

# **SG\_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2016/150 vom 11. März 2014**

Sg Versicherungsgericht, 2014-03-11, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg\\_publicationen\\_IV\\_2016\\_150](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg_publicationen_IV_2016_150)

FR: SG\_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2016/150 du 11 mars 2014

IT: SG\_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2016/150 del 11 marzo 2014

## **Regeste**

Art. 16 ATSG; Art. 72bis Abs. 2 IVV, Vergabe des Gutachtensauftrags nach dem Zufallsprinzip (SwissMED@P). Die IV-Stelle gab eine bidisziplinäre Begutachtung (Orthopädie/Psychiatrie) in Auftrag. Anlässlich der Begutachtung kamen die Gutachter zum Schluss, es sei zusätzlich eine neurologische Abklärung erforderlich. Die unterbliebene Zuteilung nach dem Zufallsprinzip bildet keinen Grund, das Gutachten aus dem Recht zu weisen, da das Zuteilungssystem nicht offenkundig bzw. in Umgehungsabsicht missachtet wurde (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 16. August 2018, IV 2016/150).

## **Erwägungen**

### **E. 1**

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 nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG). 1.2 Ein invalidenversicherungsrechtlich relevanter Gesundheitsschaden setzt eine auf objektivierten Beschwerden beruhende fachärztlich gestellte Diagnose nach einem wissenschaftlich anerkannten Klassifikationssystem voraus (BGE 130 V 396 E. 5.3 und E. 6, BGE 141 V 289 E. 3.2; Urteil des Bundesgerichts vom 22. Februar 2016, 8C\_1/2016, E. 4.3). Erforderlich ist zudem, dass die geltend gemachten Beschwerden objektiviert werden können und sich auf die Arbeits- bzw. Erwerbsfähigkeit auswirken (vgl. Urteile des Bundesgerichts vom 30. November 2017, 8C\_350/2017, E. 5.4 und vom 27. März 2015, 8C\_673/2014, E. 5.1.1; BGE 143 V 427 E. 6). Soweit die Beschwerden nicht empirisch-klinisch, anamnestisch oder bildgebend und/oder apparativ nachgewiesen werden können (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 30. November 2017, 8C\_350/2017, E. 5.4) ist der Beweis nach dem strukturierten Verfahren mittels Indikatoren zu führen (BGE 143 V 428, E. 7.1). Der Beweis für eine lang andauernde und erhebliche gesundheitsbedingte Arbeitsunfähigkeit kann nur dann als geleistet betrachtet werden, wenn die Prüfung der massgeblichen Beweisthemen im Rahmen einer umfassenden Betrachtung ein stimmiges Gesamtbild einer Einschränkung in allen Lebensbereichen (Konsistenz) für die Bejahung einer Arbeitsunfähigkeit zeigt (BGE 143 V 427, E. 6 a. E.). 1.3 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).

1.4 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 261 E. 4 mit Hinweisen). 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 und -ärztinnen, 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).

1.5 Muss der Versicherungsträger zur Abklärung des Sachverhalts ein Gutachten einer oder eines unabhängigen Sachverständigen einholen, so gibt er der Partei deren oder dessen Namen bekannt. Diese kann den Gutachter aus triftigen Gründen ablehnen und kann Gegenvorschläge machen (Art. 44 ATSG). Medizinische Gutachten, an denen drei und mehr Fachdisziplinen beteiligt sind, haben bei einer Gutachterstelle zu erfolgen, mit welcher das Bundesamt eine Vereinbarung getroffen hat. Die Vergabe der Aufträge erfolgt nach dem Zufallsprinzip (Art. 72bis der Verordnung über die Invalidenversicherung [IVV; SR 831.201]). Erstellen Begutachtungsinstitute, die für den Bereich der polydisziplinären Expertisen mit dem BSV eine Vereinbarung abgeschlossen haben, bidisziplinäre Expertisen, erfolgt dies ausserhalb des MEDAS-Status (BGE 139 V 351, E. 2.2).

1.6 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). In beweisrechtlicher Hinsicht gilt der Grundsatz der freien Beweiswürdigung. Im Sozialversicherungsrecht hat das Gericht seinen Entscheid, sofern das Gesetz nicht etwas Abweichendes vorsieht, nach dem Beweisgrad der überwiegenden

Wahrscheinlichkeit zu fällen (vgl. BGE 126 V 360 E. 5b; BGE 125 V 195 E. 2, je mit Hinweisen).

