



**Fall-Nr.:** IV 2018/363  
**Stelle:** Versicherungsgericht  
**Rubrik:** IV - Invalidenversicherung  
**Publikationsdatum:** 09.04.2021  
**Entscheiddatum:** 07.12.2020

### **Entscheid Versicherungsgericht, 07.12.2020**

**Art. 7, 8 und 16 ATSG, Art. 28 IVG. Würdigung eines polydisziplinären und monodisziplinären Gutachtens. Beweiskraft der Gutachten bejaht. Keine rentenbegründende Invalidität (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 7. Dezember 2020, IV 2018/363).**

#### **Entscheid vom 7. Dezember 2020**

Besetzung

Präsidentin Marie Löhner, Versicherungsrichterinnen Miriam Lendfers und Marie-Theres Rüegg Haltinner; a.o. Gerichtsschreiberin Marsha Karas

Geschäftsnr.

IV 2018/363

Parteien

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

**Beschwerdeführerin,**

vertreten durch Rechtsanwalt lic. iur. Roland Zahner, Studer Zahner 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 im April 2013 unter Hinweis auf lumbale Rückenschmerzen, eine ausgeprägte nicht redressierbare Kyphose und Fehlhaltung des gesamten Rückens, Hüft- und Beinschmerzen, Hypertonie und eine Depression bei der IV-Stelle des Kantons St. Gallen zum Leistungsbezug an (IV-act. 1). Die Versicherte war zuletzt vom 6. März 2009 bis 30. April 2013 bei der B.\_\_\_\_ AG in der Fleischveredelung (Verpacken und Frosten von Fleisch) angestellt gewesen (IV-act. 9).

**A.b.** Mit Vorbescheid vom 30. August 2013 wurde die Abweisung des Antrages auf berufliche Massnahmen und Rentenleistungen in Aussicht gestellt, da die Versicherte lediglich vorübergehend in der Arbeitsfähigkeit eingeschränkt gewesen und in einer angepassten Tätigkeit voll arbeitsfähig sei (IV-act. 34). Dagegen erhob die Versicherte, vertreten durch ihre Rechtsschutzversicherung, Einwand und beantragte weitere berufliche und medizinische Abklärungen (IV-act. 35). Am 14. Oktober 2013 machte die Versicherte zudem geltend, nun vertreten durch Rechtsanwalt lic. iur. Roland Zahner, dass die IV-Stelle ihre nicht orthopädischen Erkrankungen und ihren psychischen Gesundheitszustand ausser Acht gelassen habe (IV-act. 39).

**A.c.** Im eingeholten IV-Arztbericht vom 24. Februar 2014 berichteten die Fachpersonen der Klinik C.\_\_\_\_, Dr. med. D.\_\_\_\_, Facharzt Psychiatrie und Psychotherapie, sowie Dr. phil. E.\_\_\_\_, Neuropsychologin und Psychologin, von einer Anpassungsstörung mit Angst und depressiver Störung gemischt, welche Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit habe. Die Versicherte sei zu zwei Indikationsgesprächen für eine ambulante Rehabilitation erschienen, es sei jedoch zu keiner stationären oder ambulanten Behandlung gekommen. Zur Prognose und Arbeitsfähigkeit äusserten sie sich nicht (IV-act. 44).



**A.d.** Dr. med. F.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Regionaler ärztlicher Dienst (RAD), nahm am 10. April 2014 zu den Berichten der Klinik C.\_\_\_\_ (vgl. IV-act. 44) und der Hausärztin Dr. med. G.\_\_\_\_, Fachärztin Allgemeine innere Medizin, Stellung und gab an, dass die Versicherte in adaptierter Tätigkeit zu Beginn 50% arbeitsfähig sei und die Arbeitsfähigkeit nach einer Einarbeitungszeit gesteigert werden könne (IV-act. 47).

**A.e.** Mit Schreiben vom 23. Juni 2014 wurde der Versicherten Beratung und Unterstützung bei der Stellensuche durch die IV-Stelle gewährt (IV-act. 53). Vom 28. Oktober 2013 bis 31. Juli 2014 arbeitete die Versicherte auf Anweisung des RAV mit einem Pensum von 100% im Einsatzprogramm H.\_\_\_\_ (IV-act. 55). Am 19. Februar 2015 wies die IV-Stelle den Antrag auf berufliche Massnahmen ab, da sich die Versicherte nicht in der Lage fühle, an Eingliederungsbemühungen mitzuwirken (IV-act. 63).

**A.f.** Mit Vorbescheid vom 20. April 2015 wurde erneut eine Abweisung des Antrags auf Invalidenrente in Aussicht gestellt, da die Versicherte in adaptierter Tätigkeit zu 100% arbeitsfähig sei (IV-act. 69). Dagegen liess die Versicherte über ihren Rechtsvertreter Einwand erheben und eine polydisziplinäre Begutachtung beantragen. Zudem wurden diverse Arztberichte eingereicht (IV-act. 72).

**A.g.** Im Auftrag der IV-Stelle wurde die Versicherte vom Medizinisches Gutachtenzentrum Region St. Gallen GmbH (MGSG) im November 2016 polydisziplinär (orthopädisch, internistisch und psychiatrisch) abgeklärt (IV-act. 96 und 106). Im polydisziplinären Konsens ihres Gutachtens vom 17. Januar 2017 (vgl. IV-act. 107-37 ff.) nannten die Sachverständigen als einzige Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ein Thorakovertebralsyndrom bei vermehrter fixierter Brustwirbelsäulenkyphose. Als Diagnose ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit listeten sie unter anderem eine vermehrte Lordose der Lendenwirbelsäule mit leichter linkskonvexer Skoliose und leichter Spondylarthrose L3-S1, Senk-/Spreizfüsse, Adipositas, arterielle Hypertonie, Psoriasis und eine chronische depressive Verstimmung (Dysthymie) auf. Weiter hielten sie fest, dass durch einen rheumatologischen Gutachter beurteilt werden müsse, ob die Psoriasis-Arthritis sich auf die Arbeitsfähigkeit auswirke. Betreffend die Arbeitsfähigkeit wurde ausgeführt, dass in angestammter Tätigkeit eine 80%ige Arbeitsfähigkeit bei voller Stundenpräsenz



## St.Galler Gerichte

zumutbar sei. In adaptierter Tätigkeit bestehe eine 100%ige Arbeitsfähigkeit (körperlich leichte Tätigkeit in temperierten Räumen, abwechslungsweise sitzend und stehend, ohne häufige inklinierte, reklinierte und rotierte Körperhaltungen).

