Symptomverdeutlichung bestätigte die Gerichtsgutachterin der Psychiatrie im Übrigen (Stellungnahme S. 2).

**6.8.2.** Auch bei der Begründung seines Standpunkts bezüglich des Leidensdrucks der Beschwerdeführerin (vgl. zur diesbezüglichen Abweichung vom Gutachten der G.\_\_\_\_ aus der Retrospektive oben E. 4.2.1) verwies der MEDAS-Gutachter wiederum auf den (oben erwähnten) Umstand, dass gemäss der Aktenlage davon ausgegangen werden müsse, dass die Beschwerdeführerin sich an die ärztlichen Anweisungen gehalten habe (vgl. IV-act. 70). Er berichtete, die Beschwerdeführerin sei der Meinung, eine Rente verdient zu haben, weil sie bei der Erwerbstätigkeit und während der Rehabilitation alles gegeben und sich immer an die ärztlichen Verordnungen gehalten habe (IV-act. 134-67). - In einem Bericht vom 6. Oktober 2014 (IV-act. 98; zwischen G.\_\_\_\_ - und MEDAS-Gutachten) gab Dr. K.\_\_\_\_ an, die Beschwerdeführerin absolviere unzählige Therapien und Rehabilitationen und mache immer häufiger und immer mehr Gebrauch von Schlaf- und Schmerzmitteln. Der MEDAS-Gutachter selbst erwähnte bezüglich der Arzneimittel, die Exploration des Schmerzcopings habe ergeben, dass die Medikamenteneinnahme der Beschwerdeführerin ein bisschen helfe (IV-act. 134-57). Der Medikamentenspiegel lag für Venlafaxin (mit 0.77; 0.7 - 1.44) im unteren therapeutischen Bereich, für Amitriptylin aber (mit 0.05; 0.29 - 0.72) unter dem therapeutischen Bereich (vgl. IV-act. 134-48, IV-act. 134-37 und 134-41 f.). Schlussfolgerungen aus Serumspiegelmessungen können allerdings lediglich mit Zurückhaltung gezogen werden. Zu beachten ist diesbezüglich des Weiteren, dass der MEDAS-Gutachter der Psychiatrie festhielt, aufgrund der gemachten Erfahrungen könne das psychosomatische Leiden der Beschwerdeführerin durch schulmedizinische



Interventionen nicht mehr weiter beeinflusst werden (IV-act. 134-68). Der krankheitswertige Anteil der Arbeitsunfähigkeit sei nicht therapierbar (IV-act. 134-71). Im Gesamtgutachten wurde im Übrigen geschlossen, einer medikamentösen Schmerztherapie komme eine untergeordnete Rolle zu. Die Beschwerdeführerin habe weder auf peripher wirksame Analgetika noch auf nicht-steroidale Antirheumatika noch auf Opiate mit einer Schmerzlinderung angesprochen (IV-act. 134-44). Die Begründung für die Annahme eines ausgewiesenen Leidensdrucks der Beschwerdeführerin im MEDAS-Gutachten erscheint bei diesen Gegebenheiten etwas dürftig. - Die Gerichtsgutachterin bejahte einen Leidensdruck indessen ebenfalls, wenn auch mit nicht ohne Vorbehalt zu betrachtender Begründung. Dass sie die psychiatrische Behandlung nun abgebrochen habe, begründete die Beschwerdeführerin anlässlich der Gerichtsbegutachtung nämlich damit, dass sie sich damit nicht besser fühle (S. 35). Dieser Annahme scheint die Gerichtsgutachterin gefolgt zu sein, nahm sie das doch nicht zum Anlass, am Leidensdruck der Beschwerdeführerin zu zweifeln. Sie hielt vielmehr gar dafür, es sei bei der Beschwerdeführerin ein sehr hoher Leidensdruck spürbar (S. 35). - Insgesamt rechtfertigt es sich angesichts der im Ergebnis übereinstimmenden gutachterlichen Auffassungen, einen gewissen Leidensdruck der Beschwerdeführerin anzuerkennen.