## **E. 2**

2.1 Medizinische Grundlage der angefochtenen Verfügung vom 12. April 2016 (IV-act. 69) bildet das Gutachten der SMAB AG vom 19. November 2015 (IV-act. 53). Zunächst ist zu prüfen, ob es die formellen Kriterien erfüllt. 2.2 Das Bundesgericht hielt fest, Grund für die Vergabe der Gutachtensaufträge nach dem Zufallsprinzip bilde das für Gutachter geltende Unabhängigkeitserfordernis. Geeignet erscheine das geplante Verfahren (Einführung einer Verteilplattform nach dem Zufallsprinzip) nur für polydisziplinäre Gutachten, kaum jedoch für mono- und bidisziplinäre Gutachten; hier scheine es sinnvoll, die flexible direkte Auftragserteilung an praktizierende Ärzte, Kliniken etc. weiterhin vorzusehen (BGE 137 V 242 E. 3.1.1). Es existierten keine festen Kriterien zur allgemeingültigen Abgrenzung, wann ein polydisziplinäres Gutachten erforderlich sei. Die umfassende administrative Erstbegutachtung werde jedoch regelmässig polydisziplinär und damit zufallsbasiert anzulegen sein; eine direkte Auftragserteilung sollte die Ausnahme bleiben. Eine polydisziplinäre Expertise sei auch dann einzuholen, wenn der Gesundheitsschaden zwar bloss als auf eine oder zwei medizinische Disziplinen fokussiert erscheine, die Beschaffenheit der Gesundheitsproblematik aber noch nicht vollends gesichert sei. In begründeten Fällen könne von einer polydisziplinären Begutachtung abgesehen und eine mono- oder bidisziplinäre durchgeführt werden, sofern die medizinische Situation offenkundig ausschliesslich ein oder zwei Fachgebiete beschlage; weder dürften weitere interdisziplinäre Bezüge (z.B. internistischer Art) notwendig sein, noch dürfe ein besonderer arbeitsmedizinischer bzw. eingliederungsbezogener Klärungsbedarf bestehen (BGE 139 V 352, E. 3.2). Den Gutachtern müsse es freistehen, die von der IV-Stelle bzw. dem RAD (oder im Beschwerdefall durch ein Gericht) bezeichneten Disziplinen gegenüber der Auftraggeberin zur Diskussion zu stellen, wenn ihnen die Vorgaben nicht einsichtig seien. Diese Überlegungen träfen grundsätzlich auch mit Bezug auf bidisziplinäre Expertisen zu (BGE 139 V 352 f., E. 3.3). Weiche die IV-Stelle vom zufallsbasierten MEDAS-Zuweisungssystem ab, indem sie von einer MEDAS eine bi- oder gar bloss monodisziplinäre Expertise einholen wolle, so habe sie zwingend einen Einigungsversuch einzuleiten. Scheitere dieser, sei darüber zu verfügen (BGE 139 V 357 E. 5.4). In einem Urteil vom 16. März 2015 befand das Bundesgericht die Erweiterung einer bidisziplinären (orthopädischen/psychiatrischen) Begutachtung um eine neurologische Untersuchung auf Anraten der Gutachterstelle als zulässig. Das ursprünglich in die Wege geleitete bidisziplinäre Gutachten sei vorschriftsgemäss angekündigt und seitens der versicherten Person nicht beanstandet worden. Der Verzicht auf eine Auftragsvergabe nach der Zufallszuweisung (Art. 72bis Abs. 2 IVV) sei daher im Licht der diesbezüglich geltenden Rechtsgrundsätze (BGE 139 V 349) zulässig gewesen (Urteil des Bundesgerichts vom 16. März 2015, 8C\_680/2014). Der diesem Urteil zugrundeliegende Fall entspricht dem vorliegenden, indem effektiv eine polydisziplinäre Begutachtung durchgeführt wurde und der zu diskutierende Mangel ausschliesslich darin besteht, dass die Vergabe nicht nach dem Zufallsprinzip stattfand. Mit Blick darauf erscheint die Verwertbarkeit des SMAB-Gutachtens aus formellen Gründen lediglich ausgeschlossen, wenn das zufallsbasierte MEDAS-Zuweisungssystem offenkundig bzw. in Umgehungsabsicht missachtet worden wäre. 2.3 Der RAD führte in seiner Stellungnahme vom 22. Juni 2015 aus, bisher seien die Diagnosen chronisches Panvertebralsyndrom mit lumbospondylogener Komponente und psychiatrische Diagnosen (rezidivierende depressive Störung, adulte

