



Fall-Nr.: IV 2014/322
Stelle: Versicherungsgericht
Rubrik: IV - Invalidenversicherung
Publikationsdatum: 07.04.2020
Entscheiddatum: 11.05.2017

Entscheid Versicherungsgericht, 11.05.2017

Art. 28 IVG. Beweiskräftiges Gutachten. Da die Versicherte in einer körperlich adaptierten Hilfsarbeit mit überwiegender Wahrscheinlichkeit zu 80 % arbeitsfähig ist, ist es ihr möglich, ein rentenausschliessendes Einkommen zu erzielen. Abweisung der Beschwerde (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 11. Mai 2017, IV 2014/322).

Entscheid Versicherungsgericht, 11.05.2017

Entscheid vom 11. Mai 2017

Besetzung

Präsidentin Karin Huber-Studerus, Versicherungsrichter Joachim Huber,
Versicherungsrichter Ralph Jöhl; Gerichtsschreiberin Lea Hilzinger

Geschäftsnr.

IV 2014/322

Parteien

A.____,

Beschwerdeführerin,

vertreten durch Fürsprecher Luigi R. Rossi, Oberer Graben 3,

9000 St. Gallen,



St.Galler Gerichte

gegen

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

Beschwerdegegnerin,

Gegenstand

Rente

Sachverhalt

A.

A.a A.____ meldete sich erstmals im April/Mai 2003 bei der IV-Stelle des Kantons St. Gallen zum Bezug einer Rente an (IV-act. 1 und 7). Sie gab an, von 1993 bis 2001 als Raumpflegerin (Privathaushalte) tätig gewesen zu sein. Einen Beruf habe sie nicht erlernt. Seit einer Schwangerschaft im Jahr 2001 leide sie an einem zervikoradikulären Schmerzsyndrom, einer Gefühllosigkeit in den Armen, an Nacken-, Rücken- und Hüftschmerzen sowie an ausstrahlenden Schmerzen in beide Arme mit Hyperästhesien in den Händen.

A.b Im Januar 2005 wurde die Versicherte im Auftrag der IV-Stelle bidisziplinär (rheumatologisch-orthopädisch sowie psychiatrisch) begutachtet (Gutachten vom 25. März 2005, IV-act. 20). Die Diagnosen lauteten:

- Korrelat-defizitäre skelettbezogene Schmerzklagen
- lumbo-vertebrales Syndrom bei/mit
 - asymmetrischem I.-s. Übergangswirbel mit kompletter Assimilation links
 - degenerativer Diskopathie L4/5 und Retrospondylolisthesis L5.

Dr. med. B.____ erklärte, dass aus rheumatologischer Sicht weder im Erwerb (leichte bis mittelschwere Tätigkeit mit max. gelegentlicher Hebebelastung 15 kg) noch im



Haushalt eine Arbeitsunfähigkeit bestehe. Dr. med. C.____ konnte keine die Arbeitsfähigkeit nennenswert einschränkende psychiatrische Krankheit diagnostizieren. Er hielt fest, dass die Persönlichkeit wohl etwas unreife Züge aufweise. Das Ausmass einer Persönlichkeitsstörung sei aber noch nicht erreicht. Gegen das Vorliegen einer somatoformen Störung spreche erstens der objektiv doch als gering zu bezeichnende Leidensdruck, zweitens die Tatsache, dass der Tagesablauf, das partnerschaftliche Verhalten, die Predigertätigkeit und die Ferienreisen keinen wesentlichen Einschränkungen unterworfen seien und drittens das Fehlen eines irgendwie greifbaren, genügend gewichtigen seelischen Konfliktes. Mit Verfügung vom 7. September 2005 wies die IV-Stelle das Rentengesuch mit der Begründung ab, dass die Versicherte weder als Hausfrau und Mutter noch in der Tätigkeit als Raumpflegerin in ihrer Arbeitsfähigkeit eingeschränkt sei (IV-act. 24). Eine dagegen erhobene Einsprache zog die Versicherte wieder zurück (IV-act. 28).

B.

B.a Im Mai/Juni 2011 meldete sich die Versicherte erneut bei der IV-Stelle zum Bezug einer Rente an (IV-act. 37). Sie erklärte, an einem Zervikalsyndrom, an Hüftschmerzen bei Arthrose, an einer Fibromyalgie, an Muskel- und Rückenschmerzen und an Schmerzen und Kraftlosigkeit in den Armen zu leiden. Seit Oktober 2010 sei sie voll arbeitsunfähig. Von Oktober 2007 bis Juni 2009 habe sie zu 50 % als Haushaltshilfe/Reinigungsfrau für die D.____ GmbH gearbeitet. Der Stundenlohn habe Fr. 25.-- betragen. Von Juli 2009 bis heute sei sie zum gleichen Stundenlohn zu 40 % als Haushaltshilfe/Reinigungsfrau für die Bäckerei E.____ tätig gewesen. Vom 1. Januar 2004 bis Oktober 2010 habe sie zudem zu 20 % als Hauswartin für die F.____ AG gearbeitet. Das Bruttoeinkommen habe sich auf Fr. 1'200.-- pro Monat belaufen.

B.b Am 6. Juni 2011 forderte die IV-Stelle die Versicherte auf, bis am 31. Juli 2011 eine relevante Änderung des rechtserheblichen Sachverhalts seit der Verfügung vom 7. September 2005 glaubhaft zu machen (IV-act. 42). Am 1. Juli 2011 reichte die Versicherte ein Zeugnis von Dr. med. G.____, Innere Medizin FMH, ein (IV-act. 47). Dieser hatte am 27. Juni 2011 erklärt, dass sich bei der Versicherten ein bislang therapieresistentes Fibromyalgie-Syndrom eingestellt habe. Ausserdem habe sich die Symptomatik der chronischen rechtsseitigen Zervikobrachialgie bei Diskushernie C5/



C6 beträchtlich verstärkt. Daneben bestünden eine rezidivierende Periarthropathie der Schulter rechts und ein lumbospondylogenes Schmerzsyndrom. Die Versicherte sei seit dem 11. Oktober 2010 voll arbeitsunfähig. Die Dauer der Arbeitsunfähigkeit sei nicht absehbar. Dem Bericht von Dr. G.____ hatte unter anderem ein Bericht der Neurochirurgie des Kantonsspitals St. Gallen (KSSG) vom 19. November 2009 beigelegt (IV-act. 47-7 f.). Die Ärzte hatten erklärt, dass als bildgebendes Korrelat für die beidseitigen, leicht rechtsbetonten Zervikobrachialgien mit Ausstrahlung in das C6- und C7-Dermatom eine Stenose HWK5/6 nachgewiesen worden sei. Angesichts der schon seit April 2009 bestehenden Beschwerden sei der Versicherten eine Operation angeboten worden, der die Versicherte jedoch noch ablehnend gegenüberstehe. Dr. med. H.____ von der Wirbelsäulenchirurgie I.____ hatte am 13. Januar 2010 erklärt (IV-act. 47-4 f.), dass die Versicherte an einer chronischen, rechtsbetonten Zervikobrachialgie mit klinisch möglicher Radikulopathie C6, ohne fokale neurologische Defizite, bei deutlicher, medianer, breitbasiger Diskushernie C5/C6 und begleitender Stenose, leide (IV-act. 47-4 f.). Bei Therapieresistenz und subjektiv starkem Leidensdruck sei die Indikation zur ventralen Diskektomie und Prothesen-Implantation C5/C6 gegeben. Die Versicherte möchte momentan aber keinen operativen Eingriff.