**6.8.3.** Der MEDAS-Gutachter der Psychiatrie legte des Weiteren dar, das Tagesaktivitätsniveau der Beschwerdeführerin sei schwer abschätzbar (IV-act. 134-61). Es habe "wohl" einen sozialen Rückzug gegeben; dieser beschränke sich vor allem auf die Aussenkontakte, betreffe aber nicht die familiären Kontakte (vgl. IV-act. 134-61). Die Beschwerdeführerin sei affektlabil gewesen; im familiären Kreis scheine sie aber in der Lage zu sein, ihr psychophysisches Gleichgewicht stabiler zu halten (IV-act. 134-68, vgl. IV-act. 134-58). Es sei zu betonen, dass das Aktivitätsniveau und damit verbunden die Funktionsfähigkeit der Beschwerdeführerin im familiären Kontext höher einzuschätzen sei als im ausserhäuslichen Kontext. In der Familie erhalte die Beschwerdeführerin Unterstützung. Andererseits fördere diese Unterstützung auch die Regression (IV-act. 134-69). Der Gutachter wies (wie oben bereits erwähnt) darauf hin, dass die vermutete Diskrepanz zwischen innerfamiliärem und ausserhäuslichem Aktivitäten Niveau nicht in allen Belangen durch eine Erkrankung erklärbar sei (vgl. IV-act. 134-70). Es fällt auf, dass der MEDAS-Gutachter weiter festhielt, die Affektlage der Beschwerdeführerin sei wechselhaft - und dabei themenabhängig - gewesen (IV-act. 134-62, IV-act. 134-59 oben). - Im Gerichtsgutachten wurde dargelegt, in der sozialen Partizipation berichte die Beschwerdeführerin mittelgradige Einschränkungen. Ausserdem beschreibe sie Einschränkungen in den Aktivitäten des täglichen Lebens



(S. 36). Bezüglich dem Tagesaktivitätsniveau wird im Gerichtsgutachten somit einzig auf die Angaben der Beschwerdeführerin hingewiesen. Eine Divergenz - wie vom MEDAS-Gutachter vermutet - wurde nicht erwähnt. Eine Auseinandersetzung mit der Frage nach einem allfälligen sekundären Krankheitsgewinn (vgl. BGE 130 V 352 E. 3.3.2), der für die Invaliditätsbemessung unbeachtlich zu bleiben hat, ist allerdings ausgeblieben. Aus dem Gerichtsgutachten geht ferner hervor, dass es in der Beziehung zu vertrauten Menschen kaum Probleme gebe und die Beschwerdeführerin häufig mit ihrer Tochter Kontakt habe (S. 39). In der Stellungnahme der Gerichtsgutachter vom 9. September 2020 wurde zudem festgehalten, dass die Beschwerdeführerin die von ihr erwähnten Einschränkungen vor allem mit einer Verschlechterung etwa im Oktober 2019 in Verbindung bringe, während vorher noch gewisse Aktivitäten möglich gewesen seien. - Damit ist überwiegend wahrscheinlich anzunehmen, dass immerhin eine gewisse Regression vorlag.

### 7.

**7.1.** Was den (allfälligen) Verlauf der Gesundheitsschädigung der Beschwerdeführerin im vorliegend massgeblichen Zeitraum anhand der Befunde und der geklagten Beschwerden betrifft, ist zunächst nochmals darauf hinzuweisen, dass in der psychiatrischen gutachterlichen Beurteilung der G.\_\_\_\_, deren Arbeitsfähigkeitsschätzung von den nachfolgenden Gutachten (MEDAS und Gerichtsgutachten) im Ergebnis als bestätigt betrachtet werden kann, festgehalten worden war, eine depressive Störung definierende ICD-Kriterien hätten damals im März 2012 nicht vorgelegen. Dies war mit dem damals vorgefundenen Befund begründet worden (vgl. IV-act. 21-44).

