



**Fall-Nr.:** IV 2014/5  
**Stelle:** Versicherungsgericht  
**Rubrik:** IV - Invalidenversicherung  
**Publikationsdatum:** 23.10.2019  
**Entscheiddatum:** 19.04.2016

### **Entscheid Versicherungsgericht, 19.04.2016**

**Art. 28 IVG und Art. 7 ATSG. Rentenprüfung nach Praxisänderung zu den somatoformen Schmerzstörungen (BGE 141 V 281). Aus einer leichten bis mittelschweren depressiven Episode resultiert eine Erwerbsunfähigkeit und daraus ein Anspruch auf eine Viertelsrente (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 19. April 2016, IV 2014/5).**

Besetzung

Vizepräsidentin Miriam Lendfers, Versicherungsrichterin Monika

Gehrer-Hug, Versicherungsrichter Joachim Huber; Gerichtsschreiberin Marilena Gnesa

Geschäftsnr.

IV 2014/5

Parteien

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

**Beschwerdeführerin,**

vertreten durch Rechtsanwalt lic. iur. Eliano Mussato, Bellevuestrasse 1b, Postfach,  
9401 Rorschach,

gegen

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



### Beschwerdegegnerin,

Gegenstand

### Rente

### Sachverhalt

A.

A.a A.\_\_\_\_ meldete sich am 9. August 2011 zum Bezug von Leistungen der Invalidenversicherung an (berufliche Integration und Rente; Eingang AHV-Zweigstelle 19. August 2011). Sie gab an, seit 23. April 2010 an starken Schmerzen am Rücken zu leiden (IV-act. 1, 9). Der Hausarzt Dr. med. B.\_\_\_\_, Facharzt für Innere Medizin/Rheumatologie FMH, bescheinigte am 11. August 2011 eine ab 23. April 2010 bestehende Arbeitsunfähigkeit im wechselnden Umfang von 40-100 % (IV-act. 2, S. 2). Gemäss Bescheinigung der Arbeitgeberin, der C.\_\_\_\_ AG, vom 7. Oktober 2011 war die Versicherte seit 1. Oktober 1990 als Produktionsmitarbeiterin Schneiderei mit einem Pensum von 40 Stunden pro Woche und einem Entgelt von monatlich Fr. 4'459.65 angestellt (IV-act. 16, S. 1-3; Kündigung durch die Arbeitgeberin per 31. Mai 2012, IV-act. 29, S. 3; 30).

A.b Am 23. April 2010 hatte die Versicherte einen Unfall während der Arbeit erlitten und sich dabei eine Kontusion der rechten Hüfte zugezogen, ohne sichtbare Prellmarken, ohne ossäre Läsionen bei regredientem Taubheitsgefühl im Bereich des lateralen Oberschenkels und sonst intakter Sensibilität (Suva-act. 8; vgl. auch Schadenmeldung UVG vom 26. April 2010, Suva-act. 5: Mehrfachverletzung/Quetschung) und ohne neurologische Ausfälle (Bericht Dr. D.\_\_\_\_ vom 26. Oktober 2010, Suva-act. 19, und MRI der BWS vom 16. November 2010, Suva-act. 26). Offenbar hatte sie sich schliesslich vom 4. bis 24. Mai 2011 in der Rehaklinik Gais zur stationären Behandlung aufgehalten (IV-act. 53, S. 2; kein Bericht in den Akten).

A.c Auf Anweisung von Dr. B.\_\_\_\_ war die Versicherte am 20. Juni 2011 von Dr. E.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, Chefarzt Klinik F.\_\_\_\_, psychiatrisch untersucht worden. Dieser hatte eine Anpassungsstörung mit Angst und Depression



gemischt (ICD-10: F43.22) diagnostiziert und ausgedehnte muskulo-skelettäre Schmerzen, vordergründig ein chronisches Cervical- und lumbales Schmerzsyndrom, erwähnt. Er habe mit der Versicherten eine vierwöchige ambulante psychosomatische Rehabilitation in der Klinik F.\_\_\_\_ vereinbart, beginnend am 27. Juni 2011 (Bericht vom 20. Juni 2011, IV-act. 21; ein Bericht über den stationären Aufenthalt ist nicht bei den Akten).

A.d Die Versicherte wurde sodann am 6. Dezember 2011 im Auftrag der zuständigen Taggeldversicherung (IV-act. 19; vgl. auch IV-act. 16, S. 3; 17, S. 1) psychiatrisch und orthopädisch untersucht. Dabei diagnostizierte Dr. med. G.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, eine mittelgradige depressive Episode (ICD-10: F32.1) sowie (ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit) eine somatoforme Schmerzstörung (ICD-10: F45.4). Er attestierte eine Arbeitsunfähigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt von 30 bis 70 %. Da die Versicherte gefährliche Maschinen bedienen müsse, die einiges an Konzentration verlangten, bestehe für die letztausgeübte Tätigkeit eine Arbeitsfähigkeit von 0 %. Der Gutachter empfahl eine nochmalige vierwöchige psychosomatische Rehabilitation. Anschliessend sei davon auszugehen, dass die Arbeitsfähigkeit der Versicherten während eines Monats 50 % betrage, danach 100 %. Sollte diese Einschätzung nicht eintreffen, müsste von einem verfestigten Krankheitszustand ausgegangen werden, sodass der Fall von der IV-Stelle im Rahmen der Früherkennungsmassnahmen zu beurteilen wäre (Gutachten vom 6. Dezember 2011, IV-act. 26, S. 1-5). Die Gutachterin Dr. med. H.\_\_\_\_, Fachärztin für Orthopädie und Traumatologie FMH, diagnostizierte rezidivierende Beschwerden der Wirbelsäule bei Fehlstatik, Haltungsinsuffizienz, muskulärem Hartspann und verschmächtigter Rumpfmuskulatur; degenerative Veränderungen in Höhe Halswirbelkörper C6/7, auch mit Bandscheibenvorfall, Status nach Morbus Scheuermann thoraco-lumbal; kein nervenwurzelbezogenes neurologisches Defizit. Aus orthopädischer Sicht lasse sich die derzeit bestehende Arbeitsunfähigkeit für die körperlich leichte Arbeit als Produktionsmitarbeiterin nicht begründen. Für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit ergebe sich ab sofort ein vollschichtiges Arbeitsvermögen. Die Prognose sei langfristig als gut zu beurteilen, da die Versicherte keinen körperlichen Belastungen ausgesetzt sei und mit regelmässigen sportlichen Freizeitaktivitäten muskulären Schmerzen vorbeugen könne (Gutachten vom 6. Dezember 2011, IV-act. 26, S. 8-13).



## St.Galler Gerichte

A.e Vom 28. Februar bis 31. März 2012 befand sich die Versicherte erneut zur psychosomatischen Rehabilitation in der Klinik Gais. Die dortigen Ärzte diagnostizierten ein chronisches Schmerzsyndrom mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10: F45.41) sowie Diskushernien C5/6 und C6/7. Die Arbeitsunfähigkeit betrug während des Rehabilitationsaufenthalts und bis 7. April 2012 100 % (Austrittsbericht vom 2. April 2012, IV-act. 36).

A.f Basierend auf den bis anhin stattgefundenen Abklärungen teilte die IV-Stelle der Versicherten am 17. April 2012 mit, berufliche Eingliederungsmassnahmen seien auf Grund ihres Gesundheitszustandes (vgl. IV-act. 30, S. 2: instabiler Gesundheitszustand) nicht möglich, so dass der Anspruch auf eine Rentenleistung geprüft werde (Verfügung vom 17. April 2012, IV-act. 31).

