



Fall-Nr.: IV 2013/428
Stelle: Versicherungsgericht
Rubrik: IV - Invalidenversicherung
Publikationsdatum: 11.10.2019
Entscheiddatum: 22.01.2016

Entscheid Versicherungsgericht, 22.01.2016

Art. 28 IVG. Würdigung eines polydisziplinären Gutachtens im Licht der neuen bundesgerichtlichen Rechtsprechung betreffend somatoforme Schmerzstörungen und andere psychosomatische Leiden ohne organische Grundlage (Bundesgerichtsentscheid vom 3. Juni 2015, BGE 141 V 281 ff.). Gutachten, welche noch unter Geltung der alten “Überwindbarkeitspraxis“ eingeholt worden sind, verlieren nicht per se ihren Beweiswert. Es ist eine Prüfung im Einzelfall erforderlich, ob das Gutachten eine schlüssige Beurteilung der Arbeitsfähigkeit der versicherten Person im Licht der massgeblichen neuen Indikatoren erlaubt. Vorliegend sind ergänzende Abklärungen bei der Gutachtensstelle angezeigt (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 22. Januar 2016, IV 2013/428).

Besetzung

Präsidentin Karin Huber-Studerus, Versicherungsrichter Joachim Huber und Ralph Jöhl; Gerichtsschreiberin Nadja Francke Zubair

Geschäftsnr.

IV 2013/428

Parteien

A.____,

Beschwerdeführerin,



St.Galler Gerichte

vertreten durch Rechtsanwalt lic. iur. Dieter Studer, Studer Anwälte AG,
Hauptstrasse 11a, 8280 Kreuzlingen,

gegen

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

Beschwerdegegnerin,

Gegenstand

Rente

Sachverhalt

A.

A.a A.____ meldete sich am 17. Juni 2010 zum Bezug von Leistungen der Invalidenversicherung bei der IV-Stelle des Kantons St. Gallen an (IV-act. 5). Gemäss einem Frühinterventions-Gesprächsprotokoll vom 28. Juni 2010 nannte der Hausarzt der Versicherten, Dr. med. B.____, Innere Medizin FMH, als Diagnosen einen cervico-brachialen Schmerz linksbetont mit Hyperkontraktion des Musculus trapezius, vereinbar mit dem Vorliegen einer fokalen Dystonie, den Status nach HWS-Schleudertrauma (infolge eines Auffahrunfalls am 6. November 2006, act. G 6.1, 6.2) mit chronifiziertem Schmerzsyndrom, den Status nach Botulinumtoxin-Injektion in den M. trapezius links mit akuten massiven Schmerzen, aber Rückbildung der Dystonie sowie den Verdacht auf medikamenteninduzierten Kopfschmerz, DD: Kopfschmerz multipler Genese, u.a. fraglich erhöhter Augeninnendruck bei geröteten Augen assoziiert zu den Kopfschmerzen. Dr. B.____ gab an, dass die Versicherte seit dem HWS-Schleudertrauma im November 2006 über längere Zeit keine Nackenbeschwerden beklagt habe. Es liege allerdings eine vorbestehende Fehlhaltung des Rückens mit wiederholt erforderlichen Behandlungen von Lumbalgie vor. Seit Februar 2010 beklage die Versicherte vermehrte Schulter-, Nacken- und Armschmerzen und sei zu 50% arbeitsunfähig. Die halbtägige Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit als Näherin sei steigerbar (IV-act. 15, 27).



St.Galler Gerichte

A.b In einem Arbeitgeberbericht vom 7. Juli 2010 gab die C.____ AG an, dass die Versicherte seit dem 2. April 2002 als "Annäherin" mit einem Pensum von 100% beschäftigt sei. Nach Eintritt des Gesundheitsschadens betrage das Arbeitspensum der Versicherten noch 50%, namentlich vom 26. Februar bis 26. Mai 2010 und seit 21. Juni 2010 bis auf weiteres (IV-act. 24).

A.c Die behandelnde Ärztin im Muskelzentrum am Kantonsspital St. Gallen (KSSG), Dr. med. D.____, Neurologie FMH, nannte in ihrem Bericht vom 15. Oktober 2010 folgende Diagnosen: ein cerviko-brachialer Schmerz linksbetont bei Status nach HWS-Schleudertrauma mit chronifiziertem Schmerzsyndrom, bestehend seit November 2006, eine Hyperkontraktion von M. trapezius und M. rhomboideus links, vereinbar mit dem Vorliegen einer fokalen Dystonie, diagnostiziert seit 01/2010, sicher schon länger vorbestehend, sowie ein episodischer Kopfschmerz. Dr. D.____ hielt fest, dass dystone Hyperkontraktionen von Muskeln infolge von Traumata auftreten könnten. Ansonsten bleibe die Aetiologie aber oft ungeklärt. Als bisherige Therapie seien zwei Mal Botulinumtoxin-Injektionen in die betroffenen Muskeln erfolgt mit deutlicher Rückbildung der Hyperkontraktionen und des massiven Schulterschiefstandes. Zu einer Linderung der massiven Schmerzen sei es aber nicht gekommen. Dieses chronifizierte, äusserst schwere Schmerzsyndrom, welches von der Versicherten auf der Schmerzskala VAS stets zwischen 6 und 8 angegeben werde, führe zu einer eingeschränkten Belastbarkeit. In der bisherigen Tätigkeit als Näherin sei die Versicherte seit dem 18. Januar 2010 zu 50% arbeitsunfähig. Eine leidensangepasste Tätigkeit sei halbtägig zumutbar. Ob mit einer Erhöhung der 50%igen Arbeitsfähigkeit gerechnet werden könne, müsse offen bleiben (IV-act. 34). Im Rahmen einer Verlaufskontrolle berichtete Dr. D.____ am 28. Oktober 2010, dass die Versicherte sicherlich an einem mehrschichtigen Beschwerde- und Krankheitsbild leide, jedoch habe der jetzige Verlauf klar gezeigt, dass eine segmentale Dystonie vorliege. So sei es unter Botulinumtoxin-Injektionen in den M. trapezius und M. rhomboideus zu einem deutlichen Rückgang der Hyperkontraktion dieser Muskeln gekommen. Neu sei jedoch eine vermehrte Kontraktion des M. pectoralis aufgetreten. Bei Dystonien zeige sich wiederholt, dass neue Muskelgruppen involviert werden könnten. Da es sich hier um cervical bis thorakal versorgte, benachbarte Muskeln handle, sei doch von einer segmentalen Dystonie auszugehen. Eine Fortführung der Therapie mit Botulinumtoxin sei leider nicht möglich, da die Versicherte die Injektionen als äusserst schmerzhaft



wahrnehme. Es sei darauf hinzuweisen, dass eine Dystonie eine neurologische Erkrankung und nicht durch "Willensakte überwindbar" sei. Darüber hinaus sei aber nicht von der Hand zu weisen, dass bei chronischen Schmerzen, chronifiziertem Schmerz nach einem HWS-Schleudertrauma und episodischen Kopfschmerzen auch psychogene Komponenten eine Rolle spielen könnten (IV-act. 43-6 f.).

