

# **SG\_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2018/6 vom 21. Februar 2020**

Sg Versicherungsgericht, 2020-02-21, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg\\_publicationen\\_IV\\_2018\\_6](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg_publicationen_IV_2018_6)

FR: SG\_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2018/6 du 21 février 2020

IT: SG\_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2018/6 del 21 febbraio 2020

## **Regeste**

Art. 7 ATSG; Art. 8 ATSG; Art. 28 IVG Die Beschwerdeführerin leidet an einem systemischen Lupus erythematodes, der gelegentlich Arthralgien verursacht, leichtgradigen degenerativen Veränderungen, einer chronischen Schmerzstörung mit psychischen und somatischen Faktoren und einer Dysthymie. Das polydisziplinäre Gutachten (Allgemeine Innere Medizin, Rheumatologie, Psychiatrie) ist beweistauglich und attestiert unter Berücksichtigung von Inkonsistenzen eine Arbeitsunfähigkeit von 34 %. Gründe für einen Tabellenlohnabzug bestehen nicht. Der Invaliditätsgrad entspricht einem Prozentvergleich. Somit besteht kein Rentenanspruch (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 21. Februar 2020, IV 2018/6).

## **Volltext**

Entscheid vom 21. Februar 2020 Besetzung Versicherungsrichterinnen Michaela Machleidt Lehmann (Vorsitz), Marie-Theres Rüegg Haltinner und Versicherungsrichter Joachim Huber; Gerichtsschreiberin Beatrix Zahner Geschäftsnr. IV 2018/6 Parteien A.\_\_\_\_, Beschwerdeführerin, vertreten durch Rechtsanwalt Mark A. Glavas, MLaw, Advokatur Glavas AG, Dorfstrasse 33, 9313 Muolen, gegen IV-Stelle des Kantons St. Gallen, Postfach 368, 9016 St. Gallen, Beschwerdegegnerin, Gegenstand Rente Sachverhalt A.\_\_\_\_ meldete sich am 3. Januar 2013 wegen Beeinträchtigungen durch Rheuma, eine Urticaria Arthritis und Hüftproblemen bei der Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug an (IV-act. 1). Gemäss Bericht von Dr. med. B.\_\_\_\_, Innere Medizin und Rheumatologie FMH, vom 2. November 2012 hatte die Versicherte einen massiven Schub einer Urticaria-Vasculitis mit Schwellung und Petechien beider Unterschenkel und erheblichen Schmerzen erlitten (Fremdakten, act. 2-2 f.). Am 26. August 2013 hielt der Arzt fest, zwischenzeitlich sei es nicht mehr zu einer Urticaria gekommen. Die Versicherte leide aber unter polymyalgiformen Beschwerden und einem wechselnden Panvertebralsyndrom sowie einer zunehmenden Periarthropathia coxae rechts bei Impingement-Symptomatik und beginnender Coxarthrose. Immer wieder beschreibe sie auch schmerzhaft Weichteilschwellungen, insbesondere der unteren Extremitäten, die er aber in den Sprechstunden nie habe verifizieren können. Mit Erhalt der Kündigung ihrer seit Oktober 2000 innegehabten Stelle als Büglerin und Kontrolleurin von Bettwäsche bei der C.\_\_\_\_ AG am 16. April 2013 auf den 30. Juli 2013 (vgl. dazu Angaben Arbeitgeberin vom 24. Januar 2013, IV-act. 12; Kündigung IV-act. 21) sei das ohnehin schon komplexe Beschwerdebild vollends dekomponiert. Als Diagnosen hielt er diffuse Hüft- und Oberschenkelgelenkschmerzen rechts bei femoro-acetabulärer Impingement-Symptomatik, mässiger Coxarthrose, einen diskoiden Lupus erythematodes, unter Plaquenil-Therapie weitgehend stabil, sowie eine rezidivierende panvertebrale lumbosacral-betonte