A.g In einem von der IV-Stelle eingeholten, undatierten Arztbericht (eingegangen am 25. Juli 2012) stellte Dr. B.\_\_\_\_ die bereits bekannten Diagnosen einer Anpassungsstörung mit Angst und Depression, ausgedehnte musculo-skelettäre Schmerzen, vor allem cervicales und lumbales Schmerzsyndrom nach Trauma sowie Diskushernien C5/6 und C6/7. Die Prognose sei nicht gut. Die Arbeitsunfähigkeit habe vom 27. Juni 2011 bis 31. Mai 2012 100 % betragen. Seit 1. Juni 2012 sei die Patientin im Rahmen eines Beschäftigungsprogramms des Regionalen Arbeitsvermittlungszentrums (RAV) zu 30 % arbeitstätig. In der bisherigen Tätigkeit sei sie nicht mehr arbeitsfähig; in einer behinderungsangepassten Tätigkeit sei sie seit 1. Juni 2012 während 2-3 Stunden/Tag arbeitsfähig (IV-act. 45; vgl. IV-act. 50).

A.h Dr. E.\_\_\_\_ diagnostizierte am 21. September 2012 im Rahmen einer weiteren Untersuchung der Versicherten wie bereits im Jahr 2011 eine Anpassungsstörung mit Angst und Depression gemischt (ICD-10: F43.22) und (ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit) eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10: F45.4). Eine sichere Prognose sei nicht möglich; empfehlenswert sei eine bidisziplinäre Begutachtung. Eine Aussage über die aktuelle Arbeitsunfähigkeit sei nicht möglich, da er die Beschwerdeführerin zuletzt am 3. Juli 2012 gesehen habe und keine neuen Termine vereinbart worden seien (Arztbericht vom 21. September 2012, IV-act. 53).



A.i Die IV-Stelle ging von einer auf 100 % steigerbaren Arbeitsfähigkeit aus. Die Beschwerdeführerin habe Anspruch auf Arbeitsvermittlung (Triage-Protokoll vom 21. September 2012, IV-act. 50 und 52). In einem undatierten Arztbericht (bei der IV-Stelle am 26. Oktober 2012 eingegangen) diagnostizierte Dr. phil. I.\_\_\_\_, Psychotherapie und psychotraumatologische Beratung, der die Beschwerdeführerin erstmals am 14. August 2012 gesehen hatte, eine schwere posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10: F43.1), chronische posttraumatische Schmerzstörungen, sekundär depressive Episoden, hochgradig, mit somatischen Störungen (ICD-10: F32.21) seit dem Unfall vom 24. (richtig: 23.) April 2010. Die Beschwerden (Schmerzen, Depressionen, Panik) seien therapieresistent. Die Prognose sei chronifizierend bis leicht verbesserbar. Die Arbeitsunfähigkeit betrage 100 % seit 13. April 2010. Weder die bisherige noch eine an das Leiden angepasste Tätigkeit seien zumutbar; selbst die persönlichen Belange seien der Versicherten zu viel (IV-act. 55).

A.j Da der Arbeitsversuch im Beschäftigungsprogramm des RAV keine positive Entwicklung genommen hatte und die Steigerung der Arbeitsfähigkeit nicht möglich gewesen war, stellte die IV-Stelle fest, dass weitere berufliche Massnahmen nicht erfolgsversprechend seien und die Rentenprüfung zu erfolgen habe (Triage-Protokoll vom 6. Dezember 2012, IV-act. 57; Verlaufsprotokoll der Eingliederungsverantwortlichen vom 11. Dezember 2012, IV-act. 58). Einen Anspruch auf berufliche Massnahmen verneinte die IV-Stelle in der Folge (Verfügung vom 14. Januar 2013, IV-act. 60).

A.k Dr. I.\_\_\_\_ attestierte der Versicherten in einem undatierten Verlaufsbericht (Eingang IV-Stelle 4. Februar 2013) eine 100 %ige Arbeitsunfähigkeit bei stationärem Gesundheitszustand und gleichbleibenden Diagnosen (IV-act. 62).

A.l Im Verlaufsbericht vom 5. März 2013 hielt Dr. B.\_\_\_\_ eine Verschlechterung des Gesundheitszustands fest. In der bisherigen Tätigkeit könnte wieder eine Arbeitsfähigkeit möglich werden, bei der chronifizierten Depression sei dies aber sehr unwahrscheinlich (vgl. Ziff. 2.1 im Beiblatt zum Arztbericht in IV-act. 66, S. 2). Leichte, wechselbelastende Tätigkeiten seien bei verminderter Leistungsfähigkeit an sich zumutbar, jedoch habe die Versicherte ein Pensum von 20% im Rahmen eines



Abklärungsprogramms des RAV nur knapp gemeistert. Aktuell sei keine erwerbswirksame Tätigkeit machbar (IV-act. 66).

A.m Im Bericht vom 22. März 2013 hielt Dr. I.\_\_\_\_ fest, die Patientin leide unter den chronifizierten Symptomen einer posttraumatischen Belastungsstörung, die er seit ca. einem Jahr zu behandeln versuche. Die Traumabehandlung werde jedoch erschwert zum einen durch die Einnahme von Opioiden zur Kontrolle der inneren Unruhe (scheinbar mit einer Abhängigkeit; es sei vorgesehen, diese bei einem Aufenthalt in der Palliativstation im Spital J.\_\_\_\_ abzubauen); zum anderen stehe die Patientin unter einer andauernden Existenzangst und unter durch die chronischen Schmerzen verursachtem Stress, was den Zugang zum traumatischen Geschehen erschwere. Auf dem ersten Arbeitsmarkt sei die Versicherte in absehbarer Zeit nicht einsatzfähig. Begrüssenswert wäre der Einsatz an einem geschützten Arbeitsplatz der IV mit einem Pensum von 50 %. Er könne mit der Diagnose einer Anpassungsstörung mit Angst und Depressionen leben, wobei die Depressionen - mittelgradig bis schwer und chronisch - mit „somatischen Symptomen“ zu ergänzen seien (IV-act. 70).

A.n Im Auftrag der IV-Stelle begutachteten Dr. med. K.\_\_\_\_, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, und Dr. med. L.\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates FMH, St. Gallen, die Versicherte am 19. Juli 2013 (IV-act. 73-76). Dr. L.\_\_\_\_ stellte folgende Diagnosen: Cervicovertebrogenes (ICD-10: M54.82) und cervicobrachiales (ICD-10: M53.1) Schmerzsyndrom beidseits, linksbetont, bei paramedianer Diskushernie C5/C6 links und mediolateraler intraforaminaler Diskushernie C6/C7 rechts (ICD-10: M50.2); lumbovertebrales Schmerzsyndrom (ICD-10: M54.5) bei degenerativen Veränderungen der unteren LWS (ICD-10: M47.86); Periarthropathia humero-scapularis beidseits (ICD-10: M75.0); Verdacht auf Fibromyalgie (ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit; IV-act. 76, S. 22, 25). Bezüglich der Arbeitsfähigkeitsbeurteilung stellte Dr. L.\_\_\_\_ eine Unklarheit betreffend Schwere der letztausgeübten Tätigkeit fest. So habe Dr. H.\_\_\_\_ angenommen, dass die zuletzt ausgeübte Tätigkeit leicht sei; die Explorandin habe ihm gegenüber jedoch angegeben, dass mitunter auch deutlich schwerere Lasten transportiert werden müssten. In der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit in einer dem Leiden angepassten Tätigkeit bestehe zwischen der Beurteilung durch Dr. H.\_\_\_\_ und seiner eigenen jedoch keine Divergenz. So sei auch er zum Schluss gekommen, dass



