

SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2010/24 vom 25. Mai 2012

Sg Versicherungsgericht, 2012-05-25, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg_publicationen_IV_2010_24

FR: SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2010/24 du 25 mai 2012

IT: SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2010/24 del 25 maggio 2012

Regeste

Art. 28 Abs. 2 IVG. Rentenanspruch. Vorliegen einer teilweisen Unmöglichkeit der willentlichen Schmerzüberwindung bei anhaltender somatoformer Schmerzstörung - gestützt auf entsprechende Ausführungen des psychiatrischen Gutachtens - bejaht (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 25. Mai 2012, IV 2010/24). Teilweise aufgehoben durch Urteil des Bundesgerichts 9C_527/2012.

Erwägungen

E. 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 E. 1), und weil bei der Beurteilung ferner auf den bis zum Zeitpunkt des Erlasses der streitigen Verfügung eingetretenen Sachverhalt abzustellen ist (BGE 121 V 366 E. 1b), sind für den bis 31. Dezember 2007 verwirklichten Sachverhalt die altrechtlichen, danach die bis 31. Dezember 2011 geltenden materiellen Bestimmungen anzuwenden. Die am 1. Januar 2012 in Kraft getretene 6A. IVG-Revision ist für dieses Verfahren nicht von Bedeutung.

E. 2

2.1 Nach aArt. 28 Abs. 1 IVG (heute Art. 28 Abs. 2 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 ein Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40% ein Anspruch auf eine Viertelsrente. 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 E. 4). Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 125 V 261 E. 4 mit Hinweisen). Nach aArt. 29 Abs. 1 entsteht der Rentenanspruch frühestens in dem Zeitpunkt, in dem die versicherte Person mindestens zu 40 % bleibend erwerbsunfähig geworden ist (lit. a) oder während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens zu 40 % arbeitsunfähig gewesen war (lit. b). Nach der ab 1. Januar 2008 geltenden Regelung entsteht ein Anspruch nur noch

nach der zweiten Variante (Art. 28 Abs. 1 IVG). Zusätzlich muss eine Karenzzeit von sechs Monaten seit Anmeldung bestanden werden (Art. 29 Abs. 1 IVG).

