

Entscheid IV 2007/412 des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 25.02.2009

Art. 16 ATSG; Art. 28 Abs. 1 IVG.

Invaliditätsbemessung. Beweiswert von medizinischen Gutachten. Somatoforme Schmerzstörung, Anpassungsstörung, psychosoziale Belastungssituation.

Beim Valideneinkommen ist das Entgelt zu berücksichtigen, das eine versicherte Person vor Eintritt des invalidisierenden Gesundheitsschadens aufgrund eines überdurchschnittlichen Erwerbsums insgesamt erzielte, sofern es ohne Gesundheitsschaden mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auch weiterhin erzielt worden wäre. Ob das über 100% liegende Pensum in einem Nebenverdienst oder in zwei parallel zueinander ausgeübten, wirtschaftlich gleichbedeutenden Erwerbstätigkeiten begründet liegt, ist unerheblich.

Entscheid vom 25. Februar 2009

in Sachen

D.____,

Beschwerdeführerin,

vertreten durch Rechtsanwalt lic. iur. Kurt Gemperli, advokatur am brühl, Scheffelstrasse 2, 9000 St. Gallen,

gegen

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

Beschwerdegegnerin,

betreffend

Rente

Sachverhalt:

A.

A.a D.____, Jahrgang 1960, meldete sich am 28. April 2006 (Eingang bei der Sozialversicherungsanstalt des Kantons St. Gallen am 5. Mai 2006) zum Bezug von Leistungen der Invalidenversicherung (IV) an und beantragte die Ausrichtung einer Rente (IV-act. 2). Dr. med. A.____, Neurochirurgie am Kantonsspital St. Gallen (KSSG), nannte im Arztbericht vom 2. Juni 2006 die Diagnosen Lumboischialgie S1 links mit/bei Rezidivhernie L5/S1 links, Status nach Refenestration L5/S1 links mit Neurolyse am 22. Februar und 9. März 2006, Status nach Voroperation L5/S1 links am 1. April 2005, Status nach ISG-Infiltration links sowie Infiltration der Facettengelenke L5/S1 beidseits am 6. Dezember 2005, deutliche Osteochondrose lumbo-sakral, kernspintomographisch nachgewiesen. Schwere Arbeit komme für die Versicherte nicht mehr in Betracht. Für eine leichte rückenadaptierte Tätigkeit sehe er allerdings maximal eine 50%-ige Arbeitsunfähigkeit (IV-act. 13-1; 13-3).

A.b Die Hausärztin der Versicherten Dr. med. B.____ attestierte im Arztbericht vom 12. Juli 2006 für die Zeit vom 29. März bis 3. Juli 2005 eine volle, vom 4. Juli bis 4. September 2005 eine halbe und ab 5. September 2005 wiederum eine volle Arbeitsunfähigkeit. Der Versicherten seien keinerlei Tätigkeiten mehr zumutbar (IV-act. 16-1; 16-4). Dr. med. C.____ und Dr. med. E.____, beide vom Psychiatrischen Zentrum St. Gallen, nannten im Arztbericht vom 17. Juli 2007 die Diagnosen leichte bis mittelgradige depressive Episode mit somatischem Syndrom, anhaltende somatoforme Schmerzstörung und Verdacht auf Anpassungsstörung mit Angst und depressiver Reaktion gemischt. Seit 26. April 2006 betrage die Arbeitsfähigkeit bis auf Weiteres 50% (IV-act. 20-1).

A.c Im Auftrag der IV-Stelle begutachteten Dr. med. F.____, Facharzt FMH für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, und Dr. med. G.____, Arzt für Neurologie und Psychiatrie, die Versicherte. Dr. G.____ nannte in seinem Teilgutachten vom 19. April 2007 die Diagnosen anhaltende somatoforme Schmerzstörung und Anpassungsstörung mit depressiver Reaktion. Dr. F.____ diagnostizierte insbesondere eine Degeneration der Supraspinatus- und Subscapularissehne mit mässigem Impingement und Chondropathie glenohumeral Grad II sowie Verdacht auf leichte frozen shoulder links, mässige mediolinksseitige Diskushernie C6/7 mit Dorsalverlagerung der C7-Nervenwurzel am foraminalen Eingang und mässige mediorechtsakzentuierte Diskushernie C5/6 ohne Nervenkompression, Status nach dreimaliger Diskushernienoperation L5/S1 links mit Schmerzpersistenz und diskreter Torsionsskoliose der LWS, Verdacht auf Myogelose des Musculus sternocleidomastoideus rechts. Die Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit als Reinigungsangestellte betrage bei voller Stundenpräsenz ca. 35%. In optimal adaptierter Tätigkeit bestehe gemäss orthopädisch/psychiatrischer Beurteilung bei voller Stundenpräsenz eine zumutbare Arbeitsfähigkeit von 75% (IV-act. 32).

A.d Gestützt auf diese Einschätzung kündigte die IV-Stelle mit Vorbescheid vom 11. Juli 2007 bei einem Invaliditätsgrad von 31% die Abweisung des Rentenbegehrens an (IV-act. 45) und verfügte am 24. September 2007 gemäss Vorbescheid (act. G 1.1).

B.

B.a Gegen diese Verfügung richtet sich die für die Versicherte am 25. Oktober 2007 von Rechtsanwalt lic. iur. Kurt Gemperli erhobene Beschwerde. Er beantragt die Aufhebung der Verfügung und die Zusprache der gesetzlichen Leistungen, insbesondere einer Invalidenrente, unter Kosten- und Entschädigungsfolge. Die Arbeitsfähigkeitsschätzung der Gutachter Dr. F.____ und Dr. G.____ sei nicht stichhaltig. Der Orthopäde setze sich nicht mit dem Arztbericht der Neurochirurgie des KSSG vom 2. Juni 2006 auseinander. Der Psychiater verneine das Vorliegen eines depressiven Syndroms mit Hinweis auf ICD-Kriterien und die normierte Depressionsskala (Hamilton), er gebe aber nicht an, was er bezüglich der massgeblichen Kriterien festgestellt habe. Somit sei die Nachvollziehbarkeit insofern auch hier nicht gegeben. Bereits "unter bewusster medizintheoretischer Ausblendung" der körperlichen Beschwerden attestiere er eine Arbeitsunfähigkeit von 20%. Beim Valideneinkommen sei das Entgelt aus Nebenerwerbstätigkeiten ebenfalls zu berücksichtigen. Massgeblich sei, ob das Nebenerwerbseinkommen im Gesundheitsfall überwiegend wahrscheinlich weiterhin erzielt worden wäre, was bei der Beschwerdeführerin der Fall sei. Im Übrigen sei beim Invalideneinkommen ein Leidensabzug von 20% gerechtfertigt (act. G 1).