A.d Gemäss einem Austrittsbericht der Klinik Valens vom 3. März 2011 hatte die Versicherte vom 24. Januar bis 12. Februar 2011 einen stationären Rehabilitationsaufenthalt absolviert. Als Diagnosen wurden angegeben ein cerviko-brachiales Syndrom links bei linkskonvexer thorakaler Torsionsskoliose mit Rippenbuckel, bei Botulinumtoxin-Injektion in den M. trapezius und M. rhomboideus links 05 und 09/2010 bei Verdacht auf segmentale Dystonie mit Einbezug cervical bis thorakal innervierter Muskeln, bei HWS-Distorsionstrauma 11/2006 sowie mit episodischem Kopfschmerz. Die behandelnden Ärzte hielten fest, dass es trotz intensiver physio- und ergotherapeutischer Bemühungen und trotz sichtlicher Motivation der Versicherten im Rahmen der Therapie zu einer deutlichen Schmerzverstärkung sowie zu einem anhaltenden Schwindelgefühl und damit zu einer sehr niedrigen Belastbarkeit gekommen sei. Aufgrund der anhaltenden reduzierten Affektlage sei die Versicherte zudem durch den psychosomatischen Dienst mitbetreut worden, wobei sich der Verdacht auf ein reaktiv depressives Geschehen im Sinn einer Anpassungsstörung ergeben habe. Insgesamt seien die von der Versicherten geschilderten Beschwerden diagnostisch mit den Symptomen eines hauptsächlich muskulär bedingten cerviko-brachialen Syndroms bei Wirbelsäulenfehlhaltung und muskulärer Insuffizienz vereinbar, wobei es nach psychischer und körperlicher Überlastung jeweils zu einer deutlichen Zunahme der Beschwerden begleitet von vegetativer Dysregulation und rascher Erschöpfbarkeit gekommen sei. Bezüglich der Arbeitsfähigkeit werde ein gestaffelter Einstieg in die angestammte Tätigkeit als Näherin mit einem initialen Pensum von 50% empfohlen (IV-act. 62).

A.e In einem Schlussbericht vom 20. Januar 2012 hielt die Eingliederungsverantwortliche der IV-Stelle fest, es sei zunächst davon ausgegangen worden, dass die Versicherte nach der Wiederaufnahme ihrer Tätigkeit als Näherin zu 50% am 21. Juni 2010 das Arbeitspensum werde steigern können. Jedoch sei es beim Versuch schnell zu einer Ausweitung der Beschwerden gekommen, so dass die



St.Galler Gerichte

Arbeitsfähigkeit der Versicherten in der bisherigen und in adaptierten Tätigkeiten auf 50% festgelegt worden sei. Es sei gelungen, den Arbeitgeber der Versicherten zu einer Vertragsanpassung mit einem reduzierten Pensum von 50% zu bewegen. Die Arbeitszeit sei in eine Morgenschicht von 05:00 Uhr bis 09:30 Uhr und eine Nachmittagsschicht von 14:00 Uhr bis 18:30 Uhr eingeteilt worden. Der Bruttolohn für ein 50%-Pensum betrage Fr. 1'575.50. Der angepasste Vertrag gelte ab 15. April 2012. Mit dieser Lösung habe der Arbeitsplatz der Versicherten gesichert und erhalten werden können (IV-act. 72). Am 27. Februar 2012 teilte die IV-Stelle der Versicherten mit, dass sie in ihrer angestammten Tätigkeit mit einem Pensum von 50% angemessen eingegliedert sei, so dass keine weiteren beruflichen Massnahmen notwendig seien (IV-act. 78)

A.f Die Ärzte der Klinik E.____, wo die Versicherte vom 14. Februar bis 10. März 2012 stationär behandelt worden war (IV-act. 80), nannten in einem Bericht vom 21. März 2012 folgende arbeitsfähigkeitsrelevante Diagnosen: multilokuläres Schmerzsyndrom mit klinisch deutlichen Hinweisen für eine somatoforme Schmerzstörung bei Status nach HWS-Schleudertrauma 2006, segmentale Dystonie mit Einbezug cervikaler und thorakaler Muskeln (M. trapezius, M. rhomboideus, M. pectoralis, thorakale paraspinale Muskulatur links), chronische Spannungskopfschmerzen mit Hinweisen für medikamenteninduzierten Kopfschmerz, Anpassungsstörung im Sinn einer längeren depressiven Reaktion bei komplexer psychosozialer Belastungssituation, generalisierte Angststörung sowie dissoziative Störung. Die Ärzte hielten fest, die Ziele des stationären Aufenthaltes seien die Durchführung eines Tramalenzugs, die Verbesserung der Entspannungsfähigkeit sowie die Durchführung von Verhaltensanalysen zur Ermittlung störungsaufrechterhaltender Faktoren gewesen. Dazu habe die Versicherte engagiert und motiviert am multimodalen Behandlungsprogramm teilgenommen. Im Rahmen des Tramalenzugs habe die Versicherte über das Erleben starker Nebenwirkungen berichtet. Bezüglich der Arbeitsfähigkeit bestehe bei der Versicherten eine eingeschränkte körperliche und psychische Belastbarkeit. Die Konzentrations- und Merkfähigkeit sei bislang durch den übermässigen Gebrauch von Tramal vermindert gewesen. Aufgrund der bestehenden Komorbidität mit langjähriger Schmerzstörung, generalisierten Ängsten, depressiv-dysphorischen Stimmungseinbrüchen im Rahmen der Anpassungsstörung sowie der Tendenz zur Hyperventilation in Belastungssituationen und dissoziativer Symptomatik



sei die Belastbarkeit weiterhin deutlich eingeschränkt. Die Versicherte beabsichtige, ab dem 26. März 2012 ihre bisherige Tätigkeit mit einem Pensum von 50% wieder aufzunehmen (IV-act. 80). In einem Verlaufsbericht des Muskelzentrums am KSSG vom 20. März 2012 wurde festgehalten, dass es während des stationären Aufenthalts in der Klinik E.____ offensichtlich gelungen sei, die Versicherte vom Tramal zu entziehen. Dafür bestehe jetzt vermutlich eine Xanax-Abhängigkeit. Das nochmalige Angebot, Botulinumtoxin zu spritzen, habe die Versicherte aufgrund ihrer Angst vor Schmerzen zurzeit abgelehnt (IV-act. 82).

A.g Auf Veranlassung des RAD (IV-act. 84) wurde die Versicherte vom 14. bis 18. Januar 2013 im Zentrum für Medizinische Begutachtung (ZMB), Basel, polydisziplinär untersucht. Im entsprechenden Gutachten vom 25. April 2013 wurden folgende arbeitsfähigkeitsrelevante Diagnosen genannt: ein verzögertes Auftreten einer schmerzhaften segmentalen Dystonie im Sinn eines Torticollis spasmodicus mit zunehmendem Einbezug weiterer Muskeln cervical und im Schultergürtel links, den Status nach dreimaliger Botulinumtoxin-Injektion mit nur kurzfristigem Ansprechen und jeweils akuten Schmerzexazerbationen sowie ein kranio-cervicales Beschleunigungstrauma QTF - Klassifikation II am 6. November 2006 mit persistierenden cervico-brachialen Schmerzen links mit ausgeprägter muskulärer Dysbalance mit Schulterhochstand links und konsekutiver skoliotischer Fehlhaltung. In der Gesamtbeurteilung hielten die Gutachter fest, aus neurologischer Sicht entspreche das heutige Beschwerdebild einer sogenannten fokalen Dystonie und zwar der häufigsten Variante, nämlich einer cervicalen Dystonie mit Ausbreitung auf Schulter und möglicherweise obere linke Thoraxhälfte. Eine symptomatische Dyskinesie sei aufgrund des Verlaufes und der erfolgten neurologischen Abklärungen im KSSG weitgehend ausgeschlossen. Diskutiert würden in der Literatur auch psychogene Dystonieformen im Sinn von dissoziativen Störungen. Die Angaben über die Häufigkeit schwankten in der Literatur zwischen 1,6 bis 2,3% der Dystonien. Bei der Versicherten seien das weit im Vordergrund stehende Schmerzsyndrom sowie das fehlende Ansprechen auf Botulinumtoxin-Injektionen nebst den initial massiv schmerzhaften Injektionen auffällig. Der Befund im Neurostatus sei mit Ausnahme dieses kontrakten Zustandes mit hochgezogener linker Schulter ganz unauffällig. Peripherneurogene Ausfallzeichen, aber auch zentrale Motorikstörungen fehlten bis auf die kontrahierten Schulter- und Halsmuskeln links. Auch die bisherigen radiologischen und elektrophysiologischen



