



Fall-Nr.: IV 2017/23
Stelle: Versicherungsgericht
Rubrik: IV - Invalidenversicherung
Publikationsdatum: 11.09.2019
Entscheiddatum: 20.06.2019

Entscheid Versicherungsgericht, 20.06.2019

Art. 28 Abs. 1 IVG; Art. 16 ATSG: Prüfung des Rentenanspruchs. Beweiskraft eines bidisziplinären Gutachtens bejaht. Einkommensvergleich nach dem sogenannten Prozentvergleich. Rentenanspruch verneint (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 20. Juni 2019, IV 2017/23).

Entscheid vom 20. Juni 2019

Besetzung

Präsident Ralph Jöhl, Versicherungsrichterin Monika Gehrler-Hug, Versicherungsrichter Joachim Huber; Gerichtsschreiberin Sabrina Bleile

Geschäftsnr.

IV 2017/23

Parteien

A.____,

Beschwerdeführerin,

vertreten durch Rechtsanwalt Prof. Dr. Hardy Landolt, Schweizerhofstrasse 14,
Postfach 568, 8750 Glarus,

gegen

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



Beschwerdegegnerin,

Gegenstand

Rente

Sachverhalt

A.

A.a Am 2. August 2013 meldete sich A.____ (nachfolgend: Versicherte) wegen Rückenschmerzen bei der IV-Stelle des Kantons St. Gallen (nachfolgend: IV-Stelle) zum Bezug von beruflichen Massnahmen bzw. Rentenleistungen an (IV-act. 9). Sie war damals als Hilfskraft in einer Kantine in einem Pensum von 50-60 % angestellt (IV-act. 9 S. 4 i.V.m. 37 S. 3). Ursprünglich hatte sie eine Anlehre als Z.____ und später eine Lehre als Y.____ absolviert (vgl. IV-act. 39 S. 3 ff., 61 S. 2 und 105 S. 44). Seit dem 15. April 2013 war die Versicherte von ihrem Hausarzt Dr. med. B.____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin FMH, jedoch zu 100 % arbeitsunfähig geschrieben worden (IV-act. 6). Vom __ bis __ April 2013 war die Versicherte aufgrund exazerbierter Schmerzen im Spital C.____ hospitalisiert worden. Im entsprechenden Austrittsbericht hatten die behandelnden Ärzte festgehalten, die Beschwerden hätten anfangs April 2013 begonnen und seien in den letzten Tagen exazerbiert. Die Versicherte habe eine Wirbelsäulenklumpdolenz über der gesamten Wirbelsäule mit einer Schmerzspitze im LWS-Bereich angegeben. Auch habe die Versicherte über eine Ausstrahlung von Kribbelparästhesien in den lateralen linken Oberschenkel und über eine Schmerzausstrahlung in den gleichen Bereich berichtet. Die neurologische Untersuchung sei allerdings unauffällig gewesen. Am 25. April 2013 sei eine MRT-Untersuchung der LWS durchgeführt worden, wobei sich eine minimale dorsale Vorwölbung des Diskus intervertebralis LWK4/5 ohne Kompression nervaler Strukturen und eine beginnende Spondylarthrose zwischen LWK3 und SWK1 sowie eine alte retromarginale intraspongiöse Hernie in der Bodenplatte BWK11 gezeigt hätten. Angesichts der bereits durch den Hausarzt durchgeführten Therapie mit Olfen, Paracetamol und Novalgin sei eine analgetische und antiinflammatorische Therapie mittels eines Göttinger-Schmerztröpfes eingeleitet worden, worunter die Schmerzen



jedoch nur leicht gemindert worden seien. Aufgrund der Diskrepanz zwischen dem radiologischen Befund und der Symptomatik werde eine psychosomatische Überlagerung der Schmerzen vermutet, weshalb der Versicherten ein psychiatrisches Konsilium empfohlen worden sei. Die Versicherte habe dies jedoch vehement abgelehnt; sie habe das Spital am nächsten Tag ohne weitere Schmerzeinstellung sofort verlassen wollen (IV-act. 14 S. 8 f.). Am Austrittstag, dem __ April 2013, hatte sich die Versicherte notfallmässig in der Neurochirurgie des Kantonsspitals St. Gallen (KSSG) untersuchen lassen. Im entsprechenden Untersuchungsbericht hatten die behandelnden Ärzte festgehalten, die Versicherte leide unter einer diffusen Beschwerdesymptomatik. Ein strukturelles Korrelat lasse sich weder im MRT der LWS noch im Röntgen der Hüfte abgrenzen. Der Versicherten seien Dafalgan, Sirdalud und Tramal verschrieben worden und ihr sei eine Physiotherapieverordnung ausgestellt worden (IV-act. 14 S. 6 f.). Per __ 2013 hatte die Arbeitgeberin das Arbeitsverhältnis mit der Versicherten aufgrund der längeren krankheitsbedingten Abwesenheit noch während der Probezeit gekündigt (IV-act. 18 und 21 S. 1). Am 2. August 2013, dem Anmeldetag bei der IV-Stelle, wurde die Versicherte auf Zuweisung von Dr. B.___ bei Prof. Dr. med. D.___, Facharzt FMH für Neurochirurgie, Zentrum E.___, vorstellig. Dieser berichtete am 5. August 2013, dass auf dem Röntgenbild der LWS vom 2. August 2013 eine deutliche rechtskonvexe skoliotische Fehlhaltung ersichtlich sei, die in erster Linie auf eine Schonhaltung zurückzuführen sein dürfte. Auf dem MRT der LWS vom 25. April 2013 falle sofort eine für das Alter ungewöhnliche degenerative Diskopathie der Bandscheibe L4/5 auf. Insgesamt sei nur eine leichtgradige Dehydration ersichtlich, die aber für das Alter ungewöhnlich sei. Die Bandscheibe L5/S1 zeige ebenfalls einen gewissen Hydrierungsmangel. Eine Nervenkompression finde sich nirgends (IV-act. 14 S. 3 f.). Gleichentags führte Prof. D.___ bei der Versicherten eine diagnostisch therapeutische Blockade der Facettengelenke L4/5 beidseits durch. Am 12. August 2013 folgte eine diagnostische Blockade der Facettengelenke L5/S1 beidseits. Am 3. September 2013 gab die Versicherte gegenüber Prof. D.___ an, dass die diagnostische Blockade der Facettengelenke L4/5 beidseits eine leichte Besserung gebracht habe. Die diagnostische Blockade des Segments L5/S1 habe nicht geholfen. Zur Verfestigung des Befundes führte Prof. D.___ am 9. September 2013 eine bildwandelgesteuerte diagnostische Blockade der Facettengelenke L4/5 beidseits durch. Am 20. September 2013 berichtete die Versicherte Prof. D.___, dass die letzte



St.Galler Gerichte

diagnostische Blockade keinerlei Erfolg gebracht habe. Nach der Blockade habe sie sich gar noch schlechter als vorher gefühlt. Am 9. September 2013 hielt Prof. D.____ fest, dass eine Operation im Sinne einer dynamischen Stabilisation des Segments L4/5 aufgrund der keineswegs eindeutigen diagnostischen Blockaden fraglich sei. Allerdings habe die Versicherte glücklicherweise eine sogenannte Emmett-Therapie begonnen, die bei ihr eine sehr gute Wirksamkeit zeige (IV-act. 28).