B.b Die Beschwerdegegnerin beantragt in der Beschwerdeantwort vom 18. Dezember 2007 die Abweisung der Beschwerde. Die beiden Gutachter hätten die Arbeitsfähigkeit aufgrund einer Konsensusbesprechung aus gesamtgutachterlicher Sicht festgelegt. Diese Schlussfolgerungen seien einleuchtend, dem Gutachten sei volle Beweiskraft zuzuerkennen. Gemäss der gutachterlichen Gesamtbeurteilung überdecke die somatisch bedingte höhere Arbeitsunfähigkeit die psychiatrisch bedingte geringere Arbeitsunfähigkeit. Eine Erklärung für die Divergenz der Beurteilung von Dr. A.____ zu jener der Gutachter sei darin zu sehen, dass der Spitalbericht aus der Sicht eines auf die Therapie fokussierten behandelnden Mediziners verfasst worden sei. Ärztliche Behandlung bedinge aber eine integrale Berücksichtigung des Leidenszustands und dürfe, so sie erfolgreich sein wolle, beeinträchtigende Elemente ohne Krankheitswert im engeren Sinn nicht ausklammern. Diesen unterschiedlichen Ausgangslagen sei es wohl auch zuzuschreiben, dass der behandelnde Spitalarzt den Ressourcen und dem Leistungspotential nicht gleich viel Beachtung geschenkt habe wie die Gutachter. Gegen die Überzeugungskraft der im Spitalbericht attestierten Arbeitsunfähigkeit spreche zudem, dass der Spitalarzt aus seiner Fachdisziplin heraus nicht in der Lage gewesen sei, der Interdependenz des somatischen und psychiatrischen Krankheitsgeschehens Rechnung zu tragen. Schliesslich würden sich auch aus dem Arztbericht des Psychiatrischen Zentrums St. Gallen vom 17. Juli 2006 keine konkreten Indizien ergeben, die gegen die Zuverlässigkeit des Gutachtens sprechen würden. Bei der Berechnung des Invaliditätsgrads seien nur Einkommen in die Vergleichsrechnung einzubeziehen, die im Rahmen eines normalen Arbeitspensums zu erzielen seien. Erfahrungsgemäss gelte bei Arbeitnehmern ein 100%-Pensum als "normal". Deshalb könne vorliegend nur das von der Beschwerdeführerin aus ihrem 100%-Pensum als Wäschereimitarbeiterin bei der H.____ erzielte Einkommen berücksichtigt werden, obwohl die Beschwerdeführerin jahrelang darüber hinaus im Nebenerwerb bei der Reinigung I.____ sowie

für kurze Zeit auch noch in geringem Ausmass für die H.____ als Mitarbeiterin in der Reinigung gearbeitet habe. Beim Invalideneinkommen sei höchstens ein Abzug von 10% zu berücksichtigen. Insgesamt ergebe sich ein Invaliditätsgrad von 34% (act. G 4).

B.c Die Beschwerdeführerin lässt in der Replik vom 28. April 2008 an ihren Rechtsbegehren festhalten. Die Beschwerdegegnerin räume ein, dass in den Gutachten von Dr. G.____ und Dr. F.____ eine Auseinandersetzung mit wesentlichen abweichenden Vorakten fehle. Ein Jurist könne ein entsprechendes Versäumnis der Gutachter nicht im Nachhinein kompensieren, etwa dadurch, dass er die Aussagekraft der nicht berücksichtigten Vorberichte herabwürdige. Zum Zeitpunkt der Erstattung des Berichts des KSSG vom 2. Juni 2006 sei die Behandlung der Beschwerdeführerin abgeschlossen gewesen. Der Operateur habe keinen Grund gehabt, die Verhältnisse schlechter darzustellen, als sie seien. Im Gutachten G.____ und F.____ erfahre man nicht, warum die psychiatrisch festgestellte Arbeitsunfähigkeit durch die höhere körperlich bedingte überdeckt werde. Die Schlussfolgerungen seien demnach nicht so begründet, dass sie nachvollzogen werden könnten. Dr. G.____ weise darauf hin, klinische Daten und Angaben aus der allgemeinen Sozialanamnese würden belegen, dass Ressourcen zur Überwindung des funktionellen Schmerzanteils vorhanden seien. Um welche Daten es sich handle, lasse sich aus dem Gutachten indessen nicht erschliessen. Auffällig sei schliesslich, dass Dr. G.____ die Diagnose einer Anpassungsstörung mit depressiver Reaktion stelle, obwohl diese Diagnose bei längerem Andauern der Symptome als sechs Monate nach dem belastenden Ereignis geändert werden sollte. Betreffend Valideneinkommen sei festzuhalten, dass die Beschwerdeführerin 16 Jahre lang auf ihrem gesamten, mit einem überdurchschnittlichen Pensum erzielten Einkommen Beiträge geleistet habe und als für dieses Gesamteinkommen versichert gelten müsse (act. G 12.1).

B.d Die Beschwerdegegnerin hält mit Schreiben vom 8. Mai 2008 an ihrem Abweisungsantrag fest (act. G 14).

B.e Die Beschwerdeführerin lässt mit Schreiben vom 18. Juni 2008 in Bezug auf die Bemessung des Valideneinkommens auf den Bundesgerichtsentscheid I 433/06 vom 23. Juli 2007 hinweisen (act. G 16).

Erwägungen:

1.

Am 1. Januar 2008 sind mit der 5. IVG-Revision verschiedene Änderungen des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG; SR 831.20) in Kraft getreten. Weil in zeitlicher Hinsicht grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgebend sind, die bei der Erfüllung des zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben (BGE 127 V 467 Erw. 1), und weil bei der Beurteilung ferner auf den bis zum Zeitpunkt des Erlasses der

streitigen Verfügung vom 24. September 2007 eingetretenen Sachverhalt abzustellen ist (BGE 121 V 366 Erw. 1b), sind auf die angefochtene Verfügung die bis zum 31. Dezember 2007 gültig gewesenen materiellen Bestimmungen anzuwenden.

2.