**A.h.** Im Anschluss an die polydisziplinäre Begutachtung wurde die Versicherte im Auftrag der IV-Stelle für ein rheumatologisches Konsil aufgeboten (IV-act. 110). PD Dr. med. I.\_\_\_\_, leitender Arzt Klinik für Rheumatologie des Universitätsspitals Zürich (USZ), stellte am 23. März 2017 folgende Diagnosen: Psoriasisarthritis, chronisches panvertebrales Schmerzsyndrom, Periarthropathia humeroscapularis tendinopathica vom Supraspinatus Typ links, ausgeprägte Knick-Senk-Spreizfüsse, arterielle Hypertonie und erhöhte Transaminasen. Der entzündliche Befall im Bereich beider Hände und Kniegelenke führe zu erheblichen Einschränkungen für repetitive manuelle Tätigkeiten sowie bei längerem Stehen und Gehen. Das polydisziplinäre MGSG Gutachten habe nur Teilaspekte der gesundheitlichen Situation berücksichtigt, welche nicht im Vordergrund stehen würden (IV-act. 111).

**A.i.** Vom 6. bis 19. Juni 2017 war die Versicherte im Kantonsspital St. Gallen (KSSG) für eine Multimodale Schmerztherapie inklusive psychotherapeutischem Verfahren hospitalisiert. Die behandelnden Ärzte diagnostizierten unter anderem eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren, eine Arthritis psoriatica (anerosiv verlaufend) und ein sekundäres Fibromyalgie-Syndrom. Leichte Tätigkeiten im Wechsel zwischen Sitzen, Stehen und Gehen seien bei ergonomischer Arbeitsplatzgestaltung im Umfang von 50% möglich (IV-act. 121).

**A.j.** Am 10. November 2017 wurde die Versicherte von Dr. med. J.\_\_\_\_, Facharzt Rheumatologie, Physikalische Medizin und Rehabilitation sowie Allgemeine Innere Medizin, im USZ rheumatologisch abgeklärt (IV-act. 133). Als Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit hielt er eine Psoriasisarthritis, ein chronisches panvertebrales Schmerzsyndrom und einen Verdacht auf eine sekundäre Fibromyalgie fest. Für die angestammte Tätigkeit bestehe eine volle Arbeitsunfähigkeit. Unter Berücksichtigung der Psoriasisarthritis und des chronischen panvertebralen Schmerzsyndroms sei die Versicherte für leichte körperliche Arbeiten vollständig arbeitsfähig. Betreffend die Konsistenz hielt der Gutachter fest, dass die ausgedehnte Schmerzschilderung inklusive der ausgebreiteten Lokalisation somatisch nur zu einem



geringen Grad erklärbar sei. Die Krankheitsbewältigungsstrategie sei deutlich zu passiv ausgerichtet und die beklagten Einschränkungen im Alltag könnten nur zu einem geringen Grad nachvollzogen werden (IV-act. 133-16 f.).

**A.k.** Im Rahmen der zweiten Anhörung vom 31. Januar 2018 hielt die IV-Stelle an ihrem bisherigen Vorbescheid fest (IV-act. 135). Die Versicherte liess über ihren Rechtsvertreter am 29. März 2018 geltend machen, dass verschiedene Punkte gegen die volle Arbeitsfähigkeit in adaptierter Tätigkeit sprechen würden. Gerügt wurde eine ungenügende Auseinandersetzung des rheumatologischen Gutachtens mit der abweichenden Einschätzung der Arbeitsfähigkeit in den Vorakten, ein Widerspruch beim festgestellten Gesundheitsschaden betreffend das panvertebrale Schmerzsyndrom und den Verdacht auf eine sekundäre Fibromyalgie, die fehlende Konsensbesprechung zwischen allen Gutachtern, und auch die unterschiedliche Einschätzung der Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit überzeuge nicht. Schliesslich hätte sich der rheumatologische Gutachter auch nicht an den Fragekatalog der IV-Stelle gehalten und das Gutachten sei infolge fehlendem strukturiertem Beweisverfahren nicht verwertbar. Ferner sei auch der psychische Gesundheitszustand noch weiter abzuklären (IV-act. 137).

**A.l.** Die IV-Stelle ersuchte Dr. J.\_\_\_\_ am 16. April 2018 um eine Stellungnahme respektive zusätzliche Begründung betreffend abweichender Arbeitsfähigkeitsschätzung in den Vorakten (IV-act. 139).

**A.m.** Mit Schreiben vom 20. April 2018 an den Rechtsvertreter hielt Dr. med. K.\_\_\_\_, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, Oberärztin Psychiatrie L.\_\_\_\_, Ambulatorium M.\_\_\_\_, fest, dass die Versicherte bei ihr seit dem 24. Mai 2017 in ambulanter psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlung sei. Aus psychiatrischer Sicht würde eine somatoforme Schmerzstörung sowie eine depressive Störung vorliegen. Die Versicherte sei schon im 2013 in der Psychiatrie L.\_\_\_\_ in ambulanter Behandlung gewesen und habe bereits damals ein typisches depressives Zustandsbild gezeigt. Aufgrund der aktuellen Beurteilung sei die Versicherte gegenwärtig zu 40 bis 50% arbeitsfähig. Es sei davon auszugehen, dass die Versicherte durch Schonen und Vermeidungsverhalten in Folge von Unsicherheitsgefühlen und mangelnden sozialen



Fertigkeiten sowie Ressourcen unter der Aufrechterhaltung der psychischen Symptome leide (IV-act. 141).

**A.n.** Der RAD-Arzt Dr. N.\_\_\_\_, Facharzt für Innere Medizin, Rheumatologie, Physikalische Medizin und Rehabilitation sowie zertifizierter medizinischer Gutachter, hielt am 11. Juni 2018 in Bezug auf die Beantwortung der Rückfragen zum Gutachten durch Dr. J.\_\_\_\_ (vgl. IV-act. 142) fest, dass die Diskrepanz der Einschätzung der Arbeitsfähigkeit durch Dr. J.\_\_\_\_ im Vergleich zu den Rheumatologen des KSSG problemlos dadurch erklärt werden könne, dass für die behandelnden Ärzte des KSSG die chronische Schmerzkrankheit im Vordergrund gestanden habe. Da keine wesentliche entzündliche Aktivität der Psoriasis-Arthritis vorliege, habe Dr. J.\_\_\_\_ zu Recht eine Arbeitsfähigkeit von 100% in adaptierter Tätigkeit festgehalten und dies durch die gut erhaltene Funktionsfähigkeit am Bewegungsapparat begründet. In Bezug auf den Bericht von Dr. K.\_\_\_\_ vom 20. April 2018 sei zu bemerken, dass es sich um eine unterschiedliche Beurteilung der Arbeitsfähigkeit im Vergleich zum psychiatrischen Teilgutachten handle, diese tiefere Einschätzung jedoch unbegründet geblieben sei. Ebenfalls seien die anderslautenden Diagnosen im Vergleich zum Gutachten nicht erläutert worden. Zusammenfassend hielt Dr. N.\_\_\_\_ fest, dass sich keine neuen medizinischen fallrelevanten Aspekte ergäben und keine weiteren medizinischen Abklärungen angezeigt seien (IV-act. 143).

