



**Fall-Nr.:** IV 2013/97  
**Stelle:** Versicherungsgericht  
**Rubrik:** IV - Invalidenversicherung  
**Publikationsdatum:** 26.05.2020  
**Entscheiddatum:** 04.05.2015

### **Entscheid Versicherungsgericht, 04.05.2015**

**Art. 28 IVG. Die Beschwerdeführerin hat keinen Rentenanspruch, da sie in einer adaptierten Hilfsarbeiterinnen-Tätigkeit zu 100 % arbeitsfähig ist. Abweisung der Beschwerde (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 4. Mai 2015, IV 2013/97).**

Vizepräsident Ralph Jöhl, Versicherungsrichterin Karin Huber-Studerus, Versicherungsrichter Joachim Huber; Gerichtsschreiberin Lea Locher

#### **Entscheid vom 4. Mai 2015**

in Sachen

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

**Beschwerdeführerin,**

vertreten durch Rechtsanwalt Stephan Jau, M.A. HSG, Jau und Schäfer  
Rechtsanwälte, Degersheimerstrasse 6, Postfach 136, 9230 Flawil,

gegen

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

**Beschwerdegegnerin,**

betreffend

**Rente**



### Sachverhalt:

A.

A.a A.\_\_\_\_ meldete sich am 16. März 2009 bei der IV-Stelle des Kantons St. Gallen zum Bezug von IV-Leistungen an (IV-act. 1). Sie gab an, wegen einer Radikulopathie rechts und einer Diskushernienoperation C5/6 seit dem 19. Mai 2008 zu 100 % arbeitsunfähig zu sein. Zuletzt habe sie in einem Vollpensum bei der B.\_\_\_\_ AG gearbeitet.

A.b Anlässlich eines telefonischen Gesprächs vom 6. April 2009 mit RAD-Ärztin C.\_\_\_\_, Fachärztin für Arbeitsmedizin FMH, erklärte Dr. med. D.\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Medizin FMH, dass die Versicherte an einer Diskushernie C5/6 bei ventraler Diskektomie und Spondylodese (April 2008), an einer Parese M4 im rechten dominanten Arm und an anhaltenden Schmerzen leide (unterzeichnetes Gesprächsprotokoll vom 8. April 2009: IV-act. 11). Einem beigelegten Bericht der Klinik für Neurochirurgie des Kantonsspitals St. Gallen (KSSG) vom 6. April 2009 (IV-act. 10-3 ff.) war zu entnehmen, dass die sensomotorischen Defizite im rechten Arm elektrophysiologisch nicht hätten objektiviert werden können; insbesondere bestehe kein Hinweis für das Vorliegen einer Neuropathie.

A.c Die B.\_\_\_\_ AG berichtete am 27. April 2009, dass sie die Versicherte vom 17. September 2007 bis 29. Februar 2008 zu 100 % als Produktionsmitarbeiterin beschäftigt habe (IV-act. 13). Die Kündigung sei wegen ungenügender Leistungen erfolgt. Die Tätigkeit habe Arbeiten an der Maschine, diverse Handarbeiten, Sichtkontrollen und Arbeiten am Förderband beinhaltet. Bei der Arbeit habe die Versicherte selten gehen, manchmal sitzen und oft stehen müssen; selten habe sie leichte Gewichte (0-10 kg) heben oder tragen müssen. Die Versicherte würde heute ohne Gesundheitsschaden in der ursprünglichen Tätigkeit Fr. 39'000.-- pro Jahr verdienen.

A.d Dr. med. E.\_\_\_\_, FMH Physikalische Medizin, berichtete am 27. April 2009, dass die Versicherte an folgenden Diagnosen leide (IV-act. 14):

- Lumboischialgie links bei



## St.Galler Gerichte

- mehrsegmentaler Dysfunktion mit Beckenkammtendinose und Periarthrosis coxae links;
- Verdacht auf Somatisierung;
- Status nach Diskushernien-Operation mit Spondylodese C5/6 am 18. April 2008;
- Verdacht auf funktionelle Parese im rechten Arm.

Die Versicherte habe angegeben, den rechten Arm seit der Diskektomie und Spondylodese nicht mehr bewegen zu können. Dr. E.\_\_\_\_ erklärte, er habe die Beweglichkeit der BWS und LWS wegen aktiver Gegenwehr, Ausweichbewegungen und Angabe starker Schmerzen nicht prüfen können. Soweit beurteilbar sei die HWS in der Beweglichkeit nur leicht eingeschränkt. Aufgefallen sei, dass in den Armen keine Muskelatrophien bestanden hätten und dass der rechte Arm beim Loslassen aus der Extensionsstellung noch ein bis zwei Sekunden am Ort geblieben und dann recht kontrolliert heruntergefallen sei. Auch habe sich die Versicherte auf der Liege auf den Bauch drehen und den (rechten) Arm unter dem Körper hervorziehen können. Sodann seien alle Muskelgruppen im Bereich des rechten Armes etwa gleich betroffen. Eine eingehende Weiterabklärung der Parese mit Myelographie und Myelo-CT habe keine Hinweise auf eine Spinalstenose oder eine Nervenkompression ergeben. Die Lähmung könne klinisch-radiologisch nicht erklärt werden. Es bestehe eine erhebliche Diskrepanz zwischen den heftigen Schmerzangaben und den klinisch-radiologisch bescheidenen Befunden, sodass von einer Symptomausweitung oder somatoformen Störung ausgegangen werden müsse.

A.e Dr. D.\_\_\_\_ gab im Verlaufsbericht vom 2. Juni 2009 (IV-act. 16) als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ein radikuläres Syndrom C5/C6 rechts bei Spondylodese (April 2008) an. Keine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit hätten ein Lumbovertebralsyndrom sowie ein latent depressives Zustandsbild (Mai 2009). Seit dem 9. Dezember 2008 sei die Versicherte wegen subjektiver Schmerzempfindung, depressiver Grundstimmung und vermuteter funktioneller Parese vollständig arbeitsunfähig. Nach erfolgreicher psychiatrischer Behandlung werde die Versicherte zu 50 % arbeitsfähig sein.



## St.Galler Gerichte

A.f Der Fachbereich Psychosomatik des KSSG gab im Bericht vom 19. Oktober 2009 (IV-act. 26) die folgenden Diagnosen an: Chronische Schmerzkrankheit nach ventraler Diskektomie C5/6 und Spondylodese mit Hinweisen auf somatoforme Symptome und Verdacht auf depressive Anpassungsstörung. Es seien lediglich zwei Konsultationen erfolgt (Juni/August 2009). Als Putzfrau sei die Versicherte wegen der ausgeprägten Schmerzen, die wahrscheinlich zu einer depressiven Anpassungsstörung mit Schlafstörung geführt hätten, zu 100 % arbeitsunfähig.

