

SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2017/156 vom 10. Juli 2019

Sg Versicherungsgericht, 2019-07-10, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg_publicationen_IV_2017_156

FR: SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2017/156 du 10 juillet 2019

IT: SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2017/156 del 10 luglio 2019

Regeste

Art. 7 ATSG; Art. 8 ATSG; Art. 16 ATSG; Art. 28 IVG. Gemäss als beweistauglich beurteiltem bidisziplinären (orthopädisch-psychiatrischen) Gutachten ist die Beschwerdeführerin zu 70% arbeitsfähig. Die Beschwerdeführerin hat vor dem Eintritt des Gesundheitsschadens nur kurzfristig ein Einkommen erzielt, welches unterdurchschnittlich war. Deshalb sind Validen- und Invalideneinkommen ausgehend vom durchschnittlichen Tabellenlohn, Kompetenzniveau 1, zu bemessen. Die Auswirkungen der Einschränkungen wurden durch die Arbeitsfähigkeitsschätzung umfassend berücksichtigt, ein Tabellenlohnabzug lässt sich nicht begründen. Folglich besteht kein rentenbegründender Invaliditätsgrad (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 10. Juli 2019, IV 2017/156).

Volltext

Entscheid vom 10. Juli 2019 Besetzung Versicherungsrichterinnen Michaela Machleidt Lehmann (Vorsitz), Marie-Theres Rüegg Haltinner und Versicherungsrichter Joachim Huber; Gerichtsschreiberin Beatrix Zahner Geschäftsnr. IV 2017/156 Parteien A.____, Beschwerdeführerin, gegen IV-Stelle des Kantons St. Gallen, Postfach 368, 9016 St. Gallen, Beschwerdegegnerin, Gegenstand Rente Sachverhalt A.____ meldete sich am 30. März 2015 wegen einer psychischen Störung bei der Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug an (IV-act. 1). Die Versicherte hatte am 21. März 2014 die vollzeitliche Arbeit als Mitarbeiterin im Nähatelier B.____ AG aufgenommen (Angaben Arbeitgeberin vom 20. April 2015, IV-act. 8) und war ab 1. September zu 100%, ab 15. September zu 50% und ab 26. September 2014 wieder durchgehend zu 100% arbeitsunfähig geschrieben (Fremdakten, act. 1-6 ff., 1-13 ff.). Das Arbeitsverhältnis wurde auf den 31. Januar 2015 gekündigt (IV-act. 8-8). Dr. med. C.____, FMH Rheumatologie, hatte im Bericht vom 12. September 2014 ein myofasiales Schmerzsyndrom lumbal und Beckengürtel bei muskulärer Dysbalance der Rumpf- und Beckenmuskulatur und leichter Degeneration und medialer Protrusion der Bandscheibe L5/S1 sowie diffuse Arthralgien der oberen Extremitäten bei Tendenz zu Hypermobilität diagnostiziert. Er hatte festgehalten, die nach distal ausstrahlenden Schmerzen dürften im Rahmen der myofaszialen Schmerzsymptomatik (zu erklären) sein. Ein Hinweis auf eine radikuläre Symptomatik habe sich bei der Untersuchung nicht ergeben. Für eine entzündliche Krankheit habe er keine Anhaltspunkte. Aus rein medizinischer Sicht sei eine Reduktion der Arbeitsfähigkeit nicht wirklich gerechtfertigt. Längerfristig sei die Versicherte aus rheumatologischer Sicht zu 100% arbeitsfähig (IV-act. 53-17 ff.). Prof. Dr. med. D.____, Facharzt FMH Neurologie, hatte im Bericht vom 24. Oktober 2014 die Diagnose einer somatoformen Schmerzstörung gestellt und festgehalten, die neurologische klinische Untersuchung sei unauffällig. Ein

MRI Neurocranium zeige insgesamt sechs kleinere inerte Gliosen. Diese seien möglicherweise noch durch einen Autounfall im Jahr 2013 mit schwerer Heckkollision bedingt, hätten aber keine Krankheitsrelevanz. Seines Erachtens liege insgesamt eine depressive Entwicklung vor, vermutlich mit einer somatoformen Schmerzstörung (IV-act. 53-15 f.). Dr. med. E.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, hatte die Versicherte am 12. November 2014 erstmals gesehen und die Diagnosen einer Angst und depressiven Reaktion gemischt (ICD-10, F43.22) bei Persönlichkeit mit ängstlich vermeidenden Zügen sowie einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung (ICD-10, F45.4) gestellt. Er hatte ausgeführt, die Versicherte habe wenig Introspektionsfähigkeit, beschreibe zwar Probleme wie Einsamkeit, Überforderung und Angst, jedoch siedle sie die Ursache im körperlichen Bereich an. Sie spreche nicht gut Deutsch, kenne wenig Leute, lebe zurückgezogen und vermeide Aktivität und Klärung. Nach Aufnahme einer vollzeitlichen Tätigkeit sei sie nach den Sommerferien in F.____ innerlich zusammengebrochen und könne sich nicht mehr aufraffen. Sie sei zur Zeit stark eingeschränkt in der Aufmerksamkeit, Konzentrationsfähigkeit und ermüde sehr schnell. Die Stimmung sei depressiv gedrückt, so dass sie nicht längere Zeit bei der Sache bleiben könne. Die Behandlung finde wöchentlich während einer Stunde statt. Die Versicherte habe anfänglich passiv eine Krankschreibung erwartet, arbeite inzwischen aber gut mit. Insoweit habe sie aktiviert werden können, sie sei aber noch weit von einer verwertbaren Arbeitsfähigkeit entfernt. Mittelfristig sei eine Arbeitsfähigkeit von 60% bis 80% möglich. Es sei eine Intensivierung der Therapie in der Tagesklinik vorgesehen (Berichte vom 19. Januar 2015, IV-act. 53-9 ff., und vom 16. Februar 2015, Fremdakten, act. 1-9 ff.). Die tagesklinische Behandlung erfolgte vom 9. März bis 1. Juli 2015 im Psychiatrie-Zentrum G.____. Zusätzlich zur Angst und depressiven Störung gemischt und zur anhaltend(en) somatoformen Schmerzstörung wurde zunächst eine posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10: F43.1) diagnostiziert und später der entsprechende Verdacht formuliert. Der behandelnde Arzt und die behandelnde Psychologin führten aus, durch die Schmerzstörung sei die Versicherte nicht in der Lage, schwere körperliche Tätigkeiten auszuführen. Sie leide an Kraftlosigkeit in Armen und Beinen, "plötzlich auftretenden Schmerzen vor allem im Hüftbereich" sowie einer unspezifischen Schwindelsymptomatik. Leider zeichne sich bisher nur ein zögerliches Ansprechen auf die therapeutischen Bemühungen ab mit Chronifizierungstendenz von Angst, Depression und somatoformer Schmerzstörung. Zum Abschluss der Behandlung könne von einer leichten Verbesserung der depressiven Symptomatik gesprochen werden. Die Ängste hätten sich reduziert und die Versicherte verfüge über Strategien zu deren Bewältigung. Vor dem Hintergrund der berichteten Kriegstraumatisierung während der Kindheit und Jugend und der migrationsspezifischen Probleme sei die Prognose tendenziell eher ungünstig. Aufgrund der chronifizierten Schmerzen, depressiver und unspezifischer Angstsyndrome sei lediglich eine Teilarbeitsfähigkeit realisierbar. Eine schrittweise Steigerung sollte möglich sein (vgl. Berichte vom 18. Mai 2015, IV-act. 13-2 f., Abschlussbericht vom 29. Juli 2015, IV-act. 53-5 f., Bericht vom 24. August 2015, Fremdakten, act. 2-2 f.). RAD-Ärztin med. pract. H.____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, nahm am 1. Juli 2015 Stellung: Aus versicherungsmedizinischer Sicht könne anhand der aktuellen Aktenlage eine Arbeitsfähigkeit von ca. 50% in adaptierter Tätigkeit - leichte, wechselbelastende Tätigkeit, ohne Heben und Tragen von Lasten über 10 kg, keine Nacharbeit - angenommen werden (IV-act. 15). Die Eingliederungsverantwortliche vermerkte im Assessmentprotokoll vom 13. August 2015, die Versicherte mache einen müden, desinteressierten und "abgelöschten"