**A.o.** Im Rahmen der Stellungnahme vom 4. Juli 2018 zur dritten Anhörung liess die Versicherte über ihren Rechtsvertreter geltend machen, dass der RAD ihre Einwendungen nur unvollständig gewürdigt habe. Seit dem Sommer 2017 befinde sich die Versicherte in fachärztlicher psychiatrischer Behandlung, dies sei ein Indiz für den hohen Leidensdruck. Dr. K.\_\_\_\_ habe eine depressive Störung mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit im Umfang von 50-60% festgestellt. Der medizinische Sachverhalt insbesondere betreffend den Verlauf des psychischen Gesundheitszustandes seit der Begutachtung sei offensichtlich nicht genügend abgeklärt worden. Zudem habe ein strukturiertes Beweisverfahren im vorliegenden Fall nicht stattgefunden (IV-act. 145).

**A.p.** Im daraufhin eingeholten IV-Arztbericht vom 10. September 2018 hielt Dr. K.\_\_\_\_ folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit fest: Dysthymie, bekannte rezidivierende depressive Störung, anhaltende somatoforme Schmerzstörung. Die



Versicherte sei seit dem 4. Juli 2017 bei ihr in ambulanter Behandlung und mit Abständen von ca. 3-5 Wochen zur Einzeltherapie-Sitzung erschienen, wobei sie jeweils von einem Familienmitglied für die Übersetzung begleitet worden sei. Die Versicherte nehme diverse Medikamente aufgrund der somatischen Erkrankungen sowie ein Antidepressivum ein. Es liege gegenwärtig eine Arbeitsfähigkeit von 50% vor, die bei ressourcenorientierter psychotherapeutischer Behandlung gegebenenfalls gesteigert werden könne. Die Versicherte sei psychomotorisch verlangsamt, gering belastbar, es würden Überforderungsgefühle bestehen, und sie sei stark durch die subjektiven Beschwerden beeinträchtigt. Weiter hielt Dr. K.\_\_\_\_ fest, dass die Versicherte keine weiteren ambulanten Behandlungen mehr wünsche und sich auf ihre somatischen Beschwerden und deren Behandlung konzentrieren möchte (IV-act. 148).

**A.q.** In der Stellungnahme vom 4. Oktober 2018 zum IV-Arztbericht von Dr. K.\_\_\_\_ vertritt der RAD-Arzt Dr. N.\_\_\_\_ die Einschätzung, dass eine Dynamik und insbesondere eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes seit der Begutachtung nicht beschrieben würden. In Bezug auf die Befunde handle es sich bei der Einschätzung von Dr. K.\_\_\_\_ im Vergleich zum Gutachten um eine andere Beurteilung eines sehr ähnlichen Sachverhalts. Übereinstimmend seien Dr. K.\_\_\_\_ und der Gutachter Dr. O.\_\_\_\_ von einer Dysthymie ausgegangen, während Dr. O.\_\_\_\_ im Gegensatz zu Dr. K.\_\_\_\_ eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung verneint habe. Die unterschiedliche Einschätzung der Arbeitsfähigkeit könne weitgehend durch die unterschiedlichen ärztlichen Rollen erklärt werden (IV-act. 149).

**A.r.** Am 4. Oktober 2018 verfügte die IV-Stelle die Abweisung des Rentenbegehrens. Im Rahmen des polydisziplinären Gutachtens hätte eine Konsensbesprechung stattgefunden und in sämtlichen Fachdisziplinen seien die Gutachter zum Ergebnis gelangt, dass die Versicherte in adaptierter Tätigkeit zu 100% arbeitsfähig sei. Nachdem auch der rheumatologische Gutachter in einer adaptierten Tätigkeit eine uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit festgestellt habe, könne diesbezüglich auf eine Konsensbesprechung aller Gutachter verzichtet werden. Die Änderung der bundesgerichtlichen Rechtsprechung sei berücksichtigt worden. Eine erhebliche und anhaltende Verschlimmerung des Gesundheitszustandes seit Erlass des Vorbescheids sei nicht ausgewiesen. Betreffend den Bericht von Dr. K.\_\_\_\_ sei festzuhalten, dass



diese im Vergleich zum psychiatrischen Teilgutachten eine andere Beurteilung eines sehr ähnlichen Sachverhalts vornehme (IV-act. 150).

### **B.**

**B.a.** Gegen diese Verfügung erhebt die Versicherte, vertreten durch Rechtsanwalt Roland Zahner, am 5. November 2018 Beschwerde. Es wird beantragt, die Verfügung vom 4. Oktober 2018 sei aufzuheben und der Beschwerdeführerin seien die ihr zustehenden Rentenleistungen auszurichten. Eventualiter sei ein gerichtliches Gutachten anzuordnen. Alles unter Kosten- und Entschädigungsfolge. Zur Begründung lässt die Beschwerdeführerin geltend machen, Dr. N.\_\_\_\_ verfüge nicht über die für die Beurteilung des medizinischen Sachverhalts notwendige Facharztausbildung, um die überzeugende Einschätzung von Dr. K.\_\_\_\_ in Zweifel zu ziehen. Zudem handle es sich bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit durch Dr. K.\_\_\_\_ um eine unterschiedliche Beurteilung im Vergleich zum psychiatrischen Teilgutachten vom 16. November 2016, da im Gutachtenszeitpunkt keine Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit bestanden und keine fachärztliche psychiatrische Behandlung stattgefunden habe. Weiter bestünden verschiedene Ungereimtheiten, die gegen die Verwertbarkeit des poly- und monodisziplinären Gutachtens sprächen (act. G 1).

**B.b.** Mit Beschwerdeantwort vom 6. Februar 2019 beantragt die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde. Ein (RAD-)Arzt sei unabhängig von seiner Fachrichtung grundsätzlich in der Lage, die Kohärenz eines Berichtes eines anderen Arztes zu beurteilen. Dr. N.\_\_\_\_ habe die Einschätzung des psychiatrischen Gutachters nicht entkräftet, sondern teile diese. Die Berichte von Dr. K.\_\_\_\_ würden keine Zweifel am Ergebnis des psychiatrischen Teilgutachtens auslösen, insbesondere werde keine Verschlechterung des Gesundheitszustandes seit der Begutachtung beschrieben. Im psychiatrischen Teilgutachten seien die vorgebrachten gesundheitlichen Leiden in genügender Weise in die Diagnosestellung und in die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit eingeflossen. Die eingeholten Gutachten hätten die Anforderungen an ein strukturiertes, indikatorengeleitetes Beweisverfahren erfüllt und die Vorakten seien angemessen gewürdigt worden (act. G 4).