2.1 Unter Invalidität wird bei als Gesunden voll erwerbstätigen Personen die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit verstanden (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG; SR 830.1]). Erwerbsunfähigkeit ist dabei der durch eine Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 ATSG). Der Grad der für einen allfälligen Rentenanspruch massgebenden Invalidität wird gemäss Art. 16 ATSG durch einen Einkommensvergleich ermittelt, bei dem das Einkommen, das die versicherte Person nach dem Eintritt der Invalidität und nach der Durchführung der notwendigen und zumutbaren Eingliederungsmassnahmen bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (zumutbares Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt wird zum Einkommen, das die versicherte Person erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Valideneinkommen). Nach Art. 28 Abs. 1 IVG in der bis 31. Dezember 2007 gültig gewesenen Fassung besteht der Anspruch auf eine ganze Invalidenrente, wenn der Versicherte mindestens zu 70%, derjenige auf eine Dreiviertelsrente, wenn er wenigstens zu 60% invalid ist. Liegt ein Invaliditätsgrad von mindestens 50% vor, so besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem IV-Grad von mindestens 40% auf eine Viertelsrente (aArt. 28 Abs. 1 IVG).

2.2 Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung und im Beschwerdefall das Gericht auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist (BGE 125 V 261 Erw. 4). Das Gericht hat den Sachverhalt von Amtes wegen festzustellen und demnach zu prüfen, ob die vorliegenden Beweismittel eine zuverlässige Beurteilung des strittigen Leistungsanspruches gestatten. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichts ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten begründet sind (BGE 125 V 352 Erw. 3a).

2.3 Vorab ist die medizinische Aktenlage zu würdigen, wobei mit der somatischen Situation der Beschwerdeführerin zu beginnen ist.

2.3.1 Dr. A.____ hatte im Arztbericht vom 2. Juni 2006 unter Bezugnahme auf eine Kernspintomographie der LWS vom 1. Februar 2006 eine im Vergleich zur Voruntersuchung vom 22. September 2005 grössenprogrediente Rezidivhernie L5/S1 links mit rezessaler Kompression der Nervenwurzel S1 bemerkt. Das MRI vom 3. März 2006 habe eine residuelle kleine paramedian links leicht akzentuierte Rest-/Rezidivhernie mit fraglicher Kompression der Nervenwurzel S1 links ergeben. Der Befund sei nicht sehr beeindruckend gewesen, man habe sich allerdings für den erneuten Eingriff entschieden, weil die Versicherte sehr geklagt habe. Die Prognose hinsichtlich der Aufnahme einer Arbeit müsse als schlecht bezeichnet werden. Die Versicherte werde, nachdem sie seit April 2005 nicht mehr gearbeitet habe, kaum wieder eine Arbeit aufnehmen oder suchen. Für eine leichte, rückenadaptierte Tätigkeit sah Dr. A.____ eine Arbeitsunfähigkeit von maximal 50%. Diese Einschätzung sollte gegebenenfalls noch durch eine Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit (EFL) gestützt werden (IV-act. 13-2 f.). Im Anschluss an die Bildgebung vom 3. März 2006 war am 9. März 2006 eine Rezidiv-Operation durchgeführt worden. Postoperativ hätten sich die Schmerzen erst gebessert, seien dann allerdings am vierten postoperativen Tag zurückgekehrt, wie das KSSG in einem Bericht vom 28. März 2006 festhielt. Ein psychosomatisches Konzil habe dabei gezeigt, dass die Schmerzen auch auf eine depressive Reaktion zurückzuführen sein könnten (IV-act. 16-10). Einem Bericht des KSSG vom 3. Mai 2006 ist zu entnehmen, dass die Beschwerden der Versicherten trotz mehrmaliger Operationen persistierten. Zumindest anatomisch habe man hier kein klares Korrelat mehr. Möglicherweise handle es sich um einen neurogenen Schmerz, wobei eine gewisse funktionelle Überlagerung auch nicht ausgeschlossen werden könne (IV-act. 16-8).

2.3.2 Die orthopädische Teilbegutachtung fand am 23. März 2007 statt. Dr. F.____ lagen die früheren medizinischen Berichte vor. Er veranlasste Röntgenuntersuchungen, eine zervikale und vertebrospinale Kernspintomographie und ein Arthro-MRI der linken Schulter. Die oberen und unteren Extremitäten würden eine unauffällige Trophik aufweisen, die rohe Kraft in Armen und Beinen sei wegen fehlender Mitarbeit der Versicherten nicht beurteilbar. Der Lasegue-Test war links und rechts unauffällig. Das MRI vom 27. März 2007 machte ein mässiges lokales Narbengewebe teilweise die Nervenwurzel S1 und S2 umgebend mit diskreter neuraler Entzündungsreaktion ohne Nervenwurzelkompression sichtbar. Bei der degenerierten Bandscheibe L5/S1 lag keine Rezidivdiskushernie mehr vor. Das Segment L5/S1 wies eine diskrete linkskonvexe Torsionsskoliose mit Scheitelwirbel L1 und eine Spondylarthrose L5/S1 auf. Im Weiteren erkannte Dr. F.____ eine mässige mediolinksseitige Diskushernie C6/7 mit Dorsalverlagerung der C7-Nervenwurzel am foraminalen Eingang und eine mässige mediorechtsakzentuierte Diskushernie C5/6 ohne Nervenkompression. An der HWS bestehe eine leichte Osteochondrose C4/5. Körperlich leichte Tätigkeiten in temperierten Räumen, die abwechslungsweise sitzend und stehend durchgeführt werden könnten, ohne dass dabei regelmässig Gegenstände über zehn kg gehoben oder getragen oder Arbeiten über der Horizontalen durchgeführt und vorwiegend inklinierte oder reklinierte Kopfhaltungen sowie unphysiologische, speziell gebückte Körperhaltungen eingenommen werden müssten, seien bei voller Stundenpräsenz zu ca. 75% zumutbar (IV-act. 32).

