



Fall-Nr.: IV 2013/249
Stelle: Versicherungsgericht
Rubrik: IV - Invalidenversicherung
Publikationsdatum: 02.06.2020
Entscheiddatum: 12.10.2015

Entscheid Versicherungsgericht, 12.10.2015

Art. 16 ATSG; Art. 28 Abs. 2 IVG: Abstellen auf ein MEDAS-Gutachten. Vorhandene Berichte der behandelnden Ärzte vermögen den Beweiswert des den rechtlichen Anforderungen genügenden Gutachtens nicht in Frage zu stellen (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 12. Oktober 2015, IV 2013/249).

Entscheid Versicherungsgericht, 12.10.2015

Entscheid vom 12. Oktober 2015

Besetzung

Vizepräsidentin Marie-Theres Rüegg Haltinner, Versicherungsrichterinnen Monika Gehrler-Hug und Marie Löhner; Gerichtsschreiberin Beatrix Zahner

Geschäftsnr.

IV 2013/249

Parteien

A.____,

Beschwerdeführerin,

vertreten durch Rechtsanwalt lic. iur. Roland Zahner, Studer Anwälte AG,
Hauptstrasse 11a, Postfach 2125, 8280 Kreuzlingen,

gegen



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

Beschwerdegegnerin,

Gegenstand

Rente

Sachverhalt

A.

A.a A.____ meldete sich am 24. Juni 2010 bei der Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug an. Als gesundheitliche Beeinträchtigung nannte sie seit Oktober 2009 bestehende sehr starke Rückenschmerzen, ständige Kopfschmerzen und Schwindel sowie starke Schmerzen in der linken Hand (IV-act. 1). Die Versicherte war seit 23. November 2009 zu 100 % arbeitsunfähig gewesen. Am 31. Mai 2010 war ihr wegen Krankheit die Arbeitsstelle als Mitarbeiterin in der Packerei eines Fleischverarbeitungsbetriebes auf den 31. Juli 2010 gekündigt worden (IV-act. 11-9; IV-act. 11-2 f., 6).

A.b Mit Bericht vom 13. November 2008 hatte Dr. med. B.____, Spezialarzt FMH Neurochirurgie, dem Hausarzt der Versicherten, Dr. med. C.____, Arzt für Allgemeine Medizin FMH, die Diagnose einer linksseitigen Lumboischialgie mitgeteilt (IV-act. 24-20). Seit dem 12. März 2009 vermerkte Dr. B.____ jeweils die Diagnosen einer chronischen Lumbago mit linksseitiger Lumboischialgie, einer intra- und extraforaminellen Bandscheibenprotrusion L3/4 sowie von Recessus lateralis-Stenosen L4/5 und L5/S1 linksseitig. Ein MRI vom November 2008 hatte eine leichte Resorption des Bandscheibenvorfalles L3/4 mit intra- und extraforamineller Komponente, Einengungen und spondylarthrotischen Veränderungen L4 bis S1 sowie Kompression der Nervenwurzel S1 gezeigt. Die Versicherte hatte im Wesentlichen einen deutlichen Reklinationsschmerz und eine Schmerzausstrahlung in den hinteren Oberschenkel sowie ein Brennen der linken Fusssohle angegeben. Infiltrationen der betroffenen Facettengelenke und des Iliosacralgelenks im Mai 2009, Februar 2010 und Juni 2010 hatten zu einer teilweisen vorübergehenden Besserung der Beschwerden geführt (IV-



St.Galler Gerichte

act. 24-18 f.; IV-act. 24-8 f.; IV-act. 24-16 f.; IV-act. 24-4 f.; IV-act. 12-9 f.; IV-act. 31-29 f.; IV-act. 31-23 f.).

A.c Am 7. Januar 2010 hatte Dr. med. D.____, Spezialarzt orthopädische Chirurgie FMH, bei der Versicherten eine Ganglionexzision und Teilsynovektomie beim linken Daumen vorgenommen (IV-act. 24-10 ff.). Nach Berichten vom 13. Februar 2010 und 16. März 2010 hatte er die Verdachtsdiagnose einer Sudeckdystrophie gestellt. Im zweitgenannten Bericht hatte er angemerkt, die Narben seien reizlos und es seien keine Schwellung, Schweissabsonderung oder livide Verfärbung der linken Hand festzustellen. Die komplette Extension der Finger und ein kompletter Faustschluss seien möglich (IV-act. 24-7; IV-act. 12-11). Am 20. April 2010 hatte Dr. D.____ einen Status nach Sudeckdystrophie sowie den Verdacht auf eine Schmerzverarbeitungsstörung diagnostiziert (IV-act. 31-37). Dr. med. E.____, FMH Chirurgie und Handchirurgie, hatte am 17. Juni 2010 von einer CRPS II (complex regional pain syndrome) nach Handgelenks- und Daumenoperation links berichtet. Es bestehe eine Schwellung und Überwärmung mit glänzender Haut über dem ganzen Daumenstrahl. Ein Einsatz der rechten (richtig: linken) Hand sei noch nicht möglich (IV-act. 24-1; IV-act. 31-32).

A.d Ein wegen starker Kopfschmerzen veranlasstes MRI des Neurocraniums hatte am 25. März 2010 kein morphologisches Korrelat für die bestehende Symptomatik aufgezeigt (IV-act. 31-40).

A.e Im Rahmen der Früherfassung teilte der Hausarzt Dr. C.____ dem regionalen ärztlichen Dienst (RAD) im Wesentlichen mit, die Schmerzen hätten sich chronifiziert. Die linke Hand sei und bleibe wahrscheinlich funktionsunfähig. Die Versicherte dürfe keine Lasten über 8 kg tragen, heben oder ziehen und nicht lange stehen oder sitzen. Solange die jetzigen Beschwerden beständen (bis auf Weiteres), sei es der Versicherten nicht möglich, sich in die Arbeitswelt zu integrieren (IV-act. 12-1; Posteingang 27. Juli 2010).