Eindruck. Berufliche Interessen bzw. Motivation seien nicht spürbar (IV-act. 24). Dr. E.____ hielt im Arztbericht vom 26. Oktober 2015 fest, die Versicherte leide seit Jahren an einer schwankenden Befindlichkeit und tue sich schwer mit Veränderungen und entwicklungsnotwendigen Herausforderungen. Strukturell zeige sie Einschränkungen in den Bereichen Regulation und Bewältigung (Angst, Panik, Gereiztheit, Körperbeben, Schlafstörung, Blockade, Antriebslosigkeit, Grübeln, Rückzug). Ihr Krankheitsverständnis und ihre Behandlungserwartungen seien dysfunktional. Sie pflege Kontakte vornehmlich zu Verwandten und vermeide selbständige Schritte. Sie habe wenig Selbstwirksamkeitserfahrungen im Umgang mit Herausforderungen auch im beruflichen Bereich. Dem Sprung von zwei bis drei Stunden Putzarbeit abends zur vollzeitigen Arbeitskraft im Team tagsüber mit hohen Leistungserwartungen an Geschicklichkeit und Belastbarkeit sei sie nicht gewachsen gewesen. Die Versicherte benötige Förderung bzw. Druck von aussen, neige zu Passivität, Vermeidung. Die Arbeitsfähigkeit sei durch Schwindel, Panik, Vermeidung sowie kognitive und manuelle Überforderung eingeschränkt. Die bisherige Tätigkeit sei aus medizinischer Sicht nicht mehr zumutbar. Als Näherin bestehe vom 1. April 2015 bis auf weiteres eine Arbeitsfähigkeit von 50% (IV-act. 34). Mit Mitteilung vom 27. Oktober 2015 sprach die IV-Stelle der Versicherten Arbeitsvermittlung zu (IV-act. 32). Die Eingliederungsverantwortliche schloss ihren Fall am 26. April 2016 ab. Die Versicherte sei nach wie vor zu 50% arbeitsfähig geschrieben. Sie habe während sechs Monaten im Rahmen der Arbeitsvermittlung begleitet werden können und vom 6. April bis 19. Mai 2016 im Rahmen eines Praktikums in einem 50%-Pensum bei einer Tankstelle gearbeitet. Ergebe sich dort keine Anschlusslösung, sei die Begleitung durch das RAV ausreichend (Verlaufsprotokoll Eingliederungsberatung, IV-act. 39-2; Mitteilung vom 26. April 2016, IV-act. 41). Im Auftrag der IV-Stelle wurde die Versicherte nach Einwand der Rechtsschutzversicherung vom 2. Juni 2016 gegen die mit Vorbescheid vom 27. April 2016 in Aussicht gestellte Ablehnung eines Rentenanspruchs sowie nach erneuter RAD-Stellungnahme vom 5. Oktober 2016 (vgl. IV-act. 44, 48 und 54) bidisziplinär begutachtet (Gutachten vom 10. Dezember 2016, Dr. med. I.____, Psychiatrie und Psychotherapie, und Dr. med. J.____, Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, Untersuchungen 4. November 2016, IV-act. 63). Die Gutachter diagnostizierten bzw. bestätigten ein generalisiertes myofasciales Schmerzsyndrom, degenerative Veränderungen der LWS ossärer und diskogener Art, eine moderate Hypermobilität (IV-act. 63-19), eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10: F45.4), eine Angst und depressive Störung gemischt (ICD-10: F43.22) und akzentuierte Persönlichkeitszüge mit ängstlich-vermeidenden und lethargischen Anteilen (ICD-10: Z73,1); differenzialdiagnostisch erhob die psychiatrische Gutachterin eine kombinierte Persönlichkeitsstörung (ICD-10: F61.0; zum Ganzen IV-act. 63-33). Aus orthopädischer Sicht bestehe in einer gut adaptierten Tätigkeit eine Arbeitsfähigkeit von 90% (IV-act. 63-25). Aus rein psychiatrischer Sicht sei die zumutbare Arbeitsfähigkeit um 30% eingeschränkt (IV-act. 34). Unter den gegebenen Umständen ergänzten und verstärkten sich die Auswirkungen der somatischen und der psychischen Gesundheitsschädigungen; die Schmerzen beeinflussten die Psyche negativ, wodurch die körperlich begründeten Schmerzen stärker empfunden würden, was insgesamt die Leistungsfähigkeit vermindere. Aus Sicht beider Fachgebiete liege eine gewisse Verlangsamung des Arbeitstempos und eine raschere Ermüdbarkeit vor (IV-act. 63-39). In diesem Sinne gebe es Wechselwirkungen zwischen den orthopädischen und den psychiatrischen Diagnosen, die