A.b Am 15. November 2013 teilte Dr. med. F.____, Spezialarzt FMH für Innere Medizin, der Krankentaggeldversicherung der Versicherten mit, dass bei der Versicherten bis April 2013 gelegentlich Rückenblockaden lumbal aufgetreten seien. Seit April 2013 bestünden zeitweise invalidisierende und blockierende Schmerzen lumbal betont. Als Diagnose nannte er ein lumbovertebrales und lumbospondylogenes Syndrom mit Symptomausweitung im Sinne einer beginnenden Fibromyalgie bis zum Nacken hinauf sowie den Verdacht auf einen Status nach Morbus Scheuermann mit besonders ausgeprägter Fehlhaltung. Als Befunde erhob er einen ausgeprägten Muskelhartspann paravertebral und panvertebral und eine deutliche Dolenz der Schulter- und Nackenmuskulatur. Neurologische Ausfälle konnte er nicht finden. Er beschrieb eine myotendinotische Problematik. Dr. F.____ kam zum Schluss, dass die Versicherte im Bereich Service, Bäckerei und Metzgerei-Verkauf nicht einsatzfähig sei, jedoch könne er sich einen Einsatz in einem Pensum von 50 % in einer vorwiegend sitzenden Tätigkeit mit der Möglichkeit, aufzustehen und umherzugehen, vorstellen (Fremdakten, act. 2 S. 8 ff.).

A.c Am 17. Dezember 2013 berichtete Dr. B.____ der IV-Stelle, dass die bisherige Tätigkeit der Versicherten nicht mehr zumutbar sei. Andere Tätigkeiten seien der Versicherten zu 50 % bzw. zu 4.5 Stunden pro Tag zumutbar, jedoch bestehe in diesem zeitlichen Rahmen eine verminderte Leistungsfähigkeit (IV-act. 26 S. 3 f.). Dr. B.____ schrieb die Versicherte ab dem 1. Januar 2014 noch zu 50 % arbeitsunfähig (IV-act. 33 S. 6 und 41 S. 1). Am 20. Januar 2014 gab Prof. D.____ gegenüber der IV-Stelle als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ein lokales Lumbalsyndrom bei degenerativer Diskopathie L4/5 mässigen Ausmasses, für das jugendliche Alter der Versicherten ungewöhnlich, an. Gleichzeitig führte er aus, dass ihm eine medizinisch begründete Arbeitsunfähigkeit der Versicherten von mindestens 20 % für die zuletzt



ausgeübte Tätigkeit nicht bekannt sei. Körperliche, geistige oder psychische Einschränkungen bestünden nicht. Die Prognose sei günstig (IV-act. 28 S. 1 ff.).

A.d Anlässlich eines Assessmentgesprächs vom 5. März 2014 gab die Versicherte gegenüber einer Eingliederungsverantwortlichen der IV-Stelle an, dass sie sich gesundheitlich nur noch eine administrative Arbeit vorstellen könne, bei der sie wechselbelastend arbeiten könne. Ihr Wunschpensum betrage 80 %, einen Tag benötige sie für den Haushalt. Sie habe einen Sohn, welcher bei einer Pflegefamilie untergebracht sei. Die Ferien und jedes zweite Wochenende verbringe der Sohn bei ihr (IV-act. 37 S. 4). Am 12. Juni 2014 unterzeichnete die Versicherte einen Eingliederungsplan mit dem Ziel einer Arbeitsvermittlung durch eine aktive Stellensuche (IV-act. 38). Am 18. Juni 2014 sprach die IV-Stelle der Versicherten eine Beratung und Unterstützung bei der Stellensuche zu (IV-act. 42).

A.e Am 26. Mai 2014 stellte sich die Versicherte im Zentrum G.____ zur Einholung einer Zweitmeinung vor. Prof. Dr. med. H.____, Facharzt für orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, erwähnte im gleichentags erstellten Untersuchungsbericht als Diagnosen chronische unspezifische Lumbodorsalgien und eine Lumboischialgie beidseits, linksbetont, eine allgemeine Dekonditionierung sowie den Verdacht auf eine Schmerzausweitung. Die morphologischen Kriterien zur Diagnose eines Morbus Scheurmanns seien nicht erfüllt. In seiner Beurteilung hielt er fest, dass sich die Beschwerdesymptomatik, insbesondere das Schmerzausmass, mit der bestehenden Bildgebung nicht erklären lasse. Von einem wirbelsäulenchirurgischen Eingriff rate er dringend ab. Seines Erachtens liege ein schmerzmedizinisches Problem vor (IV-act. 47 S. 6 f.). Wegen einer von der Versicherten angegebenen Schwäche im rechten Bein fand am 10. Juni 2014 bei einem Neurologen des Zentrums G.____ eine neurologische und elektrophysiologische Untersuchung statt. Am 16. Juni 2014 hielt Dr. H.____ fest, dass sich bei einem normalen klinisch-neurologischen und elektrophysiologischen Befund kein neurologisches Substrat für die geklagten Beschwerden finde. Insbesondere liege kein Hinweis für eine multilokuläre Erkrankung vor. Er empfehle eine aktive Bewegungstherapie. Aufgrund der bisherigen Abklärungen lasse sich kein morphologisches Korrelat finden, das einer Operation bedürfe. Im Vordergrund stehe ein intensiver Belastungsaufbau. Er habe der Versicherten eine Physiotherapie empfohlen (IV-act. 47 S. 4 f.). In einer Stellungnahme vom 13. August



St.Galler Gerichte

2014 ging der regionale ärztliche Dienst (RAD) von einer 100%igen Arbeitsfähigkeit in einer adaptierten Tätigkeit aus, da von mehreren Seiten bestätigt worden sei, dass sich für die intensive Rückenschmerzsymptomatik kein objektivierbares Korrelat finden lasse, und da teils von einer Schmerzausweitung die Rede sei (IV-act. 51).