A.f Es folgte eine Abklärung der Versicherten durch den RAD, Dr. med. F.____, Fachärztin für Arbeitsmedizin FMH. In ihrem Bericht vom 14. September 2010 führte Dr. F.____ nach Konsultation der seit 10. August 2010 (IV-act. 33-1) behandelnden



St.Galler Gerichte

Psychiaterin Dr. med. G.____, Spezialärztin für Psychiatrie/Psychotherapie FMH, im Wesentlichen die bisherigen Diagnosen auf und erwähnte als neue Diagnose eine Anpassungsstörung mit depressiver Reaktion auf die Kündigung der Arbeitsstelle bei anankastischer Persönlichkeit. Sie folgerte, es sei derzeit für voraussichtlich drei Monate kein Eingliederungspotential und auch keine Arbeitsfähigkeit gegeben (IV-act. 23). Am 20. September 2010 berichtete Dr. F.____ im Wesentlichen, es könne von einer leidensadaptierten Arbeitsfähigkeit von provisorisch 50 %, theoretisch steigerbar bis 100 %, ausgegangen werden (IV-act. 25).

A.g Am 24. Oktober 2010 teilte die IV-Stelle der Versicherten mit, es seien zurzeit keine beruflichen Eingliederungsmassnahmen möglich (IV-act. 28).

A.h Die Versicherte wurde am 7. Januar, 1. und 9. Februar 2011 im Neurologischen Zentrum H.____ untersucht. Es wurden im Wesentlichen folgende Diagnosen erhoben bzw. bestätigt: Chronic regional pain syndrome Typ II, generalisiertes Schmerzsyndrom (Differenzialdiagnosen: Polymyalgie, statininduziert), chronische Lumboischialgie und Lumbago, elektrophysiologisch ohne Zeichen aktiver Denervation L5/S1 links, Depressionen (Verdacht auf Schmerzverarbeitungsstörung), Labyrinthopathie mit Hochtonschwerhörigkeit links sowie chronische Cervicocephalgien (chronische Spannungskopfschmerzen mit migräniformer Komponente; IV-act. 31-3 ff.).

A.i Dr. F.____ führte am 8. April 2011 aus, die Untersuchung des RAD und die Abklärungen im Neurologischen Zentrum H.____ hätten keine Befunde ergeben, die mit Sicherheit eine relevante Arbeitsunfähigkeit verursachten. Aus versicherungsmedizinischer Sicht sei die Versicherte sowohl in ihrer angestammten als auch in einer leidensadaptierten Tätigkeit zu 100 % arbeitsfähig (IV-act. 32).

A.j Dr. G.____ erwähnte in ihrem Bericht vom 24. Mai 2011 mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nebst den bisherigen Diagnosen eine schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome (ICD-10: F32.2). Die Versicherte sei aufgrund ihrer Schmerzen und schweren Depression nicht imstande, einer geregelten Tätigkeit nachzugehen. Eine adaptierte Tätigkeit sei aus rein psychiatrischer Sicht während 2,5 Stunden täglich möglich (IV-act. 33-1 ff.).



St.Galler Gerichte

A.k Eine MRT-Arthografie der Schultergelenke vom 6. Januar 2012 ergab im Wesentlichen die Diagnose von beidseitigen Rupturen der Supraspinatussehnen lateroventral, übergreifend auf die Subscapularissehne bzw. einer degenerativen Rotatorenmanschettenläsion rechts mehr als links (IV-act. 65-25 ff.).

A.l Vom 21. Februar bis 23. März 2012 war die Versicherte in der Psychiatrischen Klinik I.____ hospitalisiert. Dabei wurden eine schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome (IC ICD-10: F32.2) und der Verdacht auf Somatisierungsstörung (ICD-10: F45.0) diagnostiziert. Während des Klinikaufenthalts konnte eine deutliche Verbesserung des Zustands erzielt werden (Bericht vom 17. April 2012, IV-act. 62).

A.m Dr. G.____ berichtete am 12. März 2012 im Wesentlichen, aufgrund von starken Rückenschmerzen, Schmerzen in beiden Schultern, der schweren Depression, des Zustands nach Sudeckatrophie, der chronischen Spannungskopfschmerzen und von Synkopen unklarer Genese sei die Versicherte nicht imstande, irgendeiner Tätigkeit nachzugehen. Nach Stabilisierung des Zustandes sei eine behinderungsangepasste Tätigkeit während 2,5 Stunden mit einer um 30% reduzierten Leistung möglich (IV 58-3 f.).

A.n Im Verlaufsbericht vom 11. Mai 2012 hielt Dr. med. J.____, c/o Praxis Dr. C.____, unter Nennung der bisherigen Diagnosen fest, der Gesundheitszustand habe sich verschlechtert (IV-act. 65-1).

A.o Aufgrund einer Stellungnahme des RAD (IV-act. 66) beauftragte die IV-Stelle das Swiss Medical Assessment- and Business-Center (SMAB AG) mit einem polydisziplinären Gutachten (IV-act. 70), welches am 13. Dezember 2012 erstattet wurde (IV-act. 76). Die Gutachter diagnostizierten im Wesentlichen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ein lumbovertebrales Schmerzsyndrom bei sich langsam resorbierender und klinisch asymptomatischer Diskushernie L3/4 und rumpfmuskulärem Globaldefizit infolge Langzeitdeconditionierung sowie eine MRI-gesicherte Rotatorenmanschettenruptur beider Schultergelenke ohne gravierende korrelierende klinische Pathologie. Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit wurden unter anderem der Status nach anamnestisch zweimaliger



St.Galler Gerichte

operativer Revision eines Handgelenkganglions links mit anamnestisch berichtetem, derzeit vollständig regredientem CRPS II, vasomotorische Kopfschmerzen, Tinnitus, Schwerhörigkeit links, der Zustand nach wechselnd depressiven Episoden, überwiegend mittelgradig (ICD-10: F32.1) und Hinweise auf Symptomausweitung und Selbstlimitierung vermerkt. In ihrer angestammten Tätigkeit und in adaptierten Tätigkeiten sei bei der Versicherten seit der Kündigung im Jahre 2010 von einer Arbeitsfähigkeit von 80 % (volles Pensum und Minderung der Leistungsfähigkeit 20 %) bzw. der Zumutbarkeit eines 80 %-Niveaus auszugehen (IV-act. 76-26 ff.).

A.p RAD-Ärztin Dr. med. K.____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, beurteilte das Gutachten als umfassend und medizinisch nachvollziehbar. Einzig der Beginn der 20 %igen Arbeitsunfähigkeit ab Kündigung 2010 sei nicht verständlich, da die Versicherte ab Oktober 2009 unter zunehmenden Schmerzen gelitten habe und ab dem 23. November 2009 nicht mehr arbeitstätig gewesen sei (IV-act. 79).