2.3.3 Insgesamt erscheint die Beurteilung von Dr. F.____ zumindest für den Zeitpunkt der Begutachtung als plausibel und nachvollziehbar. Er stützte sich auf umfassende aktuelle Bildgebung. Die seit etwa sechs Monaten vor der Begutachtung bestehenden Schulterschmerzen links lassen sich gemäss Dr. F.____ sowohl mit der im MRI sichtbaren

Degeneration der Rotatorenmanschette und dem Impingement als auch der leichten frozen shoulder vereinbaren. Die Beschwerden könnten laut dem Gutachter allerdings auch durch die mediolinksseitige Diskushernie C6/7 mit Kompression der Nervenwurzel C7 bedingt sein. Obwohl die Ursache also nicht restlos geklärt ist, kann doch davon aufgegangen werden, dass die erhobenen Befunde hinreichend auf die durch die Schulterschmerzen bedingten Einschränkungen schliessen liessen. Dr. F. ___ hielt anamnestisch fest, dass die Beschwerdeführerin Schmerzmittel einnehme. Da keine Anhaltspunkte für eine fehlende Wirkung derselben vorliegen, erscheint es als plausibel, dass die Beschwerdeführerin nötigenfalls unter Einnahme der Schmerzmittel in körperlich leichter, rückschonender Arbeit im Ausmass von 75% weiterhin arbeitsfähig ist. Möglicherweise ist ein solches Pensum für die Beschwerdeführerin nicht zuletzt deshalb schwer vorstellbar, weil sie während vieler Jahre körperlich belastende Tätigkeiten ausübte. Die somatischen Befunde lösen an der Arbeitsfähigkeitsschätzung jedenfalls keine ernsthaften Zweifel aus.

2.3.4 Dr. A. ___ hatte knapp elf Monate vor der Einschätzung von Dr. F. ___ von einer Arbeitsunfähigkeit von maximal 50% gesprochen. Die letzte Kontrolle durch ihn hatte am 27. April 2006 stattgefunden. Die letzte Operation lag damals erst knapp anderthalb Monate zurück. Den Verlauf bis zur Begutachtung durch Dr. F. ___ beurteilte Dr. A. ___ nicht. Er begrenzte die Arbeitsunfähigkeit auf höchstens 50%, schloss also explizit nicht aus, dass auch ein höheres Arbeitspensum möglich wäre. Insgesamt lieferte er weder Befunde noch Begründungen, die an den Ausführungen von Dr. F. ___ Zweifel aufkommen lassen würden. Es kann zudem nicht ausgeschlossen werden, dass er als behandelnder Operateur, der die Leidensgeschichte der Beschwerdeführerin offenbar seit längerer Zeit kannte und mitverfolgte und der Zeuge davon wurde, dass die Eingriffe zumindest subjektiv nicht den gewünschten Erfolg brachten, sich wenigstens ansatzweise von der subjektiven Überzeugung der Beschwerdeführerin, nicht mehr arbeiten zu können, beeinflussen liess. Gemäss der Rechtsprechung ist u.a. der Erfahrungstatsache Rechnung zu tragen, dass Hausärzte mitunter wegen ihrer auftragsrechtlichen Vertrauensstellung im Zweifel eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen. Im Hinblick auf einen möglichen Ziel- und Interessenkonflikt (Behandlung versus Begutachtung) gilt das auch für Spezialärzte. Namentlich in umstrittenen Fällen kann nicht ohne weiteres auf die Angaben eines behandelnden Spezialarztes abgestellt werden (EVGE I 814/03 vom 5. April 2004, Erw. 2.4.2; vgl. auch Ulrich Meyer-Blaser, Der Rechtsbegriff der Arbeitsunfähigkeit und seine Bedeutung in der Sozialversicherung, namentlich für den Einkommensvergleich in der Invaliditätsbemessung, in: Schaffhauser/Schlauri [Hrsg.], Schmerz und Arbeitsunfähigkeit, St. Gallen 2003, S. 51). Selbst wenn die Beschwerdeführerin bei Berichterstattung durch Dr. A. ___ nicht mehr in direkter Behandlung am KSSG stand, so ist Dr. A. ___ doch eindeutig als behandelnder Arzt zu qualifizieren; jedenfalls ist er nicht neutraler, von der mehrjährigen Behandlungsgeschichte unbeeinflusster Gutachter. Zwar ist bedauerlich, dass Dr. F. ___ sich mit der Arbeitsfähigkeitsschätzung von Dr. A. ___ nicht einlässlich auseinandersetzte. Von einer Rückweisung der Sache an die Beschwerdegegnerin, damit diese bei Dr. F. ___ diesbezüglich eine Stellungnahme einhole, kann jedoch ausnahmsweise abgesehen werden, zumal Dr. F. ___ nicht etwa Befunde von Dr. A. ___ unberücksichtigt liess, die Arbeitsfähigkeitsschätzungen nicht sonderlich weit auseinander liegen ("maximal" 50% Arbeitsunfähigkeit bei Dr. A. ___ und "ca." 75% Arbeitsfähigkeit bei Dr. F. ___) und der Gutachter auch bei einlässlicher Auseinandersetzung mit der Einschätzung von Dr. A. ___ mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nicht von seiner Beurteilung abrücken würde. Dr. F. ___ hatte die optimal adaptierte Tätigkeit genauer beschrieben als Dr. A. ___. Nur unter idealen Bedingungen und bei Berücksichtigung sämtlicher von Dr. F. ___ genannten Einschränkungen in Bezug auf die Arbeitsposition

erachtete der Gutachter die Arbeitsfähigkeit von 75% als gegeben. Dr. A.____ hingegen nannte die maximal 50%-ige Arbeitsunfähigkeit für "leichte rückenadaptierte Tätigkeiten". Insgesamt erscheinen weitere Abklärungen in Bezug auf die somatische Gesundheitssituation der Beschwerdeführerin nicht als angezeigt (antizipierte Beweiswürdigung; m.w.H. Urteil 8C_77/2008 des Bundesgerichts vom 5. Juni 2008, Erw. 3.2.1).

2.4 Die Aktenlage zur psychiatrischen Situation präsentiert sich folgendermassen:

2.4.1 Seitens des Psychiatrischen Zentrums St. Gallen nannten die behandelnden Ärzte die Diagnosen leichte bis mittelgradige depressive Episode mit somatischem Syndrom, anhaltende somatoforme Schmerzstörung und die Verdachtsdiagnose Anpassungsstörung mit Angst und depressiver Reaktion gemischt. Ab 26. April 2006 bestehe eine Arbeitsunfähigkeit von 50%. Anamnestisch hielten die Ärzte fest, das psychische Zustandsbild habe sich aufgrund der Schmerzsymptomatik zunehmend verschlechtert. Die Beschwerdeführerin sei zunehmend traurig und wisse nicht mehr, wie es weitergehe und was sie tun solle. Darüber hinaus bestünden ausgeprägte Zukunftsängste in Bezug auf die weitere Krankheitsentwicklung und ein zunehmender finanzieller Druck. Die Versicherte habe über Schlaflosigkeit, Nervosität, Unruhe und erhöhte Reizbarkeit berichtet. Die Psychiater beschreiben die Versicherte im interpersonellen Kontakt als offen und auskunftsbereit. Sie sei bei vollem Bewusstsein und in allen Qualitäten vollständig orientiert gewesen, Anhaltspunkte für kognitive Störungen bestünden nicht. Im Vordergrund stehe eine besorgte, leicht- bis mittelgradig deprimierte Stimmung. Im formalen Denken sei sie thematisch eingengt auf die aktuelle Situation mit spürbaren Scham- und Schuldgefühlen und reduziertem Selbstwertgefühl. Für akute Fremd- oder Selbstgefährdung bestünden keine Anhaltspunkte. Die Beschwerdeführerin fühle sich überfordert durch die aktuelle Lebenssituation und äussere Ängste und Befürchtungen dahingehend, dass sie ihrer psychosozialen Belastungssituation in keiner Weise gewachsen sei (IV-act. 20-2 f.).