E. 3

3.1 Vorliegend ist im Wesentlichen streitig, ob die Beschwerdeführerin über genügend Ressourcen verfügt, um die Auswirkungen der somatoformen Schmerzstörung willentlich zu überwinden. Entgegen den Ausführungen des psychiatrischen Gutachters geht die Beschwerdegegnerin davon aus, dass der Beschwerdeführerin die Schmerzüberwindung möglich ist. Sie begründet dies damit, dass es vorliegend am wichtigsten Kriterium, nämlich einer psychischen Komorbidität von erheblicher Schwere, Ausprägung und Dauer fehle. Es liege lediglich eine mittelgradige und keine schwere depressive Episode vor. Der begutachtende Psychiater habe eine Komorbidität ausdrücklich verneint. Die depressive Störung habe nicht den Charakter einer eigenständigen psychischen Komorbidität, sondern sei ausschliesslich im Zusammenhang mit der Schmerzsymptomatik zu verstehen und werde von der Beschwerdeführerin auch in dieser Weise empfunden. Zudem habe sich das Bundesgericht grundsätzlich gegen das Vorliegen einer Invalidität bei Symptomausweitung ausgesprochen, bei einer Diskrepanz zwischen angegebenen Beschwerden und Verhalten (z.B. hier mögliche Sitzdauer, Beweglichkeit des Kniegelenks), bei vagen Angaben über die Art der Schmerzen, bei Nichtinanspruchnahme medizinischer Pflege, bei grosser Diskrepanz zwischen den Angaben der versicherten Person und denjenigen aus der Anamnese, bei Gleichgültigkeit des Experten trotz demonstrativen Verhaltens und bei einem intakten psychosozialen Umfeld trotz Angaben schwerer Behinderungen. Zahlreiche Merkmale sprächen bei der Beschwerdeführerin gegen die ausnahmsweise Annahme einer Invalidität bei einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung. Bei der Beschwerdeführerin liege sodann kein Rückzug in allen Belangen des Lebens vor. So sei sie etwa über Ostern 2009 in ihrer Heimat gewesen und habe regen Kontakt zu ihren vier Kindern und den Enkeln. Demgegenüber ist mit der Beschwerdeführerin festzustellen, dass das Bundesgericht das Vorliegen einer Invalidität bei einer somatoformen Schmerzstörung nicht generell ausschliesst, sondern lediglich die Vermutung der Überwindbarkeit der Schmerzen aufstellt. Nach der in BGE 130 V 352 begründeten und mittlerweile gefestigten und auf weitere pathogenetisch-ätiologisch unklare syndromale Beschwerdebilder ohne nachweisbare organische Grundlage ausgeweitete Rechtsprechung (vgl. etwa BGE 131 V 49; 136 V 279; 137 V 64) ist im Einzelfall zu prüfen, ob die Schmerzbewältigung durch bestimmte Umstände intensiv und konstant behindert wird, welche den Wiedereinstieg in den Arbeitsprozess unzumutbar machen, weil die versicherte Person alsdann nicht über die für den Umgang mit den Schmerzen notwendigen Ressourcen verfügt. Ob ein solcher Ausnahmefall vorliegt, entscheidet sich im Einzelfall anhand verschiedener Kriterien. Im Vordergrund steht die Feststellung einer psychischen Komorbidität von erheblicher Schwere, Ausprägung und Dauer. Massgebend sein können auch weitere Faktoren, so: chronische körperliche Begleiterkrankungen; ein mehrjähriger, chronifizierter Krankheitsverlauf mit unveränderter oder progredienter Symptomatik ohne längerdauernde Rückbildung; ein sozialer Rückzug in allen Belangen des Lebens; ein verfestigter, therapeutisch nicht mehr beeinflussbarer innerseelischer Verlauf einer an sich missglückten, psychisch aber entlastenden Konfliktbewältigung (primärer Krankheitsgewinn; "Flucht in die Krankheit"); das Scheitern einer konsequent durchgeführten ambulanten oder stationären Behandlung (auch mit unterschiedlichem therapeutischem Ansatz) trotz kooperativer Haltung der versicherten Person. Je mehr dieser Kriterien zutreffen und je ausgeprägter sich die entsprechenden Befunde darstellen, desto eher sind - ausnahmsweise -

die Voraussetzungen für eine zumutbare Willensanstrengung zu verneinen. Beruht die Leistungseinschränkung auf Aggravation oder einer ähnlichen Konstellation, liegt regelmässig keine versicherte Gesundheitsschädigung vor. Eine solche Ausgangslage ist etwa gegeben, wenn: eine erhebliche Diskrepanz zwischen den geschilderten Schmerzen und dem gezeigten Verhalten oder der Anamnese besteht; intensive Schmerzen angegeben werden, deren Charakterisierung jedoch vage bleibt; keine medizinische Behandlung und Therapie in Anspruch genommen wird; demonstrativ vorgetragene Klagen auf den Sachverständigen unglaubwürdig wirken; schwere Einschränkungen im Alltag behauptet werden, das psychosoziale Umfeld jedoch weitgehend intakt ist (Entscheid vom 20. Dezember 2011 [9C_776/2010] E. 2.2 mit einem Auszug aus BGE 131 V 49 und weiteren Hinweisen).

