



**Fall-Nr.:** IV 2015/222  
**Stelle:** Versicherungsgericht  
**Rubrik:** IV - Invalidenversicherung  
**Publikationsdatum:** 06.05.2020  
**Entscheiddatum:** 27.10.2017

### **Entscheid Versicherungsgericht, 27.10.2017**

**Art. 7 ATSG; Art. 16 ATSG; Art. 28 IVG: Gemäss einem Gutachten, welches nach der inzwischen revidierten bundesgerichtlichen Rechtsprechung zu somatoformen Leiden erstattet wurde, besteht aufgrund einer Schmerzstörung und einer daraus entstandenen leichten bis mittelgradigen depressiven Episode eine Arbeitsunfähigkeit von durchschnittlich 25 %. Das Gutachten berücksichtigt die nach neuer Rechtsprechung massgeblichen Indikatoren hinreichend und ist deshalb auch nach geänderter Rechtsprechung beweistauglich (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 27. Oktober 2017, IV 2015/222).**

**Entscheid vom 27. Oktober 2017**

Besetzung

Versicherungsrichterinnen Marie-Theres Rüegg Haltinner (Vorsitz),

Michaela Machleidt Lehmann und Versicherungsrichter Joachim

Huber; Gerichtsschreiberin Beatrix Zahner

Geschäftsnr.

IV 2015/222

Parteien

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

**Beschwerdeführerin,**



## St.Galler Gerichte

vertreten durch Rechtsanwalt Mark A. Glavas, MLaw, Advokatur Glavas AG,  
Dorfstrasse 33, 9313 Muolen,

gegen

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

**Beschwerdegegnerin,**

Gegenstand

**Rente**

**Sachverhalt**

A.

A.a A.\_\_\_\_ meldete sich am 13. September 2013 wegen starker Krämpfe an den Händen sowie Gelenk- und Schulterschmerzen zum Bezug von Leistungen der Invalidenversicherung (IV) an (IV-act. 1). Zuvor war sie seit dem 15. Oktober 1992 zu 100 % als Näherin bei der B.\_\_\_\_ AG erwerbstätig gewesen (Angaben der Arbeitgeberin vom 15. Oktober 2013, IV-act.5-1 ff.). Die Stelle war ihr aus betrieblich strukturellen Gründen am 16. Mai 2013 per 31. August 2013 gekündigt worden (Kündigungsschreiben, IV-act. 5-7), worauf sie bis zum 30. Juni 2013 zu 50 % und ab 1. Juli 2013 zu 100 % arbeitsunfähig geschrieben worden war (Arztzeugnisse Dr.med. C.\_\_\_\_, Allgemeine Medizin FMH, vom 17. Mai, 28. Mai, 7. August und 12. September 2013 (Fremdakten, act. G 3.2).

A.b Dr.med. D.\_\_\_\_, Facharzt Physikalische Medizin und Rehabilitation sowie Rheumatologie (Bericht vom 31. Mai 2013, Fremdakten, act. G 3.2), Dr.med. E.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Neurologie (Bericht vom 26. August 2013, Fremdakten, act. G 3.2) sowie Dr.med. F.\_\_\_\_, Fachärztin für Rheumatologie (Bericht vom 4. September 2013, Fremdakten, act. G 3.2) konnten keine wesentlichen die Beschwerden erklärenden Befunde erheben; ein MR HWS vom 8. August 2013 zeigte einen Normalbefund (Fremdakten, act. G 3.2).



A.c Im Auftrag des Krankentaggeldversicherers wurde die Versicherte bidisziplinär (orthopädisch/psychiatrisch) durch Dr.med. G.\_\_\_\_, Orthopädie und Traumatologie des Bewegungsapparates FMH, und Dr.med. H.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, begutachtet (Gutachten vom 18. und 19. September 2013). Die orthopädische Expertin diagnostizierte (1.) rezidivierende Beschwerden thoracal dorsal am unteren Scapularand rechts mit pseudoradikulären Schmerzausstrahlungen in den rechten Arm, (2.) eine Fehlstatik der Wirbelsäule, eine Haltungsinsuffizienz, einen muskulären Hartspann und eine deutlich verschmächtigte Rumpfmuskulatur, vornehmlich thoracal, eine beidseits verkürzte Ischiokruralmuskulatur ohne Dehnungsschmerzen sowie (3.) eine Epicondylitis humeri ulnaris beidseits. Sie führte aus, beklagt würden Beschwerden, ausstrahlend vom Bereich der Brustwirbelsäule rechts/thoracal in den rechten Arm, die seit sechs Jahren bestünden. Die Versicherte hätte immer wieder konservative Therapiemassnahmen erhalten, auch mit Spritzenanwendungen. Sie sei nicht in der Lage zu erklären, wie sich die Beschwerden verändert hätten, so dass sie seit Mai 2013 eine Arbeitsunfähigkeit bewirken würden. Die orthopädische Untersuchung ergebe altersentsprechende Befunde der Wirbelsäule wie auch der grossen/kleinen Gelenke der oberen/unteren Extremitäten. Ein nervenwurzelbezogenes neurologisches Defizit liege nicht vor. Aus orthopädischer Sicht lasse sich die jetzt bestehende Arbeitsunfähigkeit nicht begründen. Die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Näherin mit Pensum 100 % könne ab sofort in vollem Umfang verrichtet werden. Bezogen auf den allgemeinen Arbeitsmarkt ergebe sich für körperlich leichte und mittelschwere Tätigkeiten ein volles Arbeitsvermögen ohne Einbussen der Leistungsfähigkeit (Fremdakten, act. G 3.2). Der psychiatrische Gutachter erhob als Diagnosen eine leichte depressive Reaktion/Anpassungsstörung auf Kündigung der Arbeitsstelle und chronisches Schmerzsyndrom (ICD-10: F43.21) sowie den Verdacht auf eine somatoforme Schmerzverarbeitungsstörung (ICD-10: F45.4). Weiter legte er dar, es seien alle diagnostischen Kriterien einer somatoformen Schmerzstörung erfüllt. Psychiatrischerseits könnten die beklagten depressiven Symptome objektiviert werden, es bestehe jedoch eine Diskrepanz zwischen dem Ausmass der empfundenen Traurigkeit, Enttäuschung und Schmerzen (im Sinne einer leichten depressiven Reaktion auf die Kündigung) und dem subjektiv massiv erlebten Antriebsmangel (Unfähigkeit, etwas zu tun im Haushalt, Passivität und Schmerzwahrnehmung etc.), so dass der dringende Verdacht einer somatoformen