Schmerzproblematik bei Fehllhaltung, Fehlform, osteodegenerativen Veränderungen und muskulärer Dysbalance fest. Ziemlich alle Therapien seines Fachgebiets hätten sich als erfolglos erwiesen. Er denke, dass die psychosoziale Konfliktsituation in nicht unerheblichem Masse das Beschwerdebild mitpräge. Die Versicherte fühle sich zunehmend krank. Ihre Angehörigen unterstützten dies und drängten auf eine Berentung (Fremdakten, act. 4-53 ff.). Nach telefonischer Kontaktaufnahme mit Dr. B.\_\_\_\_ nahm RAD-Arzt Dr. med. D.\_\_\_\_, Facharzt für Innere Medizin, am 24. April 2013 Stellung. Er gab an, die Arbeitsfähigkeit der Versicherten betrage grundsätzlich 70 % und könne, falls die therapeutischen Bemühungen fruchteten, angehoben werden (RAD Fallübersicht vom 25. April 2013, IV-act. 18). Die IV-Stelle sprach der Versicherten daraufhin Arbeitsvermittlung (Unterstützung bei der Stellensuche) zu (Mitteilung vom 3. Juni 2013, IV-act. 24). Im Auftrag des Krankentaggeldversicherers wurde die Versicherte bidisziplinär begutachtet. Im psychiatrischen Teilgutachten vom 24. Oktober 2013 (Fremdakten, act. 4-19 ff.) führte Dr. med. E.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, im Wesentlichen aus, es seien, da sich die professionelle Dolmetscherin versehentlich an einen falschen Ort begeben habe, der Ehemann und der Sohn der Versicherten bei der Begutachtung als Übersetzer anwesend gewesen. Der Ehemann unterstütze die Versicherte und dränge auf eine Berentung. Er lege Fotos der Urticaria der Unterschenkel vom Sommer 2012 und von einem grossen Sack voller Medikamente vor und beklage sich über die unsachgemässe Behandlung durch Dr. B.\_\_\_\_ (Fremdakten, act. 4-20). Eigenanamnestisch hielt er fest, die Versicherte leide seit ca. eineinhalb Jahren unter starken Schmerzen in der rechten Hüfte. Im Sommer 2012 und Sommer 2013 habe sie einen äusserst schmerzenden Ausschlag an beiden Unterschenkeln bekommen. Dr. B.\_\_\_\_ habe ihr viele Medikamente, häufig Kortison gegeben, alles ohne Erfolg und nach 15 Monaten die Behandlung beendet, da er "nichts machen könne", ohne eine Diagnose gestellt zu haben (Fremdakten, act. 4-21, 23). Die Versicherte liege den ganzen Tag auf dem Sofa und mache mehrheitlich nichts. Den Haushalt und das Kochen besorge der Ehemann. Sie habe abends grosse Einschlafschwierigkeiten, weil sie nur schwer eine schmerzarme Position finden könne und wache nachts wegen der Schmerzen öfters auf. Das Hauptproblem liege in den Schmerzen und nicht in der Psyche (Fremdakten, act. 4-23 f.). Dr. E.\_\_\_\_ stellte fest, die subjektiv beklagten Beschwerden könnten nicht objektiviert werden. Bezüglich der somatischen Beschwerden bestehe aufgrund der Akten der Verdacht einer somatoformen Schmerzverarbeitungsstörung, da diverse Symptome nie hätten objektiviert werden können. Psychiatrisch bestehe keine Symptomatik von Krankheitswert (Fremdakten, act. 4-28). Es bestehe eine Neigung zur demonstrativen und aggravierenden Symptompräsentation mit Verdacht auf eine relativ bewusstseinsnahe Symptomverstärkung und bewusste Rentenbegehrlichkeit (gesteuert durch den Ehemann). Der Gutachter diagnostizierte eine leichte reaktive depressive Anpassungsstörung auf Kündigung der Arbeitsstelle sowie chronische Schmerzen (ICD-10: F43.21) und formulierte den Verdacht auf eine somatoforme Schmerzverarbeitungsstörung (ICD-10: F45.4 [Fremdakten, act. 4-26 f.]). Ansonsten bestehe kein Anhaltspunkt für eine andere, schwerere psychiatrische Problematik (Fremdakten, act. 4-26 f.). Aktuell sei die Arbeitsfähigkeit um 20 % bis 30 % eingeschränkt. Die Arbeitsunfähigkeit sei primär unter dem Aspekt des Stellenverlustes und der daraus resultierenden Rentenbegehrlichkeit auf dem Hintergrund einer somatoformen Schmerzverarbeitungsstörung zu beurteilen. Durch eine Verbesserung der antidepressiven Medikation sowie psychoedukativen psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung könnte das depressive Zustandbild innerhalb von ein bis zwei Monaten gänzlich behoben