sich aber in Bezug auf die Leistungs- und damit auf die Arbeitsfähigkeit nicht addierten (IV-act. 63-40). In der bisherigen Tätigkeit als Näherin liege eine Arbeitsunfähigkeit von 100% vor. Als Reinigungsangestellte sei die Versicherte zu 30% arbeitsunfähig. In einer angepassten Tätigkeit sei von einer Arbeitsunfähigkeit von 30% auszugehen. Die aus beiden Fachgebieten resultierenden Arbeitsunfähigkeiten könnten nicht addiert werden, da die Einschränkungen identisch seien und die Beschwerdeführerin die notwendigen Pausen zur Erholung sowohl in körperlicher als auch in psychischer Hinsicht nutzen könne (IV-act. 63-40). Aus somatischer Sicht sollte es sich um wechselbelastende, körperlich leichte Arbeiten mit der Möglichkeit des Wechsels zwischen Sitzen, Stehen und Gehen, ohne Tragen von Lasten über 10 kg und ohne Notwendigkeit von Zwangspositionen der Wirbelsäule, insbesondere der Inklinatation und Rotation, handeln. Auch Überkopfarbeiten seien zu meiden. Aus psychiatrischer Sicht seien ruhigere Tätigkeiten, ohne mehrere gleichzeitige Anforderungen, ohne starken Zeitdruck und mit einem überschaubaren geordneten Arbeitsablauf zumutbar (IV-act. 63-41). RAD-Arzt Dr. K. ___ befand, auf das Gutachten könne abgestellt werden (Stellungnahme vom 19. Dezember 2016, IV-act. 64). Mit Vorbescheid vom 6. Januar 2017 ersetzte die IV-Stelle den Vorbescheid vom 27. April 2016 und stellte der Versicherten erneut die Abweisung des Leistungsbegehrens betreffend Rente in Aussicht (IV-act. 67). Die Versicherte liess dagegen am 13. Januar 2017 vorsorglich Einwand erheben (IV-act. 68). Diesen begründete sie am 8. Februar 2017 (IV-act. 71-1 ff.). Gestützt auf Stellungnahmen von Dr. E. ___ vom 26. Januar 2017 (IV-act. 71-7 ff.) und von Dr. L. ___ vom 27. Januar 2017 (IV-act. 71-9 ff.) machte sie im Wesentlichen geltend, es sei von einer maximal 50%igen Arbeitsfähigkeit auszugehen. Weiter rechtfertigte sich ein leidensbedingter Tabellenlohnabzug von mindestens 10% (IV-act. 71-1 ff.). RAD-Arzt Dr. K. ___ nahm am 13. März 2017 zusammenfassend Stellung, konkrete Mängel am Gutachten würden nicht vorgetragen. Es bestünden psychosoziale Beeinträchtigungen und sicherlich belastende Lebensereignisse, die invaliditätsfremd seien bzw. der normalpsychologischen Verarbeitung unterlägen und daher nicht in die Beurteilung einzubeziehen seien. Es würden keine medizinischen Faktoren vorgetragen, welche den Gutachtern nicht bekannt gewesen und von ihnen deshalb nicht berücksichtigt worden wären (IV-act. 72). Mit Verfügung vom 10. April 2017 wies die IV-Stelle das Leistungsbegehren ab. Aus den Stellungnahmen der behandelnden Ärzte würden keine neuen medizinischen Tatsachen bekannt. Die (psychiatrische) Gutachterin habe die medizinischen Sachverhalte berücksichtigt, weshalb am Ergebnis der Begutachtung festgehalten werden könne. Es handle sich lediglich um eine andere Bewertung desselben medizinischen Sachverhalts durch die behandelnden Ärzte. Aus medizinischer Sicht bestehe eine 70%-ige Arbeitsfähigkeit in einer adaptierten Tätigkeit. Die Notwendigkeit vermehrter Pausen sei bereits bei der Arbeitsfähigkeitsschätzung berücksichtigt worden. Der Bedarf an besonderer Rücksichtnahme seitens des Arbeitgebers bzw. des Umfelds begründe keinen Leidensabzug. Das Alter, eine minimale Schulbildung sowie eine lange Abwesenheit vom Arbeitsmarkt dürften ebenfalls nicht berücksichtigt werden. Ein Tabellenlohnabzug sei invalidenversicherungsrechtlich nicht begründet. Bezüglich beruflicher Massnahmen sei auf die Mitteilung vom 26. April 2016 verwiesen und der Versicherten freigestellt, eine beschwerdefähige Verfügung einzufordern (IV-act. 73) Gegen die Verfügung vom 10. April 2017 erhebt A. ___ am 26. April 2017 Beschwerde. Sie beantragt, die angefochtene Verfügung sei unter Kosten- und Entschädigungsfolge aufzuheben. Es sei ihr mindestens eine Viertelsrente zu gewähren. Eventualiter sei die Beschwerdeführerin zu verpflichten, zur Vervollständigung des