Schmerzverarbeitungsstörung vorliege (bzw. bestätigt werden könne). Da es sich um ein reaktives Geschehen handle, sei prognostisch von einer guten Behandelbarkeit der Depression auszugehen. Hingegen sei die Somatozentriertheit des Krankheitsmodells im Rahmen der somatoformen Schmerzverarbeitung prognostisch heikler, da die Versicherte nicht das psychosomatische Geschehen im Sinne einer Symptomverstärkung bisher in Betracht ziehe, sondern einzig von einer somatischen Ursache ausgehe und dabei sogar "etwas Schlimmes" befürchte, nämlich Krebs. Dies müsse im Rahmen einer psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung dringend proedukativ aufgelöst werden. Aus rein psychiatrischer Sicht bestehe aufgrund der aktuell leichten depressiven Reaktion in jeglicher Tätigkeit eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von maximal 30 %. Nach erfolgreicher Therapie sei wieder von einer 100 %igen Arbeitsfähigkeit auszugehen (Fremdakten, act. G 3.2).

A.d Mit Vorbescheid vom 5. November 2013 stellte die IV-Stelle der Versicherten in Aussicht, die Leistungsbegehren auf berufliche Massnahmen und Renten abzuweisen, da keine relevante Arbeitsunfähigkeit vorliege (IV-act. 18).

A.e Dr. C.\_\_\_\_ bestätigte gegenüber der IV-Stelle am 10. Dezember 2013, dass die Versicherte

wegen schwerer Depression zu 100 % arbeitsunfähig und in Behandlung bei Dr.med. I.\_\_\_\_, Psychiatrie und Psychotherapie FMH in J.\_\_\_\_ sei (IV-act. 23-1). Dieser bestätigte am 15. Januar 2014, die Versicherte befinde sich seit dem 13. Januar 2014 in der integrativen psychosomatischen Rehabilitation und sei bis zu deren Ende 100 % arbeitsunfähig (IV-act. 23-2).

A.f Vom 12. März bis 8. April 2014 erfolgte eine psychosomatische Rehabilitation in der Klinik K.\_\_\_\_. Dabei wurde eine mittelgradige depressive Episode mit somatischem Syndrom diagnostiziert (ICD-10: F32.11). Im Austrittsbericht vom 12. Mai 2014 wurde ausgeführt, es sei nicht gelungen, die Versicherte vom Thema Schmerz wegzulenken. Die Verständigung sei durch die mangelnden Deutschkenntnisse der Versicherten erschwert gewesen. Während des Aufenthaltes sei kurzzeitig eine leichte Aufhellung der depressiven Stimmung wahrnehmbar gewesen, die sich jedoch gegen Ende des Aufenthaltes wieder verflüchtigt habe. In Bezug auf die Schmerzproblematik habe keine



Veränderung auf kognitiver und Verhaltensebene erarbeitet werden können. Die Versicherte habe den Schmerz als während des ganzen Aufenthaltes gleichbleibend beschrieben. Unter Erhöhung der Dosis von Lyrica und zusätzlicher Verordnung von Sequase habe sich der Schlaf gebessert. Die Medikation habe auf die chronischen Schmerzen keinen Einfluss gehabt (IV-act. 30-1 ff.).