St.Galler Gerichte

Untersuchungen der Schultermuskulatur seien unauffällig gewesen. In rheumatologischer Hinsicht sei es infolge der durch den Unfall am 6. November 2006 erlittenen HWS-Distorsion zu einem chronischen Schmerzsyndrom im Nacken-/Schulterbereich links und des linken Arms mit einer ausgeprägten Fehlstellung der linken Schulter und dadurch bedingt zu einer skoliotischen Fehlform der Brustwirbelsäule gekommen. Einschränkend müsse jedoch bemerkt werden, dass der Vorzustand unbekannt sei und deshalb nicht gesagt werden könne, ob allenfalls nicht eine leichte Skoliose vorbestehend gewesen sei. Aktuell sei eine ausgesprochen ausgeprägte muskuläre Dysbalance feststellbar mit deutlicher Verkürzung des M. pectoralis beidseits. Die aktuellen Röntgenbilder zeigten – wie die früheren Aufnahmen – keine wesentlichen degenerativen Veränderungen. Auf der anderen Seite bestünden jedoch deutliche Hinweise für eine nicht organische Schmerzkomponente bzw. Zentralisierung des Schmerzes. Dafür sprächen z.B. auch die Druckdolenz sämtlicher Dornfortsätze, die ausgesprochene Schmerzhaftigkeit, zum Teil die nicht kongruenten Befunde bei der klinischen Untersuchung und die Spontanbewegungen sowie die Hyposensibilität in der gesamten linken Gesichts- und Körperhälfte. Sämtliche bisherigen therapeutischen Massnahmen, wobei es sich immerhin um zwei stationäre Aufenthalte, eine intensive, ambulante physiotherapeutische Behandlung sowie dreimalige Botulinumtoxin-Injektionen gehandelt habe, hätten keinerlei bleibende Verbesserung gebracht, weder bezüglich der subjektiven Beschwerden noch bezüglich der objektiven Befunde (z.B. Schulterhochstand links). Aus psychiatrischer Sicht sei vor dem Hintergrund der organisch nur zum Teil erklärbaren Schmerzen und der psychosozialen Problematik (grosse Belastung durch den hyperaktiven Sohn, schwierige Arbeitsplatzsituation mit Schichtarbeit beider Ehepartner, Angst vor Stellenverlust, angespannte finanzielle Situation) die Diagnose einer somatoformen Schmerzstörung mit dissoziativen Anteilen, DD: Angst- und depressive Störung gemischt, gestellt worden. Aufgrund dieser Diagnosen bestehe eine Rendementverminderung von 20% (IV-act. 108-41). Des Weiteren liege ein gefährlicher Gebrauch von Benzodiazepinen vor. Bezüglich der Arbeitsfähigkeit hielten die Gutachter fest, die Versicherte sei aus neurologischer Sicht zu 50% arbeitsfähig in der bisherigen Tätigkeit. In einer adaptierten und vor allem wechselnde Arbeitshaltungen ermöglichenden Tätigkeit sei eine leicht bessere Arbeitsfähigkeit von 60 - 70% zu erwarten. Aus rheumatologischer Sicht bestehe infolge der Schmerzproblematik in



einer leichten wechselbelastenden Tätigkeit unter Ausschluss von Arbeiten mit den Armen über der Horizontalen eine Einschränkung der Leistungsfähigkeit von 30%. In psychiatrischer Hinsicht bestehe bei Vorliegen einer somatoformen Schmerzstörung nach geltendem Recht keine Arbeitsunfähigkeit. Gesamthaft betrachtet, sei die Versicherte in ihrer bisherigen Tätigkeit zu 50% arbeitsfähig. Aus neurologischer Sicht werde zwar empfohlen, dass die Versicherte eine andere Tätigkeit finde, bei welcher sie nicht mehr derart stereotype Arbeitsbewegungen bei konstanter Arbeitshaltung ausführen müsse. Aus psychiatrischer Sicht sei jedoch mit einer Verschlechterung zu rechnen, wenn die Versicherte die ihr bekannte Arbeitsstelle ohne Ersatz durch eine wirklich adaptierte Tätigkeit verliere. Entsprechend sei davon auszugehen, dass der aktuelle Arbeitsplatz aus neurologischer und rheumatologischer Sicht zwar nicht ideal, aber wahrscheinlich eben doch optimal sei – ausser es werde ein besserer Arbeitsplatz zur Verfügung gestellt (IV-act. 108). Gemäss seiner Stellungnahme vom 23. Mai 2013 kam der RAD zum Schluss, dass auf das Gutachten des ZMB abgestützt werden könne und dass bei der Versicherten in der bisherigen Tätigkeit als Näherin eine 50%ige und in einer adaptierten Tätigkeit eine 60 - 70%ige Arbeitsfähigkeit bestehe (IV-act. 110).

A.h Mit einem Vorbescheid vom 6. Juni 2013 stellte die IV-Stelle die Abweisung des Rentengesuchs der Versicherten in Aussicht. In der Begründung stützte sie sich auf das Gutachten des ZMB und ging von einer 60 - 70%igen Arbeitsfähigkeit, bzw. einer 65%igen Arbeitsfähigkeit (Mittelwert), in leidensadaptierten Tätigkeiten aus. Zum Einkommensvergleich führte die IV-Stelle aus, dass es der Versicherten ohne gesundheitliche Beeinträchtigung in der bisherigen Tätigkeit möglich wäre, ein zumutbares Jahreseinkommen von Fr. 44'250.-- (ausgehend vom zuletzt erzielten Verdienst vor dem Eintritt der Arbeitsunfähigkeit) zu erzielen. In einer leidensangepassten Tätigkeit, unter Berücksichtigung des Minderverdienstes, sei es der Versicherten zumutbar, ein Jahreseinkommen von Fr. 30'201.-- (ausgehend von den Durchschnittslöhnen gemäss den Lohnstrukturerhebungen des Bundesamtes für Statistik) zu erzielen. Es resultiere eine Erwerbseinbusse von Fr. 14'049.--, was einem Invaliditätsgrad von 32% entspreche (IV-act. 114). Gegen diesen Vorbescheid liess die Versicherte am 4. Juli 2013 einwenden, sie sei mit ihrer jetzigen Stelle im 50%-Pensum bestmöglich in den Arbeitsmarkt eingegliedert. Im Gutachten sei festgehalten worden, dass bei einem Verlust dieser Stelle ohne Ersatz durch eine wirklich adaptierte Tätigkeit



St.Galler Gerichte

eher mit einer Verschlechterung zu rechnen sei; entsprechend sei davon auszugehen, dass der aktuelle Arbeitsplatz neurologisch und rheumatologisch betrachtet zwar nicht ideal, aber wahrscheinlich eben doch optimal sei. Sie sei seit über 10 Jahren beim selben Arbeitgeber beschäftigt und werde dort als sehr gute Mitarbeiterin geschätzt. Gemäss dem Gutachten seien ihre Ressourcen für eine berufliche Neuorientierung sehr begrenzt. Auch die IV-Stelle habe wiederholt festgehalten, dass sie mit ihrer jetzigen Stelle angemessen eingegliedert sei. Das Ziel der IV-Stelle sei der Erhalt des Arbeitsplatzes gewesen, was mit dem neuen Teilzeitvertrag ab 15. April 2012 erreicht worden sei. Diese Lösung sei somit als optimale Eingliederung zu betrachten. Beim Einkommensvergleich sei daher nicht auf einen statistischen Lohn, sondern auf das tatsächliche Einkommen abzustellen. Selbst wenn für die Bestimmung des Invalideneinkommens die Tabellenlöhne herangezogen würden, müsste die Parallelisierung der Vergleichseinkommen beachtet werden, da sie vor Eintritt des Gesundheitsschadens aus wirtschaftlicher Notwendigkeit unfreiwillig ein erheblich unterdurchschnittliches Einkommen erzielt habe. Zusätzlich sei aufgrund der zu erwartenden Lohnnachteile aufgrund der gesundheitsbedingt erforderlichen Anpassung der Verhältnisse bei einem potentiellen Arbeitgeber sowie aufgrund des akuten Risikos einer Verschlechterung bei einer "nicht wirklich adaptierten Tätigkeit" ein Tabellenlohnabzug von mindestens 15% vorzunehmen. Folglich sei ihr ab 1. Januar 2011 eine halbe Rente zuzusprechen (IV-act. 115). Mit einer Verfügung vom 12. August 2013 lehnte die IV-Stelle einen Rentenanspruch der Versicherten ab. Zum Einwand der Versicherten hielt die IV-Stelle fest, dass entgegen der Ansicht der Versicherten nicht nur auf die angestammte Tätigkeit abzustellen sei. Bei langer Dauer der Arbeitsunfähigkeit werde auch die zumutbare Tätigkeit in einem anderen Beruf oder Aufgabenbereich berücksichtigt. Die Arbeitsfähigkeit betrage gemäss dem Gutachten 60 - 70%. Die Einschränkungen seien dabei bereits angemessen berücksichtigt. Weiter sei das Valideneinkommen nicht aus gesundheitlichen Gründen so tief und stelle daher einen IV-fremden Faktor dar (IV-act. 119).