A.g Am 6. November 2009 wurde die Versicherte von RAD-Ärztin C.\_\_\_\_ untersucht (IV-act. 35). Dr. C.\_\_\_\_ gab die folgenden Diagnosen an:

- Diskushernie C5/6
- ventrale Diskektomie und Spondylodese am 18. April 2008;
- Verdacht auf funktionelle Parese M4 rechter dominanter Arm;
- Lumboischialgie links (zunehmend seit Januar 2009)
- mehrsegmentale Dysfunktion mit Beckenkammtendinose und Periarthrosis coxae links;
- anhaltende Schmerzen: Verdacht auf Somatisierungsstörung und Symptomausweitung;
- kein Ansprechen auf Schmerzmittel und Spritzen.

Die RAD-Ärztin befand, dass die Versicherte bei der anfänglichen kursorischen Untersuchung den rechten Arm in der Schulter kaum bewegen können, die Muskulatur des rechten Ober- und Vorderarmes jedoch identisch und kräftig wie links gewesen sei. Die berufliche Eingliederungsfähigkeit werde vorwiegend durch IV-fremde Faktoren (Analphabetismus, keine Deutschkenntnisse) beeinflusst. Es sei nicht nachvollziehbar, weshalb die Versicherte den rechten Arm nicht gebrauchen könne und wie die Sensibilitätsstörung einzustufen sei.



## St.Galler Gerichte

A.h Am 10. November 2009 teilte die IV-Stelle der Versicherten mit, dass zurzeit keine beruflichen Eingliederungsmassnahmen möglich seien (IV-act. 33).

A.i Am 15. Dezember 2009 reichte die Neurochirurgie des KSSG weitere Berichte ein (IV-act. 41 f.). Im Bericht vom 8. Oktober 2009 hatte sie – u.a. gestützt auf neue MRT-Befunde der HWS und LWS – die folgenden Diagnosen angegeben:

- Linksseitige Lumboischialgie;
- Verdacht auf somatoforme Schmerzstörung;
- Verdacht auf depressive Anpassungsstörung;
- Status nach ventraler Diskektomie C5/6 und Spondylodese am 18. April 2008.

A.j RAD-Ärztin C.\_\_\_\_ hielt in einer Stellungnahme vom 23. Dezember 2009 fest (IV-act. 43), dass die Versicherte in der Tätigkeit als Reinigungskraft und in einer adaptierten Tätigkeit mindestens seit dem 6. November 2009 zu 100 % arbeitsfähig sei. Eine adaptierte Tätigkeit sei eine leichte bis mittelschwere, wechselbelastende Tätigkeit ohne übermässige Belastung des rechten Armes.

A.k Mit Vorbescheid vom 23. März 2010 kündigte die IV-Stelle der Versicherten bei einem IV-Grad von 0 % die Abweisung des Rentenbegehrens an (IV-act. 46). Am 13. April 2010 informierte Dr. D.\_\_\_\_ die IV-Stelle (IV-act. 49), dass sich die Versicherte in psychiatrischer Behandlung bei Dr. med. F.\_\_\_\_ befinde. Dem Schreiben von Dr. D.\_\_\_\_ waren zwei medizinische Berichte beigelegt (IV-act. 50 f.). Dr. E.\_\_\_\_ hatte in seinem Bericht vom 26. Januar 2010 die folgenden Diagnosen angegeben:

- Lumboischialgie links bei
- degenerativen Veränderungen L4-S1 links;
- spondylogener Ischialgie;
- CVS bei
- Status nach ventraler Diskektomie und Spondylodese C5/6;



## St.Galler Gerichte

- persistierenden myofascialen Schultergürtelschmerzen mit Triggerpunkten und Insertionstendinosen;
- unklare Lähmung im rechten Arm
- DD: Funktionell? Rheumatische Erkrankung (Sudeck)?;
- Verdacht auf depressive Anpassungsstörung mit somatoformen Schmerzen.

Dr. E.\_\_\_\_ erklärte, dass das Hauptproblem aus rheumatologischer Sicht nach wie vor der rechte Arm sei. Die Versicherte könne den Arm wegen der Schmerzen nicht gebrauchen. Die Hand sei funktionell fast unbrauchbar, da die Versicherte die Fingergelenke und das Handgelenk nicht mehr aktiv bewege. Passiv könnten die Gelenke durchgebogen und durchgestreckt werden, allerdings mit Angabe heftiger Schmerzen. Es könne sich allenfalls um eine schmerzbedingte Parese handeln, eventuell bedingt durch eine Gelenk- oder Knochenkrankung. Dr. E.\_\_\_\_ empfahl, eine Knochenszintigraphie zu veranlassen. Wenn das Knochenszintigramm und ein kleines Blutbild in Ordnung seien, müsse definitiv von einer funktionellen Parese ausgegangen werden. Dr. F.\_\_\_\_, Oberärztin des Psychiatrischen Zentrums G.\_\_\_\_, hatte am 11. Mai 2010 berichtet (IV-act. 51), dass die Versicherte an einer mittelgradigen depressiven Episode (ICD-10: F32.1) und einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung (F45.4) leide. Dr. F.\_\_\_\_ hatte befunden, dass die Versicherte im Gespräch einen sehr leidenden Eindruck gemacht habe. Die Stimmung sei durchgehend besorgt, gedrückt, eher resigniert, gefasst wirkend, dafür ohne affektive Modulation gewesen. Das Denken sei logisch und kohärent, aber grübelnd eingeengt auf die gesundheitlichen Probleme sowie die Angst und die Zukunftssorgen gewesen. Die Versicherte habe ausgesprochene Wertlosigkeitsideen und zeitweilige Todeswünsche, ohne aktive Suizidalität, angegeben. Weiter habe sie über eine Antriebsschwäche berichtet. In der zusammenfassenden Beurteilung hatte Dr. F.\_\_\_\_ angegeben, dass die Versicherte neben einer chronischen Schmerzsymptomatik (Arm-, Kopf- und Rückenschmerzen) eine depressive Symptomatik mit Angst und sozialem Rückzug entwickelt habe. Die depressive Symptomatik sei einerseits Folge der körperlich bedingten chronischen Schmerzen (Psychosyndrom) und andererseits Folge der erheblichen psychosozialen Folgekomplikationen der Operation (Arbeitsunfähigkeit, Verlust der Arbeitsstelle,



## St.Galler Gerichte

Einschränkung in Alltagsaktivitäten, massiver Einbruch des Selbstwerts, schwierige finanzielle Situation). Die aktuelle depressive Symptomatik schränke die Arbeitsfähigkeit auf ca. 70 % ein.