**B.c.** Mit Replik vom 4. März 2019 hält die Beschwerdeführerin an ihren Anträgen fest. Der medizinische Sachverhalt bezüglich dem Verlauf der psychischen Gesundheit seit



der Begutachtung sei nicht genügend abgeklärt worden und die fachfremde Würdigung der Beurteilung von Dr. K.\_\_\_\_ durch Dr. N.\_\_\_\_ vermöge dem Untersuchungsgrundsatz nicht zu genügen. Zudem müsse es zur Aufhebung der Verfügung und Rückweisung an die Beschwerdegegnerin kommen, da im rheumatologischen Gutachten kein strukturiertes Beweisverfahren durchgeführt worden sei (act. G 6).

**B.d.** Die Beschwerdegegnerin verzichtet am 12. März 2019 auf die Einreichung einer Duplik (act. G 8).

### Erwägungen

#### 1.

**1.1.** Zwischen den Parteien umstritten und nachfolgend zu prüfen ist ein Rentenanspruch der Beschwerdeführerin.

**1.2.** Anspruch auf eine Rente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG; SR 831.20) Versicherte, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wiederherstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a), während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40% arbeitsunfähig gewesen sind (lit. b) und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40% invalid sind (lit. c). Gemäss Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) wird unter Invalidität die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit verstanden. Erwerbsunfähigkeit ist der durch die gesundheitliche Beeinträchtigung verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG).

**1.3.** Der Grad der für einen allfälligen Rentenanspruch massgebenden Invalidität wird gemäss Art. 16 ATSG durch einen Einkommensvergleich ermittelt, bei dem das Einkommen, das die versicherte Person nach dem Eintritt der Invalidität und nach der Durchführung der notwendigen und zumutbaren Eingliederungsmassnahmen bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (zumutbares Invalideneinkommen), in



Beziehung gesetzt wird zum Einkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Valideneinkommen). Nach Art. 28 Abs. 2 IVG besteht Anspruch auf eine ganze Invalidenrente, wenn die versicherte Person mindestens zu 70%, auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens zu 60%, auf eine halbe Rente, wenn sie mindestens zu 50%, und auf eine Viertelsrente, wenn sie mindestens zu 40% invalid ist.

**1.4.** 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 256 E. 4 mit Hinweisen). Ob einer versicherungsmedizinischen Expertise oder einem ärztlichen Bericht Beweiswert zukommt, stellt eine frei überprüfbare Rechtsfrage dar. Diese ist zu bejahen, wenn 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 sowie der medizinischen Situation einleuchtet und die Schlussfolgerungen der Experten begründet sind. Den von Versicherungsträgern im Verfahren nach Art. 44 ATSG eingeholten, den Anforderungen der Rechtsprechung entsprechenden Gutachten externer Spezialärzte (sogenannte Administrativgutachten) darf voller Beweiswert zuerkannt werden, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 125 V 351 E. 3a mit Hinweisen; Urteil des Bundesgerichts vom 20. August 2018, 9C\_86/2018, E. 5.1 mit Hinweisen).

**1.5.** Im Sozialversicherungsrecht gilt der Untersuchungsgrundsatz. Verwaltung und Sozialversicherungsgericht haben von sich aus für die richtige und vollständige Abklärung des rechtserheblichen Sachverhaltes zu sorgen (BGE 138 V 218 E. 6 mit Hinweisen). 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 nichts abweichendes vorsieht, nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu fällen. Die blosse Möglichkeit eines bestimmten Sachverhaltes genügt den Beweisanforderungen nicht.



Die Richterin und der Richter haben vielmehr jener Sachverhaltsdarstellung zu folgen, die sie von allen möglichen Geschehensabläufen als die wahrscheinlichste würdigen (BGE 126 V 353 E. 5b; BGE 125 V 193 E. 2, je mit Hinweisen).

## 2.

**2.1.** Zunächst ist zu prüfen, ob aufgrund der vorliegenden medizinischen Aktenlage der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin genügend abgeklärt wurde. Die Beschwerdegegnerin stützt sich für die Ablehnung des Rentenanspruchs im Wesentlichen auf das polydisziplinäre Gutachten der MGSG (IV-act.107) und das monodisziplinäre rheumatologische Gutachten von Dr. J.\_\_\_\_ des USZ (IV-act. 133). Die Beschwerdeführerin erachtet das poly- sowie das monodisziplinäre Gutachten als nicht beweistauglich, da erhebliche Zweifel an der Zuverlässigkeit und der Schlüssigkeit der gutachterlichen Feststellungen bestehen würden (act. G 1). Auf die einzelnen Kritikpunkte wird - soweit entscheidungswesentlich - konkret eingegangen.

**2.2.** Soweit die Beschwerdeführerin geltend macht, der medizinische Sachverhalt betreffend die Entwicklung des psychischen Gesundheitsschadens seit der psychiatrischen Begutachtung durch Dr. O.\_\_\_\_ sei nicht genügend abgeklärt worden, kann ihr nicht gefolgt werden.

**2.2.1.** Mit der Rüge, Dr. N.\_\_\_\_ verfüge nicht über einen hier zur Beurteilung des medizinischen Sachverhalts und Würdigung des Berichtes von Dr. K.\_\_\_\_ notwendigen Facharztstitel für Psychiatrie und Psychotherapie, verkennt die Beschwerdeführerin, dass Dr. N.\_\_\_\_ keinen Untersuchungsbericht im Sinne von Art. 49 Abs. 2 der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV, SR 831.201) erstellt hat, sondern einen internen Bericht. Die Funktion interner RAD-Berichte besteht darin, den medizinischen Sachverhalt aus medizinischer Sicht zusammenzufassen und zu würdigen, wozu namentlich auch gehört, bei widersprüchlichen medizinischen Akten eine Wertung vorzunehmen und zu beurteilen, ob auf die eine oder andere Ansicht abzustellen oder aber eine zusätzliche Untersuchung vorzunehmen sei (Urteil des Bundesgerichts vom 31. Oktober 2014, 9C\_406/2014, E. 3.5 mit Hinweisen). Eines spezifischen Facharztstitels bedurfte Dr. N.\_\_\_\_ deshalb vorliegend nicht, um den bestehenden medizinischen Sachverhalt zu würdigen (Urteil des Bundesgerichts vom 6. September 2017, 8C\_406/2017 E. 4.1 mit Hinweisen), umso mehr als in erster Linie die Frage zu beantworten war, ob sich aus dem Bericht von Dr. K.\_\_\_\_ eine seit der Begutachtung eingetretene Verschlechterung des Gesundheitszustands ergibt.