A.g Der Krankentaggeldversicherer beauftragte Dr. G.\_\_\_\_ und Dr. H.\_\_\_\_ mit Verlaufsbeurteilungen. Erstere hielt am 27. Mai 2014 fest, für körperlich leichte Tätigkeiten mit vorzugsweise wechselnder Ausgangslage ergebe sich ab sofort ein volles Arbeitsvermögen. Auf Dauer würden sich keine qualitativen Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit ergeben, weil alle Funktionen der Gelenke und der Wirbelsäule frei und erhalten seien. Möglicherweise sei es in den letzten Jahren durch die einseitige Tätigkeit als Näherin zu einer Überforderung gekommen, die jetzt den Krankheitsprozess fördere. Eine ähnliche Tätigkeit mit monotoner Belastung solle auf Dauer nicht mehr verrichtet werden. Aus orthopädischer Sicht sei die Versicherte auf dem freien Arbeitsmarkt vermittelbar (Fremdakten, act. G 3.2). Dr. H.\_\_\_\_ erhob am 28. Mai 2014 als Diagnosen eine somatoforme Schmerzstörung (ICD-10: F45.4) und eine Anpassungsstörung mit Depression und Wut als Reaktion auf die Kündigung der Arbeitsstelle sowie das chronische Schmerzsyndrom (ICD-10: F43.23). Es bestünden deutliche Hinweise auf eine Zunahme und Fixierung der somatoformen Schmerzverarbeitungsstörung. Die subjektiv beklagten Beschwerden könnten nur teilweise objektiviert werden. Das Ergebnis der testpsychologischen Untersuchung entspreche einer mittelschweren Depression, was eher eine stärkere depressive Symptomatik widerspiegeln, als sie in der klinischen Untersuchung spürbar geworden sei. Zudem liege eine aggravierende und demonstrative Symptompräsentation vor sowie ein auffallend passives Coping mit extremem Schon- und Vermeidungsverhalten, sozialem Rückzug und vollkommener Inaktivität. Aus rein psychiatrischer Sicht bestehe bei der Versicherten aufgrund der leichten affektiven Störung maximal eine Reduktion der Leistungsfähigkeit und Arbeitsfähigkeit von 20 % bis 30 % (Fremdakten, act. G 3.2).

A.h Die IV-Stelle erliess am 30. September 2014 die Mitteilung, sie weise das Leistungsbegehren um berufliche Massnahmen ab, da sich die Versicherte aus gesundheitlichen Gründen nicht in der Lage fühle, an beruflichen



## St.Galler Gerichte

Eingliederungsmassnahmen mitzuwirken (IV-act. 45). Mit Vorbescheid vom 27. Februar 2015 stellte sie der Versicherten in Aussicht, das Rentenbegehren abzuweisen (IV-act. 59). Hiergegen liess die Versicherte am 17. April 2015/15. Mai 2015) Einwand erheben (IV-act. 62-1 ff.; IV-act. 64-1 ff.).

A.i Mit Verfügung vom 9. Juni 2015 wies die IV-Stelle das Rentenbegehren der Versicherten ab. Eine somatoforme Schmerzstörung oder ein sonstiger vergleichbarer pathogenetisch ätiologisch unklarer syndromaler Zustand zusammen mit einer psychiatrischen Begleiterkrankung schränkten nur dann die Arbeitsfähigkeit ein, wenn eine psychische Komorbidität von erheblicher Schwere, Ausprägung und Dauer vorliege. Bei der diagnostizierten Anpassungsstörung mit Depression und Wut handle es sich um eine reaktive Begleiterscheinung zur Schmerzstörung mit leichtem Ausmass. Eine solche Diagnose stelle von vornherein keine Komorbidität dar, weil kein von depressiven Verstimmungszuständen klar unterscheidbarer verselbständigter und pathologischer Gesundheitsschaden vorliege. Es sei unzweifelhaft, dass sich das psychische Beschwerdebild aus dem syndromalen Leiden bzw. dem Schmerzgeschehen reaktiv ableite. Ein Leidensabzug sei nicht geschuldet, da eine volle Arbeitsfähigkeit vorliege (IV-act. 65).

B.

B.a Gegen die Verfügung vom 9. Juni 2015 lässt A.\_\_\_\_, vertreten durch Rechtsanwalt M. Glavas, MLaw, am 7. Juli 2015 Beschwerde erheben. Die angefochtene Verfügung sei unter Kosten- und Entschädigungsfolgen aufzuheben, und es sei ihr mindestens eine Viertelsinvalidenrente auszurichten. Eventualiter sei die angefochtene Verfügung aufzuheben und das Verfahren zu sistieren, bis die Begutachtung nach neuen Richtlinien der zuständigen medizinischen Fachgesellschaften erfolgen könne. Die Beschwerdeführerin hätte im Sinne der neuen Rechtsprechung (zu den somatoformen, unklaren Beschwerdebildern) das Verfahren sistieren müssen. Gestützt auf die Berichte von Dr. I.\_\_\_\_ sei von einer Arbeitsfähigkeit von 70 % auszugehen. Insgesamt rechtfertige sich ein Leidensabzug von 25 %. Somit habe die Beschwerdeführerin Anspruch auf eine Invalidenrente (act. G 1).



B.b Die Abteilungspräsidentin ersucht die Beschwerdegegnerin am 13. Juli 2015 um Mitteilung bis 24. August 2015, ob sie die angefochtene Verfügung unter den gegebenen Umständen in Wiedererwägung ziehe bzw. um eine ergänzende, der geänderten Rechtsprechung Rechnung tragende Begründung (act. G 2).