B.

B.a Gegen diese Verfügung richtet sich die vorliegende Beschwerde der Versicherten (nachfolgend Beschwerdeführerin), vertreten durch Rechtsanwalt Dieter Studer, vom 4. September 2013. Die Beschwerdeführerin beantragt die Aufhebung der



angefochtenen Verfügung und die Zusprache einer halben Rente mit Wirkung ab 1. Januar 2011. Der Rechtsvertreter hält zur Begründung fest, die angefochtene Verfügung sei bereits aus formellen Gründen aufzuheben. Indem sich die Beschwerdegegnerin gar nicht bzw. ungenügend mit den Vorbringen der Beschwerdeführerin im Einwandverfahren auseinandergesetzt habe, liege eine klare Verletzung des rechtlichen Gehörs vor. In materieller Hinsicht wiederholt der Rechtsvertreter die bereits im Einwand vom 4. Juli 2013 erwähnten Vorbringen (act. G 1, IV-act. 115).

B.b Die Beschwerdegegnerin beantragt am 29. Oktober 2013 die Abweisung der Beschwerde. Zur Begründung führt sie aus, dass die angefochtene Verfügung in formeller Hinsicht die Mindestbedingungen an die Begründungspflicht erfülle. Es sei zum Einwand vom 4. Juli 2013 Stellung genommen worden, wenn auch etwas kurz. Wenn überhaupt, würde es sich jedenfalls nur um eine leichte Verletzung des rechtlichen Gehörs handeln, da es lediglich um die Würdigung von bereits bekannten Tatsachen gegangen sei. Weil in der Beschwerdeantwort zu den Einwänden Stellung genommen werde, könne praxisgemäss eine allfällige Verletzung des rechtlichen Gehörs geheilt werden. In materieller Hinsicht sei der Einwand der Beschwerdeführerin, dass beim Einkommensvergleich das tatsächliche Einkommen als Invalideneinkommen zu berücksichtigen sei, nicht stichhaltig. Da der Invaliditätsgrad gestützt auf eine der Beschwerdeführerin zumutbare Erwerbstätigkeit auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt zu bestimmen sei, könne nicht einfach auf das tatsächlich geleistete Arbeitspensum bzw. Einkommen einer versicherten Person abgestellt werden. Der tatsächlich erzielte Verdienst könne nur dann als Invalideneinkommen übernommen werden, wenn besonders stabile Arbeitsverhältnisse eine Bezugnahme auf den hypothetisch ausgeglichenen Arbeitsmarkt erübrigten und wenn anzunehmen sei, dass die Restarbeitsfähigkeit in zumutbarer Weise ausgeschöpft werde. Gemäss dem ZMB-Gutachten sei die Beschwerdeführerin wegen der Schmerzproblematik nur zu 70% arbeitsfähig. Da jedoch bei der Beschwerdeführerin ein Zervikobrachialsyndrom, d.h. ein mit einer somatoformen Schmerzstörung vergleichbarer pathogenetisch-ätiologisch un-klarer syndromaler Zustand vorliege, werde die Arbeitsfähigkeit dadurch nur dann eingeschränkt, wenn eine zusätzliche psychische Komorbidität von erheblicher Schwere, Ausprägung und Dauer gegeben sei. Dies sei vorliegend nicht der Fall. Auch sogenannte Förster-Kriterien seien nicht ersichtlich. Die vom Rheumatologen des ZMB



erwähnten muskulären Verspannungen seien ebenfalls nicht invalidisierend. Demnach sei die Beschwerdeführerin bei richtiger Betrachtung aus rheumatologischer Sicht in einer angepassten Tätigkeit voll arbeitsfähig. Auch aus neurologischer Sicht lasse sich keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit begründen. Die vom Neurologen des ZMB diagnostizierte Dystonie sei nicht invalidisierend, weil diese ebenfalls nur aus muskulären Verspannungen ableitbar sei. Weil bei der Beschwerdeführerin lediglich differentialdiagnostisch eine Angst- und depressive Störung gemischt vorliege, seit entgegen dem ZMB-Gutachten auch aus psychiatrischer Sicht von einer vollen Arbeitsfähigkeit auszugehen. Somit sei die Beschwerdeführerin aus polydisziplinärer Sicht in einer angepassten Tätigkeit voll arbeitsfähig. Insofern könne vom ZMB-Gutachten abgewichen werden, ohne dass diesem deshalb im restlichen Teil der Beweiswert abgesprochen werden müsse. Beim Einkommensvergleich sei für die Bestimmung des Invalideneinkommens auf die Tabellenlöhne abzustellen.

Hilfsarbeiterinnen stünden nach Eintritt der Invalidität eine Vielzahl von Stellen im Produktions- und Dienstleistungssektor offen. Für die Beschwerdeführerin geeignete Tätigkeiten seien etwa leichtere Maschinenbedienungs-, Kontroll-, Sortier-, Prüf- sowie Verpackungsarbeiten, leichtere Arbeiten bei der Lager- und Ersatzteilbewirtschaftung sowie Kurier- und leichtere Lieferdienste. Da der entsprechende Tabellenlohn höher sei als das Valideneinkommen, sei eine Parallelisierung der Vergleichseinkommen bis zu einer Differenz von 5% durchzuführen. Weiter sei ein Leidensabzug von 10% vorzunehmen, da die Beschwerdeführerin nur noch leichte Hilfstätigkeiten ausführen könne. Aus dem Einkommensvergleich resultiere so ein Invaliditätsgrad von 5%. Damit habe die Beschwerdeführerin keinen Anspruch auf eine Rente (act. G 4).

B.c Mit einer Replik vom 6. Dezember 2013 hält die Beschwerdeführerin an ihren Beschwerdeanträgen fest. Der Rechtsvertreter bringt im Wesentlichen vor, dass die Arbeitsunfähigkeit der Beschwerdeführerin in der bisherigen und in adaptierten Tätigkeiten aufgrund der entsprechenden objektiven Befunde regelmässig fachärztlich bestätigt und auch vom RAD im Sinn eines invalidisierenden Leidens anerkannt worden sei. Mit der Beschwerdeantwort widerspreche die Beschwerdegegnerin somit den aktenkundigen Tatsachen und überdies ihrem eigenen im Abklärungsverfahren eingenommenen Standpunkt. Bei den vorliegenden medizinischen Befunden handle es sich entgegen der Ansicht der Beschwerdegegnerin nicht lediglich um ein syndromales Schmerzleiden ohne organische Grundlage. Bei der Beschwerdeführerin liege eine



deutlich objektivierte Dystonie mit zunehmendem Einbezug weiterer Muskeln cervical und im Schultergürtel vor. Die zumutbarerweise verwertbare Restarbeitsfähigkeit betrage maximal 50%, was übereinstimmend aus den Akten hervorgehe. Insbesondere sei darauf hinzuweisen, dass die Gutachter die Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit auf 50% geschätzt und aus neurologischer Sicht "eine leicht bessere Arbeitsfähigkeit" von 60 - 70% in adaptierten Tätigkeiten angegeben hätten. Aus psychiatrischer Sicht sei nur – aber immerhin – ausgeführt worden, dass durch die anhaltende somatoforme Schmerzstörung in Kombination mit der differentialdiagnostisch nicht ausgeschlossenen Angst- und depressiven Störung gemischt eine Rendement-Verminderung von 20% bestehe. Die gutachterliche Beurteilung sei nachvollziehbar und unter Einbezug sämtlicher medizinischer Akten sowie der Ergebnisse der eigenen Untersuchungen erfolgt. Es gebe somit keinen Grund von deren Arbeitsfähigkeitsschätzung abzuweichen. Selbst wenn von einer reinen Schmerzstörung auszugehen wäre, seien die sogenannten Förster-Kriterien bei der Beschwerdeführerin erfüllt (act. G 6).