Aufmerksamkeitsstörung, nicht näher bezeichnete Tic-Störung) gestellt worden. Der Hausarzt sehe aktuell aufgrund der reduzierten Belastbarkeit und der Selbstlimitierung keine Arbeitsfähigkeit oder Vermittelbarkeit. Er empfehle eine Begutachtung. Vor diesem Hintergrund sei eine bidisziplinäre orthopädisch/psychiatrische Begutachtung mit Standardfragen erforderlich (IV-act. 46-3). Eine konsiliarische neurologische Abklärung hatte bereits im Vorfeld stattgefunden, ohne dass die evidente Bewegungsstörung oder das intermittierende Einsinken des rechten Beines neurologisch objektiviert werden konnten (Bericht Dr.med. I.\_\_\_\_, Fachärztin für Neurologie, Bericht vom 24. April 2014, IV-act. 31-8). Auch dem internistischen Fachgebiet zugehörige Diagnosen lagen - vorbehaltlich der Hypertonie - nicht vor. Spezifisch rheumatologische Fragestellungen waren nicht erkennbar, so dass die Ausdehnung der Begutachtung auf diese Disziplin nicht erforderlich war (Urteile des Bundesgerichts vom 11. Oktober 2017, 9C\_744/2016, E. 2, und vom 3. März 2017, 9C\_793/2016, E. 4.1.1). Insbesondere erhoben weder Dr. B.\_\_\_\_ (Arztbericht vom 8. Januar 2014, IV-act. 15-22 ff.) noch die berichtende Ärztin der Klinik Valens (Austrittsbericht vom 2. April 2014, IV-act. 15-3) als Rheumatologin ausschliesslich ihrer Fachdisziplin zugehörige Befunde oder Diagnosen. Zudem erachteten weder der RAD noch die Gutachter eine zusätzliche rheumatologische Abklärung für angezeigt. Auch wenn zum Zeitpunkt des Gutachtensauftrags die Beschaffenheit des Gesundheitsschadens noch nicht als gesichert gelten konnte und der Hausarzt eine "erweiterte" bzw. polydisziplinäre Begutachtung empfohlen bzw. zur Diskussion gestellt hatte (Berichte vom 15. September 2014, IV-act. 31-4, und vom 23. März 2015, IV-act. 43-2), kann nicht davon ausgegangen werden, dass das Erfordernis einer polydisziplinären Begutachtung offenkundig erfüllt bzw. eine solche missbräuchlich nicht angeordnet worden wäre. Somit bildet die Tatsache, dass keine polydisziplinäre und insbesondere die neurologische Begutachtung erst nachträglich angeordnet wurde und die Vergabe des Gutachtens daher nicht über SuisseMED@P erfolgte, keinen formellen Grund für eine fehlende Beweistauglichkeit des Gutachtens.