werden und es sei somit spätestens bis Ende Jahr aus psychiatrischen Gründen wieder von einer 100 %igen Arbeitsfähigkeit auszugehen (Fremdakten, act. 4-30, 32). Im orthopädischen Teilgutachten vom 28. Oktober 2013 (Fremdakten, act. 4-33 ff.) hielt Dr. med. F.\_\_\_\_, Orthopädie und Traumatologie des Bewegungsapparates FMH, fest, die Beschwerden konkretisierten sich auf ein Impingementsyndrom der rechten Hüfte. Trotz Bemühung der Dolmetscherin seien zum Verlauf der Beschwerden im Vorjahr keine konkreten Angaben erfolgt (Fremdakten, act. 4-34). Klinisch erhob die Gutachterin Gewebewassereinlagerungen in den distalen Unterschenkeln beidseits, eine Haltungs-insuffizienz bzw. Fehlstatik, schmerzhafte Palpation im Bereich der Processus spinosi der mittleren Brustwirbelsäule sowie Schmerzen in den Vorfüssen und eine (Stand-)unsicherheit. Die zumutbare Gehstrecke werde auf 800 m am Stück geschätzt und das Gangbild zeige sich kleinschrittig, dezent hinkend unter Entlastung der rechten Hüfte. Beim Versuch, Gehen auf Zehen und Fersen zu prüfen sowie beim Stehen und Hüpfen im Einbeinstand komme es zu Verdeutlichungs- und Aggravationstendenzen. Die Inklination sei deutlich eingeschränkt. Am rechten Schultergelenk würden Beschwerden beklagt. Weiter fand sie eine verminderte grobe Kraft in der rechten Hand, seitengleich normale Handgelenksfunktionen mit Angabe von Schmerzen im Bereich der Ganglien und neurologisch orientierend eine Hyposensibilität am linken Unterarm streckseitig und am rechten Oberschenkel ventral/lateral (Fremdakten, act. 4-35 ff.). Die Gutachterin diagnostizierte unter anderem eine Dekonditionierung, eine Fehlstatik der Wirbelsäule, Haltungsinsuffizienz, eine verminderte Belastbarkeit der unteren Extremitäten bei Impingement-Symptomatik der rechten Hüfte mit degenerativen Veränderungen und eine Schmerzangabe in beiden Handgelenken bei kleinen dorsoradialen Ganglien. Die Beschwerden der rechten Hüfte seien abgeklärt worden und gemäss Akten ergebe sich keine Indikation zu einer Operation. Die vorgetragene Beschwerden fänden in der aktuellen Untersuchung nur bedingt ihr Korrelat. Anamnestisch wie auch klinisch ergebe sich kein Anhalt für ein rheumatisches Geschehen (Fremdakten, act. 4-38). Die einzelnen erhobenen pathologischen Befunde begründeten aktuell ausschliesslich wegen Dekonditionierung und nicht adäquat durchgeführter Therapie noch eine Arbeitsunfähigkeit von 50 % für die Dauer von vier Wochen. Danach bestehe für körperlich leichte Tätigkeiten einschliesslich der zuletzt ausgeübten als Näherin eine volle Arbeitsfähigkeit (Fremdakten, act. 4-39). Gemäss Arztbericht der Rheumatologie/Rehabilitation, Kantonsspital St. Gallen (KSSG) vom 28. Oktober 2013, wurde an dieser Klinik ein systemischer Lupus erythematosus diagnostiziert. Eine Organmanifestation sei aktuell ausgeschlossen, führend seien eine artikulare Symptomatik sowie myofasziale Beschwerden, vor allem Schmerzen über dem Trochanter major rechts, Polyarthralgien und schmerzhafte Dysästhesien in beiden Füssen. Weiter wurden unter anderem ein chronisches lumbovertebrales Schmerzsyndrom sowie Hüftschmerzen rechts bei femoroacetabulärem Impingement und Bursitis trochanterica rechts diagnostisch festgehalten. Gemäss CT LWS vom 10. Juli 2013 bestehe eine relative osteo-diskoligamentäre neuroforaminale Enge LWK 4/5 und LWK 3/4 bei breitbasigen kleinen Diskushernien mit Kontakt zu den Nervenwurzeln L4, L5 rezessal und L3 links, aktuell ohne radikuläre Symptomatik. Ein MRI vom 3. Juli 2013 zeige in der rechten Hüfte eine erhebliche anteriore femorale Offset-Störung, leichte acetabuläre Osteophyten, Chondropathie Grad II. Zur Festlegung der Arbeitsfähigkeit sei eine interdisziplinäre Begutachtung einschliesslich Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit (EFL) sinnvoll (IV-act. 35). In einer (undatierten) Aktennotiz führte der RAD aus, den Gutachtern sei die Diagnose eines Lupus erythematosus noch nicht bekannt