B.c Mit Beschwerdeantwort vom 14. August 2015 beantragt die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde. Beruhe die Leistungseinschränkung auf Aggravation oder einer ähnlichen Konstellation, liege regelmässig keine versicherte Gesundheitsschädigung vor. Angesichts der in sich schlüssigen und nachvollziehbaren gutachterlichen Feststellungen könne nicht davon gesprochen werden, die Diskrepanzen zwischen den geltend gemachten Beschwerden und den erhobenen effektiven Befunden bewegten sich noch im Rahmen dessen, was als blosser Verdeutlichung zu bezeichnen wäre. Hinzu komme, dass die Schmerzstörung und die reaktive Anpassungsstörung mit Depression und Wut durch das passive und inadäquate Verhalten der Beschwerdeführerin unterhalten würden. Das Beschwerdebild sei offensichtlich von Selbstlimitierung, offensichtlichem sekundärem Krankheitsgewinn und erheblichen Diskrepanzen zwischen Testergebnissen und objektiven Befunden geprägt, wofür sich keine psychiatrische Erklärung finden lasse. Unter diesen Umständen sei ein Ausschlussgrund gegeben, der die Annahme einer rentenauslösenden Gesundheitsbeeinträchtigung verbiete. Dadurch erübrige sich die Durchführung eines strukturierten Beweisverfahrens nach den massgeblichen Standardindikatoren (act. G 3).

B.d Mit Replik vom 16. September 2015 lässt die Beschwerdeführerin erneut beantragen, es sei ihr mindestens eine Viertelsinvalidenrente auszurichten. Zusätzlich stellt sie den Eventualantrag, die Beschwerdegegnerin sei zu verpflichten, eine polydisziplinäre Begutachtung in Auftrag zu geben, worauf ein strukturiertes Beweisverfahren durchzuführen sei. Das BSV habe inzwischen an die geänderte Rechtsprechung angepassten Begutachtungsrichtlinien erlassen. Das (psychiatrische) Gutachten von Dr. H.\_\_\_\_ sei nicht schlüssig, nachdem dieser Experte seinen eigenen testpsychologischen Untersuchungen nicht vertraut habe. Die psychischen Beschwerden der Beschwerdeführerin seien deutlich ausgeprägter, als dies Dr. H.\_\_\_\_ und die Beschwerdegegnerin anerkennen möchten. Auch wenn nun der Gutachter eine gewisse Verdeutlichung der Beschwerden festgestellt habe, müsse dies im



Zusammenhang mit der psychischen Erkrankung gesehen werden. Es liege eine IV-relevante Gesundheitsschädigung vor, weshalb nach der Einholung einer korrekten polydisziplinären Abklärung ein strukturiertes Beweisverfahren durchgeführt werden müsse (act. G 6).

B.e Die Beschwerdegegnerin verzichtet auf eine Duplik (act. G 8).

### Erwägungen

1.

1.1 Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) umschreibt Invalidität als voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit. Erwerbsunfähigkeit ist der durch die gesundheitliche Beeinträchtigung verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende 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 nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG).

1.2 Nach Art. 28 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG; SR 831.20) haben Versicherte Anspruch auf Rente, wenn sie ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a), während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig gewesen sind (lit. b) und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid sind (lit. c). Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % besteht Anspruch auf eine Viertelsrente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % auf eine halbe Rente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 60 % auf eine Dreiviertelsrente und ab einem Invaliditätsgrad von mindestens 70 % auf eine ganze Invalidenrente (Art. 28 Abs. 2 IVG). Für die Bestimmung des Invaliditätsgrades 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 (Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Valideneinkommen, Art. 16 ATSG).

1.3 Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist (BGE 125 V 261 E. 4 mit Hinweisen). Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Expertin oder des Experten begründet sind (BGE 125 V 352 E. 3a mit Hinweisen; BGE 141 V 14 E. 6.3.1). Im Sinne einer Richtlinie ist den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten Gutachten von externen Spezialärzten und -ärztinnen, welche aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 137 V 227 E. 1.3.4; BGE 125 V 353 E. 3b/bb).

1.4 Im Sozialversicherungsrecht gilt der Untersuchungsgrundsatz. Verwaltung und Sozialversicherungsgericht haben von sich aus für die richtige und vollständige Abklärung des rechtserheblichen Sachverhaltes zu sorgen (BGE 122 V 158 E. 1a). Rechtserheblich sind alle Tatsachen, von deren Vorliegen es abhängt, ob über den streitigen Anspruch so oder anders zu entscheiden ist. In diesem Rahmen haben Verwaltungsbehörden und das Sozialversicherungsgericht zusätzliche Abklärungen stets dann vorzunehmen oder zu veranlassen, wenn hierzu aufgrund der Parteivorbringen oder anderer sich aus den Akten ergebenden Anhaltspunkte



hinreichender Anlass besteht (BGE 117 V 282 E. 4a). Im Sozialversicherungsrecht hat das Gericht seinen Entscheid, sofern das Gesetz nicht etwas Abweichendes vorsieht, nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu fällen (BGE 126 V 360 E. 5b; BGE 125 V 195 E. 2, je mit Hinweisen).

2.

2.1 Medizinische Grundlage der angefochtenen Verfügung bilden die Beurteilungen von Dr. H.\_\_\_\_ vom 19. September 2013 und vom 28. Mai 2014 sowie von Dr. G.\_\_\_\_ vom 18. September 2013 und vom 27. Mai 2014.