A.I Mit Verfügung vom 14. Juni 2010 wies die IV-Stelle das Rentengesuch aus den im Vorbescheid angegebenen Gründen ab (IV-act. 53). Gegen diese Verfügung erhob die Versicherte Beschwerde (IV-act. 61). Im Beschwerdeverfahren reichte sie einen neuen Bericht von Dr. med. H.\_\_\_\_, Neurologie Klinik I.\_\_\_\_, vom 1. November 2010 ein (IV-act. 69). Die Diagnosen lauteten:

- Chronifiziertes zervikales und zerviko-brachiales Syndrom bei/mit
- Status nach Dekompression und Spondylodese ventral C5/6 bei rechtsseitiger Zervikobrachialgie;
- klinisch ausgeprägter muskulärer Dekonditionierung im Nacken-Schulter-Arm-bereich;
- elektrophysiologisch Schwerpunktsneuropathie im Karpaltunnelbereich rechts, kein Hinweis für axonale Schädigung des Neuronenpols C4-Th1 rechts, normale motorisch evozierte Potentiale an Armen und Beinen im Seitenvergleich (1. November 2010);
- Karpaltunnelsyndrom rechts, elektrophysiologisch bestätigt;
- somatoforme Schmerzstörung;
- mittelgradige depressive Episode.

Dr. H.\_\_\_\_ erklärte, dass die Versicherte beim An- und Auskleiden den rechten Arm nicht benutzt habe, dass aber im weiteren Verlauf eine zunehmende Spontanlösung der initialen Hand- und Armstellung rechts erfolgt sei. Während der gesamten Untersuchung habe die Versicherte über diffuse Schmerzangaben im gesamten Körper und Achsenskelett, insbesondere lumbal wie auch im Bereich Nacken-Arm rechts, geklagt. Beide Hände seien normal beschwiegelt gewesen. Tonus, Trophik und Koordination der Extremitäten seien unauffällig gewesen.



## St.Galler Gerichte

A.m Mit Entscheidung vom 2. April 2012 hiess das Gericht die Beschwerde gut. Es wies die Sache zur rheumatologischen und psychiatrischen Begutachtung an die IV-Stelle zurück (IV-act. 73).

B.

B.a Am 20. Juni 2012 teilte die IV-Stelle der Versicherten mit, dass eine umfassende medizinische Untersuchung (internistisch, rheumatologisch, neurologisch und psychiatrisch) notwendig sei (IV-act. 75). Ohne ihren schriftlich begründeten Gegenbericht innert 10 Tagen werde eine Fachstelle mit der Untersuchung beauftragt. Die Wahl der Fachstelle werde nach dem Zufallsprinzip erfolgen. In der Beilage befänden sich die Fragen an die Gutachterstelle. Falls die Versicherte Zusatzfragen habe, könne sie diese innert gleicher Frist einreichen. Die Versicherte reichte keine Zusatzfragen ein. Am 9. Juli 2012 beauftragte die IV-Stelle das Medizinische Zentrum J.\_\_\_\_ mit der polydisziplinären Begutachtung (IV-act. 77).

B.b Mit Schreiben vom 24. Juli 2012 teilte das J.\_\_\_\_ der Versicherten Ort und Zeit der Begutachtung sowie die Namen der Sachverständigen mit (IV-act. 80). Mit Mitteilung vom 26. Juli 2012 informierte die IV-Stelle die Versicherte noch einmal über Ort und Zeit der Begutachtung sowie die Namen der Sachverständigen. Sie wies die Versicherte darauf hin, dass sie innert 10 Tagen gegen eine oder mehrere der genannten Sachverständigen triftige Einwendungen vorbringen könne.

B.c Am 5. und 19. September 2012 wurde die Versicherte vom J.\_\_\_\_ allgemein-inter-nistisch, rheumatologisch, neurologisch und psychiatrisch untersucht (Gutachten vom 31. Oktober 2012, IV-act. 84). Die Begutachtung fand in Anwesenheit einer Dolmetscherin statt. Die Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit lauteten wie folgt:

1. Status nach Carpal-tunnelsyndrom rechts, elektrophysiologisch gesichert am 1. November 2010, aktuell ohne Beschwerdeangaben im Sinne eines Carpal-tunnelsyndroms sowie ohne klinische Befunde eines Carpal-tunnelsyndroms;
2. Status nach Dekompression und Spondylodese ventral C5/C6 am 18. April 2008, aktuell ohne Nachweis einer Schädigung cervikaler Nervenwurzeln.



Als Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit wurden angegeben:

3. Chronisches Cervikocephal- und Cervikobrachialsyndrom rechtsbetont bei/mit

- Status nach ventraler Diskektomie C5/C6 mit Wurzel- und Myelondekompression, ventraler interkorporaler Spondylodese mit Beckenkammspan und ventraler Platte 18. April 2008;

- klinisch nicht untersuchbarer HWS;

- geringer muskulärer Dysbalance;

- tendomyotischer Funktionseinschränkung des Schultergürtels;

- funktioneller Armparese rechts;

- ausgeprägt dysfunktionalem Krankheitsverhalten mit massiver Schmerzausweitung;

- altersnormalen Röntgenaufnahmen (5. September 2012);

4. Kopfschmerzen im Rahmen eines generalisierten chronischen Schmerzsyndroms ohne Anhalt für eine organpathologische Genese;

5. Triglyceridämie.

Die Sachverständigen führten weiter aus, die Versicherte habe anlässlich der Begutachtung angegeben, permanente Schmerzen im Brust- und Nackenbereich zu haben. Der Schmerz ziehe bis in den Kopf- und Schläfenbereich. Vom Halsbereich her ziehe der Schmerz hinab in die Wirbelsäule bis ins Kreuz. Die Schmerzen strahlten vom Kreuz und Gesäss mal in das rechte und mal in das linke Bein aus, sodass das Bein komplett "blockiere". In den Beinen und den Oberarmen leide sie sehr häufig an Taubheitsgefühlen und an einem Kribbeln. Die Schmerzen bestünden seit vielen Jahren, hätten sich im Laufe der Zeit aber deutlich intensiviert; heute leide sie ununterbrochen an Schmerzen. Es seien brennende und stechende Schmerzen, deren Intensität (VAS 0-10) mindestens 7 VAS und maximal 9 VAS betrage. Die