**2.2.2.** Was die von der Beschwerdeführerin angerufenen Berichte der behandelnden Ärztin Dr. K. \_\_\_ betrifft, ist darauf hinzuweisen, dass die psychiatrische Exploration von der Natur der Sache her nicht ermessensfrei erfolgen kann. Sie eröffnet dem begutachtenden Psychiater deshalb praktisch immer einen gewissen Spielraum, innerhalb dessen verschiedene medizinische-psychiatrische Interpretationen möglich, zulässig und zu respektieren sind, sofern der Experte lege artis vorgegangen ist (Urteil des Bundesgerichts vom 5. April 2019, 9C\_668/2018 E. 3.5 mit Hinweisen). Daher und unter Beachtung der Divergenz von medizinischem Behandlungs- und Abklärungsauftrag (BGE 124 I 170 E. 4) kann es nicht angehen, ein medizinisches Administrativ- oder Gerichtsgutachten stets dann in Frage zu stellen und zum Anlass weiterer Abklärungen zu nehmen, wenn die behandelnden Arztpersonen nachher zu unterschiedlichen Einschätzungen gelangen oder an vorgängig geäußerten abweichenden Auffassungen festhalten. Anders verhält es sich hingegen, wenn die behandelnden Arztpersonen objektiv feststellbare Gesichtspunkte vorbringen, welche im Rahmen der Begutachtung unerkannt geblieben und geeignet sind, zu einer abweichenden Beurteilung zu führen (Urteil des Bundesgerichts vom 21. Februar 2017; 9C\_338/2016, E. 5.5.; vom 3. März 2017, 9C\_793/2016 E. 4.1.2; je mit Hinweisen).

**2.2.3.** Dr. K. \_\_\_ zeigt in ihrer Stellungnahme vom 20. April 2018 zu Händen des Rechtsvertreters nicht auf, in welchem Punkt das psychiatrische Teilgutachten von Dr. O. \_\_\_ nicht plausibel erscheine, und setzt sich mit den darin enthaltenen Schlussfolgerungen nicht auseinander (vgl. IV-act. 141-1). Sowohl Dr. O. \_\_\_ als auch die behandelnde Dr. K. \_\_\_ sind Fachärzte Psychiatrie und Psychotherapie und stellen übereinstimmend eine Dysthymie (ICD-10: F34.1) fest. Dr. K. \_\_\_ diagnostizierte zusätzlich (vgl. IV-Arztbericht, IV-act. 148-3) eine "bekannte rezidivierende depressive Störung" (ICD-10: F33) und eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10: F45.4), während Dr. O. \_\_\_ das Vorliegen einer somatoformen Schmerzstörung verneinte (IV-act. 107-27). Er begründete seine Einschätzung damit, dass trotz Vorliegens von körperlichen Beschwerden sich keine anhaltenden schweren und quälenden Schmerzen erheben liessen, die in Zusammenhang mit emotionalen Konflikten oder psychosozialen Problemen stünden. Es könne jedoch eine psychogene Überlagerung der körperlichen Beschwerden in Zusammenhang mit der chronischen depressiven Verstimmung (Dysthymie) angenommen werden mit leichter Verdeutlichung und demonstrativen Hinweisen auf die körperlichen Beschwerden. Ferner verneinte er eine leichte oder mittelgradige rezidivierende depressive Störung, da der Schweregrad und die Dauer der einzelnen Episoden die Kriterien für eine solche Störung nicht erfüllen würden. Es lägen lediglich depressive Verstimmungen im Sinne



einer Dysthymie vor. Dr. K.\_\_\_\_ begründete weder die von ihr gestellte Diagnose noch das Vorliegen der Diagnosekriterien einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung. Auch schweigt sie sich über die Befunde aus, welche zur Diagnose der rezidivierenden depressiven Störung geführt hätten. Diesbezüglich bleibt anzumerken, dass die Dysthymie sich nach der im gebräuchlichen Klassifikationssystem ICD-10 enthaltenen Umschreibung als eine chronische depressive Verstimmung charakterisiert, die weder schwer, noch hinsichtlich einzelner Episoden anhaltend genug ist, um die Kriterien einer schweren, mittelgradigen oder leichten rezidivierenden depressiven Störung (ICD-10: F33) zu erfüllen. Dr. K.\_\_\_\_ führt auch nicht weiter aus, dass bzw. ob es sich bei den gestellten Diagnosen um die Konstellation einer sogenannten "Double Depression" (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 19. Januar 2016, 9C\_146/2015, E. 3.3) handeln sollte. Ferner begründete sie die attestierte Arbeitsunfähigkeit von 50% anhand der von ihr erhobenen (psychiatrischen) Befunde kaum. Sie wies lediglich darauf hin, dass eine psychomotorische Verlangsamung, eine geringe Belastbarkeit, Überforderungsgefühle und eine starke Beeinträchtigung durch die subjektiven Beschwerden sich einschränkend auf die berufliche Tätigkeit auswirken würden (vgl. IV-act. 148-4). Übereinstimmend halten Dr. O.\_\_\_\_ und Dr. K.\_\_\_\_ fest, dass die Beschwerdeführerin im Affekt leicht niedergeschlagen wirke, im Denken auf die körperlichen und psychischen Beschwerden sowie soziale Situation eingeengt sei und im Antrieb eher vermindert wirke. Beide Arztpersonen stellten fest, dass Aufmerksamkeit, Konzentration und Schlaf-Wachrhythmus unauffällig seien. Die behandelnde Ärztin Dr. K.\_\_\_\_ hat nach dem Gesagten keine objektiv feststellbaren Gesichtspunkte vorgebracht, welche im Rahmen der psychiatrischen Begutachtung unerkannt geblieben und geeignet wären, die überzeugende Einschätzung von Dr. O.\_\_\_\_ in Zweifel zu ziehen sowie zu einer abweichenden Beurteilung zu führen. Im Rahmen der Würdigung des Arztberichtes von Dr. K.\_\_\_\_ kam Dr. N.\_\_\_\_ zutreffend zum Ergebnis, dass daraus keine Hinweise für eine wesentliche Veränderung des Gesundheitszustandes im Nachgang zur psychiatrischen Begutachtung vom November 2016 zu entnehmen seien (vgl. IV-act. 143 und 149).

