



**Fall-Nr.:** IV 2015/63  
**Stelle:** Versicherungsgericht  
**Rubrik:** IV - Invalidenversicherung  
**Publikationsdatum:** 06.05.2020  
**Entscheiddatum:** 27.11.2017

### **Entscheid Versicherungsgericht, 27.11.2017**

**Art. 7 ATSG, Art. 16 ATSG, Art. 28 IVG Beweiskraft eines bidisziplinären (orthopädisch/psychiatrischen) Gutachtens. Dieses ist auch nach der am 3 Juni 2015 geänderten Rechtsprechung des Bundesgerichts und rückwirkend massgebend. Gestützt auf das Gutachten ergibt sich aufgrund einer 30 %igen Arbeitsunfähigkeit ein Anspruch auf eine Viertelsrente. Während einer tagesklinischen Behandlung ist indes von einer 100 %igen Arbeitsunfähigkeit auszugehen, weshalb befristet ein Anspruch auf eine ganze Rente besteht (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 27. November 2017, IV 2015/63).**

#### **Entscheid vom 27. November 2017**

Besetzung

Präsidentin Marie Löhner, a.o. Versicherungsrichterin Lisbeth Mattle Frei und Versicherungsrichterin Marie-Theres Rüegg Haltinner; Gerichtsschreiberin Beatrix Zahner

Geschäftsnr.

IV 2015/63

Parteien

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

**Beschwerdeführerin,**

vertreten durch Rechtsanwältin Margot Benz, MLaw HSG,



## St.Galler Gerichte

Jacobus Bialas & Partner, Oberer Graben 44, Postfach 1047,

9001 St. Gallen,

gegen

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

**Beschwerdegegnerin,**

Gegenstand

**Rente**

**Sachverhalt**

A.

A.a A.\_\_\_\_ meldete sich am 4. Juni 2012 über die Krankentaggeldversicherung bei der Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug an (IV-act. 1 und 4). Die als Mitarbeiterin Hausdienst eines Pflegeheims tätige Versicherte war ab 8. bzw. 27. Januar 2012 zu 100 % und ab 2. April 2012 zu 50 % arbeitsunfähig geschrieben (Taggeldkarte SWICA [IV-act. 17-5], Angaben des Arbeitgebers vom 18. Mai 2012, IV-act. 13).

A.b Dr.med. B.\_\_\_\_, Psychiatrie und Psychotherapie FMH, führte am 14./16. Juni 2012 gegenüber der IV-Stelle aus, die Versicherte sei psychomotorisch deutlich verlangsamt, leide an diversen körperlichen Beschwerden und passiven Gedanken des Lebensüberdrusses, massiven Schuldgefühlen wegen eines Abortus, depressiver Verstimmung mit Schlafstörungen und affektiver Labilität, innerer Unruhe, Spannungs- und Angstzuständen, intensiven Insuffizienzgefühlen und an generalisierten Schmerzen, vor allem im Rücken und an den Fingern. In ihrer bisherigen Tätigkeit sei sie während 4 Stunden täglich arbeitsfähig (IV-act. 12). Dr.med. C.\_\_\_\_, Innere Medizin FMH, berichtete am 22. Juni 2012 über die Diagnose eines generalisiertes Schmerzsyndroms bei/mit Lumbovertebralsyndrom bei Spondylarthrosen und



Osteochondrosen der LWS, Diskushernie S1 mit möglichem intermittierendem Kontakt zur S1-Wurzel, Fingerpolyarthrosen und rezidivierenden Schmerzen im Nacken und in den Schultergelenken. In der angestammten, eher als leicht eingestuften Reinigungsarbeit bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 50 % bzw. 4 Stunden täglich. Sobald das Arbeitspensum gesteigert worden sei, habe die Versicherte mit heftigen Schmerzen reagiert und notfallmässig behandelt werden müssen (IV-act. 17-1 f.).

A.c Im Assessmentgespräch vom 12. September 2012 wurde unter anderem festgehalten, die Versicherte arbeite seit Anfang August 2012 zu 60 %. Die Arbeitgeberin verlange eine Steigerung der Arbeitsfähigkeit auf 100 % bis Anfang 2013 bei voller Leistungsfähigkeit (IV-act. 23). Dr. B.\_\_\_\_ befand gemäss Verlaufsbericht vom 25. Oktober 2012, die bisherige Tätigkeit sei zu 60 % zumutbar mit einer um ca. 20 % verminderten Leistungsfähigkeit (IV-act. 25). Der Arbeitgeber kündigte das Arbeitsverhältnis auf den 31. Januar 2013 (vgl. Assessmentprotokoll Verlauf per 19. November 2012 [IV-act. 26-4 ff.]).

A.d Am 20. November 2012 teilte die IV-Stelle der Versicherten mit, zurzeit seien keine beruflichen Eingliederungsmassnahmen möglich; die medizinischen Behandlungsmassnahmen stünden aktuell im Vordergrund (IV-act. 30).

A.e Dr. C.\_\_\_\_ führte im Verlaufsbericht vom 21. Januar 2013 aus, bis November 2012 habe die Versicherte allmählich ansteigend bis 60 % beschäftigt werden können. Aktuell sei sie arbeitsunfähig, da sie vermehrt Schmerzen verspüre und sich generell müde fühle. Die bisherige Tätigkeit sei eventuell noch zumutbar, dabei bestehe eine verminderte Leistungsfähigkeit. Leichte, wechselbelastende Tätigkeiten seien ohne verminderte Leistungsfähigkeit ev. zu max. 50 % zumutbar (IV-act. 35).

A.f Im Auftrag des Krankentaggeldversicherers begutachtete Dr.med. D.\_\_\_\_, Psychiatrie und Psychotherapie FMH, die Versicherte (Gutachten vom 14. März 2013, Untersuchung 26. Februar 2013). Er diagnostizierte eine mittelgradige depressive Episode, einhergehend mit ausgeprägter psychophysischer Erschöpfung, und führte aus, aktuell sei die Versicherte in der bisherigen und in adaptierter Tätigkeit zu 100 % arbeitsunfähig. Sie fühle sich gegenwärtig nicht arbeitsfähig, was auch mit den objektiven Befunden übereinstimme. Unter stationären Massnahmen



(psychosomatische Rehabilitation über mindestens 4 Wochen) sei mit der Wiederherstellung einer mindestens 50 %igen Arbeitsfähigkeit zu rechnen, die nachher stufenweise um 10 % monatlich bis zur Wiederherstellung der vollen Arbeitsfähigkeit erhöht werden können sollte (IV-act. 39-7 ff.).