B.c Bereits am 27. Mai 2011 war die Versicherte im Auftrag der Axa Winterthur Versicherungen AG von Dr. med. J.____, Spezialarzt FMH für Innere Medizin, untersucht worden (Bericht vom 30. Mai 2011, Fremdakten, nicht nummeriert). Dr. J.____ hatte als Diagnosen ein generalisiertes Fibromyalgiesyndrom und einen Verdacht auf ein Chronic Fatigue-Syndrom, eine Bandscheibenprotrusion auf Höhe C6/C7 mit rezidivierendem Zervikozephal- und Zervikobrachialsyndrom linksbetont sowie eine Osteochondrose L4/L5 bei Verdacht auf Übergangsmisbildung (lumbalisierter S1-Wirbel) mit lumbospondylogem Syndrom angegeben. Dr. J.____ hatte darauf hingewiesen, dass der Auslöser der Fibromyalgie und der Chronic Fatigue-Problematik nicht bekannt sei. Der Versicherten seien körperliche Einsätze im Erwerbsbereich nicht mehr zumutbar.

B.d Dr. G.____ teilte RAD-Ärztin Dr. med. K.____ am 18. August 2011 telefonisch mit, dass die Versicherte wegen Schmerzen in allen Weichteilen in einer körperlich sehr leichten Tätigkeit nur noch vier Stunden pro Tag arbeitsfähig sei (IV-act. 50). Körperlich schwere Tätigkeiten seien ihr nicht mehr zumutbar. Am 29. September 2011 wurde die Versicherte von RAD-Ärztin Dr. K.____, Fachärztin für Allgemeinmedizin, untersucht (IV-



St.Galler Gerichte

act. 56). Sie gab an, dass die Versicherte an einer generalisierten Fibromyalgie bei Diskushernien zervikal und lumbal ohne radikuläre Symptomatik leide. Die Abklärung sei durch die generalisierten Schmerzen sehr erschwert gewesen. Für körperlich schwere Arbeiten mit Anheben von Lasten sei die Versicherte wegen der Diskushernien vollarbeitsunfähig. In einer körperlich leichten Tätigkeit (vorwiegend sitzend oder in Wechselposition) könne von einer mindestens 50 %igen Arbeitsfähigkeit ausgegangen werden.

B.e Am 18. Oktober 2011 informierte die Versicherte die IV-Stelle darüber, dass sie keine Bewerbungsbemühungen tätige, da sie voll arbeitsunfähig sei (IV-act. 58). Am 3. Mai 2012 teilte die IV-Stelle der Versicherten mit, dass sie keinen Anspruch auf berufliche Massnahmen habe, da sie sich gesundheitsbedingt nicht in der Lage fühle, an Eingliederungsmassnahmen mitzuwirken (IV-act. 66). Im Fragebogen zur Rentenabklärung betreffend Erwerbstätigkeit/Haushalt vom 31. Mai 2012 gab die Versicherte an, dass sie heute ohne Behinderung zu 100 % als Haushaltshilfe, Reinigungsfrau, Hauswartin, Produktionsmitarbeiterin oder Verkäuferin tätig wäre (IV-act. 68). Diese Angaben bestätigte sie anlässlich einer Haushaltabklärung vom 15. August 2012 (IV-act. 75). Dr. K.____ notierte am 8. Oktober 2012, dass ihre Einschätzung einer 50 %igen Arbeitsfähigkeit als Ausgangslage für die Frühinterventionsphase gegolten habe und deshalb nicht als Arbeitsfähigkeitsschätzung für die Rentenprüfung übernommen werden könne (IV-act. 76). Es müsse eine rheumatologische/psychiatrische Begutachtung durchgeführt werden. Am 13. Dezember 2012 teilte die IV-Stelle der Versicherten mit, dass sie zur Klärung der Leistungsansprüche eine rheumatologische und psychiatrische Untersuchung als notwendig erachte (IV-act. 87). Mit der medizinischen Abklärung würden Dr. med. L.____, Facharzt FMH Rheumatologie und Innere Medizin, und Dr. med. M.____, Facharzt FMH Psychiatrie und Psychotherapie, beauftragt. Triftige Einwendungen gegen die Art der Begutachtung, die vorgesehenen Fachdisziplinen sowie den/die Namen der begutachtenden Person/en könnten innert 10 Tagen ab Zustellung dieser Mitteilung bei der IV-Stelle schriftlich eingereicht werden.

B.f Die bidisziplinäre Begutachtung fand am 5. März 2013 statt (Gutachten vom 17. Juli 2013, IV-act. 92). Die Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit lauteten:



St.Galler Gerichte

- Chronisches Panvertebralsyndrom mit/bei
 - Akzentuierung zervikothorakal und lumbal
 - lumbosakraler Übergangsstörung mit Teillumbalisation S1
 - degenerativen Veränderungen der HWS und LWS
 - breitbasiger Diskushernie C5/C6 mit spinaler Stenose (MRI 11/2009)
 - Diskopathie L4/5 ohne Nervenwurzelkompression mit V.a. segmentale Instabilität (MRI, Funktionsaufnahmen 03/2013)
 - Haltungsinsuffizienz bei Dekonditionierung infolge Schon- und Schmerzvermeidungsverhalten bei dysfunktionaler Schmerzverarbeitung
- Angst und depressive Störung, gemischt (ICD-10: F41.2), DD Anpassungsstörung mit Angst und depressiver Reaktion, DD hypochondrische Störung.

Als Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit nannten die Gutachter Übergewicht und eine arterielle Hypertonie und Tachykardie, kontrollbedürftig, DD situativ bedingt. Die Versicherte gab anlässlich der Begutachtung an, dass sie aktuell an Schmerzen im Bereich des unteren Rückens, die gürtelförmig zu den Seiten beidseits ausstrahlten und abends ausgeprägter vorhanden seien, leide. Ausserdem bestehe ein Nacken- und Schulterschmerz beidseits, der beidseits zur Nackenregion wie auch zum lateralen Oberarm ausstrahle. Sie habe auch Schmerzen in beiden Ellbogen, beiden Handgelenken sowie in beiden Beinen. Auf einer VAS von 0 bis 10 liege der aktuelle Schmerzpegel bei 6 bis 7. Während der letzten Woche habe er mindestens 5 und maximal 7 bis 8 betragen. Dr. L.____ merkte hierzu an, dass die Versicherte am Tag nach der Untersuchung angerufen habe, um klarzustellen, dass der Schmerzpegel in aktiven Phasen grösstenteils im submaximalen Bereich bei einem Wert von 8 liege. Er führte weiter aus, dass die Versicherte, nach ihren Hobbies befragt, erklärt habe, dass sie derzeit gar nichts mache. Wegen der Schmerzen und der Müdigkeit müsse sie viel liegen. Der Haushalt werde vom Ehemann mit Hilfe der Söhne erledigt. Mit dem Auto fahre sie nur kurze Strecken zum Arzt. Dr. L.____ hielt in seiner



