



Fall-Nr.: IV 2014/186
Stelle: Versicherungsgericht
Rubrik: IV - Invalidenversicherung
Publikationsdatum: 13.12.2019
Entscheiddatum: 29.11.2016

Entscheid Versicherungsgericht, 29.11.2016

Art. 8 ATSG, Art. 28 IVG: Beweistauglichkeit eines Gutachtens, wonach die Beschwerdeführerin in adaptierter Tätigkeit voll arbeitsfähig ist. Die Gutachter haben insbesondere einer diagnostizierten andauernden somatoformen Schmerzstörung keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit zuerkannt. Auch die nach neuer Rechtsprechung erforderliche Abwägung beeinträchtigender und ressourcenbildender Indikatoren führt zu diesem Ergebnis (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 29. November 2016, IV 2014/186).

Besetzung

Versicherungsrichterinnen Marie Löhner (Vorsitz), Lisbeth Mattle Frei und
Versicherungsrichter Joachim Huber; Gerichtsschreiberin Beatrix Zahner

Geschäftsnr.

IV 2014/186

Parteien

A.____,

Beschwerdeführerin,

vertreten durch Rechtsanwalt lic. iur. Christoph Anwander, Bahnhof-strasse 21,
Postfach 1016, 9102 Herisau,

gegen



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

Beschwerdegegnerin,

Gegenstand

Rente

Sachverhalt

A.

A.a A.____ meldete sich am 25. Januar 2010 (Eingang SVA: 19. Februar 2010) wegen starker Rückenschmerzen, Weichteilrheuma, Fibromyalgiesyndrom sowie Schmerzen an Skelett und Bewegungsapparat bei der Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug an (IV-act. 1).

A.b Dr.med. B.____, Praktischer Arzt, teilte dem regionalen ärztlichen Dienst der IV-Stelle (RAD) mit, die Versicherte leide an einem Fibromyalgiesyndrom, einem depressiven Syndrom und an einem LWS-Syndrom. Zur Zeit sei sie nicht arbeitsfähig (Gesprächsprotokoll vom 2./8. März 2010, IV-act. 18-1 f.; vgl. auch Attest von Dr. B.____ vom 27. Januar 2010, IV-act. 5-1). Dr.med. C.____, Orthopädische Chirurgie FMH, berichtete dem Hausarzt am 15. März 2010, aufgrund eines MRI der LWS (aktenkundig ist ein CT LWS vom 3. März 2010, IV-act. 18-5) sei eine Diskushernie L5/S1 rechts foraminal mit Kompression der Nervenwurzel L5 rechts bei Hypoplasie des Intervertebralgelenks L5/S1 links und Hemispondylolyse diagnostiziert worden. Weiter bestehe der Verdacht auf eine Somatisierungsstörung (Fremdakten, act. G 4.2).

A.c Im Auftrag des Krankentaggeldversicherers wurde in der Klinik Valens eine interdisziplinäre arbeitsspezifische Abklärung durchgeführt. Als Diagnosen wurden ein chronisches lumbospondylogenes Syndrom rechts (ICD-10: M54.4, F54), ein chronischer unspezifischer Weichteilrheumatismus (ICD-10: R52.2) sowie eine beginnende Fingerpolyarthrose (ICD-10: M15.8) festgehalten. Zusammenfassend könne festgehalten werden, dass die Versicherte aktuell vor allem an muskuloskelettalen Problemen mit eingeschränkter körperlicher Leistungsfähigkeit



leide, welche die Arbeitsfähigkeit in relevantem Ausmass beeinträchtigten. Psychiatrischerseits habe keine wesentliche Komorbidität festgestellt werden können. Der Versicherten wurde eine stationäre Rehabilitation empfohlen. In ihrer bisherigen Tätigkeit sei sie zu 50 % arbeitsfähig (verminderte Belastbarkeit hinsichtlich Sitzen und Stehen). Eine adaptierte (leichte bis mittelschwere) Tätigkeit wäre alternativ ganztags möglich, wobei zusätzliche Pausen von momentan ca. zwei bis drei Stunden pro Arbeitstag eingelegt werden müssten (Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von ca. 40 %; Bericht interdisziplinäre arbeitsspezifische Abklärung vom 18. März 2010, Fremdakten act. G 4.2).