**2.2.4.** Betreffend die fachärztliche psychiatrische Behandlung berichtete Dr. K.\_\_\_\_, dass die Beschwerdeführerin seit Juli 2017 im Abstand von drei bis fünf Wochen jeweils in Begleitung eines Familienangehörigen (zur Übersetzung) bei ihr zu Einzeltherapie-Sitzungen erschienen sei. Gemäss dem IV-Arztbericht vom 10. September 2018 wünsche die Beschwerdeführerin keine weitere ambulante Behandlung mehr und möchte sich auf die somatischen Beschwerden und deren Behandlung konzentrieren. Bezüglich der Einnahme eines Antidepressivums machte



Dr. K.\_\_\_\_ keine Angaben, sondern verwies auf die Hausärztin (IV-act. 148-2 ff.). Die Beschwerdeführerin begab sich folglich erst im Nachgang der psychiatrischen Begutachtung in psychiatrische Behandlung und befand sich bereits im Verfügungszeitpunkt in keiner fachärztlich psychiatrischen Behandlung mehr, was gegen einen erheblichen Leidensdruck spricht. Mit dem RAD ist nach dem Gesagten darauf abzustellen, dass die vom Gutachten abweichende Einschätzung des Gesundheitszustandes und der Arbeitsfähigkeit durch Dr. K.\_\_\_\_ eine andere Beurteilung eines sehr ähnlichen Sachverhalts darstellt und an der gutachterlichen Einschätzung des psychischen Gesundheitszustands keine Zweifel hervorzubringen vermag.

**2.3.** Die Beschwerdeführerin kritisiert, es fehle dem rheumatologischen Gutachten an einer genügenden Auseinandersetzung mit den in den Vorakten enthaltenen Arbeitsfähigkeitsschätzungen. Dr. J.\_\_\_\_ hat den von der Beschwerdeführerin erwähnten Bericht des KSSG (IV-act. 121) und das rheumatologische Konsil von Dr. I.\_\_\_\_ (IV-act. 111) gewürdigt, diese zusammenfassend wiedergegeben und sich dazu im Rahmen der diagnostischen Beurteilung und Einschätzung der Arbeitsfähigkeit - wenn auch nur kurz - geäußert (vgl. IV-act. 133 und 142). Entgegen der Ansicht der Beschwerdeführerin begründeten die behandelnden Ärzte des KSSG die Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in leidensangepasster Tätigkeit nicht, sondern beschränkten sich auf die Aufstellung eines Zumutbarkeitsprofils. Diesbezüglich bleibt unklar, welche gesundheitlichen Leiden die Arbeitsfähigkeit quantitativ einschränken sollen. Die von Dr. J.\_\_\_\_ angegebene Erklärung zur Abweichung, wonach für die Ärzte des KSSG die fachfremde Diagnose einer chronischen Schmerzstörung im Vordergrund gestanden habe, diese in seiner Einschätzung aber nicht zu einer derart hohen Einschränkung führe, erscheint als hinreichend begründet und überzeugt im Ergebnis. Dies insbesondere vor dem Hintergrund, dass die behandelnden Ärzte im Rahmen der Psoriasisarthritis keine wesentlichen entzündlichen Aktivitäten feststellen konnten und die chronische Schmerzstörung als erste Diagnose aufführten (vgl. IV-act. 121-4). Betreffend das Konsil von Dr. I.\_\_\_\_ ist festzuhalten, dass dieser neben der Psoriasisarthritis auch die Enthesiopathien, eine Periarthropathia humeroscapularis und die ausgeprägten Knick-Senk-Spreizfüsse bei der Einschätzung der Arbeitsfähigkeit berücksichtigte (vgl. IV-act. 111-2). Diesbezüglich hielt Dr. J.\_\_\_\_ fest, dass die Diagnose einer Periarthropathia humeroscapularis aktuell so nicht mehr gestellt werden könne und die Knick-/Senk-/Spreizfüsse die Arbeitsfähigkeit nicht einschränken würden, da sie mit Einlagenanpassung therapierbar seien (IV-act. 133-16 f.). Auch die Ausführungen von Dr. J.\_\_\_\_ (vgl. IV-act. 142), dass die Arbeitsfähigkeit durch Dr. I.\_\_\_\_ entsprechend einem medizinischen Konsilium nicht weiter begründet worden sei,



überzeugt. Hierzu lässt sich dem Auftrag der IV-Stelle an Dr. I.\_\_\_\_ zum rheumatologischen Konsilium entnehmen, dass eine Einschätzung und Beurteilung der Diagnose Psoriasisarthritis, der dadurch bewirkten Einschränkungen und die Indizierung einer medizinischen Therapie angefragt wurde (vgl. Anmeldung vom 21. Februar 2017, IV-act. 109). Dr. I.\_\_\_\_ hielt auf entsprechende Nachfrage explizit fest, dass die Frage nach der Arbeitsfähigkeit in adaptierter Tätigkeit nicht Teil des Konsiliums gewesen sei (IV-act. 113). Nach dem Gesagten enthält das Gutachten von Dr. J.\_\_\_\_ überprüf- und nachvollziehbare Angaben, wie die erhebliche Differenz zu den Schlussfolgerungen in den Berichten des KSSG und von Dr. I.\_\_\_\_ zustande gekommen ist. Die Berücksichtigung der Vorakten und deren Würdigung durch Dr. J.\_\_\_\_ erscheint damit zureichend und vollständig.

**2.4.** Soweit gerügt wird, dass sich Dr. J.\_\_\_\_ widerspreche, indem er den Ärzten des KSSG die Abstützung der Arbeitsfähigkeit bei im Vordergrund stehenden fachfremden Diagnosen vorhält und sich selber zur Einschätzung der Arbeitsfähigkeit auf teilweise fachfremde Diagnosen abstütze, kann die Beschwerdeführerin nichts zu ihren Gunsten ableiten. Dr. J.\_\_\_\_ diagnostizierte als Verdachtsdiagnose eine sekundäre Fibromyalgie, begründete die Diagnosestellung jedoch nicht weiter. Er hielt lediglich fest, dass die ausgedehnte Schmerzschilderung inklusive der ausgebreiteten Lokalisation somatisch nur zu einem geringen Grad erklärbar sei, und beurteilt die Fibromyalgie jeweils mit dem chronischen panvertebralen Schmerzsyndrom zusammen. Aus der Arbeitsfähigkeitsschätzung geht hervor, dass er bei der Festlegung der Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit die Diagnosen Psoriasisarthritis und chronisches panvertebrales Schmerzsyndrom berücksichtigt und diesbezüglich eine 100%ige Arbeitsfähigkeit für leichte Tätigkeiten als gegeben erachtet (IV-act. 133-15 ff.). Rechtsprechungsgemäss lässt sich ein Schmerzleiden mit der rheumatologischen Diagnose der Fibromyalgie erfassen, die betreffenden Befunde können aber auch mit der psychiatrischen Kategorie der somatoformen Schmerzstörung abschliessend klassifiziert werden (BGE 141 V 281 E. 10.2 mit Hinweisen). Der von der Beschwerdeführerin zitierte Satz ("Unsere Einschätzung der Arbeitsfähigkeit gilt beziehungsweise auf die Aktenlage auch retrospektiv [...] und beinhaltet die Einschätzung sowohl bezüglich der Arthritis, der vertebraalen Schmerzen und der Fibromyalgie.") vermag an der Einschätzung von Dr. J.\_\_\_\_ keine Zweifel zu wecken, da er der Verdachtsdiagnose der Fibromyalgie nur untergeordnete Bedeutung beimisst. Die Ärzte des KSSG hingegen diagnostizierten eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren an erster Stelle, die Arthritis psoriatica an zweiter und eine sekundäres Fibromyalgiesyndrom an dritter Stelle. Zur Diagnose 2 hielten sie fest, es lägen aktuell keine wesentlichen entzündlichen Aktivitäten vor und