Sachverständigen hielten weiter fest, in psychischer Hinsicht leide die Versicherte aufgrund der Schmerzen und ihrer familiären und sozialen Situation: Sie könne nicht arbeiten gehen, weder lesen noch schreiben, ihr Ehemann sei schwer krank, die Familie habe kein Geld und sei von der Fürsorge abhängig. Die allgemeinmedizinisch-internistische Untersuchung hatte das Bild einer adipösen, kardiopulmonal kompensierten Person in unauffälligem Allgemeinzustand ergeben. Die Laboruntersuchungen hätten – bis auf einen leicht erhöhten Triglycerid- und Leberwert – durchwegs Normalwerte gezeigt. Der rheumatologische Sachverständige Dr. med. K.\_\_\_\_ gab an, dass er die Versicherte insbesondere im Bereich der HWS nicht adäquat bzw. überhaupt nicht habe untersuchen können, da diese sich aktiv dagegen gesperrt habe. Im HWS-Bereich hätten sich besonders ausgeprägte Diskrepanzen zwischen dem spontanen Bewegungsverhalten, den Angaben der Versicherten und den Untersuchungsbefunden gezeigt. So habe die Versicherte den Kopf während der Anamnese problemlos ohne pathologische Mitbewegung des Rumpfes 70 bis 80° zur links sitzenden Dolmetscherin drehen und in Bauchlage den rotierten Kopf ablegen können. In der Untersuchungssituation hingegen sei keine Rotation des Kopfes möglich gewesen. Auch mit Bezug auf den rechten Arm seien Diskrepanzen aufgefallen. So habe die Versicherte während der Beschwerdeschilderung den rechten Arm problemlos abduzieren, den Ellbogen und die Hand unauffällig bewegen, beim Strichgang die nach vorne gehaltenen Hände des Untersuchers fassen, beim Kleiderwechsel mit dem rechten Arm nachhelfen und sich beim Drehen auf der Untersuchungsliege mit dem rechten Arm abstützen können. Eine organisch bedingte Lähmung könne aufgrund dieser klinischen Befunde ausgeschlossen werden. Bezüglich der Rückenschmerzen mit Ausstrahlungen in das linke Bein seien die klinischen und radiologischen Befunde, bis auf Tendomyosen gluteal links, bei deren Palpation die Ausstrahlungen in das linke Bein hätten provoziert werden können, völlig unauffällig gewesen. Hierbei dürfte es sich um eine reine "referred pain-Symptomatik" handeln. Aufgrund der durchwegs unauffälligen radiologischen Abklärungen und des letzten MRI-Befundes der HWS könne aus rheumatologischer Sicht keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit (unklare Arbeitsplatzverhältnisse) begründet werden. Im Vordergrund stehe ein ausgeprägtes dysfunktionales Krankheitsverhalten mit Schmerzausweitung mit allen Zeichen eines nichtorganischen Krankheitsverhaltens. Zum Bericht von Dr. E.\_\_\_\_ vom 26. Januar



2010 merkte Dr. K.\_\_\_\_ an, dass aufgrund des zwischenzeitlichen Verlaufs und des aktuellen Befundes eine Knochenstoffwechselstörung, eine Gelenkaffektion oder eine Algodystrophie mit praktischer Sicherheit ausgeschlossen werden könnten. Der neurologische Sachverständige Dr. L.\_\_\_\_ hielt in seinem Teilgutachten fest, dass eine erhebliche Diskrepanz zwischen der subjektiv vorgetragene Schmerzintensität auf der einen Seite und den geringgradigen objektiv nachvollziehbaren Beeinträchtigungen in der Verhaltensbeobachtung sowie den im Wesentlichen unauffälligen Untersuchungsbefunden auf der anderen Seite aufgefallen sei: Während die Versicherte auf dem Flur ein flüssiges Gangbild gezeigt habe, seien ihre Bewegungen ab dem Zeitpunkt, als sie den Untersuchungsraum betreten habe, deutlich langsamer geworden. Das An- und Auskleiden sei zügig und geschickt gelungen. Den Kopf habe sie spontan frei in alle Richtungen gewandt. Während der gesamten Exploration habe die Versicherte nicht schmerzgequält gewirkt. Bei der Untersuchung der HWS habe sie in alle Bewegungsrichtungen vollständig aktiv blockiert. Das bei der Untersuchung erreichte Bewegungsausmass der HWS sei nicht kompatibel mit den in den Spontanbewegungen erreichten Bewegungsausmassen gewesen. Bei Ablenkung habe sich an der HWS kein korrelierender Muskelhartspann palpieren lassen. Für die vorgetragene Schulter-, Nacken-, Kopf-, Arm-, Brust- und Kreuzschmerzen sei kein sicherer Anhalt für eine organpathologische Genese auf neurologischem Gebiet gefunden worden. Die geltend gemachte vollständige Anästhesie und Analgesie im rechten Arm sei organpathologisch nicht nachvollziehbar. Ein Anhalt für ein neuropathisches Schmerzsyndrom mit Allodynie oder Hyperpathie bestehe nicht. Die Versicherte habe in der Untersuchung keine Symptome eines Carpaltunnelsyndroms angegeben. Aufgrund des in den Akten dokumentierten leicht- bis mässiggradigen Carpaltunnelsyndroms rechts seien Tätigkeiten mit Zwangshaltung in Überstreckung oder Überbeugung des rechten Handgelenks prinzipiell zu vermeiden. Aufgrund der bekannten Vorerkrankungen am Rücken seien körperlich schwere Tätigkeiten, Tätigkeiten mit Heben schwerer Lasten und Tätigkeiten in Zwangshaltungen sicher nicht mehr zumutbar. Aus rein neurologischer Sicht bestehe jedoch keine dauerhafte Arbeitsunfähigkeit. Die psychiatrische Sachverständige Dr. M.\_\_\_\_ erklärte, dass sie im Rahmen der psychiatrischen Exploration einen unauffälligen psychischen Befundstatus festgestellt habe: So hätten sich klinisch keine Anhaltspunkte für Konzentrations- und Aufmerksamkeitsstörungen gezeigt. Auch eine Erschöpfungstendenz oder eine