A.g Vom 8. Mai bis 4. Juni 2013 unterzog sich die Versicherte einer psychosomatischen Rehabilitation in der Klinik E.\_\_\_\_. Es wurden eine mittelgradige depressive Episode (ICD-10: F32.1) und ein Verdacht auf eine somatoforme autonome Funktionsstörung (ICD-10: F45.3) diagnostiziert und festgehalten, auch bei Austritt habe sich noch eine klare Beeinträchtigung der Stimmung und des Antriebs gezeigt. Die Versicherte sei aufgrund ihrer Dekonditionierung und ihrer Depressivität nur beschränkt in der Lage gewesen, das Therapieprogramm zu nutzen. Es bestehe eine Arbeitsunfähigkeit von 100 %, möglich sei ein therapeutischer Arbeitsversuch zu 10 % bis 20 % (Beiblatt vom 16. Juli 2013, IV-act. 42; vgl. auch Austrittsbericht vom 25. Juni 2013, IV-act. 45-2 ff.).

A.h Dr.med. F.\_\_\_\_, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, berichtete über die Behandlung der Versicherten an der Psychiatrischen Tagesklinik G.\_\_\_\_ vom 10. Oktober 2013 bis 17. Januar 2014, die Versicherte leide unter einer mittelgradigen depressiven Episode mit somatischem Syndrom (ICD-10: F32.11) und einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10: F45.41). Aufgrund der depressiven Symptome, vor allem aber der starken Antriebslosigkeit, der Schlafstörungen wie auch des häufigen Gefühls von Überforderung sei die Versicherte in der bisherigen Tätigkeit sehr eingeschränkt. Zusätzlich schränke die chronische Schmerzstörung ihre Lebensqualität sowie ihre Aktivitätsfähigkeit ein. Durch eine medikamentöse Optimierung könne man sich einen stundenweisen Einsatz in einer Aktivität erhoffen (Austrittsbericht vom 13. Februar 2014 [IV-act. 56-3 ff.]).

A.i Dr. B.\_\_\_\_ erhob gemäss Verlaufsbericht vom 22. April 2014 die Diagnosen einer anhaltenden depressiven Störung, gegenwärtig schwerer Ausprägung, auf dem Hintergrund eines weitgehend chronischen Schmerzsyndroms sowie diverser intrapsychischer Konflikte (ICD-10: F38.8), einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10: F45.41) und einer anhaltenden



Persönlichkeitsänderung bei chronischem Schmerzsyndrom (ICD-10: F62.8). Der Gesundheitszustand sei stationär mit Tendenz zur Verschlechterung. Jegliche Form von Belastung führe zu einer Zunahme der Beschwerden. Aufgrund der bestehenden Psychopathologie, des langjährigen und bereits weitgehend chronischen Verlaufs sowie eingeschränkter Ressourcen sei nicht zu erwarten, dass die Versicherte in der Lage sei, sich neue Fähigkeiten anzueignen und sich in der freien Wirtschaft erfolgreich neu zu orientieren. Aus ihrer fachlichen Sicht und Erfahrung sei die Versicherte in jeglicher Tätigkeit in der freien Wirtschaft zu 100 % arbeitsunfähig (IV-act. 56-1 f.; vgl. auch ihren Bericht vom 20. Februar 2015 an die Rechtsvertreterin der Versicherten [act. G 1.5]).

A.j Die IV-Stelle beauftragte Dr.med. H.\_\_\_\_, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, und Dr.med. I.\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates FMH, mit einer bidisziplinären Abklärung der Versicherten (Gutachten vom 19. Oktober 2014, Untersuchungen 19. und 29. September 2014 [IV-act. 68]). Die Gutachter diagnostizierten mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine (1.) rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte bis maximal mittelgradige depressive Episode (ICD-10: F33.0 bis 33.1), eine (2.) Panikstörung (ICD-10: F41.0), (3.) ein chronisches Lumbovertebralsyndrom (ICD-10: M54.5) mit Osteochondrosen und Spondylosen L3 bis S1 (ICD-10: M47.86), mit Diskusprotrusionen (ICD-10: M51.2), mit Hohl-Rundrückenfehlhaltung (ICD-10: M40.46/ M40.24) und leichter linkskonvexer Skoliose (ICD-10: M41.85) und mit muskulärer Dysbalance, eine (3.) Rhizarthrose beidseits (ICD-10: M18.2), (4.) multiple Fingerarthrosen beidseits (ICD-10: M15.1), eine (5.) SC-Gelenksarthrose rechts (ICD-10: M19.01) sowie einen (6.) Spreizfuss (ICD-10: M21.6) mit MCP I-Arthrose beidseits (ICD-10: M19.07). Ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit blieben unter anderen die Diagnosen einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10: F45.51) sowie von akzentuierten Persönlichkeitsanteilen mit passiv-aggressiven Zügen (ICD-10: Z73.1), DD anhaltende Persönlichkeitsänderung bei chronischem Schmerzsyndrom (ICD-10: F62.80 [IV-act. 68-41]). Aus bidisziplinärer Sicht sei (in der bisherigen und in adaptierten Tätigkeiten) von einer Einschränkung der Leistungsfähigkeit von 30 % auszugehen (IV-act. 68-42, 43).



## St.Galler Gerichte

A.k Nachdem die IV-Stelle das Gutachten dem RAD vorgelegt hatte (Stellungnahme vom 27. Oktober 2014 [IV-act. 69]), stellte sie der Versicherten mit Vorbescheid vom 19. November 2014 die Abweisung des Leistungsbegehrens in Aussicht (IV-act. 71). Mit Einwand vom 30. Dezember 2014 liess die Versicherte eine Viertelsrente ab 19. September 2014 sowie einen befristeten Anspruch auf eine ganze Rente für die Zeit vom 1. Januar 2013 bis 18. September 2014 und einen Leidensabzug von mindestens 15 % geltend machen (IV-act. 75).

A.l Mit Verfügung vom 19. Januar 2015 wies die IV-Stelle das Leistungsbegehren ab. Die von der Fachärztin attestierte Diagnose und Arbeitsfähigkeit habe durch die Gutachter nicht in demselben Ausmass bestätigt werden können. Die Anrechnung eines Teilzeit- und Leidensabzuges seien nicht gerechtfertigt, da das Pensum ganztägig umsetzbar sei und bei der Arbeitsfähigkeit bereits eine 30 %ige Leistungsminderung berücksichtigt worden sei (IV-act. 76).

B.

B.a Gegen die Verfügung vom 19. Januar 2015 lässt A.\_\_\_\_, vertreten durch Rechtsanwältin M. Benz, M.A. HSG in Law, am 23. Februar 2015 Beschwerde erheben. Sie beantragt, die angefochtene Verfügung sei unter Kosten- und Entschädigungsfolge aufzuheben und es sei ihr ab 1. Januar 2013 eine ganze Invalidenrente zuzusprechen. Die Beschwerdeführerin sei nicht umfassend begutachtet worden. Die Einschätzung der psychiatrischen Gutachterin weiche diametral von der Einschätzung sowohl der behandelnden Psychiaterin wie auch des Psychiatrischen Zentrums G.\_\_\_\_ ab. Bei einem derart grossen Widerspruch in den zentralen medizinischen Berichten sei zwingend ein neutrales und umfassendes (polydisziplinäres) Gutachten einzuholen (act. G 1).