Sachverhalts weitere medizinische Abklärungen über ihren Gesundheitszustand vorzunehmen bzw. vornehmen zu lassen. Dr. E. ___ und Dr. L. ___ kämen in ihren Berichten vom 26. Januar 2017 und vom 27. Januar 2017 zum Schluss, dass sie trotz guter Compliance zu maximal 50% arbeitsfähig sei. Die Beschwerdegegnerin habe einen Tabellenlohnabzug verneint, da der vermehrte Pausenbedarf bereits bei der Arbeitsfähigkeitseinschätzung berücksichtigt worden sei. Auf die weiteren Einschränkungen wie wechselnde Körperhaltung, Gewichtslimit von 10 kg, keine Überkopfarbeiten, kein Schichtbetrieb, keine gleichzeitige mehrfache Anforderungen, kein starker Zeitdruck, überschaubarer Arbeitsablauf werde nicht eingegangen. Diese Mehrfacheinschränkung rechtfertige einen Tabellenlohnabzug von 10% (act. G 1). Mit Beschwerdeantwort vom 18. August 2017 beantragt die Beschwerdegegnerin, die Beschwerde sei abzuweisen. Die Beschwerdeführerin lasse ausser Acht, dass Begutachtungs- und Behandlungsauftrag in einem unvereinbaren Zielkonflikt zueinander stünden. Abweichende Auffassungen behandelnder Ärzte bildeten regelmässig keinen Grund, von den Ergebnissen einer Administrativbegutachtung abzuweichen. Insbesondere eine psychiatrische Exploration könne von der Natur der Sache her nicht ermessensfrei erfolgen. Sowohl das psychiatrische als auch das orthopädische Gutachten erfüllten die Anforderungen an ein lege artis erstelltes Gutachten. Es könne vollumfänglich auf die Stellungnahme des RAD vom 13. März 2017 zu den von der Beschwerdeführerin angerufenen Stellungnahmen von Dr. E. ___ und Dr. L. ___ verwiesen werden. Die von der Beschwerdeführerin geltend gemachten Kriterien für einen Tabellenlohnabzug seien durch die Gutachter bei der Festlegung der Arbeitsfähigkeit bereits hinreichend berücksichtigt worden. Selbst wenn ein Leidensabzug von 10% zugestanden würde, würde bei einem Invalideneinkommen von Fr. 28'576.80 und einem Valideneinkommen von Fr. 43'200.-- ein Invaliditätsgrad von 34% resultieren, welcher keinen Rentenanspruch begründe (act. G 6). Mit Replik vom 14. September 2017 (act. G 8) bringt die Beschwerdeführerin vor, die Einschätzung von Dr. E. ___ basiere auf einer über zweijährigen therapeutischen Begleitung und therapeutischen Bemühungen. Diese könnten im gutachterlichen Kontext zu wenig überblickt werden. Auf das Gutachten könne deshalb nicht abgestützt werden. Neben der Arbeitsfähigkeit von maximal 50% habe sie einen erhöhten Pausenbedarf. Dieser rechtfertige einen Tabellenlohnabzug von mindestens 10%, woraus sich ein rentenbegründender Invaliditätsgrad ergebe (act. G 8). Die Beschwerdegegnerin verzichtet auf eine Duplik. Erwägungen Streitgegenstand bildet vorliegend ausschliesslich die Frage nach einem Rentenanspruch der Beschwerdeführerin, nachdem bei Erlass der Verfügung am 10. April 2017 seit der den Anspruch auf berufliche Massnahmen verneinenden Mitteilung vom 26. April 2016 (IV-act. 41) rund ein Jahr vergangen war, ohne dass diese eine anfechtbare Verfügung verlangt oder mit vorliegender Beschwerde Anträge hinsichtlich beruflicher Massnahmen gestellt hätte (vgl. BGE 134 V 145). 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). 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). 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 der Fachperson 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). Im Sozialversicherungsrecht gilt der Untersuchungsgrundsatz. Verwaltung und Sozialversicherungsgericht haben von sich aus für die richtige und vollständige Abklärung des rechtserheblichen Sachverhaltes zu sorgen (BGE 122 V 158 E. 1a). Rechtserheblich sind alle Tatsachen, von deren Vorliegen es abhängt, ob über den streitigen Anspruch so oder anders zu entscheiden ist. In diesem Rahmen haben Verwaltungsbehörden und das Sozialversicherungsgericht zusätzliche Abklärungen stets dann vorzunehmen oder zu veranlassen, wenn hierzu aufgrund der Parteivorbringen oder anderer sich aus den Akten ergebenden Anhaltspunkte hinreichender Anlass besteht (BGE 117 V 282 E. 4a). Im Sozialversicherungsrecht hat das Gericht seinen Entscheid, sofern das Gesetz nicht etwas Abweichendes vorsieht, nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu fällen (vgl. BGE 126 V 360 E. 5b; BGE 125 V 195 E. 2, je mit Hinweisen). Die Beschwerdeführerin rügt im Wesentlichen, auf das bidisziplinäre Gutachten von Dr. J.____ und Dr. I.____ sei nicht abzustellen, zumal ihr die sie behandelnden Dr. E.____ und Dr. L.____ eine höhere Arbeitsunfähigkeit von mindestens 50% attestierten. Bei der Würdigung der Einschätzungen behandelnder und begutachtender Ärztinnen und Ärzte ist der Erfahrungstatsache Rechnung zu tragen, wonach behandelnde Ärztinnen und Ärzte nicht nur in der Funktion als Hausärzte sondern auch als spezialärztlich behandelnde Medizinalpersonen im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen mitunter eher zugunsten ihrer Patienten aussagen (Urteil des Bundesgerichts vom 27. September 2017, 8C_295/2017, E. 6.4.2, mit weiteren Verweisen). Sie stehen in einem auftragsrechtlichen Verhältnis zur versicherten Person. Da sie sich zudem in erster

Linie auf die Behandlung zu konzentrieren haben, verfolgen deren Berichte nicht den Zweck einer den abschliessenden Entscheid über die Versicherungsansprüche erlaubenden objektiven Beurteilung des Gesundheitszustandes (BGE 135 V 470, E. 4.5). Ein den Beweisanforderungen grundsätzlich genügendes medizinisches Gutachten kann nicht stets in Frage gestellt werden, wenn und sobald die behandelnden medizinischen Fachpersonen nachher zu einer unterschiedlichen Beurteilung gelangen oder an vorgängig geäusserten abweichenden Auffassungen festhalten. Anders verhält es sich nur, wenn objektiv feststellbare Gesichtspunkte vorgebracht werden, die im Rahmen der Begutachtung unerkannt geblieben waren und die geeignet sind, zu einer anderen Beurteilung zu führen (Urteil des Bundesgerichts vom 29. Juli 2008, 9C_830/07, E. 4.3 mit Hinweisen). Allein die in masslicher Hinsicht abweichende Einschätzung der Arbeitsunfähigkeit vermag ein Administrativgutachten nicht in Zweifel zu ziehen (Urteile des Bundesgerichts 9C_830/2007 vom 29. Juli 2008, E. 4.3 mit Hinweisen, publ. in: SVR 2008 IV Nr. 62 S. 203, und vom 23. Juni 2015, 9C_853/2014, E. 3.1.2). Mithin ist nachfolgend zu prüfen, ob das Gutachten im Grundsatz beweistauglich ist und ob sich aus den Berichten der behandelnden Ärzte objektiv feststellbare Gesichtspunkte ergeben, welche die Gutachter nicht ausreichend berücksichtigt haben. Weiter ist zu beachten, dass – behandelnde und begutachtende – Psychiater, die mit der gleichen Person als Patientin oder Explorandin in verschiedenen Zeitpunkten und Situationen konfrontiert, zu unterschiedlichen Beurteilungen der psychischen Beeinträchtigungen und – invalidenversicherungsrechtlich entscheidend – deren Schweregrades mitsamt den sich daraus ergebenden Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit gelangen können. Diese in der Natur der Sache begründete, weitgehend fehlende Validierbarkeit ("Reliabilität") psychiatrischer Diagnosen kann nicht automatisch zu Beweisweiterungen bei sich widersprechenden psychiatrischen Berichten und Expertisen führen, wenn die gutachterliche Einschätzung die Anforderungen an beweiskräftige Gutachten erfüllt (Urteil des Bundesgerichts vom 29. September 2009, 9C_661/09, E. 3.2). Nachdem der Rheumatologe Dr. M.____ (Bericht vom 12. September 2014, IV-act. 53-17 ff.) und der Neurologe Prof. D.____ (Bericht vom 24. Oktober 2014, IV-act. 53-15 f.) jeweils eine ihrem Fachgebiet zuzurechnende Ursache der geklagten Beschwerden ausgeschlossen hatten und sich aus den Akten keine wesentliche internistische Gesundheitsproblematik ergibt, macht die Beschwerdeführerin zu Recht nicht geltend, es hätte eine polydisziplinäre Begutachtung erfolgen müssen. Dem orthopädischen Gutachter schilderte die Beschwerdeführerin, sie hätte seit ca. 2010 unter lumbalen Rückenschmerzen mit teilweiser Ausstrahlung ins rechte Bein gelitten. Durch einen Auffahrunfall im März 2013 sei es zu einer Verschlechterung der lumbalen Beschwerden gekommen. Im Juli 2014 seien eine allgemeine Schwäche und Schmerzen in der Wirbelsäule und in allen Gelenken aufgetreten, später mit Ausstrahlung auch in die Arme. Aktuell verspüre sie überall Schmerzen, die "immer wechseln würden". Im Vordergrund stünden lumbal lokalisierte Schmerzen, häufig kombiniert mit Blockaden im Beckenbereich, abwechselnd links und rechts lokalisiert. Der Verlauf der Schmerzen sei wellenförmig. Sitzen und Gehen führten nach einer Stunde und Stehen nach wenigen Minuten zu einer Schmerzverstärkung, Heben und Tragen auch nur leichter Gegenstände, Wetterwechsel, Kälte und Nässe bekämen ihr gar nicht gut. Teilweise bestünden auch ein Kribbeln, eine Kraftlosigkeit und "immer wieder" Schwellungen in den Händen und Beinen (IV-act. 63-12, 20). Der orthopädische Gutachter prüfte die so genannten Fibromyalgie-Punkte und kam zum Schluss, da nur sieben davon positiv seien, sei es nicht gerechtfertigt, die Diagnose (einer Fibromyalgie) zu stellen (IV-act. 63-18, 20). Sodann erhob er eine "moderate Hypermobilität"