2.4.2 Der Psychiater und Neurologe Dr. G.____ erlebte die Beschwerdeführerin in der Begutachtung als zunehmend lebhafter werdend mit lebendiger, ausdrucksstarker Mimik und seitengleich lebhafter Gestik. Dr. G.____ nennt die Diagnosen anhaltende somatoforme Schmerzstörung und Anpassungsstörung mit depressiver Reaktion. Neben den somatischen Schmerzanteilen und den sicherlich vorhandenen, bewusstseinsfernen funktionellen Schmerzanteilen sei ein relativ ausgedehnter Anteil bewusstseinsnaher Schmerzanteile im Sinn von Verdeutlichung oder Hervorhebung enthalten. Entsprechend könne bezüglich des letztgenannten und nicht im orthopädischen Teilgutachten dargestellten Schmerzanteils von einer weitgehenden Überwindung durch zumutbare Willensanspannung ausgegangen werden. Dass Ressourcen zur Überwindung des funktionellen Schmerzanteils vorhanden seien, würden klinische Daten sowie die Angaben aus der allgemeinen Sozialanamnese belegen. Ein eigentliches depressives Syndrom könne aktuell weder nach ICD-Kriterien noch nach der normierten Depressionsskala (Hamilton) diagnostiziert werden. Unter bewusster medizinischtheoretischer Ausblendung der im orthopädischen Teilgutachten ausführlich dargestellten qualitativen und quantitativen Leistungseinschränkungen lasse sich aus rein psychiatrischer Sicht in der angestammten Tätigkeit als Wäschereiarbeiterin eine Arbeitsfähigkeit von 80% feststellen. Diese Einschätzung gelte auch für alle anderen, den körperlichen Limitationen und dem Ausbildungsniveau entsprechenden Verweistätigkeiten (IV-act. 33).

2.4.3 Wie jede andere psychische Beeinträchtigung begründet nach der Rechtsprechung des Bundesgerichts auch eine diagnostizierte anhaltende somatoforme Schmerzstörung als solche noch keine Invalidität. Vielmehr besteht eine Vermutung, dass die somatoforme Schmerzstörung oder ihre Folgen mit einer zumutbaren Willensanstrengung überwindbar sind. Bestimmte Umstände, welche die Schmerzbewältigung intensiv und konstant behindern, können den Wiedereinstieg in den Arbeitsprozess unzumutbar machen, weil die versicherte Person alsdann nicht über die für den Umgang mit den Schmerzen notwendigen Ressourcen verfügt. Ob ein solcher Ausnahmefall vorliegt, entscheidet sich im Einzelfall anhand verschiedener Kriterien. Beruht die Leistungseinschränkung auf Aggravation oder einer ähnlichen Konstellation, liegt regelmässig keine versicherte Gesundheitsschädigung vor (statt vieler BGE 131 V 49, Erw. 1.2).

2.4.4 Vorliegend anerkannte Dr. G.____, dass die Beschwerdeführerin die somatoforme Schmerzstörung auch mit der ihr zumutbaren Willensanstrengung nicht vollständig überwinden kann. Im Ausmass von 80% betrachtete er jedoch eine Überwindung als möglich und zumutbar. Wenn auch nicht Aggravation, so erkannte Dr. G.____ immerhin bewusstseinsnahe Schmerzanteile im Sinn von Verdeutlichung oder Hervorhebung. Das für die Beurteilung der Überwindbarkeit zentrale Kriterium der psychischen Komorbidität von erheblicher Schwere, Ausprägung und Dauer ist gemäss den Akten nicht erkennbar. Auf eine solche Komorbidität lassen auch die Ausführungen des Psychiatrischen Zentrums St. Gallen nicht schliessen. Gewisse andere Kriterien wie chronische körperliche Begleiterkrankungen und ein mehrjähriger, chronifizierter Krankheitsverlauf mit unveränderter oder progredienter Symptomatik ohne länger dauernde Rückbildung sind zwar offenbar gegeben, rechtfertigen aufgrund der Aktenlage mit überwiegender Wahrscheinlichkeit aber keine vollständige Unüberwindbarkeit der somatoformen Schmerzstörung.

2.4.5 Die Ärzte des Psychiatrischen Zentrums St. Gallen wiesen im Bericht vom 17. Juli 2006 darauf hin, dass die Beschwerdeführerin ihrer psychosozialen Belastungssituation in keiner Weise gewachsen sei (IV-act. 20-3). Wie das Bundesgericht wiederholt festgehalten hat, lassen sich psychosoziale und soziokulturelle Faktoren oft nicht klar vom medizinisch objektivierbaren Leiden trennen. Trotzdem können solche äusseren Umstände nicht als gesundheitliche Beeinträchtigungen im Sinn des Gesetzes verstanden werden, weil der gesetzliche Invaliditätsbegriff selber klar zwischen der versicherten Person als Trägerin des (invalidisierenden) Gesundheitsschadens und der durch ihn verursachten Erwerbsunfähigkeit unterscheidet. Infolgedessen können psychische Störungen, die durch soziale Umstände verursacht werden und bei Wegfall der Belastungsfaktoren wieder verschwinden, nicht zur Invalidenrente berechtigen. Je stärker psychosoziale oder soziokulturelle Faktoren im Einzelfall in den Vordergrund treten und das Beschwerdebild mitbestimmen, desto ausgeprägter muss eine davon zu unterscheidende fachärztlich festgestellte psychische Störung von Krankheitswert vorhanden sein ([BGE 127 V 294 neues Fenster](#), Erw. 5a). Nur wenn und soweit psychosoziale und soziokulturelle Faktoren einen derart verselbständigten Gesundheitsschaden aufrechterhalten oder seine – unabhängig von den invaliditätsfremden Elementen bestehenden – Folgen verschlimmern, können sie sich mittelbar invaliditätsbegründend auswirken (Entscheid 9C_578/2007 vom 13. Februar 2008, Erw. 2.2 in fine mit Hinweisen). In diesem Sinne werden Wechselwirkungen zwischen sich

