

SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2014/530 vom 4. Mai 2017

Sg Versicherungsgericht, 2017-05-04, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg_publicationen_IV_2014_530

FR: SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2014/530 du 4 mai 2017

IT: SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2014/530 del 4 maggio 2017

Regeste

Art. 28 IVG, Art. 16 ATSG, Art. 87 IVV, Art. 37 Abs. 4 ATSG. Neuanmeldung zum Bezug von IV-Leistungen. Würdigung eines polydisziplinären Gutachtens unter Berücksichtigung der neuen bundesgerichtlichen Praxis betreffend somatoforme Schmerzstörung und vergleichbare psychosomatische Leiden (BGE 141 V 281). Kein rentenrelevanter Minderverdienst ausgewiesen (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 4. Mai 2017, IV 2014/530).

Erwägungen

E. 1

1.1 Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, [ATSG, SR 830.1]). Sie kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung [IVG, SR 831.20]). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden 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 Anspruch auf eine Rente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG Versicherte, die a. ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können; b. während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40% arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind; und c. nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40% invalid (Art. 8 ATSG) sind. Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40% besteht Anspruch auf eine Viertelsrente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50% auf eine halbe Rente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 60% auf eine Dreiviertelsrente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 70% auf eine ganze Rente (Art. 28 Abs. 2 IVG). 1.3 Beeinträchtigungen der psychischen Gesundheit können in gleicher Weise wie körperliche Gesundheitsschäden eine Invalidität im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG in Verbindung mit Art. 8 ATSG bewirken. Nicht als Folgen eines psychischen Gesundheitsschadens und damit invalidenversicherungsrechtlich nicht als relevant gelten Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit, welche die versicherte Person bei Aufbietung allen guten Willens, die verbleibende Leistungsfähigkeit zu verwerten, abwenden könnte; das Mass des Forderbaren wird dabei weitgehend objektiv bestimmt.

Festzustellen ist, ob und in welchem Umfang die Ausübung einer Erwerbstätigkeit auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt mit der psychischen Beeinträchtigung vereinbar ist. Ein psychischer Gesundheitsschaden führt also nur soweit zu einer Erwerbsunfähigkeit (Art. 7 ATSG), als angenommen werden kann, die Verwertung der Arbeitsfähigkeit (Art. 6 ATSG) sei der versicherten Person sozial-praktisch nicht mehr zumutbar (BGE 131 V 49 E. 1.2 mit Hinweisen).

E. 2

2.1 Wurde eine Rente wegen eines zu geringen Invaliditätsgrades verweigert, so wird nach Art. 87 Abs. 3 der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV, SR 831.201) eine neue Anmeldung nur geprüft, wenn die Voraussetzungen gemäss Abs. 2 dieser Bestimmung erfüllt sind. Danach ist im Revisionsgesuch glaubhaft zu machen, dass sich der Grad der Invalidität der versicherten Person in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert hat. Tritt die Verwaltung auf die Neuanschuldung ein, so hat sie die Sache materiell abzuklären und sich zu vergewissern, ob die von der versicherten Person glaubhaft gemachte Veränderung des Invaliditätsgrades auch tatsächlich eingetreten ist; sie hat demnach in analoger Weise wie bei einem Revisionsfall nach Art. 17 Abs. 1 ATSG vorzugehen (BGE 117 V 198 E. 3a, 133 V 108 E. 5.2). Stellt sie fest, dass der Invaliditätsgrad seit Erlass der früheren rechtskräftigen Verfügung keine Veränderung erfahren hat, so weist sie das neue Gesuch ab. Andernfalls hat sie zunächst noch zu prüfen, ob die festgestellte Veränderung genügt, um nunmehr eine anspruchsbegründende Invalidität zu bejahen, und hernach zu beschliessen. Im Beschwerdefall obliegt die gleiche materielle Prüfungspflicht auch dem Gericht (BGE 117 V 198 E. 3a, 109 V 108 E. 2b). 2.2 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 256 E. 4). Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können. Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Berichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen in der Expertise begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a).

E. 3

3.1 In der angefochtenen Verfügung vom 28. Oktober 2014 (IV-act. 89) legte die Beschwerdegegnerin dar, die Beschwerdeführerin sei in ihrer angestammten Tätigkeit eingeschränkt. Da ihr jedoch rückenadaptierte Tätigkeiten vollumfänglich zumutbar seien, resultiere keine Erwerbseinbusse. Dementsprechend betrage der Invaliditätsgrad 0%, womit kein Leistungsanspruch bestehe (act. G 5). Demgegenüber machte die Beschwerdeführerin geltend (act. G 1, G 9), das ZMB-Gutachten vom 18. Juli 2014 (IV-act. 79 S. 2 ff.) sei nicht beweiskräftig. Gestützt auf die Einschätzungen der behandelnden Ärzte (Dr. C.____, Arztbericht vom 5 September 2014, IV-act. 86 S. 4, und Dr. G.____, Arztbericht vom 14. November 2014 und 14. Januar 2015, act. G 1.2, G 9.1) bestehe eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit. So habe sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin seit 2003

erheblich verschlechtert, insbesondere sei nebst den bekannten körperlichen Leiden eine invalidisierende psychische Erkrankung hinzugekommen, womit der Leistungsanspruch begründet sei. Als Eventualantrag verlangt die Beschwerdeführerin die Rückweisung, um ein Gutachten bzw. ein Obergutachten (Psychiatrie, Orthopädie evtl. Rheumatologie) einzuholen. 3.2 Die Beschwerdegegnerin ist, nachdem sie zuerst die Nichteintretensverfügung vom 16. Januar 2014 erliess (IV-act. 54), diese aber am 24. Februar 2014 wiederrief (IV-act. 68) und das Verfahren (IV 2014/89) vom Versicherungsgericht am 4. März 2014 abgeschrieben wurde (IV-act. 72), auf die Neuanmeldung der Beschwerdeführerin eingetreten und hat den Leistungsanspruch materiell geprüft. 3.3 Strittig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin zu Recht eine anspruchrelevante Veränderung des Gesundheitszustandes der Beschwerdeführerin verneint hat, bzw. ob nun eine rentenbegründende Einschränkung vorliegt.