gewesen. Laut der behandelnden Dr. med. G.\_\_\_\_, Fachärztin für Allgemeinmedizin, entfalte dieser mit seinen rezidivierenden Schüben eine Aktivität, die zurzeit nicht mit einer verwertbaren Arbeitsfähigkeit vereinbar sei, solange er nicht medikamentös beherrscht werden könne (IV-act. 41). Die Eingliederungsberatung schloss daraufhin ihren Fall am 16. Juni 2014 ab (IV-act. 43), und die IV-Stelle lehnte weitere berufliche Massnahmen ab (Mitteilung vom 16. Juni 2014, IV-act. 46). Nachdem sich der Gesundheitszustand gemäss Arztberichten von Dr. G.\_\_\_\_ vom 13. August 2014 und vom 5. Februar 2015 trotz des Versuchs einer Therapie mit Rituximab eher verschlechtert hatte (IV-act. 48-1 ff., IV-act. 51), fand vom 9. bis 23. Februar 2015 zunächst eine stationäre multimodale Komplextherapie in der Klinik für Rheumatologie des KSSG statt. Dort wurden vordergründig ein chronisches lumbovertebrales Schmerzsyndrom sowie Arthralgien in beinahe allen Gelenken im Rahmen einer entzündlichen Systemerkrankung beschrieben. Bei der Versicherten bestehe sowohl ein nozizeptives Schmerzsyndrom im Bereich der Gelenks- und Wirbelsäulenbeschwerden sowie eine fraglich neuropathische Schmerzkomponente mit brennenden Dysästhesien der unteren Extremitäten in strumpfförmiger Ausprägung (vgl. Austrittsbericht vom 3. März 2015, IV-act. 62). Auf diese stationäre Behandlung folgte vom 24. Februar bis 16. März 2015 ein Rehaaufenthalt in der Klinik H.\_\_\_\_ (vgl. Austrittsbericht vom 16. März 2015, IV-act. 56-10 ff.). Prof. Dr. med. I.\_\_\_\_, Chefarzt Universitätsklinik für Rheumatologie, klinische Immunologie und Allergologie am Spital J.\_\_\_\_, diagnostizierte gemäss rheumatologischem Konsilium vom 16. Juli 2015 unter anderem eine rezidivierende kryoglobulinämische Vaskulitis seit Mai 2012 im Rahmen eines systemischen Lupus erythematoses. Er führte im Wesentlichen aus, die Schübe seien gut kontrollierbar mit einem Steroidpuls. In den vergangenen zwei bis drei Jahren habe sich eine heute dominante Schmerzzerkrankung im Sinne einer Fibromyalgie bzw. eine Psychopathologie, welche sich phänomenologisch auch als sekundäre Fibromyalgie äussere, entwickelt. Die entzündlich-rheumatologische Grunderkrankung (systemischer Lupus erythematoses und kryoglobulinämische Vaskulitis) sei als Auslöser der aktuell vordergründigen somatoformen und psychiatrischen Problematik zu verstehen. Die Grunderkrankung habe betreffend der aktuellen Beschwerden keine entscheidende Bedeutung mehr. Es bestehe zweifellos eine erhebliche Depression (IV-act. 67). Dr. med. K.\_\_\_\_, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, therapierte die Versicherte ab 28. März 2015 (Arztbericht vom 15. September 2015, IV-act. 77). Sie diagnostizierte eine schwere depressive Episode, gegenwärtig bei bestehender Dysthymie (ICD-10: F32.2/F34.1), eine organische psychische Störung aufgrund der Systemerkrankung bei bestehendem Lupus erythematoses, eine andauernde Persönlichkeitsänderung mit chronischem Schmerzsyndrom organischer Genese sowie eine Angststörung (Höhenangst) und berichtete, die Versicherte leide unter Insuffizienz-, Zukunfts- und Versagensängsten. Oft seien suizidale Tendenzen, völlige Lustlosigkeit, Erschöpfung und Energielosigkeit in der Psychopathologie eruierbar. Wegen des langen Unerkanntheits der Erkrankung sei die Versicherte verbittert und fühle sich bestraft und völlig wertlos (Fachärztlicher Kurzbericht vom 13. Juli 2015, IV-act. 70). Die Versicherte sei im Alltagsverhalten stark eingeschränkt. Die Nutzung öffentlicher Verkehrsmittel sei absolut ausgeschlossen. Gehen sei ohne Erschöpfung nicht weiter als 200m und Stehen nicht länger als 20 Minuten möglich. Es bestünden körperliche Einschränkungen aufgrund der somatischen systemischen Diagnose, aufgrund der Lustlosigkeit, starker Ängstlichkeit und einer starken Antriebsstörung sowie aufgrund von Erschöpfungsgefühlen und ständiger Schläfrigkeit sowie der ganzkörperlichen Weichteil- und Muskelschmerzen (und) wegen