3.2 Vorliegend stellte der begutachtende Psychiater fest, dass die depressive Störung mittleren Grades nicht den Charakter einer eigenständigen psychischen Komorbidität aufweise, sondern ausschliesslich im Zusammenhang mit der Schmerzsymptomatik zu verstehen sei. Indessen geht er davon aus, dass die Kniesymptomatik als chronische körperliche Begleiterkrankung bezeichnet werden könne, da der Krankheitsverlauf drei Jahre andauere und progredient sei. Es habe auch keine länger dauernden Rückbildungen gegeben. Die psychische Überlagerung sei bereits früh vermutet worden und sei etwa im Frühjahr 2008 dekompenziert. Weiter sei ein gewisser sozialer Rückzug in vielen Belangen des Lebens feststellbar. Das heutige Verhalten der Beschwerdeführerin werde als Regression bezeichnet. Ein primärer Krankheitsgewinn sei "nicht unbedingt" ersichtlich. Die Beschwerdeführerin sei bis zum Knieunfall psychisch nicht auffällig gewesen, sondern werde als lebendige Person geschildert. Die bisherigen Behandlungsversuche sowohl auf somatischer wie auch psychosomatischer Ebene seien sämtliche erfolglos verlaufen oder hätten gar zu einer Progredienz der Symptomatik geführt (insbesondere die zweite Knieoperation). Die stationären Aufenthalte in der Palliativmedizin Flawil und in der psychiatrischen Klinik Littenheid hätten die Entwicklung nicht entscheidend beeinflussen können. Das Verhalten der Beschwerdeführerin sei sicher sehr dramatisch und zum Teil manipulativ. Im Grunde genommen zeige sich jedoch keine Diskrepanz zwischen den Schmerzen und dem gezeigtem Verhalten. Medizinische Behandlungen würden in Anspruch genommen, wenn auch erfolglos (act. G 4.1/52.8). Der Experte setzte sich damit mit den Foerster-Kriterien auseinander. Wenn auch seiner Meinung nach nicht sämtliche Kriterien erfüllt sind und namentlich keine erhebliche psychische Komorbidität besteht, so ist er doch der Auffassung, dass von einer chronischen körperlichen Begleiterkrankung auszugehen ist, deren Verlauf - ohne Phasen der Remission - progredient ist. Ebenso schildert er den Verlauf der anhaltenden somatoformen Schmerzstörung als progredient, die Behandlungen - die auch stationär erfolgt sind - als erfolglos oder sogar zu einer Verschlechterung führend. Diese Angaben decken sich grundsätzlich mit den übrigen medizinischen Akten. Demnach musste sich die Beschwerdeführerin mehreren Knieoperationen unterziehen. So wurde am 1. Juni 2005 und am 27. April 2006 jeweils eine Arthroskopie durchgeführt (act. G 4.2/5 und 38), am 12. September 2007 ein Gelenkersatz eingesetzt und am 18. September 2007 ein freier Gelenkkörper (Zementrest) entfernt (act. G 4.2/112). Trotz dieser Massnahmen war das linke Knie auch zum Untersuchungszeitpunkt am 28. April 2009 in der Beweglichkeit deutlich eingeschränkt, minim überwärmt und mit diskretem Erguss ohne Druckstellen. Allerdings war das Knie im letzten (nicht mehr ganz neuen) CT vom 29. Juli 2008 bis auf eine leichte Femurpatellararthrose unauffällig (act. G 4.1/53.8). In somatischer Hinsicht ist damit vom Vorliegen einer chronischen Begleiterkrankung auszugehen, die allerdings nicht