A.q Im Vorbescheidsverfahren brachte die Versicherte einwandweise im Wesentlichen vor, das Gutachten der SMAB AG vom 13. Dezember 2012 sei nicht beweistauglich, und sie reichte zur Untermauerung ihres Standpunktes weitere medizinische Berichte ein (IV-act. 90). Der RAD befand am 2. Mai 2013, mit dem Einwand würden keine neuen relevanten medizinischen Tatsachen geltend gemacht (IV-act. 92).

A.r Mit Verfügung vom 3. Mai 2013 wies die IV-Stelle wie im Vorbescheid angekündigt (IV-act. 83), das Begehren um Ausrichtung einer Rente ab (IV-act. 96).

B.

B.a Gegen diese Verfügung lässt die Versicherte, vertreten durch Rechtsanwalt Roland Zahner, Kreuzlingen, am 6. Juni 2013 Beschwerde erheben. Sie beantragt, es sei die Verfügung der Beschwerdegegnerin vom 3. Mai 2013 unter Kosten- und Entschädigungsfolgen aufzuheben und es seien die ihr zustehenden Leistungen der IV zuzusprechen. Eventualiter seien weitere medizinische Untersuchungen (inklusive EFL-Abklärung) vorzunehmen. Subeventualiter sei ihr eine befristete Rente zuzusprechen. Im Wesentlichen macht die Beschwerdeführerin geltend, das polydisziplinäre Gutachten der SMAB AG vom 13. Dezember 2012 sei nicht beweistauglich. Die



Beschwerdeführerin legt einen ergänzenden Bericht von Dr. G.____ vom 30. Mai 2013 ins Recht. Danach sei nicht von einem kompensierten Zustand und einer 100 %igen Arbeitsfähigkeit auszugehen (act. G 1.2). Es sei auf die Beurteilungen der behandelnden Ärzteschaft, Dr. J.____, Dr. G.____ und Dr. B.____ abzustellen. Die Arbeitsfähigkeit betrage demgemäss höchstens 25 %. Selbst unter Berücksichtigung des SMAB-Gutachtens bestehe mindestens Anspruch auf eine befristete Invalidenrente (act. G1).

B.b Mit Beschwerdeantwort vom 20. August 2013 beantragt die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde (act. G 5). In der Replik vom 8. Oktober 2013 hält die Beschwerdeführerin an ihren Standpunkten fest (act. G 9). Die Beschwerdegegnerin verzichtete auf eine Duplik (act. G 11).

Erwägungen

1.

1.1 Nach Art. 28 Abs. 2 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG; SR 831.20) besteht Anspruch auf eine ganze Invalidenrente, wenn die versicherte Person mindestens zu 70%, auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie wenigstens zu 60% invalid ist, auf eine halbe Rente, wenn sie mindestens zu 50% invalid ist und auf eine Viertelsrente, 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 (zumutbares Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Valideneinkommen, Art. 16 ATSG).

1.2 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).

1.3 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). Im Sinne einer Richtlinie ist den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten Gutachten von externen Spezialärzten, 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 Sozialversicherungsprozess gelten die Grundsätze der Untersuchungspflicht und der freien Beweiswürdigung (Art. 61 lit. c des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG; SR 830.1]). Demgemäss hat der Versicherungsträger bzw. im Beschwerdefall das Gericht den rechtserheblichen Sachverhalt von Amtes wegen abzuklären, ohne dabei an die Anträge der Parteien gebunden zu sein. Verwaltungsbehörden und Sozialversicherungsgerichte haben zusätzliche Abklärungen stets vorzunehmen, wenn hierzu aufgrund der Parteivorbringen oder anderer sich aus den Akten ergebender Anhaltspunkte hinreichender Anlass besteht (BGE 110 V 53 E. 4a am Schluss). Im Sinne einer Richtlinie ist den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten Gutachten von externen Spezialärzten, 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). Sofern das Gutachten lege artis erstellt wurde, kann es nicht angehen, dieses stets dann in Frage zu stellen und zum Anlass weiterer Abklärungen zu nehmen, wenn die behandelnden Ärzte zu unterschiedlichen Einschätzungen gelangen oder an vorgängig geäußerten



abweichenden Auffassungen festhalten. Anders verhält es sich hingegen, wenn die behandelnden Ärzte objektiv feststellbare Gesichtspunkte vorbringen, welche im Rahmen der Begutachtung unerkannt geblieben und die geeignet sind, zu einer abweichenden Beurteilung zu führen (Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts vom 18. April 2006, I 783/05, E. 2.2 mit Verweis).

2.

2.1 Anlässlich der Untersuchungen durch die Gutachter erklärte die Beschwerdeführerin im Wesentlichen, sie leide unter permanenten tieflumbalen Rückenschmerzen mit Ausstrahlung in die Beine, unter Schmerzen an Schultern und Oberarmen und unter Beschwerden im Nacken und ständigem Kopfweh. Seit der Entfernung eines Ganglions am Daumengrundgelenk habe sie Beschwerden an der Hand und am Unterarm; sie könne diese nicht mehr einsetzen, es bestehe eine starke Überempfindlichkeit sowie eine Schmerzauslösung bei Druck auf das Daumengrundgelenk. Sie könne sich nicht vorstellen, je wieder regelmässig beruflich tätig sein zu können und sei nicht mehr in der Lage, frühere Hobbys auszuüben und den Haushalt ohne Hilfe zu besorgen (IV-act. 76-17, 19, 21, 22, 24 f., 36, 38, 42 ff., 51).