B.d Die Beschwerdegegnerin verzichtet auf die Einreichung einer Duplik (act. G 8).

B.e Mit einer Eingabe vom 8. Mai 2014 reicht der Rechtsvertreter einen Bericht von Dr. med. F.____, Psychiatrie und Psychotherapie FMH, vom 16. Dezember 2013 ein. Er hält fest, dass die Beschwerdeführerin seit dem 16. August 2012 bei Dr. F.____ in Behandlung sei. Weder die Beschwerdegegnerin noch der psychiatrische ZMB-Gutachter hätten bezüglich dieser Behandlung weitere Abklärungen durchgeführt. Dr. F.____ weise insbesondere darauf hin, dass aus ihrer Sicht keine anhaltende somatoforme Schmerzstörung vorliege, weil keine klare somatische Diagnose bestehe. Eine psychische Komorbidität halte sie für ausgeschlossen. Aufgrund dieser Angaben können nicht ohne weiteres auf die Arbeitsunfähigkeitsschätzung des psychiatrischen Gutachters von 20% abgestellt werden. Dies spreche ebenfalls für den Anspruch auf eine halbe Rente ab 1. Januar 2011 (act. G 9). Dr. F.____ hatte berichtet, dass sie vom 16. August 2012 bis Ende Juli 2013 für die ambulante Behandlung der Beschwerdeführerin im Fachbereich Psychosomatik am KSSG zuständig gewesen sei. Nach einer dreimonatigen Pause bis zur Eröffnung ihrer Praxis sei die Beschwerdeführerin seit dem 2. November 2013 wieder bei ihr in Behandlung. Der psychiatrische ZMB-Gutachter habe bei der Beschwerdeführerin keine psychiatrische



St.Galler Gerichte

Komorbidität festgestellt. Dieser Beurteilung könne sie aufgrund der erhobenen psychopathologischen Befunde sowie der kontinuierlichen psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlungen widersprechen. Bereits am 16. August 2012 habe sie bei der Beschwerdeführerin die Verdachtsdiagnose Dysthymia gestellt. Weiter habe sie noch folgende Diagnosen gestellt: psychische Verhaltensstörung durch Sedativa und Hypnotika, Xanax-Missbrauch, schädlicher Gebrauch von nicht abhängigkeiterzeugenden Substanzen, Analgetika, Verdacht auf andauernde Persönlichkeitsveränderung bei chronischem Schmerzsyndrom. Die Diagnose einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung habe sie nie gestellt, da eine klare somatische Diagnose bestehe. Die Diagnose Dysthymia oder ängstliche Depression könne mit folgenden diagnostischen Kriterien belegt werden: die Beschwerdeführerin habe seit 2006 eine chronische depressive Verstimmung, fühle sich meistens müde und depressiv und erlebe alles als anstrengend. Die Beschwerdeführerin fühle sich permanent überfordert, mit ihren Symptomen eine minimale Funktionsfähigkeit im Familien- und Arbeitsleben zu zeigen (act. G 9.1).

B.f Mit einer Eingabe vom 10. Juni 2014 reicht der Rechtsvertreter einen Verlaufsbericht von Dr. F.____ vom 28. Mai 2014 ein (act. G 11). In diesem Bericht hatte Dr. F.____ folgende Hauptdiagnosen genannt: Dysthymia und anankastische zwanghafte Persönlichkeitsstörung. Als Nebendiagnosen hatte sie eine andauernde Persönlichkeitsveränderung bei chronischem Schmerzsyndrom bei Zustand nach Autounfall 2006, ein schädlicher Gebrauch von nicht abhängigkeiterzeugenden Substanzen, Analgetika, sowie einen Xanax-Missbrauch angegeben (IV-act. 11.1).

B.g Die Beschwerdegegnerin verzichtet auf die Einreichung einer Stellungnahme (act. G 10, 12).

Erwägungen

1.

In formeller Hinsicht hat die Beschwerdeführerin zunächst eine Verletzung ihres Anspruchs auf rechtliches Gehör gerügt. Die Beschwerdegegnerin habe sich in der angefochtenen Verfügung mit den Einwänden zum Vorbescheid nicht bzw. nicht



ausreichend auseinander gesetzt. Aus dem Anspruch auf rechtliches Gehör (Art. 29 Abs. 2 BV) folgt unter anderem die grundsätzliche Pflicht der Behörden, ihren Entscheid zu begründen. Die Begründung eines Entscheids muss so abgefasst sein, dass die betroffene Person diesen in voller Kenntnis der Sache an die höhere Instanz weiterziehen kann; in diesem Sinne müssen wenigstens kurz die Überlegungen genannt werden, von denen sich die Behörde hat leiten lassen und auf die sich ihr Entscheid stützt (Bundesgerichtsentscheid vom 4. Mai 2009, 8C_541/2008; BGE 134 I 83 E. 4.1). Nicht erforderlich ist hingegen, dass sich der Entscheid mit allen Parteistandpunkten einlässlich auseinandersetzt und jedes einzelne Vorbringen ausdrücklich widerlegt (Bundesgerichtsentscheid vom 28. Oktober 2008, 9C_508/2008; BGE 133 III 439 E. 3.3). Die Beschwerdegegnerin hat zu den Einwänden der Beschwerdeführerin vom 4. Juli 2013 (vgl. IV-act. 115) insofern Stellung genommen, als sie angegeben hat, dass für die Bestimmung des Invalideneinkommens die Arbeitsfähigkeit in einer adaptierten Tätigkeit massgebend sei und nicht – wie von der Beschwerdeführerin geltend gemacht – die Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit. Die medizinisch-theoretische Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin in einer adaptierten Tätigkeit liege gemäss dem ZMB-Gutachten bei 60 - 70% (vgl. IV-act. 119). Die Beschwerdegegnerin hat keinen Bezug genommen auf das Vorbringen der Beschwerdeführerin, wonach die bisherige Tätigkeit als Näherin von den ZMB-Gutachtern aus neurologischer und rheumatologischer Sicht zwar nicht als ideal, aber – vor dem Hintergrund der zu erwartenden Verschlechterung bei einem Verlust dieser Stelle ohne Ersatz durch eine wirklich adaptierte Tätigkeit – wahrscheinlich eben doch als optimal qualifiziert worden sei. Weiter ist die Beschwerdegegnerin auch nicht auf den Einwand der Beschwerdeführerin eingegangen, dass das Ziel der beruflichen Eingliederung der IV-Stelle darin bestanden habe, den bisherigen Arbeitsplatz zu erhalten, was mit einer Vertragsanpassung auf ein 50%-Pensum gelungen sei. Damit sei sie als bestmöglich in den Arbeitsmarkt eingegliedert zu betrachten. In der angefochtenen Verfügung hat die Beschwerdegegnerin weiter festgehalten, dass im Rahmen der Arbeitsfähigkeitsschätzung bereits sämtliche Einschränkungen angemessen berücksichtigt worden seien. Schliesslich sei das Valideneinkommen der Beschwerdeführerin nicht aus gesundheitlichen Gründen so tief gewesen und sei daher als IV-fremder Faktor nicht zu berücksichtigen. Mit diesen Aussagen hat die Beschwerdegegnerin wohl sinngemäss die von der Beschwerdeführerin im Einwand