besonders schwer wiegt, werden doch vom orthopädischen Gutachter keine gravierenden Einschränkungen genannt. Vielmehr geht er davon aus, dass die Beschwerdeführerin aus orthopädischer Sicht deutlich besser gehen können und weniger Schmerzen erleiden müsste, als es der Fall ist (act. G 4.1/53.8). In psychischer Hinsicht ist von einem chronifizierten Krankheitsverlauf mit progredienter Symptomatik ohne Remission auszugehen. So wurde bereits im März 2007 von der Orthopädie am Rosenberg und im Januar 2008 von der Rehaklinik Bellikon die Vermutung geäußert, dass eine psychische Überlagerung der Knieproblematik vorliegen könnte (act. G 4.2/83 und 132). Es folgten zwei stationäre Behandlungen im Palliativzentrum E.____ vom 26. August 2008 bis zum 5. September 2008 (act. G 4.2/163) und in der Klinik F.____ vom 19. Januar 2009 bis zum 26. März 2009 (act. G 4.2). Obwohl die Beschwerdeführerin zusätzlich in ambulanter Behandlung war bzw. ist, hat sich die psychische Situation und die Schmerzproblematik bis zum Untersuchungszeitpunkt am 28. April 2009 nicht verbessert. Mithin müssen die durchgeführten ambulanten und stationären psychiatrischen Behandlungen als gescheitert betrachtet werden. Gemäss Angaben des psychiatrischen Gutachters ist denn auch mit keiner Besserung mehr zu rechnen (act. G 4.1/52.9). Über den von Dr. D.____ beschriebenen sozialen Rückzug (bzw. über den Vorzustand) finden sich in den Akten kaum Hinweise. Dr. D.____ selber schildert, dass die Beschwerdeführerin (wohl gemäss Angaben des Ehemannes) früher eine "lebendige Person" gewesen sei. Immerhin scheint unumstritten, dass die Beschwerdeführerin heute ausser zu nächsten Familienangehörigen und Verwandten kaum gesellschaftliche Kontakte pflegt. Ebenso ist klar, dass nach dem Verlust des Arbeitsplatzes per Ende Februar 2007 auch dessen integrierende soziale Wirkung auf die Beschwerdeführerin entfallen ist. Die Einschätzung des Experten, es habe ein gewisser sozialer Rückzug stattgefunden, erscheint damit glaubhaft. Entgegen der Ansicht der Beschwerdegegnerin kann sodann nicht ohne Weiteres von einer Aggravation ausgegangen werden. So weist Dr. D.____ ausdrücklich darauf hin, dass letztlich keine Diskrepanz zwischen den angegebenen Schmerzen und dem gezeigten Verhalten bestehe. Im Weiteren werden weder medizinische Behandlungen ausgeschlagen noch wirken die vorgetragene Klagen auf den Experten unglaubwürdig. Zusammenfassend erscheinen nach dem Gesagten vor allem die Kriterien des chronifizierten mehrjährigen Krankheitsverlaufs mit progredienter Symptomatik ohne wesentliche zwischenzeitliche Rückbildung sowie des Scheiterns einer konsequent durchgeführten ambulanten und stationären Behandlung ohne nachhaltigen Erfolg als erfüllt. Hinzu kommen eine - wenn auch nicht sehr gravierende - chronische somatische Begleiterkrankung und ein gewisser sozialer Rückzug. Insgesamt erscheint damit die Einschätzung des Experten als glaubwürdig, wonach die Beschwerdeführerin nur noch teilweise in der Lage ist, ihre Schmerzen willentlich zu überwinden und ihre Ressourcen nur noch für eine Teilzeittätigkeit im Umfang von 50 % in einer den körperlichen Einschränkungen angepassten Tätigkeit ausreichen. Mithin ist in medizinischer Hinsicht und in Hinsicht auf die Arbeitsfähigkeitsschätzung auf das Gutachten vom 16. Mai 2009 abzustellen. Der von der Beschwerdegegnerin beantragte Beizug der IV- und AK-Akten des Ehemannes erscheint für die Beurteilung des vorliegenden Verfahrens nicht entscheidungswesentlich, weshalb davon abzusehen ist.

3.3 In der Replik vom 31. März 2010 macht der Rechtsvertreter geltend, der Gesundheitszustand habe sich im Februar 2010 verschlechtert. Die Beschwerdeführerin sei nach einem Suizidversuch am 4. Februar 2010 mit schweren Depressionen auf der geschlossenen Abteilung der Kantonalen Psychiatrischen Klinik Pfäfers hospitalisiert gewesen. Dazu ist festzustellen, dass die geltend gemachte Verschlechterung erst nach Verfügungserslass