B.b Mit Beschwerdeantwort vom 21. Mai 2015 beantragt die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde. Die behandelnden Ärzte seien eindeutig weniger unabhängig als ein Gutachter. Insbesondere hätten die Gutachter ihre Einschätzung in Kenntnis der Berichte der behandelnden Ärzte abgegeben und ausdrücklich zu den früheren ärztlichen Einschätzungen Stellung genommen. Die Schmerzen als solche würden als "überwindbar" angesehen. Dabei sei auch zu beachten, dass die



Beschwerdeführerin in der Lage sei, regelmässig zu kochen und den Haushalt mit Unterstützung der Kinder weitgehend selbständig zu erledigen. Nachdem sich der Gesundheitszustand seit längerem gleich präsentiere, müsse die Einschränkung auch für die Zeit vor dem Gutachten gelten. Mit der Beschwerde seien neue Arztberichte von Dr. B.\_\_\_\_ vom 20. Februar 2015 sowie von Dr. J.\_\_\_\_ vom 23. Dezember 2014 eingereicht worden. Nachdem Dr. B.\_\_\_\_ der Beschwerdeführerin bereits seit November 2012 eine vollständige Arbeitsunfähigkeit attestiere und deren früheren Berichte den Gutachtern allesamt vorgelegen hätten, bestehe kein Anlass, von der Einschätzung der Gutachter abzuweichen. Der Bericht von Dr. J.\_\_\_\_ ergebe ebenfalls keine neuen Erkenntnisse oder Diagnosen. Das MRI vom 30. August 2013 sei im orthopädischen Teilgutachten bereits berücksichtigt worden. Der RAD habe den Fall mehrmals beurteilt und sei zum Schluss gekommen, dass auf die Einschätzung der Gutachter abgestellt werden könne. Zum Leidensabzug werde auf die angefochtene Verfügung verwiesen (act. G 4).

B.c In ihrer Replik vom 2. Juli 2015 stellt die Beschwerdeführerin die Anträge, die angefochtene Verfügung sei aufzuheben und es sei ihr ab 1. Januar 2013 eine ganze, eventualiter eine halbe Invalidenrente zuzusprechen. Subeventualiter sei zur Bestimmung des Invaliditätsgrades ein neutrales, polydisziplinäres Gutachten einzuholen. Sowohl aufgrund der geänderten Rechtsprechung (des Bundesgerichts zu somatoformen Schmerzstörungen und ähnlichen Beschwerdebildern) wie auch aufgrund des nicht vollständig ermittelten Sachverhalts sei zwingend ein neutrales und polydisziplinäres Gutachten einzuholen. Die Beurteilung einer behandelnden Fachärztin habe denselben Stellenwert wie die eines Gutachters. Im Ergebnis sei die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit mit 70 % in der angestammten und in adaptierten Tätigkeiten willkürlich. Aufgrund der vorhandenen Einschränkungen sei die verwertbare Arbeitsfähigkeit erheblich tiefer als bei 70 % anzusetzen und eine entsprechende Anstellung in der freien Wirtschaft nicht denkbar. Es sei ein Leidensabzug von 20 % gerechtfertigt, womit bei einer 30 %igen Arbeitsunfähigkeit ein Invaliditätsgrad von 44 % und bei Annahme einer 40 %igen Arbeitsunfähigkeit ein Invaliditätsgrad von 52 % resultiere (act. G 8).

B.d Die Beschwerdegegnerin bringt in ihrer Duplik vom 10. September 2015 vor, das gemäss altem Verfahrensstandard eingeholte Gutachten habe grundsätzlich nach wie



vor Beweiswert. Ein erhebliches somatisches Leiden liege bei der Beschwerdeführerin nicht vor. Leichte bis höchstens mittelschwere psychische Störungen depressiver Natur seien im Prinzip therapeutisch angebar. Das sei auch bei der Beschwerdeführerin der Fall. Gemäss RAD-Stellungnahme vom 27. Oktober 2014 seien den Ergebnissen der neuropsychologischen Testbatterie Hinweise auf suboptimales Leistungsverhalten sowie relevante Inkonsistenzen zu entnehmen gewesen. Es erscheine fraglich, ob überhaupt eine versicherte Gesundheitsschädigung vorliege. Weiter verfüge die Beschwerdeführerin über gute Ressourcen. Sie verrichte diverse Haushaltsarbeiten, koche, mache kleinere Einkäufe und gehe spazieren. Auch verbringe sie ein- bis zweimal Ferien im Heimatland, wo sie ein eigenes Haus gebaut hätten. Unter diesen Umständen sei auch nach geänderter Rechtsprechung sicherlich nicht von einer höheren Einschränkung der Erwerbsfähigkeit als bisher angenommen auszugehen (act. G 12).

### 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. 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 Dreiviertelrente, wenn sie wenigstens zu 60 %, auf eine halbe Rente, wenn sie mindestens zu 50 %, und auf eine Viertelrente, wenn sie mindestens zu 40 % invalid ist. 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 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 vom 19. Januar 2015 (IV-act. 76) bildet das bidisziplinäre Gutachten der Dres. H.\_\_\_\_ und I.\_\_\_\_ vom 19. Oktober 2014 (IV-act. 68). Dessen Beweistauglichkeit ist umstritten und im Folgenden zu prüfen. Die Beschwerdeführerin rügt verschiedene Mängel des Gutachtens (act.G 8-13 ff.), auf welche im Folgenden einzugehen ist.

2.2 In somatischer Hinsicht bestätigte der orthopädische Gutachter die Diagnosen von Dr. K.\_\_\_\_ (IV-act. 68-23), die zusätzlich eine im Vordergrund stehende Dekompensation bei psychosozialer und depressiver Problematik mit sekundärer Ganzkörperschmerzsymptomatik diagnostiziert hatte (Bericht vom 8. Februar 2012, IV-act. 17-7 ff). Der Verzicht auf eine (erneute) rheumatologische Abklärung erscheint daher nachvollziehbar. Auch bezog der orthopädische Gutachter die von der Beschwerdeführerin beklagte Kraftlosigkeit und die Schwindelereignisse in die Beurteilung ein (IV-act. 68-22) und diskutierte sodann die Diagnose einer Fibromyalgie angesichts 11 positiver Tenderpoints; gemäss den Leitlinien dürfe die Diagnose jedoch nicht gestellt werden, da auch praktisch alle Kontrollpunkte positiv seien (IV-act. 68-22). Weiter hielt er fest, Beschwerden, klinische Befunde und Resultate der bildgebenden Verfahren liessen sich bis zu einem gewissen Grad miteinander in Einklang bringen (IV-act. 68-22). Dies zeigt, dass er die Ganzkörperschmerzen jedenfalls nicht vollumfänglich einem organischen Korrelat zuordnen konnte. Einleuchtend erscheint auch, dass der orthopädische Gutachter gestützt auf die objektivierten somatischen Diagnosen körperlich schwere Tätigkeiten für unzumutbar hielt, die bei der bisherigen Reinigungsarbeit 10 % ausmachten, und zusätzlich in jeglicher Tätigkeit die Leistungsfähigkeit aufgrund verlangsamten Arbeitstempos und erhöhten Pausenbedarfs um 10 % eingeschränkt schätzte (IV-act. 68-22 ff.).