Müdigkeit sei nicht festgestellt worden. Bei der Kommunikation und den interpersonellen Aktionen hätten zu keinem Zeitpunkt Auffälligkeiten objektiviert werden können. Auch hätten Anhaltspunkte für Kurz- oder Langzeitgedächtnisstörungen gefehlt. Eine Vergesslichkeit oder Hinweise auf eine Zeitgitterstörung hätten nicht vorgelegen. Das formale Denken sei systematisch und geordnet, das inhaltliche Denken regelrecht und situationsadäquat gewesen. Depressionstypische Denkinhalte hätten nicht ausgemacht werden können. Die Versicherte habe Insuffizienzgefühle, Gefühle der Wertlosigkeit, Schuldgefühle oder dergleichen verneint. Ein Interessenverlust, der alle Belange des alltäglichen Lebens beträfe, sei nicht festgestellt worden. Auch eine Einschränkung im sozialen und im Integrationsniveau sei nicht festgestellt worden. Die Freudfähigkeit sei vorhanden gewesen. Die Affektivität sei ausgeglichen gewesen; nur situativ bedingt sei sie leicht bedrückt gewesen. Die Modulationsfähigkeit sei im Bereich der Norm gewesen. Der psychomotorische bzw. der allgemeine Antrieb sei unauffällig gewesen. Eine depressionstypische Verlangsamung habe nicht vorgelegen. Die Versicherte habe über gewisse Schlafstörungen berichtet, ein Morgentief habe jedoch nicht festgestellt werden können. Die psychiatrische Sachverständige hielt abschliessend fest, dass die Versicherte zum Untersuchungszeitpunkt nicht über eigenständige psychiatrische Beschwerden, sondern mehrheitlich über bestehende Beeinträchtigungen aufgrund körperlicher Schmerzen und Unzulänglichkeiten berichtet habe. Aus psychiatrischer Sicht hätten sich zum aktuellen Zeitpunkt keine richtungsweisenden Aspekte für eine krankheitswertige Störung mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gezeigt. Vielmehr sei – bei deutlich im Hintergrund einwirkenden IV-fremden Gründen wie beispielsweise Migrationshintergründe, die finanzielle Situation und auch ein Mangel an Soft- und Hardskills – ein regressives, selbstlimitatives, demonstratives Gebaren im Vordergrund gestanden. Für die Vergangenheit könne grundsätzlich nicht ausgeschlossen werden, dass eine gewisse gedrückte Stimmung in gewissen Zeitabschnitten vorgelegen haben könnte. Diese könne allerdings nicht als anhaltende affektive Störung mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit interpretiert werden, sondern müsse vor allem konstellativ im Rahmen der misslichen Lebensumstände und auch vor allem der persönlichen Vorstellungen und der persönlichen Grundhaltung der Versicherten interpretiert werden. Die Versicherte habe im Rahmen der Exploration eine antidepressive Medikation mit Cymbalta angegeben. Bei der durchgeführten Blutuntersuchung habe



sich ein nicht nachweisbarer Blutspiegel gezeigt (<30 nmol/l). Der persönliche Leidensdruck und eine allfällige Mitwirkungspflicht seien deshalb grundsätzlich in Frage zu stellen, ebenso eine Behandlungsbedürftigkeit. Die Diagnose einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung mit eigenständigem Krankheitswert könne nicht gestellt werden, denn es habe nie eine kognitive Fixierung auf die Schmerzsymptomatologie bestanden. In erster Linie sei die Versicherte mit defizit- und beschwerdeorientierten Angaben und Symptomschilderungen aufgefallen. Die beklagte Symptomatologie mit massiver Schmerzqualität und einer Intensität von VAS 9/10 sei im Rahmen der psychiatrischen Begutachtung affektiv als solche jedoch nicht spürbar gewesen. Die Schmerzen spiegelten sich auch im Ablauf des Tagesgeschehens nicht wieder. Die Versicherte sei nämlich gemäss dem von ihr beschriebenen Tagesaktivitätsniveau durchaus in der Lage, sich von der Schmerzsymptomatik zu distanzieren. Sie habe sich durchaus in der Lage gezeigt, diese zu überwinden. Es sei der Versicherten möglich, längere Reisen auf sich zu nehmen, sich im sozialen Gefüge einzuordnen und ihren haushaltlichen Verpflichtungen nachzukommen. Zusammenfassend könne festgehalten werden, dass keine psychiatrische Störung mit eigenständigem Krankheitswert mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit vorliege. Regressive Krankheitsmuster mit Krankheitsgewinn oder demonstratives Krankheitsgebaren könnten nicht als psychiatrische Störung mit Krankheitswert interpretiert werden. Die Sachverständigen kamen zum Schluss, dass die Versicherte aus interdisziplinärer Sicht grundsätzlich in ihrer Arbeitsfähigkeit nicht eingeschränkt sei. Allerdings sollten schwere, sehr rückenbelastende Tätigkeiten und Tätigkeiten mit deutlicher Belastung und Überstreckung des rechten Handgelenks wegen eines möglicherweise beginnenden CTS-Syndroms vermieden werden. In ihrer zuletzt ausgeübten Erwerbstätigkeit als Betriebsmitarbeiterin sei die Versicherte zu 100 % arbeitsfähig, wobei die Arbeitsplatzverhältnisse unklar seien.

B.d RAD-Ärztin C.\_\_\_\_ hielt in ihrer Stellungnahme vom 26. November 2012 fest (IV-act. 85), dass das Gutachten des MZR umfassend, in sich widerspruchsfrei, kohärent und schlüssig sei, weshalb vollumfänglich darauf abgestellt werden könne. Es bestünden erhebliche Diskrepanzen zwischen der subjektiv vorgetragenen Schmerzintensität und den geringgradig objektiv nachvollziehbaren Beeinträchtigungen in der Verhaltensbeobachtung.



B.e Mit Vorbescheid vom 4. Dezember 2013 kündigte die IV-Stelle der Versicherten die Abweisung des Rentengesuchs an (IV-act. 88). Zur Begründung führte sie an, dass die Versicherte in ihrer Arbeitsfähigkeit grundsätzlich nicht eingeschränkt sei. Es sei ihr weiterhin zumutbar, ein Jahreseinkommen von Fr. 39'000.-- zu erzielen, weshalb der IV-Grad 0 % betrage und folglich kein Rentenanspruch bestehe. Am 22. Januar 2013 wendete die Versicherte zusammengefasst dagegen ein (IV-act. 91), sie sei mit dem Vorbescheid nicht einverstanden, da sie wegen ihrer körperlichen Krankheit nicht mehr arbeiten könne. Allein die Bewältigung des Alltags sei für sie schon eine psychische und körperliche Last. Mit Verfügung vom 1. Februar 2013 wies die IV-Stelle das Rentengesuch aus den im Vorbescheid angegebenen Gründen ab (IV-act. 92).

C.

C.a Gegen diese Verfügung erhob die Versicherte (nachfolgend: Beschwerdeführerin) am 25. Februar 2013 Beschwerde (act. G 1). Sie machte geltend, dass sie immer noch starke Schmerzen habe und deshalb auch keine zumutbare Tätigkeit ausüben könne.

C.b Am 20. März 2013 liess die inzwischen rechtlich vertretene Beschwerdeführerin ein Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege und Rechtsverteistandung für das Beschwerdeverfahren stellen (act. G 4).

C.c Die IV-Stelle (nachfolgend: Beschwerdegegnerin) beantragte am 16. April 2013 die Abweisung der Beschwerde (act. G 6). Sie machte geltend, die Beschwerdeführerin habe nicht dargelegt, inwiefern das massgebende Gutachten fehlerhaft sein sollte. Gründe, weshalb nicht auf das Gutachten des J.\_\_\_\_ abgestellt werden könnte, seien keine ersichtlich.

C.d Am 24. April 2013 bewilligte das Gericht die unentgeltliche Rechtspflege (Befreiung von den Gerichtskosten und unentgeltliche Rechtsverteistandung) für das Beschwerdeverfahren (act. G 7).