2.2 Der orthopädische Gutachter, Dr. med. L. ____, Facharzt für Orthopädie und Traumatologie, fand keine Hinweise für ein florides vertebrales Nervenwurzelkompressionssyndrom. Die aufgrund des MRI im Jahre 2010 gestellten Diagnosen im Bereich der Lendenwirbelsäule seien asymptomatisch. Für die Wirbelsäule sei ein globalmuskuläres Defizit festzustellen. Für die intensiv beklagten Beschwerden im Bereich der linken Hand und des linken Arms finde sich kein korrelierender pathologischer Befund. Insbesondere seien keine Aspekte eines persistierenden CRPS II auszumachen; die Ober- und Unterarmmuskulatur sei seitengleich mittelkräftig (IV-act. 76-22). Zudem berichtete er, beim Aus- und Ankleiden habe die Beschwerdeführerin die linke Hand fest schliessen und problemlos der rechten Gegenseite entsprechend einsetzen können (IV-act. 76-20). Die Arthro-MRI-Ergebnisse (Rotatorenmanschettenrupturen beider Schultergelenke) seien klinisch weitgehend asymptomatisch. Der Beschwerdeführerin seien leichte, rückenadaptierte, wechselbelastende Tätigkeiten zumutbar. Zwangshaltungen wie vornübergebeugtes Stehen, Knien, Hocken oder Kauern, Torsionsbewegungen der Wirbelsäule, repetitive



Bewegungsanforderungen an den Rumpf, die oberen Extremitäten statisch belastende Arbeiten sowie Tätigkeiten in Überschulterhöhe seien zu vermeiden. Das Heben, Tragen und Bewegen von Lasten sei auf 10 kg limitiert (IV-act. 76-23). Die neurologische Gutachterin, Dr. med. M.____, Fachärztin für Neurologie FMH, hielt fest, es seien keine fachspezifischen Diagnosen mit Relevanz für die Arbeitsfähigkeit auszumachen gewesen. Bei der neurologischen Untersuchung hätten sich keine sicher verwertbaren Ausfälle gefunden. Die linke Körperseite sei schwierig untersuchbar, bei fehlenden Atrophien sei aber kaum eine sichere motorische neurologische Störung fassbar. Auch seien keine vertebrale neurogene Pathologie beziehungsweise keine neurologischen Ausfälle in Bezug auf die Pathologie am Rücken festzustellen. Zudem sei 2012 (richtig: 2011) eine neurologische und elektrophysiologische Abklärung erfolgt, welche normale Befunde ergeben habe. Die Kopfschmerzen seien am wahrscheinlichsten als vasomotorisch zu diagnostizieren; die Klassifizierung sei schwierig, die Befunde seien unauffällig. Die Diagnosen der vasomotorischen Kopfschmerzen, des Tinnitus sowie der Schwerhörigkeit links schränkten die Arbeitsfähigkeit nicht ein (IV-act. 76-23, 38 f.). Der linke Arm zeige keine Differenz zum rechten, weder in Bezug auf die Hautfarbe noch auf die Trophik. Die Gefühlsstörung am linken Arm werde nicht konstant angegeben. Die geklagten Missempfindungen oder die Hyperpathie seien schwierig einzuordnen. Bei Druck auf die radiale Daumenseite in der Grundgelenksgegend werde nach proximal ein elektrisierender Schmerz angegeben, so dass diagnostisch dort ein Neurom in Erwägung zu ziehen sei, welches unter Behandlung erträglich sein sollte und nicht zwingend eine Arbeitsunfähigkeit bewirke (IV-act. 76-38 ff.). Es bestehe längerfristig weder in der bisherigen Tätigkeit noch in alternativen Verweistätigkeiten eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit (IV-act. 76-23, 38 ff.). Die psychiatrische Gutachterin, Dr. med. N.____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychologie, kam zum Schluss, anamnestisch seien keine Hinweise für eine schwere depressive Episode oder für eine affektive Erkrankung relevanten Ausmasses ersichtlich. Krankhafte Auslenkungen des Affekts zum depressiven oder aggressiven Pol, Suizidalität, Impulskontrollstörungen oder ein pathologischer Angstaffekt seien nicht feststellbar. Es zeigten sich deutliche Hinweise für eine Schmerzausweitung und Selbstlimitierung. Im Mittelpunkt der vorgetragenen Symptomatik stünden körperliche Beschwerden. Weitere störungsspezifische psychische Beschwerden, bis auf medikamentös gebesserte Schlafstörungen, habe



die Beschwerdeführerin auch bei mehrfacher Nachfrage nicht angeben können. Auch der trotz Behandlung völlig unverändert angegebene Verlauf lasse sich nicht nachvollziehen; in der Regel lasse sich eine Depression gut behandeln. Ohne Relevanz für die Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit seien anamnestisch ein Zustand nach wechselnd depressiven Episoden, überwiegend mittelgradig (ICD-10: F32.1) sowie Hinweise für Symptomausweitung und Selbstlimitierung zu diagnostizieren. Die 2012 anlässlich einer stationären Behandlung in der Psychiatrischen Klinik I. ___ gestellte Diagnose einer schweren depressiven Episode könne nicht nachvollzogen werden, da der Austrittsbericht keine entsprechende Befunde oder Symptomatik aufzeige. In jedem Fall lägen ausreichend Ressourcen vor, um eine einfache Routinetätigkeit zu bewältigen. Aus psychiatrischer Sicht bestehe sowohl in der bisherigen Tätigkeit als auch in einer Verweistätigkeit eine Arbeitsfähigkeit von 100 %. Die von Dr. G. ___ unter Einbezug körperlicher und psychischer Faktoren attestierte 100 %ige Arbeitsunfähigkeit könne aus psychiatrischer Sicht nicht nachvollzogen werden (IV-act. 76-25, 46 ff., 42 f.). Eine retrospektive Beurteilung sei schwierig, die jeweils zugesprochene hohe Arbeitsunfähigkeit sei nach dem Verlauf und der Würdigung der zurückliegenden psychischen Befunde und des jetzigen psychischen Befundes nicht nachvollziehbar und zu bezweifeln (IV-act. 76-48). Gemäss dem internistischen Gutachter, Dr. med. O. ___, Facharzt für Innere Medizin und Gastroenterologie FMH, waren keine Diagnosen mit Relevanz für die Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit zu stellen. Die medikamentöse Behandlung weise eine ausgesprochene Polypragmasie auf. Die Arbeitsfähigkeit sei weder in der bisherigen noch in einer Verweistätigkeit eingeschränkt (IV-act. 76-52 f.). In der Gesamtbeurteilung schätzten die Gutachter die Arbeitsfähigkeit sowohl in der bisherigen Tätigkeit als Verpackerin von Fleischprodukten als auch in einer adaptierten Tätigkeit seit der Arbeitsplatzkündigung 2010 durchgehend auf 80 % (volles Pensum und Minderung der Leistungsfähigkeit um 20 %, IV-act. 76-29, 32). Die bisherige Tätigkeit entspreche weitestgehend dem aktuell formulierten Belastungsprofil (IV-act. 76-30).