körperlich und psychisch manifestierenden Störungen und der sozialen Umwelt berücksichtigt, wenn auch bedeutend weniger stark als nach dem bio-psycho-sozialen Krankheitsmodell (SVR 2008 IV Nr. 6 S. 15 Erw. 5.4; Entscheid 9C_830/2007 vom 29. Juli 2008, Erw. 4.2). Die höhere Arbeitsfähigkeitsschätzung des Psychiatrischen Zentrums St. Gallen lässt sich vorliegend möglicherweise nicht zuletzt mit der Berücksichtigung der von den behandelnden Ärzten offensichtlich als zentral betrachteten psychosozialen Belastungssituation erklären, die die behandelnden Ärzte aufgrund ihres Therapieauftrags nicht unberücksichtigt lassen dürfen, von der der Gutachter jedoch abstrahieren muss.

2.4.6 Der Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin weist in der Replik darauf hin, dass Dr. G.____ die Diagnose Anpassungsstörung mit depressiver Reaktion stelle, obwohl diese Diagnose bei längerem Andauern der Symptome geändert werden sollte. Gemäss den klinisch-diagnostischen Leitlinien zur internationalen Klassifikation psychischer Störungen halten die Symptome bei einer Anpassungsstörung meist nicht länger als sechs Monate an, ausser bei der längeren depressiven Reaktion (Dilling/Mombour/Schmidt [Hrsg.], Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V [F], Klinisch-diagnostische Leitlinien, 5. Aufl., S. 171). F43.21, längere depressive Reaktion, nennt einen leichten depressiven Zustand als Reaktion auf eine länger anhaltende Belastungssituation, der aber nicht länger als zwei Jahre dauere (Dilling/Mombour/Schmidt [Hrsg.], a.a.O., S. 172). Ein leichter depressiver Zustand wurde nicht nur von Dr. G.____, sondern auch von den Ärzten des Psychiatrischen Zentrums St. Gallen beobachtet. Im Gegensatz zu deren Beurteilung vom Sommer 2006 konnte Dr. G.____ bei seiner Exploration vom April 2007 jedoch kein eigentliches depressives Syndrom, keine depressive Episode im Sinn von F32.0 oder F32.1 mehr erkennen. Diesbezüglich ist zu beachten, dass eine depressive Episode definitionsgemäss vorübergehend ist und im Mittel etwa sechs Monate dauert (Dilling/Mombour/Schmidt [Hrsg.], S. 145; Entscheid I 152/05 des Eidgenössischen Versicherungsgerichts vom 23. Mai 2006, Erw. 3.3). Eine längere depressive Reaktion im Zusammenhang mit einer Anpassungsstörung i.S.v. F43.21 stellte aber auch Dr. G.____ nicht in Abrede. Ansonsten stimmt seine Diagnosestellung mit jener des Psychiatrischen Zentrums St. Gallen weitgehend überein. Seine Schlussfolgerungen und seine Arbeitsfähigkeitsschätzung erscheinen als plausibel.

2.4.7 Der Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin stellte wiederholt die Frage, wie die von Dr. G.____ erwähnte bewusste medizinischtheoretische Ausblendung der im orthopädischen Teilgutachten dargestellten Leistungseinschränkungen zu bewerten sei. Im Gesamtkontext ist diese Äusserung damit zu erklären, dass Dr. G.____ wie erläutert die mit der somatoformen Schmerzstörung – und nicht mit den objektivierbaren somatischen Schmerzen – in Zusammenhang stehenden Schmerzen im Ausmass von 20% als nicht überwindbar betrachtete. Dies bedeutet jedoch nicht, dass diese Einschränkung zur von Dr. F.____ aus somatischer Sicht attestierten Einschränkung von 25% hinzuaddiert werden müsste. Eine blosser Addition der mit Bezug auf einzelne Funktionsstörungen und Beschwerdebilder geschätzten Arbeitsunfähigkeitsgrade aus psychischer und somatischer Sicht ist nicht zulässig. Vielmehr ist beim Zusammentreffen verschiedener Gesundheitsbeeinträchtigungen der Grad der Arbeitsunfähigkeit aufgrund einer sämtliche Behinderungen umfassenden ärztlichen Gesamtbeurteilung zu bestimmen (Entscheid I 314/03 des Eidgenössischen Versicherungsgerichts vom 17. November 2003, Erw. 4.2). Diese Gesamtbeurteilung nahmen Dr. G.____ und Dr. F.____ am 30. April 2007 vor (IV-act. 32-10). Nach dem Gesagten kann

darauf abgestellt werden. Folglich ist davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin bei Verfügungserlass in einer optimal ihren Beschwerden angepassten Tätigkeit zu 75% arbeitsfähig war.

3.

3.1 Für die Invaliditätsbemessung sind Validen- und Invalideneinkommen festzulegen.

3.1.1 Die Parteien sind sich nicht einig darüber, ob der Verdienst aus den Nebenerwerbstätigkeiten der Beschwerdeführerin beim Valideneinkommen zu berücksichtigen ist.