E. 4

4.1 Die ursprüngliche rentenabweisende Verfügung vom 10. Januar 2003 (IV-act. 33) beruhte im Wesentlichen auf den Erkenntnissen aus der kernspintomographischen Untersuchung vom 7. Mai 2002 (IV-act. 24 S. 5 f.), den Arztberichten von Dr. B.____ vom 7. Mai 2001, 18. März und 14. August 2002 (IV-act. 4 und 24 S. 1 - 3, 8 f.) sowie aus dem Haushaltsabklärungsbericht vom 19. August 2002 (IV-act. 25). Die der ursprünglichen Verfügung zu Grunde liegende invaliditätsbedingte Einschränkung betrug in der Erwerbstätigkeit 30% (mit einem Anteil von 67%) und im Haushalt 29% (mit einem Anteil von 33%). Der resultierende Invaliditätsgrad betrug 30%. 4.2 Seit der letztmaligen materiellen Prüfung sind diverse medizinische Berichte von der Beschwerdeführerin auf Aufforderung hin eingereicht worden (vgl. IV-act. 50). Zu den eingereichten Arztberichten ist festzustellen, dass diese keine Auskunft über die aktuelle gesundheitliche Situation geben, stammen doch alle Berichte aus dem Zeitraum April 2003 bis April 2010. Die Berichte dokumentieren insbesondere die fortgesetzte Behandlungsbedürftigkeit der bereits bei Erlass der rentenabweisenden Verfügung im Jahr 2003 existierenden gesundheitlichen Beeinträchtigungen. Hinsichtlich psychischer Leiden ist festzustellen, dass, obwohl die Ärzte wiederholt von psychischen Leiden wie einer chronisch depressiven Verstimmung ausgingen (IV-act. 50 S. 3, 10 f., 22 - 26, 29), die Beschwerdeführerin es nicht als erforderlich erachtete, sich in eine (stationäre) psychotherapeutische Behandlung zu begeben (vgl. IV-act. 50 S. 25 f.). 4.3 Nach der Neuanmeldung wurden folgende ärztliche Berichte und Stellungnahmen erstellt: das polydisziplinäre ZMB-Gutachten vom 18. Juli 2014 (IV-act. 79 S. 2 ff.), die Stellungnahmen des RAD vom 23. Dezember 2013, 31. Juli und 8. August 2014 (IV-act. 52, 80, 81) sowie die Arztberichte von Dr. med. H.____ vom 5. März 2014 (act. G 9.2), von Dr. C.____ vom 10. Februar und 5. September 2014 (IV-act. 61 S. 1, 86) und von Dr. G.____ vom 14. November 2014 und 15. Januar 2015 (act. G 1.2, G 9.1). Von den genannten Berichten gibt wie nachfolgend aufgezeigt das polydisziplinäre ZMB-Gutachten vom 18. Juli 2014 mit den Teildisziplinen Allgemeine/Innere Medizin, Orthopädie und Psychiatrie am umfassendsten Auskunft über die gesundheitliche Situation der Beschwerdeführerin. 4.3.1 Bei der allgemeinmedizinischen und internistischen Untersuchung durch ZMB-Gutachter Dr. D.____ schilderte die Beschwerdeführerin folgende Leiden: einen konstanten Schmerz in der HWS, der in den Hinterkopf ausstrahle, eine eingeschränkte Beweglichkeit der HWS, einen permanenten lumbalen Schmerz, der über das Gesäss dorsal ins linke Bein ausstrahle und einen Schmerz, der sich von der rechten Hand bis in die Schulter erstrecke. Zudem seien die Kraft und das Gefühl in beiden Händen vermindert, rechts ausgeprägter als links. Zwei- bis dreimal pro Woche trete ein

rechtseitiger Kopfschmerz auf, der mit Übelkeit, Lärm- und Lichtempfindlichkeit verbunden sei (IV-act. 79 S. 21 - 23). Der Gutachter folgerte, dass im internistischen Bereich die Klagen über Oberbauchschmerzen und Refluxbeschwerden im Vordergrund stünden. Er diagnostizierte eine Refluxkrankheit bei kleiner Hiatushernie, eine überaktive Blase mit imperativem Harndrang, Pollakisurie, eine motorische Urge-Inkontinenz, Adipositas (BMI 31.4), chronischer Nikotinabusus (ca. 50 py), Psoriasis vulgaris und anamnestisch Migräne. Er erklärte, dass aus internistischer Sicht kein invalidisierendes Leiden vorliege. Als medizinische Massnahmen empfahl er einen Stopp des Nikotinabusus, eine Gewichtsreduktion, eine nochmalige gynäkologische/urologische Beurteilung der Blasenproblematik und eine Überprüfung der Blutdrucksituation (IV-act. 79 S. 22 f.).