2.3 Die psychiatrische Gutachterin diagnostizierte in Übereinstimmung mit dem Psychiatrischen Zentrum G.\_\_\_\_ (Austrittsbericht vom 13. Februar 2014 [IV-act. 56-3]) und Dr. B.\_\_\_\_ (Berichte vom 22. April 2014 [IV-act. 56-1] und vom 20. Februar 2015 [act. G 1.5]) eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10: F45.41; IV-act. 68-34 f.). Weiter stellte sie die Diagnose einer leichten bis höchstens intermittierend mittelgradigen depressiven Episode bei rezidivierender depressiver Störung (ICD-10: F33.0 bis 33.1). Im Gegensatz namentlich zu Dr. B.\_\_\_\_ (Berichte vom 22. April 2014 [IV-act. 56-1] und vom 20. Februar 2015 [act. G 1.5]) verneint die Gutachterin das Vorliegen einer schweren Ausprägung der depressiven Erkrankung. In der aktuellen psychiatrischen Untersuchung habe sich eine schwere depressive Symptomatik (nach ICD-10) weder psychopathologisch noch anhand der beschriebenen Einschränkungen ableiten lassen bzw. eine solche habe weder klinisch noch anamnestisch festgestellt werden können. Die Beschwerdeführerin habe beschrieben, dass ihre Stimmung alle zwei bis drei Tage schwanke, dazwischen gehe es ihr besser, aber nie ganz gut. Das Ergebnis des Selbsteinschätzungstests spreche für einen hohen Leidensdruck und eine Tendenz zur Symptomverdeutlichung (IV-act. 68-34). Von Dr. D.\_\_\_\_ (Gutachten vom 14. März 2013 [IV-act. 39-7 ff.]), in der Klinik E.\_\_\_\_ (Austrittsbericht vom 25. Juni 2013 [IV-act. 45-2]) und in der Psychiatrischen Tagesklinik (Austrittsbericht vom 13. Februar 2014 [IV-act. 56-3]) war jeweils eine mittelgradig ausgeprägte depressive Episode diagnostiziert worden. Die Gutachterin erhob im Untersuchungsbefund einen reduzierten und schwunglosen Antrieb, ein ausdrucksarmes, spärliches, sparsames und teilweise auch teilnahmsloses Ausdrucksverhalten und ein eher abweisendes, den Blickkontakt vermeidendes, verschlossenes und zurückhaltendes Kontaktverhalten. Das formale Denken sei einfallsarm und eingengt auf die Kraft- und Lustlosigkeit. Die Stimmung sei affektarm, distanziert, dysphorisch, missbefindlich, niedergeschlagen, teilweise ratlos und teilnahmslos traurig. Aufmerksamkeit, Konzentration und Merkfähigkeit hätten im Verlauf des Gesprächs nachgelassen. Die Gedächtnisleistungen beschrieb die Gutachterin als "schwer besinnlich" (IV-act. 68-30). Dass der Bericht von Dr. B.\_\_\_\_ vom 22. April 2014 objektive Gesichtspunkte enthält, welche die psychiatrische Gutachterin nicht berücksichtigt hätte, wird weder im Bericht der behandelnden Psychiaterin vom 20. Februar 2015 (act. G 1.5) noch in den übrigen nach dem Gutachten entstandenen Akten aufgezeigt, weshalb ihre Beurteilung diejenige der Gutachterin nicht in Frage zu



stellen vermag (vgl. Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG; seit 1. Januar 2007: Sozialrechtliche Abteilung des Bundesgerichts] vom 13. März 2006, I 676/05, E. 2.4 mit Hinweisen). Weiter ist zu beachten, dass – behandelnde und begutachtende – Psychiater, die mit der gleichen Person als Patientin oder Explorandin in verschiedenen Zeitpunkten und Situationen konfrontiert, zu unterschiedlichen Beurteilungen der psychischen Beeinträchtigungen und deren Schweregrades mitsamt den sich daraus ergebenden Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit gelangen können. Diese in der Natur der Sache begründete, weitgehend fehlende Validierbarkeit ("Reliabilität") psychiatrischer Diagnosen kann nicht automatisch zu Beweisweiterungen bei sich widersprechenden psychiatrischen Berichten und Expertisen führen, wenn die gutachterliche Einschätzung die Anforderungen an beweiskräftige Gutachten erfüllt (Urteil des Bundesgerichts vom 29. September 2009, 9C\_661/09, E. 3.2). Was den von der Beschwerdeführerin angeführten beweisrechtlichen Vorrang von Berichten behandelnder Fachärzte gegenüber Gutachtern anbelangt, gilt dieser nur im Einzelfall und vermag an den Grundsätzen der Beweiswürdigung von Arbeitsunfähigkeitseinschätzungen therapeutisch tätiger Ärzte, bei welchen der Behandlungsauftrag im Vordergrund steht, nichts zu ändern (vgl. Urteile des Bundesgerichts vom 14. April 2015, 9C\_203/2015, E. 3.2, Bezug nehmend auf ein Urteil vom 17. Dezember 2014, 4A\_526/2014, E. 2.4). Mit der psychiatrischen Gutachterin ist daher von einer leichten bis intermittierend mittelgradigen Depression auszugehen. Nachvollziehbar erscheint schliesslich die Diagnose einer Panikstörung (ICD-10: F41) aufgrund der von der Beschwerdeführerin beschriebenen wiederkehrenden Angstattacken, einhergehend mit Herzklopfen, Brustschmerz und Schwindel mehrmals täglich von einigen Minuten (IV-act. 68-34).

2.4 Im Bericht vom 20. Februar 2015 beschrieb Dr. B. \_\_\_ sodann eine aktuell massive Verschlechterung der Gesamtsituation. Die schweren ängstlich-depressiven Phasen mit schwerer emotionaler Labilität, tiefster Verzweiflung und Verbitterung sowie Intensivierung der chronischen generalisierten Schmerzen hätten trotz einer intensiven psychiatrischen Behandlung und solider Bemühungen der Beschwerdeführerin seit Anfang 2014 häufiger stattgefunden. Im Befund ist von einer ängstlich depressiven Stimmung schwerer Ausprägung (Vorbefund gemäss Bericht vom 22. April 2014: ratlose depressive Grundstimmung mittelschwerer Ausprägung) und neu von einem Morgentief und von einer unumgänglichen stationären Therapie die Rede (act. G 1.5).