erhobenen Forderungen nach einem Tabellenlohnabzug von mindestens 15% einerseits sowie einer Parallelisierung der Vergleichseinkommen andererseits abgelehnt. Die Ablehnung ist kurz, pauschal und ohne eine die Argumente der Beschwerdeführerin berücksichtigende Begründung erfolgt. Die Mindestanforderungen an die Begründungspflicht sind vor diesem Hintergrund als nicht erfüllt zu betrachten. Da sich die Beschwerdegegnerin aber immerhin – wenn auch ungenügend – zu den vorliegend für die Bemessung des Invaliditätsgrads wesentlichen Punkten, namentlich der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin und dem Einkommensvergleich, geäußert hat, ist von einer lediglich leichten Verletzung des rechtlichen Gehörs auszugehen. Eine solche kann praxisgemäss geheilt werden, wenn die versicherte Person – wie vorliegend – die Möglichkeit hat, sich vor einer Beschwerdeinstanz zu äussern, die sowohl den Sachverhalt wie die Rechtslage frei überprüfen kann (BGE 126 V 132). Zudem würde eine Rückweisung der Sache zu einem formalistischen Leerlauf und damit zu unnötigen Verzögerungen führen, die mit dem (der Anhörung gleichgestellten) Interesse der betroffenen Partei an einer beförderlichen Beurteilung nicht zu vereinbaren wären (BGE 116 V 187 E. 3d). Die Beschwerdeführerin selbst hat der materiellen Behandlung den Vorzug gegeben, indem sie in der Beschwerde an das Versicherungsgericht in materieller Hinsicht vollumfänglich auf die Vorbringen im Einwand vom 4. Juli 2013 verwiesen hat. (vgl. act. G 1). Eine Aufhebung der angefochtenen Verfügung aus formellen Gründen kann folglich unterbleiben.

2.

2.1 In materieller Hinsicht ist der Rentenanspruch der Beschwerdeführerin umstritten.

2.2 Nach Art. 28 Abs. 2 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG; SR 831.20) 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. Gemäss Art. 16 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) ist zur Bemessung des Invaliditätsgrades das Einkommen, das die versicherte Person nach dem Eintritt der Invalidität und nach der Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger



Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (Invalideneinkommen), in Beziehung zu setzen zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Valideneinkommen). Das ausschlaggebende Element der Bemessung des zumutbaren Invalideneinkommens – und damit indirekt des Invaliditätsgrades – ist grundsätzlich der Grad der verbliebenen Arbeitsfähigkeit, so dass dessen Ermittlung normalerweise den ersten Schritt bei der Erhebung des massgeblichen Sachverhalts bildet.

2.3 Die gesetzlichen Definitionen von Arbeits- und Erwerbsunfähigkeit, Invalidität, Ermittlung des Invaliditätsgrades usw. stellen Rechtsbegriffe dar. Gerichtliche Schlussfolgerungen in ihrem Geltungsbereich, z.B. die Bejahung oder Verneinung einer erheblichen Arbeitsunfähigkeit oder einer rentenbegründenden Invalidität, sind daher Akte der Rechtsanwendung und nicht Schritte der Sachverhaltsfeststellung. Indessen hängen Rechts- und Tatfragen im Bereich der Invaliditätsbemessung aufs Engste miteinander zusammen, handelt es sich doch bei der Ermittlung des Invaliditätsgrades um einen mehrstufigen Prozess, in dessen Verlauf mannigfaltige Tatsachenfeststellungen (einschliesslich Schätzungen) getroffen werden (BGE 132 V 393 E. 3.1).

2.4 Um den Grad der Arbeitsunfähigkeit, der Erwerbsunfähigkeit und der Invalidität bemessen zu können, sind Verwaltung und Gericht auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe der ärztlichen Sachverständigen 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 mit Hinweisen). Hinsichtlich des Beweiswerts 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 E. 3a).

3.



3.1 Vorab zu klären ist die Frage, ob die medizinische Aktenlage eine rechtsgenügende Beurteilung der Restarbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin erlaubt. Die Beschwerdegegnerin hat in rein medizinischer Hinsicht auf das ZMB-Gutachten vom 25. April 2013 abgestellt. Bezüglich der Arbeitsfähigkeitsschätzung ist sie jedoch in der Beschwerdeantwort vom Gutachten abgewichen. Sie hat festgehalten, dass bei der Beschwerdeführerin ein Zervikobrachialsyndrom, d.h. ein mit einer somatoformen Schmerzstörung vergleichbarer pathogenetisch-ätiologisch unklarer syndromaler Zustand vorliege, bei welchem gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung nur dann eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit angenommen werde, wenn eine zusätzliche psychische Komorbidität von erheblicher Schwere, Ausprägung und Dauer gegeben sei. Dies sei vorliegend nicht der Fall. Da bei der Beschwerdeführerin die Angst- und depressive Störung nur differentialdiagnostisch vorliege und zudem die sogenannten Förster-Kriterien nicht erfüllt seien, bestehe aus psychiatrischer Sicht eine 100%ige Arbeitsfähigkeit. Die vom rheumatologischen Gutachter festgestellten muskulären Verspannungen seien ebenfalls nicht invalidisierend. Daher sei die Beschwerdeführerin bei richtiger Betrachtung aus rheumatologischer Sicht in einer adaptierten Tätigkeit voll arbeitsfähig. Auch aus neurologischer Sicht lasse sich keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit begründen. Die vom neurologischen Gutachter diagnostizierte Dystonie sei nicht invalidisierend, weil diese ebenfalls nur aus muskulären Verspannungen ableitbar sei. Somit sei die Beschwerdeführerin aus polydisziplinärer Sicht in einer angepassten Tätigkeit voll arbeitsfähig (vgl. act. G 4).

3.2 Die Beschwerdegegnerin hat sich bei ihrer Argumentation auf die mit dem Bundesgerichtsentscheid 130 V 352 im Jahr 2004 eingeführte Praxis gestützt, wonach das Vorliegen der Diagnose einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung (sowie von anderen pathogenetisch-ätiologisch unklaren syndromalen Beschwerdebildern ohne organische Grundlage, vgl. die Auflistung in BGE 140 V 8 E. 2.2.1.3) zur Vermutung der Überwindbarkeit des Leidens mittels zumutbarer Willensanstrengung und damit in der Regel nicht zur Annahme einer invalidisierenden Arbeitsunfähigkeit der betroffenen Person führt. Nach dieser Praxis ist eine Arbeitsunfähigkeit ausnahmsweise nur dann zu bejahen, wenn die sogenannten Förster-Kriterien in ausreichendem Ausmass vorliegen. Dazu gehört insbesondere das Kriterium der neben der somatoformen Schmerzstörung vorliegenden psychischen Komorbidität von erheblicher Schwere, Ausprägung und Dauer. Mit einem Entscheid vom 3. Juni 2015,



BGE 141 V 281 ff., hat das Bundesgericht nun aber seine langjährige Praxis geändert. Neu begründet die Diagnose einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung und von vergleichbaren psychosomatischen Leiden keine Überwindbarkeitsvermutung mehr. Anstelle des Regel-/Ausnahmemodells hat gemäss neuer Praxis ein strukturiertes Beweisverfahren zu treten. In dessen Rahmen ist das tatsächlich erreichbare Leistungsvermögen der betroffenen Person in einer Gesamtbetrachtung einzelfallgerecht und ergebnisoffen zu beurteilen. Diese Bewertung erfolgt anhand eines Katalogs von Indikatoren, welche die massgeblichen Aspekte psychosomatischer Leiden umfassen. Die neue Rechtsprechung ändert nichts an der gesetzlichen Voraussetzung, dass eine invalidisierende Erwerbsunfähigkeit nur dann vorliegen kann, wenn sie aus objektiver Sicht als unüberwindbar scheint. Die versicherte Person trägt zudem nach wie vor die Beweislast bzw. den Nachteil der Beweislosigkeit. Anhand der Indikatoren ist künftig stärker als bisher zu berücksichtigen, welche Auswirkungen das Leiden auf die Arbeits- und Alltagsfunktionen der betroffenen Person hat. Bereits bei der Diagnosestellung ist vermehrt dem Umstand Rechnung zu tragen, dass die Diagnose "Schmerzstörung" einen gewissen Schweregrad voraussetzt. Weitere Rückschlüsse auf die Folgen der psychosomatischen Störung geben der Verlauf und der Ausgang von Therapien und von beruflichen Eingliederungsbemühungen. Mehr als bisher einzubeziehen sind zudem auch die Ressourcen, welche die Leistungsfähigkeit einer betroffenen Person begünstigen können. Hier sind insbesondere die Persönlichkeit und der soziale Kontext zu berücksichtigen. Entscheidend ist weiter, ob die geltend gemachten Einschränkungen in den verschiedenen Lebensbereichen (Arbeit und Freizeit) gleichermassen auftreten und ob sich der Leidensdruck in der Inanspruchnahme therapeutischer Möglichkeiten zeigt (vgl. Medienmitteilung des Bundesgerichts "Psychosomatische Leiden und IV-Rente: Bundesgericht ändert Rechtsprechung" vom 17. Juni 2015). Schematisch können die Indikatoren folgendermassen dargestellt werden (vgl. BGE 141 V 297 f., E. 4.1.3):