4.3.2 Bei der orthopädischen Untersuchung durch ZMB-Gutachter Dr. E.____ erklärte die Beschwerdeführerin, dass ihr ganzer Körper schmerze. Im Vordergrund stünden die Beschwerden von Seiten Nacken und LWS (IV-act. 79 S. 24). Der Gutachter bemerkte zu den Beschwerdeschilderungen, dass diese demonstrativ erfolgt seien und es eine erhebliche Verdeutlichungstendenz gebe (IV-act. 79 S. 25). Der Gutachter stellte aus orthopädischer Sicht insbesondere folgende Diagnosen: chronisches Lumbovertebralsyndrom, chronische Cervikobrachialgie rechts und beginnende Gonarthrose rechts. In Berücksichtigung der (Schmerz-) Problematiken am Rücken, am Nacken und an den Knien ging der Gutachter davon aus, dass die Beschwerdeführerin in einer rückenadaptierten Tätigkeit ohne repetitives Heben von Lasten über 10 kg, ohne Tätigkeiten in Zwangspositionen und ohne repetitive Tätigkeit über Augenhöhe ganztags vollschichtig arbeitsfähig sei (IV-act. 79 S. 26 f.).

4.3.3 Bei der psychiatrischen Untersuchung durch ZMB-Gutachter Prof. Dr. F.____ gab die Beschwerdeführerin u.a. an, dass sie labiler geworden sei. Psychische Erkrankungen habe sie nie gehabt. Sie liebe das Leben. Vor etwa zehn Jahren habe sie längere depressive Verstimmungen gehabt, jetzt jedoch nicht mehr, denn es sei ihr gelungen, ihre Situation zu akzeptieren. Sie schlafe mittags eine und nachts etwa drei Stunden, sei jedoch morgens erholt. Mitunter habe sie ein Ohrgeräusch. Seit der Rückenoperation habe sie Schmerzen (Dyspareunie). Sie behelfe sich mit Cremes. Insgesamt sei sie erschöpfbarer und langsamer geworden. Ihre sozialen Beziehungen habe sie erhalten können (IV-act. 79 S. 28). Der Gutachter erlebte die Beschwerdeführerin als wach, orientiert und bewusstseinsklar. Die orientierende Prüfung von allgemeinem Wissen und Abstraktionsfähigkeit waren regelrecht. Während des Gesprächs habe sie lebendig berichtet, sei freundlich gewesen, habe gelacht (aber auch geweint) und einen warmherzigen Eindruck vermittelt. Störungen des Denkens lägen sowohl inhaltlich als auch formal nicht vor. Bis auf ein Ohrgeräusch bestünden keine Wahrnehmungsstörungen. Es gebe keine gravierende psychiatrische Komorbidität, keinen wesentlichen sozialen Rückzug und keine Suizidalität. Der Facharzt diagnostizierte denn auch einzig eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10: F45.5). Im Weiteren wies der Gutachter darauf hin, dass die Beschwerdeführerin trotz eingehender Besprechung keinen Zusammenhang zwischen den Schmerzen und der psychischen Befindlichkeit erkennen könne. Zudem hielt er fest, dass die Beschwerdeführerin weder eine Psychotherapie bekommen noch ein Entspannungsverfahren erlernt habe. Wegen der inzwischen eingetretenen Chronifizierung sei eine Prognose schwierig (IV-act. 79 S. 29 f.).

4.3.4 In Rahmen eines interdisziplinären Konsensus erhoben die ZMB-Gutachter folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit: chronisches Lumbovertebralsyndrom, Status nach Operation Diskushernie L5/S1 links, 1996, und kleine Rezidivhernie L5/S1 mit Retroglissement L5/S1. Hinsichtlich der weiteren erhobenen Diagnosen, u.a. chronische

Cervikobrachialgie rechts, beginnende Gonarthrose rechts, Refluxkrankheit bei kleiner Hiatushernie, anamnestisch Migräne sowie anhaltende somatoforme Schmerzstörung, gingen die Gutachter davon aus, dass diese keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit hätten. Die psychische Verfassung habe im Sinne einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung einen wesentlichen Anteil am Leiden. Hinsichtlich der Arbeitsfähigkeit erachteten die Gutachter die Beschwerdeführerin als nicht mehr arbeitsfähig in der angestammten Tätigkeit als Putzfrau. In einer dem Rückenleiden adaptierten Tätigkeit gingen sie dagegen von einer ganztägigen vollschichtigen Arbeitsfähigkeit ab dem Jahr 2005 aus (IV-act. 79 S. 33 - 35).

4.3.5 Zum Einwand des Rechtsvertreters der Beschwerdeführerin, dass das ZMB-Gutachten nicht beweiskräftig sei, da sich die Beschwerdeführerin nicht getraut habe, über ihre psychischen Leiden ausführlich zu berichten (vgl. act. G 1 S. 5 f.), ist festzuhalten, dass die vorgebrachte Argumentation nicht zu überzeugen vermag, da der Beschwerdeführerin die Wichtigkeit der gutachterlichen Untersuchung - und dabei insbesondere die Geltendmachung ihrer psychischen Beschwerden - bewusst gewesen sein muss, forderte doch ihr Rechtsvertreter gestützt auf das Schreiben des Hausarztes Dr. C.____ vom 10. Februar 2014 (IV-act. 61 S. 1) die Einholung des psychiatrischen Gutachtens bzw. die polydisziplinäre Begutachtung (vgl. IV-act. 62 S. 11). So wäre zumindest zu erwarten gewesen, dass sie dem psychiatrischen Gutachter bei der Untersuchung mitgeteilt hätte, dass sie nicht fähig sei, sich frei zu äussern. Der geltend gemachte Einwand steht zudem im Gegensatz zu den Wahrnehmungen der Gutachter. So stellte Dr. D.____ ein grosses Mitteilungsbedürfnis seitens der Beschwerdeführerin fest (IV-act. 79 S. 21). Dr. E.____ wies auf die demonstrative Beschwerdeschilderung und eine erhebliche Verdeutlichungstendenz hin (IV-act. 79 S. 25). Prof. Dr. F.____ erlebte die Beschwerdeführerin während des Gesprächs als lebendig, zum Teil etwas weitschweifig (IV-act. 79 S. 29). Hinzu kommt, dass die Beschwerdeführerin in der Untersuchung angab, die etwa 10 Jahren zuvor aufgetretenen depressiven Verstimmungen überwunden zu haben (IV-act. 79 S. 28). Die Beschwerdeführerin begab sich zudem erst rund vier Monate nach der Begutachtung in psychiatrische Behandlung - notabene zu einem Zeitpunkt, als sich aufgrund des zweiten Vorbescheids klar abzeichnete, dass das Rentengesuch (erneut) abgelehnt wird -, was nahelegt, dass der Leidensdruck zuvor nicht erheblich gewesen sein dürfte (vgl. dazu auch nachfolgende Erwägung 4.4.2).