eingetreten ist. In den Akten bestehen denn auch keinerlei Hinweise, dass sich der Gesundheitszustand in der Zeit vom 16. Mai 2009 (Gutachten) bis zum Verfügungserlass am 12. Januar 2010 verschlechtert haben soll. Die F.____ ging im Austrittsbericht vom 27. März 2009 von einem deutlich gebesserten, wenn auch immer noch deutlich beeinträchtigten Zustand aus (act. G 4.2). Demgegenüber stammt das nachträglich eingereichte Arztzeugnis von Dr. G.____ erst vom 28. Juni 2010 (act. G 10.1), so dass es ebenfalls nicht geeignet ist, eine deutliche Verschlechterung noch vor Verfügungserlass zu belegen. Mithin ist - auch angesichts der bereits sehr langen Verfahrensdauer (Anmeldung vom Januar 2007) - nicht im vorliegenden Verfahren auf eine allfällige Verschlechterung des Gesundheitszustands nach Verfügungserlass einzutreten. Vielmehr ist die Beschwerdeführerin diesbezüglich auf den Revisionsweg zu verweisen. Immerhin ist festzustellen, dass die am 31. März 2010 (Replik) geltend gemachte Verschlechterung als fristwährend im Sinn von Art. 29 Abs. 1 IVG anzusehen ist. Das Revisionsgesuch in der Replik ist demnach zur Behandlung an die Beschwerdegegnerin zu überweisen. 3.4 Im Weiteren ist der Einkommensvergleich umstritten. Während die Beschwerdegegnerin von einem Valideneinkommen von Fr. 46'410.-- ausgeht, beantragt die Beschwerdeführerin sinngemäss die Annahme eines Valideneinkommens von Fr. 51'388.-- (LSE 2008, Tabelle TA1, Total, Niveau 4). Die Beschwerdeführerin verdiente gemäss Arbeitsvertrag vom 17. Oktober 2004 mit der H.____ AG Fr. 3'500.-- im Monat (x 13 = Fr. 45'500.--). Dieser Betrag galt ab dem 20. September 2004 (Stellenbeginn). Die tägliche Arbeitszeit im Schichtbetrieb umfasste acht Stunden (inkl. zwei Pausen à 15 Minuten). Aus dem Arbeitsvertrag geht nicht hervor, dass es sich um eine Teilzeitbeschäftigung handeln würde (act. G 13.1). Zwar hat die Arbeitgeberin gegenüber der Beschwerdegegnerin am 14. Februar 2007 angegeben, die Beschwerdeführerin arbeite wöchentlich lediglich 37.5 Stunden, woraus die Beschwerdegegnerin auf eine Teilzeitbeschäftigung von 90 % geschlossen hat. Bei der Angabe der Arbeitgeberin muss es sich insoweit um ein Versehen handeln, als sie gegenüber der SUVA in der Unfallmeldung am 27. Mai 2005 ebenfalls von einem 100 % Beschäftigungsgrad ausgegangen ist (act. G 4.2./2). Unter diesen Umständen ist die Beschwerdeführerin als Erwerbstätige anzusehen, weshalb die Invaliditätsbemessung mit einem Einkommensvergleich zu erfolgen hat. Nachdem das Unfallereignis vom 2. Februar 2005 nur relativ kurze Zeit nach Stellenantritt eintrat, kann das genannte Einkommen als repräsentativ für die Situation vor dem Unfall gelten. Es ist somit von einem Valideneinkommen von Fr. 45'500.-- auszugehen. Das Invalideneinkommen setzte die Beschwerdegegnerin wegen unterdurchschnittlichem Valideneinkommen ebenfalls mit Fr. 46'410.-- fest. Ausgehend vom Tabellenlohn 2005 (TA1, Frauen, Niveau 4, Fr. 49'120.-- [IVG-Ausgabe der Informationsstelle AHV/IV, Anhang 2]) ergibt sich unter Berücksichtigung des Arbeitsunfähigkeitsgrades von 50 % ein Wert von Fr. 24'560.--. Weiter beantragt der Rechtsvertreter, es sei ein Leidensabzug von 25 % vorzunehmen. Er begründet dies damit, dass die Beschwerdeführerin nur noch sitzende, leichte Tätigkeiten in Wechselhaltung mit vermehrten Pausen ausüben könne und die Beschwerdeführerin wegen den mit der somatoformen Schmerzstörung einhergehenden Beschwerden und Einschränkungen das durchschnittliche Lohnniveau nicht erreichen könne. Zudem spreche sie nur schlecht Deutsch. Vorliegend ist zu berücksichtigen, dass die Beschwerdeführerin an ihrem angestammten Arbeitsplatz Gewichte bis 10 kg heben oder tragen musste. Zudem musste sie häufig stehen und mittelhäufig gehen (act. G 4.1/8.5). Gemäss rheumatologischem Gutachten ist sie nunmehr auf eine vorwiegend sitzende, leichte Tätigkeit angewiesen (act. G 4.1/53.9). Diese zusätzliche Einschränkung ist mit einem