die Beschwerdeführerin in körperlich leichten bis gelegentlich mittelschweren Tätigkeiten mit Heben und Tragen von Lasten bis 10 kg, ohne Zwangspositionen der Wirbelsäule, namentlich ohne häufige In- oder Reklinationsbewegungen und ohne Überkopfarbeiten, seit Anfang Dezember 2011 zu 100 % arbeitsfähig sei (IV-act. 76, S. 22). Die psychiatrische Exploration durch Dr. K.\_\_\_\_ ergab folgende Diagnosen: leichte bis mittelgradige depressive Episode (ICD-10: F32.0 bis F32.1); Verdacht auf posttraumatische Belastungsstörung, leicht bis mittelgradig ausgeprägt (ICD-10: F43.1); sowie (ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit) anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10: F45.4), differentialdiagnostisch chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10: F45.41). In der angestammten Tätigkeit als Maschinenführerin sei die Beschwerdeführerin ganztags (8 Stunden pro Tag) arbeitsfähig mit einer verminderten Leistungsfähigkeit von 40 % (Gesamtarbeitsfähigkeit von 60 %) spätestens ab Zeitpunkt der Begutachtung vom 19. Juli 2013. In Bezug auf die bisherige Tätigkeit bestehe eine Antriebsstörung sowie eine psychophysische Belastbarkeitsminderung mit vorzeitiger Erschöpfung und Minderung der konzentrativen Ausdauerbelastbarkeit. In adaptierter Tätigkeit bestehe seit 19. Juli 2013 ebenfalls eine ganztägige Arbeitsfähigkeit (8 Stunden/Tag) mit einer Leistungsminderung von 40 % (Arbeitsfähigkeit in adaptierter Tätigkeit von 60 %). Zumutbar seien zeitlich flexible Tätigkeiten ohne permanenten Zeit- und Termindruck, ohne besondere Anforderungen an das Umstellungs- und Anpassungsvermögen in wohlwollender und konfliktarmer Arbeitsatmosphäre. Eine berufliche Eingliederung sei grundsätzlich ab sofort möglich. Ein begleiteter Wiedereinstieg sei empfehlenswert, allenfalls mit Integrationsmassnahmen (IV-act. 76, S. 36, 39 f., und zum polydisziplinären Konsens S. 43 ff.).

A.o Am 19. September 2013 stellte die IV-Stelle die Ablehnung des Rentengesuches in Aussicht (Vorbescheid vom 19. September 2013, IV-act. 80). Der damalige Rechtsvertreter der Versicherten, Rechtsanwalt lic. iur. Stephan Jau, St. Gallen, wendete ein, der behandelnde Psychologe Dr. I.\_\_\_\_ attestiere keine mittelgradige, sondern eine hochgradige depressive Episode, die chronisch sei. Da das Gutachten von Dr. K.\_\_\_\_ nicht davon ausgehe, dass die depressive Erkrankung als Begleiterscheinung einer Schmerzkrankheit aufzufassen sei, komme der depressiven Episode eine individualisierende (wohl: invalidisierende) Wirkung zu. Die posttraumatische Belastungsstörung sei gemäss Dr. I.\_\_\_\_ mittelschwer und nicht bloss



eine Verdachtsdiagnose. Ob die somatoforme Schmerzstörung durch die Diskushernie erklärt werden könne, führten die Gutachter nicht aus, und sie setzten sich auch nicht mit der abweichenden Meinung anderer Ärzte auseinander (IV-act. 85).

A.p Mit Verfügung vom 19. November 2013 verneinte die IV-Stelle gemäss Vorbescheid einen Rentenanspruch der Versicherten (IV-act. 87). Begründet wurde dies damit, aus orthopädischer Sicht bestehe eine volle Arbeitsfähigkeit. Der diagnostizierten leichten bis mittelschweren depressiven Episode komme kein invalidisierender Charakter zu. Die Beschwerden seien gut angebar und überwindbar, ebenso wie die posttraumatische Belastungsstörung, die lediglich bei einem schweren, aussergewöhnlichen Ereignis einen invalidisierenden Charakter habe. Dies sei beim Ereignis vom 23. April 2010 zu verneinen.

B.

B.a Gegen diese Verfügung richtet sich die vorliegende Beschwerde vom 6. Januar 2014 (act. G 1). Der nunmehr mandatierte Rechtsanwalt lic. iur. Eliano Mussato, Rorschach, beantragt die Aufhebung der angefochtenen Verfügung und die Zusprache einer ganzen Invalidenrente, eventualiter die Anordnung eines Gutachtens und subeventualiter die Rückweisung der Sache an die Vorinstanz zur Neu Beurteilung. Ausserdem sei der Beschwerdeführerin die unentgeltliche Rechtspflege zu bewilligen, alles unter Kosten- und Entschädigungsfolge zulasten der Beschwerdegegnerin. Begründet wird die Beschwerde damit, von einer leichten bis mittelgradigen Depression könne keine Rede sein. Sowohl Dr. med. M.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, (Stellungnahme vom 4. Dezember 2013, act. G 1.2), als auch Dr. I.\_\_\_\_ (Bericht vom 11. November 2013, act. G 1.3) beurteilten die Depression als schwer bzw. mittelschwer, dies sei an der latenten Suizidalität sowie an der wahnhaften Denkstörung erkennbar; ausserdem handle es sich nicht um eine Episode, sondern um ein chronisches Leiden. Im Weiteren sei es unzutreffend, die Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung nur im Verdacht zu stellen, wie dies Dr. K.\_\_\_\_ getan habe, da der Unfall für die Beschwerdeführerin „absolut lebensbedrohend“ gewesen sei. Die von Dr. K.\_\_\_\_ zur Begründung vorgebrachten Punkte seien für die Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung nicht nötig. Im Weiteren sei die Diagnose einer somatoformen Schmerzstörung zweifelhaft, da sie das Fehlen eines



somatischen Korrelats zu den Schmerzen und das Vorhandensein von psychisch belastenden und ungelösten Konflikten bedinge. Schliesslich sei es unzutreffend, dass die Beschwerden therapeutisch gut angebar und unüberwindbar seien, wie dies für eine leichte depressive Episode, nicht aber für eine chronifizierte schwere Depression zutreffen möge. Die seit dem Unfall stattfindende psychotherapeutische Behandlung und die starke antidepressive Medikation vermöchten den Zustand kaum mehr positiv zu beeinflussen.

B.b Mit Beschwerdeantwort vom 4. Februar 2014 beantragt die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde. Sie begründet ihren Antrag damit, eine somatoforme Schmerzstörung oder ihre Folgen seien vermutungsweise überwindbar. Im Weiteren sei das Vorliegen einer posttraumatischen Belastungsstörung nicht ausgewiesen, sondern bloss als Verdachtsdiagnose gestellt. Bezogen auf den relativ harmlosen Unfallhergang könne eine solche Diagnose ohnehin ausgeschlossen werden und eine posttraumatische Belastungsstörung als Komorbidität könne verneint werden. Sie wäre sodann nur invalidisierend, wenn ihre Auswirkungen nicht mit zumutbarer Willensanstrengung überwindbar wären, was vorliegend nicht zutrefte. Bezüglich der Schmerzproblematik liege zwar ein mehrjähriger chronifizierter Krankheitsverlauf mit weitgehend unveränderter Symptomatik ohne länger dauernde Rückbildung vor, doch sei dieser Verlauf bei Syndromleiden diagnosespezifisch und daher nicht ausschlaggebend. Ein primärer Krankheitsgewinn sei entgegen der Meinung von Dr. K. \_\_\_ nicht gegeben, und bei einer relativ harmlosen psychiatrischen Diagnose, wie einer leichten bis mittelgradigen Depression, ohne irreversiblen schweren psychischen Leidenszustand, zu verneinen. Eine Komorbidität von erheblicher Schwere sei nicht vorhanden. Schliesslich hätten die Gutachter erhebliche Aggravations- und Simulationstendenzen festgestellt, welche die Leistungseinschränkung nicht als versicherte Gesundheitsschädigung erscheinen liessen (act. G 6).

B.c Die Frist zur Einreichung einer allfälligen Replik liess die Beschwerdeführerin unbenützt verstreichen, worauf die Verfahrensleitung den Schriftenwechsel für abgeschlossen erklärte (act. G 17).

B.d Am 13. März 2014 wies die Verfahrensleitung das Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege auf Grund von unvollständigen Unterlagen ab (act. G 12; vgl. auch act. G 9).



### Erwägungen

1.

Im vorliegend zu beurteilenden Verfahren ist zwischen den Parteien die Frage streitig und zu prüfen, ob die Beschwerdeführerin Anspruch auf eine Rente der Invalidenversicherung hat.