3.

Die Beschwerdeführerin bringt vor, auf das Gutachten dürfe nicht abgestellt werden. Sie leide gemäss Diagnosen von Dr. B. ___ nach wie vor an erheblichen organischen Beeinträchtigungen, begleitet von Schwindelanfällen. Eine Arbeitsfähigkeit bestehe aus



neurologischer Sicht höchstens zu 25 %. Im Übrigen sei für die Beurteilung der neurologisch bedingten Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit ein aktuelles MRI einzuholen (act. G 1-4 f.). Das orthopädische Gutachten erkläre wechselbelastende Arbeiten ohne Zwangshaltung, wie unter anderem vornübergebeugtes Stehen, für zumutbar. Die bisherige Tätigkeit als Abpackerin von Fleischwaren erfordere eine solche Zwangshaltung. Die gutachterlich attestierte Arbeitsfähigkeit von 100 % in ihrer angestammten Tätigkeit sei daher nicht nachvollziehbar. Aufgrund ihrer orthopädischen Beschwerden sei sie in ihrer angestammten Tätigkeit höchstens zu 25 % arbeitsfähig und die Arbeitsfähigkeit in einer leidensangepassten Tätigkeit sei erheblich vermindert (act. G 1-5). Das internistische Teilgutachten sei äusserst kurz und knapp und genüge den Anforderungen des Bundesgerichts nicht. Es sei stattdessen auf die Berichte des Hausarztes abzustellen, der ihr auch in internistischer Hinsicht keine Arbeitsfähigkeit attestiere (act. G 1-5). Die Dauer der psychiatrischen Untersuchung sei nicht ausreichend; entsprechend sei das Gutachten knapp und dürftig ausgefallen. Es seien daher die Berichte der behandelnden Dr. G. ___ und der Austrittsbericht der Psychiatrischen Klinik I. ___ vom 17. April 2012 massgebend. Gemäss Berichten von Dr. G. ___ vom 19. März 2013 und vom 30. Mai 2013 sei ihr eine tägliche Präsenzzeit von 2,5 Stunden bei einer Leistungsfähigkeit von 70 %, entsprechend einer Arbeitsfähigkeit von höchstens 25 %, zumutbar (vgl. IV-act. 90-14 f.; act. G 1.2). Dr. J. ___ habe in ihrem Bericht vom 28. März 2013 eine seit 23. November 2009 bestehende 100 %ige Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit angenommen. Auch in einer leidensangepassten Tätigkeit sei nach Auffassung dieser Ärztin die Arbeitsfähigkeit nicht gegeben (vgl. IV-act. 90-28 f.). Die vorhandenen Einschränkungen, insbesondere die seit langem bestehenden Schmerzen im linken Arm, beeinflussten die Arbeitsfähigkeit massgeblich. Fließbandarbeiten, wie bislang ausgeübt, könne sie dadurch nur stark verlangsamt ausführen. Zusammen mit dem chronischen cervicocephalen Syndrom sei die Schätzung einer 80 %igen Arbeitsfähigkeit nicht nachvollziehbar. Die Gesamtbeurteilung des SMAB-Gutachtens sei nicht beweistauglich; insgesamt sei höchstens eine 25 %ige Arbeitsfähigkeit zumutbar (act. G 1). Die Beschwerdegegnerin macht im Wesentlichen geltend, weitere medizinische Abklärungen erübrigten sich aufgrund der vorliegenden Untersuchungsergebnisse. Insgesamt sei das SMAB-Gutachten in Bezug auf den medizinischen Sachverhalt beweiskräftig (act. G 5).



4.

4.1 Dr. B.____ betreute die Beschwerdeführerin seit 13. November 2008 (IV-act. 24-20 f.) und stellte im Verlauf der Behandlung die Diagnosen einer chronischen Lumbago mit linksseitiger Lumboischialgie, einer sich gemäss MRI-Befunden von 2006, 2008 und 2010 zurückbildenden Bandscheibenprotrusion L3/L4 mit Nervenwurzelberührung und Einengung des Spinalkanals sowie von Recessus lateralis-Stenosen L4/L5 und L5/S1 linksseitig. Im Mai 2009 sowie im Februar und Juni 2010 wurden Infiltrationen der betroffenen Facettengelenke und des Iliosakralgelenks durchgeführt, welche schmerzlindernde Wirkung von unterschiedlicher Dauer zeigten (Berichte vom 12. März 2009, 8. Mai 2009, 15. Februar 2010, 26. Mai 2010, 9. Juni 2010, 26. August 2010 und vom 4. November 2010, IV-act. 24-18 f., -16 f., -8 f.; -4 f.; IV-act. 12-9 f.; IV-act. 31-29 f., -23 f.). Am 19. November 2012 wurde von Dr. B.____ wegen ausstrahlender Kreuzschmerzen und Verspannungen im oberen BWS- und Halswirbelsäulenbereich nochmals eine Infiltration empfohlen (IV-act. 90-12 f.). Dass diese effektiv durchgeführt wurde, wird im Beschwerdeverfahren nicht geltend gemacht und insbesondere im Bericht der behandelnden Ärztin Dr. J.____ vom 28. März 2013 (IV-act. 90-28 f.) nicht erwähnt. Selbst wenn die vorgesehene Infiltration durchgeführt worden ist, war diese Therapie zuvor offenbar während mehr als zwei Jahren nicht mehr notwendig gewesen. Auch neurologisch konnten keine die Rückenbeschwerden erklärenden Befunde erhoben werden. Es erscheint daher nachvollziehbar, dass im Lumbalbereich keine die Arbeitsfähigkeit massgeblich einschränkende Symptomatik vorliegt. Hinsichtlich der Kopfschmerzen (Cervicocephalgien) und des Schwindels wurden zwar anamnestische Befunde erhoben und Diagnosen gestellt. Indes zeigte ein MRI des Neurocraniums vom 25. März 2010 kein fassbares Korrelat (IV-act. 31-40). Bei der Abklärung im Neurologischen Zentrum H.____ am 1. Februar 2011 wurden die Kopfschmerzen, welche die Beschwerdeführerin als vor allem bei Lärm, grellem Licht und progredient auftretend beschrieb, bei unauffälligem Neurostatus als am ehesten chronifizierter Spannungsschmerz mit Merkmalen einer Migräne diagnostiziert (IV-act. 31-5 f.). Somit vermögen die Berichte der behandelnden Ärzte das Gutachten, wonach für die Kopf- und Nackenbeschwerden keine erklärenden Befunde erhoben werden konnten, nicht zu entkräften.