A.d Vom 19. August bis 15. September 2010 erfolgte ein Rehabilitationsaufenthalt in der Klinik Valens. Im Austrittsbericht vom 27. September 2010 wurden folgende Diagnosen verzeichnet: ein chronisches lumbospondylogenes Syndrom rechts bei Fehlform und Fehlhaltung der Wirbelsäule, muskulärer Dysbalance/muskulärer Insuffizienz, Tendenz zur generalisierten Hyperlaxizität, degenerativen Diskopathien der unteren LWS, in Verbindung mit den Verlauf bestimmenden psychologischen Faktoren und Verhaltensfaktoren (ICD-10: M54.4, F54), ein chronischer unspezifischer Weichteilrheumatismus (ICD-10: R52.2) sowie eine beginnende Fingerpolyarthrose Typ Heberden (ICD-10: M15.8). Die Versicherte sei ab Austritt in einer leichten, wechselbelastenden Tätigkeit zu 100 % arbeitsfähig, wobei für mindestens einen Monat eine Leistungsminderung von 25 % bestehe (IV-act. 84-1 ff.).

A.e Mit Vorbescheid vom 22. März 2011 stellte die IV-Stelle der Versicherten die Abweisung der Begehren um berufliche Massnahmen und Rente in Aussicht, da eine 100 %ige Arbeitsfähigkeit bestehe (IV-act. 44). Die Versicherte anerkannte mit Eingabe vom 27. Mai 2011, dass derzeit kein Rentenanspruch bestehe, jedoch machte sie einen Anspruch auf berufliche Massnahmen geltend (IV-act. 47).

A.f Mit Attesten vom 7. Juni und vom 18. Juli 2011 bescheinigte Dr. B.____ die Diagnosen eines (chronischen) skelettomuskulären Schmerzsyndroms sowie eines (chronischen) depressiven Syndroms. Es bestünden erneute invalidisierende Schmerzen im Wirbelsäulenbereich in Kombination mit möglicher Haglund Ferse bzw. Achillodynie links mehr als rechts und eine sehr schwierige psychosoziale Situation. Die Versicherte sei zu 100 % arbeitsunfähig (IV-act. 50; IV-act. 53). Dr.med. D.____,



Orthopädie, Orthopädie E.____, diagnostizierte gemäss Bericht vom 9. August 2011 eine Fasziiitis plantaris und eine Insertionstendinopathie der Achillessehne (IV-act. 56-3).

A.g Prof. Dr. med. F.____, Facharzt FMH für Neurochirurgie, Wirbelsäulenzentrum G.____, stellte gemäss Bericht an den damaligen Rechtsvertreter der Versicherten vom 22. August 2011 die Diagnosen einer Lumboischialgie rechts bei Foramenstenose L5/S1 rechts, einer partielle Spondylolyse L5 sowie einer Fibromyalgie und attestierte eine Arbeitsfähigkeit adaptiert von 100 % (IV-act. 98). Im Bericht vom 21. Dezember 2011 hielt er fest, die Rückenschmerzen hätten sich nach langfristiger Behandlung gebessert. Es bestünden aber weiterhin belastungsabhängige sehr stark wechselnde Beschwerden in Armen und Beinen, die wohl auf die bestehende Fibromyalgie zurückzuführen seien. Im Gegensatz zu seinem Schreiben vom 22. August 2011 halte er die Versicherte aufgrund der nun längeren therapeutischen Beobachtung nicht für arbeitsfähig. Die Fibromyalgie sei seiner Meinung nach die Ursache dafür. Eine genaue Beurteilung dieser Erkrankung obliege aber dem rheumatologischen Fachbereich (IV-act. 70).

A.h Dr.med. H.____, Innere Medizin und Rheumatologie FMH, berichtete dem Hausarzt am 14. Mai 2012, die Versicherte leide an einem chronischen Panvertebralsyndrom mit spondylogenen Ausstrahlungen in alle Extremitäten und Generalisierungstendenz bei Hohl-Rundrücken, muskulären Dysbalancen, Haltungsschwäche, mässiggradiger medianer bis beidseits foraminaler Discushernie L5/S1 und degenerativen Veränderungen der unteren LWS (MRI 27.07.2011), an dorsalen und plantaren Fersenschmerzen bds. bei Tendomyosen der Wadenmuskulatur, möglicherweise teilweise spondylogenen, an einer psycho-sozialen Problematik und anamnestisch an einer depressiven Verstimmung. In stehenden Arbeiten sei sie wegen Fersenschmerzen zu 100 % und in vorwiegend sitzenden Arbeiten wegen lumbaler Beschwerden zu 50 % eingeschränkt (IV-act. 76).

A.i Med.pract. I.____, Psychiatrie und Psychotherapie, erwähnte im Arztbericht vom 10. August 2012 als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10: F33.1), eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10: F45.41) sowie ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine akzentuierte



St.Galler Gerichte

Persönlichkeit mit ängstlich-vermeidenden Zügen (ICD-10: F60.6). Die Arbeitsunfähigkeit aus psychischen Gründen betrage ca. 40 %, medizinisch-theoretisch sei ein 100 %iges Leistungsvermögen möglich (IV-act. 87).