A.f Mit einer Mitteilung vom 6. März 2015 sprach die IV-Stelle der Versicherten eine Berufsberatung mit Abklärung der beruflichen Eingliederungsmöglichkeiten zu (IV-act. 56). Anlässlich eines Assessmentgesprächs vom 15. April 2015 gab die Versicherte an, ihre gesundheitliche Situation habe sich stabilisiert. Die Rückenschmerzen seien zwar noch einschränkend, jedoch versuche sie Lösungen zu suchen, um ihre Aufgaben erledigen zu können. Bewegung sei für sie am besten, jedoch benötige sie immer wieder Sitzpausen. Ausserdem könne sie keine schweren Gewichte heben. Medikamente nehme sie nicht mehr ein, da sie nicht wie eine Betrunkene wirken wolle. Sie habe die Therapien im Herbst 2014 abgebrochen, da diese nicht die gewünschte Besserung gebracht hätten. Ihre Belastbarkeit schätze sie momentan auf 60-70 %. Seit Dezember 2014 arbeite sie als Servicekraft im Freizeitpark I.____. Sie arbeite durchschnittlich drei bis vier Tage pro Woche, jedoch maximal zwei Tage am Stück. Sie brauche nach den zwei Tagen einen Tag, um sich wieder zu erholen. Die körperlichen Belastungen seien jedoch zu hoch, um diese Arbeit über längere Zeit ausüben zu können (IV-act. 61).

A.g Vom 21. September bis 13. November 2015 fand im Auftrag der IV-Stelle eine berufliche Abklärung der Versicherten in der Abklärungsstätte X.____ statt (IV-act. 75). Im entsprechenden Schlussbericht wurde festgehalten, dass die Versicherte im Montagebereich eine Leistungsfähigkeit (bezogen auf den ersten Arbeitsmarkt) von 80-90 % erzielt habe. Aufgrund der begrenzten intellektuell-schulischen Ressourcen komme eine Ausbildung im Bürobereich nicht in Frage. Für eine Ausbildung im Elektronikbereich sei die Feinmotorik nicht genügend ausgeprägt. Eine Abklärung im Bereich Hauswirtschaft sei aufgrund der Schmerzproblematik nicht angezeigt gewesen, da eine solche Tätigkeit nicht adaptiert wäre. Aufgrund der begrenzten intellektuell-schulischen Ressourcen sei eine Umschulung nicht angezeigt. Deshalb kämen nur Hilfstätigkeiten in Frage. Aufgrund des labilen Gesundheitszustandes sei eine direkte Eingliederung in den ersten Arbeitsmarkt nicht möglich. Die Versicherte habe zwar im Montagebereich eine gute Leistung gezeigt, jedoch könne sie diese



zurzeit nicht konstant aufrechterhalten. Die Präsenzzeiten habe sie nur mit Mühe einhalten können. Im Rahmen eines Arbeitstrainings könnte die Leistungsfähigkeit gesteigert und stabilisiert werden. Sofern die Belastbarkeit gesteigert werden könne und der Umgang mit den Schmerzen nicht mehr im Vordergrund stehe, erscheine eine Eingliederung in den ersten Arbeitsmarkt realistisch. Empfohlen werde ein Arbeitstraining beginnend mit einem Pensum von mindestens 50 %, welches anschliessend so weit wie möglich gesteigert werden sollte. Die Versicherte schätze, dass sie ein Pensum von 50 % nach einiger Zeit auf 70 bis 80 % erhöhen könne. Die im Rahmen eines Arbeitstrainings innerhalb von sechs bis zwölf Monaten zu erwartende Leistungsfähigkeit betrage ca. 80 %. Die Versicherte benötige eine leichte, wechselbelastende und mehrheitlich sitzende Tätigkeit. Naheliegend sei eine Tätigkeit in einem Produktionsbetrieb in der Nahrungsmittelbranche. Auch eine Tätigkeit in der Industriemontage mit Maschinenbedienungen oder Überwachungen sei denkbar. Um der Kontaktfreude entgegenzukommen, wäre eine Tätigkeit an einer Kasse ideal. Anstelle eines Arbeitstrainings sei auch ein Praktikum im ersten Arbeitsmarkt denkbar, sofern ein Betrieb Verständnis für die Schmerzproblematik aufbringe. Wichtig sei, dass die Versicherte möglichst bald wieder eine Tagesstruktur habe, um einer Fokussierung auf die Schmerzen vorzubeugen (IV-act. 77).

A.h Auf Zuweisung von Dr. B. ___ hatte in der Klinik für Rheumatologie des KSSG vom ___ September bis ___ Oktober 2015 eine Untersuchung stattgefunden. Die behandelnden Ärzte waren im entsprechenden Untersuchungsbericht zum Schluss gelangt, dass die Symptomatik in erster Linie im Rahmen einer myofascialen Dysbalance zu interpretieren sei. Klinisch falle eine Haltungsinsuffizienz bei einer schwach ausgeprägten Bauch- und Rückenmuskulatur auf. Laborchemische Hinweise für eine entzündliche Genese des Rückenschmerzes lägen nicht vor. Warnsymptome wie Paresen oder Sensibilitätsausfälle bestünden nicht. Entsprechend hätten sie mit der Versicherten besprochen, wie wichtig eine aktive Kräftigung der Muskulatur sei, nicht nur durch eine Physiotherapie, sondern auch durch tägliche Übungen zu Hause. Vorerst werde der Erfolg dieser Massnahmen abgewartet (IV-act. 98). Am ___ November 2015 fand eine Verlaufskontrolle in der Klinik für Rheumatologie des KSSG statt. Die behandelnden Ärzte hielten im entsprechenden Untersuchungsbericht als Diagnose ein chronisches paravertebrales myofasciales Syndrom fest. Weiter führten sie aus, die Versicherte habe berichtet, sie habe während rund vier Wochen zweimal wöchentlich



St.Galler Gerichte

Physiotherapie sowie täglich eine halbe Stunde Heimübungen durchgeführt, was zu einer Schmerzzunahme geführt habe. Weiter hielten die Ärzte fest, ein MRT vom __ Dezember 2015 habe initiale Diskusdegenerationen und beginnende Spondylarthrosen LWK 4/5 und LWK 5/SWK 1, jedoch keinen Nachweis einer Neurokompression gezeigt. Hinweise auf einen entzündlichen Prozess fehlten ebenfalls. Die Ärzte empfahlen die Fortsetzung der Heimübungen zur Stärkung der Rücken- und Bauchmuskulatur. Eine Osteopathie sei ebenfalls zu begrüssen (IV-act. 87).