4.3.6 Entgegen der Auffassung der Beschwerdeführerin vermag mit Blick auf das zuvor gesagte das ZMB-Gutachten 18. Juli 2014 zu überzeugen. Es beantwortet die gestellten Fragen umfassend, berücksichtigt die von der Beschwerdeführerin geklagten Beeinträchtigungen, wurde in Kenntnis und in Auseinandersetzung mit den relevanten Vorakten erstellt und ist in der Darlegung der medizinischen Zustände und Zusammenhänge einleuchtend. Ebenso wurden die gezogenen Schlussfolgerungen in nachvollziehbarer Weise hergeleitet. Das Gutachten wird damit den von der Rechtsprechung entwickelten Anforderungen an eine beweiskräftige medizinische Stellungnahme (vgl. Erwägung 2.3) gerecht. Ihm ist daher volle Beweiskraft zuzuerkennen.

E. 4.4

4.4.1 Im Hinblick auf die Frage, ob eine relevante Verschlechterung im massgeblichen Zeitraum ausgewiesen ist, ist festzustellen, dass die Parteien unbestrittenermassen von einem unveränderten gesundheitlichen Zustand der Beschwerdeführerin in somatischer Hinsicht ausgehen bzw. die gutachterliche somatische Arbeitsfähigkeitsschätzung nicht fundiert bestritten wird. Folglich sind der Beschwerdeführerin die bisherigen Tätigkeiten als Reinigungs- und als Gastronomieangestellte nicht mehr zumutbar, während eine angepasste

körperlich leichte Tätigkeit noch immer uneingeschränkt möglich ist (Anforderungsprofil: vgl. IV-act. 79 S. 31). 4.4.2 Was den Gesundheitszustand aus psychiatrischer Sicht betrifft, ist festzustellen, dass die Ärzte bereits beim Erlass der ersten rentenabweisenden Verfügung vom 10. Januar 2003 (IV-act. 33) - wenn auch im untergeordneten Rahmen - vom Vorliegen eines psychischen Leidens ausgingen bzw. einen entsprechenden Verdacht kundtaten. So äusserte der Hausarzt Dr. B.____ im Jahr 2002 den Verdacht auf das Vorliegen einer psychischen Erkrankung (vgl. IV-act. 24 S. 1: "Chron. depressive Verstimmung (?)"). Hinweise auf ein psychisches Leiden finden sich auch im Abklärungsbericht Haushalt vom 19. August 2002 (IV-act. 25 S. 1). Aus den bei der Neuanmeldung eingereichten Arztberichten (vgl. IV-act. 50) ist ersichtlich, dass die Beschwerdeführerin in den vergangenen Jahren an depressiven Verstimmungen litt. So erklärte Dr. med. I.____, Facharzt für Neurochirurgie FMH, im Arztbericht vom 11. Juni 2003, dass die Beschwerdeführerin nebst den klinischen Befunden auch psychogene Komponenten begleiten würden (IV-act. 50 S. 2). Dr. med. J.____ und Dr. med. K.____, Frauenklinik Kantonsspital St. Gallen, stellten im Arztbericht 23. April 2006 die Nebendiagnose depressive Verstimmung (IV-act. 50 S. 18). Weitere Indizien für eine vorhandene psychische Problematik finden sich in den Arztberichten von Dr. C.____ vom 20. Januar und 3. November 2006 (IV-act. 50 S. 22 f.). Dr. H.____ nannte im Arztbericht vom 21. November 2006 als Diagnose u.a. eine chronisch depressive Verstimmung (IV-act. 50 S. 24). Im Arztbericht vom 9. Juni 2009 wies der Arzt auf eine psychosoziale Überlagerung hin (IV-act. 50 S. 29). Im Arztbericht vom 10. Februar 2014 erklärte Dr. C.____, dass die psychische Verfassung einen wesentlichen Anteil am Leiden der Beschwerdeführerin habe (IV-act. 61 S. 1). Gemäss Aktenlage nahmen die psychischen Leiden über all die Jahre jedoch nicht ein Ausmass an, welches einer psychiatrischen bzw. psychotherapeutischen Behandlung bedurft hätte, bzw. die Beschwerdeführerin erachtete eine entsprechende Behandlung als nicht erforderlich (vgl. IV-act. 50 S. 25 f.). Auch machte die Beschwerdeführerin bei ihrer Neuanmeldung weder psychische Leiden geltend noch reichte sie, als sie aufgefordert wurde, ärztliche Belege hinsichtlich der Verschlechterung des Gesundheitszustandes beizubringen, psychiatrische Arztberichte ein. Daher vermag die Argumentation des Rechtsvertreters der Beschwerdeführerin, dass diese bereits während der psychiatrischen Begutachtung unter einer relevanten, die Arbeitsfähigkeit einschränkenden psychischen Erkrankung gelitten haben soll, nicht zu überzeugen und kann jedenfalls nicht als bewiesen gelten. Diese Einschätzung wird auch dadurch gestützt, dass sich die Beschwerdeführerin am 20. Oktober 2014 erstmals in psychiatrische Behandlung begab (vgl. act. G 1.2). Wie bereits in Erwägung 4.3.5 dargelegt, zeichnete sich aufgrund des (zweiten) Vorbescheids ab, dass das Rentengesuch - auch als Folge der bisher fehlenden psychischen Behandlungsbedürftigkeit - (erneut) abgelehnt würde und andererseits akzentuierte sich die psychisch (und wohl auch finanziell) belastende Situation durch den Stellenverlust des Ehemanns, drohten doch die Arbeitslosentaggelder von rund Fr. 5'000.- pro Monat wegzufallen (vgl. IV-act. 79 S. 16, 28). Der im Verfahren zum Beweis der psychischen Behandlungsbedürftigkeit eingereichte Arztbericht der Fachärztin Dr. G.____ vom 14. November 2014 (act. G 1.2) wurde nicht nur nach der gewährten Fristerstreckung für die ergänzende Einwandbegründung erstellt (Frist bis 26. Oktober 2014; IV-act. 87), sondern auch nach der rentenabweisenden Verfügung vom 28. Oktober 2014 (IV-act. 89). Zum Arztbericht von Dr. G.____ ist festzustellen, dass die Fachärztin ohne eine umfassende Befunderhebung (zumindest fehlen entsprechende Ausführungen im Arztbericht) und insbesondere basierend auf ihrer Erfahrung mit Personen mit Migrationshintergrund die