A.j Die Versicherte wurde im Auftrag der IV-Stelle am 2./4. Juli 2013 durch die MEDAS Ostschweiz internistisch-rheumatologisch (Dr.med. J.____, Innere Medizin/ Rheumatologie FMH) und psychiatrisch (Dr.med. K.____, Eidg. Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie) begutachtet. Die Gutachter fanden als Diagnose mit Einschränkung der zumutbaren Arbeitsfähigkeit ein chronisches lumbospondylogenes Schmerzsyndrom bei degenerativen und anlagebedingten Veränderungen im Bewegungssegment L5/S1 (ICD-10: M51.1) und als Diagnosen ohne wesentliche Einschränkung der Arbeitsfähigkeit im Wesentlichen eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10: F45.4), Schwierigkeiten bei der kulturellen Eingewöhnung (ICD-10: Z60.3), einen Status nach Ehescheidung (ICD-10: Z63.5), ein chronisches weichteilrheumatisches Schmerzsyndrom sowie einen Spreizfuss mit beginnender Hallux valgus- und Hammerzehenbildung und anamnestisch rezidivierende Fersenschmerzen. Aufgrund des chronischen lumbospondylogenen Schmerzsyndroms bestehe eine Einschränkung für körperlich schwere Tätigkeiten mit Heben und Tragen von Lasten über ca. 10 kg. Für körperlich leichte bis mittelschwere, entsprechend rückenadaptierte Tätigkeiten sei die Arbeitsfähigkeit uneingeschränkt (Gutachten vom 12. September 2013, IV-act. 119).

A.k Gestützt auf das Gutachten und eine RAD-Stellungnahme vom 10. Oktober 2013 (IV-act. 120) stellte die IV-Stelle der Versicherten mit Vorbescheid vom 9. Januar 2014 die Abweisung des Rentenbegehrens in Aussicht (IV-act. 127). Mit Einwand vom 7. Februar 2014 machte die Versicherte geltend, das Gutachten stehe im Widerspruch zur Beurteilung durch die behandelnden Ärzte, und ihr Zustand habe sich seit der IV-Anmeldung ständig verschlechtert (IV-act. 128).

A.l Mit Verfügung vom 24. Februar 2014 wies die IV-Stelle das Leistungsbegehren ab. Mit ihrem Einwand habe die Versicherte keine neuen Erkenntnisse oder medizinische Unterlagen vorgelegt, welche eine andere Beurteilung der Sachlage zuliesse (IV-act. 129).

B.



B.a Gegen die Verfügung vom 24. Februar 2014 lässt A.____ am 27. März 2014 Beschwerde erheben. Sie beantragt, die angefochtene Verfügung sei unter Kosten- und Entschädigungsfolge aufzuheben und es sei ihr eine IV-Rente auszurichten. Eventuell sei die Streitsache zur weiteren Abklärung und zu anschliessender neuer Beurteilung bzw. Verfügung an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. Die Arbeitsfähigkeit sei von (den behandelnden) Ärzten völlig anders (als von den Gutachtern) beurteilt worden. Es sei von einer vollständigen, zumindest aber von einer teilweisen Arbeitsunfähigkeit der Beschwerdeführerin in der bisherigen und einer sonstigen leidensangepassten Tätigkeit auszugehen. Grund dafür bildeten offensichtlich nicht nur die Diagnose "Weichteilrheuma/Fibromyalgie", sondern Leiden, die nicht unter die IV-Revision 6a fallen würden. Vor einer Entscheidung seien weitere Abklärungen zu tätigen, falls die vorliegende Aktenlage nicht ausreiche, um ihr eine IV-Rente zuzusprechen (act. G 1). Die Beschwerdeführerin reicht ein weiteres Attest von Dr. B.____ vom 26. Februar 2014 ein. Danach erhalte die Beschwerdeführerin stärkere Schmerzmedikamente, die ihre Reaktionsfähigkeit einschränken könnten. Des Weiteren bestünden Schlafstörungen und Depressionen, mit bedeutungsvollen psychischen Einschränkungen. Es bestehe weiterhin eine von ihm geschätzte 100 %ige Arbeitsunfähigkeit (act. G 1.2).