A.i Am 16. Januar 2016 berichtete Dr. B.___, die Versicherte sei nach einer vorübergehenden Schmerzbesserung wegen einer Verschlechterung seit dem 12. Juni 2015 im Gastronomiebereich (vgl. IV-act. 95) wieder zu 100 % arbeitsunfähig. Rein sitzende Tätigkeiten, welche kein Heben schwerer Lasten und nur kurze Gehstrecken beinhalteten, seien allenfalls zumutbar. In welchem zeitlichen Rahmen solche Tätigkeiten möglich seien, sei Gegenstand der Abklärung in X.___ (IV-act. 84). Am __ Februar 2016 fand in der Klinik für Rheumatologie des KSSG eine Verlaufskontrolle statt, bei der die Versicherte davon berichtete, dass mittels Chiropraktik, Physiotherapie und Heimübungen eine deutliche Besserung eingetreten sei. Gelegentlich verspüre sie noch leichte Schmerzen, vor allem bei kaltem Wetter. Manchmal sei Dafalgan und ganz selten Lyrica nötig, worauf sie gut anspreche. Daher gaben die Ärzte des KSSG die Behandlung in die hausärztliche Praxis zurück (IV-act. 96). In einem am 15. April 2016 bei der IV-Stelle eingegangenen Bericht erklärte Dr. B.___, dass die Diagnosen unverändert seien. Bei der letzten Verlaufskontrolle vom 1. März 2016 habe die Versicherte davon berichtet, dass ihr die Sitzungen bei einem Chiropraktoren eine deutliche Beschwerdelinderung gebracht hätten (IV-act. 92).

A.j Am 6. Juli 2016 wurde die Versicherte im Auftrag der IV-Stelle von der Medizinisches Gutachtenszentrum Region St. Gallen GmbH (MGSG), bidisziplinär (orthopädisch und psychiatrisch) begutachtet (IV-act. 104 und 105). Der orthopädische Gutachter hielt in seinem Teilgutachten fest, dass die Versicherte seit einem Monat Nackenschmerzen mit Ausstrahlung in den Kopf spüre. Weiter berichte sie von sich seit 2013 manifestierenden, leicht regredienten lumbalen Schmerzen, die sich gelegentlich in beide Kleinzehen fortsetzten. Das Bücken, Heben und Tragen empfinde sie als dolent. Weiter habe die Versicherte angegeben, dass sie wegen den LWS-Beschwerden hin und wieder Schmerzmittel verwende. Die momentane Physiotherapie



lindere die Beschwerden leicht. Gelegentlich seien beide Oberarme taub (IV-act. 105 S. 3 f. und 7). In seiner Untersuchung konnte der orthopädische Gutachter keine Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit erheben. Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit erhob er ein Cervicovertebralsyndrom bei dorsaler Diskushernie C6/7 ohne neurale Kompression sowie eine Pseudolumboischialgie beidseits bei leichter Diskusdegeneration und Spondylarthrose L4/5 sowie L5/S1 ohne neurale Kompression (IV-act. 105 S. 7 und 33 f.). In seiner Beurteilung kam der orthopädische Gutachter zu folgendem Schluss: Da das Ausmass der HWS- und LWS Schmerzen aufgrund der nicht sehr ausgeprägten pathologischen Befunde im MRI nur ungenügend plausibilisiert werden könne, bestehe spätestens seit April 2013 bei voller Stundenpräsenz eine Arbeitsfähigkeit von 100 % als Küchenhilfe respektive Serviceangestellte (IV-act. 105 S. 9). Weiter führte der orthopädische Gutachter aus, dass Dr. F.____ im Jahr 2013 zwar eine volle Arbeitsunfähigkeit für die Tätigkeit als Serviceangestellte bzw. als Verkäuferin in einer Bäckerei oder Metzgerei attestiert habe, ohne jedoch begründet zu haben, weshalb keine Arbeitsfähigkeit gegeben sei. Aufgrund der von Dr. F.____ gestellten, unpräzisen Diagnose sei eine volle Arbeitsunfähigkeit nicht nachvollziehbar. Zudem habe die Versicherte im Jahr 2013 als Küchenhilfe und nicht als Serviceangestellte oder Verkäuferin gearbeitet. Ebenso wenig nachvollziehbar sei eine nur 50%ige Arbeitsfähigkeit in einer adaptierten Tätigkeit. Der Beurteilung von Prof. H.____, wonach die Beschwerden nicht objektiviert werden könnten, sei beizupflichten. Der Bericht der Institution X.____ sei wirr. Einerseits werde darin festgehalten, dass aufgrund der massiven Rückenschmerzen eine direkte Eingliederung in den ersten Arbeitsmarkt nicht möglich sei. Andererseits werde erklärt, dass die Versicherte im ersten Arbeitsmarkt im Montagebereich eine Leistung von 80 bis 90 % erzielen könne. Ausserdem habe die Versicherte in der gutachterlichen Exploration angegeben, sie glaube nicht, je wieder arbeiten zu können. Im Bericht der Institution X.____ sei hingegen festgehalten worden, dass die Versicherte der Meinung sei, ein 50%iges Pensum nach einer Weile auf 70 bis 80 % erhöhen zu können (IV-act. 105 S. 8). Der psychiatrische Gutachter konnte in seiner Untersuchung ebenfalls keine Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit erheben. Als Diagnose ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannte er in seinem Teilgutachten den Verdacht auf eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (IV-act. 105 S. 21 f.). In seiner Beurteilung hielt er fest, bei der Versicherten liessen sich aus psychiatrischer Sicht