I Funktioneller Schweregrad

1. Komplex "Gesundheitsschädigung"

1.1. Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde

1.2. Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz



1.3. Komorbiditäten

2. Komplex "Persönlichkeit": Persönlichkeitsdiagnostik (Persönlichkeitsstruktur, Persönlichkeitsentwicklung und -störungen, persönliche Ressourcen)

3. Komplex "Sozialer Kontext"

3.1. Abgrenzung psychosozialer und soziokultureller Faktoren

3.2. Eruierung der Ressourcen anhand des sozialen Umfelds

II Konsistenzprüfung (Gesichtspunkte des Verhaltens)

1. Gleichmässige Einschränkung des Aktivitätsniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen

2. Behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesener Leidensdruck (bzw. Inanspruchnahme von therapeutischen Optionen)

3.3 Das Gutachten des ZMB vom 25. April 2013 ist unter Geltung der altrechtlichen Praxis erstellt worden. Das Bundesgericht hat im BGE 141 V 281 ff. festgehalten, dass in intertemporalrechtlicher Hinsicht Gutachten, welche nach altem Verfahrensstand eingeholt worden seien, nicht per se ihren Beweiswert verlören. Bezüglich der nunmehr geänderten materiell-beweisrechtlichen Anforderungen sei in jedem Einzelfall zu prüfen, ob die beigezogenen administrativen und/oder gerichtlichen Sachverständigengutachten – gegebenenfalls im Kontext mit weiteren fachärztlichen Berichten – eine schlüssige Beurteilung im Licht der massgeblichen Indikatoren erlauben oder nicht. Je nach Abklärungstiefe und -dichte könne zudem unter Umständen eine punktuelle Ergänzung genügen (BGE 141 V 309, E. 8). Zu prüfen ist somit im Folgenden, ob das ZMB-Gutachten in Verbindung mit den weiteren vorliegenden medizinischen Akten eine im Sinne der neuen Praxis rechtsgenügende Beurteilung der Restarbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin erlaubt.

3.3.1 Der psychiatrische ZMB-Gutachter hat festgehalten, es sei infolge der bei der Beschwerdeführerin nun seit Jahren anhaltenden breiten Schmerzproblematik vor dem



Hintergrund deutlicher emotionaler Konflikte bzw. psychosozialer Probleme die Diagnose einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung zu stellen (vgl. IV-act. 108-39). Der Gutachter hat die Förster-Kriterien geprüft und ist bezüglich der Arbeitsfähigkeit zum Schluss gekommen, dass aufgrund der anhaltenden somatoformen Schmerzstörung in Kombination mit der differentialdiagnostisch nicht ausgeschlossenen Angst- und depressiven Störung gemischt eine Rendement-Verminderung von 20% bestehe (vgl. IV-act. 108-41). In der Gesamtbeurteilung haben die Gutachter jedoch festgehalten, dass gemäss geltendem Recht bei somatoformen Schmerzstörungen keine Arbeitsunfähigkeit bestehe (vgl. IV-act. 108-45). Folglich sind sie aus psychiatrischer Sicht von einer vollen Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin ausgegangen. Diese Schlussfolgerung ist unter der neu geltenden Praxis des Bundesgerichts nicht mehr zulässig. Erforderlich ist daher eine Ergänzung des psychiatrischen Fachgutachtens im Sinn einer Prüfung der massgeblichen neuen Standardindikatoren gemäss dem Bundesgerichtsentscheid vom 3. Juni 2015, BGE 141 V 281 ff. (vgl. oben E. 3.2). Falls so eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin aus psychiatrischer Sicht festgestellt werden sollte, wäre diese auch im Rahmen der Konsensbeurteilung vollumfänglich zu berücksichtigen.

3.3.2 Im Beschwerdeverfahren hat der Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin zwei Berichte von Dr. F.____ vom 16. Dezember 2013 (vgl. act. G 9.1) und 28. Mai 2014 (vgl. act. G 11.1) eingereicht. Für die richterliche Beurteilung eines Falles sind grundsätzlich die tatsächlichen Verhältnisse zur Zeit des Erlasses der angefochtenen Verfügung massgebend (BGE 121 V 366 E. 1b mit Hinweisen). Tatsachen, die sich erst später verwirklichen, sind jedoch insoweit zu berücksichtigen, als sie mit dem Streitgegenstand in engem Sachzusammenhang stehen und geeignet sind, die Beurteilung im Zeitpunkt des Verfügungserlasses zu beeinflussen. Vorliegend ist ein enger Sachzusammenhang zu bejahen, da Dr. F.____ die Beschwerdeführerin bereits seit dem 16. August 2012 und damit noch vor Erlass der Verfügung vom 12. August 2013 behandelt hat. Diesbezüglich ist auch darauf hinzuweisen, dass die ZMB-Gutachter keinen Bericht von Dr. F.____ eingeholt haben, obwohl die Beschwerdeführerin im Rahmen der psychiatrischen Exploration erwähnt hatte, dass sie in psychosomatischer Behandlung sei (vgl. IV-act. 108-35). Dr. F.____ hat als Diagnosen insbesondere eine Dysthymia, d.h. eine neurotische Depression, und eine anankastisch zwanghafte Persönlichkeitsstörung angegeben. In Abweichung vom



ZMB-Gutachten hat sie festgehalten, dass sie die Diagnose einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung nicht stellen könne, da eine klare somatische Diagnose vorliege (vgl. act. G 9.1). Im Rahmen der vorliegend erforderlichen ergänzenden Abklärungen hat der psychiatrische ZMB-Gutachter die Berichte von Dr. F.____ zu berücksichtigen und dazu Stellung zu nehmen.

3.3.3 Der neurologische ZMB-Gutachter hat bei der Beschwerdeführerin als Hauptdiagnose eine segmentale Dystonie mit zunehmenden Einbezug weiterer Muskeln cervical und im Schultergürtel links festgestellt. Die Diagnose einer Dystonie war zuvor bereits von Dr. D.____ vom Muskelzentrum am KSSG (vgl. IV-act. 34-1), sowie von den Ärzten der Klinik E.____ (vgl. IV-act. 80-7) festgestellt worden. Unklar ist, ob der neurologische Gutachter die Dystonie bei der Beschwerdeführerin auf psychogene Faktoren im Sinne einer dissoziativen Störung zurückführt. Seine diesbezüglichen Aussagen im Gutachten sind nicht eindeutig. So hat er einerseits darauf hingewiesen, dass die Häufigkeit von psychisch bedingten Dystonien in der Literatur mit 1,6 bis 2,3% aller Dystonien angegeben werde (vgl. IV-act. 108-31). Diese geringe Häufigkeit würde wohl eher gegen das Vorliegen einer psychisch bedingten Dystonie sprechen. Andererseits hat er festgehalten, dass bei der Beschwerdeführerin das weit im Vordergrund stehende Schmerzsyndrom sowie das fehlende Ansprechen auf die Botulinumtoxin-Injektionen nebst den initial massiv schmerzhaften Injektionen auffällig seien. Weiter sei der Befund im Neurostatus mit Ausnahme dieses kontrakten Zustandes mit hochgezogener linker Schulter ganz unauffällig. Peripher-neurogene Ausfallzeichen, aber auch zentrale Motorikstörungen fehlten bis auf die kontrahierten Schulter- und Armmuskeln links. Auch die bisherigen elektrophysiologischen und radiologischen Untersuchungen (MRTs von Schulter und HWS) der Schultermuskulatur seien unauffällig gewesen (vgl. IV-act. 108-31 f.). Ob diese Feststellungen dahingehend zu deuten sind, dass bei der Beschwerdeführerin eine psychisch bedingte Dystonie vorliegt, ist unklar. Dr. D.____ vom Muskelzentrum am KSSG hat in ihrem Bericht vom 28. Oktober 2010 festgehalten, sie habe die Beschwerdeführerin darüber orientiert, dass eine Dystonie eine neurologische Erkrankung und nicht psychogen sei. Dass bei der Beschwerdeführerin eine segmentale Dystonie vorliege, habe der Verlauf ganz klar gezeigt. So sei es unter den Botulinumtoxin-Injektionen in den M. trapezius und M. rhomboideus zu einem deutlichen Rückgang der Hyperkontraktion dieser Muskeln gekommen. Neu sei eine vermehrte Kontraktion des M. pectoralis aufgetreten. Bei