Beurteilung fest, dass bezüglich der lumbalen Beschwerden in der neuroradiologischen Diagnostik eindeutige Hinweise für eine relevante Nervenwurzel- oder Caudakompression fehlten; eine solche erscheine auch aufgrund der klinischen Untersuchung wenig wahrscheinlich. Weiterhin bestehe eine ausgeprägte Haltungsinsuffizienz bei muskulärer Dekonditionierung. Die Symptomatik werde durch die dysfunktionale Schmerzverarbeitung mit Schon- und Vermeidungstendenzen begünstigt und unterhalten. Klinisch seien weder im Bereich der HWS noch lumbal neuromeningeale Engpasszeichen provozierbar. Die von der Versicherten angegebene halbseitige Empfindungsstörung sei nicht durch eine neuroanatomisch fassbare Pathologie erklärbar, begründe aber zusammen mit den gebotenen Verhaltensfaktoren und anderen Inkonsistenzen wie fehlendem Analgetikagebrauch trotz submaximalem Schmerzpegel auf der VAS die Diagnose einer erheblichen Symptomausweitung. Anhaltspunkte für ein Leiden aus dem entzündlich-rheumatologischen Formenkreis bestünden klinisch wie anamnestisch nicht. Die vom Vorgutachter festgestellten Gelenkschwellungen hätten ebenso wenig verifiziert werden können wie eine Fibromyalgie. Die dolenten Weichteilareale im Nacken-/ Schulter- und Beckengürtelbereich seien eher im Sinne von fehl- und überbelastungsbedingten myofaszialen Befunden erklärbar, die durch ein maladaptives Krankheitsverhalten mit Schon- und Schmerzvermeidungsverhalten unterhalten würden. Das arbeitsmedizinische Problem bestehe aus rheumatologischer Sicht und analog zur bidisziplinären Vorbegutachtung in einer verminderten Belastbarkeit des Achsenorgans. Der Versicherten seien körperlich leicht- bis allenfalls mittelschwer belastende Tätigkeiten in wirbelsäulenadaptierten Wechselpositionen (gehend, sitzend, stehend) zu 80 % zumutbar (vermehrter Pausenbedarf). Dr. M. ___ hielt in seiner Beurteilung fest, dass zu den zahlreichen, teilweise wechselhaften Beschwerden der Versicherten ein zunehmendes katastrophisierendes Denken, gepaart mit einer teils hypochondrischen Selbstbeobachtung, gekommen sei, was zu innerer Nervosität und zu Angst bei der Versicherten führe. Vor allem die vegetativen Symptome der Angst machten der Versicherten zu schaffen. Die Versicherte habe die Angst- und Panikreaktion recht detailliert, d.h. glaubhaft schildern können, auch wenn sie in der Begutachtung nicht beobachtbar gewesen sei. Es bestehe ein fortschreitender somatischer Prozess, der bei der Versicherten psychisch zu Verängstigung und leichter depressiver Reaktion geführt habe. Ein zugrundeliegender innerseelischer Konflikt habe



nicht festgestellt werden können. Selbst wenn man die Ereignisse des Jahres 2001 (dritte Schwangerschaft, Tod des Vaters) als Beginn eines solchen innerseelischen Konflikts ansehen würde, so habe die Versicherte doch gezeigt, dass sie die Beschwerden durch Willensanstrengung überwinden und wieder arbeiten gehen könne. Ein Verlust der Sozialintegration liege nicht vor; die Versicherte sei gut in ihrer Familie eingebettet und nehme durch ihr religiöses Umfeld am sozialen Leben teil. Von Seiten der Persönlichkeitsstruktur her verfüge die Versicherte über gut ausgeprägte komplexe Ich-Funktionen, welche durch die Fibromyalgie nicht wesentlich beeinträchtigt erschienen. Im Untersuchungsgespräch seien ein eher leicht niedergeschlagener, aber modulationsfähiger Affekt und eine innere Anspannung, welche sich in den testpsychologischen Befunden als leichte depressive Störung enttarnt habe, vorherrschend gewesen. Aufgrund der Symptommischung mit vorwiegenden Gefühlen wie Angst wurde diese als gemischte Störung diagnostiziert. Durch ihren Einfluss auf den Antrieb und die Vitalgefühle habe sie Krankheitswert. Es handle sich jedoch um eine milde Einschränkung der Willenskraft, die keine vollständige Arbeitsunfähigkeit begründe. Bezüglich der Differentialdiagnose müsse in Erwägung gezogen werden, dass bei den Somatisierungsstörungen der Hauptakzent auf den Symptomen selbst und ihren individuellen Auswirkungen liege. Bei der hypochondrischen Störung sei die Aufmerksamkeit mehr auf das Vorhandensein eines zugrundeliegenden fortschreitenden und ernsthaften Krankheitsprozesses und seine Behinderungsfolgen gerichtet. Die Differentialdiagnose der hypochondrischen Störung sei eine Angst- und Panikreaktion, welche genau die Hauptsymptome der Versicherten darstelle. Aus psychiatrischer Sicht sei ab dem Gutachtensdatum eine Arbeitsfähigkeit von 80 % gegeben (Notwendigkeit verlängerter Pausen). Aus bidisziplinärer Sicht schätzten die Gutachter die Arbeitsfähigkeit in einer körperlich adaptierten Tätigkeit auf 80 %. RAD-Ärztin Dr. K.____ notierte am 23. Oktober 2013 (IV-act. 94), dass auf das Gutachten abgestellt werden könne. Es sei umfassend, plausibel und in sich widerspruchsfrei.

B.g Mit Vorbescheid vom 18. November 2013 kündigte die IV-Stelle der Versicherten bei einem IV-Grad von 20 % die Abweisung des Rentengesuchs an (IV-act. 101). Zur Begründung führte sie an, dass die Versicherte als Vollerwerbstätige zu qualifizieren sei und in einer dem Leiden angepassten Tätigkeit eine 80 %ige Arbeitsfähigkeit bestehe.



St.Galler Gerichte

Dagegen wendete die Versicherte am 6. Januar 2014 ein (IV-act. 108), dass die rheumatologische Begutachtung teilweise auf altem Bildmaterial, Vermutungen sowie fehlenden Unterlagen basiere. Die Versicherte beantragte eine Fristerstreckung, um weitere ärztliche Berichte einreichen zu können. Die IV-Stelle verlängerte die Frist letztmals bis 31. März 2014 (IV-act. 113). Am 15. April 2014 ging bei der IV-Stelle ein Bericht der Klinik für Rheumatologie des KSSG vom 27. März 2014 ein (IV-act. 114). Die Klinikärzte hatten darin die folgenden Diagnosen angegeben:

- Sekundäres Fibromyalgie-Syndrom bei Depressionen
- aktuell WPI-Index 6/10 SS-Score 10/12, Ausschluss einer entzündlichen rheumatischen Systemerkrankung, manuelle Therapie verordnet
- generalisiertes Schmerzsyndrom bei chronischen, rezidivierenden Zervikalgien, Dorsalgien und Lumbalgien bei degenerativen Veränderungen
- arterielle Hypertonie
- Angst und depressive Störung, gemischt (F41.2).