der Arthralgie. Die psychoemotionale Symptomatik und die Schmerzen seien organischer Genese. Die Depression stelle sich durch starke Antriebsminderung, Leistungsschwäche, Reduktion der kognitiven Leistungsfähigkeit, Vergesslichkeit, Zukunftsängste, Versagensgefühle, Sinnlosigkeit des Lebens mit unheilbarer Erkrankung sowie durch Reduktion der gesamten Funktionsfähigkeit dar. Es bestehe bereits eine starke Chronifizierung der depressiv-ängstlichen Symptomatik. Eine stationäre Therapie erwäge sie nicht. Die psychische und psychotherapeutische Behandlung sei beim transkulturellen Hintergrund der Versicherten schwerst scham- und schuldbesetzt (Arztbericht vom 15. September 2015, IV-act. 77). RAD-Arzt Dr. med. L. \_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, nahm am 4. Dezember 2015 Stellung und kam zum Schluss, zusammenfassend fehlten Substrate für eine objektivierbare Schwere des psychiatrischen Krankheitsbildes, weshalb nicht von einer anhaltenden psychischen Störung mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gesprochen werden könne (IV-act. 80). Berichte der Klinik für Rheumatologie des KSSG vom 23. Dezember 2015 und vom 6. Januar 2016 hielten fest, es bestehe ein lumboradikuläres Schmerzsyndrom (Nervenwurzelreizsyndrom L5 rechts), aktuell ohne Paresen (IV-act. 90-10 f.); hinsichtlich des Lupus erythematoses sei die Krankheitsaktivität aktuell gering (IV-act. 90-13 ff.). Mit Vorbescheid vom 14. Januar 2016 gewährte die IV-Stelle der Versicherten das rechtliche Gehör zur vorgesehenen Abweisung des Rentengesuchs (IV-act. 83). Hiergegen liess sie am 22. Januar 2016 Einwand erheben (IV-act. 84). Diesen begründete sie am 14. März 2016 gestützt auf eine Stellungnahme von Dr. K. \_\_\_\_ (IV-act. 90-1 f.). Die behandelnde Psychiaterin hatte am 7. Februar 2016 ausgeführt, sie könne die Einschätzung der Kollegen aus dem somatischen Bereich, wonach die systemische Erkrankung keine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit habe, aus psychiatrischer Sicht nicht teilen. Die schwere Depression lasse sich durch Symptome und testdiagnostisch objektivieren. Sie sei eine Reaktion auf die chronische körperliche Erkrankung (IV-act. 90-3 f.). Am 5. Juni 2016 und 13. Juli 2016 berichtete sie über eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes, insbesondere der kognitiven Defizite (IV-act. 100, 103). Eine neuropsychologische Untersuchung ergab Einschränkungen in den kognitiven Funktionsbereichen Aufmerksamkeit, Tempo und Exekutivfunktionen sowie im Lernen von neuen Inhalten. Bei deutlich verminderter kognitiver Verarbeitungsgeschwindigkeit sei die Handlungsplanung stark eingeschränkt und die Ideenproduktion deutlich vermindert. Die beschriebenen Befunde seien am ehesten durch die affektive Verstimmung bei chronischen Schmerzen und die im Zusammenhang mit der Schlafstörung erlebten Müdigkeit bedingt (Bericht neuropsychologische Untersuchung Klinik für Neurologie, Universitätsspital Zürich, vom 15. August 2016, IV-act. 108). Dr. med. M. \_\_\_\_, Facharzt für Rheumatologie, Physikalische Medizin und Rehabilitation sowie Orthopädische Chirurgie, erstattete am 21. November 2016 eine konsiliarische Beurteilung. Er erhob die Diagnosen eines chronischen lumbospondylogenen Schmerzsyndroms bei Facettenüberlastungszeichen und SIG-Affektion rechts mehr als links, einer symptomatischen Coxarthrose rechts mehr als links mit Gangbildstörung und Wegstrecken-Limitierungen, eines systemischen Lupus erythematoses sowie einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (IV-act. 119-73 f.). Eine MR Angiographie Becken-Beine vom 13. Januar 2017 zeigte eine signifikante hochgradige subtotale Enge der infrarenalen Bauchorta unmittelbar nach Abgang der AMI bei hochgradigen atheromatös bedingten Kaliberunregelmässigkeiten unmittelbar proximal der Bifurkation mit zusätzlich hochgradigen subtotalen Abgangsstenosen der arteria iliaca communis rechts mehr als links (IV-act. 119-60). Im