### **E. 3**

3.1 Im Weiteren ist das Gutachten in materieller Hinsicht zu prüfen. 3.2 Dr. C.\_\_\_\_ erwähnte im Arztbericht vom 14. September 2014 unter anderem Erschöpfungs- und Schmerzzustände im März 1995, Januar 1996, November 2001 und Oktober 2005 mit teilweise zwei bzw. viermonatiger antidepressiver Behandlung (IV-act. 31-2 f.). Der diese Angaben enthaltende Arztbericht wird im Aktenauszug des Gutachtens aufgeführt (IV-act. 53-8), so dass erstellt ist, dass die Gutachter davon Kenntnis hatten. Nachdem aber erst akute lumbale Schmerzen ab März 2008 zu ersten Krankschreibungen führten (Arztbericht Dr. C.\_\_\_\_ vom 14. September 2014, IV-act. 31-3 f.) und die Beschwerdeführerin über eine erneute, schliesslich zur IV-Anmeldung führende Exazerbation der Schmerzen Ende 2013 berichtete (IV-act. 53-19), erscheint nachvollziehbar, dass sich der psychiatrische Gutachter in seiner Abhandlung der Krankheitsentwicklung (IV-act. 53-19) und der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit (IV-act. 53-26) auf die zur ununterbrochenen Arbeitsunfähigkeit ab 8. Januar 2014 (vgl. Arztbericht Dr. C.\_\_\_\_ vom 15. September 2014, IV-act. 31-4) führenden Beschwerden beschränkte. Im Übrigen schloss er frühere depressive Episoden nicht explizit aus (IV-act. 53-26). Das Vorliegen früherer Erkrankungen bzw. Arbeitsunfähigkeiten bildete denn auch nicht Gegenstand der Begutachtung. Den Gutachtern lag sodann auch der Bericht des Psychiatrischen Zentrums D.\_\_\_\_ vom 11. Juni 2014 über die ambulante Behandlung vom 9. Januar bis 29. April 2014 (Fremdakten, act. 1-49 ff.) vor (IV-act. 53-7). Gemäss diesem Bericht und einer Aktennotiz der IV-Stelle vom 6. August 2014 (IV-act. 30) hatte die letzte Therapiesitzung am 29. April 2014 stattgefunden. In Anbetracht dessen,

dass ein nach Abschluss der Behandlung erstellter Bericht vorlag und zeitnah auch ein solcher des behandelnden Psychiaters der Klinik Valens, der überdies mit der behandelnden Psychiaterin in Wattwil Rücksprache genommen hatte (Austrittsbericht Psychosomatik vom 24. März 2014, IV-act. 15-10 ff.), bestand kein Bedarf nach einem weiteren Bericht des Psychiatrischen Zentrums D.\_\_\_\_. Das Gutachten erweist sich folglich nicht nur hinsichtlich der beteiligten medizinischen Disziplinen, sondern auch in Bezug auf die ihm zugrunde liegenden Unterlagen als vollständig.

3.3 Die Beschwerdeführerin schilderte den Gutachtern im Wesentlichen seit vielen Jahren bestehende, überwiegend tief lumbale und in Schultern und Beine, überwiegend links ausstrahlende Rückenschmerzen. Diese würden sich durch langes Sitzen, Gehen oder Stehen verschlechtern, sie müsse immer wieder die Lage wechseln oder sich hinlegen (IV-act. 53-18, 29, 37). Die Gutachter beschrieben ein auffälliges, verlangsamtes, schleppendes, schlürfendes Gangbild sowie auffällige ruckartige, unregelmässige Bewegungen (IV-act. 53-31, 39, 40). Der orthopädische Untersuch ergab einen diffusen und nicht anatomisch lokal zuzuordnenden Druck- und Klopfschmerz über den Dornfortsätzen der Wirbelsäule und eine durchgehende Berührungs- und Palpationsempfindlichkeit der Rückenstreckmuskulatur (IV-act. 53-31 f.). Weder aus orthopädischer noch aus neurologischer Sicht fanden die Gutachter eine Erklärung bzw. ein organisches Korrelat für die angegebenen Beschwerden (IV-act. 53-32, 33 f., 39 f.). Die neurologische Expertin begründete dies mit der Art und dem klinischen Erscheinungsbild der Bewegungen, der Widersprüchlichkeit bzw. nicht sicheren Reproduzierbarkeit der Angaben der Beschwerdeführerin hinsichtlich der Gefühlsstörungen sowie mit dem Fehlen von Hinweisen für eine Mononeuropathie, Radikulopathie oder Plexusläsion (IV-act. 53-39 f.). Bereits Dr. B.\_\_\_\_ (Bericht vom 8. Januar 2014, IV-act. 15-28) und der Austrittsbericht Psychosomatik der Klinik Valens vom 24. März 2014 (IV-act. 15-11) konstatierten eine massgebliche nicht-organische Beschwerdekomponente bzw. eine deutliche psychische Überlagerung. Die Arbeitsunfähigkeit von jeweils (maximal) 50 % (Bericht Dr. B.\_\_\_\_ vom 8. Januar 20014, IV-act. 15-25; Austrittsbericht Klinik Valens, Austrittsbericht vom 2. April 2015, IV-act. 15-5) wurde mit Blick auf die Gesamtsituation bzw. auch in Berücksichtigung der psychiatrischen Erkrankungen geschätzt und nicht mit der diagnostizierten lumbospondylogenen Komponente des Panvertebralsyndroms (IV-act. 15-22, 25; IV-act. 15-3) begründet. Dem orthopädischen und neurologischen Teilgutachten kann somit gefolgt werden.