**7.2.** Der MEDAS-Gutachter hielt im Gutachten vom März 2016 (bei der Auseinandersetzung mit den Diagnosen aus den vor Akten) fest, der aktuelle Psychostatus der Beschwerdeführerin differiere nicht richtungsgebend von jenem, der in den Kliniken I.\_\_\_\_ am 13. August 2012 beschrieben worden sei. In der Folge gab er auch den Psychostatus wieder, der im Gutachten der Klinik G.\_\_\_\_ vom 19. April 2012 erhoben worden war. Daraufhin stellte er fest, aus rein psychiatrischer Sicht sei gemäss den klinischen Befunden in den medizinischen Berichten in Bezug auf Kognition, Affektivität und Antrieb nicht von einer richtungsgebenden Verschlechterung des psychischen Zustandes der Beschwerdeführerin auszugehen (IV-act. 134-62). Nach Wiedergabe auch der Beschreibung des Psychostatus im Bericht der Klinik L.\_\_\_\_ vom 17. Dezember 2012 schloss der MEDAS-Gutachter, es erstaune, dass die Verfasser der ärztlichen Berichte trotz in etwa gleicher klinischer Befunde diagnostisch zu hoch "widersprüchlichen" (bzw. auseinanderfallenden) Beurteilungen gelangt seien. Der



Psychiater der Kliniken I.\_\_\_\_ und derjenige der Klinik L.\_\_\_\_ hätten eine mittelgradige depressive bzw. eine schwere depressive Episode diagnostiziert; einzig aus Sicht des Gutachters der Psychiatrie der Klinik G.\_\_\_\_ sei eine depressive Störung nicht nachweisbar, weil entsprechende ICD-konforme Kriterien nicht vorlägen (IV-act. 134-62 f.). Diese Angaben des MEDAS-Gutachters bilden einen Hinweis darauf, dass im gesamten Zeitablauf ein nicht wesentlich veränderter psychiatrischer Gesundheitszustand vorgelegen haben könnte (vgl. allerdings auch unten E. 7.4).

**7.3.** Der Gerichtsgutachterin hat die Beschwerdeführerin im Mai 2020 berichtet, es gehe ihr bezüglich der Rückenschmerzen so schlecht, dass sie seit sieben Monaten praktisch nicht mehr aus dem Haus bzw. aus der kleinen Einzimmerwohnung gekommen sei. Im Haushalt müsse sie nichts mehr machen; es gebe für sie nichts mehr zu tun. Es gehe ihr seit Jahren schlecht, seit sieben Monaten aber extrem schlecht (S. 28). Sie sei vollumfänglich auf die Unterstützung der Familie angewiesen und könne selbständig nicht einmal ein paar Schritte machen (S. 31). Schon bei der G.\_\_\_\_-Begutachtung vom 19. April 2012 hat sie allerdings angegeben, an schlimmen Schmerzen (vom Rücken ausgehend und in Bauch und Beine ausstrahlend) zu leiden und deswegen Schlafstörungen zu haben. Sie werde jeweils ganz nervös. Wegen dieses Zustands gehe sie inzwischen gar nicht mehr aus dem Haus. Den Haushalt schaffe sie nur noch mit Mühe und brauche bei allem die Hilfe der Familie (vgl. IV-act. 21-39 f.). Es wurde im Gerichtsgutachten wiedergegeben, die Beschwerdeführerin habe von einer Verschlechterung seit etwa sieben Monaten (d.h. etwa seit Oktober 2019) berichtet, die nach dem Tod ihrer Mutter vor einem Jahr aufgetreten sei (S. 35; vgl. unten E. 7.6). Die Gerichtsgutachterin bezeichnete diese Verschlechterung infolge der Trauerreaktion als vorübergehend; zurzeit gebe es keinen Hinweis auf eine prolongierte Trauerreaktion (S. 35). In der Stellungnahme vom 9. September 2020 bestätigte die Gerichtsgutachterin der Psychiatrie, die erwähnten Einschränkungen würden von der Beschwerdeführerin vor allem mit einer Verschlechterung des Gesundheitszustands etwa im Oktober 2019 in Verbindung gebracht, während ihr vorher noch gewisse Aktivitäten möglich gewesen seien (Stellungnahme S. 2; vgl. auch oben E. 6.8.3). Es wurde des Weiteren darauf hingewiesen, dass die Arbeitsunfähigkeit (von 50 %) sich (psychiatrisch betrachtet) aus einer Beurteilung der Fähigkeiten, Ressourcen und Belastungen ergebe (S. 4, unter Hinweis auf S. 39 Ziff. 7.4). Bei den Befunden (S. 33) wurden ein verminderter Antrieb, ein manchmal leicht ausfahrendes und eingeengtes Ausdrucksverhalten, leicht distanzierte Umgangsformen, ein negativistischer und verbissener Wille, je nach Thematik ein leicht verschlossenes und misstrauisches Kontaktverhalten und, ein eingeengtes formales Denken angeführt. Von Seiten der Persönlichkeit gebe es Hinweise auf verbitterte Anteile. Die Stimmung sei