1.1 Unter Invalidität wird die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit verstanden (Art. 8 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG; SR 830.1]). Erwerbsunfähigkeit ist dabei 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). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG). Der Grad der für einen allfälligen Rentenanspruch massgebenden Invalidität wird gemäss Art. 16 ATSG durch einen Einkommensvergleich ermittelt, bei dem das Einkommen, das die versicherte Person nach dem Eintritt der Invalidität und nach der Durchführung der notwendigen und zumutbaren Eingliederungsmassnahmen bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (zumutbares Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt wird zum Einkommen, das die versicherte Person erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Valideneinkommen).

1.2 Nach Art. 28 Abs. 2 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG; SR 831.20) besteht Anspruch auf eine ganze Invalidenrente, wenn die versicherte Person mindestens zu 70 %, auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie wenigstens zu 60 % invalid ist. Liegt ein Invaliditätsgrad von mindestens 50 % vor, so besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % auf eine Viertelsrente.



1.3 Um das Ausmass der Arbeitsunfähigkeit beurteilen und somit den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung und im Beschwerdefall das Gericht auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist (BGE 125 V 261 E. 4). Das Gericht hat den Sachverhalt von Amtes wegen festzustellen und demnach zu prüfen, ob die vorliegenden Beweismittel eine zuverlässige Beurteilung des strittigen Leistungsanspruchs gestatten. Die Rechtsprechung hat es mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung als vereinbar erachtet, in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten Richtlinien für die Beweiswürdigung aufzustellen (BGE 125 V 351 E. 3b). Das im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholte Gutachten von externen Spezialärzten, die auf Grund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, besitzt bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen. Das Gleiche gilt für Berichte und Gutachten versicherungsinterner Ärzte (BGE 125 V 351 E. 3b/bb und 3b/ee).

2.

Vorab ist die Frage zu beantworten, ob die medizinische Aktenlage eine rechtsgenügende Beurteilung der Arbeitsfähigkeit und damit schliesslich auch des geltend gemachten Rentenanspruchs erlaubt. Eine Einschränkung der Leistungsfähigkeit ist nur dann anspruchserheblich, wenn sie Folge einer Gesundheitsbeeinträchtigung ist, die fachärztlich einwandfrei diagnostiziert worden ist (BGE 141 V 281 E. 2.1).

2.1 In somatischer Hinsicht wird nichts vorgebracht, was eine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin haben würde. So ging Dr. L. \_\_\_ auf Grund der gestellten Diagnosen (IV-act. 76, S. 22) von einer 100 %igen Arbeitsfähigkeit in einer dem Leiden angepassten Tätigkeit aus (IV-act. 76, S. 24 f.), was seitens der Beschwerdeführerin unbestritten geblieben ist. Weitere Ausführungen dazu erübrigen sich deshalb.



2.2 Die Beschwerdegegnerin stützt die Leistungsverweigerung in psychiatrischer Hinsicht grundsätzlich auf das von Dr. K.\_\_\_\_ erstellte psychiatrische Teilgutachten vom 25. August 2013 (IV-act. 76, S. 28 ff.) und die darin gestellten Diagnosen. Dr. K.\_\_\_\_ diagnostizierte mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine leichte bis mittelgradige depressive Episode (ICD-10: F32.0 bis F32.1) und äusserte den Verdacht auf eine leichte bis mittelgradige posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10: F43.1). Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit stellte sie die Diagnose einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung (ICD-10: 45.4), differentialdiagnostisch einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10: 45.41; IV-act. 76, S. 28 ff.). Zu ihrer Beurteilung kam sie nach eingehender Auseinandersetzung mit den ihr von der Beschwerdegegnerin zur Verfügung gestellten Akten sowie nach Exploration der Beschwerdeführerin. Es ist in der Folge zu prüfen, ob die anderslautenden medizinischen Einschätzungen, auf welche die Beschwerdeführerin ihren Rentenanspruch stützt, das Begutachtungsergebnis von Dr. K.\_\_\_\_ in Frage zu stellen vermögen.

2.3 Die Beschwerdeführerin stellt in Abrede, dass der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit durch Dr. K.\_\_\_\_ Beweiswert zukommt. Sie macht unter Hinweis auf die Berichte von Dr. M.\_\_\_\_ (act. G 1.2) und Dr. I.\_\_\_\_ (act. G 1.3) geltend, an einer Depression zu leiden, die entgegen der Ansicht der Beschwerdegegnerin von schwerer bis mittelschwerer Ausprägung und von chronischer, nicht blosser episodischer Art sei. Dies sei erkennbar an der latenten Suizidalität sowie an der wahnhaften Denkstörung. Sie leide ausserdem an einer posttraumatischen Belastungsstörung, wobei es sich dabei nicht um eine blosser Verdachtsdiagnose handle; die von Dr. K.\_\_\_\_ zur Begründung der Verdachtsdiagnose vorgebrachten Punkte (später Beginn der Symptome, Fehlen eines Vermeidungsverhaltens und von allein vom Ereignis geprägten Alpträumen) seien für die Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung nicht nötig. Fraglich sei sodann die Diagnose einer somatoformen Schmerzstörung. Unzutreffend sei schliesslich die Annahme, die Beschwerden seien therapeutisch gut angebar und überwindbar (act. G 1, S. 2 f.).

2.4 In diesem Zusammenhang ist vorab darauf hinzuweisen, dass ein den Beweisanforderungen grundsätzlich genügendes medizinisches Gutachten (BGE 125 V 351 E. 3a und b) nicht allein deshalb in Frage gestellt werden kann und Anlass zu



weiteren Abklärungen besteht, wenn und sobald die behandelnden medizinischen Fachpersonen nachher zu einer unterschiedlichen Beurteilung gelangen oder an vorgängig geäußerten abweichenden Auffassungen festhalten. Anders verhält es sich nur, wenn objektiv feststellbare Gesichtspunkte vorgebracht werden, die im Rahmen der Begutachtung unerkannt geblieben waren und die geeignet sind, zu einer anderen Beurteilung zu führen (Urteil des Bundesgerichts 9C\_830/2007 vom 29. Juli 2008 E. 4.3 mit Hinweisen). Ferner kann eine psychiatrische Exploration von der Natur der Sache her nicht ermessensfrei erfolgen. Sie eröffnet der begutachtenden psychiatrischen Fachperson daher praktisch immer einen gewissen Spielraum, innerhalb dessen verschiedene medizinisch-psychiatrische Interpretationen möglich, zulässig und zu respektieren sind, sofern der Experte oder die Expertin lege artis vorgegangen ist (Urteil des Bundesgerichts 8C\_694/2008 vom 5. März 2009 E. 5.1.1).

2.5 Dr. M.\_\_\_\_ stellte nach der am 28. November 2013 erfolgten Exploration folgende Diagnosen: Andauernde Persönlichkeitsänderung nach Unfall vom 23. April 2010 (ICD-10: F62.0), posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10: F43.1), mittelgradiges bis schweres chronifiziertes depressives Zustandsbild mit psychotischen Symptomen und Suizidalität (ICD-10: F33.2) und chronische Schmerzen im Nacken seit dem Unfall vom 23. April 2010. Die Arbeitsunfähigkeit betrage auch in adaptierter Tätigkeit 100 %; die Prognose sei schlecht (act. G 1.2, S. 3).