B.b Mit Beschwerdeantwort vom 19. Mai 2014 beantragt die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde. Der Einschätzung der MEDAS komme grosses Gewicht zu. Demgegenüber vermöge die Einschätzung von Dr. B.____ nicht zu überzeugen. Dieser sei als Allgemeinmediziner nicht fachärztlich kompetent, die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin bezüglich ihres psychischen Leidens und ihres Schmerzsyndroms zu bestimmen. Zudem habe Dr. B.____ bei seiner Beurteilung vor allem auf die Schilderungen der Beschwerdeführerin abgestellt. Die Arbeitsfähigkeit sei aufgrund von objektiven Faktoren zu bestimmen. Geltend gemachte Schmerzen bzw. Einschränkungen dürften nur insofern in die Beurteilung einbezogen werden, als diese durch entsprechende Befunde hinreichend erklärbar seien. Dies sei bei der Beschwerdeführerin nicht der Fall. Insgesamt ergäben sich keine Anhaltspunkte, die gegen die Schlüssigkeit des MEDAS-Gutachtens sprächen. Es sei demnach vollumfänglich darauf abzustellen, zumal die Beschwerdeführerin keine substantiierten Einwände dagegen vorbringe. Weitere medizinische Abklärungen seien unnötig, weil die MEDAS die geltend gemachten Einschränkungen ausführlich abgeklärt habe.



St.Galler Gerichte

Demnach sei die Beschwerdeführerin in einer rückenadaptierten Tätigkeit voll arbeitsfähig (act. G 4).

B.c In ihrer Replik vom 14. Juli 2014 macht die Beschwerdeführerin insbesondere geltend, es könne keine Rede davon sein, dass sie aus "psychiatrischer Sicht" voll arbeitsfähig sei (act. G 8).

B.d Die Beschwerdegegnerin verzichtet auf eine Duplik (act. G 10)

Erwägungen

1.

Gegenstand des Verfahrens bildet ein allfälliger Rentenanspruch der Beschwerdeführerin.

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 zudem 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 Dreiviertelsrente, wenn sie wenigstens zu 60 %, auf eine halbe Rente, wenn sie mindestens zu 50 %, 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 (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; Urteil vom 1. Dezember 2015, 8C_586/2015, E. 2). 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, 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. Die blosse Möglichkeit eines bestimmten Sachverhalts genügt den Beweisanforderungen nicht. Das Gericht hat vielmehr jener Sachverhaltsdarstellung zu folgen, die es von allen möglichen Geschehensabläufen als die wahrscheinlichste würdigt (BGE 126 V 360 E. 5b, 125 V 195 E. 2, je mit Hinweisen).

2.

2.1 Eine gesundheitsbedingte Beeinträchtigung der Erwerbsfähigkeit muss in jedem Einzelfall unabhängig von der Diagnose und grundsätzlich unbesehen der Ätiologie ausgewiesen und in ihrem Ausmass bestimmt sein (BGE 127 V 298 E. 4c, mit weiteren Hinweisen). Subjektive (Schmerz-)Angaben der versicherten Person genügen in Anbetracht der sich naturgemäss ergebenden Beweisschwierigkeiten für die Begründung einer (teilweisen) Arbeitsunfähigkeit alleine nicht. Voraussetzung einer invalidisierenden Gesundheitseinschränkung ist zunächst, dass diese Folge einer Gesundheitsbeeinträchtigung ist, die fachärztlich einwandfrei diagnostiziert worden ist (BGE 130 V 396; BGE 141 V 285 E. 2.1). Den unklaren Beschwerden (wie etwa der anhaltenden somatoformen Schmerzstörung) ist eigen, dass mittels klinischer Untersuchungen weder Pathologie noch Ätiologie (vollständig) nachweis- oder erklärbar sind. Wie das Bundesgericht in Änderung der Rechtsprechung entschieden hat, ist in solchen Fällen anhand eines strukturierten Beweisverfahrens ergebnisoffen zu prüfen, wieweit aus objektivierter Betrachtungsweise ein invalidisierender Gesundheitsschaden nachgewiesen ist (BGE 141 V 281).

2.2 Das Bundesgericht hat die Vermutung, Schmerzsyndrome und vergleichbare psychosomatische Leiden seien überwindbar, in BGE 141 V 281 aufgegeben. Das bisherige Regel-/Ausnahme-Modell wurde durch einen strukturierten, normativen Prüfungsraster ersetzt (BGE 141 V 294 f. E. 3.5 f.). Das funktionelle Leistungsvermögen sei anhand von Indikatoren zu beurteilen (BGE 141 V 296 f. E. 4.1 und S. 298 ff., E. 4.3). Diese betreffen den Schweregrad einer Gesundheitsschädigung (zit. Urteil E. 4.3.1), die Persönlichkeit (zit. Urteil E. 4.1.3 ff.), den sozialen Kontext (zit. Urteil E. 4.3.3) sowie die Konsistenz (zit. Urteil E. 4.4). Der medizinische Gutachter hat das Leistungsvermögen einzuschätzen und dabei den einschlägigen Indikatoren zu folgen. Die Rechtsanwender überprüfen die betreffenden Angaben frei, insbesondere dahin, ob die Ärzte sich an die