(IV-act. 63-18). Weiter führte er aus, klinisch finde sich eine normale Beweglichkeit der Gelenke der oberen und unteren Extremitäten sowie der Wirbelsäule; neurologische Reiz- oder gar Ausfallsymptome könnten nicht festgestellt werden (IV-act. 63-20). Anlässlich der MRI-Untersuchung vom 1. September 2014 hätten lediglich leichtgradige Veränderungen der untersten Bandscheibe im Sinne einer Dehydrierung und einer leichten medianen Vorwölbung festgestellt werden können. Die Wirbelkörper selber und die Facettengelenke seien weitgehend unauffällig gewesen (IV-act. 63-20, vgl. auch IV-act. 63-20). Es könne davon ausgegangen werden, dass die Beschwerdeführerin eine verminderte Belastbarkeit der lumbalen Wirbelsäule aufweise; diese habe durch Bildgebung und Klinik objektiviert werden können (IV-act. 63-20, 22). Die diskogenen Veränderungen seien leichtgradig, allenfalls an der Grenze zu mittelgradig, die ossären Veränderungen seien leichtgradig (IV-act. 63-21). Die weiter angegebenen diffusen Schmerzen am Bewegungsapparat könnten nicht objektiviert werden (IV-act. 63-21). Es bestehe ein generalisiertes myofasciales Schmerzsyndrom, das sich allerdings nicht objektivieren lasse und sicher auch durch die Tatsache beeinflusst werde, dass die Beschwerdeführerin ihren Beschwerden einen recht hohen Stellenwert beimesse (IV-act. 63-22). Der orthopädische Gutachter geht von einer vor allem qualitativ eingeschränkten Arbeitsfähigkeit aus, welche Tätigkeiten ohne Heben und Tragen von Lasten über 10 kg, ohne Zwangspositionen der Wirbelsäule umfasst (IV-act. 63-25). Dies erklärt sich mit den objektivierbaren beschriebenen degenerativen Befunden. In Anbetracht dessen, dass die der Diagnose des myofascialen Schmerzsyndroms zugeordneten Beschwerden zu keinen organisch objektivierbaren funktionellen Einschränkungen führen, erscheint nachvollziehbar, dass der Gutachter in quantitativer Hinsicht für die Tätigkeiten im Nähatelier und in der Reinigung eine quantitative Einschränkung von 30% und in einer besser adaptierten Tätigkeit von 10% attestiert (vgl. IV-act. 63-25). Dr. L. ___ hatte sich bereits im Arztbericht vom 26. August 2016 ähnlich geäußert; die Versicherte könne keine schweren Lasten tragen (max. 10 kg), leide unter Konzentrationsstörungen und Müdigkeit und könne keinen Zeitdruck aushalten. Unter Berücksichtigung der genannten nicht im engeren Sinne somatischen BeschwerdekompONENTEN hatte sie die Arbeitsfähigkeit auf maximal 50% eingeschätzt (IV-act. 53-1 ff.). Später schloss sie sich der Beurteilung des orthopädischen Gutachters ausdrücklich an (Stellungnahme vom 27. Januar 2017, IV-act. 71-9). Gegenüber der psychiatrischen Gutachterin schilderte die Beschwerdeführerin im Wesentlichen Überforderung, Erschöpfung, Müdigkeit, Konzentrationsschwierigkeiten, Ohnmachtsanfälle und Schwindel. Sie habe daher ihre Vollzeitstellen bei N. ___ (2011 bis 2012) und im Nähatelier (ab 21. März 2014, IV-act. 8-1) aufgeben müssen. Auch die während vier Stunden halbtags ausgeübte Tätigkeit an einer Tankstelle sei ihr "zu viel" gewesen. Drei Stunden halte sie für möglich (IV-act. 63-27 f.). Die Gutachterin diagnostizierte eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10: F45.4), eine Angst und depressive Störung gemischt (ICD-10: F43.22) sowie akzentuierte Persönlichkeitszüge mit ängstlich-vermeidenden und lethargischen Anteilen (ICD-10: Z73,1); differenzialdiagnostisch erhob sie eine kombinierte Persönlichkeitsstörung (ICD-10: F61.0; IV-act. 63-33). Damit bestätigte sie im Wesentlichen die Diagnosen von Dr. E. ___ (vgl. IV-act. 63-34, Arztbericht Dr. E. ___ vom 26. Oktober 2015, IV-act. 34: Angst und depressive Reaktion gemischt [ICD-10: F41.2] sowie anhaltende somatoforme Schmerzstörung [ICD-10: F45.40]; vgl. auch Stellungnahme Dr. E. ___ vom 26. Januar 2017, wonach die psychiatrische Gutachterin schlussendlich zu denselben Diagnosen komme, welche auch er gestellt habe). Abweichend beurteilen der behandelnde Arzt und