2.2 In somatischer Hinsicht hielt Dr. G.\_\_\_\_ seit sechs Jahren bestehende Beschwerden in der Hals- und Brustwirbelsäule rechts betont mit Ausstrahlung in den rechten Arm sowie gemäss Akten Schmerzen und Krämpfe in den Händen fest (Gutachten vom 18. September 2013, Fremdakten act., G 3.2, S. 2). Sie diagnostizierte unter anderem (1.) rezidivierende Beschwerden thoracal dorsal am unteren Scapularand rechts mit pseudoradikulären Schmerzausstrahlungen in den rechten Arm, (2.) eine Fehlstatik der Wirbelsäule, eine Haltungsinsuffizienz, einen muskulären Hartspann und eine deutlich verschmächtigte Rumpfmuskulatur, vornehmlich thoracal, eine beidseits verkürzte Ischiokruralmuskulatur ohne Dehnungsschmerzen sowie (3.) eine Epicondylitis humeri ulnaris beidseits. Die orthopädische Untersuchung ergebe altersentsprechende Befunde der Wirbelsäule und der grossen/kleinen Gelenke der oberen/unteren Extremitäten. Ein nervenwurzelbezogenes neurologisches Defizit liege nicht vor. Aus orthopädischer Sicht lasse sich die jetzt bestehende Arbeitsunfähigkeit nicht begründen (Gutachten vom 18. September 2013, Fremdakten act. G 3.2, S. 6 ff.). Im Gutachten vom 27. Mai 2014 führte sie ergänzend aus, für körperlich leichte Tätigkeiten ergebe sich ab sofort ein volles Arbeitsvermögen. Möglicherweise sei es bei der Arbeit als Näherin zu einer Überforderung durch einseitige Tätigkeit mit Schmerzen gekommen, die jetzt den Krankheitsprozess fördere. Eine ähnliche Tätigkeit mit monotoner Belastung solle auf Dauer nicht mehr verrichtet werden. Aus orthopädischer Sicht sei die Versicherte auf dem freien Arbeitsmarkt vermittelbar (Fremdakten, act. G 3.2, S. 6. ff.). Diese Beurteilung erscheint anhand der Vorbefunde nachvollziehbar: Dr.med. D.\_\_\_\_ hatte in seinem Bericht vom 31. Mai 2013 festgehalten, im Vordergrund stehe zurzeit ein Schmerzsyndrom im Nacken-Schulter-Bereich in Form eines leichten



chronischen cervikovertebralen Syndroms mit Tendomyosen der Nacken-Schulter-Muskulatur ohne klinisch-radiologisch wesentlich fassbaren pathologischen Befund. Bei den Fingergelenken lasse sich ebenfalls sowohl klinisch als auch radiologisch kein wesentlicher Befund eruieren. Die Radiologie sei ebenfalls negativ (Bericht vom 31. Mai 2013, Fremdakten, act. G 3.2). Ein MR der HWS vom 8. August 2013 zeigte einen Normalbefund (Fremdakten, act. G 3.2), und auch eine neurologische (Dr.med. E.\_\_\_\_, Bericht vom 26. August 2013, Fremdakten, act. G 3.2) sowie eine rheumatologische (Dr.med. F.\_\_\_\_, Bericht vom 4. September 2013, Fremdakten, act. G 3.2) Untersuchung hatten keine pathologischen Befunde bzw. Diagnosen ergeben.

2.3 Näher einzugehen ist auf die psychiatrische Beurteilung. Dr. H.\_\_\_\_ diagnostizierte anlässlich seiner Reevaluation vom 28. Mai 2014 mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine somatoforme Schmerzstörung (ICD-10: F45.4) sowie eine Anpassungsstörung mit Depression und Wut als Reaktion auf die Kündigung der Arbeitsstelle sowie das chronische Schmerzsyndrom (ICD-10: F43.23; Fremdakten, act. G 3.2, S. 9). Er führte aus, die Grundstimmung sei nur leicht zum negativen Pol verschoben, im Sinne einer depressiven Bedrücktheit und Traurigkeit, wirke in der Gegenübertragung aber nicht schwer depressiv. Im Vordergrund stehe viel mehr der Ärger- und Wutaffekt (Gutachten vom 28. Mai 2014, Fremdakten act. G 3.2, S. 8). Affektiv zeige die Versicherte eine leichte bis mittelschwere depressive Symptomatik mit ausgeprägtem somatischem Syndrom und chronischen Schlafstörungen sowie Libidoverlust, jedoch keine Inappetenz und Gewichtsabnahme. Klinisch im Vordergrund stehe weniger der depressive Affekt als vielmehr ein Ärger- und Wutaffekt. Psychiatrisch-diagnostisch stehe somit eine ausgeprägte somatoforme Schmerzstörung im Vordergrund. Daneben liege lediglich eine leichte bis mittelschwere psychische Beeinträchtigung vor im Sinne einer reaktiven, depressiven Verstimmung mit vorwiegend Ärger- und Wutaffekt, somatischem Syndrom und Schlafstörungen. Diese leichte Begleitdepression sei eher im Rahmen der somatoformen Schmerzstörung zu subsumieren als dass sie eine eigene komorbide Störung von Krankheitswert wäre (Gutachten vom 28. Mai 2014, Fremdakten act. G 3.2, S. 10 f., 13 f.). Auch die behandelnde Ärztin und die Psychotherapeutin der Klinik K.\_\_\_\_ (Austrittsbericht vom 12. Mai 2014, IV-act. 30-1 ff.) und Dr. I.\_\_\_\_ (Bericht zuhanden der Rechtsschutzversicherung der Beschwerdeführerin vom 18. Juli 2014 [IV-act. 64-11 f.]; Arztbericht vom 9. Februar 2015 [IV-act. 56]) diagnostizierten eine mittelgradige bzw.