massgebenden normativen Rahmenbedingungen gehalten haben, das heisst, ob sie ausschliesslich funktionelle Ausfälle berücksichtigt haben, welche Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung sind (Art. 7 Abs. 2 erster Satz ATSG), sowie, ob die versicherungsmedizinische Zumutbarkeitsbeurteilung auf objektivierter Grundlage erfolgt ist (Art. 7 Abs. 2 zweiter Satz ATSG). Recht und Medizin tragen in diesem Sinn, je nach ihren fachlichen und funktionellen Zuständigkeiten, zur Feststellung ein und derselben Arbeitsunfähigkeit bei. Es gibt keine unterschiedlichen Regeln gehorchende, getrennte Prüfung einer medizinischen und einer rechtlichen Arbeitsfähigkeit (zit. Urteil, E. 5.2.2. und 5.2.3).

3.

3.1 Medizinische Grundlage der angefochtenen Verfügung bildet das Gutachten der MEDAS Ostschweiz vom 12. September 2013. Dieses hat durch die Änderung der Rechtsprechung seine Beweiskraft nicht per se eingebüsst; vielmehr ist zu prüfen, ob es deren Anforderungen genügt bzw. eine der neuen Rechtsprechung genügende Beurteilung zulässt (BGE 141 V 281 E. 8 S. 309; Urteil des Bundesgerichts vom 13. April 2016, 9C_168/2015, E. 2.2.3).

3.2 Die Gutachter diagnostizierten mit Einschränkung der zumutbaren Arbeitsfähigkeit einzig ein chronisches lumbospondylogenes Schmerzsyndrom bei degenerativen und anlagebedingten Veränderungen im Bewegungssegment L5/S1 (ICD-10: M51.1; IV-act. 119-26). Festzustellen seien aktuell weiterhin lumbospondylogene Beschwerden, vorwiegend aber ein chronisches weichteilrheumatisches Schmerzsyndrom panvertebral und auch pektoral links, einhergehend mit vielen vegetativen Begleitbeschwerden. Die bildgebenden Befunde (MRI HWS/BWS vom 19. Juni 2013, lumbales MRI vom 27. Juli 2011, vgl. IV-act. 119-20) seien nicht gravierend und nicht operationsbedürftig (IV-act. 119-27). Aufgrund des chronischen lumbospondylogenen Schmerzsyndroms bestehe eine Einschränkung für körperlich schwere Tätigkeit mit Heben und Tragen von Lasten über ca. 10 kg. Die zuletzt ausgeübte Tätigkeit sitzend in einem Montagebetrieb eines Kaffeeherstellers habe dieses Leistungsprofil nicht überstiegen (IV-act. 119-28). Die behandelnde Psychiaterin habe im Zusammenhang mit einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren die Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung mittelgradigen Ausmasses



gestellt, welche derzeit remittiert sei. Im Vordergrund stünden psychosoziale Faktoren. Die Willensanstrengung zur adäquaten Überwindung ihres syndromalen Zustandes sei der Beschwerdeführerin aus psychiatrischer Sicht voll zumutbar (IV-act. 119-24, 28). Die zu diagnostizierenden anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10: F45.4), Schwierigkeiten bei der kulturellen Eingewöhnung (ICD-10: Z60.3) sowie der Status nach Ehescheidung (ICD-10: Z63.5) blieben ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit (vgl. IV-act. 119-27).

3.3 Die beklagten Schmerzen der Beschwerdeführerin weisen einerseits ein organisches Korrelat auf, indem eine Foramenstenose L5/S1, eine Spondylolyse L5 bzw. degenerative Veränderungen der unteren LWS und eine Nervenwurzelkompromittierung L5 bildgebend nachgewiesen wurden (vgl. Bericht Prof. F.____ vom 22. August 2011, IV-act. 98; Interdisziplinäre Schmerzsprechstunde, Klinik Valens, Untersuchungsbericht Innere Medizin/Rheumatologie vom 18. März 2010, Fremdakten act. G 4.2; Bericht Radiologie L.____ vom 4. März 2010 betr. CT LWS vom 3. März 2010, IV-act. 18-5; Bericht Dr. H.____ vom 14. Mai 2012, IV-act. 76). Andererseits wurden neben den somatisch fassbaren auch syndromale Leiden diagnostiziert, so in der Klinik Valens ein Verdacht auf Fibromyalgie (Austrittsbericht vom 27. September 2010, IV-act. 84-1 ff. und S. 5; vgl. auch Untersuchungsbericht Innere Medizin/Rheumatologie vom 18. März 2010 und Bericht Interdisziplinäre arbeitsspezifische Abklärung vom 18. März 2010, Fremdakten act. G 4.2), durch Dr. C.____ der Verdacht auf eine Somatisierungsstörung (Bericht vom 15. März 2010 an den Hausarzt, Fremdakten act. G 4.2), durch Dr. H.____ ein chronisches Panvertebralsyndrom mit spondylogenen Ausstrahlungen in alle Extremitäten und Generalisierungstendenz (Bericht Dr. H.____ vom 14. Mai 2012, IV-act. 76-3 f.), durch Prof. F.____ ein Fibromyalgiesyndrom (Berichte vom 22. August und 21. Dezember 2011, IV-act. 98 und IV-act. 70) und durch Dr. B.____ zunächst ein Fibromyalgiesyndrom (Attest vom 27. Januar 2010, IV-act. 5-1; Gesprächsprotokoll 2./8. März 2010, IV-act. 18-1) und später ein (chronisches) skelettomuskuläres Schmerzsyndrom (Atteste vom 7. Juni und 18. Juli 2011, IV-act. 50 und 53-1 f., und vom 26. Februar 2014, act. G 1.2). Auch in der psychiatrischen Diagnose der chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10: F45.41; Bericht med. pract. I.____ vom 10. August 2012, IV-act. 87) widerspiegelt sich die lediglich teilweise somatische Erklärbarkeit der Schmerzen.