Auftrag der IV-Stelle wurde die Versicherte polydisziplinär begutachtet (Gutachten MEDAS Interlaken-Unterseen GmbH vom 2. Mai 2017; Dr. med. N.\_\_\_\_, Allgemeine Innere Medizin; Dr. med. O.\_\_\_\_, Psychiatrie; Dr. med. P.\_\_\_\_, Rheumatologie; Untersuchungen 7. und 16. Februar 2017; IV-act. 119). Der rheumatologische Gutachter hielt fest, der Lupus erythematoses begründe aktuell keine Arbeitsunfähigkeit, allfällige Krankheitsschübe könnten meist medikamentös innert Wochen kontrolliert werden. Zusätzlich bestünden leichtgradige degenerative Veränderungen der Facettengelenke der unteren LWS sowie eine Fehlstatik der Wirbelsäule mit muskulärer Dysbalance. Diesbezüglich seien die therapeutischen Massnahmen umfassend gewesen. Klinisch finde sich eine weitgehend uneingeschränkte Beweglichkeit der Wirbelsäule wie auch der grossen Gelenke. Eine leichtgradige Coxarthrose sei bekannt, jedoch wenig einschränkend. Zusätzlich bestehe eine erhebliche aortale und iliakale Stenose im Rahmen der Atherosklerose. Dadurch wären die Beschwerden bei längerem Gehen erklärbar. Insgesamt fänden sich deutliche Hinweise für eine Aggravation. Aus rheumatologischer Sicht könne eine körperlich leicht belastende Tätigkeit in einem Pensum von 80 % erwartet werden. Eine Einschränkung von 20 % könne durch die Beschwerden im Bereich der Wirbelsäule und Dekonditionierung begründet werden (IV-act. 119-24 f.). Auch der psychiatrische Gutachter stellte Inkonsistenzen und Diskrepanzen fest (IV-act. 119-92 f.). Er diagnostizierte eine chronische Schmerzstörung mit psychischen und somatischen Faktoren (ICD-10: F45.41) sowie eine Dysthymie (ICD-10: F34.1). Befunde hierfür liessen sich objektivieren. Ausgangspunkt der Beschwerden könne ein physiologischer Prozess oder eine körperliche Störung sein (degenerative Veränderungen der Wirbelsäule, Lupus). Psychische Faktoren spielten aber eine durchaus wichtige Rolle für die Bedeutungszumessung, die Aufrechterhaltung und die Verarbeitung dieser Beschwerden. Dies bedeute, dass die Schmerzen, auch wenn sie nicht somatisch nachvollziehbar seien, nicht vorgetäuscht seien (IV-act. 119-95 f.). In einer einfachen, strukturierten Tätigkeit ohne besondere Anforderungen an Konzentration, Teamfähigkeit oder Stresstoleranz, ohne besonders störende Lärm- oder Lichtverhältnisse, ohne ständig wechselnden Kontakt zu anderen Menschen oder Kunden sowie einer möglichen erhöhten Inanspruchnahme von Pausen bestehe aus rein psychiatrischer Sicht keine Einschränkung von mehr als einem Drittel (Arbeitsfähigkeit 66 %; IV-act. 119-99). Interdisziplinär wurde in der angestammten sowie in einer angepassten Tätigkeit eine Arbeitsunfähigkeit von nicht mehr als einem Drittel attestiert (IV-act. 119-33). Ende März 2017 war bei der Versicherten eine Stent-Angioplastie der distalen Aorta/Iliaca communis beidseits vorgenommen worden, welche zu einer Verbesserung der Claudicatio intermittens führte (Bericht Dr. M.\_\_\_\_ vom 11. Mai 2017, IV-act. 124-11 f.; Bericht Dr. med. Q.\_\_\_\_, Leiter Gefässmedizin und Thoraxchirurgie Klinik R.\_\_\_\_ vom 22. Mai 2017, IV-act. 124-10). Nachdem RAD-Arzt Dr. L.\_\_\_\_ in seiner Stellungnahme vom 8. Mai 2017 zum Schluss gekommen war, dass auf das Gutachten abgestellt werden könne (IV-act. 120), zeigte die IV-Stelle der Versicherten mit Vorbescheid vom 10. Mai 2017 erneut die vorgesehene Abweisung des Leistungsbegehrens an (IV-act. 123). Die Klinik für Rheumatologie des KSSG berichtete am 23. Mai 2017 über eine aktuelle Remission des Lupus erythematoses (IV-act. 124-5 f.). Dr. M.\_\_\_\_ beschrieb am 2. Juni 2017 eine deutliche Linderung nach Hüftgelenksinfiltration rechts sowie unverändert schmerzhaft und bewegungseingeschränkte Schultergelenke (IV-act. 124-3 f.). Gegen den Vorbescheid vom 10. Mai 2017 liess die Versicherte am 16. Juni 2017 Einwand erheben (IV-act. 124-1 f.). Zur Begründung reichte sie eine ausführliche Stellungnahme von Dr. K.\_\_\_\_ vom 16. Juni 2017 zum Gutachten ein. Darin