Die Diagnose eines sekundären Fibromyalgie-Syndroms bei Depression, DD Anpassungsstörung, hatten sie mit dem WPI und der SS-Score sowie der charakteristischen vegetativen Begleitsymptomatik begründet. Die letzte Tätigkeit als Reinigungsfrau sei der Versicherten nicht mehr zumutbar. Um die Leistungsfähigkeit der Versicherten beurteilen zu können, hatten die Ärzte eine Evaluation der körperlichen Leistungsfähigkeit (EFL) empfohlen. Am 24. April 2014 teilte Dr. G.____ der IV-Stelle mit, dass er die Versicherte an das Psychiatrische Zentrum N.____ überwiesen habe (IV-act. 116). Med. pract. O.____ vom Psychiatrischen Zentrum N.____ informierte die IV-Stelle am 22. Mai 2014 telefonisch, dass die Versicherte seit dem 14. Januar 2014 lediglich fünf Termine wahrgenommen habe. Sie könne deshalb keinen aussagekräftigen Bericht erstellen. RAD-Ärztin Dr. K.____ notierte am 3. Juni 2014 (IV-act. 121), dass im Bericht der Klinik für Rheumatologie des KSSG die gleichen klinischen Befunde beschrieben worden seien wie im Gutachten von Dr. L.____. Auch die neu durchgeführten bildgebenden Untersuchungen zeigten keine abweichenden



Befunde gegenüber den Voruntersuchungen. Auf die Beurteilung von Dr. L.____ könne weiterhin abgestellt werden.

B.h Mit Verfügung vom 4. Juni 2014 wies die IV-Stelle das Rentengesuch aus den im Vorbescheid angegebenen Gründen bei einem IV-Grad von 20 % ab (IV-act. 122). Bezüglich der Einwände verwies sie auf die Aussagen von RAD-Ärztin Dr. K.____ vom 3. Juni 2014.

C.

C.a Gegen diese Verfügung liess die Versicherte (nachfolgend: Beschwerdeführerin) am 23. Juni 2014 Beschwerde erheben (act. G 1). Ihr Rechtsvertreter beantragte die Aufhebung der Verfügung und die Zusprache einer ganzen Rente. Zudem sei ihm eine neue Frist zur Einreichung der Beschwerdebegründung anzusetzen. Nachdem ihn die zuständige Abteilungspräsidentin aufgefordert hatte, während der Beschwerdefrist zumindest eine Kurzbegründung einzureichen (act. G 2), reichte der Rechtsvertreter am 27. Juni 2014 die Beschwerdebegründung ein (act. G 3). Er machte geltend, dass das Gutachten von Dr. L.____ nicht verwertbar sei. Dr. L.____ unterliege einer Interessenkollision, da er im Auftrag der IV-Stelle tätig sei. Zudem sei die Beschwerdeführerin vor der Begutachtung nicht über die Gutachtenperson unterrichtet worden. Des Weiteren habe Dr. L.____ der Beschwerdeführerin am Untersuchungstag vorgeworfen, keine Unterlagen mitgebracht zu haben. Diese seien dem Gutachter jedoch vorab von der IV-Stelle (nachfolgend: Beschwerdegegnerin) zugestellt worden. Dr. L.____ sei bei der Untersuchung somit nicht vorbereitet gewesen. Da er seiner Verärgerung gegenüber der Beschwerdeführerin zudem schon zu Beginn der Untersuchung freien Lauf gelassen habe, habe von ihm keine objektive Aussage erwartet werden können. Die von der Beschwerdeführerin absolvierten Therapien zeigten, dass die Beeinträchtigung erheblich sei.

C.b Die Beschwerdegegnerin beantragte am 27. Oktober 2014 die Abweisung der Beschwerde (act. G 7). Zur Begründung führte sie aus, dass das rechtliche Gehör betreffend die Begutachtung mit der Mitteilung vom 13. Dezember 2012 gewahrt worden sei. Dr. L.____ habe die relevanten medizinischen Akten im Gutachten aufgelistet. Er sei demnach im Besitze der Unterlagen gewesen. Selbst wenn er zum



Begutachtungszeitpunkt die Unterlagen nicht zur Hand gehabt hätte, würde dies nicht gegen die Verwertbarkeit des Gutachtens sprechen. Dr. L. ___s Auftrag sei es gewesen, die Beschwerdeführerin selbst zu untersuchen. Die bereits vorhandenen Akten dienten dem Gutachter mehr als Information. Gegen die Beurteilung selber habe die Beschwerdeführerin nichts Konkretes vorgebracht. Das Gutachten entspreche den Anforderungen der Rechtsprechung, weshalb auf es abgestellt werden könne.

C.c In seiner Replik vom 21. November 2014 machte der Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin ergänzend geltend (act. G 9), es sei eine neue Expertise durch einen gemeinsam zu bestimmenden Experten einzuholen. Dr. L. ___ habe sich in nicht objektiver Art über die bestehenden Unterlagen, die für eine Invalidität der Beschwerdeführerin sprächen, hinweggesetzt, was zu einer einseitigen Beurteilung geführt habe. Die Beschwerdeführerin befinde sich seit dem 18. Juni 2014 bei Dr. med. P. ___, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, in Behandlung. Gemäss deren nachvollziehbaren Ausführungen liege das Leistungsvermögen der Beschwerdeführerin eindeutig unter 50 %. Dr. P. ___ hatte in ihrem Bericht vom 11. November 2014 erklärt (act. G 9.1.1), dass sich die Versicherte seit dem 18. Juni 2014 bei ihr in psychosomatischer-psychotherapeutischer Behandlung befinde. Als Diagnosen mit Krankheitswert hatte sie eine Dysthymia (F34.1), eine zwanghafte Persönlichkeitsstörung (F60.5) und eine andauernde Persönlichkeitsänderung bei chronischem Schmerzsyndrom (F62.80) angegeben. Sie hatte weiter ausgeführt, dass die zwanghafte Primärpersönlichkeitsstruktur psychiatrisch bisher nicht eruierbar gewesen sei. Die Beschwerdeführerin habe sich gezwungen, eine Normalität in ihrer Familie und in ihrem Leben zu zeigen. Hauptgrund ihres seelischen Konflikts sei der Tod ihres Vaters, der noch nicht verarbeitet sei. Die BDI-Diagnostik habe eine mittelschwere Ausprägung der Depressivität gezeigt. Im weiteren Behandlungsverlauf werde sie eventuell die Diagnose einer rezidivierenden mittelgradigen depressiven Störung mit somatischem Syndrom in Erwägung ziehen. Dass die Beschwerdeführerin in der gutachterlichen Situation wenig Leidensdruck gezeigt habe, sei soziokulturell bedingt. Die Exploration der psychiatrischen Symptomatik sei deshalb in kurzer Zeit sehr schwierig. Eine hypochondrische Störung sei nie in Frage gestellt worden. Die Beschäftigungsgrade der Beschwerdeführerin hätten stets unter 50 % gelegen. Ihr Leistungsvermögen liege deutlich unter 50 %.