C.e Innert zweimal erstreckter Frist reichte der Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin am 4. Juni 2013 die Replik ein (act. G 12). Er beantragte die Zusprache einer ganzen Rente; eventualiter sei die Sache zur weiteren Abklärung an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. Zur Begründung brachte der Rechtsvertreter vor, die



Beschwerdeführerin habe das Schreiben der Beschwerdegegnerin vom 20. Juni 2012 nie erhalten. Sie habe deshalb keine Ergänzungsfragen an die Sachverständigen des J.\_\_\_\_ stellen können. Auch sei der Beschwerdeführerin direkt der Vorbescheid zugestellt worden, ohne ihr vorher Gelegenheit zur Stellungnahme zum Gutachten einzuräumen. Dadurch habe die Beschwerdegegnerin gegen die Minimalgarantien nach Art. 29 Abs. 2 BV verstossen, weshalb das Gutachten des J.\_\_\_\_ aus dem Recht zu weisen und vom Gericht ein neues Gutachten anzuordnen sei. Werde das Gutachten nicht aus dem Recht gewiesen, müsse es als "Gutachten nach altem Standard" qualifiziert werden, da die Beschwerdeführerin nicht im Voraus über den Fragenkatalog sowie die Möglichkeit, Ergänzungsfragen anbringen zu können, informiert worden sei. Dies bedeute, dass bereits bei Vorliegen relativ geringer Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit eine neue Expertise eingeholt werden müsse. Diese Voraussetzungen seien vorliegend erfüllt: Die Beschwerdegegnerin habe es unterlassen, die Schlafstörungen in einem Schlaflabor abzuklären. Diese Abklärung hätte auch Hinweise auf die effektiv erlebten Schmerzen bringen können. Weiter habe die psychiatrische Sachverständige nicht berücksichtigt, dass die Beschwerdeführerin wöchentlich psychiatrische Sitzungen à 2 bis 3 Stunden absolviere. Sodann sei die psychiatrische Sachverständige fälschlicherweise davon ausgegangen, dass ein gewisses organisches Korrelat für die Schmerzsymptomatik vorhanden sei, weshalb sie das Vorliegen einer somatoformen Schmerzstörung verneint habe.

C.f Mit Duplik vom 20. Juni 2013 erklärte die Beschwerdegegnerin (act. G 14), sie habe sich an den neuen Vergabemodus gehalten. Die Behauptung, die Mitteilung vom 20. Juni 2012 sei nicht zugestellt worden, müsse als reine Schutzbehauptung gewertet werden. Selbst wenn dem so wäre, hätte dies nicht automatisch die Unverwertbarkeit des Gutachtens zur Folge. Die Beschwerdeführerin habe es gänzlich unterlassen, mitzuteilen, welche Zusatzfragen sie gerne gestellt hätte. Hinzu komme, dass die Beschwerdeführerin auch anlässlich der Begutachtung und im Vorbescheidverfahren noch allfällige Fragen an die Sachverständigen hätte vorbringen können. Diese Rüge sei daher als rechtsmissbräuchlich zu werten. Des Weiteren bestehe keine Verpflichtung, eine versicherte Person über den Eingang eines Gutachtens bei der IV-Stelle zu informieren. Durch die direkte Zustellung des Vorbescheids sei der Beschwerdeführerin kein Nachteil erwachsen. Und schliesslich würde eine neue Begutachtung mit Sicherheit zu keinem anderen Ergebnis führen.



### Erwägungen:

1.

1.1 Mit der angefochtenen Verfügung hat die Beschwerdegegnerin einen Rentenanspruch der Beschwerdeführerin bei einem Invaliditätsgrad von 0 % abgelehnt. Strittig ist demnach, ob die Beschwerdeführerin einen Anspruch auf eine Invalidenrente hat.

1.2 Einen Anspruch auf eine Rente der Invalidenversicherung haben Versicherte, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wiederherstellen, erhalten oder verbessern können, während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 Prozent arbeitsunfähig gewesen sind und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 Prozent invalid sind (Art. 28 Abs. 1 IVG). Invalidität ist gemäss Art. 8 Abs. 1 ATSG die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit. Erwerbsunfähigkeit ist der durch eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG).

1.3 Gemäss Art. 28a Abs. 1 IVG i.V.m. Art. 16 ATSG ist der Invaliditätsgrad grundsätzlich durch einen Einkommensvergleich zu ermitteln. Dabei wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (zumutbares Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Einkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Valideneinkommen).

2.

Der Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin hat geltend gemacht, das Gutachten der J.\_\_\_\_ sei aus zwei Gründen nicht verwertbar: Einerseits weil die Beschwerdeführerin



das Schreiben der Beschwerdegegnerin vom 20. Juni 2012 nicht erhalten und deshalb nicht gewusst habe, dass sie den Sachverständigen Zusatzfragen stellen könne und andererseits weil ihr das Gutachten nicht vor Erlass des Vorbescheids zugestellt worden sei. Bezüglich des ersten Einwandes ist vorab anzumerken, dass der Beschwerdeführerin das Schreiben vom 20. Juni 2012 (IV-act. 75) gemäss den Akten zugestellt worden ist; auch ihr Hausarzt hat eine Kopie des Schreibens erhalten. Die Beschwerdegegnerin hat sich somit grundsätzlich korrekt verhalten; es kann von der Beschwerdegegnerin aus administrativen wie auch aus finanziellen Gründen nicht verlangt werden, alle Schreiben an versicherte Personen per Einschreiben zuzustellen. Mit Mitteilung vom 26. Juli 2012 (IV-act. 81) informierte die Beschwerdegegnerin die Beschwerdeführerin über die Begutachtungstermine. Der erste Satz des Schreibens lautet wie folgt: "Wir haben Sie informiert, dass eine umfassende medizinische Untersuchung notwendig wird." Hätte die Beschwerdeführerin das Schreiben vom 20. Juni 2012 tatsächlich nicht erhalten, hätte ihr (bzw. ihrem Ehemann) bei Aufwendung gebührender Sorgfalt spätestens nach Erhalt der Mitteilung vom 26. Juli 2012 auffallen müssen, dass sie von der Beschwerdegegnerin bisher nicht über die polydisziplinäre Untersuchung informiert worden war, und sie bzw. ihr Ehemann hätten dies der Beschwerdegegnerin melden können. Die Beschwerdegegnerin hat argumentiert, die Rüge des Rechtsvertreters, das Gutachten dürfe bereits aus den genannten formellen Gründen nicht verwertet werden, sei rechtsmissbräuchlich. Das Vorbringen des Rechtsvertreters erscheint tatsächlich sehr formalistisch, zumal er im Schriftenwechsel nicht vorgebracht hat, welche Zusatzfragen die Beschwerdeführerin gestellt hätte, wenn sie um diese Möglichkeit gewusst hätte; diese Fragen hätten, soweit sie vom Gericht als substantiiert gewertet worden wären, der Gutachterstelle im Rahmen des Beschwerdeverfahrens nachträglich noch vorgelegt werden können. Bezüglich des zweiten Einwandes ist zunächst darauf hinzuweisen, dass die von der IV-Stelle in Auftrag gegebenen Gutachten praxisgemäss nicht automatisch den versicherten Personen zugestellt werden. Diese Praxis ist begründet, denn den versicherten Personen – in der Regel medizinische Laien – fehlt regelmässig das notwendige Fachwissen, um den Inhalt eines Gutachtens verstehen bzw. nachvollziehen zu können. Eine direkte Zustellung des Gutachtens an den behandelnden Arzt wäre nicht datenschutzkonform gewesen; die Beschwerdeführerin hatte lediglich darin eingewilligt, dass die behandelnden Ärzte auf Anfrage mit einer