es bestehe eine gute medikamentöse Einstellung der Erkrankung (IV-act. 121-4). Rechtsprechungsgemäss ist eine chronische Schmerzstörung und deren Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit von einem Psychiater zu beurteilen (BGE 130 V 353 E. 2.2.2 mit Hinweisen). Aus dem Bericht des KSSG geht nicht hervor, dass die Beschwerdeführerin im Rahmen der multimodalen Schmerztherapie psychiatrisch abgeklärt worden wäre. Erwähnt werden einzig "vier stützende psychologische Gespräche" (vgl. IV-act. 121-2).

**2.5.** Weiter bemängelt die Beschwerdeführerin die stark unterschiedliche Einschätzung der Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit durch den Orthopäden Dr. P.\_\_\_\_ und den Rheumatologen Dr. J.\_\_\_\_. Aus dem orthopädischen Teilgutachten geht hervor, dass die Psoriasisarthritis von Dr. P.\_\_\_\_ weder diagnostiziert noch in der Einschätzung der Arbeitsfähigkeit berücksichtigt worden ist (IV-act. 107-7). Dr. J.\_\_\_\_ hingegen hielt im rheumatologischen Gutachten fest, dass die Arbeitsfähigkeit in der angestammten mittelschweren Tätigkeit als Verpackerin von Geflügelfleisch aufgrund des fluktuierenden Verlaufs der entzündlichen Systemerkrankung mit wiederkehrenden Schüben von Gelenkentzündungen aufgehoben sei (IV-act. 133-17). Diese Schlussfolgerung zur Aufhebung der Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit erscheint nachvollziehbar sowie schlüssig und wird von der Beschwerdeführerin auch nicht bestritten. Es kann somit auf die im rheumatologischen Teilgutachten festgehaltene Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit als Verpackerin abgestellt werden, weshalb sich weitere Ausführungen zur Kritik der Beschwerdeführerin erübrigen.

**2.6.** Die Beschwerdeführerin bemängelt ferner, es habe keine Konsensbesprechung zwischen allen beteiligten Gutachtern stattgefunden, welche infolge der aufgezeigten Widersprüche und Ungereimtheiten zwingend indiziert gewesen sei. Zweck von interdisziplinären Gutachten ist es, alle relevanten gesundheitlichen Beeinträchtigungen zu erfassen und die sich daraus je einzeln ergebenden Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit in ein Gesamtergebnis zu fassen (BGE 137 V 210 E. 1.2.4). Rechtsprechungsgemäss ist eine zusammenfassende Beurteilung auf der Grundlage einer Konsensdiskussion der einzelnen Gutachter oder unter Leitung einer fallführenden Arztperson zur Zusammenführung und Darlegung der Ergebnisse aus den einzelnen Fachrichtungen ideal, aber nicht zwingend (BGE 143 V 124 E. 2.2.4, Urteil des Bundesgerichts vom 15. Januar 2016, 9C\_889/2015, E. 2.2; je mit Hinweisen). Das Abstellen auf ein polydisziplinäres sowie monodisziplinäres Gutachten ist daher nicht bereits bundesrechtswidrig, weil - wie im konkreten Fall - keine abschliessende Konsensdiskussion zwischen allen Gutachtern stattgefunden hat. Unbestritten ist, dass



im polydisziplinären Gutachten der MGSG eine Konsensbesprechung stattgefunden hat. Aus dem orthopädischen, dem psychiatrischen, dem internistischen sowie dem rheumatologischen Teilgutachten geht jeweils hervor, dass die Beschwerdeführerin in adaptierten Tätigkeiten 100% arbeitsfähig sei (IV-act. 107-9, 107-31 und 133-17). Gestützt auf die beiden Gutachten und die Stellungnahmen des RAD vom 29. Januar 2018 und vom 31. März 2017 (IV-act. 134 und 116) lässt sich die rechtsrelevante Frage der Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit aus interdisziplinärer Sicht demnach beantworten. Es wird denn von der Beschwerdeführerin auch nicht weiter ausgeführt, inwiefern eine Konsensbesprechung zwischen allen Gutachtern eine Änderung der Einschätzung der Arbeitsfähigkeit in adaptierter Tätigkeit hätte bewirken können.

**2.7.** Sofern die Beschwerdeführerin geltend macht, Dr. J. \_\_\_ habe kein strukturiertes Beweisverfahren durchgeführt, weshalb das Gutachten von vornherein nicht verwertbar sei, erscheint ihr Verhalten widersprüchlich: Im Einwand vom 27. Juli 2017 betreffend die Ankündigung der rheumatologischen Begutachtung und den anwendbaren Fragenkatalog liess die Beschwerdeführerin vorbringen, der Fragenkatalog im Sinne des IV-Rundschreibens Nr. 339 sei nur auf syndromale Beschwerdebilder anwendbar und deshalb im vorliegenden Fall nicht zulässig (IV-act. 125-2). Im Rahmen der zweiten Anhörung vom 29. März 2018 machte sie demgegenüber geltend, Dr. J. \_\_\_ hätte sich nicht an den vorgegebenen Fragenkatalog gehalten, weshalb das rheumatologische Gutachten im Lichte von BGE 141 V 281 nicht verwertbar sei (vgl. IV-act. 137 und 145). Ausserdem übersieht die Beschwerdeführerin, dass sich Dr. O. \_\_\_ zu den Standardindikatoren gemäss BGE 141 V 281 geäussert hatte, womit der Beschwerdegegnerin und dem hiesigen Gericht eine Auseinandersetzung mit diesen Indikatoren und der Beurteilung dessen, ob die diagnostizierte Dysthymie und der Verdacht auf eine Fibromyalgie zu einer ganzen oder teilweisen Arbeitsunfähigkeit führen, möglich ist. Zur Kategorie "Gesundheitsschädigung" hielt Dr. O. \_\_\_ fest, dass trotz der körperlichen Beschwerden keine Hinweise für eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung bestehen würden, bei welcher die Schmerzen durch eine organische Störung nicht ausreichend erklärt werden könnten und die in Verbindung mit emotionalen Konflikten oder psychosozialen Problemen stehen würden. Der chronischen depressiven Verstimmung (Dysthymie) mass er keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit bei, da die leichte depressive Störung aufgrund von Schweregrad und Dauer der einzelnen Episoden gegenwärtig nicht die Kriterien für eine leichte oder mittelgradig rezidivierende depressive Störung erfüllen würde. Im Rahmen des "sozialen Kontextes" hätten sich psychosoziale Belastungen mit Arbeitslosigkeit und fehlendem Einkommen erheben lassen, welche negative funktionelle Folgen zeigen und sich ungünstig auf die Dysthymie auswirken würden, jedoch nicht als alleinige Ursache