C.d Die Beschwerdegegnerin verzichtete auf eine Duplik (act. G 11).



Erwägungen

1.

1.1 Die Beschwerdeführerin hat sich erstmals im April/Mai 2003 zum Bezug einer IV-Rente angemeldet. Mit Verfügung vom 7. September 2005 hatte die Beschwerdegegnerin einen Rentenanspruch verneint. Diese Verfügung war in Rechtskraft erwachsen. Bei der Anmeldung vom Mai/Juni 2011 handelt es sich somit um eine sogenannte Neuanmeldung.

1.2 Gemäss Art. 87 Abs. 3 der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV, SR 831.201) wird eine neue Anmeldung nur geprüft, wenn darin glaubhaft gemacht wird, dass sich der Grad der Invalidität in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert hat. Die Beschwerdeführerin hatte zur Glaubhaftmachung einer gesundheitlichen Verschlechterung ein Zeugnis ihres Hausarztes Dr. G. ___ vom 27. Juni 2011, einen Bericht der Neurochirurgie des KSSG vom 19. November 2009 und einen Bericht von Dr. H. ___ von der Wirbelsäulenchirurgie I. ___ vom 13. Januar 2010 eingereicht. Den ärztlichen Berichten war zu entnehmen, dass die Beschwerdeführerin neu an einer Diskushernie C5/C6 leide. Zudem war neu die Diagnose eines Fibromyalgiesyndroms angegeben worden. Der Hausarzt hatte der Beschwerdeführerin ab dem 11. Oktober 2010 und bis auf weiteres eine volle Arbeitsunfähigkeit attestiert. Damit hat die Beschwerdeführerin eine erhebliche gesundheitliche Verschlechterung glaubhaft gemacht. Die Beschwerdegegnerin ist daher zu Recht auf die Neuanmeldung eingetreten.

2.

2.1 Die Beschwerdeführerin hat sich im Mai/Juni 2011 zum Leistungsbezug angemeldet. Da gemäss Art. 29 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG, SR 831.20) ein Rentenanspruch frühestens nach Ablauf von sechs Monaten nach dessen Geltendmachung entsteht, ist nachfolgend ein Rentenanspruch ab 1. November 2011 zu prüfen.

2.2 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 % arbeitsunfähig gewesen sind und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid sind (Art. 28 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung, IVG, SR 830.11). 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).

2.3 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). Der Einkommensvergleich hat in der Regel in der Weise zu erfolgen, dass die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen ziffernmässig möglichst genau ermittelt und einander gegenübergestellt werden; sie können aber auch nach Massgabe der im Einzelfall bekannten Umstände geschätzt werden (AHI 1998 S. 120). Wird eine Schätzung vorgenommen, muss diese nicht unbedingt in einer ziffernmässigen Festlegung von Annäherungswerten bestehen. Vielmehr kann auch eine Gegenüberstellung blosser Prozentzahlen genügen (sog. Prozentvergleich; BGE 114 V 310 E. 3a mit Hinweisen).

3.

3.1 Um das Invalideneinkommen und damit den IV-Grad festlegen zu können, muss die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit feststehen.



3.2 In somatischer Hinsicht beklagt die Beschwerdeführerin Schmerzen am ganzen Körper, insbesondere im Bereich des Rückens, des Nackens, der Schultern, der Ellbogen, der Handgelenke und der Beine. Dr. L.____ ist zum Schluss gekommen, dass die Belastbarkeit des Achsenorgans wegen eines chronischen Panvertebralsyndroms vermindert sei und die Beschwerdeführerin deshalb vermehrte Pausen benötige. Die Arbeitsfähigkeit in einer körperlich leichten bis allenfalls mittelschweren Tätigkeit in wirbelsäulenadaptierten Wechselpositionen hat er auf 80 % geschätzt.

3.2.1 Der Rechtsvertreter hat zunächst kritisiert, dass die Beschwerdeführerin im Vorfeld der Begutachtung nicht über den Namen des Gutachters Dr. L.____ informiert worden sei. Die Beschwerdegegnerin hat die Beschwerdeführerin mit Mitteilung vom 13. Dezember 2012 darüber informiert, welche Sachverständigen für die Begutachtung vorgesehen sind und wie sie sich gegen deren Ernennung zur Wehr setzen könnte (IV-act. 87). Die Beschwerdegegnerin hat den Anspruch auf rechtliches Gehör der Beschwerdeführerin im Verfahren betreffend den Gutachtensauftrag also nicht verletzt.

3.2.2 Weiter hat der Rechtsvertreter geltend gemacht, dass Dr. L.____ einer Interessenkollision unterliege, da er im Auftrag der Beschwerdegegnerin tätig sei. Der Rechtsvertreter hat damit wohl ausdrücken wollen, dass Dr. L.____ befangen gewesen sei, weil er für den Gutachtensauftrag von der Beschwerdegegnerin entschädigt würde. Wäre alleine schon die Entschädigungspflicht für die Erstellung eines Gutachtens geeignet, die Unabhängigkeit eines Gutachters in Zweifel zu ziehen, hätte dies zur Folge, dass im IV-Verfahren gar keine Administrativgutachten mehr eingeholt werden könnten. Die Argumentation des Rechtsvertreters ist daher nicht stichhaltig.

3.2.3 Der Rechtsvertreter hat ausserdem vorgebracht, dass Dr. L.____ keine objektive Beurteilung abgegeben habe, da er schon zu Beginn der Untersuchung verärgert gewesen sei, weil die Beschwerdeführerin keine Unterlagen zur Begutachtung mitgebracht habe. Dr. L.____ hat in seinem Gutachten auf eine sachliche Art und Weise festgehalten, dass ihm die im Aktenteil dokumentierte Schnittbilddiagnostik nicht zur Einsicht vorgelegen habe (IV-act. 92-16). Auch sonst gehen aus dem Gutachten keine unangepasst erscheinenden, unsachlichen oder negativ wertenden Äusserungen hervor. Der Umstand, dass eine versicherte Person vergessen hat, die radiologische Schnittbilddiagnostik (MRI/CT-Bilder) zur Begutachtung mitzubringen, wiegt denn auch



nicht derart schwer, dass er geeignet erschiene, eine Befangenheit bzw. Voreingenommenheit seitens der Gutachtenperson auszulösen. Auch wenn Dr. L.____ also etwas verärgert gewesen sein sollte, weil ihm bei der Begutachtung die MRI-Bilder nicht vorgelegen haben, bedeutet dies nicht, dass seine Beurteilung des Gesundheitszustandes der Beschwerdeführerin und seine Arbeitsfähigkeitsschätzung nicht objektiv gewesen sind. Ebenso ist der Einwand des Rechtsvertreters, dass Dr. L.____ wegen der nicht vorhandenen Schnittbilddiagnostik bei der Untersuchung nicht vorbereitet gewesen sei, nicht stichhaltig. Dr. L.____ haben im Zeitpunkt der Begutachtung die gesamten IV-Akten inklusive der MRI-Befunde vorgelegen (vgl. IV-act. 86-2, 88-2 und 92-2 f.). Gefehlt haben somit einzig die MRI-Bilder. Dr. L.____ ist somit ohne weiteres in der Lage gewesen, sich auf die Begutachtung vorzubereiten.