Diagnosen rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen und Suizidgedanken (ICD-10: F33.3), sowie eine andauernde Persönlichkeitsänderung nach langjähriger Extrem- und Doppelbelastung und bei chronischem Schmerzsyndrom (ICD-10: F62.8) stellte. Daraus abgeleitet ging sie von einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit im freien Wirtschaftsmarkt aus, wobei die gestellten Diagnosen und die Arbeitsfähigkeitseinschätzung bereits für die Zeit vor Behandlungsbeginn Gültigkeit hätten. Im Arztbericht vom 14. Januar 2015 weist die Fachärztin darauf hin, dass keine Aggravation seitens der Beschwerdeführerin vorliege (act. G 9.1). In Würdigung der Arztberichte und dabei insbesondere der (bisher) fehlenden Behandlungsbedürftigkeit kann der Einschätzung der Fachärztin, dass bereits vor Erlass der rentenabweisenden Verfügung vom 28. Oktober 2014 eine relevante psychische Erkrankung vorhanden gewesen sein soll, nicht gefolgt werden, denn es ist höchst unwahrscheinlich, dass eine derart schwerwiegende psychische Erkrankung wenige Monate zuvor in der psychiatrischen Begutachtung im Juni 2014 unentdeckt geblieben wäre, zumal der psychiatrische Gutachter Kenntnis von den Arztberichten hatte, in denen die psychische Situation der Beschwerdeführerin (depressive Verstimmungen) thematisiert wurden (vgl. IV-act. 79 S. 4 -13). Es ist daher mit dem Grad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin zwar (weiterhin) unter depressiven Verstimmungszuständen, jedoch nicht an einem die Arbeitsfähigkeit einschränkenden psychischen Leiden litt.

E. 5

5.1 Zusammenfassend ist festzuhalten, dass eine relevante Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in einer adaptierten Tätigkeit bzw. eine relevante Verschlechterung des Gesundheitszustands der Beschwerdeführerin und damit der Arbeitsfähigkeit seit der ersten rentenabweisenden Verfügung vom 10. Januar 2003 zu verneinen ist. Selbst wenn mit Blick auf die Diagnose anhaltende somatoforme Schmerzstörung (IV-act. 79 S. 33) von einer Veränderung des Gesundheitszustandes auszugehen wäre, fehlte es an einer Einschränkung der Leistungsfähigkeit und damit an einer rentenbegründenden Veränderung wie nachfolgend zu zeigen ist. 5.2 Mit BGE 141 V 281 hat das Bundesgericht seine bisherige Rechtsprechung zur Invaliditätsbemessung bei Schmerzstörungen ohne erkennbare organische Ursache und vergleichbaren psychosomatischen Leiden (BGE 130 V 352 und anschliessende Urteile) angepasst und festgehalten, dass die Invaliditätsbemessung stärker als bisher den Aspekt der funktionellen Auswirkungen zu berücksichtigen hat, was sich schon in den diagnostischen Anforderungen niederschlagen muss. Das bisherige Regel/Ausnahme-Modell wird durch ein strukturiertes Beweisverfahren ersetzt. An der Rechtsprechung zu Art. 7 Abs. 2 ATSG - ausschliessliche Berücksichtigung der Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung und objektivierte Zumutbarkeitsprüfung bei materieller Beweislast der rentenansprechenden Person - ändert sich dadurch nichts. An die Stelle des bisherigen Kriterienkatalogs treten im Regelfall beachtliche Standardindikatoren. Diese lassen sich in die Kategorien Schweregrad und Konsistenz der funktionellen Auswirkungen einteilen. Die in E. 4 und 5 formulierten Beweisthemen und Vorgehensweisen für die Invaliditätsbemessung bei psychosomatischen Leiden konkretisieren die gesetzgeberischen Anordnungen nach Art. 7 Abs. 2 ATSG. So ist die Anerkennung eines rentenbegründenden Invaliditätsgrades nur zulässig, wenn die funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten gesundheitlichen Anspruchsgrundlage im Einzelfall anhand der Standardindikatoren schlüssig und widerspruchsfrei mit (zumindest) überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sind. Fehlt es daran, hat die Folgen der Beweislosigkeit