eine leichte bis mittelgradige depressive Episode. Einzig Dr. C.\_\_\_\_ geht zeitweise von einer schweren Depression aus, wobei er jedoch nicht darlegt, inwiefern seine Befunde von denjenigen der übrigen beurteilenden Ärzte abweichen (vgl. Bestätigung vom 10. Dezember 2013 [IV-act. 23-1]), und der gemäss Arztbericht vom 20. Oktober 2014 ebenfalls eine mittelgradige Depression diagnostiziert (IV-act. 52-1). Im Gegensatz zum psychiatrischen Gutachter diagnostizieren die Ärztin der Klinik Gais und Dr. I.\_\_\_\_ die leichte bis mittelgradige Depression als einzige bzw. selbständige Erkrankung und stellen bezüglich der von der Beschwerdeführerin geschilderten Schmerzen und Wärmegefühle (IV-act. 56-3) keine eigenständige Diagnose, obwohl nach den Angaben der Beschwerdeführerin die Schmerzen vorrangig und als Ursache für die beklagte psychisch schlechte Verfassung erscheinen. Die Beurteilung des Gutachters Dr. H.\_\_\_\_, wonach die somatoforme Schmerzstörung vordergründig sei, erscheint daher plausibel. Die Schmerzen können - wie erwähnt (E. 2.2) - keinem organischen Korrelat zugeordnet werden. Es ist mithin die so genannte Schmerzrechtsprechung anzuwenden.

3.

3.1 Das Bundesgericht hat in Änderung der Rechtsprechung zu den unklaren Beschwerden (wie etwa der anhaltenden somatoformen Schmerzstörung) entschieden, in solchen Fällen sei anhand eines strukturierten Beweisverfahrens ergebnisoffen zu prüfen, wieweit aus objektiver Betrachtungsweise ein invalidisierender Gesundheitsschaden nachgewiesen ist (BGE 141 V 281). Die Vermutung, Schmerzsyndrome und vergleichbare psychosomatische Leiden seien überwindbar, wurde in BGE 141 V 281 aufgegeben und das bisherige Regel-/Ausnahme-Modell durch einen strukturierten, normativen Prüfungsraster ersetzt (BGE 141 V 294 f. E. 3.5 f.). Das funktionelle Leistungsvermögen ist anhand von Indikatoren zu beurteilen (BGE 141 V 296 f. E. 4.1 und S. 298 ff., E. 4.3). Diese betreffen den Schweregrad einer Gesundheitsschädigung (zit. Urteil E. 4.3.1), die Persönlichkeit (zit. Urteil E. 4.1.3 ff.), den sozialen Kontext (zit. Urteil E. 4.3.3) sowie die Konsistenz (zit. Urteil E. 4.4). Die begutachtende medizinische Fachperson hat das Leistungsvermögen einzuschätzen und dabei den einschlägigen Indikatoren zu folgen. Die rechtsanwendenden Organe überprüfen die betreffenden Angaben frei, insbesondere dahin, ob die Ärzte sich an die massgebenden normativen Rahmenbedingungen gehalten haben, das heisst, ob sie



ausschliesslich funktionelle Ausfälle berücksichtigt haben, welche Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung sind (Art. 7 Abs. 2 erster Satz ATSG), sowie, ob die versicherungsmedizinische Zumutbarkeitsbeurteilung auf objektivierter Grundlage erfolgt ist (Art. 7 Abs. 2 zweiter Satz ATSG). Recht und Medizin tragen in diesem Sinn, je nach ihren fachlichen und funktionellen Zuständigkeiten, zur Feststellung ein und derselben Arbeitsunfähigkeit bei. Es gibt keine unterschiedlichen Regeln gehorchende, getrennte Prüfung einer medizinischen und einer rechtlichen Arbeitsfähigkeit (zit. Urteil, E. 5.2.2. und 5.2.3). Gemäss altem Verfahrensstandard eingeholte Gutachten verlieren nicht per se ihren Beweiswert. Im Rahmen einer gesamthaften Prüfung des Einzelfalls mit seinen spezifischen Gegebenheiten und den erhobenen Rügen ist entscheidend, ob das abschliessende Abstellen auf die vorhandenen Beweisgrundlagen vor Bundesrecht standhält. In sinngemässer Anwendung auf die materiell-beweisrechtlich geänderten Anforderungen ist in jedem einzelnen Fall zu prüfen, ob die 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 309 E. 8; Urteil des Bundesgerichts vom 13. April 2016, 9C\_168/2015, E. 2.2.3).

3.2 Der psychiatrische Gutachter attestiert aufgrund der leichten affektiven Störung - als Auswirkung der somatoformen Schmerzstörung - eine Arbeitsunfähigkeit von 20 % bis 30 % (Gutachten vom 28. Mai 2014, Fremdakten act. G 3.2). Es ist zu prüfen, ob diese Einschätzung auch unter der neuen Rechtsprechung hinreichend begründet erscheint.

3.3 Gemäss psychiatrischem Gutachten besteht eine leichte Einschränkung der Arbeitsfähigkeit aufgrund der affektiven Stimmungslage, der emotionalen Flexibilität und Anpassungsfähigkeit sowie des Antriebs und der Konzentrationsfähigkeit (Gutachten vom 28. Mai 2014, Fremdakten act. G 3.2, S. 15). Ähnlich beschreibt Dr. I. \_\_\_ als Einschränkungen eine reduzierte Konzentrationsdauer, eine eingeschränkte psychische und körperliche Belastbarkeit mit rascher geistiger und körperlicher Erschöpfung, Antriebsstörungen sowie Zurückgezogenheit bzw. Störungen der sozialen Interaktionen (Arztbericht vom 9. Februar 2015, IV-act. 56-4).