3.2.4 Der Rechtsvertreter hat sodann geltend gemacht, bereits der Umstand, dass die Beschwerdeführerin Physiotherapien, Massagen und weitere Behandlungen besucht habe, zeige, dass die gesundheitliche Beeinträchtigung erheblich sei (act. G 3 S. 2). Dr. L.____ hat bei der Beschwerdeführerin eine dysfunktionale Schmerzverarbeitung bzw. eine erhebliche Symptomausweitung festgestellt. Das heisst, das Ausmass der geklagten Schmerzen ist weder durch die klinischen noch die bildgebenden Befunde erklärbar. Gerade in Fällen wie dem vorliegendem ist es daher nicht möglich, von der Inanspruchnahme therapeutischer Optionen bzw. von der Therapiemotivation auf eine physische Gesundheitsbeeinträchtigung zu schliessen.

3.2.5 Dr. L.____ hat erklärt, dass er die Diagnose einer Fibromyalgie nicht habe verifizieren können. Die Dolenzen der Weichteile hätten eher einer myofaszialen Triggerpunktsymptomatik als klassischen Tender Points entsprochen, wenngleich deren Differenzierung bereits aufgrund der Lokalisation kaum möglich gewesen sei. Demgegenüber hat das KSSG in seinem Bericht vom 27. März 2014 angegeben, dass die Beschwerdeführerin an einem sekundären Fibromyalgie-Syndrom bei Depressionen leide. Zwar geht aus dem Bericht der Klinik für Rheumatologie des KSSG hervor, dass diese Diagnose aufgrund eines WPI (Widespread Pain Index) von 6, eines SS-Score (Symptom Severity Scale Score) von 10 sowie der charakteristischen vegetativen Begleitsymptomatik gestellt werden könne. Näher begründet haben die Klinikärzte die Diagnose jedoch nicht, d.h. sie haben nicht angegeben, wie sie auf einen WPI von 6 und einen SS-Score von 10 gekommen sind und was unter einer charakteristischen



vegetativen Begleitsymptomatik verstehen (zu den diagnostischen Kriterien eines Fibromyalgie-Syndroms siehe Schweiz Med Forum Nr. 13/2013 S. 517). Ob die Einschätzung von Dr. L.____ oder diejenige der Ärzte der Klinik für Rheumatologie des KSSG überzeugender ist, ist auch deshalb nicht beurteilbar, weil letztere auf die im Jahr 2010 von der ACR (American College of Rheumatology) vorgeschlagenen neuen diagnostischen Kriterien abgestellt hat, während Dr. L.____ seiner Beurteilung die alten Kriterien zugrunde gelegt hat (Untersuchung der Tender Points). Die Frage, ob die Beschwerdeführerin an einem Fibromyalgie-Syndrom leidet oder nicht, kann jedoch, wie nachfolgend aufzuzeigen sein wird, offen gelassen werden. Bei der Fibromyalgie handelt es sich nämlich um ein sogenanntes pathogenetisch-ätiologisch unklares syndromales Beschwerdebild ohne nachweisbare organische Grundlage (vgl. BGE 139 V 346 E. 2), weshalb das verbliebene Leistungsvermögen rechtsprechungsgemäss anhand des für die anhaltende somatoforme Schmerzstörung entwickelten Indikatorenkataloges zu beurteilen ist (vgl. BGE 141 V 281 E. 10.2). Ob den geklagten Schmerzen, die die Ärzte des KSSG einer Fibromyalgie zugeordnet haben, einen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit beizumessen ist, ist somit aus psychiatrischer Sicht zu beurteilen (siehe Erw. 3.3.3 ff.).

3.2.6 Die Klinik für Rheumatologie des KSSG hat empfohlen, die Leistungsfähigkeit der Beschwerdeführerin anhand einer EFL zu ermitteln. Bei einer EFL handelt es sich um eine Leistungserprobung mittels verschiedener standardisierter funktioneller Tests für physische Funktionen der Arbeit (zum Beispiel Heben, Tragen, Arbeit über Brusthöhe, Treppen/Leiter Steigen, etc.; vgl. Rehaklinik Bellikon, www.rehabellikon.ch/leistungsfahigkeit-efl/, besucht am 20. Februar 2017). Die von der Beschwerdeführerin geltend gemachten Schmerzen lassen sich anhand der klinischen und bildgebenden Befunde nur teilweise erklären. Unter diesen Umständen ist eine EFL offensichtlich nicht geeignet, einen Beitrag zur Schätzung der aus objektiver Sicht noch zumutbaren Arbeitsfähigkeit zu leisten. Denn eine EFL liefert nur ein überzeugendes Resultat, wenn der Proband bei der Durchführung der funktionellen Tests an seine Leistungsgrenzen geht. Dass die Beschwerdeführerin bei einer EFL an ihre Leistungsgrenzen gehen würde, kann angesichts der von Dr. L.____ festgestellten Schon- und Vermeidungstendenzen und der erheblichen Symptomausweitung praktisch ausgeschlossen werden. Die Durchführung einer EFL zur Ermittlung der Arbeitsfähigkeit ist daher nicht angezeigt.



3.2.7 Dr. L.____ hat festgehalten, dass weder klinisch noch neuroradiologisch eindeutige Hinweise für eine relevante Nervenwurzel- oder Caudakompression im lumbalen Bereich bestünden. Auch die von der Beschwerdeführerin angegebene halbseitige Empfindungsstörung hat er nicht durch eine neuroanatomisch fassbare Pathologie erklären können. Dr. L.____ hat auch keine Anhaltspunkte für ein Leiden aus dem entzündlich-rheumatologischen Formenkreis festgestellt. Vor dem Hintergrund der eher geringen pathologischen Befunde am Bewegungsapparat überzeugt deshalb seine Einschätzung, dass die Beschwerdeführerin aus somatischer Sicht in einer wirbelsäulenadaptierten Tätigkeit zu 80 % arbeitsfähig ist. Darauf ist abzustellen.

3.3 Zu prüfen bleibt die Arbeitsfähigkeit aus psychiatrischer Sicht. Hierzu liegen insbesondere das psychiatrische Teilgutachten von Dr. M.____ vom 20. Mai 2013 und der Bericht von Dr. P.____ vom 11. November 2014 im Recht. Dr. M.____ hat als Diagnose eine Angst und depressive Störung, gemischt, angegeben. Als Differentialdiagnosen hat er eine Anpassungsstörung mit Angst und depressiver Reaktion sowie eine hypochondrische Störung angegeben. Die Arbeitsfähigkeit hat er wegen des eingeschränkten Antriebs und einer Störung der Vitalgefühle auf 80 % geschätzt. Als Begründung hat er einen vermehrten Pausenbedarf angeführt.