die Gutachterin indes die Auswirkung der psychischen Gesundheitsbeeinträchtigung auf die Arbeitsfähigkeit: Im Bericht vom 23. Mai 2016 hatte Dr. E.____ im Wesentlichen festgehalten, die Versicherte bemühe sich und sei sehr motiviert, ohne dass sich etwas Grundlegendes an ihrer Problematik verändert habe. Sobald etwas mehr körperliche und psychische Anstrengung verlangt werde, zeige sich, dass sie mit ihrer 50%igen Arbeitsfähigkeit absolut an ihr Leistungsmaximum komme. Die Angst- und depressive Reaktion gemischt und die anhaltende somatoforme Schmerzstörung beeinflussten sich gegenseitig derart, dass auch auf längere Sicht von einem maximal erreichbaren Arbeitspensum von 50% auszugehen sei (IV-act. 48-8 f.). An dieser Einschätzung hielt er auch in der Stellungnahme vom 26. Januar 2017 fest (IV-act. 71-2), während die Gutachterin von einer zumutbaren Arbeitsfähigkeit von 70% ausgeht (vgl. IV-act. 63-34). Die Gutachterin beschrieb im Befund unter anderem einen verminderten Antrieb, eine Schwunglosigkeit, ein lethargisches, spärliches und sparsames Ausdrucksverhalten, steife, unsichere, insgesamt sehr gleichgültige, teilweise ratlose Umgangsformen, einen unentschlossenen Willen, ein zurückhaltendes, sehr einsilbiges und sehr indifferentes Kontakt- und Antwortverhalten, ein nüchternes, teilweise widersprüchliches und gleichgültiges Denken sowie eine affektarme, nüchterne, teilweise ratlose, über weite Strecken ernste Stimmung mit wenig Mimik und seltenem Lächeln. Aufmerksamkeit, Konzentration und Merkfähigkeit wurden als erschwert und abschweifend erhoben, die Gedächtnisleistung als teilweise schwerbesinnlich. Von der Persönlichkeit her gebe es Hinweise auf ängstlich-vermeidende und lethargische Anteile (IV-act. 63-30). Sie legte weiter dar, klinisch hätten im Rahmen der aktuellen Untersuchung eine leichte Verlangsamung, ängstliche Zurückhaltung und Lethargie festgestellt werden können. Testpsychologisch habe sich ein leichtes depressives Syndrom abgebildet. Die Verdachtsdiagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung habe weder klinisch noch testdiagnostisch bestätigt werden können (IV-act. 63-34). Die geklagten Beschwerden - Rückenschmerzen, Erschöpfung, Müdigkeit, Schwindel und Konzentrationsstörungen - führt sie auf die diagnostizierte anhaltende somatoforme Schmerzstörung, auf die Angst und depressive Störung gemischt sowie auf akzentuierte Persönlichkeitszüge mit ängstlich-vermeidenden und lethargischen Anteilen zurück (IV-act. 63-34 f.). Die Expertin beurteilt die Ausprägung und Schwere der Befunde insgesamt aus rein psychiatrischer Sicht als leicht bis mittelgradig (IV-act. 63-34). Dem ist zu folgen. Zwar erachtet sie die Diagnosekriterien einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung, insbesondere eines andauernden, schweren und quälenden Schmerzes, trotz der wenig fassbaren Angaben der Beschwerdeführerin als erfüllt (IV-act. 63-34; vgl. H. Dilling/ H.J. Freyberger, Taschenführer zur ICD-10-Klassifikation psychischer Störungen, 7. Aufl., Bern 2014, S. 195), womit ein invalidisierender Schweregrad der Auswirkungen auf die Alltagsfunktionen diagnoseinhärent ist (vgl. BGE 141 V 286, E. 2.1.1). Die Beschwerdeführerin beschrieb indes den Verlauf der Schmerzen als wechsel- und wellenhaft, von verschiedenen Einflüssen abhängig. Sie konnte die Intensität auf der bis 10 reichenden Schmerzskala nicht quantifizieren (IV-act. 63-12), was Dr. L.____ auf Defizite bei der Selbsteinschätzung und der deutschen Sprache zurückführt (Stellungnahme vom 27. Januar 2017, IV-act. 71-9). Der orthopädische Gutachter vermerkte, dass die Beschwerdeführerin Schwierigkeiten gehabt habe, genaue Angaben zu machen (IV-act. 63-12); immerhin fand die Begutachtung in Anwesenheit einer Dolmetscherin statt (IV-act. 63-1). Als Schmerzmedikation werden Dafalgan (Paracetamol, bei leichten bis mässig starken Schmerzen, www.compendium.ch) oder Spedifen (Ibuprofen) bei Bedarf,