Ressourcenmindernd sind das vom Gutachter eingehend beschriebene somatofixierte Krankheitsmodell, das passive Coping und das Schon- und Vermeidungsverhalten zu



erwähnen. Er führt aus, die Beschwerdeführerin habe sich komplett emotional eingeeigelt in die Krankenrolle mit einem absolut passiven Coping und komplettem Schon- und Vermeidungsverhalten, sozialem Rückzug und vollkommener Inaktivität. Sie erledige angeblich im Haushalt rein gar nichts mehr, habe sich vollkommen zurückgezogen auf einen passiven Lebensalltag, gehe nicht einmal mehr spazieren oder die Verwandten im Dorf besuchen und werde von ihrer Familie vollkommen umsorgt. Auch der einmonatige stationäre Reha-Aufenthalt in der Klinik K.\_\_\_\_ habe am passiven Bewältigungsmuster und Krankheitserleben nichts verändern können. Der Zustand sei immer mehr verfestigt und chronifiziert. Zudem fehle jeder Anreiz, aus dem passiven Coping, Schon- und Vermeidungsverhalten herauszukommen. Zum Aspekt der Konsistenz führt der Gutachter aus, das Ergebnis der Hamilton Depressionsskala widerspiegeln eine stärkere depressive Symptomatik, als sie in der klinischen Untersuchung spürbar geworden sei (Gutachten vom 28. Mai 2015, Fremdakten act. G 3.2, S. 8 ff.). Die subjektiv beklagten Beschwerden könnten nur teilweise objektiviert werden. Es bestehe eine erhebliche Diskrepanz zwischen den geschilderten Beschwerden und den objektiven Befunden. Zudem liege eine aggravierende und demonstrative Symptompräsentation vor (Gutachten vom 28. Mai 2015, Fremdakten act. G 3.2, S. 9, S. 12). Mit diesen Aussagen des Gutachters ist indes der genügende Nachweis, dass die Anhaltspunkte für eine Aggravation eindeutig überwiegen, die Grenzen eines bloss verdeutlichenden Verhaltens klar überschritten sind und somit eine relevante Gesundheitsschädigung von vornherein nicht vorliegt (vgl. BGE 141 V 287 E. 2.2.1 f.; Urteile des Bundesgerichts vom 19. Oktober 2016, 9C\_154/2016, E. 4.3, vom 29. Juni 2015, 9C\_899/2014, E. 4.2.4 und vom 21. März 2016, 9C\_539/2015, E. 2.2.2, mit weiteren Verweisen), nicht erbracht. Vielmehr ist davon auszugehen, dass der Gutachter die festgestellten Inkonsistenzen berücksichtigt hat, indem er aufgrund lediglich einer leicht- bis mittelgradigen affektiven Beeinträchtigung eine Arbeitsfähigkeit von 75 % attestiert hat. Insbesondere begründet er die Abweichung seiner Beurteilung vom Ergebnis der Hamilton Depressionsskala mit den klinischen Befunden (Gutachten vom 28. Mai 2014, Fremdakten, act. G 3.2, S. 9).

3.4 Insgesamt beurteilt der Gutachter die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin aufgrund der affektiven Auswirkungen der Schmerzstörung als um 20 % bis 30 % eingeschränkt. Diese im Übrigen mit Dr. I.\_\_\_\_ (Bericht vom 18. Juli 2014, IV-act. 64-11 f.) praktisch übereinstimmende Einschätzung erscheint unter Berücksichtigung der



gemäss neuer Rechtsprechung massgeblichen Indikatoren nachvollziehbar. Das der angefochtenen Verfügung zugrundeliegende Gutachten vom 28. Mai 2014 berücksichtigt die massgebliche Aktenlage, würdigt die von der Beschwerdeführerin geschilderten Beeinträchtigungen und erscheint nachvollziehbar und schlüssig. Es ist demnach darauf abzustellen und von einer medizintheoretischen und invalidenversicherungsrechtlich massgeblichen Arbeitsfähigkeit von mindestens 75 % auszugehen (Durchschnittswert gemäss Urteil des Bundesgerichts vom 4. Juni 2013, 9C\_730/2012, E. 4.2).

4.

4.1 Die Beschwerdeführerin war vom 17. Mai bis 30. Juni 2013, während rund 1 1/2 Monaten, zu 50 % arbeitsunfähig. Daraufhin war sie zu 100 % arbeitsunfähig (Arztzeugnisse Dr. C.\_\_\_\_ vom 17. Mai, 7. August und 4. Oktober 2013, Fremdakten, act. G 3.2), und zwar bis zum bidisziplinären Gutachten vom 20. September 2013, also während 2 1/2 Monaten. Das Gutachten vom 20. September 2013 attestierte eine Arbeitsunfähigkeit von 30 %, welche bis zum Verlaufsgutachten vom 28. Mai 2014 (Fremdakten, act. 3.2), mithin während 8 Monaten, massgebend ist. Durchschnittlich ergibt sich für die Zeit von Mitte Mai 2013 bis Mitte Mai 2014 eine Arbeitsunfähigkeit von 47 %, womit das Wartejahr gemäss Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG Mitte Mai 2014 erfüllt ist. Zu diesem Zeitpunkt ist auch die Sechsmonatsfrist ab Anmeldung gemäss Art. 29 Abs. 1 IVG gewahrt, womit ein allfälliger Rentenanspruch ab 1. Mai 2014 besteht (Art. 29 Abs. 3 IVG). Das Jahr 2014 ist somit massgebend für den Einkommensvergleich (BGE 129 V 222).