Weiter wurden die Angstzustände, die innere Unruhe und die Störung der Vitalgefühle neu als schwer bzw. intensiv bezeichnet (vgl. Berichte vom 22. April 2014 [IV-act. 56-1 f.] und vom 20. Februar 2015 [act. G 1.5]). Der Bericht unterscheidet nicht zwischen (subjektiven) Beschwerden und (objektivierten) Befunden. Dass sich der Zustand nach dem Zeitpunkt der Begutachtung dauerhaft verschlechtert hätte bzw. die in Betracht gezogene stationäre Behandlung oder eine anderweitige Intensivierung der Therapie tatsächlich stattgefunden hätte, wird insbesondere auch in der Replik vom 2. Juli 2015 nicht geltend gemacht (act. G 9). Somit ist in diagnostischer Hinsicht nach wie vor auf das Gutachten abzustellen.

3.

3.1 Die Gutachter erkannten den von ihnen gestellten Diagnosen der Ganzkörperschmerzsymptomatik (orthopädisches Teilgutachten, IV-act. 68-20) und der chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10: F45.41, psychiatrisches Teilgutachten, IV-act. 68-33) keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit zu. Sie verwiesen dabei auf das Fehlen einer schweren psychischen Komorbidität bzw. auf die so genannten Förster-Kriterien (IV-act. 68-35, 38, 41, 44).

3.2 Das Bundesgericht hat seine Rechtsprechung zu den unklaren Beschwerden geändert und die Vermutung, Schmerzsyndrome und vergleichbare psychosomatische Leiden seien überwindbar, aufgegeben und durch einen strukturierten, normativen Prüfungsraster ersetzt (BGE 141 V 281, insb. S. 294 f. E. 3.5 f.). 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 (BGE 137 V 266 E. 6). In sinngemässer Anwendung auf die materiellbeweisrechtlich 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).

3.3



3.3.1 Die Diagnosekriterien der chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10: F45.41) erfordern im Gegensatz zur anhaltenden somatoformen Schmerzstörung keinen andauernden, schweren und quälenden Schmerz (<http://www.icd-code.de/icd/code/F45.-.html>). Der Schweregrad ist folglich nicht diagnoseinhärent (vgl. dem gegenüber für die somatoforme Schmerzstörung: BGE 141 V 286, E. 2.1.1), sondern hängt von den konkreten funktionellen Auswirkungen ab (vgl. Urteile des Bundesgerichts vom 13. April 2016, 9C\_168/2015, E. 3.2, und vom 9. Mai 2017, 9C\_44/2017, E. 4.2.1). Gegenüber dem orthopädischen Gutachter schilderte die Beschwerdeführerin diffuse Schmerzen variabler Intensität am ganzen Körper bzw. Bewegungsapparat, vor allem an der rechten Körperseite. Art und Intensität der Schmerzen konnte sie nicht genauer beschreiben. Mit Schmerzmitteln sei das Ganze irgendwie erträglich, aber nicht gut. Weiter beklagte sie Kraftlosigkeit und ständige Müdigkeit (IV-act. 68-12). Neben diesen organisch nicht erklärbaren Beschwerden leidet die Beschwerdeführerin unter somatisch objektivierten Beschwerden aufgrund von Befunden in der Lendenwirbelsäule und unter Arthrose in den Fingern, dem SC-Gelenk rechts und den Füßen. Die leicht- bis mittelgradige Depression stellt gemäss Gutachterin keine psychische Komorbidität von erheblicher Schwere im Sinne einer schweren psychischen Erkrankung dar (IV-act. 68-35). Im Rahmen der Gesamtbetrachtung ist sie dennoch, unabhängig vom Zusammenhang zum Schmerzsyndrom, zu berücksichtigen (BGE 141 V 301 E. 4.3.1.3, mit Hinweisen). Als weitere psychische Komorbidität fällt die Panikstörung (IV-act. 68-34) ins Gewicht. Zur Therapieresistenz und Behandlung verweist das psychiatrische Gutachten auf unbefriedigende Behandlungsergebnisse und eine gescheiterte Rehabilitation (IV-act. 68-35). Die Beschwerdeführerin befinde sich in regelmässiger fachpsychiatrischer Behandlung und die medikamentöse Therapie sei aus aktueller Sicht suffizient (IV-act. 68-38). Zur Persönlichkeit führte die psychiatrische Gutachterin aus, es gebe Hinweise auf passiv-aggressive Züge im Sinne von akzentuierten Persönlichkeitsanteilen. Differenzialdiagnostisch sei auch an eine andauernde Persönlichkeitsänderung bei chronischem Schmerz-syndrom (ICD-10: F62.80) zu denken (IV-act. 68-34). Die Persönlichkeitsproblematik habe aus versicherungsmedizinischer Sicht keine Auswirkung auf die quantitative Arbeitsfähigkeit (IV-act. 68-35). Im Zusammenhang mit dem sozialen Kontext und den Einschränkungen und Ressourcen schilderte die Beschwerdeführerin, sie lebe zusammen mit ihrem Ehemann, zwei Söhnen und einer



Tochter - alle erwachsen - in einer Fünzimmerwohnung. Die meisten Hausarbeiten könne sie etappenweise und mit Hilfe der Familienmitglieder erledigen. Früher habe sie auch ausgedehntere Spaziergänge gemacht, aktuell habe sie zu nichts mehr Lust (IV-act. 68-15, 28 f.). Sie hätten in L.\_\_\_\_ ein Haus gebaut und würden dort ein- bis maximal zweimal im Jahr Ferien machen. Es gehe ihr dann jeweils etwas besser und sie habe dort auch mehr soziale Kontakte. (Ansonsten) habe sie nur noch mit einer älteren Frau aus M.\_\_\_\_ ein- bis zweimal im Monat Kontakt. Öffentliche Verkehrsmittel könne sie ohne fremde Hilfe benutzen (IV-act. 68-28 f.). Die psychiatrische Gutachterin hielt einen ausgewiesenen sozialen Rückzug für gegeben (IV-act. 68-35). Als Einschränkungen nannte der orthopädische Gutachter einerseits eine Gewichtslimite von 10 kg und andererseits gewisse Einschränkungen bezüglich Feinmotorik und aufwendbarer Kraft (IV-act. 68-22). Die psychiatrische Gutachterin beschrieb Funktionsdefizite in Form einer Antriebsstörung, einer psychophysischen Belastbarkeitsminderung mit vorzeitiger Erschöpfung und Minderung der konzentrativen Ausdauerbelastbarkeit sowie eines erhöhten Pausenbedarfs (IV-act. 68-36). Ressourcenhemmend wirkt schliesslich der hohe Stellenwert, den die Beschwerdeführerin ihren Beschwerden beimisst (vgl. orthopädisches Teilgutachten, IV-act. 68-22).