3.2 Für die Ermittlung des Valideneinkommens ist entscheidend, was die versicherte Person im Zeitpunkt des Rentenbeginns nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als Gesunde tatsächlich verdient hätte. Dabei wird in der Regel am zuletzt erzielten, der Teuerung und der realen Einkommensentwicklung angepassten Verdienst angeknüpft, da es empirischer Erfahrung entspricht, dass die bisherige Tätigkeit ohne Gesundheitsschaden fortgesetzt worden wäre ([BGE 129 V 224 neues Fenster](#), Erw. 4.3.1, mit Hinweisen). Die ältere Rechtsprechung bezog in die Vergleichsrechnung nur Einkünfte ein, die bei einem normalen Arbeitspensum zu erzielen waren (Ulrich Meyer-Blaser, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG, 1997, S. 207 mit Verweis auf die Urteile I 273/61 vom 10. Juli 1962 und I 59/62 vom 19. November 1962). In neueren Entscheiden hielt das Bundesgericht demgegenüber fest, dass ein Nebenverdienst bei Valideneinkommen zu berücksichtigen sei, sofern er mit überwiegender Wahrscheinlichkeit weiterhin erzielt worden wäre, wenn die versicherte Person gesund geblieben wäre. Dies gelte ohne Rücksicht auf den hierfür erforderlichen zeitlichen oder leistungsmässigen Aufwand. Soweit sich hinsichtlich der letzterwähnten Vorgabe aus älteren Entscheiden (die von Meyer-Blaser a.a.O. erwähnten Entscheide I 273/61 und I 59/62) etwas anderes ergeben sollte, könne daran nicht festgehalten werden. Als Invalideneinkommen sei ein Zusatzeinkommen aus Nebenerwerb nur insoweit zu berücksichtigen, als die versicherte Person ein solches trotz ihrer gesundheitlichen Beeinträchtigung zumutbarerweise weiterhin erzielen könne (Entscheide U 130/02 vom 29. November 2002, Erw. 3.2.1 [=RKUV 2003 Nr. U 476]; U 66/02 vom 2. November 2004 [=RKUV 2005 Nr. U 538]; vgl. auch Hans-Jakob Mosimann, Praxis der Invaliditätsbemessung: aktueller Stand der Rechtsprechung, in: SZS 2007, S. 15). Der Invaliditätsbemessung ist der höhere Lohn also nicht nur bei sehr guten Berufskenntnissen, breiter Berufserfahrung und optimaler Leistung zugrunde zu legen, sondern eben auch bei einem dauernd überdurchschnittlichen Gesamtarbeitspensum (Peter Omlin, Die Invalidität in der obligatorischen Unfallversicherung, 1995, S. 181).

3.3 Im Entscheid I 181/05 vom 3. Februar 2006 hielt das Eidgenössische Versicherungsgericht fest, ein unüblich hoher zeitlicher Aufwand führe nicht zur Reduktion des Valideneinkommens. Zwar gelte der Grundsatz, dass die IV als Erwerbsunfähigkeitsversicherung nur für eine normale erwerbliche Tätigkeit Versicherungsschutz biete. Eine herabgesetzte Anrechenbarkeit komme aber nur bei Mehrfachbeschäftigungen über ein Vollpensum hinaus (Kumulierung von Erwerbs- und

Haushaltarbeit, Ausübung verschiedener wirtschaftlich gleichbedeutender Erwerbstätigkeiten) zum Tragen. Diesbezüglich verweist der Entscheid auf ZAK 1988 S. 476. Bei jenem Entscheid ging es jedoch nicht um Entgelte für ein Pensum von über 100%, sondern um eine Frau, die aus konstitutionellen Gründen nicht in der Lage war, neben der Hausarbeit einem vollen Erwerbspensum nachzugehen. Dieses Unvermögen wurde als invaliditätsfremd bezeichnet. Im Entscheid I 433/06 vom 23. Juli 2007 hielt das Bundesgericht fest, aus einem "Über-100%-Pensum" stammendes Einkommen werde vollumfänglich berücksichtigt, wenn jemand regelmässig Überstunden leiste oder eine Nebenerwerbstätigkeit ausübe oder selbstständigerwerbend sei, wohingegen Einkommen, das aus zwei parallel zueinander ausgeübten, wirtschaftlich gleichbedeutenden Erwerbstätigkeiten stamme, auf ein 100%-Pensum "gekürzt" würde (Erw. 4.1.2). Eine derartige Kürzung lässt sich allerdings nicht überzeugend begründen. Weder in Bezug auf das Einkommen noch in Bezug auf die Leistungsfähigkeit einer versicherten Person vor Eintritt des invalidisierenden Gesundheitsschadens ist es von Belang, ob diese Person beispielsweise zwei wirtschaftlich gleichbedeutende Teilerwerbstätigkeiten von je 60% oder eine Vollerwerbstätigkeit von 100% und einen Nebenerwerb von 20% ausübt; in beiden Fällen wird zu einem entsprechenden Lohn ein Pensum von insgesamt 120% absolviert. Kann nun mit überwiegender Wahrscheinlichkeit darauf geschlossen werden, dass dieses Gesamtpensum ohne Eintritt des Gesundheitsschadens weitergeführt worden wäre, so ist das Valideneinkommen in beiden Fällen auf dieser Basis festzusetzen. Für eine Kürzung im ersten Fall bleibt kein Raum, zumal bei der IV nicht grundsätzlich ein "gewöhnliches" 100%-Pensum versichert ist, sondern das Potential, die Leistungsfähigkeit einer Person kombiniert mit ihrer Leistungsbereitschaft. Entsprechend beschränkt sich die IV-Beitragspflicht auch nicht auf das mit einem 100%-Pensum erzielbare Einkommen. Vorliegend sind diese Überlegungen jedoch nicht zentral, weil die Beschwerdeführerin unbestrittenermassen eine Vollzeitwerbstätigkeit in der Wäscherei der H.____ ausübte und die Putzarbeiten nicht als wirtschaftlich gleichbedeutende Erwerbstätigkeiten, sondern klarerweise lediglich als Nebenverdienst zu betrachten sind.

3.4 Die Beschwerdeführerin war seit 1990 bis zur gesundheitsbedingten Auflösung des Arbeitsverhältnisses per 31. Juli 2006 mit einem Pensum von 100% bei der H.____ als Mitarbeiterin in der Wäscherei tätig. Daneben arbeitete sie von 1. Mai 2003 bis 31. Juli 2007 bei derselben Arbeitgeberin als Mitarbeiterin im Reinigungsbereich. Die Normalarbeitszeit für die 100%-Anstellung belief sich auf 41 Stunden wöchentlich bei einem Monatslohn von Fr. 3'990.-. Im Reinigungsbereich war die Versicherte zusätzlich während vier bis acht Stunden pro Woche bei einem Stundenlohn von Fr. 22.45 zuzüglich Ferienentschädigung (10.64%) tätig (IV-act. 11-1 bis 11-3). Seit 1995 arbeitete sie zudem als Raumpflegerin bei der Reinigung I.____ AG, wobei die wöchentliche Arbeitszeit sich vor Eintritt des Gesundheitsschadens auf ca. 15 Stunden und der Stundenlohn sich auf Fr. 18.83 belief (IV-act. 38-3 f.). Die Tätigkeit bei der Reinigung I.____ AG dauerte bei Eintritt des Gesundheitsschadens im März 2005 also bereits viele Jahre an. Auch den Nebenerwerb bei der H.____ führte die Beschwerdeführerin bereits seit knapp zwei Jahren aus, wobei im Jahr 2004 das Nebenerwerbseinkommen der Reinigung I.____ AG etwas zurückging. Aufgrund der langjährigen Dauer und Konstanz der Putztätigkeiten sowie der Tatsache, dass die Beschwerdeführerin als Hilfsarbeiterin kein hohes Lohnniveau hatte, ist davon auszugehen, dass sie als Gesunde weiterhin neben der Tätigkeit in der Wäscherei geputzt hätte. Grundsätzlich ist also das gesamte Einkommen zu berücksichtigen. Aufgrund der Schwankungen erscheint es als gerechtfertigt, das Durchschnittseinkommen der letzten fünf Jahre vor Eintritt des Gesundheitsschadens beizuziehen. Zwischen 2000 und 2004 verdiente