2.5.1 Dr. M.\_\_\_\_ begründet die Beurteilung der Schwere der Depression mit Hinweis auf die latente Suizidalität mit durchgeführtem Suizidversuch und auf eine wahnhaft Denkstörung (act. G 1.1, S. 3). Bezüglich Suizidalität hält der Austrittsbericht der Klinik Gais vom 2. April 2012 jedoch fest, die Patientin könne sich glaubhaft von selbstschädigendem und suizidalem Verhalten distanzieren (IV-act. 36, S. 2). Ebenso wenig lassen sich den Berichten von Dr. E.\_\_\_\_ (der die Beschwerdeführerin vom 20. Juni 2011 bis 3. Juli 2012 ambulant behandelt hatte) Indizien für eine Suizidalität oder für Wahnvorstellungen entnehmen (Berichte von Dr. E.\_\_\_\_ vom 20. Juni 2011, IV-act. 21, und vom 21. September 2012, IV-act. 53, S. 3; Dr. G.\_\_\_\_ hatte bereits im Dezember 2011 eine Suizidalität verneint, IV-act. 26, S. 3). Anlässlich der Begutachtung durch Dr. K.\_\_\_\_ am 19. Juli 2013 hat die Beschwerdeführerin eine Suizidalität gegenüber der Gutachterin verneint (IV-act. 76, S. 33). Ebenso verneint Dr. K.\_\_\_\_ Hinweise auf



überwertige Ideen, Wahn oder konkrete Phobien und sie hält die Depression für leicht bis mittelgradig (IV-act. 76, S. 33). Diese Beurteilung überzeugt in jeder Hinsicht.

2.5.2 Dr. M.\_\_\_\_ hält im Weiteren die Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung für gegeben (act. G 1.2, S. 3). Eine posttraumatische Belastungsstörung entsteht als eine verzögerte oder protrahierte Reaktion auf ein belastendes Ereignis oder eine Situation kürzerer oder längerer Dauer, mit aussergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophenartigem Ausmass, die bei fast jedem Menschen eine tiefe Verzweiflung hervorrufen würde. Typische Merkmale sind das wiederholte Erleben des Traumas in sich aufdrängenden Erinnerungen (Flashbacks), Träumen oder Alpträumen, die vor dem Hintergrund eines andauernden Gefühls von Betäubtsein und emotionaler Stumpfheit auftreten (ICD-10: F43.1, vgl. <<http://www.icd-code-de/icd/code/F43.-.html>>, abgerufen am 22. Februar 2016). Die für die Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung wesentlichen Voraussetzungen, insbesondere die ausserordentliche Schwere des auslösenden Ereignisses, scheinen vorliegend nicht gegeben. Wie sich das Ereignis vom 23. April 2010 genau abgespielt hat, d.h. ob die Beschwerdeführerin durch eine Maschine bzw. einen Schrank oder einen Teil davon getroffen wurde oder ob sie einen Sturz erlitten hat, lässt sich anhand der Akten nicht eindeutig bestimmen (der Beschwerdeführerin sei ein schwerer Schrank über den Kopf gefallen, sie sei auf die linke Körperseite gestürzt und der Schrank sei ihr über den rechten Arm und das rechte Bein gefallen, IV-act. 21, S 2; ein schwerer Zusatzkasten einer Klebmaschine sei auf sie gestürzt, IV-act. 36, S. 1; eine Maschine bzw. ein Element einer 207 kg schweren Schneidemaschine sei auf die rechte Körperseite gefallen, IV-act. 26, S. 1, IV-act. 45, S. 2, IV-act. 27, S. 1, Suva-act. 5, 8 und 27; eine 2 m hohe und 3 m lange Maschine sei auf sie gefallen, IV-act. 70, S. 1; ein 150 kg schweres Gewicht sei auf sie gefallen, Suva-act. 17; sie habe einen Sturz von 2 m Höhe erlitten, act. G 6, S. 4, Suva-act. 30, S. 1). Wie es sich damit verhält, kann hingegen offen bleiben. Es erscheint als fraglich, dass das Ereignis die geforderte Schwere aufweist, um im Sinne des Gesagten zur Annahme einer posttraumatischen Belastungsstörung zu führen. Auch die unmittelbaren Folgen des Unfalls (Kontusion der rechten Hüfte, ohne sichtbare Prellmarken, ohne Auffälligkeiten und radiologisch ohne ossäre Läsionen, vgl. Bericht des Spitals N.\_\_\_\_ vom 24. April 2010, Suva-act. 8, S. 1) sprechen eher gegen eine besondere Schwere und Eindringlichkeit des Unfallgeschehens. Wenn Dr. K.\_\_\_\_ die Diagnose einer posttraumatischen



Belastungsstörung bloss im Verdacht äussert, dann ist dies jedenfalls nachvollziehbar, zumal sie hierfür eine plausible Begründung liefert (IV-act. 76, S. 38).

2.5.3 Im Weiteren ist der Einwand von Dr. M.\_\_\_\_, Dr. K.\_\_\_\_ habe die Hauptdiagnose einer andauernden Persönlichkeitsänderung (nach Trauma; ICD-10: F62.0) vergessen (act. G 1.2, S. 3), nicht stichhaltig. Eine andauernde, wenigstens über zwei Jahre bestehende Persönlichkeitsänderung kann einer Belastung katastrophalen Ausmasses folgen. Die Belastung muss extrem sein, und die Vulnerabilität der betroffenen Person muss als Erklärung für die tief greifende Auswirkung auf die Persönlichkeit nicht in Erwägung gezogen werden. Diese Störung kann sich etwa nach andauerndem Ausgesetztsein lebensbedrohlicher Situationen (z. B. als Opfer von Terrorismus), andauernder Gefangenschaft mit unmittelbarer Todesgefahr, Folter oder Katastrophen ergeben (ICD-10: F62.0, vgl. <http://www.icd-code-de/icd/code/F62.-.html>, abgerufen am 22. Februar 2016). Derartige Umstände sind vorliegend nicht gegeben. Ausserdem ist darauf hinzuweisen, dass zwischen einer Persönlichkeitsänderung und der Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit nicht zwingend eine Korrelation besteht (Urteil des Bundesgerichts 9C\_456/2007 vom 17. März 2008 E. 4.1 mit Hinweis auf die medizinische Literatur). Vorliegend ist weder ersichtlich noch von Dr. M.\_\_\_\_ dargetan, dass die von ihm diagnostizierte Persönlichkeitsänderung - im Vergleich zur (bis auf die Schwere) unbestrittenen depressiven Grundproblematik - zu zusätzlichen pathologischen Befunden mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit geführt hätte. Vielmehr hat sich die von ihm beschriebene Persönlichkeitsänderung lediglich „nach Trauma“ entwickelt, und zwar mit denselben Symptomen einer Depression, aber auf der Persönlichkeitsebene, mit einer „noch tiefer“ greifenden Problematik.

2.5.4 Schliesslich bezweifelt Dr. M.\_\_\_\_ die Korrektheit der Diagnose einer somatoformen Schmerzstörung. Dr. L.\_\_\_\_ hat nachvollziehbar dargelegt, dass die geklagten Schmerzen bloss teilweise somatisch erklärbar sind (IV-act. 76, S. 26; vgl. auch die Ausführungen zur Fibromyalgie in IV-act. 76, S 23). Da diese Diagnose gemäss schlüssiger Einschätzung von Dr. K.\_\_\_\_ zudem ohnehin keine Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit zeitigt (IV-act. 76, S. 43), erübrigt sich die nähere Prüfung dieser Rüge (act. G 1.2, S. 3).



2.5.5 Zusammenfassend ist die Kritik von Dr. M.\_\_\_\_ am psychiatrischen Gutachten von Dr. K.\_\_\_\_ nicht geeignet, ihre Beurteilung in Frage zu stellen. Zusätzlich für die Massgeblichkeit ihrer Beurteilung sprechen die von ihr nach den veranlassten psychologischen Tests nachvollziehbar festgestellten starken Hinweise auf Aggravation bzw. Simulation. Ausserdem hat sie die Angaben der Beschwerdeführerin kritisch hinterfragt. Demgegenüber hat Dr. M.\_\_\_\_ ungeprüft bzw. ohne eine erkennbare kritische Auseinandersetzung auf die Angaben der Beschwerdeführerin abgestellt. Im Weiteren hat er es im Gegensatz zu Dr. K.\_\_\_\_ unterlassen, eine kritische Ressourcenprüfung zu tätigen (vgl. IV-act. 76, S. 38).