fürte diese im Wesentlichen und zusammengefasst aus, das Gutachten ziehe aus den erhobenen Befunden die falschen diagnostischen Schlüsse und berücksichtige die fachdisziplinischen Zusammenhänge der Befunde und die psychischen Folgen der verpassten Diagnose des Lupus erythematoses nicht. Aufgrund des Behandlungsverlaufs und des Studiums des Gutachtens seien zusätzlich eine phobische Störung (ICD-10: F40.8 und 40.2 [Höhenangst]), eine organische depressive Störung (ICD-10: F06.32) und eine organische Angststörung (ICD-10: F06.4) zu diagnostizieren. Die Versicherte liess geltend machen, Dr. K.\_\_\_\_ zeige objektiv überprüfbare Fehler der Gutachter auf, weshalb nicht auf das Gutachten abgestellt werden dürfe (IV-act. 128-4 ff.). Hierzu nahmen die Gutachter einzeln im Rahmen ihrer Fachdisziplinen Stellung (IV-act. 135). RAD-Arzt Dr. L.\_\_\_\_ befand am 2. Oktober 2017, darauf sei abschliessend abzustellen (IV-act. 136). Die Versicherte bemängelte am 30. Oktober 2017 unter Beilage einer weiteren Stellungnahme von Dr. K.\_\_\_\_ vom 20. Oktober 2017, es fehle an einer sachlichen Auseinandersetzung der Gutachter mit den Ausführungen von Dr. K.\_\_\_\_ (IV-act. 138). Mit Verfügung vom 16. November 2017 wies die IV-Stelle das Rentengesuch bei einem Invaliditätsgrad von 20 % ab (IV-act. 140). Gegen die Verfügung vom 16. November 2017 lässt die Versicherte (nachfolgend Beschwerdeführerin), vertreten durch Rechtsanwalt MLaw M. Glavas, am 3. Januar 2018 Beschwerde erheben. Sie beantragt, die angefochtene Verfügung sei unter Kosten- und Entschädigungsfolgen aufzuheben und die Streitsache sei zu weiteren Abklärungen, insbesondere einer Neubegutachtung, an die IV-Stelle (nachfolgend: Beschwerdegegnerin) zurückzuweisen. Das Gutachten, auf welches die Beschwerdegegnerin abstelle, sei nicht schlüssig. Die (fehlerhafte) Behandlung durch Dr. B.\_\_\_\_ habe psychische Beschwerden verursacht, weshalb sie eine Psychotherapie habe in Anspruch nehmen müssen. Dr. K.\_\_\_\_, die als zertifizierte SIM-Gutachterin auch die versicherungsrechtliche Sicht beurteilen könne, habe festgestellt, dass der Gutachter die falsche Diagnose gestellt habe. Die Versicherte habe den Inhalt der Psychotherapie aufgrund ihrer einfachen Strukturiertheit nicht wiedergeben können. Bereits in der Tagesklinik habe sich gezeigt, dass ihre Gruppenfähigkeit eingeschränkt und eine stationäre bzw. teilstationäre Behandlung nicht zumutbar sei. Aufgrund der psychischen Beschwerden sei sie auch in einer angepassten Tätigkeit eingeschränkt. Der psychiatrische Gutachter habe sich mit den Einwendungen von Dr. K.\_\_\_\_ nicht gebührend auseinandergesetzt. Sie habe nachvollziehbar erläutert, weshalb der erst spät erkannte Lupus erythematoses zu einer Angststörung geführt habe. Nachdem der Gutachter nicht objektiv zu den Ausführungen von Dr. K.\_\_\_\_ Stellung genommen habe, sei es ihr nicht möglich gewesen, ihrerseits Stellung zu nehmen. Bei der Stellungnahme von Dr. K.\_\_\_\_ handle es sich nicht bloss um eine von den Gutachtern abweichende Beurteilung. Vielmehr liessen sich aus der von den Gutachtern erhobenen Psychopathologie die (korrekten) psychiatrischen Diagnosen zweifelsfrei stellen. Der RAD habe die Stellungnahme von Dr. K.\_\_\_\_ ebenfalls nicht angemessen geprüft. Auf das Gutachten sei nicht abzustellen und es könne gestützt darauf kein strukturiertes Beweisverfahren durchgeführt werden (act. G 1). Mit Beschwerdeantwort vom 21. Februar 2018 beantragt die Beschwerdegegnerin, die Beschwerde sei abzuweisen. Der Einschätzung der MEDAS als speziell für die IV geschaffene Gutachterstelle komme grosses Gewicht zu. Der polydisziplinäre Ansatz gewährleiste eine Gesamtbetrachtung. Weiter sei die auftragsrechtliche Stellung behandelnder Ärzte und Ärztinnen zu berücksichtigen. Der psychiatrische Gutachter habe zum Arztbericht von Dr. K.\_\_\_\_ ausführlich Stellung genommen, weshalb dieser das Gutachten nicht in Frage zu stellen vermöge. Bei der psychiatrischen Begutachtung hätten