Kopie des Gutachtens bedient werden (siehe IV-act. 5). Der Beschwerdeführerin ist durch den Umstand, dass ihr bzw. ihrem Hausarzt das Gutachten erst nach Erhalt des Vorbescheids zugestellt worden ist, zudem kein Nachteil widerfahren, da sie ihre Kritik am Gutachten noch im Vorbescheidsverfahren hätte anbringen können. Das Gutachten ist somit in formeller Hinsicht nicht zu beanstanden und voll verwertbar.

3.

3.1 In somatischer Hinsicht hat die Beschwerdeführerin geltend gemacht, praktisch an permanenten, sehr starken Schmerzen im ganzen Körper zu leiden. Zudem bestünden sehr häufig Taubheitsgefühle und Kribbeln in den Beinen und den Oberarmen. Den rechten Arm könne sie aufgrund einer Parese nicht mehr bewegen. Die Sachverständigen des J.\_\_\_\_ sind zum Schluss gekommen, dass lediglich ein Status nach Carpal-tunnelsyndrom rechts und ein Status nach Dekompression und Spondylodese ventral C5/C6 einen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit hätten. Ein diagnostiziertes chronisches Cervikocephal- und Cervikobrachialsyndrom rechtsbetont (inkl. Armparese rechts) sowie die Kopfschmerzen hätten keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit, da kein organisches Korrelat für diese Krankheiten habe gefunden werden können. Die Diagnosen des J.\_\_\_\_ decken sich im Wesentlichen mit den Diagnosen der behandelnden Ärzte und der RAD-Ärztin C.\_\_\_\_. Insbesondere haben alle medizinischen Fachpersonen erhebliche Diskrepanzen zwischen den Schmerzangaben sowie der angeblichen Lähmung des rechten Armes und den klinisch-radiologischen Befunden angegeben. Die Sachverständigen des J.\_\_\_\_ sind zum Schluss gekommen, dass die Beschwerdeführerin aus somatischer Sicht in ihrer Arbeitsfähigkeit grundsätzlich nicht eingeschränkt sei; einzig schwere, sehr rückenbelastende Tätigkeiten und Tätigkeiten mit deutlicher Belastung und Überstreckung des rechten Handgelenks sollten vermieden werden. In Anbetracht der im Wesentlichen unauffälligen bildgebenden und klinischen Untersuchungsbefunde überzeugt diese Einschätzung. Die Sachverständigen haben die Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit als Produktionsmitarbeiterin aus somatischer Sicht auf 100 % geschätzt. Sie haben jedoch darauf hingewiesen, dass unklar sei, welche Arbeiten die zuletzt ausgeübte Tätigkeit beinhaltet habe. Bei der Tätigkeit als Produktionsmitarbeiterin bei der B.\_\_\_\_ AG dürfte es sich um eine leichte Tätigkeit gehandelt haben, die Arbeiten an der Maschine, diverse Handarbeiten, Sichtkontrollen und Arbeiten am Förderband



beinhaltet hat. Ob diese Tätigkeit eine deutliche Belastung des rechten Handgelenks erfordert hat, kann aufgrund der Akten nicht abschliessend beurteilt werden. Da die Beschwerdeführerin in einer adaptierten Hilfsarbeitertätigkeit aus somatischer Sicht zu 100 % arbeitsfähig ist, müssen diesbezüglich jedoch keine weiteren Abklärungen getätigt werden. Zusammenfassend kann deshalb festgehalten werden, dass die Beschwerdeführerin in einer körperlich leichten bis mittelschweren Tätigkeit ohne starke Rückenbelastung und ohne Tätigkeiten mit deutlicher Belastung und Überstreckung des rechten Handgelenks zu 100 % arbeitsfähig ist. Die Rückenoperation im April 2008 hat lediglich zu einer vorübergehenden Arbeitsunfähigkeit geführt und ist daher vorliegend nicht von Relevanz.

3.2 In psychiatrischer Hinsicht liegen der Bericht der behandelnden Psychiaterin Dr. F.\_\_\_\_ vom Mai 2010 und das psychiatrische Teilgutachten des J.\_\_\_\_ vom Oktober 2012 im Recht. Die behandelnde Psychiaterin hat eine mittelgradige depressive Episode und eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung diagnostiziert und der Beschwerdeführerin aufgrund der depressiven Symptomatik aktuell eine Arbeitsunfähigkeit von 30 % attestiert. Dr. F.\_\_\_\_ hat somit nur der depressiven Symptomatik einen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit beigemessen. Als depressionsspezifische Merkmale (vgl. ICD-10: F32) hat Dr. F.\_\_\_\_ lediglich eine gedrückte Stimmung und ausgesprochene Wertlosigkeitsideen angegeben. Wie genau diese Symptome die Arbeitsfähigkeit einschränken sollen, hat sie nicht dargelegt. Es ist denn auch nicht nachvollziehbar, weshalb die Beschwerdeführerin lediglich aufgrund einer gedrückten Stimmung und einer Beeinträchtigung des Selbstwertgefühls zu 30 % in ihrer Arbeitsfähigkeit eingeschränkt sein sollte. Die Arbeitsfähigkeitsschätzung der behandelnden Psychiaterin vermag deshalb nicht zu überzeugen. Die psychiatrische Sachverständige des J.\_\_\_\_ hat keinen auffälligen psychischen Befundstatus erhoben und deshalb keine psychiatrische Diagnose gestellt. Eine anhaltende affektive Störung mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit hat sie auch für die Vergangenheit ausschliessen können. Sie hat einen umfassenden psychischen Befund erhoben und diesen ausführlich über fünf Seiten hinweg diskutiert (vgl. Ziff. 5.3 des Gutachtens). Ihre Schlussfolgerung, dass die Beschwerdeführerin nicht an einer affektiven Störung mit Krankheitswert leidet, ist durch die klinischen Untersuchungsbefunde, die keine bzw. nur sehr geringfügige depressionstypische Merkmale gezeigt haben, vollumfänglich belegt. Der Rechtsvertreter hat geltend gemacht, dass die Schlafstörungen der