4.2 Hinsichtlich der Schmerzen in der linken Hand und im linken Arm erwähnte Dr. D.____ am 16. März 2010 zwar die Verdachtsdiagnose einer Sudeckdystrophie, erhob jedoch unauffällige Untersuchungsergebnisse der linken Hand (IV-act. 12-11). Dr. med. P.____, Facharzt FMH für Innere Medizin, der die Beschwerdeführerin für die Krankentaggeldversicherung untersuchte, hielt am 29. März 2010 eine Sudeckdystrophie für möglich und vermerkte eine Diskrepanz zwischen den objektiv geringen Befunden (Schwellungszustand im Bereich des Daumens, sehr diskret auch im Handrücken, sowie diskrete Einschränkung der Beweglichkeit im Handgelenk) und den starken sekundären Schmerzüberlagerungen (act. G 5.2-7 f.). Die Handchirurgin Dr. E.____ hielt am 17. Juni 2010 Anzeichen einer Sudeckdystrophie für gegeben, wies aber ebenfalls darauf hin, dass die Beschwerdeführerin zur Schmerzausweitung neige, weshalb nach wenigen Wochen eine Verlaufskontrolle durchzuführen sei (IV-act. 31-32; IV-act. 24-1). Das Neurologische Zentrum H.____ berichtete aufgrund der Untersuchung vom 7. Januar 2011, ein CRPS II sei "sicherlich" vorhanden; allerdings sei eine Nervenschädigung elektrophysiologisch nicht nachweisbar (IV-act. 31-15). In späteren Berichten erwähnte Dr. J.____ die Diagnose eines CRPS II (IV-act. 65-1), während Dres. G.____ und B.____ eine entsprechende Verdachtsdiagnose bzw. einen Zustand nach Operation am linken Handgelenk vermerkten (IV-act. 33-1; IV-act. 58-1; IV-act. 90-12). Aus dieser medizinischen Aktenlage geht hervor, dass zeitweise Anzeichen für ein CRPS bestanden, diese aber offenbar wieder abklangen. Im Übrigen beruht die Diagnose somit vor allem auf den angegebenen, nicht objektivierten Beschwerden. Die gutachterliche Diagnose eines Status nach anamnestisch zweimaliger operativer Revision eines Handgelenkganglions links mit anamnestisch berichtetem postoperativen CRPS II, derzeit klinisch vollständig regredient (IV-act. 76-26), ist damit nachvollziehbar.

4.3

4.3.1 In Berichten vom 19. März 2013 (IV-act. 90-14 f.) und 30. Mai 2013 (act. G 1.2) notierte Dr. G.____ als psychiatrische Diagnose eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittel- bis schwergradige Episode ohne psychotische Symptome (ICD-10: F33.11), welche für die Arbeitsfähigkeit relevant sei. Es wundere sie, dass die psychiatrische Gutachterin anamnestisch einen Zustand nach wechselnd depressiven Episoden mit überwiegend mittlerem Grad und ohne Auswirkungen auf die



Arbeitsfähigkeit diagnostiziere. Die Beschwerdeführerin sei vom 21. Februar bis 23. März 2012 in der Psychiatrischen Klinik I.____ rund um die Uhr behandelt und beobachtet worden. Die dort gestellte Diagnose der schweren depressiven Episode und die verordnete antidepressive Medikation hätten dem Zustand der Beschwerdeführerin entsprochen (IV-act. 90-14 f.). Diese sei bereits im Jahre 2011 aufgrund ihrer vertieften rezidivierenden depressiven Störung nicht in der Lage gewesen, mit öffentlichen Verkehrsmitteln von Q.____ nach R.____ oder S.____ zu fahren. Bei der psychiatrischen Begutachtung sei sie laut Gutachten nicht imstande gewesen, vorhandene störungsspezifische Beschwerden anzugeben. Es müsse jedoch berücksichtigt werden, dass sie sich, auch kulturell bedingt, lediglich über ihre Schmerzen, nicht aber über ihre Emotionen äussern könne. Die Depression sei bei ihr Teil des metabolischen Syndroms, was sich durch massiven sozialen Rückzug äussere. Im Gegensatz zur Gutachterin habe sie (Dr. G.____) deutliche Aufmerksamkeits- und Konzentrationsstörungen festgestellt. Kurz nach der Entlassung aus der Psychiatrischen Klinik I.____ seien erneut Symptome einer mittelgradigen Depression aufgetreten. Das Gutachten sei in sich widersprüchlich, da es einerseits feststelle, dass keine krankhaften Auslenkungen des Affekts zum depressiven oder aggressiven Pol vorhanden seien, und andererseits berichte, dass mit stark emotional getönter Sprechstimme starkes Leiden angezeigt worden sei. Es sei in Anbetracht der hoch dosierten Antidepressiva kaum anzunehmen, dass die Beschwerdeführerin im Zeitpunkt der gutachterlichen Untersuchung keine Symptome einer Depression gezeigt habe. Eine Aggravation oder Simulation habe sie im Gegensatz zur Gutachterin nicht festgestellt (act. G 1.2). Dr. G.____ schätzt die Arbeitsfähigkeit in ihrem Bericht vom 19. März 2013 in der ursprünglichen Tätigkeit als völlig aufgehoben und in angepasster Tätigkeit auf täglich 2,5 Stunden bei einer Leistungsfähigkeit von 70 %; aufgrund der mittelgradigen depressiven Episode bestehe eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit aus psychiatrischer Sicht (IV-act. 90-14 f.). Im Bericht vom 30. Mai 2013 bekräftigt sie die Annahme, dass aus rein psychiatrischer Sicht nicht von einer 100%igen Arbeitsfähigkeit ausgegangen werden könne (act. G 1.2).