3.3.2 Zum Aspekt der Konsistenz hielt der orthopädische Gutachter fest, die Angaben der Beschwerdeführerin zu den Schmerzen und zur Art und Häufigkeit der geklagten Schwindelereignisse seien trotz vorhandener Übersetzung und eigener Sprachkenntnisse vage (vgl. IV-act. 68-12 f., 17, 22). Es sei nicht von Diskrepanzen bzw. Inkonsistenzen im Verhalten der Beschwerdeführerin, jedoch von einer gewissen Verdeutlichungstendenz auszugehen (IV-act. 68-23). Die Beschwerdeführerin brach psychologische Testungen wegen Überanstrengung und Schmerzen der Finger beim Bedienen der Computertastatur ab bzw. führte sie nicht aus (IV-act. 68-31 f.; ein ähnliches Verhalten hatte sich auch bei der Begutachtung von Dr. D.\_\_\_\_ gezeigt, vgl. Gutachten vom 14. März 2013 [IV-act. 39-11]). Bei der psychologischen Testung wurden eine abwehrende und gleichgültige Haltung der Beschwerdeführerin verzeichnet. Die Psychologinnen hielten fest, dies könne einerseits auf eine depressive Symptomatik zurückgeführt werden, andererseits aber auch als Ausdruck von Simulations- oder Aggravationsbemühungen verstanden werden (IV-act. 68-31 f.). Auch die psychiatrische Gutachterin beschrieb Ratlosigkeit, Gleichgültigkeit, eine negativistische Willenseinstellung und ein abweisendes, verschlossenes und



zurückhaltendes Kontaktverhalten (IV-act. 68-30) und kam zum Schluss, es gebe klinisch und testpsychologisch Hinweise auf Diskrepanzen und Widersprüche im Sinne von Simulations- und Aggravationsbemühungen (IV-act. 68-35). Die Gutachter begründeten die Abweichung von der Einschätzung der behandelnden Psychiaterin unter anderem mit Tendenzen zu Simulation und Aggravation (IV-act. 68-36). Sie haben demnach diesen Punkt in ihre Beurteilung bereits einbezogen. Die Wahl des Symptomvalidierungstests ist im Übrigen den Sachverständigen überlassen. Die das medizinische Fachgebiet betreffende Kritik an der Wahl und Auswertung des Tests durch die Rechtsvertreterin der Beschwerdeführerin vermag keine Zweifel an der Überzeugungskraft der entsprechenden Ausführungen der Gutachter zu wecken (vgl. Entscheid des Versicherungsgerichts vom 15. Februar 2017, IV 2016/92, E. 2.2).

3.4 Insgesamt ist der Arbeitsfähigkeitsschätzung des Gutachtens zu folgen. Auch nach der geänderten Schmerzrechtsprechung vermögen die organisch nicht objektivierbaren Schmerzen keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit bewirken. Weiter begründeten die Gutachter ihr Abweichen von der Beurteilung der behandelnden Ärzte mit dem Vorhandensein nicht gesundheitsbedingter subjektiver Beschwerden aufgrund psychosozialer Faktoren (psychiatrisches Teilgutachten, IV-act. 68-36). Der orthopädische Gutachter führte unter Bezugnahme auf den Arztbericht von Dr. C.\_\_\_\_ vom 14. März 2014 (IV-act. 62-1 f.) aus, es dürfe angenommen werden, dass der behandelnde Arzt einerseits Lebensumstände einbezogen habe, die nicht direkt Teil der Gesundheitsschädigung seien, sondern diese förderten oder stützten, und dass er sich andererseits die Arbeitsunfähigkeitsüberzeugung der Beschwerdeführerin zu eigen gemacht habe (IV-act. 68-23). Es erscheint nachvollziehbar, dass das Beschwerdebild auch durch psychosoziale Belastungsfaktoren beeinflusst wurde. Die Beschwerdeführerin nannte selbst die folgenschwere Attacke auf ihren Ehemann als Auslöser ihrer Beschwerden (IV-act. 68-13, 21, 39). Auch fällt auf, dass die Beschwerdeführerin Anfang August 2012 das Arbeitspensum auf 60 % steigern konnte und nach der Kündigung am 9. November 2012 wieder 100 % arbeitsunfähig wurde (Arztbericht Dr. C.\_\_\_\_ vom 21. Januar 2013 [IV-act. 35-2], IV-act. 26-5). Insgesamt begründen die Gutachter somit nachvollziehbar, weshalb ihre Einschätzung der Arbeitsfähigkeit von derjenigen von Dr. B.\_\_\_\_ und Dr. C.\_\_\_\_ abweicht. Die psychiatrische Gutachterin attestierte infolge der leichten bis intermittierend maximal mittelgradigen depressiven Episode bei rezidivierender Störung und der Panikstörung



aktuell eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 30 % (IV-act. 68-35). Gemäss dem orthopädischen Gutachter sei auch in einer gut angepassten Tätigkeit mit einem verlangsamten Arbeitstempo zu rechnen und es bestehe ein vermehrter Pausenbedarf (IV-act. 68-24). Im Konsens übernahmen die Gutachter die aus psychiatrischer Sicht attestierte Leistungseinschränkung von 30 % und führten dazu aus, aus Sicht beider Fachgebiete werde eine Einschränkung der Leistungsfähigkeit im Sinne einer schnelleren Ermüdbarkeit, einer geringeren Belastbarkeit und eines verlangsamten Arbeitstempos bescheinigt. Unter diesen Umständen wirkten sich die aus beiden Fachgebieten bescheinigten Arbeitsfähigkeiten nicht additiv aus (IV-act. 68-42, 43). Daraus geht hervor, dass die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit von 70 % sowohl die somatisch bedingte physische als auch die psychiatrisch bedingte Einschränkung der Belastbarkeit berücksichtigt. Dass sich die organisch objektivierten Schmerzen und die psychische Beeinträchtigung auf die Leistungsfähigkeit bzw. das Arbeitstempo und den Erholungsbedarf ähnlich auswirken und der zeitliche Bedarf von 30 % für die Erholung hinsichtlich beider Arten von Beschwerden genutzt werden kann und somit sich überlappende Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit verursachen, erscheint plausibel. Auch die geschätzte Höhe der Einschränkung von 30 % erscheint nachvollziehbar. Somit ist auf das Gutachten abzustellen und von einer Arbeitsfähigkeit in einer adaptierten Tätigkeit von 70 % auszugehen.

4.