nach Partnerproblemen im Jahr 2007 mit einer anschliessenden stationären psychiatrischen Behandlung keine psychischen Störungen erheben. Die Versicherte sei in einer neuen Partnerschaft ohne Beziehungsprobleme. Zu ihrem Sohn aus der ersten Partnerschaft habe sie eine gute Beziehung. Zum Untersuchungszeitpunkt habe die Versicherte psychopathologisch weitgehend unauffällig gewirkt. Aufgrund der anhaltenden körperlichen Schmerzen bestehe aber der Verdacht auf eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung, bei der die Schmerzen durch eine organische Störung nicht ausreichend erklärt werden könnten und in Verbindung mit emotionalen Konflikten oder psychosozialen Problemen stünden. Bei der Versicherten liessen sich in der Vergangenheit emotionale Konflikte mit Partnerproblemen erheben und zusätzlich bestehe aktuell eine Arbeitslosigkeit. Auch habe die Versicherte zum Untersuchungszeitpunkt Hinweise für eine Verdeutlichung der Beschwerden mit demonstrativen Verhaltensweisen gezeigt, sodass eine psychogene Überlagerung der Schmerzen mit einem sekundären Krankheitsgewinn angenommen werden könne. Eine psychische Komorbidität von erheblicher Schwere, Ausprägung und Dauer bestehe allerdings nicht. Auch liessen sich bei der Versicherten nach einer unauffälligen Kindheits- und Persönlichkeitsentwicklung keine Hinweise für eine Persönlichkeitsstörung finden. Bei der Versicherten liessen sich überdies mobilisierbare Ressourcen erheben. Sie übe im Tagesablauf zahlreiche Aktivitäten aus und habe gute soziale Kontakte. Auch wirke sie gut kommunikationsfähig und kontaktfähig (IV-act. 105 S. 24 f.). Bei der Beurteilung der Konsistenz sei festzuhalten, dass sich bei der Versicherten keine gleichmässige Einschränkung des Aktivitätenniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen erheben lasse. Die Versicherte fühle sich nicht arbeitsfähig, zeige jedoch zahlreiche Aktivitäten im Tagesablauf. Sie habe angegeben, dass sie koche, die Wohnung reinige, Termine einhalte, einkaufe und sich mit Kolleginnen treffe (IV-act. 105 S. 26). Aus rein psychiatrischer Sicht, ohne Berücksichtigung der körperlichen Beschwerden, könne in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Servicemitarbeiterin eine 100%ige Arbeitsfähigkeit bei vollem Stundenpensum seit etwa 2008 angenommen werden, nachdem sich 2007 vorübergehende psychische Störungen hätten erheben lassen, die retrospektiv nicht näher eingeschätzt werden könnten. Auch in einer leidensadaptierten Tätigkeit bestehe aus psychiatrischer Sicht eine 100%ige Arbeitsfähigkeit seit mindestens 2008 (IV-act. 105 S. 28). In ihrem polydisziplinären Konsens vom 18. Juli 2016 (vgl. IV-act. 105



S. 2) kamen die Gutachter zum Schluss, dass weder ein somatisches noch ein psychisches Leiden mit Krankheitswert vorliege. Folglich attestierten sie der Versicherten eine volle Arbeitsfähigkeit in ihrer bisherigen Tätigkeit als Servicemitarbeiterin, aus psychiatrischer Sicht seit mindestens 2008, aus orthopädischer Sicht seit April 2013 (IV-act. 105 S. 34 f.).

A.k Mit einer Mitteilung vom 3. Oktober 2016 wies die IV-Stelle das Begehren um berufliche Massnahmen ab. Für eine allfällige Unterstützung bei der Stellensuche sei das regionale Arbeitsvermittlungszentrum (RAV) zuständig (IV-act. 109).

A.I Mit einem Vorbescheid vom 13. Oktober 2016 kündigte die IV-Stelle der Versicherten an, dass sie deren Rentenbegehren bei einem Invaliditätsgrad von 0 % abweisen werde (IV-act. 112). Gegen diesen Vorbescheid liess die Versicherte durch ihren Rechtsvertreter am 3. November 2016 (IV-act. 113) bzw. am 15. Dezember 2016 einwenden, dass das MGSG-Gutachten nicht nur von einer vollen Arbeitsfähigkeit ausgehe, sondern auch das Vorhandensein von gesundheitlichen Beschwerden mit Krankheitswert sowohl in somatischer als auch in psychiatrischer Hinsicht verneine. In Anbetracht der Tatsache, dass die Versicherte während Jahren medizinisch behandelt und in ihrem angestammten Beruf als vollumfänglich arbeitsunfähig qualifiziert worden sei, bestehe zwischen der Einschätzung der behandelnden Ärzte und dem medizinischen Gutachten ein unauflösbarer Widerspruch (IV-act. 117). Am 6. Januar 2017 verfügte die IV-Stelle die Abweisung des Rentenbegehrens bei einem Invaliditätsgrad von 0 % (IV-act. 118).

B.

B.a Gegen diese Verfügung liess die Versicherte (nachfolgend: Beschwerdeführerin) am 13. Januar 2017 Beschwerde erheben und beantragen, die Verfügung der IV-Stelle (nachfolgend: Beschwerdegegnerin) vom 6. Januar 2017 sei aufzuheben und die Angelegenheit sei an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen, alles unter Kosten- und Entschädigungsfolge zu Lasten der Beschwerdegegnerin. Weiter liess die Beschwerdeführerin ein Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege und Rechtsverteidigung stellen. Zur Begründung liess sie im Wesentlichen anführen, die Beschwerdegegnerin hätte zur Bemessung der Invalidität nicht die



St.Galler Gerichte

Einkommensvergleichsmethode, sondern die gemischte Methode anwenden sollen. Dementsprechend wäre die Beschwerdegegnerin verpflichtet gewesen, eine Haushaltsabklärung vorzunehmen. Weiter liess die Beschwerdeführerin geltend machen, im MGSG-Gutachten sei nicht ausführlich dargelegt worden, weshalb die von ihr geklagten Beschwerden nicht objektivierbar sein sollten, nachdem unabhängige Spezialisten objektiv nachweisbare Veränderungen (Diskushernie und Arthrose) festgestellt hätten. Die Gutachter hätten die Einschätzungen der behandelnden Ärzte bzw. der Abklärungsstelle X.____ teilweise geradezu ins Lächerliche gezogen, indem sie deren Feststellungen z.B. als "wirr" bezeichnet hätten. Auch sei abzuklären, ob eine somatoforme Schmerzstörung bestehe. Ausserdem weiche die gutachterliche Beurteilung des funktionellen Leistungsvermögens von der Beurteilung der Abklärungsstelle X.____ ab. Da die Abklärungsstelle X.____ das funktionelle Leistungsvermögen getestet habe, wären auch die Gutachter zu einer objektivierten Evaluation des funktionellen Leistungsvermögens und zu einer hinreichend sachlichen Begründung ihrer Einschätzung gehalten gewesen. Weiter kritisierte die Beschwerdeführerin, dass die Beschwerdegegnerin bei der Invaliditätsbemessung sowohl für das Valideneinkommen als auch für das Invalideneinkommen den Lohn der angestammten Tätigkeit herangezogen habe. In Anbetracht ihrer noch langen Erwerbskarriere dürfe nicht auf den zufälligen Lohn der Teilzeitarbeit abgestellt werden. Vielmehr hätte der jeweils massgebliche Tabellenlohn herangezogen werden müssen. Überdies sei ein Tabellenlohnabzug bzw. ein "leidensbedingter Abzug" vorzunehmen, da sie nicht mehr in der Lage sei, ein Vollzeitpensum auszuüben und subjektive, in ihrer Person liegende Gründe die Verwertung der Restarbeitsfähigkeit beeinträchtigen (act. G 1).