etwa zwei- bis dreimal in der Woche, angegeben (IV-act. 63-15, 29). Gesamtüberblickend erscheint im Aktenverlauf aufgrund der Angaben der Beschwerdeführerin eher die Erschöpfung als die Schmerzen im Beschwerdebild vorrangig, wenngleich die psychiatrische Gutachterin die Rückenschmerzen ebenfalls als vorrangig bezeichnet (IV-act. 63-34). Die Beschwerdeführerin steht in monatlicher Behandlung bei Dr. E.____ (Bericht Dr. E.____ vom 23. Mai 2016, IV-act. 48-8) und erhält seit zwei Jahren das Antidepressivum Valdoxan. Dieses helfe ihr beim Einschlafen (IV-act. 63-29, wobei sie gegenüber der Eingliederungsverantwortlichen am 20. Januar 2016 angab, sie nehme keine Medikamente gegen Depressionen mehr, IV-act. 39-2). Die Intensität der Therapie, mit der sich die Beschwerdeführerin besser fühle (IV-act. 63-27), lässt nicht auf einen sehr hohen Leidensdruck schliessen. Insgesamt ist somit nachvollziehbar, dass die Gutachterin trotz diagnostizierter anhaltender somatoformer Schmerzstörung nicht von schwer beeinträchtigenden Schmerzen oder anderweitigen schwerwiegenden psychiatrischen Beeinträchtigungen ausgeht. Von orthopädischer Seite liegen keine schwerwiegenden Komorbiditäten vor; der orthopädische Gutachter geht von einer leicht- bis höchstens mittelgradigen Ausprägung des Gesundheitsschadens aus (vgl. IV-act. 63-21). Betreffend die Persönlichkeit liegen gemäss psychiatrischem Gutachten ängstlich-vermeidende und lethargische Züge vor, die auf eine durch kriegerische Auseinandersetzungen verursachte Persönlichkeitsentwicklungsstörung zurückzuführen seien und sich aktuell als Persönlichkeitsakzentuierung zeigten (IV-act. 63-35). Dies erscheint in Anbetracht der erhobenen Befunde (IV-act. 63-30) nachvollziehbar. Zu den Ressourcen führte die psychiatrische Gutachterin aus, die Beschwerdeführerin habe keine Beeinträchtigung bei der Anpassung an Regeln und Routinen. Die Fähigkeit zur Planung und Strukturierung von Aufgaben sei leicht eingeschränkt. Anstehende Aufgaben würden abhängig von der aktuellen körperlichen Problematik erledigt. Grundsätzlich versorge sie sich selbständig und brauche im Haushalt lediglich bei schweren Tätigkeiten Hilfe. Flexibilität und Umstellungsfähigkeit seien leicht eingeschränkt. Die Beschwerdeführerin habe Schwierigkeiten, sich an neue Situationen anzupassen. Die Anwendung fachlicher Kompetenzen sei nicht eingeschränkt. Die Entscheidungs- und Urteilsfähigkeit sei leicht beeinträchtigt, da sich die Beschwerdeführerin von äusseren Faktoren beeinflussen lasse. Das Durchhaltevermögen und die Selbstbehauptungsfähigkeit seien mässig beeinträchtigt (IV-act. 63-35). Die Kontaktfähigkeit zu Dritten sei eingeschränkt; die Beschwerdeführerin ziehe sich gehäuft zurück und vermeide Kontakte. Auch die Gruppenfähigkeit sei eingeschränkt, da sie sich häufig zurückziehe. Kaum Probleme bestünden in der Beziehung zu vertrauten Menschen. Die Fähigkeit zu Spontanaktivitäten sei mässig eingeschränkt; Hobbys würden vernachlässigt und die Beschwerdeführerin verhalte sich passiv. Die Unterstützung durch das vorhandene soziale Netzwerk sei vorhanden. Die Kommunikationsfähigkeit sei aufgrund geringer Sprachkenntnisse eingeschränkt. Die Motivation sei eher gering. Es lägen soziale Belastungen vor (geringe Deutschkenntnisse, keine berufliche Ausbildung, Kinderversorgung; zum Ganzen IV-act. 63-36 f.). Die Beschwerdeführerin äusserte hierzu, sie habe wenig Kontakt mit deutschsprachigen Menschen, dies finde sie schade. Die finanziellen Verhältnisse seien ausreichend. Die Partnerschaft sei sehr gut. Ihr Ehemann kümmere sich um alles, auch um die Schulbelange der Söhne und um gemeinsame Unternehmungen, und helfe ihr im Haushalt. Auch seine Familie habe grosses Verständnis und unterstütze sie (vgl. IV-act. 63-29). Es ist demnach von intakten, unterstützenden familiären Ressourcen auszugehen. Zur Konsistenz hielt der orthopädische Gutachter fest, die von der Beschwerdeführerin vorgebrachten Beschwerden

korrelierten mit ihrem Benehmen. Während der Befragung und der Untersuchung sei sie in ihren Aussagen und in ihrem Benehmen konsistent gewesen. Auch ausserhalb der eigentlichen Untersuchungssituation hätten keine Diskrepanzen oder Widersprüche bemerkt werden können. Die Schilderungen bezüglich des Tagesablaufs, namentlich im Hinblick auf die zu erledigenden Haushaltarbeiten, seien in sich konsistent (IV-act. 63-21). Die fehlende Hand- und Fussbeschwellung bestätigten die Angabe der Beschwerdeführerin, dass sie nicht mehr sehr aktiv sei (IV-act. 63-24). Auch die psychiatrische Gutachterin konnte weder klinisch noch testpsychologisch Diskrepanzen oder Widersprüche ausmachen (IV-act. 63-37). Weiter attestieren die Gutachter der Beschwerdeführerin eine grundsätzlich gute Kooperation bzw. Compliance (IV-act. 63-24, 36). Zusammengefasst berücksichtigt das Gutachten die geklagten Beschwerden und die vorhandenen Akten. Es ist schlüssig und nachvollziehbar und orientiert sich am für nicht somatisch objektivierbare Leiden anzuwendenden strukturierten Beweisverfahren bzw. den massgeblichen Standardindikatoren. Objektivierte medizinische Standpunkte, die das Gutachten in Frage zu stellen vermöchten, werden in den Stellungnahmen von Dr. E.____ vom 26. Januar 2017 (IV-act. 71-7 ff) und von Dr. L.____ vom 27. Januar 2017 (IV-act. 71-9 ff.) nicht vorgebracht. Dass das während der zwei Behandlungsjahre entstandene Bild der psychischen Erkrankung mittels der medizinischen Akten nicht vollständig vermittelt werden kann, vermag nach der massgeblichen Rechtsprechung das Gutachten nicht zu entkräften. Die psychiatrische Begutachtung dauerte über zwei Stunden, Anamnese und Befunde wurden vergleichsweise detailliert dokumentiert (IV-act. 63-1). Die Berichte von Dr. E.____ sind im Vergleich zum Üblichen ebenfalls aussagekräftig und umfangreich, so dass der Verzicht der Gutachterin, beim behandelnden Dr. E.____ eine Fremdanamnese einzuholen, gerechtfertigt scheint. Auf das Gutachten ist daher abzustellen, und es ist gemäss bidisziplinärem Konsens von einer durch einen erhöhten Pausenbedarf begründeten (IV-act. 63-40) 70%igen Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin in ruhigeren, wechselbelastenden, körperlich leichten Tätigkeiten ohne mehrere gleichzeitige Anforderungen, ohne starken Zeitdruck, mit einem überschaubaren, geordneten Arbeitsablauf, mit Wechsel zwischen Sitzen, Stehen und Gehen, ohne Heben und Tragen von Lasten über 10 kg und ohne Zwangspositionen der Wirbelsäule auszugehen (IV-act. 63-38, 25, 41). Diese Arbeitsfähigkeit gilt auch retrospektiv, da - wie vorstehend dargetan - die Gutachter sowie Behandler in der Diagnosestellung grundsätzlich nicht voneinander abweichen und vorliegend hinsichtlich der Arbeitsfähigkeitsbeurteilung für den gesamten zu prüfenden Zeitraum die versicherungsrechtliche Einschätzung unverändert massgebend ist. In der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Näherin wurde der Beschwerdeführerin seit 1. September 2014 eine 100%ige (bzw. zwischenzeitlich 50%ige) Arbeitsfähigkeit attestiert (Fremdakten, act. 1-6 ff. und 14 ff.). Gemäss Gutachten dauert diese an (IV-act. 63-38). Das Wartejahr gemäss Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG war somit am 1. September 2015 erfüllt. Die Beschwerdeführerin meldete sich am 30. März 2015 zum Leistungsbezug an, womit am 1. September 2015 auch die Frist gemäss Art. 29 Abs. 3 IVG abgelaufen ist. Ein allfälliger Rentenanspruch besteht somit ab 1. September 2015. Die Beschwerdeführerin erzielte in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Näherin im Jahr 2014 ein monatliches Einkommen von Fr. 3'600.-- (IV-act. 8-4). Selbst wenn von einem dreizehnten Monatslohn ausgegangen wird, ist das Jahreseinkommen von Fr. 46'800.-- gegenüber dem Durchschnittseinkommen 2014 gemäss Lohnstrukturerhebung (LSE) des Bundesamtes für Statistik (BFS), Kompetenzniveau 1, Frauen von Fr. 53'793.-- im Umfang von 13% unterdurchschnittlich. Die Angabe der Beschwerdeführerin gegenüber der