3.4 Der psychiatrische Gutachter führte aus, schon bei geringen körperlichen Belastungen komme es nach Beschreibung der Versicherten zur Ausbildung eines Ganzkörperschmerzes. Dieser sei weitgehend organisch nicht erklärbar. Eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung könne nicht diagnostiziert werden, da kein andauernder, schwerer und quälender Schmerz feststellbar sei. Die Versicherte habe in der Untersuchungssituation nicht schwer schmerzgeplagt gewirkt, des Weiteren spreche auch der relativ aktive Alltag gegen ein Schmerzsyndrom in dieser Ausprägung. Eine psychogene Überlagerung der Schmerzsymptomatik sei aber anzunehmen, relevante psychosoziale Überlastungen seien erkennbar. Die Versicherte berichte, dass sich die Schmerzsymptomatik ab etwa Ende 2013, d.h. nach Ehekrise und -trennung sowie mehrjährigen Konflikten am Arbeitsplatz, zunehmend entwickelt habe. Bei der aktuellen Untersuchung sei deutlich geworden, dass sie ihre Gefühle schlecht wahrnehmen und ausdrücken könne. Es sei davon auszugehen, dass sie seelische Befindlichkeiten eher körperlich ausdrücke, als sie zu verbalisieren. Hinsichtlich der beschriebenen Schmerzsymptomatik ergebe sich die Diagnose psychologische Faktoren und Verhaltensfaktoren bei andernorts klassifizierten Krankheiten

(ICD-10: F54) (IV-act. 53-23). Darüber hinaus lägen Bewegungsstörungen vor. Diese seien neurologisch nicht erklärbar und als dissoziativ anzusehen. Unter dieser Symptomatik leide die Versicherte deutlich weniger, habe dies erst auf Nachfrage benannt und geäußert, dass sich die Symptomatik aufgrund der ambulanten Physiotherapie bereits gebessert habe (IV-act. 53-24). In Übereinstimmung mit dem psychiatrischen Gutachten wurde der Beschwerdeführerin weder anlässlich der ambulanten Behandlung im Psychiatrischen Zentrum D.\_\_\_\_ (Bericht vom 11. Juni 2014, Fremdakten, act. 1-49 ff.) noch während des stationären Aufenthalts in Valens (Austrittsbericht vom 2. April 2014, IV-act. 15-3 ff.) eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung diagnostiziert. Auch die aktuell behandelnde Psychotherapeutin hielt ausschliesslich eine Konversionsstörung mit motorischen Symptomen fest und erwähnte die in Valens noch gestellte Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung (IV-act. 15-3) nicht mehr (Bericht vom 18. November 2014, IV-act. 35-1).

3.5 Aus psychiatrischer Sicht liegen organisch nicht erklärbare Schmerzen vor, weshalb die Arbeitsfähigkeit gemäss dem strukturierten Beweisverfahren anhand der entsprechenden Indikatoren zu schätzen ist (BGE 141 V 281 E. 4.1 ff.). Wie dargelegt (E. 3.4), ist nicht von andauernden, schweren und quälenden Schmerzen auszugehen. Zu den Auswirkungen ihrer Beschwerden auf ihren Alltag schilderte die Beschwerdeführerin, sie bereite Znüni für die Tochter und das Mittagessen zu, befülle die Waschmaschine, gehe dreimal wöchentlich zur Physiotherapie, wobei sie einen Fussweg von zweimal 30 bis 40 Minuten zurücklege (IV-act. 53-18; bei allerdings üblicher Wegdauer von 11 bis 12 Minuten [act. G. 8.1]). Leichtere bzw. die nötigsten Haushaltstätigkeiten könne sie erledigen, müsse sich dazwischen aber immer wieder hinlegen (IV-act. 53-37). Sie habe zu vielen Freundinnen/Kolleginnen Kontakt per Telefon/SMS und erhalte ca. einmal monatlich Besuch. Als sie noch weniger Schmerzen gehabt habe, sei sie öfters ausgegangen, dies komme jetzt nur noch selten vor. Sie male gerne und habe früher in einem Kirchenchor gesungen, was wegen des langen Sitzens nicht mehr möglich sei (IV-act. 53-18 f.).