B.b Mit einem Schreiben vom 18. Januar 2017 liess die Beschwerdeführerin einen Bericht von Dr. B.____ vom 13. Januar 2017 einreichen. Dieser hatte im Wesentlichen ausgeführt, er betreue die Beschwerdeführerin schon lange. Die Rückenschmerzen seien mit klassischen Schmerzmitteln kaum beherrschbar gewesen. Mit einer speziellen Analgesie habe die Schmerzproblematik etwas entschärft werden können. Leider sei die Verträglichkeit dieser Medikamente aufgrund unerwünschter Nebenwirkungen für eine Langzeittherapie nicht gegeben gewesen. Die Beschwerden hätten nun mit einer manuellen Dauertherapie einigermaßen gelindert werden können, jedoch sei bisher keine Heilung gelungen. Eine psychische Ursache schliesse er aus.



St.Galler Gerichte

Die vom psychiatrischen Gutachter vermutete Diagnose einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung erachte er als eine spekulative Verlegenheitsdiagnose. Störend sei, dass nicht auf das junge Alter der Beschwerdeführerin eingegangen worden sei. Er setze die Beschwerden im Nacken- und Lendenbereich in einen direkten Zusammenhang mit den radiologisch nachgewiesenen altersunüblichen Degenerationen (act. G 4 und 4.1.1).

B.c In ihrer Beschwerdeantwort vom 10. Februar 2017 beantragte die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde. Zur Begründung führte sie im Wesentlichen aus, dass es die Aufgabe eines Arztes sei, zur Frage Stellung zu nehmen, in welchen Tätigkeiten und in welchem Ausmass es einer Versicherten zumutbar sei, zu arbeiten. Aufgabe der beruflichen Abklärungsstelle sei es festzustellen, inwiefern eine versicherte Person die ärztlich festgestellte Arbeitsfähigkeit in konkret zu bezeichnenden Berufen verwerten könne. Die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin könne daher nicht gestützt auf die Ergebnisse einer beruflichen Abklärung festgelegt werden. Überdies sei die Kritik des orthopädischen Gutachters am Bericht der Abklärungsstelle X.____ berechtigt. Das MGSG habe die geltend gemachten Einschränkungen ausführlich abgeklärt. Da die Beschwerdeführerin in jeder Tätigkeit, die ihr konstitutionell zumutbar sei, voll arbeitsfähig sei, könne offenbleiben, in welchem Ausmass sie im Haushalt oder im Erwerb tätig wäre. Ausserdem lebe ihr Sohn in einer Pflegefamilie. Der Invaliditätsgrad sei somit zu Recht anhand eines Einkommensvergleichs bemessen worden (act. G 7).

B.d Am 17. Februar 2017 wurde der Beschwerdeführerin mitgeteilt, dass das Gericht dem Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege und Rechtsverbeiständung nicht entsprechen könne, da die Beschwerdeführerin rechtsschutzversichert sei. Ohne ausdrücklichen Gegenbericht werde davon ausgegangen, dass die Beschwerdeführerin mit der formlosen Erledigung ihres Gesuchs einverstanden sei (act. G 8). In der Folge leistete die Beschwerdeführerin den Kostenvorschuss von Fr. 600.-- (act. G 9) und verzichtete auf die Einreichung einer Replik (act. G 10). Am 27. April 2017 reichte der Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin seine Kostennote ein (act. G 11).

Erwägungen

1.



Vorliegend strittig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdeführerin einen Anspruch auf eine Invalidenrente hat.

2.

2.1 Einen Anspruch auf eine Rente der Invalidenversicherung haben Versicherte, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wiederherstellen, erhalten oder verbessern können, während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig gewesen sind und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid sind (Art. 28 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung [IVG; SR 831.20]). Invalidität ist gemäss Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit. Erwerbsunfähigkeit wird in Art. 7 Abs. 1 ATSG als 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 ausgeglichen Arbeitsmarkt definiert. Die Invalidität ist grundsätzlich durch einen Einkommensvergleich zu ermitteln. Dabei wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen kann, in Beziehung gesetzt zum Einkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Art. 16 ATSG).

2.2 Um den Arbeitsfähigkeitsgrad bestimmen 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 dabei, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsfähig ist. Im Weiteren sind die ärztlichen Aussagen eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen einer Person noch zugemutet werden können (BGE 125 V 261 E. 4; BGE 115 V 134 E. 2).



Hinsichtlich des Beweiswerts eines Arztberichts ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten bzw. der Anamnese abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Fachperson begründet sind (BGE 125 V 352 E. 3a mit Hinweis).

3.

3.1 Die Beschwerdegegnerin stützt sich für die Ablehnung des Rentenanspruchs in erster Linie auf das psychiatrisch-orthopädische MGSG-Gutachten (vgl. act. G 7). Demgegenüber bemängelt die Beschwerdeführerin das Gutachten in mehreren Punkten. Sie macht insbesondere geltend, dass im MGSG-Gutachten nicht ausführlich dargelegt worden sei, weshalb die von ihr beklagten Beschwerden nicht objektivierbar sein sollten. Der orthopädische Gutachter habe zwar ähnliche Diagnosen wie die behandelnden Ärzte gestellt, jedoch seien die behandelnden Ärzte im Gegensatz zum orthopädischen Gutachter davon ausgegangen, dass die Beschwerden objektivierbar seien. Prof. D.____ habe sogar von einer ungewöhnlichen degenerativen Beeinträchtigung der Bandscheiben im Lendenwirbelsäulenbereich gesprochen. Der orthopädische Gutachter habe die Einschätzung der behandelnden Ärzte, diejenige von Dr. F.____ und diejenige der Abklärungsstelle X.____ geradezu ins Lächerliche gezogen. Zudem sei das psychiatrische vor dem orthopädischen Gutachten erstellt worden, womit der psychiatrische Sachverständige mit seiner Verdachtsdiagnose einen ungerechtfertigten Einfluss auf das orthopädische Teilgutachten genommen habe. Schliesslich genüge es nicht, wenn im psychiatrischen Teilgutachten lediglich festgehalten werde, dass ein Verdacht für die Diagnose einer somatoformen Schmerzstörung bestehe. Vielmehr sei abzuklären, ob eine solche Schmerzstörung vorliege (act. G 1).