4.1 Das Gutachten geht sowohl für die angestammte als auch für eine adaptierte Tätigkeit von einer Arbeitsfähigkeit von 70 % aus und begründet die Einschränkung interdisziplinär im Wesentlichen mit der erhöhten Erschöpfbarkeit, der verlangsamten Arbeitsweise und einem erhöhten Pausenbedarf (IV-act. 68-42 f.). Für die angestammte Tätigkeit lässt diese Gleichsetzung mit der Einschränkung in adaptierten Tätigkeiten jedoch ausser Acht, dass der Beschwerdeführerin aus orthopädischer Sicht 10 % der im angestammten Tätigkeitsprofil enthaltenen Tätigkeiten nicht mehr zumutbar sind, weil das Heben und Tragen von Lasten über 10 kg nicht mehr zumutbar ist und weil zudem aufgrund der Handarthrosen Einschränkungen der Feinmotorik und der anwendbaren Kraft bestehen (IV-act. 68-23 f.). Die bisherige Tätigkeit war damit aufgrund der orthopädischen Einschränkungen nicht adaptiert und die Einschränkung der Leistungsfähigkeit zufolge Verlangsamung und zusätzlichem Pausenbedarf in der



angestammten Tätigkeit auch nicht toleriert, da die Arbeitgeberin klar und ausdrücklich bis Januar 2013 das Wiedererlangen einer vollen Arbeits- und Leistungsfähigkeit verlangte und die andernfalls in Aussicht gestellte Kündigung auch aussprach (Protokoll Eingliederungsverantwortliche per 19. November 2012, IV-act. 26-4 f.). Für die Frage nach der Erfüllung des Wartejahres gemäss Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG ist daher von einer Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit auszugehen, wie sie die behandelnden Ärzte attestiert hatten. Diese betrug ab 8. Januar 2012 100 % und ab 2. April 2012 50 % (Angaben Arbeitgeberin vom 18. Mai 2012, IV-act. 13-2; Taggeldkarte SWICA, IV-act. 17-5). Bis November 2012 konnte die Beschwerdeführerin die bisherige Tätigkeit allmählich ansteigend zu 60 % ausüben (Verlaufsbericht Dr. C.\_\_\_\_ vom 21. Januar 2013 (IV-act. 35)). Demnach dauerte das Wartejahr gemäss Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG vom 8. Januar 2012 bis 8. Januar 2013 und besteht ein allfälliger Rentenanspruch aufgrund der Anmeldung zum Leistungsbezug am 4. Juni 2012 (IV-act. 4) ab 1. Januar 2013 (Art. 29 Abs. 1 und 3 IVG). Das Jahr 2013 ist somit massgebend für den Einkommensvergleich (BGE 129 V 222).

4.2 Die Beschwerdeführerin verlor ihre bisherige Stelle als Reinigungskraft in einem Altersheim aus gesundheitlichen Gründen (vgl. E. 4.1). Das an dieser Arbeitsstelle erzielte Einkommen bildet daher Basis des Valideneinkommens. Die Beschwerdeführerin erzielte an diesem Arbeitsplatz ein Einkommen von Fr. 4'040.-- x 13 = Fr. 52'879.--. Zusätzlich erhielt sie Zulagen für Samstag- und Sonntagsarbeit sowie Frühschicht (Angaben der Arbeitgeberin vom 18. Mai 2012, IV-act. 13-10, 12). Der AHV-relevante Bruttolohn betrug für das Jahr 2009 Fr. 53'803.-- (Auszug aus dem individuellen Konto [IK; IV-act. 9-4]), für das Jahr 2010 Fr. 53'652.-- (Angabe Arbeitgeberin [IV-act. 13-9]; Auszug aus dem individuellen Konto [IK; IV-act. 9-4]), für das Jahr 2011 Fr. 54'380.-- (Angabe Arbeitgeberin [IV-act. 13-10]; Bruttolohn abzüglich Ausbildungszulagen). Unter Berücksichtigung der Nominallohnentwicklung bis zum Jahr 2013 (Informationsstelle AHV/IV, Invalidenversicherung, Ausgabe 2015, Bern 2015, Anhang 2) ergeben sich Beträge von Fr. 55'827.-- (Fr. 53'803.-- : 2552 x 2648), Fr. 55'087.-- (Fr. 53'652.-- : 2579 x 2648) und von Fr. 55'299.-- (Fr. 54'380.-- : 2604 x 2648) und ein Durchschnitt von Fr. 55'404.--. Dem entspricht das Valideneinkommen.

4.3 Da die Beschwerdeführerin die bisherige Tätigkeit gesundheitsbedingt verloren hat, bildet der durchschnittliche Tabellenlohn gemäss Lohnstrukturerhebung (LSE)/



Lohnentwicklung des Bundesamtes für Statistik (BFS), Kompetenzniveau 1, Frauen, für das Jahr 2013 von Fr. 51'793.-- (Informationsstelle AHV/IV, a.a.O.) Basis für die Bemessung des Invalideneinkommens. Entsprechend der 70 %igen Arbeitsfähigkeit ergibt dies ein Jahreseinkommen von Fr. 36'255.--.

4.4 Des Weiteren stellt sich beim Abstellen auf den genannten Tabellenlohn die Frage nach einem Tabellenlohnabzug. Bereits in der Beurteilung der medizinischen Arbeitsfähigkeit enthaltene gesundheitliche Einschränkungen dürfen dabei nicht ein zweites Mal berücksichtigt werden (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 22. Januar 2015, 9C\_846/2014, E. 4.1.1). Die Beschwerdeführerin leidet an Einschränkungen somatischer und psychischer Natur. Die Auswirkungen des chronischen Lumbovertebralsyndroms, der Rhizarthrosen und Fingerarthrosen beidseits, der SC-Gelenksarthrose rechts und des Spreizfusses mit MCP I-Arthrose beidseits (vgl. IV-act. 68-20) sind in der Arbeitsfähigkeitsschätzung der Gutachter lediglich insoweit berücksichtigt, als sie neben den psychischen Beschwerden zu einer reduzierten Leistungsfähigkeit bzw. einem langsameren Arbeitstempo und einem erhöhten Pausenbedarf führen. Nicht eingeflossen in die Arbeitsfähigkeitsschätzung sind hingegen die Einschränkungen bezüglich Gewichtslimite, Feinmotorik und Handkraft. Diesen ist durch einen Tabellenlohnabzug von jedenfalls 10 % Rechnung zu tragen. Das Invalideneinkommen beläuft sich somit auf Fr. 32'630.-- (0,9 x Fr. 36'255.--), woraus bei einem Valideneinkommen von Fr. 55'404.-- ein Invaliditätsgrad von 41,1 % resultiert.

5.