2.6 Dr. I.\_\_\_\_ hat sich in seiner Stellungnahme vom 11. November 2013 weitgehend darauf beschränkt, die Ergebnisse der Begutachtung durch Dr. K.\_\_\_\_ in Frage zu stellen (act. G 1.3). Er kritisiert zunächst die Verdachtsdiagnose einer leichten posttraumatischen Belastungsstörung. Zwar stimme es, dass ein Vermeidungsverhalten während der ersten Monate nach dem Ereignis nicht zu beobachten gewesen sei; dieses habe sich inzwischen aber eingestellt. Zudem habe die Patientin Nachhallerinnerungen und neige zu Drogenmissbrauch (Medikamente würden nicht nur zur Schmerzlinderung eingesetzt, sondern auch zur inneren Beruhigung). Sie habe die Lebensfreude verloren, leide unter Angstdruck und an Schlafstörungen. Im Weiteren habe sich das Verhalten der beteiligten Versicherungen und der Arbeitgeberin nach dem Unfall traumatisierend ausgewirkt.

2.6.1 Zu diesen Vorwürfen und zu den Vorbringen, es handle sich um eine mittelgradige bis schwere Depression und die Patientin sei suizidal, kann auf die obigen Ausführungen verwiesen werden (Erw. 2.5.1).

2.6.2 Dr. I.\_\_\_\_ weicht bei seiner Kritik an Dr. K.\_\_\_\_ teilweise von einer objektiven Betrachtungsweise ab und erhebt gegenüber Dr. K.\_\_\_\_ nicht sachbezogene Vorwürfe („Killergutachten“, d.h. dem Begutachteten derart nicht angemessen, dass sie nicht nur zu falschen IV-Entscheiden führen, sondern dem Patienten zusätzlich Schaden zufügen würden, es sei eine bei den Unfallversicherungen sowie bei der IV weitverbreitete Praxis, „...wie jeder Fachmann, der etwas von Psychotraumatologie versteht, weiss“; die Beschwerdeführerin werde es schwer haben, ein gerechtes Gutachten zu bekommen, da die Begutachtenden den Versicherungen etwas schuldig seien, vgl. act.



G 1.3). Diese pauschalisierende Haltung ist mit einer unvoreingenommenen Beurteilung nicht zu vereinbaren. Dies wirft ein ungünstiges Licht auf die Einschätzung von Dr. I.\_\_\_\_, zumal er übersieht, dass Dr. K.\_\_\_\_ der Beschwerdeführerin für leidensangepasste Tätigkeiten immerhin eine 40 %ige Arbeitsunfähigkeit bzw. Leistungseinbusse bescheinigt hat. Des Weiteren ist darauf hinzuweisen, dass Dr. I.\_\_\_\_ - wie Dr. M.\_\_\_\_ - keine objektiven Gesichtspunkte benennt, die Dr. K.\_\_\_\_ in ihrer Begutachtung ausser Acht gelassen habe.

2.7 Zusammenfassend ist dem Gutachten von Dr. K.\_\_\_\_ unter Zugrundelegung der erwähnten Grundsätze zum Beweiswert von Gutachten und medizinischen Berichten (Erw. 2.4) volle Beweiskraft zuzuerkennen. Dr. K.\_\_\_\_ hat die Vorakten umfassend gewürdigt und die gestellten Diagnosen nachvollziehbar begründet. Ihre Beurteilung ist umfassend und schlüssig. Die Dres. M.\_\_\_\_ und I.\_\_\_\_ begründen den Schweregrad der Depression bzw. die abweichenden Diagnosen nicht mit Hinweisen, welche Dr. K.\_\_\_\_ ausser Acht gelassen hat, und es sind insbesondere keine objektiven Argumente ersichtlich, die von Dr. K.\_\_\_\_ nicht erwähnt oder erkannt worden wären. Dass Dr. K.\_\_\_\_ die von der Beschwerdeführerin geklagten Leiden und ihren biographischen Hintergrund umfassend berücksichtigte, geht im Übrigen aus dem Bericht von Dr. M.\_\_\_\_ vom 4. Dezember 2013 hervor, worin dieser bei der Anamnese auf das Gutachten von Dr. K.\_\_\_\_ verweist (act. G 1.2, S. 1). Ebenfalls ins Gewicht fällt, dass der RAD-Arzt Dr. O.\_\_\_\_ die gutachterliche Beurteilung als einwandfrei beurteilt (Stellungnahme vom 10. September 2013, IV-act. 77). Der Sachverhalt ist spruchreif erstellt, weshalb kein Anlass besteht, ein Gerichtsgutachten zu veranlassen bzw. die Sache zu ergänzenden Abklärungen zurückzuweisen; den entsprechenden Eventualanträgen ist deshalb nicht zu entsprechen.

3.

3.1 Zu prüfen ist sodann, ob die aus der gutachterlich bescheinigten psychischen Störung (leichte bis mittelgradige depressive Episode) resultierende Beeinträchtigung des Gesundheitszustands zu einer Beeinträchtigung der Erwerbsfähigkeit im Sinne von Art. 7 Abs. 1 und 2 ATSG führt.



3.2 Die Beschwerdegegnerin bringt vor, die geklagten Beschwerden stellten ein pathogenetisch-ätiologisch unklares syndromales Beschwerdebild dar (act. G 6, III/1-5). Ob diese Sichtweise zutrifft, nachdem im Gutachten vom 25. August 2013 die Diagnose einer leichten bis mittelgradigen posttraumatischen Belastungsstörung bloss im Verdacht gestellt und der Diagnose einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung keine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit zuerkannt wurde (vgl. IV-act. 76, S. 43), erscheint fraglich, kann indessen offen bleiben. Denn selbst wenn ein entsprechendes Beschwerdebild bejaht würde, besteht angesichts der in BGE 141 V 281 begründeten Praxisänderung kein Anlass, dem psychischen Leiden pauschal eine invalidisierende Wirkung abzusprechen. Die Ausführungen der Beschwerdegegnerin stützen sich hauptsächlich auf eine durch das bereits erwähnte Urteil des Bundesgerichts BGE 141 V 281 überholte Rechtsprechung. Darin führte das Bundesgericht aus, dass namentlich nicht mehr an der Betrachtungsweise des von der Beschwerdegegnerin u. a. referenzierten Urteils BGE 130 V 352 festgehalten werde. Es gelangte zur Auffassung, dass bei Zusammenfallen von Depression und Schmerz eine Gesamtbetrachtung stattzufinden habe. Eine allfällige Konnexität zwischen Schmerzleiden und Depression führt aus invalidenversicherungsrechtlicher Sicht nicht (mehr) grundsätzlich zur Bedeutungslosigkeit der depressiven Erkrankung (BGE 141 V 281 E. 4.3.1.1). Vor diesem Hintergrund erübrigt sich eine nähere Auseinandersetzung mit der Argumentation der Beschwerdegegnerin (zur intertemporalrechtlichen Problematik von im Zeitpunkt der Praxisänderung bereits bestehenden Gutachten vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C\_195/2015 vom 24. November 2015 E. 3.2.3).

3.3 Vorliegend ist zunächst entscheidend, dass Dr. K.\_\_\_\_ die quantitative Einschränkung der für die angestammte und für leidensangepasste Tätigkeiten bestehenden Arbeitsunfähigkeit einzig mit dem depressiven Leidensbild (leichte bis mittelgradige depressive Episode, IV-act. 76, S. 43) begründet. Die von ihr im Verdacht diagnostizierte posttraumatische Belastungsstörung steht bezüglich Arbeitsunfähigkeit wohl im Hintergrund, und die ebenfalls diagnostizierte anhaltende somatoforme Schmerzstörung hat keine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit und begründet dementsprechend keine quantitative Einschränkung (IV-act. 76, S. 38 und 43; vgl. auch orthopädisches Teilgutachten von Dr. L.\_\_\_\_: das Problem der Beschwerdeführerin liegt in der gestörten Schmerzverarbeitung, die mit somatischen Massnahmen nicht angegangen werden kann; die geklagten Beschwerden liessen sich durch die



objektiven Befunde nicht vollständig erklären, IV-act. 76, S. 26 und – mit Verweis auf das Gutachten von Dr. H.\_\_\_\_ – S. 24). Folglich ist die Erheblichkeit der leichten bis mittelschweren depressiven Episode zu prüfen. Vorab ist festzuhalten, dass die Beschwerdeführerin nach Lage der Akten entgegen der Bezeichnung „Episode“ gemäss Gutachten von Dr. K.\_\_\_\_ seit längerer Zeit an einer depressiven Erkrankung leidet; von einem bloss vorübergehenden Geschehen kann somit nicht die Rede sein.