3.2 Das orthopädische MGSG-Gutachten beruht auf eigenständigen Abklärungen und ist für die streitigen Belange umfassend. Die medizinischen Vorakten und die von der Beschwerdeführerin geklagten Beschwerden sind berücksichtigt worden. Die bescheinigte Arbeitsfähigkeit leuchtet in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation ein. Weder die



behandelnden Ärzte des Spitals C.____ noch diejenigen der Neurochirurgie des KSSG haben objektivierbare, strukturelle Gesundheitsschäden finden können, welche die ausgeprägten Schmerzen erklären könnten (vgl. IV-act. 14 S. 6 ff.) Auch Prof. D.____, der ausdrücklich festgehalten hat, dass die im MRT sichtbaren Degenerationen für das Alter der Beschwerdeführerin ungewöhnlich seien, hat keine eindeutigen diagnostischen Blockaden finden und somit keine Empfehlung zur operativen Stabilisation geben können (IV-act. 28 und 14 S. 3 f.). Prof. H.____ hat sich die Beschwerdesymptomatik, insbesondere das Schmerzausmass, mit der bestehenden Bildung ebenfalls nicht erklären können (IV-act. 47 S. 6 f.). Zudem hat eine klinisch-neurologische und elektrophysiologische Untersuchung kein neurologisches Substrat für die im rechten Bein angegebene Schwäche gezeigt (IV-act. 47 S. 4 f.). Schliesslich haben auch die behandelnden Ärzte der Klinik für Rheumatologie des KSSG keine Warnsymptome wie Paresen oder Sensibilitätsausfälle und keine laborchemischen Hinweise auf eine entzündliche Genese feststellen können (IV-act. 98). Entgegen der Behauptung der Beschwerdeführerin haben die behandelnden bzw. untersuchenden Ärzte die von ihr angegebenen Beschwerden somit nicht objektivieren können. Dr. F.____ und Dr. B.____ haben der Beschwerdeführerin zwar eine Arbeitsunfähigkeit attestiert (vgl. IV-act. 26 S. 3 f., 33 S. 5 f., 41 S. 1, 95 S. 1 und Fremdakten, act. 2 S. 8 ff.) und Dr. B.____ hat die Beschwerden als glaubhaft eingestuft (vgl. insbesondere act. G 4.1.1), jedoch haben auch sie keine objektivierbaren Substrate genannt, welche die Beschwerden hätten erklären können. Dr. F.____ ist von einem lumbovertebralen und lumbospondylogenen Syndrom mit Symptomausweitung im Sinne einer beginnenden Fibromyalgie ausgegangen und hat den Verdacht auf einen Status nach Morbus Scheuermann mit besonders ausgeprägter Fehlhaltung gestellt (Fremdakten, act. 2 S. 9). Prof. H.____ hat demgegenüber festgehalten, dass die morphologischen Kriterien zur Diagnose eines Morbus Scheuermanns nicht erfüllt seien (IV-act. 47 S. 6 f.). Die Diagnose der Fibromyalgie ist in den Untersuchungsberichten der Klinik für Rheumatologie des KSSG nicht mehr aufgenommen worden. Vielmehr ist in diesen Untersuchungsberichten nur noch die Rede von einem myofascialen Syndrom und einer myofascialen Dysbalance gewesen, wobei eine Haltungsinsuffizienz und eine schwach ausgeprägte Rücken- und Bauchmuskulatur aufgefallen sind. Die behandelnden Ärzte der Klinik für Rheumatologie des KSSG haben der Versicherten daher empfohlen, die Muskulatur zu kräftigen, wodurch die Versicherte in Kombination



mit Physiotherapie und Chiropraktik schliesslich auch subjektiv eine deutliche Schmerzabnahme bemerkt hat (vgl. IV-act. 87, 96 und 98). Anlässlich einer Sprechstunde vom __ Februar 2016 in der Klinik für Rheumatologie des KSSG hat die Versicherte sogar berichtet, dass sie nur noch gelegentlich, vor allem bei kaltem Wetter, leichte Schmerzen verspüre. Manchmal sei Dafalgan und ganz selten Lyrica nötig, worauf sie gut anspreche (vgl. IV-act. 96). Im Übrigen hat sich der orthopädische Gutachter mit den abweichenden medizinischen Einschätzungen einlässlich auseinandergesetzt (vgl. IV-act. 105 S. 8 f.). Dem seitens der Beschwerdeführerin erhobenen Vorwurf, der orthopädische Gutachter habe die anderen medizinischen Einschätzungen und den Bericht der Abklärungsstätte X.___ geradezu ins Lächerliche gezogen (vgl. act. G 1 S. 5), kann nicht gefolgt werden. Dass der Gutachter auf Diskrepanzen in den Berichten hingewiesen hat, ist nicht zu beanstanden. Auch ist nachvollziehbar, dass der orthopädische Gutachter den Bericht der Institution X.___ als "wirr" bezeichnet hat, da er darauf hingewiesen hat, dass die Abklärungsstelle der Beschwerdeführerin einerseits im ersten Arbeitsmarkt im Bereich der Montage eine Leistungsfähigkeit von 80 bis 90 % attestiert habe, andererseits eine sofortige Eingliederung nicht für möglich gehalten habe (vgl. IV-act. 105 S. 8). Im Übrigen ist der Beschwerdegegnerin darin zuzustimmen (vgl. act. G 7 S. 3), dass es grundsätzlich die Aufgabe einer medizinischen Fachperson ist, zur Frage Stellung zu nehmen, in welchen Tätigkeiten und in welchem Ausmass es einer versicherten Person zumutbar ist, zu arbeiten. Demgegenüber besteht die Aufgabe der Berufsberatung bzw. der Abklärungsstelle X.___ darin, zu beurteilen, inwiefern eine versicherte Person die festgestellte Arbeitsfähigkeit in konkret zu bezeichnenden Berufen verwerten kann (vgl. BGE 107 V 20 E. 2a und Urteil des Bundesgerichts vom 28. Mai 2009, 9C_332/2009, E. 3.4). Demnach kann die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin vorliegend nicht gestützt auf die Abklärung der Institution X.___ beurteilt werden. Die Beurteilung der Institution X.___ vermag deshalb unter Berücksichtigung der gesamten Aktenlage keine Zweifel an der gutachterlichen Einschätzung zu erwecken. Das orthopädische MGSG-Gutachten erscheint in seiner Gesamtheit nachvollziehbar und schlüssig. Weiter bestehen keine Anhaltspunkte dafür, dass objektiv wesentliche Tatsachen im Gutachten nicht berücksichtigt worden wären. Zwar ist es richtig, dass der orthopädische Sachverständige in seinem Gutachten nicht explizit darauf eingegangen ist, dass die Degenerationen für das Alter der Beschwerdeführerin