affektarm, depressiv, zeitweise dysphorisch, flach gedrückt, teilweise auch gereizt, klagsam, niedergeschlagen, pessimistisch, ratlos und verzagt gewesen (S. 33). Entsprechend wurde festgehalten, die Steuerungsfähigkeit von Affekten und Impulsen sei etwas vermindert und die Flexibilität und Umstellungsfähigkeit seien mittelgradig eingeschränkt (S. 36). Im Rahmen der mehrstündigen Untersuchungen (S. 36; die zweistündige, S. 33, psychiatrische Untersuchung erfolgte nach einer halbstündigen Pause nach der orthopädischen Untersuchung von ebenfalls mehr als eineinhalb Stunden Dauer, S. 13) waren jedoch nur Hinweise auf eine etwas erhöhte Erschöpfbarkeit (S. 36 oben) und keine mnesticen Störungen (S. 33) gefunden worden. In der Beurteilung wurde von einem mässig beeinträchtigten Durchhaltevermögen berichtet (S. 39). Des Weiteren wurde erwähnt, die Fähigkeit der Beschwerdeführerin zur Planung und Strukturierung von Aufgaben sei leicht eingeschränkt. Grundsätzlich versorge sie sich aber selbständig und brauche im Wesentlichen keine Hilfe im Haushalt (S. 39). Wie oben erwähnt wurde die Selbstbehauptungs- und die Durchsetzungsfähigkeit im Gerichtsgutachten als nicht vermindert bezeichnet (S. 36), die Durchhaltefähigkeit aber als mässig eingeschränkt (S. 39). Im Gerichtsgutachten wurde geschlossen, nach dem endgültigen Stellenverlust am 30. Juni 2012 sei es zu einer so deutlichen Verstärkung der depressiven Symptomatik (S. 10) gekommen, dass von einer Arbeitsunfähigkeit von 50 % (S. 6) auszugehen wäre.

**7.4.** Insgesamt betrachtet ist demnach einerseits im MEDAS-Gutachten vom März 2016 der oben erwähnte Hinweis auf einen über die gesamte Zeit hinweg unveränderten Zustand der Beschwerdeführerin zu finden. - Andererseits ist aber zu berücksichtigen, dass der MEDAS-Gutachter auch einen Vergleich mit dem Zustand von 13. August 2012 gezogen und dass er ausserdem dargelegt hat, der Arbeitsplatzwechsel, die widrigen Umstände am Arbeitsplatz, die als Kränkung empfundene Kündigung und die dysfunktionale medizinische Beurteilung nach der Kündigung hätten dazu geführt, dass die Persönlichkeitsanteile (labiles Selbstwertgefühl, hoher Leistungsanspruch, Aggressionshemmung, Konfliktvermeidung, Dyslexiethymie und hohes Unabhängigkeitsbedürfnis) Krankheitswert bekommen hätten (IV-act. 134-69). Das MEDAS-Gutachten berichtete ferner von einer Verschlechterung nach der Begutachtung vom März 2012 durch Hinzutreten einer somatoformen Schmerzstörung in den letzten drei Jahren (vgl. IV-act. 134-68) mit einer Arbeitsunfähigkeit von 40 % ab Sommer 2012 (vgl. IV-act. 134-43 f.). - Durch das Gerichtsgutachten wurde nun die Annahme bestätigt, dass der endgültige Stellenverlust - mit dem letzten Arbeitstag am 30. Juni 2012 - retrospektiv betrachtet zu einer Verstärkung der depressiven Symptomatik geführt



habe (S. 10). Demnach lässt sich bei nunmehr vorhandener Aktenlage mit überwiegender Wahrscheinlichkeit schliessen, dass zu benanntem Zeitpunkt (d.h. nach dem letzten Arbeitstag) eine Verschlimmerung des Gesundheitszustands der Beschwerdeführerin (im Vergleich zum März 2012) eingetreten ist.