in Betracht kämen. Im Komplex der "Persönlichkeit" bestehe keine Störung der Selbst- und Fremdwahrnehmung, Realitätsprüfung und Urteilsbildung. Die leichten Affekt- und Antriebsstörungen seien auf die depressive Störung zurückzuführen (IV-act. 107-26 f.). Beim Indikator "Konsistenz" konnte Dr. O.\_\_\_\_ keine gleichmässige Einschränkung des Aktivitätenniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen feststellen. Die Beschwerdeführerin gehe aktuell keiner beruflichen Tätigkeit nach und fühle sich auch nicht arbeitsfähig. Es hätten sich aber Aktivitäten im Tagesablauf erheben lassen, nämlich leichte Tätigkeiten im Haushalt (Aufräumen oder Wäsche machen, Einkaufen mit dem Ehemann zusammen, die Ordnung in der Wohnung kontrollieren), Spaziergänge, sie spiele teilweise mit dem einjährigen Enkelkind und verbringe Zeit mit der Familie. Bezugnehmend auf die bisherige Behandlung hält der Gutachter fest, dass die Beschwerdeführerin nach einer psychiatrischen Abklärung im Jahre 2013 in der Klinik C.\_\_\_\_ keine psychiatrische oder psychotherapeutische Behandlung in Anspruch genommen habe. Eine solche Behandlung in Kombination mit einer gering dosierten antidepressiven Medikation werde empfohlen. Diesbezüglich sei jedoch unklar, ob eine ausreichende Kooperation und Compliance bestehe. Eine krankheitsbedingte Unfähigkeit zur Therapieadhärenz liege jedoch nicht vor. Ferner hielt er fest, dass die Beschwerdeführerin nur ungenaue Angaben bezüglich der depressiven Verstimmung gemacht habe. Zudem hätten sich Hinweise für eine psychogene Überlagerung der körperlichen Beschwerden finden lassen (IV-act. 107-28 ff.). Bezüglich "Konsistenz" äusserte sich auch Dr. J.\_\_\_\_, dass die Beschwerdeführerin während der Begutachtung ohne Angabe von Beschwerden zwei Stunden in sitzender Stellung habe verweilen können, jedoch selber angegeben habe, nur ca. 30-60 Minuten sitzen zu können. Die ausgedehnte Schmerzschilderung inklusive der ausgebreiteten Lokalisation sei somatisch nur zu einem geringeren Grad erklärbar, zudem sei die Krankheitsbewältigungsstrategie deutlich passiv ausgerichtet. Die beklagten Einschränkungen im Alltag könnten nur zu einem geringeren Grad nachvollzogen werden (IV-act. 133-15 f.) Zum Indikator "Ressourcen" hielt Dr. O.\_\_\_\_ fest, dass die Beschwerdeführerin zumindest wenige Aktivitäten im Tagesablauf aufweise und leichte Tätigkeiten im Haushalt verrichte. Es würden sich gute familiäre Beziehungen und zumindest wenige soziale Kontakte erheben lassen. Trotz der Sprachbarriere wirke sie gut kommunikations- sowie kontaktfähig, ferner würden sich eine gewisse Motivation und Interessen erkennen lassen (IV-act. 107-29). Insgesamt erscheint es anhand der massgeblichen Standardindikatoren nachvollziehbar, dass die Beschwerdeführerin aufgrund der festgestellten Diagnosen (IV-act. 107-40 f. und 133-16) in einer adaptierten Tätigkeit nicht überwiegend wahrscheinlich in der Arbeitsfähigkeit eingeschränkt ist.



**2.8.** Zusammenfassend ist festzuhalten, dass dem polydisziplinären Gutachten der MGSG und dem rheumatologischen Gutachten von Dr. J.\_\_\_\_ genügend Beweiswert zukommt und sie die Qualitätskriterien für Gutachten erfüllen (vgl. E. 1.4 vorstehend). In einer Gesamtschau sind die Vorbringen der Beschwerdeführerin nicht geeignet, die überzeugende Beurteilung der MGSG-Gutachter und von Dr. J.\_\_\_\_ bezüglich einer adaptierten Tätigkeit in Zweifel zu ziehen und bezüglich der medizinisch-theoretischen Arbeitsfähigkeit von der Einschätzung der Gutachter abzuweichen. Mit dem RAD (Stellungnahmen vom 9. Februar 2017 und vom 29. Januar 2018, vgl. IV-act. 116, 134) ist daher auf die beiden Gutachten abzustellen und von einer 100%igen Arbeitsfähigkeit in adaptierter Tätigkeit (körperlich leichte Tätigkeit) auszugehen.

**2.9.** Hinsichtlich des von der Beschwerdegegnerin vorgenommenen Einkommensvergleichs (vgl. IV-act. 68 und 150-2) kann die genaue Bemessung der Vergleichseinkommen für die Ermittlung des Invaliditätsgrades offen bleiben. Selbst unter Vornahme einer allfälligen Parallelisierung bei einem leicht unterdurchschnittlichen Valideneinkommen und mit Berücksichtigung eines allfälligen Tabellenlohnabzugs (BGE 126 V 75) ergibt sich kein rentenbegründender Invaliditätsgrad. Damit ist die Abweisung des Rentenanspruches nicht zu beanstanden.

### **3.**

**3.1.** Nach dem Gesagten ist die Beschwerde abzuweisen.

**3.2.** 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. 1bis IVG). Eine Gerichtsgebühr von Fr. 600.-- erscheint in der vorliegend zu beurteilenden Angelegenheit als angemessen. Dem Ausgang des Verfahrens entsprechend ist sie vollumfänglich der Beschwerdeführerin aufzuerlegen. Der geleistete Kostenvorschuss von Fr. 600.-- ist ihr daran anzurechnen. 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. Der geleistete Kostenvorschuss wird angerechnet.