offenbar ungewöhnlich sind. Allerdings ist die Begutachtung in Kenntnis des Alters der Beschwerdeführerin (vgl. IV-act. 105 S. 5) und in Kenntnis der Beurteilung von Prof. D.____, welcher explizit auf diese Ungewöhnlichkeit hingewiesen hat (vgl. IV-act. 28 und 14 S. 3 f.), ergangen (vgl. IV-act. 105 S. 2). Ausserdem kann von der Ungewöhnlichkeit für ein bestimmtes Alter noch nicht auf ein invalidisierendes Leiden geschlossen werden. Ganz allgemein kann aufgrund von bildgebenden Untersuchungsbefunden nicht auf eine bestimmte Klinik geschlossen werden. Auch degenerative Veränderungen können symptomatisch unbedeutend bleiben bzw. nicht automatisch sämtliche Beschwerden erklären. Aufgrund der MRT-Bilder, welche keinen Kontakt der Degenerationen zu einer Nervenwurzel gezeigt haben (vgl. insbesondere IV-act. 14 S. 3 ff. und 105 S. 7), in Kombination mit den vorliegenden ärztlichen Einschätzungen ist davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin im Zeitpunkt der Begutachtung aus orthopädischer Sicht in ihrer Leistungsfähigkeit nicht eingeschränkt gewesen ist. Möglicherweise werden die für ihr Alter ungewöhnlich fortgeschrittenen Degenerationen zu einem späteren Zeitpunkt invalidisierende Beschwerden auslösen. Im Gutachtenszeitpunkt ist jedoch nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass aus orthopädischer Sicht keine die Arbeitsfähigkeit beeinträchtigenden Einschränkungen vorgelegen haben. Der Beschwerdeführerin steht es offen, sich bei einer Verschlechterung des Gesundheitszustandes erneut bei der Beschwerdegegnerin anzumelden.

3.3 Der Einwand der Beschwerdeführerin, dass das psychiatrische Gutachten vor dem orthopädischen Gutachten erstellt worden sei, weshalb der orthopädische Gutachter bei seiner Einschätzung von der psychiatrischen Beurteilung beeinflusst gewesen sei (vgl. act. G 1 S. 5 f.), ist ebenfalls nicht stichhaltig. Zum einen haben die psychiatrische und die orthopädische Untersuchung am gleichen Tag relativ kurz hintereinander stattgefunden (vgl. IV-act. 104 S. 2 und 105 S. 2), weshalb es eher unwahrscheinlich ist, dass der orthopädische Gutachter bei seiner Untersuchung bereits umfassend über die Ergebnisse der psychiatrischen Untersuchung informiert gewesen ist. Zum anderen ist davon auszugehen, dass sich der orthopädische Gutachter für seine Untersuchung ohnehin nicht auf die Einschätzung eines psychiatrischen Gutachters stützt, sondern sich seine eigene Meinung aus fachärztlicher Sicht bildet. Das Gutachten enthält keine Anhaltspunkte dafür, dass der orthopädische Gutachter bei seiner Untersuchung nicht lege artis vorgegangen wäre oder aufgrund der psychiatrischen Untersuchung eine



vorgefasste Meinung gehabt hätte. Vielmehr hat er die Beschwerdeführerin klinisch untersucht, befragt und auch Röntgenbilder anfertigen lassen (vgl. IV-act. 105 S. 3 ff.). Gleichwohl wäre eine umgekehrte Reihenfolge in den Begutachtungen wünschenswert gewesen, damit der psychiatrische Gutachter die Ergebnisse der orthopädischen Begutachtung gekannt hätte, also im Bild darüber gewesen wäre, inwieweit die von der Beschwerdeführerin beklagten Beschwerden auf organische Korrelate zurückzuführen waren. Der Umstand, dass der psychiatrische Sachverständige bei seiner Begutachtung keine Kenntnis vom Ergebnis der orthopädischen Untersuchung hatte, vermindert den Beweiswert seines Teilgutachtens jedoch nicht. Der psychiatrische Gutachter hat nämlich auch ohne Kenntnis des Ergebnisses der orthopädischen Untersuchung aufgrund der Aktenlage davon ausgehen müssen, dass die geklagten Beschwerden somatisch nicht objektivierbar seien. Insgesamt ist das psychiatrische Teilgutachten schlüssig und für die streitigen Belange vollständig. Ob eine somatoforme Schmerzstörung vorliegt oder nicht, kann letztlich offenbleiben, da der psychiatrische Gutachter jedenfalls keine gesundheitlichen Beeinträchtigungen mit funktionellen Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit festgestellt hat. Unter Berücksichtigung der beiden Teilgutachten ist auch die gutachterliche Konsensbeurteilung gut nachvollziehbar.

3.4 Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit auf das orthopädisch-psychiatrische MGSG-Gutachten abgestellt werden kann, weshalb von einer 100%igen Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin in der angestammten sowie in einer adaptierten Tätigkeit auszugehen ist.

4.

4.1 Ausgehend von einer 100%igen Arbeitsfähigkeit in der bisherigen und in einer adaptierten Tätigkeit bleiben die erwerblichen Auswirkungen der Leistungsbeeinträchtigung zu prüfen. Dabei ist der Invaliditätsgrad anhand eines Einkommensvergleichs zu bestimmen (vgl. E. 2.1). Warum vorliegend für die Invaliditätsbemessung anstelle des Einkommensvergleichs die gemischte Methode anwendbar sein soll, wie dies die Beschwerdeführerin verlangt (vgl. act. G 1 S. 4), ist nicht ersichtlich. Gründe, warum die Beschwerdeführerin, wenn sie gesund wäre, nicht voll erwerbstätig sein sollte, liegen nämlich nicht vor. Ihr Kind ist bei einer Pflegefamilie



untergebracht und es gibt keine Anhaltspunkte dafür, dass sie einen besonders aufwändigen Haushalt zu führen hat (vgl. IV-act. 37 S. 4).

4.2 Vorliegend ist sowohl hinsichtlich des (hypothetischen) Valideneinkommens als auch bezüglich des Invalideneinkommens derselbe Tätigkeitsbereich zugrunde zu legen, da die Beschwerdeführerin entsprechend dem Gutachten auch in ihrer angestammten Tätigkeit zu 100 % arbeitsfähig ist. Demnach kann ein sogenannter Prozentvergleich vorgenommen werden. Dabei entspricht der Invaliditätsgrad dem Grad der Arbeitsunfähigkeit (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 9. März 2007, I 697/05, E. 5.4), allenfalls unter Berücksichtigung eines Abzuges vom Tabellenlohn (vgl. BGE 126 V 75). Selbst bei Gewährung des maximal zulässigen Tabellenlohnabzugs von 25 % würde vorliegend kein rentenbegründender Invaliditätsgrad resultieren. Damit sind die Voraussetzungen für die Zusprache einer Rente der Invalidenversicherung nicht erfüllt, weshalb sich die angefochtene Verfügung im Ergebnis als rechtmässig erweist.

5.

Im Sinn der vorstehenden Erwägungen ist die Beschwerde gegen die Verfügung vom 6. Januar 2017 abzuweisen. 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. Der unterliegenden Beschwerdeführerin sind die Gerichtskosten in der Höhe von Fr. 600.-- aufzuerlegen. Ausgangsgemäss hat die Beschwerdeführerin keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung.

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 geleistete Kostenvorschuss gedeckt.