**7.5.** Was nun das Ausmass der Arbeitsunfähigkeit (nach der anzunehmenden Verschlechterung) als solches betrifft, liegen die gutachterlichen Beurteilungen der MEDAS und des Gerichtsgutachtens mit 10 % Unterschied wie erwähnt (vgl. E. 6.1) nur wenig, aber in relevantem Umfang, auseinander.

**7.6.** Aus den obigen Darlegungen ergibt sich, dass das Gerichtsgutachten bezüglich des Arbeitsunfähigkeitsattests in verschiedener Hinsicht weniger überzeugend begründet erscheint als das MEDAS-Gutachten. Während die starke Verschlimmerung von der Beschwerdeführerin bei der Gerichtsbegutachtung erst für eine Zeit nach Erlass der angefochtenen Verfügung geltend gemacht wurde, hat die Gerichtsgutachterin der Psychiatrie der Beschwerdeführerin auch für die lange zurückliegende Zeit ab Juni 2012 schliesslich eine - im Längsschnitt vorhandene - Arbeitsunfähigkeit von 50 % attestiert und festgehalten, aus gutachterlicher Sicht sei "nach wie vor" von einer mittelgradigen depressiven Episode und einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung auszugehen, die auch zur Begutachtungszeit eine Arbeitsunfähigkeit von 50 % in allen Tätigkeiten begründe (S. 35), was sich dann erklären lässt, wenn die für Oktober 2019 beschriebene Verschlechterung vorübergehend und bei der Begutachtung wieder abgeklungen war. Das Gerichtsgutachten ist vom vorliegend zu beurteilenden Sachverhalt auch zeitlich weiter entfernt als das MEDAS-Gutachten, was zwar naturgemäss der Fall, aber dennoch zu würdigen ist. Die Beschwerdegegnerin wendet gegen die Beweiskraft des (psychiatrischen) Gerichtsgutachtens ein, es sei dabei zu sehr auf die subjektiven Angaben der Beschwerdeführerin abgestellt worden. Die Expertin hält in der Stellungnahme vom 9. September 2020 entgegen, dass jede psychiatrische Begutachtung eine gutachterliche subjektive Beurteilung bedeute. Eine psychiatrische Untersuchung kann denn auch, wie die Rechtsprechung festgehalten hat, von der Natur der Sache her nicht ermessensfrei erfolgen und eröffnet dem Gutachter praktisch immer einen gewissen Spielraum, innerhalb dessen verschiedene medizinisch-psychiatrische Interpretationen möglich und zulässig und zu respektieren sind, sofern der Experte lege artis vorgegangen ist (vgl. Bundesgerichtsentscheid vom 5. April 2019, 9C\_668/2018 E. 3.5). Wie sich aus dem oben Dargelegten ergibt, lässt sich dem Gerichtsgutachten (einschliesslich der Stellungnahme) allerdings keine so nachvollziehbare Begründung hinsichtlich der Abgrenzung zwischen objektivierbaren



Beschwerden der Beschwerdeführerin und lediglich subjektivem Empfinden entnehmen, dass die Arbeitsfähigkeitsschätzung überzeugender wäre als jene des MEDAS-Gutachtens. Allzu pauschal erscheint hierfür die Beurteilung.