4.3.2 Aus dem Bericht der Psychiatrischen Klinik I.____ geht hervor, dass die Beschwerdeführerin zwar beim Eintritt den Diagnosekriterien einer depressiven Episode entsprechende Symptome aufwies (Gefühl der Nutzlosigkeit, Scham- und Schuldgefühle, zunehmende Vergesslichkeit, deutliche Antriebsminderung,



vermindertes Selbstwertgefühl, negative und pessimistische Zukunftsperspektive, psychomotorische Hemmung; vgl. IV-act. 62-3). Beim Austritt war sie hingegen im Affekt unauffällig (IV-act. 62-5). Damit ist vereinbar, dass die psychiatrische Gutachterin rund sieben Monate später keine krankhaften Auslenkungen des Affektes zum depressiven Pol mehr feststellte. Die unterschiedliche Beurteilung durch Dr. G.____ und die Gutachterin scheint massgeblich darauf zu gründen, dass die depressiven Episoden, wenn auftretend, behandelbar sind, was die Gutachterin postuliert hat. Insofern ist plausibel, vermag aber das Gutachten nicht zu entkräften, dass Dr. G.____ jeweils vorübergehend Symptome einer Depression festgestellt hat. Weitere medizinische Tatsachen, welche die Beurteilung der psychiatrischen Gutachterin massgeblich in Frage zu stellen vermögen, führt Dr. G.____ nicht an. Dass für die psychiatrische Untersuchung lediglich eine Stunde eingeplant war, vermag den Beweiswert des psychiatrischen Gutachtens ebenfalls nicht zu tangieren, zumal diese Untersuchungsdauer nicht von vornherein als unangemessen oder unüblich kurz erscheint und Gesetz oder Rechtsprechung nicht einen Anspruch auf eine bestimmte Untersuchungsdauer einräumen. Diese richtet sich nach den Anforderungen einer umfassenden, eine zuverlässige Einschätzung der Arbeitsfähigkeit erlaubenden Untersuchung im Einzelfall (Urteil des Bundesgerichts vom 5. Januar 2012, 8C_639/2011 E. 4.3.1). Das Gutachten lässt nicht auf eine unvollständige Befunderhebung schliessen. Zu den von der Beschwerdeführerin verlangten psychologischen Testverfahren (act. G 1 S. 9) ist Folgendes zu bemerken: Zum einen kommt testpsychologischen Verfahren, welche nach bestimmten Skalen auf Angaben und Einschätzungen der zu untersuchenden Person selbst beruhen, gegenüber der klinischen Untersuchung lediglich ergänzende Funktion zu (Urteile des Eidgenössischen Versicherungsgerichts vom 9. August 2006, I 391/06, E. 3.2.2, und des Bundesgerichts vom 2. Juli 2012, 8C_266/2012, E. 4.1). Zum anderen ist es grundsätzlich der Gutachterperson überlassen, über Art und Umfang der aufgrund der konkreten Fragestellung erforderlichen Untersuchungen zu befinden (vgl. Urteile vom 23. Mai 2014, 8C_96/2014, E. 4.3, und vom 24. Juli 2014, 8C_450/2014, E. 4.2).

4.4 Zusammenfassend ist festzuhalten, dass das Gutachten des SMAB auf ausreichend umfassenden Anamnesen und Untersuchungen gründet und die wesentlichen vorhandenen Akten und die von der Beschwerdeführerin geklagten Gesundheitsbeeinträchtigungen berücksichtigt. Die Darlegung der Befunde und die



Beurteilung der Arbeitsfähigkeit durch die einzelnen medizinischen Fachexperten und im Gesamten erscheinen schlüssig und nachvollziehbar. Das internistische Gutachten ist zwar knapp ausgefallen, was jedoch darauf beruht, dass die geklagten Beschwerden in die übrigen Fachgebiete fallen und internistisch keine besonderen Befunde zu beurteilen waren. Aus somatischer Sicht kann eine Arbeitsunfähigkeit nur insoweit begründet werden, als subjektive Schmerzangaben der versicherten Person durch damit korrelierende, fachärztlich schlüssig feststellbare Befunde hinreichend erklärbar sind (BGE 130 V 399 E. 5.3.2 mit weiteren Hinweisen). Die von den Begutachtenden erhobenen Befunde sind weitgehend unauffällig oder asymptomatisch und erklären die von der Beschwerdeführerin angegebenen Schmerzen und Missempfindungen nicht in genügendem Ausmass. Folglich ist die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit durch die Gutachter nachvollziehbar. Die Vorbringen der Beschwerdeführerin vermögen den Beweiswert des Gutachtens nicht zu entkräften. Die vorhandenen Berichte der behandelnden Ärzte gelangen zwar zu wesentlich höheren Einschätzungen der Arbeitsunfähigkeit als die Gutachter. Sie begründen dies jedoch nicht mit medizinischen Tatsachen, welche durch die Gutachter nicht berücksichtigt worden wären. Zudem muss die Erfahrungstatsache mitberücksichtigt werden, dass Hausärzte aufgrund des Auftragsverhältnisses zu ihren Patienten in Zweifelsfällen eher dazu neigen, zu Gunsten ihrer Patienten auszusagen (BGE 125 V 351 E. 3b/cc). Es ist daher auf das SMAB-Gutachten vom 13. Dezember 2012 abzustellen, womit von einer Arbeitsfähigkeit in adaptierten Tätigkeiten von 80 % auszugehen ist. Es besteht sodann kein Anlass, wie von der Beschwerdegegnerin in der Beschwerdeantwort dargetan (act. G 5 S. 9), in Abweichung vom Gutachten von einer vollen Arbeitsfähigkeit auszugehen, zumal gemäss Stellungnahme des RAD mässig gravierende krankhafte Befunde im Bereich der Lendenwirbelsäule, des Rumpfes sowie beider Schultergelenke vorliegen und die Arbeitsfähigkeitsbeurteilung des Gutachtens nachvollziehbar ist (IV-act. 79-2).

5.

5.1 Die Beschwerdeführerin erzielte gemäss Auszug aus dem individuellen Konto im Jahr 2008 ein Lohneinkommen von Fr. 54'157.-- (IV-act. 8-1). Gemäss Lohnentwicklung des Bundesamtes für Statistik beträgt dieses teuerungsbereinigt für



St.Galler Gerichte

das Jahr 2010 Fr. 55'891.--(Tabelle T39, Index Frauen 2008: 2499; Index 2010: 2579), sodass von einem Valideneinkommen in dieser Höhe auszugehen ist.