nach wie vor die materiell beweisbelastete versicherte Person zu tragen (E. 6). 5.3 Ob vorliegend in psychiatrischer Hinsicht ausschliesslich von einer Schmerzstörung oder einem vergleichbaren psychosomatischen Leiden im Sinn eines "unklaren Beschwerdebildes" auszugehen ist, dessen Rentenrelevanz sich nach BGE 141 V 281 beurteilt, entscheidet sich danach, ob eine depressive Episode (bzw. eine "depressive Verstimmung") lediglich als Begleiterscheinung der Schmerzfehlerwicklung oder als selbständiges, davon losgelöstes Leiden anzusehen ist (Urteil des Bundesgerichts vom 29. Juni 2015, 9C_173/2015, E. 4.2.2). Der psychiatrische Gutachter des ZMB nannte als Befunde eine vermehrte Erschöpfbarkeit, eine affektive Labilität, Ein- und Durchschlafstörungen, reduzierter Appetit und Störungen der Sexualität. Obwohl die Versicherte den Zusammenhang zur psychischen Befindlichkeit nicht zu sehen vermöge, ergebe sich dieser jedoch bereits aus der Anamnese. Die somatische Beschwerdesymptomatik mit Kopf- und Rückenschmerzen, bis in die Beine ausstrahlend, stehe im Vordergrund (IV-act. 79 S. 29). Aus der Krankengeschichte der Beschwerdeführerin wird denn auch ersichtlich, dass sich aus ihren somatischen Leiden eine Schmerzverstärkung entwickelt und diese wiederum zu konsekutiven depressiven Symptomen in der Form von depressiven Verstimmungen geführt hat. Dass dies nicht einer verselbständigten psychischen Beeinträchtigung entspricht, zeigen die ärztlichen Diagnosen seit der ersten IV-Anmeldung (vgl. Erwägung 4.4.2). In der Tat deutet die Entwicklung einer depressiven Erkrankung erst im Verlauf und nach dem Auftreten einer Schmerzerkrankung nicht auf eine eigenständige Erkrankung, sondern auf eine "blosse" Begleiterscheinung hin (vgl. z.B. Urteil des Bundesgerichts vom 19. Januar 2015, 8C_689/2014, E. 3.4). Vor diesem Hintergrund und unter Berücksichtigung der gutachterlichen Feststellungen sind die depressiven Verstimmungen lediglich als Begleiterscheinung zu werten. 5.4 Bei der ergebnisoffenen Beurteilung des funktionellen Leistungsvermögens spricht das Bundesgericht von Indikatoren, einem Begriff, der massgebliche Beweisthemen bezeichnet, anhand welcher ein bestimmter Sachverhalt ermittelt wird (BGE 141 V 281 E. 4.1.1 f.). Die im Regelfall beachtlichen Standardindikatoren, welche nach gemeinsamen Eigenschaften systematisiert werden können, umschreibt das Bundesgericht in BGE 141 V 281 wie folgt: 1. Kategorie „funktioneller Schweregrad“ (E. 4.3) - Komplex „Gesundheitsschädigung“ (E. 4.3.1) - Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde (E. 4.3.1.1) - Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz (E. 4.3.1.2) - Komorbiditäten (E. 4.3.1.3) - Komplex „Persönlichkeit“ (Persönlichkeitsdiagnostik, persönliche Ressourcen; E. 4.3.2) - Komplex „Sozialer Kontext“ (E. 4.3.3) 2. Kategorie „Konsistenz“ (Gesichtspunkte des Verhaltens; E. 4.4) - gleichmässige Einschränkung des Aktivitätenniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen (E. 4.4.1) - behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesener Leidensdruck (E. 4.4.2) 5.5 In intertemporalrechtlicher Hinsicht verlieren gemäss dem BGE 137 V 210 nach altem Verfahrensstandard eingeholte Gutachten nicht per se ihren Beweiswert. Vielmehr ist im Rahmen einer gesamthaften Prüfung des Einzelfalls mit seinen spezifischen Gegebenheiten und den erhobenen Rügen entscheidend, ob ein abschliessendes Abstellen auf die vorhandenen Beweisgrundlagen vor Bundesrecht standhält (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 7. Juli 2016, 8C_676/2015, E. 6). Folglich ist in jedem einzelnen Fall zu prüfen, ob die beigezogenen administrativen und/oder gerichtlichen Sachverständigengutachten - gegebenenfalls im Kontext mit weiteren fachärztlichen Berichten - eine schlüssige Beurteilung im Lichte der massgeblichen Indikatoren erlauben oder nicht. Je nach

Abklärungstiefe und -dichte kann zudem unter Umständen eine punktuelle Ergänzung genügen (BGE 141 V 281 E. 8). 5.6 Wie im Folgenden zu zeigen ist, erlauben die medizinischen Akten hier eine schlüssige Beurteilung gestützt auf die für das Beweisverfahren massgebenden Indikatoren und ist auch in Anwendung der neuen bundesgerichtlichen Rechtsprechung eine invalidisierende Wirkung der psychiatrischen Diagnosen zu verneinen. Eine Ergänzung des medizinischen Sachverhalts erübrigt sich damit.