Leidensabzug zu berücksichtigen. Demgegenüber ist die vermehrte Pausenbedürftigkeit bereits mit einem Abzug von 20 % in der Arbeitsfähigkeitsschätzung berücksichtigt. Ebenso sind die Einschränkungen durch die somatoforme Schmerzstörung im nicht zu überwindenden Umfang von 50 % bereits berücksichtigt und können hier nicht nochmals angerechnet werden. Indessen ist unstreitig, dass die Beschwerdeführerin nur über schlechte Deutschkenntnisse verfügt. Gesamthaft rechtfertigt sich somit ein Leidensabzug von 10 %. Mithin ergibt sich ein Invalideneinkommen von Fr. 22'104.-- (Fr. 24'560.-- x 90 %) bzw. eine Erwerbseinbusse von 51,4 % ($[\text{Fr. } 45'500.-- - \text{Fr. } 22'104.--] : \text{Fr. } 45'500.-- \times 100$). Aus diesem Invaliditätsgrad resultiert - noch ohne Parallelisierung des Invalideneinkommens - ein Anspruch auf eine halbe Rente ab einem durch die Beschwerdegegnerin noch zu bestimmenden Zeitpunkt.

E. 4

4.1 Nach dem Gesagten ist die Beschwerde teilweise gutzuheissen, soweit darauf einzutreten ist, und der Beschwerdeführerin eine halbe Rente zuzusprechen. Die Sache ist sodann zur Festsetzung des Rentenbeginns und der Rentenhöhe an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. Das in der Replik gestellte Revisionsgesuch ist zur Behandlung der Beschwerdegegnerin zu überweisen. 4.2 Das Beschwerdeverfahren ist kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festgelegt (Art. 69 Abs. 1 bis IVG). Eine Gerichtsgebühr von Fr. 600.-- erscheint angemessen. Nachdem die Beschwerdeführerin in der Hauptsache obsiegt und bezüglich des Rentenbeginns eine Rückweisung angeordnet wird (die praxismässig ebenfalls als Obsiegen gilt), hat die Beschwerdegegnerin die Gerichtsgebühr zu tragen. Der Beschwerdeführerin ist der geleistete Kostenvorschuss von Fr. 600.-- zurückzuerstatten. 4.3 Die obsiegende Beschwerdeführerin hat Anspruch auf eine Parteientschädigung für die Kosten der Vertretung und Prozessführung (Art. 61 lit. g ATSG). Diese ist vom Gericht ermessensweise festzusetzen, wobei insbesondere der Bedeutung der Streitsache und dem Aufwand Rechnung zu tragen ist. Vorliegend erscheint eine Parteientschädigung von Fr. 3'500.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) angemessen. Demgemäss hat das Versicherungsgericht im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP entschieden: 1. In teilweiser Gutheissung der Beschwerde wird die Verfügung vom 12. Januar 2010 aufgehoben und der Beschwerdeführerin eine halbe Rente zugesprochen. Im Übrigen wird auf die Beschwerde nicht eingetreten. 2. Die Sache wird zur Festsetzung des Rentenbeginns und der Rentenhöhe an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen. 3. Das in der Replik vom 31. März 2010 gestellte Revisionsgesuch wird zur Behandlung an die Beschwerdegegnerin überwiesen. 4. Die Beschwerdegegnerin hat die Gerichtskosten von Fr. 600.-- zu bezahlen. Der geleistete Kostenvorschuss von Fr. 600.-- wird der Beschwerdeführerin zurückerstattet. 5. Die Beschwerdegegnerin hat der Beschwerdeführerin eine Parteientschädigung von Fr. 3'500.-- (inkl. Barauslagen und Mehrwertsteuer) zu bezahlen.

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.