Beschwerdeführerin in einem Schlaflabor hätten abgeklärt werden müssen. Es ist nicht einzusehen, welche weitergehenden Erkenntnisse eine Analyse im Schlaflabor im vorliegenden Fall gebracht hätte; denn es wird von der psychiatrischen Sachverständigen gar nicht negiert, dass die Beschwerdeführerin an gewissen Schlafstörungen leidet; sie hat lediglich angegeben, dass sich diese nicht auf eine psychiatrische Genese zurückführen liessen. Hinzu kommt, dass Schlafstörungen in der Regel medikamentös behandelt werden können. Die Beschwerdeführerin nimmt jedoch gemäss eigenen Angaben keine schlaffördernden Medikamente ein (vgl. IV-act. 84-15). Auch hat die behandelnde Psychiaterin nicht über Schlafstörungen berichtet. Es muss daher davon ausgegangen werden, dass die geltend gemachten Schlafstörungen mit überwiegender Wahrscheinlichkeit keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit haben. Auch dem Einwand, die psychiatrische Sachverständige habe in ihrem Gutachten die wöchentlichen psychiatrischen Sitzungen unberücksichtigt gelassen, fehlt es an Substanz: Die psychiatrische Sachverständige hat keine psychiatrische Erkrankung mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit feststellen können. Es ist nicht ersichtlich, was der Umstand, dass die Beschwerdeführerin in regelmässiger ambulanter psychiatrischer Behandlung steht, an dieser Einschätzung zu ändern vermöchte. Nur weil sich eine versicherte Person in ambulanter psychiatrischer Behandlung befindet, bedeutet dies nicht, dass sie an einer psychiatrischen Störung mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit leidet. Der Rechtsvertreter hat weiter geltend gemacht, die psychiatrische Sachverständige habe keine somatoforme Schmerzstörung diagnostiziert, weil sie davon ausgegangen sei, dass ein gewisses organisches Korrelat für Schmerzsymptomatik vorhanden sei. Diese Behauptung ist nicht richtig: Die psychiatrische Sachverständige hat erklärt, eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung dürfe nicht diagnostiziert werden, da nie eine kognitive Fixierung auf die Schmerzsymptomatik bestanden habe und die beklagte Symptomatik mit massiver Schmerzqualität im Rahmen der psychiatrischen Begutachtung affektiv als solche nicht spürbar gewesen sei. Hinzu kommt, dass die behandelnden Ärzte wie auch die Sachverständigen des J.\_\_\_\_ mit Bezug auf die HWS und die Armparese rechts über erhebliche Inkonsistenzen zwischen dem in Spontanbewegungen erreichten Bewegungsausmass und jenem während den klinischen Untersuchungen berichtet haben. Mit Bezug auf die Armparese fällt zudem auf, dass die Untersucher verglichen mit dem linken Arm jeweils keine Muskelatrophien



festgestellt haben. Dr. H.\_\_\_\_ hat im November 2010 zudem von einer normalen Beschwiellung beider Hände berichtet. Es ist folglich gar nicht möglich, festzustellen, welche Schmerzen die Beschwerdeführerin tatsächlich in welcher Intensität verspürt bzw. wie stark sie (wohl unbewusst) aggraviert. Auch vor diesem Hintergrund ist die Schlussfolgerung der psychiatrischen Sachverständigen, dass die Beschwerdeführerin zumindest nicht an einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung mit eigenständigem Krankheitswert leidet, schlüssig. Zusammenfassend ist festzuhalten, dass die Beschwerdeführerin mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nicht an einer psychiatrischen Störung mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit leidet.

4.

Der Invaliditätsgrad der Beschwerdeführerin kann anhand eines Prozentvergleichs ermittelt werden: Die Beschwerdeführerin hätte in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Produktionsmitarbeiterin im Jahr 2009 einen Jahreslohn von Fr. 39'000.-- erzielt (IV-act. 13-3). Das durchschnittliche Jahreseinkommen einer Hilfsarbeiterin hat im selben Jahr Fr. 52'457.-- betragen, d.h. die Beschwerdeführerin hat an ihrer letzten Arbeitsstelle ein deutlich unterdurchschnittliches Einkommen erzielt. Wie bereits weiter oben ausgeführt, ist unklar, ob es sich bei der angestammten Tätigkeit als Produktionsmitarbeiterin um eine adaptierte Tätigkeit handelt. Dies spielt jedoch keine Rolle, da die Beschwerdeführerin in einer anderen, optimal adaptierten Hilfsarbeitertätigkeit mindestens ein gleich hohes Einkommen erzielen könnte wie als Produktionsmitarbeiterin bei der B.\_\_\_\_ AG. Die Beschwerdeführerin hat deshalb keinen Anspruch auf eine Invalidenrente.

5.

5.1 Demnach ist die Beschwerde abzuweisen.

5.2 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<sup>bis</sup> IVG). Eine Gerichtsgebühr von Fr. 600.-- erscheint in der vorliegend zu beurteilenden Angelegenheit als angemessen. Die Gerichtsgebühr in der Höhe von Fr. 600.-- ist der unterliegenden Beschwerdeführerin



aufzuerlegen. Zuzufolge unentgeltlicher Rechtspflege ist sie von der Bezahlung zu befreien.

5.3 Der Staat bezahlt zuzufolge unentgeltlicher Rechtsverteistandung die Kosten der Rechtsvertretung der Beschwerdeführerin. Die Parteientschädigung wird vom Versicherungsgericht festgesetzt und ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache und nach der Schwierigkeit des Prozesses bemessen (Art. 61 lit. g ATSG). In der Verwaltungsrechtspflege beträgt das Honorar vor Versicherungsgericht nach Art. 22 Abs. 1 lit. b HonO pauschal Fr. 1'000.-- bis Fr. 12'000.--. Der Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin hat auf das Einreichen einer Kostennote verzichtet. Vorliegend hat es sich vom Aufwand her um einen durchschnittlichen IV-Rentenfall gehandelt, welcher in der Regel pauschal mit Fr. 3'500.-- entschädigt wird. Da der Rechtsvertreter jedoch nur das Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege gestellt sowie die Replik verfasst hat, erscheint eine pauschale Entschädigung von Fr. 2'500.-- für seine Bemühungen als angemessen. Diese ist um einen Fünftel zu kürzen (Art. 31 Abs. 3 AnwG). Somit entschädigt der Staat den Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin pauschal mit Fr. 2'000.-- (einschliesslich Barauslagen und Mehrwertsteuer).

Demgemäss hat das Versicherungsgericht

im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP

### **entschieden:**

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Die Beschwerdeführerin wird von der Bezahlung der Gerichtsgebühr von Fr. 600.-- befreit.
3. Der Staat entschädigt den Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin zuzufolge unentgeltlicher Rechtsverteistandung mit Fr. 2'000.-- (einschliesslich Barauslagen und Mehrwertsteuer).