5.6.1 Der psychiatrische ZMB-Gutachter hat sich - wenn auch, da noch in Unkenntnis der heute geltenden bundesgerichtlichen Terminologie, nur sinngemäss - mit dem funktionellen Schweregrad der Beeinträchtigung auseinandergesetzt. Im Gutachten wurden die Gesundheitsschädigungen und deren Ausprägungen erhoben (IV-act. 79 S. 27 - 30; vgl. BGE 141 V 281 E. 4.3.1.1). Aus psychiatrischer Sicht konnten jedoch keine Befunde bzw. Diagnosen erhoben bzw. gestellt werden, denen eine depressive Erkrankung zu Grunde liegen würde (vgl. IV-act. 79 S. 29). So erklärte selbst die Beschwerdeführerin anlässlich der psychiatrischen Begutachtung, dass sie keine depressiven Verstimmungen mehr habe (IV-act. 79 S. 28). Basierend auf der Anamnese sowie den - gestützt auf das geschilderte Alltagsverhalten und die geltend gemachten Beschwerden - erhobenen Befunden stellte der psychiatrische Gutachter einzig die Diagnose anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10: F45.4; vgl. IV-act. 79 S. 29). Diese psychiatrische Einschätzung ist nachvollziehbar und schlüssig, standen doch bei den geschilderten aktuellen Beschwerden die Schmerzen im Kopf und Rücken im Zentrum.

5.6.2 Die ärztlichen Aufforderungen und der wiederholte Verzicht der Beschwerdeführerin auf eine psychiatrische Behandlung - selbst wenn wie in den Jahren zuvor "lediglich" von chronischen depressiven Verstimmungen auszugehen wäre - spricht nicht für das Vorliegen einer psychischen Störung mit einem hohen Schweregrad (vgl. IV-act. 50 S. 25 f., IV-act. 61 S. 1, IV-act. 79 S. 31). Einer Wiedereingliederung der Beschwerdeführerin standen bisher ihre subjektive Einstellung und nicht etwa psychiatrisch begründete Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit im Wege. Folglich lässt sich vorliegend auch nicht auf eine invalidisierende psychische Störung, welche therapeutisch nicht angebar wäre, schliessen (vgl. BGE 141 V 281 E. 4.3.1.2).

5.6.3 Als weiterer Indikator sind die Komorbiditäten zu würdigen (vgl. BGE 141 V 281 E. 4.3.1.3). Der psychischen Komorbidität ist nach der neuen Praxis keine vorrangige Bedeutung mehr einzuräumen, vielmehr sind auch körperliche Begleiterkrankungen zu würdigen. Eine psychische Störung in der Form einer leichten depressiven Episode bzw. einer (chronischen) depressiven Verstimmung, welche nach der Rechtsprechung normalerweise keine Invalidisierung bewirkt, ist regelmässig keine relevante Komorbidität. Folglich wäre selbst eine allfällige chronische depressive Verstimmung unbeachtlich. Als körperliche Begleiterkrankungen wurden angeführt, der konstante Schmerz in der HWS, der in den Hinterkopf ausstrahle, der permanente lumbale Schmerz, der über das Gesäss dorsal ins linke Bein ausstrahle und der Schmerz, der sich von der rechten Hand bis in die Schulter erstreckte, der zwei- bis dreimal pro Woche auftretende rechtseitige Kopfschmerz, der mit Übelkeit, Lärm- und Lichtempfindlichkeit verbunden sei, das mitunter auftretende Ohrengeräusch sowie die Ein- und Durchschlafstörungen. Ferner wird von der Beschwerdeführerin geltend gemacht, dass die Schmerzen seit der Menopause schwieriger behandelbar seien und sie erschöpfbarer und langsamer geworden sei. Hinsichtlich der Auswirkungen ist festzustellen, dass gegen den Kopfschmerz bisher erfolgreich Aspégic 1000 mg und Paspertin eingesetzt wurden (IV-act. 79 S. 23). Offensichtlich gelang es der Beschwerdeführerin trotz der geltend gemachten Leiden in den vergangenen Jahren ihre beiden heute in Ausbildung befindlichen Kinder zu