**7.7.** Die Gutachter der MEDAS Zentralschweiz ihrerseits haben ihre Arbeitsfähigkeitsschätzung dagegen nach einer vergleichsweise eingehenderen Berücksichtigung der Aspekte der Standardindikatoren abgegeben. Zwar fallen auch da erhebliche Inkonsistenzen und eine nicht gleichmässige Einschränkung der Beschwerdeführerin im Alltag auf, zu deren Bedeutung sich im MEDAS-Gutachten für sich allein genommen keine genügende Begründung findet. Wird nun allerdings berücksichtigt, dass das nachträgliche Gerichtsgutachten ebenfalls zur Beurteilung des Vorliegens einer versicherungsmedizinisch erheblichen Gesundheitsschädigung der Beschwerdeführerin mit einer ausgewiesenen massgeblichen Arbeitsunfähigkeit gelangt ist, so lässt sich bei einer Gesamtwürdigung der Aktenlage festhalten, dass der psychiatrische Gesundheitsschaden der Beschwerdeführerin einen Schweregrad aufweist, der eine versicherungsrechtlich relevante Einschränkung der Arbeitsfähigkeit annehmen lässt. Als überwiegend wahrscheinlich ist dabei nach dem Dargelegten eine Arbeitsunfähigkeit der Beschwerdeführerin von 40 % zu betrachten, wie sie im MEDAS-Gutachten attestiert wurde.

## 8.

Zusammenfassend ergibt die gerichtliche Würdigung des gesamten medizinischen Sachverhalts, dass nach dem letzten Arbeitstag vom 30. Juni 2012, somit ab 1. Juli 2012, eine Arbeitsunfähigkeit der Beschwerdeführerin von 40 % als ausgewiesen zu betrachten ist.

## 9.

Bei einer Arbeitsunfähigkeit von 40 % ergibt sich ein entsprechender Invaliditätsgrad, da sich die Arbeitsunfähigkeitsschätzung gemäss MEDAS-Gutachten auch auf die bisherige Tätigkeit der Beschwerdeführerin bezieht. Damit hat die Beschwerdeführerin Anspruch auf eine Viertelsrente. Nichts Anderes zeigte sich, wenn zum Vergleich für die Bemessung eines Invalideneinkommens auf die Tabellenlöhne zu greifen wäre. Dass die Beschwerdegegnerin von einem Einkommen 2011 von Fr. 55'120.-- ausgegangen ist (vgl. IV-act. 151), ist nicht zu beanstanden (vgl. dazu auch den IK-Auszug, IV-act. 12). Der statistische Durchschnittslohn von Frauen für einfache und repetitive Tätigkeiten betrug damals Fr. 53'367.--. 60 % davon machen Fr. 32'020.-- aus. Der Invaliditätsgrad machte diesfalls somit 42 % aus. Selbst bei einem Abzug von -



höchstens als gerechtfertigt zu betrachtenden (ein höherer Abzug fällt angesichts namentlich der Fähigkeit zur vollzeitlichen Präsenz am Arbeitsplatz und des Umstands, dass die gesundheitlichen Beeinträchtigungen in der Arbeitsfähigkeitsschätzung enthalten sind, nicht in Betracht) - 10 % ergäbe sich ein Invaliditätsgrad von 48 %.

### 10.

**10.1.** Anspruch auf eine Rente haben nach Art. 28 Abs. 1 IVG Versicherte, die ihre Erwerbsfähigkeit nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wiederherstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a), während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind (lit. b) und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind (lit. c). Ein wesentlicher Unterbruch der Arbeitsfähigkeit im Sinn von Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG liegt vor, wenn die versicherte Person an mindestens 30 aufeinanderfolgenden Tagen voll arbeitsfähig war (Art. 29<sup>ter</sup> IVV; Bundesgerichtsentscheide vom 16. Februar 2018, 8C\_633/2017 E. 3.4, und vom 10. August 2016, 9C\_289/2016 E. 3.2). Nach Art. 29 Abs. 1 IVG entsteht der Rentenanspruch frühestens nach Ablauf von sechs Monaten nach Geltendmachung des Leistungsanspruchs nach Art. 29 Abs. 1 ATSG. Die Schaffung dieser Bestimmung hat keine Veränderung des (nämlich in Art. 4 IVG und Art. 28 IVG geregelten) Zeitpunkts des Eintritts des Versicherungsfalls mit sich gebracht (vgl. Bundesgerichtsentscheid vom 14. Dezember 2015, 9C\_655/2015 E. 4; Entscheide des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 19. Oktober 2015, IV 2013/52 E. 1.2, vom 2. Mai 2016, IV 2013/641 E. 1.1, vom 15. März 2016, IV 2013/572 E. 6.4).