4.2 Gemäss Angaben der einstigen Arbeitgeberin betrug das Einkommen der Beschwerdeführerin zuletzt im Jahr 2013 (seit 1. Januar 2009) Fr. 3'300.-- x 13 (Angaben vom 15. Oktober 2013 und Lohnabrechnungen, IV-act. 5-2 und 5-8 ff.; vgl. auch Auszug aus dem Individuellen Konto [IK; IV-act. 47]). Unter Berücksichtigung der Nominallohnentwicklung bis zum Jahr 2014 beträgt das Jahreseinkommen Fr. 43'305.-- (Fr. 42'900.-- : 2648 x 2673). Dieses liegt um 4,4 % unter dem entsprechenden branchenspezifischen Tabellenlohn von Fr. 45'283.-- (gemäss Lohnstrukturhebung [LSE] 2012 des Bundesamtes für Statistik [BSV], Ziff. 13-15, Herstellung von Textilien und Bekleidung, Frauen, Kompetenzniveau 1: Fr. 3'553.--,



unter Berücksichtigung der betriebsüblichen Arbeitszeit von 41,8 Stunden [BFS, betriebsübliche Arbeitszeit, BUA] und der Nominallohnentwicklung [Indices 2012 Frauen: 2630, 2014 Frauen: 2673]). Gegenüber dem Tabellenlohn der LSE 2014 für Hilfsarbeiterinnen, der Fr. 53'793.-- (vgl. Anhang 2 der Anhänge zur 1. Säule, Stand Januar 2017 der Informationsstelle AHV/IV), beträgt die Lohnminderung gar 19,5 %. Der Beschwerdeführerin ist eine beliebige Hilfsarbeiterinnentätigkeit zu 75 % zumutbar, woraus sich gemäss durchschnittlichem Einkommen des Kompetenzniveaus 1 Frauen nach LSE 2014 als Basis der Bemessung des Invalideneinkommens ein Jahreseinkommen von Fr. 40'345.-- ergibt ( $0,75 \times \text{Fr. } 53'793.--$ ). Die Beschwerdeführerin macht einen Tabellenlohnabzug von 25 % geltend und beruft sich insbesondere darauf, dass sie als Angehörige eines Westbalkanstaates rund 20 % weniger als die "hiesige" Bevölkerung verdiene (act. G 1 S. 4).

4.3 Ist der von der Beschwerdeführerin bei der früheren Arbeitgeberin erzielte unterdurchschnittliche Verdienst zwecks Parallelisierung der Vergleichseinkommen auf das Niveau des allgemeinen Hilfsarbeiterinnenlohns gemäss LSE heraufzusetzen und entsprechend das Valideneinkommen - gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung unter Beachtung eines Erheblichkeitsgrenzwertes von 5 % (BGE 135 V 297 E. 6.1.2, S. 302 f.) - auf Fr. 51'103.-- ( $0,95 \times \text{Fr. } 53'793.--$ ) festzulegen, so kann den von der Beschwerdeführerin geltend gemachten lohnsenkenden Merkmalen wie Alter, Dauer der Betriebszugehörigkeit und insbesondere Nationalität nicht auch noch im Rahmen des so genannten Leidensabzugs Rechnung getragen werden (BGE 134 V 322 E. 6.2, S. 329 f.; BGE 135 V 297, E. 5.3 S. 302 und E. 6.2 S. 305). Die Beschwerdeführerin verfügt im Übrigen über die Niederlassungsbewilligung C und hält sich seit 6. Februar 1990 in der Schweiz auf (IV-act. 10-1). Ihr Einkommen bei der bisherigen Arbeitgeberin entsprach in etwa dem branchenspezifischen Tabellenlohn (E. 4.2); die Beschwerdeführerin erzielte mithin aufgrund ihrer ausländischen Staatsangehörigkeit keine spezifische Einkommenseinbusse. Die verringerte Leistungsfähigkeit ist ebenfalls in der Einschätzung der Arbeitsfähigkeit einbezogen und darf daher nicht nochmals durch einen Tabellenlohnabzug berücksichtigt werden (Urteil des Bundesgerichts vom 22. Januar 2015, 9C\_846/2014, E. 4.1.1). Es resultiert somit bei Parallelisierung der Vergleichseinkommen ein Invaliditätsgrad von 21,1 % ( $1 - [\text{Fr. } 40'345.-- : \text{Fr. } 51'103.--] \times 100$ ). Somit liegt kein rentenbegründender Invaliditätsgrad vor.



5.1 Nach dem Gesagten ist die Beschwerde abzuweisen.

5.2 Das Beschwerdeverfahren ist kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festgelegt (Art. 69 Abs. 1 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 und durch den von ihr geleisteten Kostenvorschuss von Fr. 600.-- gedeckt. Die Beschwerdeführerin hat bei diesem Verfahrensausgang keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung (vgl. Art. 61 lit. g ATSG).

### Entscheid

im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP

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.