erziehen (vgl. IV-act. 48 f.), den Haushalt (mit) zu besorgen und (familiäre) Kontakte zu pflegen. Es ist davon auszugehen, dass die geltend gemachten Leiden bisher nicht zu Einschränkungen geführt haben, welche über die im orthopädischen Teilgutachten genannten physischen Einschränkungen hinausgehen. Diese Annahme wird auch dadurch bestätigt, dass die Beschwerdeführerin selbstständig einen "normalen" Tagesablauf pflegt, war doch der Ehemann bis vor dem kürzlichen Stellenverlust stets arbeitstätig. Dass sie den Hausarzt nur etwa alle drei und den Rheumatologen etwa alle vier bis fünf Monate konsultiert, sind weitere Indizien für einen geringen Leidensdruck. 5.6.4 Es bestehen sodann keine relevanten Hinweise auf im Komplex der Persönlichkeit zu prüfende Merkmale, und der soziale Kontext wurde im Gutachten ebenfalls angesprochen und berücksichtigt (vgl. BGE 141 V 281 E. 4.3.2 f.). Insbesondere ist die Beschwerdeführerin in sozialer Hinsicht eingebunden (Ehe, zwei Kinder) und besitzt verwertbare Ressourcen (in den letzten Jahren: Kindererziehung, Haushaltsführung, Erledigung administrativer Arbeiten). Zudem kann die Beschwerdeführerin mit der Unterstützung des Ehemanns und der beiden Kinder rechnen. Auch unter BGE 141 V 281 vermag ein psychosozial bedingtes Beschwerdebild (beispielsweise der Einfluss des Migrationshintergrunds, die fehlende Berufsausbildung, der Arbeitsplatzverlust der Beschwerdeführerin und neu auch des Ehemannes, erwachsene Kinder in Ausbildung, eine erschwerte finanzielle Situation, die Abhängigkeit von der Familie wie auch die Beeinträchtigungen durch das Übergewicht) keine versicherte Gesundheitsbeeinträchtigung darzustellen (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 16. April 2015, 9C_826/2015, E. 3.1.1). 5.6.5 Unter dem Aspekt der Konsistenz (vgl. BGE 141 V 281 E. 4.4) erscheinen sowohl der Umfang der bestehenden Lebensaktivitäten wie auch der Leidensdruck als genügend berücksichtigt. Zwar werden von der Beschwerdeführerin schwere Beschwerden geltend gemacht, offensichtlich war sie jedoch in der Lage, ihre beiden Kinder zu erziehen, einfache Haushaltsarbeiten und administrative Arbeiten zu erledigen, Kontakte insbesondere zu Familienangehörigen zu pflegen. Auch ist der Leidensdruck, medizinische Behandlungen (insb. eine psychotherapeutische Behandlung) in Anspruch zu nehmen, als gering einzustufen. Obwohl die Beschwerdeführerin geltend macht, dass sie die inzwischen erwachsenen Kinder nicht mehr erziehen müsse, verzichtete die Beschwerdeführerin trotz freigewordener Ressourcen darauf, eine (Teilzeit-) Arbeitsstelle zu suchen, zumindest finden sich in den Akten keine entsprechenden Ausführungen. 5.7 Zusammenfassend fehlt es damit - selbst in Beachtung der neuen Standardindikatoren - auch in psychiatrischer Hinsicht an einem invalidisierenden Gesundheitsschaden. 5.8 Insgesamt ist angesichts der medizinischen Aktenlage mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit ausgewiesen, dass die Beschwerdeführerin - unverändert - in angepasster Tätigkeit zu 100 % arbeitsfähig ist. Eine anspruchserhebliche Änderung der tatsächlichen Verhältnisse ist damit nicht überwiegend wahrscheinlich (vgl. BGE 134 V 109 E. 9.5) gemacht worden, weshalb die angefochtene Verfügung nicht zu beanstanden ist. 6. Hinsichtlich des Invaliditätsgrades ist festzustellen, dass die Beschwerdeführerin als Vollerwerbstätige ein Valideneinkommen von Fr. 44'955.- erzielen würde (vgl. IV-act. 82). Demgegenüber steht ein erzielbares Invalideneinkommen von Fr. 47'203.-, basierend auf der Lohnstrukturerhebung des Bundesamtes für Statistik und unter Berücksichtigung des Minderverdienstes. Folglich besteht kein invaliditätsbedingter Minderverdienst, bzw. der Invaliditätsgrad beträgt 0% (vgl. IV-act. 82 f.). Selbst bei Berücksichtigung eines Leidesabzuges (von max. 25%) würde kein rentenrelevanter Minderverdienst resultieren (vgl. Erwägung 1.2).

7.1 Nach dem Gesagten ist die Beschwerde abzuweisen. 7.2 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. Der unterliegenden Beschwerdeführerin sind die Gerichtskosten in der Höhe von Fr. 600.- aufzuerlegen. Zufolge unentgeltlicher Rechtspflege ist sie von der Bezahlung zu befreien. 7.3 Der Staat bezahlt zufolge unentgeltlicher Rechtsverteiständung die Kosten der Rechtsvertretung der Beschwerdeführerin. Die Parteientschädigung wird vom Versicherungsgericht festgesetzt und ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache und nach der Schwierigkeit des Prozesses bemessen (Art. 61 lit. g ATSG). In der Verwaltungsrechtspflege beträgt das Honorar vor Versicherungsgericht nach Art. 22 Abs. 1 lit. b HonO pauschal Fr. 1'000.- bis Fr. 12'000.-. Im vorliegenden Fall hat der Rechtsvertreter eine detaillierte Honorarnote über den Betrag von Fr. 3'771.35 (17 Stunden à Fr. 200.- pro Stunde [reduzierter Ansatz nach Art. 31 Abs. 3 des Anwaltsgesetzes, sGS 963.70], Barauslagen Fr. 92.-, Mehrwertsteuer Fr. 279.35) eingereicht (act. G 12). Der Rechtsvertreter hat eine ausführliche, dem notwendigen Aufwand angemessene Beschwerdeschrift eingereicht (13 Seiten) und zudem Arztberichte bei behandelnden Ärzten eingeholt (act. G 1.2, G 9.1, G 9.2). Dadurch rechtfertigt sich die Zusprache einer etwas über dem durchschnittlichen Pauschalbetrag von Fr. 3'500.- liegenden Parteientschädigung. Somit hat der Staat den Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin pauschal mit Fr. 3'771.35.- (inkl. Barauslagen und Mehrwertsteuer) zu entschädigen. 7.4 Eine Partei, der die unentgeltliche Rechtspflege gewährt wurde, ist zur Nachzahlung verpflichtet, sobald sie dazu in der Lage ist (Art. 123 der Schweizerischen Zivilprozessordnung [ZPO; SR 272] i.V.m. Art. 99 Abs. 2 des Gesetzes über die Verwaltungsrechtspflege [VRP; sGS 951.1]). Entscheid im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP 1. Die Beschwerde wird abgewiesen. 2. Die Beschwerdeführerin wird von der Bezahlung der Gerichtsgebühr in der Höhe von Fr. 600.- befreit. 3. Der Staat entschädigt den Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin zufolge unentgeltlicher Rechtsverteiständung mit Fr. 3'771.35 (einschliesslich Barauslagen und Mehrwertsteuer).

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.