3.3.1 Grundsätzlich bedarf es nach der bundesgerichtlichen Rechtsprechung für die Annahme eines invalidisierenden Gesundheitsschadens einer fachärztlichen, lege artis auf die Vorgaben eines Klassifikationssystems abgestützten Diagnose. Im Rahmen der freien Beweiswürdigung darf sich dabei die Verwaltung – und im Streitfall das Gericht – weder über die den beweisrechtlichen Anforderungen genügenden medizinischen Tatsachenfeststellungen hinwegsetzen noch sich die ärztlichen Einschätzungen und Schlussfolgerungen zur (Rest-)Arbeitsfähigkeit unbesehen ihrer konkreten sozialversicherungsrechtlichen Relevanz und Tragweite zu eigen machen. Die rechtsanwendenden Behörden haben mit besonderer Sorgfalt zu prüfen, ob die ärztliche Einschätzung der Arbeitsunfähigkeit auch invaliditätsfremde Gesichtspunkte (insbesondere psychosoziale und soziokulturelle Belastungsfaktoren) mitberücksichtigt, die vom sozialversicherungsrechtlichen Standpunkt aus unbeachtlich sind. Wo psychosoziale Einflüsse das Bild prägen, ist bei der Annahme einer rentenbegründenden Invalidität Zurückhaltung geboten (Urteil des Bundesgerichts 9C\_1041/2010 vom 30. März 2011 E. 5.1 mit Hinweisen). Nach der höchstrichterlichen Rechtsprechung kann auch die Diagnose einer mittelschweren depressiven Episode eine Invalidität begründen (Urteile des Bundesgerichts 9C\_1041/2010 vom 30. März 2011 E. 5.2, und 9C\_980/2010 E. 5.3).

3.3.2 Dr. K.\_\_\_\_ hat in ihrem Gutachten vom 23. August 2013 festgehalten, die Explorandin wirke resigniert und verbittert – einerseits auf Grund der anhaltenden Schmerzsymptomatik, andererseits auf Grund der psychischen Problematik mit Ängsten, depressiven Symptomen und Flashbacks vom Unfall, wobei der späte Beginn ein Jahr nach dem Unfall, das fehlende Vermeidungsverhalten und die nicht explizit vom Unfall handelnden Alpträume untypisch seien. Betreffend die Schmerzproblematik klagt die Explorandin über andauernde, schwere und quälende Schmerzen, die durch einen physiologischen Prozess oder eine körperliche Störung nicht vollständig zu



erklären seien. Es lägen emotionale Konflikte und psychosoziale Belastungen vor, welche schwerwiegend genug seien, um als ursächliche Faktoren gelten zu können. Somit kann davon ausgegangen werden, dass psychosoziale Belastungsfaktoren einen wesentlichen Einfluss auf das depressive Krankheitsgeschehen haben, obwohl die Gutachterin nicht näher ausführt, um welche Belastungen es sich handelt. Wie konsequent die Depressionsbehandlung ist, lässt sich den Berichten des Dr. I.\_\_\_\_ nicht entnehmen (vgl. aber die Angaben der Beschwerdeführerin gegenüber Dr. K.\_\_\_\_, IV-act. 76, S. 32). Die von Dr. K.\_\_\_\_ erwähnten Aggravations- bzw. Simulationstendenzen hat diese bei der Bestimmung der Auswirkungen der depressiven Störung auf die Arbeitsfähigkeit berücksichtigt (vgl. IV-act. 76, S. 38: die Ergebnisse der Leistungstests und der klinischen Verfahren seien unter Berücksichtigung der deutlichen Hinweise auf Aggravations- und Simulationstendenzen zu interpretieren).

3.3.3 Ins Gewicht fällt schliesslich, dass der RAD-Arzt Dr. O.\_\_\_\_ die gutachterliche Einschätzung ausdrücklich als umfassend, widerspruchsfrei und nachvollziehbar bezeichnet hat, worauf entscheiderelevant abzustellen sei (IV-act. 77, S. 2). Diese Einschätzung bestätigen die übrigen medizinischen Akten: Dr. G.\_\_\_\_ bescheinigte im Jahr 2011 eine psychisch bedingte Arbeitsunfähigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt von 30-50 % (IV-act. 26, S. 5); seitherige grosse, nicht bloss vorübergehende Verschlechterungen des Gesundheitszustandes aus psychiatrischer Sicht sind aus den Akten nicht ersichtlich. Im Ergebnis erscheint eine Arbeitsunfähigkeit von 40 % als plausibel.

4.

Es ist in der Folge im Rahmen eines Einkommensvergleichs basierend auf einer Arbeitsunfähigkeit von 40 % der Invaliditätsgrad zu bestimmen. Die Parteien haben sich dazu nicht geäussert.

4.1 Vorweg ist die Höhe des Valideneinkommens zu bestimmen.

4.1.1 Gemäss Art. 16 ATSG richtet sich das Valideneinkommen danach, was eine versicherte Person erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre. Massgebend für das Valideneinkommen ist, was die versicherte Person auf Grund ihrer beruflichen



Fähigkeiten und persönlichen Umstände nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit im massgebenden Zeitpunkt des allfälligen Rentenbeginns verdient hätte. Bei der Bestimmung dieses zuletzt erzielten Einkommens sind sämtliche Erwerbseinkommen (etwa auch Nebeneinkünfte) oder regelmässig geleistete Überstunden, für die eine AHV-Beitragspflicht besteht, zu berücksichtigen. Es kann bei der Ermittlung des hypothetischen Valideneinkommens aber nur relevant sein, was grundsätzlich zum massgebenden Lohn gemäss Bundesgesetz über die Alters –und Hinterlassenenversicherung (AHVG; SR 831.10) zu zählen wäre (Urteil des Bundesgerichts 8C\_465/2009 vom 12. Februar 2010 E. 2.1).

4.1.2 Der Rentenanspruch entsteht gemäss Art. 29 Abs. 1 IVG frühestens nach Ablauf von sechs Monaten nach Geltendmachung des Leistungsanspruchs nach Art. 29 Abs. 1 ATSG. Vorliegend ist die IV-Anmeldung am 19. August 2011 erfolgt (vgl. IV-act. 1), ein Rentenanspruch würde somit frühestens ab 1. Februar 2012 bestehen.

4.1.3 Für die Bestimmung des Valideneinkommens wird grundsätzlich am zuletzt erzielten, nötigenfalls der Teuerung und der realen Einkommensentwicklung angepassten Verdienst angeknüpft, da erfahrungsgemäss die bisherige Tätigkeit ohne Gesundheitsschaden fortgesetzt worden wäre (BGE 139 V 28 E. 3.3.2; 125 V 58 E. 3.1; Urteile des Bundesgerichts 8C\_590/2014 vom 18. März 2015 E. 5.1; 8C\_196/2013 vom 21. August 2013 E. 3.1). Dies rechtfertigt sich auch hier, zumal das Einkommen des Jahres 2011 zuverlässig bekannt ist und davon auszugehen ist, dass die Beschwerdeführerin die bisherige Tätigkeit ohne Gesundheitsschaden weiterhin ausgeübt hätte, wenn sie nicht invalid geworden wäre. Die Beschwerdeführerin erzielte im Jahr 2011 ein Jahreseinkommen von Fr. 57'975.45 (Fr. 4'459.65 x 13; vgl. IV-act. 16, S. 2, und zum Beschäftigungsgrad IV-act. 1, S. 4). Aus den Angaben der Arbeitgeberin ergibt sich nicht, dass die Beschwerdeführerin regelmässig weitere Zulagen erhalten hat, die bei der Ermittlung des Valideneinkommens zu berücksichtigen sind (vgl. IV-act. 16, S. 2; bei dem von der Beschwerdeführerin anlässlich der IV-Anmeldung angegebenen Monatslohn in Höhe von Fr. 3'799.-- dürfte es sich um den Nettolohn handeln, vgl. IV-act. 1, S. 4). Unter Berücksichtigung der Nominallohnentwicklung (Bundesamt für Statistik, Lohnentwicklung 2011 und 2012, + 1 % Frauen) ergibt sich für das Jahr 2012 ein mutmassliches Jahreseinkommen von Fr. 58'555.-- (Fr. 57'975.45 x 1.01).