5.1 Die Gutachter erklären ihre Einschätzung als spätestens ab dem Zeitpunkt der Untersuchung (19. September 2014) für massgebend (IV-act. 68-36, 37, 42). Begründet wird dies mit dem Umstand, dass die Beschwerdeführerin zuvor nicht über die Arbeitsfähigkeit in einer leidensadaptierten Tätigkeit informiert gewesen sei (IV-act. 68-25, 43). Lediglich für den Zeitpunkt des Beginns der Einschränkung der Arbeitsfähigkeit wird auf die behandelnden Ärzte verwiesen (IV-act. 68-24) und im Übrigen werden die seit April 2012 attestierten Arbeitsunfähigkeiten zwischen 50 % und 100 % lediglich erwähnt (IV-act. 68-37), aber nicht kommentiert. Aus der Diskussion der Einschätzungen der vorbehandelnden Ärzte geht jedoch hervor, dass



die Gutachter diesen insbesondere deshalb nicht folgten, weil sie somatisch ungeklärte und durch psychosoziale Belastungsfaktoren beeinflusste Beschwerden nicht berücksichtigen. Damit bildet das Gutachten zwar Grundlage für den Nachweis einer auch retrospektiv mindestens 30 %igen Arbeitsunfähigkeit. Die Annahme einer vor dem Gutachten höheren Arbeitsunfähigkeit würde indes bedingen, dass vor der Begutachtung eine Verbesserung des Gesundheitszustandes eingetreten war. Der orthopädische Gutachter bemerkte hierzu, laut Angaben der Beschwerdeführerin habe sich die Problematik in den letzten Jahren eigentlich nicht relevant verändert, sicher nicht verbessert (IV-act. 68-13). Gemäss Bericht von Dr. C.\_\_\_\_ vom 21. Januar 2013 hatte sich der Gesundheitszustand seit dem 11. Juni 2012 verschlechtert (IV-act. 35-1). Die Psychiatrische Tagesklinik G.\_\_\_\_ hielt im Bericht vom 13. Februar 2014 fest, die Beschwerdeführerin habe unzureichend profitieren können (IV-act. 56-5), womit davon auszugehen ist, dass die tagesklinische Behandlung keine Verbesserung bewirkte. Dr. B.\_\_\_\_ bezeichnete am 11. April 2013 (IV-act. 38-1) und am 22. April 2014 (IV-act. 56-1) den Gesundheitszustand als stationär bis verschlechtert. Auch wenn der Beschwerdeführerin für den Zeitraum zwischen November 2012 und der Begutachtung höhere Arbeitsunfähigkeiten attestiert wurden (vgl. insbesondere Bericht Dr. C.\_\_\_\_ vom 21. Januar 2013, IV-act. 35; Gutachten von Dr. D.\_\_\_\_ vom 14. März 2013, IV-act. 39-7 ff.; Verlaufsbericht von Dr. B.\_\_\_\_ vom 22. April 2014, IV-act. 56-1 f.), ist aufgrund der Ausführungen der Gutachter eine höhere Arbeitsfähigkeit bzw. eine Verbesserung des Gesundheitszustandes vor der Begutachtung nicht ausgewiesen. Hingegen war die Beschwerdeführerin während ihrer stationären Behandlung in der Klinik E.\_\_\_\_ vom 8. Mai bis 4. Juni 2013 (Austrittsbericht vom 25. Juni 2013, IV-act. 45-2 ff.) und während der tagesklinischen Behandlung am Psychiatriezentrum G.\_\_\_\_ vom 10. Oktober 2013 bis 17. Januar 2014 (Arztbericht vom 2. April 2014, IV-act. 55; vgl. auch Bericht vom 13. Februar 2014, IV-act. 56-5) aufgrund der Klinikaufenthalte zu 100 % arbeitsunfähig.

5.2 Gemäss Art. 88a Abs. 1 und 2 der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV; SR 831.201) sind Verbesserungen und Verschlechterungen der Erwerbsfähigkeit zu berücksichtigen, sobald sie ohne wesentliche Unterbrechung drei Monate gedauert haben. Unter Berücksichtigung dieser Bestimmungen hat die Beschwerdeführerin ab 1. Januar 2013 Anspruch auf eine Viertelsrente (E. 4.4, Invaliditätsgrad 41 %). Der Klinikaufenthalt in E.\_\_\_\_ dauerte lediglich rund einen Monat und führt deshalb zu keiner Rentenanpassung. Hingegen besteht aufgrund der vollen Arbeitsunfähigkeit während



der tagesklinischen Behandlung vom 10. Oktober 2013 bis 17. Januar 2014 ein Anspruch auf eine ganze Rente vom 1. Februar 2014 bis 30. April 2014. Für die Zeit ab 1. Mai 2014 hat die Beschwerdeführerin wiederum Anspruch auf eine Viertelsrente.

6.

6.1 In teilweiser Gutheissung der Beschwerde ist die Verfügung vom 19. Januar 2015 aufzuheben und der Beschwerdeführerin mit Wirkung ab 1. Januar 2013 eine Viertelsrente, mit Wirkung vom 1. Februar 2014 bis 30. April 2014 eine ganze Rente und mit Wirkung ab 1. Mai 2014 wiederum eine Viertelsrente zuzusprechen. Zur Festsetzung und Ausrichtung der Rentenleistung ist die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen.

6.2 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 als angemessen. Dem Ausgang des Verfahrens entsprechend ist sie vollumfänglich der Beschwerdegegnerin aufzuerlegen (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 7. Januar 2016, 9C\_288/2015, E. 4.2). Der geleistete Kostenvorschuss von Fr. 600.-- ist der Beschwerdeführerin zurückzuerstatten.

6.3 Da die Beschwerdeführerin obsiegt, hat sie einen Anspruch auf eine Parteientschädigung. Diese ist vom Gericht ermessensweise festzusetzen, wobei insbesondere der Bedeutung der Streitsache und dem Aufwand Rechnung zu tragen ist. Vorliegend erscheint eine Parteientschädigung von Fr. 3'500.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) angemessen. Die Beschwerdegegnerin hat der Beschwerdeführerin somit eine Parteientschädigung von Fr. 3'500.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) zu bezahlen.

### Entscheid

im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP

1.



In teilweiser Gutheissung der Beschwerde wird die Verfügung vom 19. Januar 2015 aufgehoben und der Beschwerdeführerin mit Wirkung ab 1. Januar 2013 eine Viertelsrente, mit Wirkung vom 1. Februar 2014 bis 30. April 2014 eine ganze Rente und mit Wirkung ab 1. Mai 2014 wiederum eine Viertelsrente zugesprochen. Zur Festsetzung und Ausrichtung der Rentenleistung wird die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen.

2.

Die Gerichtsgebühr von Fr. 600.-- bezahlt die Beschwerdegegnerin. Der geleistete Kostenvorschuss von Fr. 600.-- wird der Beschwerdeführerin zurückerstattet.

3.

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