3.4 Das Gutachten erweist sich insoweit als schlüssig, als keine bildgebenden oder klinischen Befunde erhoben werden konnten, welche das Vorhandensein von Schmerzen in einem die Arbeitsfähigkeit einschränkenden Ausmass erklären (vgl. IV-act. 119-27). Dies betrifft ausdrücklich die lumbalen Beschwerden, ergibt sich aber auch für die Finger und die Füsse bzw. Fersen aus den klinischen Untersuchungen, wonach eine mässige Handbeschwellung und beginnende Heberdenarthrosen sowie keine klar umschriebene Druckdolenz an der Ferse oder Achillessehne festgestellt wurden. Der rheumatologische Gutachter hielt sodann fest: einen unauffälligen und hinkfreien Gang, die Beschwerdeführerin sei bei der Befragung eine Stunde lang ruhig auf dem Stuhl gesessen, Strich- und Fersengang seien ohne Schmerzangabe in den Fersen durchführbar gewesen (vgl. IV-act. 119-19). In somatischer Hinsicht kann somit auf das Gutachten abgestellt werden.

3.5 Der psychiatrische Gutachter Dr. K.____ diagnostiziert die Schmerzen, soweit sie nicht somatisch erklärbar sind, als anhaltende somatoforme Schmerzstörung und führt dazu aus, im Vordergrund stünden psychosoziale Faktoren und das eigene Krankheitskonzept mit Selbstlimitierung, das die Beschwerdeführerin aus subjektiver Sicht erwerbsunfähig mache. Depressive Symptome beziehungsweise Verstimmungen würden eine chronifizierte Schmerzstörung sehr häufig begleiten, seien aber vorliegend nicht als eigenständiges Krankheitsbild im Sinne einer Komorbidität zu werten. Die von der behandelnden Psychiaterin diagnostizierte rezidivierende mittelgradige depressive Störung sei remittiert (IV-act. 119-24). Dies erscheint nachvollziehbar, denn die Beschwerdeführerin gab anlässlich der Begutachtung an, die vor zwei Jahren stärkeren depressiven Zustände und Ängste hätten sich unter der Gesprächs- und medikamentösen Therapie gebessert (IV-act. 119-16), wobei die Häufigkeit der Therapie mit einmal bzw. zweimal monatlich unterschiedlich angegeben wird (IV-act. 119-16, 21) und gemäss Laborbefund die Einnahme des Antidepressivums Cymbalta (Duloxetine; vgl. dazu www.compendium.ch) nicht ausgewiesen ist (IV-act. 119-22, 24). Daran, dass die Remission plausibel erscheint, ändert nichts, dass Dr. B.____ als Allgemeinmediziner im Attest vom 26. Februar 2014 erneut von einem chronischen depressiven Syndrom berichtet (act. G 1.2). Eine Auseinandersetzung mit dem Gutachten fehlt in diesem Arztbericht vollständig, so dass der Hausarzt lediglich an seiner bisherigen Beurteilung festhält. Eine wesentliche Veränderung gegenüber der Begutachtung (neue depressive Episode) ergibt sich daraus nicht. Es bleibt damit zu



prüfen, ob die diagnostizierte andauernde somatoforme Schmerzstörung eine invalidenversicherungsrechtlich relevante Einschränkung der Arbeitsfähigkeit zu begründen vermag.