4.2 Für die Bestimmung des Invalideneinkommens ist primär von der beruflich-erwerblichen Situation auszugehen, in der die versicherte Person konkret steht, sofern kumulativ besonders stabile Arbeitsverhältnisse gegeben sind und anzunehmen ist, dass die versicherte Person die ihr verbleibende Leistungsfähigkeit in zumutbarer Weise voll ausschöpft und das Einkommen aus der Arbeitsleistung angemessen und nicht als Soziallohn erscheint. Ist kein solches tatsächlich erzieltetes Erwerbseinkommen gegeben, namentlich weil die versicherte Person nach Eintritt des Gesundheitsschadens keine oder jedenfalls keine an sich zumutbare neue Erwerbstätigkeit aufgenommen hat, so ist auf Erwerbstätigkeiten abzustellen, die der versicherten Person nach zumutbarer Behandlung und allfälliger Eingliederung angesichts ihrer Ausbildung und ihrer physischen sowie intellektuellen Eignung zugänglich wären. Rechtssprechungsgemäss werden hierzu die Tabellenlöhne gemäss der vom Bundesamt für Statistik periodisch herausgegebenen Lohnstrukturerhebung (LSE) herangezogen (BGE 129 V 472 E. 4.2.1).

4.2.1 Die Beschwerdeführerin ist nicht mehr arbeitstätig. Damit schöpft sie die ihr zumutbare Leistungsfähigkeit von 60 % gemäss gutachterlicher Feststellung nicht aus, weshalb als Grundlage für die Bemessung des Invalideneinkommens auf den statistischen Hilfsarbeiterinnenlohn abzustellen ist. Dieser beträgt für das Jahr 2012 bei einer durchschnittlichen Arbeitszeit von 41.7 Stunden/Woche Fr. 51'441.-- (Tabelle TA1, vgl. Anhang 2 der IVG-Ausgabe der Informationsstelle AHV/IV, Ausgabe 2015).

4.2.2 Hinsichtlich der Höhe eines allfälligen Tabellenlohnabzugs äussern sich die Parteien nicht. Nach der Rechtsprechung hängt die Frage, ob und in welchem Ausmass Tabellenlöhne herabzusetzen sind, von sämtlichen persönlichen und beruflichen Umständen des konkreten Einzelfalls ab (etwa leidensbedingte Einschränkung, Alter und Beschäftigungsgrad), die nach pflichtgemäßem Ermessen gesamthaft zu schätzen sind, wobei der maximal zulässige Abzug auf 25 % festzusetzen ist. Eine schematische Vornahme des Tabellenlohnabzugs ist unzulässig (BGE 126 V 75 E. 5b; 129 V 472 E. 4.2.3 mit Hinweisen). Vorliegend steht die Beschwerdeführerin noch nicht im fortgeschrittenen Alter und sie verfügt bis zum Erreichen des AHV-Rentenalters noch über eine lange Aktivzeit. Angesichts der nicht erheblichen qualitativen Einschränkungen an eine Verweistätigkeit (körperlich leichte bis gelegentlich mittelschwere Tätigkeiten mit Heben und Tragen von Lasten bis 10 kg



ohne Zwangspositionen der Wirbelsäule, namentlich keine häufigen In- oder Reklinationsbewegungen und ohne Überkopfarbeiten, zeitlich flexible Tätigkeiten ohne permanenten Zeit- und Termindruck, ohne besondere Anforderungen an das Umstellungs- und Anpassungsvermögen in einer wohlwollenden und konfliktarmen Arbeitsatmosphäre, vgl. IV-act. 76, S. 45) erscheint ein Abzug nicht gerechtfertigt. Es resultieren somit ein Invalideneinkommen von Fr. 30'865.-- (Fr. 51'441.-- x 0.60), eine Erwerbseinbusse von Fr. 27'690.-- (Fr. 58'555 -- Fr. 30'865.--) und ein Invaliditätsgrad von abgerundet 47 % ( $[(Fr. 27'690.-- / Fr. 58'555.--)] \times 100$ ), womit die Beschwerdeführerin Anspruch auf eine Viertelsrente hat.

4.3 Seit dem Unfall am 23. April 2010 ist bis 12. Dezember 2010 eine ganze oder teilweise Arbeitsunfähigkeit dokumentiert, danach erst wieder ab 27. April 2011 (vgl. das Attest von Dr. B.\_\_\_\_ vom 11. August 2011, IV-act. 2-2; die Anmeldung zum Krankentaggeldbezug erfolgte offenbar erst im Juni 2011, vgl. den Ausdruck aus dem elektronischen Fallführungssystem der Krankentaggeldversicherung, bei den Fremdakten, G 6.1). Die Behandlung der psychischen Beeinträchtigung begann erst nach diesem Datum (vgl. IV-act. 76-36). Das Wartejahr (vgl. Art. 28 Abs. 1 IVG) begann folglich erst am 27. April 2011 zu laufen und war am 26. April 2012 vollendet. Damit beginnt der Rentenanspruch am 1. April 2012 (vgl. Art. 29 Abs. 3 IVG).

5.

5.1 Nach dem Gesagten erweist sich die angefochtene Verfügung als rechtswidrig und ist deshalb in teilweiser Gutheissung der Beschwerde aufzuheben. Der Beschwerdeführerin ist mit Wirkung ab 1. April 2012 eine Viertelsrente zuzusprechen. Zur Festsetzung und Ausrichtung der Rentenleistung ist die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen.

5.2 Das Beschwerdeverfahren ist kostenpflichtig. Die gemäss Art. 69 Abs. 1<sup>bis</sup> IVG nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- zu bestimmenden und in Fällen wie dem vorliegenden praxisgemäss auf Fr. 600.-- festzusetzenden Gerichtskosten sind vollumfänglich der Beschwerdegegnerin aufzuerlegen (vgl. betreffend Überklagung etwa das Urteil des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen IV 2009/459 vom 19. Dezember 2011 E.



5.2 f.). Der von der Beschwerdeführerin geleistete Kostenvorschuss in der Höhe von Fr. 600.-- ist ihr zurückzuerstatten.

5.3 Gemäss Art. 61 lit. g ATSG hat die obsiegende beschwerdeführende Partei Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Die Parteientschädigung wird vom Versicherungsgericht festgesetzt und ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache und nach der Schwierigkeit des Prozesses bemessen. In der Verwaltungsrechtspflege beträgt das Honorar vor Versicherungsgericht nach Art. 22 Abs. 1 lit. b HonO (sGS 963.75) pauschal Fr. 1'000.-- bis Fr. 12'000.--. Der Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin hat keine Honorarnote eingereicht. In Berücksichtigung seines mutmasslichen Aufwands für lediglich eine kurze Rechtsschrift ist die Parteientschädigung ermessensweise auf Fr. 2'500.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) festzusetzen.

### Entscheid

im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP

1.

In teilweiser Gutheissung der Beschwerde wird die Verfügung vom 19. November 2013 aufgehoben. Der Beschwerdeführerin wird mit Wirkung ab 1. April 2012 eine Viertelsrente zugesprochen. Zur Festsetzung und Ausrichtung der Rentenleistung wird die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen.

2.

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

3.

Die Beschwerdegegnerin hat der Beschwerdeführerin eine Parteientschädigung von Fr. 2'500.-- (einschliesslich Barauslagen und Mehrwertsteuer) zu bezahlen.