**10.2.** Die Beschwerdeführerin war nach der Aktenlage (gemäss dem zeitnäheren der Atteste Dr. B.\_\_\_\_s) zwar bereits ab Oktober 2011 arbeitsunfähig, ab April 2012 bis Juni 2012 lag aber gemäss dem (im Vergleich zur späteren Gerichtsexpertise) zeitnäheren und diesbezüglich relevanten Gutachten der G.\_\_\_\_ keine Arbeitsunfähigkeit mehr vor. Daher konnte ein Wartejahr erst am 1. Juli 2012 beginnen und im Juli 2013 ablaufen. Art. 29 Abs. 1 IVG steht einer Auszahlung ab 1. Juli 2013 nicht entgegen.

### 11.

**11.1.** Im Sinn der vorstehenden Erwägungen ist die Beschwerde abzuweisen.

**11.2.** Nach Art. 69 Abs. 1<sup>bis</sup> IVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von 200 bis 1000 Franken festgelegt. Als



unterliegende Partei hat die Beschwerdeführerin die Gerichtskosten zu bezahlen (vgl. Art. 95 Abs. 1 VRP), die mit Rücksicht auf das erforderliche Gerichtsgutachten und den weiteren Schriftenwechsel vorliegend auf Fr. 1'000.-- zu veranschlagen sind. Der von ihr geleistete Kostenvorschuss von Fr. 600.-- ist daran anzurechnen.

**11.3.** Was die Kosten des bidisziplinären Gerichtsgutachtens (einschliesslich der erforderlichen Dolmetscherkosten) betrifft, ist darauf hinzuweisen, dass der Versicherungsträger gemäss Art. 45 Abs. 1 ATSG die Kosten auch einer nicht von ihm angeordneten Abklärungsmassnahme zu übernehmen hat, wenn die Massnahme für die Beurteilung des Anspruchs unerlässlich war (oder Bestandteil nachträglich zugesprochener Leistungen bildet). Nach der Rechtsprechung ist ohne weiteres davon auszugehen, dass hiermit eine genügende gesetzliche Grundlage dafür besteht, dem Versicherungsträger die Kosten eines Gerichtsgutachtens zu auferlegen. Dies gilt jedenfalls für diejenigen Konstellationen, wie sie das Bundesgericht in BGE 139 V 496 im Einzelnen umschrieben hat (vgl. BGE 143 V 269). Wie oben (E. 5.3) dargelegt, hat die Beschwerdegegnerin den Sachverhalt nicht ohne Administrativbegutachtung erledigt, bestanden aber an der Stichhaltigkeit deren Ergebnisses mit Blick auf die Rechtsprechung erhebliche Zweifel, so dass sich die Veranlassung eines Gerichtsgutachtens aufdrängte. Anhand der dadurch verbessert abgeklärten medizinischen Verhältnisse konnte nunmehr ein als überwiegend wahrscheinlich zu betrachtender Sachverhalt eruiert werden. Bei den vorliegenden konkreten Gegebenheiten rechtfertigt es sich, die Kosten der Gerichtsbegutachtung der zur Abklärung des Sachverhalts verpflichteten Beschwerdegegnerin aufzuerlegen. Betroffen sind Gutachtenskosten von insgesamt (einschliesslich Dolmetscherkosten) Fr. 6'881.40.

**11.4.** Bei diesem Verfahrensausgang hat die Beschwerdeführerin keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung (vgl. Art. 61 lit. g ATSG).

### Entscheid

**1.**

Die Beschwerde wird abgewiesen.

**2.**

Die Beschwerdeführerin hat die Gerichtskosten von Fr. 1'000.-- zu bezahlen, unter Anrechnung des von ihr geleisteten Kostenvorschusses von Fr. 600.--.

**3.**

Die Beschwerdegegnerin hat die Kosten der Gerichtsbegutachtung (einschliesslich Dolmetscherkosten) von Fr. 6'881.40 zu bezahlen.



**4.**

Eine Parteientschädigung wird nicht zugesprochen.