psychiatrischen Gutachterin, dass sie bereits im Jahr 2012 eine erst 2011 angetretene Vollzeitstelle aus gesundheitlichen Gründen habe aufgeben müssen, legt nahe, dass sie bereits damals in ihrer Leistungsfähigkeit eingeschränkt war. Zudem übte sie die Vollzeitstelle als Näherin lediglich während einiger Monate aus. Daher ist das Valideneinkommen nach dem erwähnten Tabellenlohn zu bemessen. Da die Beschwerdeführerin die ihr zugemutete Arbeitsfähigkeit nicht voll ausschöpft, ist auch das Invalideneinkommen nach dem Tabellenlohn zu bemessen und ein Prozentvergleich vorzunehmen (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 4. Februar 2015, 9C_888/2014, E. 2, mit weiteren Verweisen). Wird das Invalideneinkommen auf der Grundlage von statistischen Durchschnittswerten ermittelt, ist der entsprechende Ausgangswert (Tabellenlohn) allenfalls zu kürzen. Damit soll der Tatsache Rechnung getragen werden, dass persönliche und berufliche Merkmale wie Art und Ausmass der Behinderung, Lebensalter, Dienstjahre, Nationalität oder Aufenthaltskategorie und Beschäftigungsgrad Auswirkungen auf die Lohnhöhe haben können (BGE 124 V 321 E. 3b/aa S. 323). Aufgrund dieser Faktoren kann die versicherte Person die verbliebene Arbeitsfähigkeit auch auf einem ausgeglichenen Arbeitsmarkt möglicherweise nur mit unterdurchschnittlichem erwerblichem Erfolg verwerten (BGE 126 V 880 E. 5b/aa in fine). Der Abzug soll aber nicht automatisch erfolgen. Er ist unter Würdigung der Umstände im Einzelfall nach pflichtgemäßem Ermessen gesamthaft zu schätzen und darf 25 % nicht übersteigen (BGE 126 V 80 E. 5b/bb-cc; 134 V 327 f. E. 5.2; Urteil 9C_368/2009 vom 17. Juli 2009 E. 2.1; zum Ganzen auch Urteil des Bundesgerichts vom 23. Dezember 2014, 9C_630/2014, E. 2.1 mit weiteren Verweisen). Nach ständiger Rechtsprechung können gesundheitliche Einschränkungen, die bereits in der Beurteilung des medizinischen Zumutbarkeitsprofils enthalten sind, nicht zusätzlich in die Bemessung des leidensbedingten Abzuges einfließen und so zu einer doppelten Anrechnung desselben Gesichtspunktes führen. Dabei rechtfertigt der Umstand, dass eine grundsätzlich vollzeitlich arbeitsfähige versicherte Person gesundheitlich bedingt lediglich reduziert leistungsfähig ist, an sich keinen Abzug vom Tabellenlohn. Bestehen jedoch über das ärztlich beschriebene Beschäftigungsspensum hinaus zusätzliche Einschränkungen, wie beispielsweise ein vermindertes Rendement pro Zeiteinheit wegen verlangsamter Arbeitsweise oder ein Bedarf nach ausserordentlichen Pausen, oder ist die funktionelle Einschränkung ihrer besonderen Natur nach nicht ohne weiteres mit den Anforderungen vereinbar, wie sie sich aus den gewöhnlichen betrieblichen Abläufen ergeben, kann dies bei der Bemessung des leidensbedingten Abzugs vom statistischen Tabellenlohn berücksichtigt werden (Urteil des Bundesgerichts vom 18. Januar 2018, 8C_552/2017, E. 5.3.1, mit weiteren Verweisen). Vorliegend ist das Adaptationsprofil einerseits durch die lumbalen Degenerationen und andererseits durch die psychischen Beeinträchtigungen eingeschränkt. Im Wesentlichen bedarf die Beschwerdeführerin einer rückschonenden und psychisch unterdurchschnittlich belastenden Tätigkeit mit der Möglichkeit zu vermehrten Pausen. Dies wurde bei der Arbeitsfähigkeitsschätzung der Gutachter bereits umfassend berücksichtigt (vgl. IV-act. 63-40), so dass sich kein Abzug rechtfertigt. Weitere Elemente zur Begründung eines Tabellenlohnabzugs sind nicht ersichtlich. Überdies würde auch ein solcher von 10% noch nicht zu einem rentenbegründenden IV-Grad führen; bei einem Tabellenlohnabzug von 10% resultiert ein Invaliditätsgrad von 37% ($1 - [0,9 \times 0,7]$). Nach dem Gesagten ist die Beschwerde abzuweisen. 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 in

der vorliegend zu beurteilenden Angelegenheit als angemessen. Dem Ausgang des Verfahrens entsprechend ist sie vollumfänglich der Beschwerdeführerin aufzuerlegen und durch den von ihr geleisteten Kostenvorschuss von Fr. 600.-- gedeckt. Entscheid im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP Die Beschwerde wird abgewiesen. Die Beschwerdeführerin hat eine Gerichtsgebühr von Fr. 600.-- zu bezahlen; diese ist durch den in gleicher Höhe geleisteten Kostenvorschuss gedeckt.

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