3.3.1 Die diagnostische Einschätzung von Dr. P.____ unterscheidet sich insbesondere dadurch von jener von Dr. M.____, dass diese eine zwanghafte Persönlichkeitsstörung und eine andauernde Persönlichkeitsänderung bei chronischem Schmerzsyndrom diagnostiziert hat. Der Vorgutachter Dr. C.____ hat im Gutachten vom 25. März 2005 angegeben, dass die Persönlichkeit der Beschwerdeführerin wohl etwas unreife Züge aufweise, das Ausmass einer Persönlichkeitsstörung aber noch nicht erreicht sei. Dr. M.____ hat festgehalten, dass von einer ängstlich besorgten, teils hypochondrisch beobachtenden Persönlichkeitsstruktur gesprochen werden könne (IV-act. 91-6). Er hat jedoch auch darauf hingewiesen, dass die Beschwerdeführerin über gut ausgeprägte komplexe Ich-Funktionen verfüge. Dr. M.____ hat also Auffälligkeiten in der Persönlichkeitsstruktur der Beschwerdeführerin erkannt, diese aber als weniger schwerwiegend beurteilt als Dr. P.____. Der Bericht von Dr. P.____ liefert keine wesentlichen neuen Befunde: Bereits im psychiatrischen Gutachten von Dr. M.____ ist beschrieben worden, dass der Tod des Vaters die Beschwerdeführerin schwer getroffen habe (IV-act. 92-19) und dass die Beschwerdeführerin an Angst- und



Panikzuständen leide. Der Bericht von Dr. P.____ enthält zudem keine objektivierten Angaben zum Befund, welche die Diagnose einer arbeitsfähigkeitsbeeinflussenden zwanghaften Persönlichkeitsstörung bzw. einer andauernden Persönlichkeitsänderung bei chronischem Schmerzsyndrom nahelegen würden. Wie Dr. M.____ hat auch Dr. P.____ eine depressive Symptomatik festgestellt. Als Diagnose hat sie eine Dysthymia angegeben; allerdings hat sie darauf hingewiesen, dass sie im weiteren Behandlungsverlauf eventuell die Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung mit somatischem Syndrom in Erwägung ziehen werde. Hierzu ist festzuhalten, dass depressive Erkrankungen in der Regel Schwankungen unterworfen sind. Die Beschwerdeführerin hat sich erst nach Verfügungserlass (4. Juni 2014) in psychiatrische Behandlung bei Dr. P.____ (18. Juni 2014) begeben. Für das vorliegende Verfahren ist jedoch lediglich der Gesundheitszustand (und die Arbeitsfähigkeit) bis und mit Verfügungserlass massgebend. Eine allfällige Verschlechterung der depressiven Symptomatik wäre im vorliegenden Fall also nicht von Relevanz. Dr. P.____ hat die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin auf maximal 50 % geschätzt. Der Beweiswert der Arbeitsfähigkeitsschätzung von Dr. P.____ ist bereits deshalb reduziert, weil sich die Beschwerdeführerin im entscheiderelevanten Zeitraum noch nicht in ihrer Behandlung befunden hat. Entscheidend ist allerdings, dass Dr. P.____ die Arbeitsunfähigkeit von 50 % offenbar daraus abgeleitet hat, dass die Beschwerdeführerin seit Jahren nie mehr in einem Pensum von über 50 % erwerbstätig gewesen ist. Einerseits hat Dr. P.____ unberücksichtigt gelassen, dass die Beschwerdeführerin möglicherweise (auch) aus familiären Gründen nur Teilzeit gearbeitet hat; die Beschwerdeführerin hat im Jahr 2002 noch ein drittes Kind geboren. Andererseits ist Dr. P.____ scheinbar davon ausgegangen, dass die subjektive Leistungsfähigkeit mit der aus objektiver Sicht noch zumutbaren Arbeitsleistung gleichgesetzt werden kann. Die Arbeitsfähigkeit wird jedoch anhand von letzterer ermittelt. Zusammenfassend ist festzuhalten, dass die abweichende Einschätzung von Dr. P.____ keine Zweifel an der gutachterlichen Einschätzung von Dr. M.____ zu wecken vermag.

3.3.2 Bezüglich der von somatischer Seite her nicht erklärbaren Schmerzsymptomatik hat Dr. M.____ in Übereinstimmung mit dem Vorgutachter Dr. C.____ ausgeführt (IV-act. 20-19), dass er keinen innerseelischen Konflikt habe feststellen können und deshalb keine somatoforme Störung diagnostizieren könne. Dr. M.____ hat den unerwarteten Tod des Vaters während der dritten Schwangerschaft der



Beschwerdeführerin somit nicht als einschneidend genug angesehen, um einen andauernd schwerwiegenden innerseelischen Konflikt auszulösen. Im Sinne einer Eventualbegründung hat er ergänzend festgehalten, dass selbst wenn man die Ereignisse des Jahres 2001 als Beginn eines solchen innerseelischen Konflikts ansehen wollte, der Verlauf gezeigt habe, dass die Beschwerdeführerin diese Beschwerden durch Willensanstrengung überwinden und wieder arbeiten könne. Sollte diese Einschätzung überzeugen, könnte offen gelassen werden, ob die Beschwerdeführerin an einem Fibromyalgie-Syndrom (oder an einer somatoformen Störung nach F45) leidet oder nicht, da es keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit hätte.

3.3.3 Mit BGE 141 V 281 vom 3. Juni 2015 hat das Bundesgericht seine Praxis zur Beurteilung des Anspruchs auf eine Invalidenrente wegen somatoformer Schmerzstörungen und vergleichbarer psychosomatischer Leiden geändert (vgl. z.B. IV-Rundschreiben Nr. 334). Nach dem alten Verfahrensstandard eingeholte Gutachten haben durch die Praxisänderung nicht per se ihren Beweiswert verloren. Vielmehr ist im Rahmen einer gesamthaften Prüfung des Einzelfalls mit seinen spezifischen Gegebenheiten und den erhobenen Rügen entscheidend, ob ein abschliessendes Abstellen auf die vorhandenen Beweisgrundlagen vor Bundesrecht standhält. In jedem einzelnen Fall ist zu prüfen, ob die beigezogenen administrativen und/oder gerichtlichen Sachverständigengutachten – gegebenenfalls im Kontext mit weiteren fachärztlichen Berichten – eine schlüssige Beurteilung im Lichte der massgeblichen Indikatoren erlauben oder nicht (BGE 141 V 281 E. 8).

3.3.4 Das Bundesgericht hat mit BGE 141 V 281 die bisherige Vermutung, dass der versicherten Person eine Willensanstrengung zuzumuten sei, mit welcher die Folgen einer somatoformen Schmerzstörung oder eines vergleichbaren psychosomatischen Leidens überwunden werden könnten, aufgegeben. Neu muss eine ergebnisoffene symmetrische Beurteilung anhand eines Kataloges von Indikatoren des tatsächlich erreichbaren Leistungsvermögens erfolgen. Die Handhabung des Katalogs muss stets den Umständen des Einzelfalls gerecht werden; es handelt sich nicht um eine "abhakbare Checkliste". Die im Regelfall beachtlichen Standardindikatoren sind:

1. Funktioneller Schweregrad:

- Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde und Symptome;



St.Galler Gerichte

- Behandlungserfolg oder -resistenz;
 - Komorbiditäten;
 - "Persönlichkeit" (Persönlichkeitsentwicklung und -struktur, grundlegende psychische Funktionen);
 - sozialer Kontext.
2. Konsistenz (Gesichtspunkte des Verhaltens):
- Gleichmässige Einschränkung des Aktivitätenniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen (sozialer Rückzug, Ressourcen);
 - Inanspruchnahme von therapeutischen Optionen;
 - Verhalten im Rahmen der beruflichen (Selbst-)Eingliederung.