die Beschwerdeführerin durchschnittlich Fr. 67'640.- pro Jahr (vgl. den IK-Auszug in IV-act. 9-1 f.).

3.5 Beim Invalideneinkommen sind die Tabellenlöhne der vom Bundesamt für Statistik herausgegebenen Schweizerischen Lohnstrukturerhebung (LSE) beizuziehen, zumal die Beschwerdeführerin ihre Resterwerbsfähigkeit zurzeit nicht ausschöpft. Sie ist als Hilfsarbeiterin im Anforderungsniveau 4 zu klassifizieren. Im Jahr 2004 verdienen Frauen dieser Anforderungsstufe bei der betriebsüblichen durchschnittlichen Arbeitszeit von 41.6 Wochenstunden Fr. 48'585.-. Eine Aufrechnung auf das Jahr 2007 kann unterbleiben, da davon auszugehen ist, dass sich das Valideneinkommen und das Invalideneinkommen in etwa gleich entwickeln würden. Die Beschwerdegegnerin hat in der Beschwerdeantwort zu Recht einen Abzug vom Tabellenlohn von 10% anerkannt. Damit soll die verminderte Belastbarkeit der Beschwerdeführerin berücksichtigt werden, die ihr gegenüber einem gesunden Konkurrenten einen Nachteil verschaffen dürfte. Ein grösserer Abzug ist nicht angezeigt. Wie die Beschwerdegegnerin zutreffend festhält, erleiden in Teilzeit arbeitende Frauen statistisch gesehen aufgrund der Teilzeitarbeit aufgerechnet auf ein volles Pensum keinen Lohnnachteil, sondern sogar einen Lohnvorteil. Bei einem zumutbaren Arbeitspensum von 75% und unter Berücksichtigung eines Abzugs von 10% ergibt sich ein Invalideneinkommen von Fr. 32'795.- (Fr. 48'585.- x 0.75 x 0.9).

3.6 Bei einem Valideneinkommen von Fr. 67'640.- und einem Invalideneinkommen von Fr. 32'795.- beläuft sich der Invaliditätsgrad auf gerundet 52%. Die Beschwerdeführerin hat folglich Anspruch auf eine halbe Invalidenrente.

3.7 Die Beschwerdeführerin wurde im Jahr 2005 mehrmals operiert und war ab 29. März 2005 voll arbeitsunfähig geschrieben. Der Beginn des Wartejahrs (Art. 29 Abs. 1 lit. b IVG) ist auf dieses Datum zu legen. Folglich entsteht der Rentenanspruch per 1. März 2006 (Art. 29 Abs. 2 IVG), zumal die Beschwerdeführerin während des Wartejahrs durchschnittlich zu mehr als 40% arbeitsunfähig war.

4.

Dr. F.____ hielt in seinem Teilgutachten fest, die Schmerzen im Schultergürtel und Sternoclaviculargelenk rechts sollten mittels nichtsteroidalen Antirheumatika und Physiotherapie behandelt werden. Bei Persistenz der Beschwerden seien weitere Abklärungen wie zum Beispiel eine Funktionsmyelographie indiziert, um allenfalls die Operationsindikation der Diskushernie C6/7 genauer beurteilen zu können (IV-act. 32-8, Ziff. C.1). Der Beschwerdeführerin steht es frei, im Anschluss an allfällige weitere Abklärungen bei der Beschwerdegegnerin gegebenenfalls ein Gesuch um Rentenrevision zu stellen.

5.

5.1 Die Beschwerde ist unter Aufhebung der angefochtenen Verfügung vom 24. September 2007 gutzuheissen. Die Beschwerdegegnerin hat ab 1. März 2006 bei einem Invaliditätsgrad von 52% Anspruch auf eine halbe Invalidenrente. Die Sache ist zur Festsetzung der Rentenhöhe an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen.

5.2 Das Beschwerdeverfahren ist kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.- bis Fr. 1000.- festgelegt (Art. 69 Abs. 1^{bis} IVG). Eine Gerichtsgebühr von Fr. 600.- erscheint als angemessen. Sie ist der unterliegenden Beschwerdegegnerin als nicht von der Pflicht zur Übernahme amtlicher Kosten befreiter selbstständiger öffentlich-rechtlicher Anstalt aufzuerlegen. Der Beschwerdeführerin ist der geleistete Kostenvorschuss von Fr. 600.- zurückzuerstatten.

5.3 Bei diesem Verfahrensausgang hat die Beschwerdeführerin Anspruch auf eine Parteientschädigung, die vom Gericht ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache und nach der Schwierigkeit des Prozesses bemessen wird (Art. 61 lit. g ATSG; vgl. auch Art. 98 ff. VRP/SG, sGS 951.1). Angemessen erscheint eine Parteientschädigung von Fr. 3'500.- (einschliesslich Barauslagen und Mehrwertsteuer).

Demgemäss hat das Versicherungsgericht

im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 53 GerG

entschieden:

1. Die Beschwerde wird unter Aufhebung der angefochtenen Verfügung vom 24. September 2007 im Sinn der Erwägungen gutgeheissen. Die Beschwerdeführerin hat ab 1. März 2006 Anspruch auf eine halbe Invalidenrente. Die Sache wird zur Festsetzung der Rentenhöhe an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen.

2. Die Beschwerdegegnerin hat die Gerichtskosten von Fr. 600.- zu bezahlen. Der Beschwerdeführerin wird der Kostenvorschuss von Fr. 600.- zurückerstattet.

3. Die Beschwerdegegnerin hat der Beschwerdeführerin eine Parteientschädigung von Fr. 3'500.- (inkl. Barauslagen und Mehrwertsteuer) zu bezahlen.