3.6 Das Gutachten legt dar, die durch einen physiologischen Prozess oder eine körperliche Störung nicht vollständig erklärbaren Schmerzen träten in Verbindung mit emotionalen Konflikten und psychosozialen Problemen auf, die schwer genug seien, um als entscheidender ursächlicher Faktor gelten zu könnten. Die Beschwerdeführerin habe eine schwierige Ehe hinter sich, was 2004 zur Trennung und 2009 zur Scheidung geführt habe. Sie verfüge über keine berufliche Ausbildung, ihre Sprachkenntnisse seien dürftig, es bestünden dadurch Schwierigkeiten bei der soziokulturellen Eingewöhnung. Der jüngste Sohn sei delinquent (IV-act. 119-24). Diese Ausführungen decken sich mit den Angaben der Beschwerdeführerin, der vor allem der Sohn grosse Sorgen bereite (IV-act. 119-22). Nach der interdisziplinären arbeitsspezifischen Abklärung in Valens im März 2010 hat die Beschwerdeführerin ihre Arbeit nicht im ihr zumutbaren Umfang (50 %) wieder aufgenommen (vgl. Fremdakten). In der vierwöchigen Rehabilitation in Valens vom 19. August bis 15. September 2010 zeigte sich sodann bei den Basistests der arbeitsbezogenen körperlichen Leistungsfähigkeit eine erhebliche Symptomausweitung. Die Leistungsbereitschaft wurde als nicht zuverlässig eingeschätzt. Beobachtungen bei den Tests wiesen auf eine deutliche Selbstlimitierung hin. Die Konsistenz bei den Tests war schlecht (IV-act. 84-9). Gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung liegt keine Krankheit im Sinne der Invalidenversicherung vor, soweit psychosoziale und soziokulturelle Faktoren selbstständig und insofern direkte Ursachen der Einschränkung der Arbeitsfähigkeit sind. Lediglich wenn und soweit solche Umstände zu einer eigentlichen Beeinträchtigung der psychischen Integrität führen, indem sie einen verselbstständigten Gesundheitsschaden aufrechterhalten oder den Wirkungsgrad seiner - unabhängig von den invaliditätsfremden Elementen bestehenden - Folgen verschlimmern, können sie sich mittelbar invaliditätsbegründend auswirken (Urteil des Bundesgerichts vom 28. Juni 2012, 9C_537/2011, E. 3.2, mit weiteren Verweisen). Letzteres ist gemäss Gutachten vorliegend gerade nicht ausgewiesen. Hinsichtlich des Schweregrads der Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit ist die tiefe Selbsteinschätzung und Selbstlimitierung der Versicherten zu berücksichtigen, auch wenn diese vom RAD als krankheitsimmanent gewertet und Inkonsistenzen bzw. ein



suboptimales Leistungsverhalten verneint wurden (RAD-Stellungnahme vom 10. Oktober 2013, IV-act. 120). Die Beschwerdeführerin verfügt über Ressourcen. Sie schildert, sie gehe jeden Tag mindestens eine Stunde nach draussen, schaue fern, lese und höre am liebsten Musik. Sie habe einige Freundinnen, besuche regelmässig die Kinder oder empfangen deren Besuche und verbringe Ferien in M.____ (IV-act. 119-16, 21). Der psychiatrische Gutachter hält nachvollziehbar fest, die Beschwerdeführerin nehme am alltäglichen Leben teil (Kontakt zur Familie, Einkäufe, Lesen, Fernsehen, Spazieren, Ferien); sie lebe zwar alleine, aber keinesfalls zurückgezogen. Sie leide (nebst der Schmerzstörung) an keiner psychischen Störung von erheblicher Schwere, Intensität, Ausprägung und Dauer, die ihre Willensanstrengung beeinträchtigen würde. Die soziokulturelle Integration und die Willensanstrengung zur Überwindung des syndromalen Zustandes seien ihr zumutbar (IV-act. 119-24, 28).