Dystonien zeige sich wiederholt, dass neue Muskelgruppen involviert werden könnten (vgl. IV-act. 43). Dr. D.____ ist gemäss ihren Ausführungen bezüglich der Dystonie offenbar von einem klar somatischen Beschwerdebild ausgegangen. Die Unterscheidung ist insofern relevant, als dass eine psychisch bedingte Dystonie als psychosomatisches Leiden ohne organische Grundlage in den Anwendungsbereich der (bisherigen und) neuen bundesgerichtlichen Rechtsprechung zu den somatoformen Schmerzstörungen und vergleichbaren syndromalen Beschwerdebildern ohne organische Grundlage fallen würde, eine neurologisch bedingte Dystonie als somatisches Leiden hingegen nicht. Es ist angezeigt, dass sich die ZMB-Gutachter zu dieser Frage ergänzend äussern. Sollte die Dystonie bei der Beschwerdeführerin ganz oder auch nur teilweise psychisch bedingt sein, so wäre eine allfällige Einschränkung der Arbeitsfähigkeit unter Berücksichtigung der mit dem BGE 141 V 281 ff. neu eingeführten Praxis, namentlich unter Berücksichtigung der massgeblichen neuen Indikatoren, zu begründen.

3.3.4 In rheumatologischer Hinsicht hat die Beschwerdegegnerin geltend gemacht, die vom Gutachter diagnostizierte muskuläre Dysbalance sei nicht invalidisierend. Der rheumatologische Gutachter hat in seiner Beurteilung festgehalten, dass bei der Beschwerdeführerin eine ausgesprochen ausgeprägte muskuläre Dysbalance mit deutlicher Verkürzung der M. pectoralis beidseits bestehe (vgl. IV-act. 108-25). Dem Gutachten ist nicht klar zu entnehmen, ob diese muskuläre Dysbalance im Zusammenhang mit der Dystonie steht. Jedoch gibt es Hinweise, die für einen Zusammenhang sprechen. So hat Dr. D.____ am 28. Oktober 2010 von einer neu aufgetretenen vermehrten Kontraktion des M. pectoralis links im Rahmen der Dystonie berichtet (vgl. IV-act. 43-7) und auch der neurologische ZMB-Gutachter hat eine mögliche Ausbreitung der Dystonie auf die obere linke Thoraxhälfte erwähnt (vgl. IV-act. 108-31). Ob ein Zusammenhang besteht und inwiefern es sich um ein somatisch oder psychisch bedingtes Leiden handelt, ist bei den ZMB-Gutachtern ergänzend abzuklären. Eine invalidisierende Wirkung der muskulären Dysbalance kann jedenfalls nicht ausgeschlossen werden, selbst wenn es sich um ein rein psychosomatisches Leiden handeln würde. Allfällige Auswirkungen des Leidens auf die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin wären auch in diesem Fall unter Berücksichtigung der neuen bundesgerichtlichen Praxis zu prüfen.



3.4 Zusammengefasst stellt das ZMB-Gutachten vom 25. April 2013 im Licht der mit dem Bundesgerichtsentscheid vom 3. Juni 2015, BGE 141 V 281 ff., eingeführten neuen Praxis keine ausreichende Grundlage dar, um die Restarbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin mit überwiegender Wahrscheinlichkeit zu beurteilen. Die Angelegenheit ist folglich an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen, damit diese die erforderlichen ergänzenden Abklärungen bei den ZMB-Gutachtern im Sinn der Erwägungen vornehmen kann.

4.

4.1 Gestützt auf die vorstehenden Erwägungen ist die Beschwerde unter Aufhebung der angefochtenen Verfügung vom 12. August 2013 teilweise gutzuheissen und die Angelegenheit zur ergänzenden medizinischen Abklärung im Sinn der Erwägungen und entsprechender neuer Verfügung an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen.

4.2 Grundsätzlich gilt die Rückweisung zur Neubeurteilung praxisgemäss als volles Obsiegen (BGE 132 V 235 E. 6). Da sich jedoch vorliegend der Abklärungsbedarf im Wesentlichen aus dem Umstand einer nach Erlass der angefochtenen Verfügung geänderten Praxis des Bundesgerichts ergibt, kann der Beschwerdegegnerin diesbezüglich kein Vorwurf gemacht werden. Jedoch hat sich im vorliegenden Fall gezeigt, dass die Beschwerdegegnerin den Anspruch der Beschwerdeführerin auf rechtliches Gehör verletzt hat, indem sie bei der Begründung der angefochtenen Verfügung nur ungenügend auf die im Einwandverfahren geltend gemachten Beanstandungen eingegangen ist. Die Beschwerdeführerin war dadurch gezwungen, Beschwerde zu erheben, um mit ihren Vorbringen gehört zu werden. Hinzu kommt, dass weder die ZMB-Gutachter noch die Beschwerdegegnerin einen Bericht der psychosomatisch behandelnden Ärztin Dr. F. ___ eingeholt haben, obwohl die Beschwerdeführerin angegeben hatte, in entsprechender Behandlung zu sein (vgl. IV-act. 108-35). Damit hat die Beschwerdegegnerin die ihr obliegende Untersuchungspflicht verletzt. Unter diesen Umständen sind die Gerichts- und Parteikosten der Beschwerdegegnerin aufzuerlegen.

4.3 Nach Art. 69 Abs. 1^{bis} IVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen vor dem kantonalen



St.Galler Gerichte

Versicherungsgericht kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festgelegt. Eine Gerichtsgebühr von Fr. 600.-- erscheint in der vorliegend zu beurteilenden Angelegenheit angemessen. Die (bezüglich der Kosten) unterliegende Beschwerdegegnerin hat die gesamte Gerichtsgebühr von Fr. 600.-- zu bezahlen. Der von der Beschwerdeführerin in gleicher Höhe geleistete Kostenvorschuss ist ihr zurückzuerstatten.

4.4 Gemäss Art. 61 lit. g ATSG hat die obsiegende beschwerdeführende Partei Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Die Parteientschädigung wird vom Versicherungsgericht festgesetzt und ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache und nach der Schwierigkeit des Prozesses bemessen. In der Verwaltungsrechtspflege beträgt das Honorar vor Versicherungsgericht nach Art. 22 Abs. 1 lit. b HonO (sGS 963.75) pauschal Fr. 1'000.-- bis Fr. 12'000.--. Für einen durchschnittlichen Vertretungsaufwand, wie es die vorliegende Angelegenheit erfordert hat, erscheint eine praxisgemäss pauschale Parteientschädigung von Fr. 3'500.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) als angemessen. Die Beschwerdegegnerin hat somit dem Beschwerdeführer eine Parteientschädigung von Fr. 3'500.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) zu bezahlen.

Entscheid

im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP

1.

In teilweiser Gutheissung der Beschwerde wird die angefochtene Verfügung vom 12. August 2013 aufgehoben; die Sache wird zur ergänzenden medizinischen Abklärung im Sinne der Erwägungen und anschliessender neuer Verfügung an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen.

2.

Die Beschwerdegegnerin hat die Gerichtskosten von Fr. 600.-- zu bezahlen; der in gleicher Höhe geleistete Kostenvorschuss wird der Beschwerdeführerin zurückerstattet.



3.

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