Gegenüber der neurologischen Gutachterin führte die Beschwerdeführerin aus, die Schmerzen seien zur Zeit erträglich. Der Alltag sei durch die Beschwerden sehr, sehr mühsam geworden. Sie habe sich prinzipiell zurückgezogen (IV-act. 53-37). Im Fragebogen zur Haushaltabklärung hatte sie unter anderem ausgeführt, schwerere Arbeiten oder solche, bei denen sie Gewichte von mehr als 2 kg händigen müsse, könne sie nicht mehr selbständig ausführen. Grössere Einkäufe würden über Le Shop getätigt. Der Haushalt sei so anstrengend, dass es ihr nicht mehr möglich sei, Besuch zu empfangen (Fragebogen Haushaltsabklärung, 17. Februar 2015, IV-act. 40-7 ff.). Da die Schmerzen durch die Diagnose psychologische Faktoren und Verhaltensfaktoren bei andernorts klassifizierten Krankheiten erfasst werden (E. 3.4), ist nicht von einer massgeblich ins Gewicht fallenden somatischen Komorbidität auszugehen. Eine Störung oder akzentuierte Züge der Persönlichkeit wurden nicht diskutiert. Als Komorbidität sind die dissoziativen Bewegungsstörungen zu berücksichtigen, die jedoch von der Beschwerdeführerin selbst nicht als wesentlich beeinträchtigend empfunden werden (IV-act. 53-24; E. 3.4).

Hinsichtlich der Konsistenz sind die Gutachter der Auffassung, dass die Beschwerdeführerin sich zu keiner beruflichen Tätigkeit mehr in der Lage sehe, sei deutlich diskrepant zu den Aktivitätsniveaus in den Lebensbereichen Haushalt und Freizeit (IV-act. 53-25). Dies sei als nicht krankheitsbedingte Selbstlimitierung anzusehen (IV-act. 53-10). Zwar führte der psychiatrische Gutachter aus, dass die Beschwerdeführerin die ihr angebotenen Behandlungsmassnahmen absolviert habe, mache trotz Vorbehalt gegenüber den Antidepressiva einen relevanten Leidensdruck deutlich (IV-act. 53-25). Dies ist jedoch

insofern zu relativieren, als die Psychotherapie zur Zeit der Begutachtung nach Angabe der Beschwerdeführerin nur noch einmal monatlich erfolgte (IV-act. 53-20). Den Schluss der Gutachter auf fehlende Konsistenz bzw. Selbstlimitierung bestreitet die Beschwerdeführerin. Sie neige vielmehr zur Dissimulation bzw. Untertreibung ihrer Beschwerden, da es ihr namentlich im psychischen Bereich an Krankheitseinsicht fehle (vgl. Beschwerde, act. G 1). Letzteres erscheint zwar plausibel, denn die Beschwerdeführerin schilderte die Einschränkungen gegenüber der neurologischen Gutachterin und im Fragebogen zur Haushaltabklärung tendenziell weitreichender als gegenüber dem psychiatrischen Gutachter. Zudem erklärte sie dem psychiatrischen Gutachter, sie habe die Einnahme eines Antidepressivums in D. \_\_\_ und Valens abgelehnt und sich damit durchsetzen können (IV-act. 53-19), während sie gemäss Austrittsbericht Psychosomatik der Klinik Valens vom 24. März 2014 schliesslich trotz Skepsis bereit gewesen sein soll, Venlafaxin einzunehmen (IV-act. 15-11, 13 f.). Von einem fehlenden psychischen Krankheitsverständnis kann indes nicht auf eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit geschlossen werden. Auch fallen die Angaben der Beschwerdeführerin nicht dermassen auseinander, dass hier ein offenkundiger weiterer Klärungsbedarf besteht.