Die Beschwerdeführerin hat anlässlich der Begutachtung durch Dr. L.____ und Dr. M.____ praktisch über Schmerzen am ganzen Körper geklagt. Sie hat erklärt, dass

sie derzeit gar nichts mache. Der Haushalt werde vom Ehemann und den Söhnen erledigt. In Widerspruch dazu steht die Aussage der Beschwerdeführerin gegenüber der RAD-Ärztin Dr. K.____ vom 21. September 2011, wonach sie am Morgen das Frühstück für ihren jüngsten Sohn zubereite, am Mittag eine leichte warme Mahlzeit koche, leichtere Hausarbeiten wie Abstauben und Lavabo reinigen selber erledige, die Wäsche selber zusammenfalten könne, teilweise Spaziergänge unternehme und dem Sohn bei den Hausaufgaben helfe. Dass zwischen der RAD-Untersuchung (September 2011) und der Begutachtung (März 2013) eine erhebliche Verschlechterung des Gesundheitszustandes eingetreten wäre, geht aus den Akten nicht hervor. Aus dem Gutachten vom 17. Juli 2013 geht zudem hervor, dass die Beschwerdeführerin in der Lage ist, kürzere Strecken mit dem Auto zurückzulegen, und dass sie durch ihr religiöses Umfeld am sozialen Leben teilnimmt. Diskrepanz zum anlässlich der Begutachtung angegebenen submaximalen Schmerzpegel auf der VAS steht gemäss



Dr. L.____ auch der fehlende Analgetikagebrauch. Hinzu kommt, dass die Schilderung der Schmerzen anlässlich der Begutachtung etwas aufgesetzt gewirkt hat (vgl. IV-act. 92-12/13). Ausserdem hat die Beschwerdeführerin trotz der geltend gemachten invalidisierenden Schmerzen bis zum Begutachtungszeitpunkt nie eine psychiatrisch-psychotherapeutische und/oder psychosomatische Behandlung in Anspruch genommen. Dies bedeutet auch, dass die therapeutischen Optionen noch nicht ausgeschöpft sind. Zwar sind Komorbiditäten vorhanden (chronisches Panvertebralsyndrom und Angst und depressive Störung, gemischt), es handelt sich hierbei aber nicht um solche von erheblicher Schwere und Ausprägung. Gemäss Dr. M.____ verfügt die Beschwerdeführerin zudem über gut ausgeprägte komplexe Ich-Funktionen. Ein Verlust der Sozialintegration liegt nicht vor, die Beschwerdeführerin ist gut in ihrer Familie eingebettet und nimmt am sozialen Leben teil. Vor dem Hintergrund der geschilderten Inkonsistenzen, der erheblichen Ressourcen sowie der Tatsache, dass die Beschwerdeführerin bis zum Begutachtungszeitpunkt nie psychiatrische oder psychotherapeutische Hilfe in Anspruch genommen hat, überzeugt die Einschätzung von Dr. M.____, dass die Beschwerdeführerin in der Lage ist, die Schmerzen willentlich zu überwinden und in einer körperlich adaptierten Tätigkeit einer 80 %igen Arbeitstätigkeit nachzugehen.

3.3.5 Dr. M.____ hat der Beschwerdeführerin wegen der diagnostizierten Angst und depressiver Störung, gemischt, eine 20 %ige Arbeitsunfähigkeit attestiert. Angesichts der von ihm angegebenen psychopathologischen Befunde (teilweise etwas weitschweifiger formaler Gedankengang, leichte Einschränkung der Aufmerksamkeit und der Konzentrationsfähigkeit, dysthyme Verstimmung, Perspektivlosigkeit, ausgesprochene Tagesmüdigkeit, rasche Erschöpfbarkeit, Störung der Vitalgefühle, Antriebsminderung, innere Unruhe, Nervosität und Anspannung und Einschlafstörungen mit Gedankenkreisen und Grübel-zwang) überzeugt diese Einschätzung.

3.4 Zusammenfassend ist festzuhalten, dass auf das Gutachten von Dr. L.____ und Dr. M.____ vollumfänglich abgestellt werden kann. Die Beschwerdeführerin ist in polydisziplinärer Hinsicht somit mit überwiegender Wahrscheinlichkeit zu 80 % arbeitsfähig. Eine erneute Begutachtung, wie sie der Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin gefordert hat, erübrigt sich daher.



4.

4.1 Somit bleibt noch der von der Beschwerdegegnerin vorgenommene Einkommensvergleich zu überprüfen. Die Beschwerdegegnerin hat das Validen- wie auch das Invalideneinkommen anhand von Tabellenlöhnen bestimmt und einen Prozentvergleich vorgenommen. Die Beschwerdeführerin hat keinen Beruf erlernt und ist zuletzt als Reinigungsfrau, Haushaltshilfe und Hauswartin tätig gewesen. Da die Beschwerdeführerin diese Tätigkeiten jeweils nur in Teilzeitpensen ausgeübt hat und es sich um verschiedene Hilfsarbeiten handelt, hat die Beschwerdegegnerin das Valideneinkommen zu Recht gestützt auf Tabellenlöhne ermittelt. Auch als Invalidenkariere kommt nur eine Hilfsarbeit in Frage. Daher kann ein Prozentvergleich vorgenommen werden. Ohne Tabellenlohnabzug würde der IV-Grad folglich 20 % betragen, bei einem 10 %igen Tabellenlohnabzug 28 % ($20 \% + [80 \% \times 0.1]$) und bei einem 15 %igen Tabellenlohnabzug 32 % ($20 \% + [80 \% \times 0.15]$). Da auch bei einem Tabellenlohnabzug von 15 % ein rentenausschliessender IV-Grad resultieren würde und Hinweise für die Rechtfertigung eines noch höheren Abzugs nicht ersichtlich sind, kann offen bleiben, wie es sich mit dem Tabellenlohnabzug genau verhält. Bei einem IV-Grad von weniger als 40 % hat die Beschwerdeführerin keinen Anspruch auf eine Invalidenrente.

4.2 Demnach ist die Beschwerde abzuweisen.

4.3 Das Beschwerdeverfahren ist kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festgelegt (Art. 69 Abs. 1 bis IVG). Eine Gerichtsgebühr von Fr. 600.-- erscheint in der vorliegend zu beurteilenden Angelegenheit als angemessen. Dem Ausgang des Verfahrens entsprechend ist sie vollumfänglich der Beschwerdeführerin aufzuerlegen. Die Gerichtsgebühr ist durch den von ihr geleisteten Kostenvorschuss von Fr. 600.-- gedeckt. Die Beschwerdeführerin hat bei diesem Verfahrensausgang keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung.

Entscheid

1.



Die Beschwerde wird abgewiesen.

2.

Die Beschwerdeführerin hat eine Gerichtsgebühr von Fr. 600.-- zu bezahlen; diese ist durch den in gleicher Höhe geleisteten Kostenvorschuss gedeckt.