5.2 Grundlage des Invalideneinkommens bildet vorliegend der durchschnittliche Tabellenlohn für Hilfsarbeiten, LSE 2010, Anforderungsniveau 4, Frauen, von Fr. 52'728.-- .Bei einer Arbeitsfähigkeit von 80 % entspricht dies einem Jahreslohn von Fr. 42'182.--.

5.3 Wird das Invalideneinkommen auf der Grundlage von statistischen Durchschnittswerten ermittelt, ist der entsprechende Ausgangswert (Tabellenlohn) allenfalls zu kürzen. Damit soll der Tatsache Rechnung getragen werden, dass persönliche und berufliche Merkmale, wie Art und Ausmass der Behinderung, Lebensalter, Dienstjahre, Nationalität oder Aufenthaltskategorie und Beschäftigungsgrad Auswirkungen auf die Lohnhöhe haben können. Aufgrund dieser Faktoren kann die versicherte Person die verbliebene Arbeitsfähigkeit auch auf einem ausgeglichenen Arbeitsmarkt möglicherweise nur mit unterdurchschnittlichem erwerblichem Erfolg verwerten. Der Abzug soll aber nicht automatisch erfolgen. Er ist unter Würdigung der Umstände im Einzelfall nach pflichtgemäsem Ermessen gesamthaft zu schätzen und darf 25 % nicht übersteigen. Die Rechtsprechung gewährt insbesondere dann einen Abzug auf dem Invalideneinkommen, wenn eine versicherte Person selbst im Rahmen körperlich leichter Hilfsarbeitertätigkeit in ihrer Leistungsfähigkeit eingeschränkt ist. Sind hingegen leichte bis mittelschwere Arbeiten zumutbar, ist allein deswegen auch bei eingeschränkter Leistungsfähigkeit noch kein Abzug gerechtfertigt, weil der Tabellenlohn im Anforderungsniveau 4 bereits eine Vielzahl von leichten und mittelschweren Tätigkeiten umfasst. Allfällige bereits in der Beurteilung der medizinischen Arbeitsfähigkeit enthaltene gesundheitliche Einschränkungen dürfen nicht zusätzlich in die Bemessung des leidensbedingten Abzuges einfließen und so zu einer doppelten Anrechnung desselben Gesichtspunktes führen (Urteile des Bundesgerichts vom 23. Dezember 2014, 9C_630/2014, E. 2.1 mit Verweisen auf BGE 126 V 75 E. 5 a und 5 b und weitere und vom 22. Januar 2015, 9C_846/2014, E. 4.1.1).

5.4 Die Beschwerdegegnerin gewährte der Beschwerdeführerin unter Berücksichtigung ihrer gesundheitlichen Beeinträchtigung und der zuletzt ausgeübten



Tätigkeit im Vergleich zu einer dem Leiden angepassten Tätigkeit einen Tabellenlohnabzug von 10 % (IV-act. 93-3). Die Beschwerdeführerin macht geltend, es stehe ihr ein Tabellenlohnabzug von 20 % bis 25% zu. Aufgrund ihres Leistungsprofils und insbesondere ihrer erheblichen Einschränkungen psychischer Art - Schlafstörungen, Verlangsamung, grösserer Bedarf an Pausen und Erholungszeit wegen der Schmerzen - könne sie die ihr zumutbare Arbeitsfähigkeit nur in reduziertem Rahmen ausüben und das durchschnittliche Lohnniveau einer jüngeren und gesunden Mitarbeiterin nicht erreichen (act. G 1 S. 12; act. G 9 S. 6f.).

5.5 Für die bisherige Tätigkeit (Verpacken von Fleischwaren) erstellte der orthopädische Gutachter ein Belastungsprofil (E. 2.2; IV-act. 76-23) und attestierte eine Arbeitsfähigkeit von 80 % in Form einer Leistungseinschränkung von 20 % (IV-act. 76-29). Die Einbusse der Leistungsfähigkeit durch Verlangsamung und erhöhten Pausenbedarf ist damit in der 80 %igen Arbeitsfähigkeit bereits berücksichtigt. Insoweit rechtfertigt es sich nicht, diese nochmals in einen Tabellenlohnabzug einfließen zu lassen. In psychiatrischer Hinsicht diagnostizierte die Gutachterin einen Zustand nach wechselnd depressiven Episoden, überwiegend mittelgradig und ohne Relevanz für die Arbeitsfähigkeit (IV-act. 76-46). Auf das Gutachten ist abzustellen, und es enthält keine Anhaltspunkte dafür, dass psychische Beschwerden bestehen, welche die Arbeitsfähigkeit nicht einschränken, jedoch (zusätzlich zur Einschränkung der Arbeitsfähigkeit um 20 %) einen Tabellenlohnabzug rechtfertigen. Ein Tabellenlohnabzug wegen Teilzeiterwerbs kommt nicht in Betracht, da eine vollzeitliche Arbeitsfähigkeit besteht. Zu berücksichtigen sind im Wesentlichen die Einschränkungen aus dem Belastungsprofil, soweit sie nicht in der Einschränkung der Arbeitsfähigkeit enthalten sind, sowie das Alter der Beschwerdeführerin und ihre Abwesenheit vom Arbeitsmarkt. Insgesamt ist ein Tabellenlohnabzug von 10 % angemessen. Das Invalideneinkommen beträgt somit Fr. 37'964.-- (Fr. 42'182.-- x 0,9). Bei einem Valideneinkommen von Fr. 55'891.-- (E. 5.1) resultiert ein Invaliditätsgrad von 32 %, womit kein Rentenanspruch besteht.

6.

6.1 Die Beschwerde ist somit abzuweisen.



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. Nach Art. 95 Abs. 1 VRP hat in Streitigkeiten jener Beteiligte die Kosten zu tragen, dessen Begehren ganz oder teilweise abgewiesen werden. Angesichts des vollen Unterliegens der Beschwerdeführerin sind ihr die Gerichtskosten unter Anrechnung des von ihr in selbiger Höhe geleisteten Kostenvorschusses gesamthaft aufzuerlegen. Aufgrund des Ausgangs des Verfahrens ist der Beschwerdeführerin keine Parteientschädigung zuzusprechen.

Entscheid

im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP

1.

Die Beschwerde wird abgewiesen.

2.

Die Beschwerdeführerin hat die Gerichtskosten von Fr. 600.-- unter Anrechnung des von ihr geleisteten Kostenvorschusses in gleicher Höhe zu bezahlen.