3.6 Die Gutachter attestierten der Beschwerdeführerin eine volle Arbeitsfähigkeit. Sie berücksichtigten die geltend gemachten Beschwerden, würdigten diese jedoch gemäss Art. 7 Abs. 2 ATSG nach objektiven Gesichtspunkten. Die nach dem strukturierten Beweisverfahren erforderlichen Indikatoren wurden nachvollziehbar abgehandelt. Die früheren Einschätzungen einer 50 %igen Arbeitsunfähigkeit von Dr. B. \_\_\_ und der Klinik Valens berücksichtigten demgegenüber auch invalidenversicherungsrechtlich nicht relevante psychosoziale Belastungsfaktoren (Bericht vom 8. Januar 2014, IV-act. 15-22 ff.) bzw. die inzwischen durch die behandelnde Psychotherapeutin nicht mehr festgestellte und daher vom psychiatrischen Gutachter nachvollziehbar seit Juli 2014 als remittiert erachtete depressive Episode (Austrittsbericht Klinik Valens vom 2. April 2014, IV-act. 15-3 ff.; IV-act. 53-26). Die medizinischen Ausführungen und die Arbeitsfähigkeitsschätzung erscheinen insgesamt als schlüssig und nachvollziehbar. Die Beschwerdegegnerin hat daher zu Recht auf das Gutachten abgestellt.

#### **E. 4**

4.1 Die Beschwerdeführerin meldete sich am 11. März 2014 zum Leistungsbezug an. Eine anhaltende Arbeitsunfähigkeit bestand erst seit 8. Januar 2014. Ein allfälliger Rentenanspruch konnte daher frühestens per 1. Januar 2015 entstehen. Zu diesem Zeitpunkt bestand gemäss Gutachten bereits eine 100 %ige Arbeitsfähigkeit, weshalb die von Januar bis Juli 2014 attestierte 50 %ige Arbeitsunfähigkeit (IV-act. 53-26) keinen befristeten Rentenanspruch bewirkte. Die Beschwerde ist daher 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. 1bis IVG). Eine Gerichtsgebühr von Fr. 600.-- erscheint in der vorliegend zu beurteilenden Angelegenheit als angemessen. Der unterliegenden Beschwerdeführerin sind die Gerichtskosten vollumfänglich aufzuerlegen. Zuzufolge unentgeltlicher Rechtspflege ist sie von der Bezahlung zu befreien.

4.3 Der Staat bezahlt zuzufolge unentgeltlicher Rechtsverteidigung 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.--. Die Rechtsvertreterin der Beschwerdeführerin hat eine Honorarnote im Betrag von Fr. 5'562.65 (inkl. Barauslagen und Mehrwertsteuer) eingereicht (act. G 12.1). Indessen erweist sich der vorliegende Fall im Quervergleich als durchschnittlich aufwändig. Zwar wurden hinsichtlich der MEDAS-Gutachtens sowohl formelle als auch materielle Mängel geltend gemacht. Die Akten sind jedoch nicht besonders umfangreich und der Sachverhalt ist medizinisch nicht ausserordentlich komplex. Der Umstand, dass die Beschwerdeführerin im Vorverfahren nicht vertreten war, ist zudem nicht ungewöhnlich und rechtfertigt keinen überdurchschnittlichen Aufwand. Der geltend gemachte Aufwand von 19.81 Stunden erscheint damit als zu hoch. In vergleichbaren Fällen spricht das Versicherungsgericht in Verfahren mit doppeltem Schriftenwechsel bei Obsiegen eine Parteientschädigung von Fr. 3'500.-- (einschliesslich Barauslagen und Mehrwertsteuer) zu (vgl. etwa Entscheid des Versicherungsgerichts vom 25. März 2013, IV 2011/89, E. 4.3). Nachdem in der Verwaltungsrechtspflege keine Entschädigung nach Stunden, sondern Pauschalen vorgesehen sind, erscheint auch vorliegend ein Honorar inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer von Fr. 3'500.-- als angemessen. Dieses ist um einen Fünftel zu kürzen (Art. 31 Abs. 3 des Anwaltsgesetzes, sGS 963.70). Somit hat der Staat die Rechtsvertreterin der Beschwerdeführerin pauschal mit Fr. 2'800.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) zu entschädigen.

4.4 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.-- zufolge unentgeltlicher Rechtspflege befreit. 3. Der Staat entschädigt die Rechtsvertreterin der Beschwerdeführerin zufolge unentgeltlicher Rechtsverteistandung mit Fr. 2'800.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer).

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