3.7 Zusammenfassend ist mit dem RAD davon auszugehen, dass in körperlich leichten und der zuletzt ausgeübten Tätigkeit die Arbeitsfähigkeit nicht invalidenversicherungsrechtlich relevant eingeschränkt ist. Auch die Würdigung der Indikatoren gemäss der neuen Rechtsprechung führt zu keinem anderen Ergebnis. Dr. B.____ führt in seinem Attest vom 26. Februar 2014 aus, die Beschwerdeführerin leide an Beschwerden der Wirbelsäule mit Einschränkungen der Belastbarkeit, Funktion und Beweglichkeit. Daneben zeigten sich Schmerzen der Muskulatur und Sehnenbereiche, mit empfindlichen Triggerpunkten und konsekutiver Schwäche der Extremitäten. Daneben beständen Schlafstörungen, vegetative Störungen, Müdigkeit und Mattigkeit sowie Depressionen mit bedeutungsvollen psychischen Einschränkungen. Konsultationen bei diversen Spezialisten und eine Behandlung in der Rehabilitationsklinik hätten nur kurzzeitige Besserung gebracht. Zurzeit schätze er die Arbeitsunfähigkeit nach wie vor auf 100 % (act. G 1.2). Die vom Hausarzt beschriebenen Befunde wurden im Gutachten diskutiert und gewürdigt, indem eine qualitative Einschränkung der Arbeitsfähigkeit angenommen wurde. Dr. B.____ bringt keine neuen medizinischen Gesichtspunkte vor, die im Gutachten nicht berücksichtigt wurden. Sein Attest vermag daher an der Massgeblichkeit des Gutachtens nichts zu ändern. Es ist daher spätestens seit dem aktuellen Gutachtenzeitpunkt (Juli 2013; IV-act. 119-28) von einer vollen Arbeitsfähigkeit in adaptierten Tätigkeiten auszugehen.



3.8 Das Gutachten nimmt nicht direkt Stellung zum vorgängigen Verlauf der Arbeitsfähigkeit. Indes wurde die Beschwerdeführerin bereits nach dem stationären Aufenthalt in der Klinik Valens vom 19. August bis 15. September 2010 in adaptierter Tätigkeit 100 % arbeitsfähig geschätzt (nach einer Leistungsminderung von 25 % während eines Monats; Austrittsbericht vom 27. Oktober 2010, IV-act. 84-1 ff.). Nicht zu folgen ist sodann der Einschätzung von Prof. F.____ vom 21. Dezember 2011, wonach die Beschwerdeführerin aufgrund von Beschwerden in Armen und Beinen, die "wohl" auf die bestehende Fibromyalgie zurückzuführen seien, nicht arbeitsfähig sei (IV-act. 70). Sie weicht in nicht nachvollziehbarer Weise von seiner früheren Einschätzung vom 22. August 2011 ab, wo er die Beschwerdeführerin noch als 100 % arbeitsfähig betrachtete (IV-act. 98), und ist - wie er selbst zugibt - fachfremd begründet. Med. prakt. I.____ führte im Arztbericht vom 10. August 2012 aus, als Einschränkungen beständen eine Verlangsamung, eine rasche Erschöpfbarkeit, eine reduzierte Stressbelastbarkeit und eine Vermeidung von Herausforderungen. Die Arbeitsunfähigkeit betrage aus psychischen Gründen ca. 40 %. Medizinisch-theoretisch sei ein 100 %iges Leistungsvermögen möglich. Zu Beginn sei eine behinderungsangepasste Tätigkeit während vier Stunden pro Tag möglich. Die Beschwerdeführerin sei im Konzentrationsvermögen, im Auffassungsvermögen durch sprachliche Defizite, in der Anpassungsfähigkeit durch geringe soziale Flexibilität und in der Belastbarkeit durch rasche Ermüdbarkeit, Verlangsamung und Schonhaltung wegen Schmerzen eingeschränkt (IV-act. 87). Die Einschränkungen durch sprachliche Defizite und durch geringe soziale Flexibilität sind nicht gesundheitlich begründet, mithin invaliditätsfremd. Die Einschätzung durch med. prakt. I.____ ist demnach so zu verstehen, dass sie bei ganztägiger Arbeitsfähigkeit eine Leistungseinbusse von ca. 40 % attestiert, welche teilweise auf psychosoziale bzw. soziokulturelle Belastungsfaktoren (sprachliche Defizite, geringe soziale Flexibilität) und lediglich teilweise auf Folgen der diagnostizierten Krankheiten (Erschöpfbarkeit, Verlangsamung) zurückzuführen ist. Eine rentenbegründende Invalidität ist auch mit ihrem Bericht nicht ausgewiesen, zumal sich die die Arbeitsfähigkeit einschränkende Depression als innerhalb relativ kurzer Zeit remittiert herausgestellt hat. Eine invaliditätsbegründende Arbeitsunfähigkeit ist damit auch für die Zeit vor der Begutachtung nicht gegeben.

4.

4.1 Die Beschwerde ist somit abzuweisen.



4.2 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 Beschwerdeführerin aufzuerlegen und durch den von ihr geleisteten Kostenvorschuss von Fr. 600.-- gedeckt. Die Beschwerdeführerin hat bei diesem Verfahrensausgang keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung (vgl. Art. 61 lit. g ATSG).

Entscheid

im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP

1.

Die Beschwerde wird abgewiesen.

2.

Die Beschwerdeführerin hat eine Gerichtsgebühr von Fr. 600.-- zu bezahlen; diese ist durch den in gleicher Höhe geleisteten Kostenvorschuss gedeckt.