keine massiv einschränkende Befunde erhoben werden können. Die Beschwerdeführerin habe ein zum angegebenen Tagesablauf diskrepantes Auftreten gezeigt. Die diagnoserelevanten Befunde erschienen nicht ausgeprägt. Es lasse sich bezüglich medizinischer Behandlung keine echte Bereitschaft zur Veränderung erkennen. Es finde keine Pharmakotherapie statt und eine Psychotherapie im konzeptionellen Sinne sei nicht klar erkennbar. Von einem definitiven Scheitern einer *lege artis* oder mit optimaler Kooperation durchgeführten Therapie könne nicht gesprochen werden. Die Beschwerdeführerin verweise auf Rückzugstendenzen, befinde sich jedoch in stabilen Familienverhältnissen und pflege Kontakte zur Verwandtschaft. Insgesamt erwiesen sich die geltend gemachten funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten psychiatrischen Beeinträchtigung anhand der massgeblichen Standardindikatoren nicht als überwiegend wahrscheinlich erstellt. In Gesamtbetrachtung aller relevanten Indikatoren könne aus somatischer Sicht höchstens von einer Einschränkung von 20 % ausgegangen werden (act. G 4). Mit Replik vom 9. April 2018 macht die Beschwerdeführerin geltend, Dr. K. \_\_\_ habe anhand objektiv nachvollziehbarer Kriterien erläutert, weshalb das MEDAS-Gutachten unvollständig und unschlüssig sei. Der psychiatrische Gutachter habe zu den Einwänden von Dr. K. \_\_\_ nicht sachlich Stellung genommen. Da das psychiatrische Gutachten nicht schlüssig sei, könne gestützt darauf keine Indikatorenprüfung erfolgen. Gemäss einschlägiger Literatur könne aus dem Medikamentenspiegel kein verlässlicher Schluss zur Einnahme von Psychopharmaka gezogen werden. Sie sei durch ihre psychischen Beschwerden massiv eingeschränkt. Aufgrund der Antriebsverminderung und der erhöhten Erschöpfbarkeit sei sie bloss vermindert durchhaltetüchtig. Zudem leide sie aufgrund ihrer phobischen und Angststörungen unter eingeschränkter Kontakt- und Gruppenfähigkeit. Es liege ein bedeutender sozialer Rückzug vor, wodurch der soziale Kontext zweifelsohne gestört sei. Eine Aggravation sei gemäss Gutachten lediglich möglich. Sie befinde sich in konsequenter Psychotherapie, dennoch zeige sich eine unveränderte bzw. progrediente Symptomatik ohne Remission. Dr. K. \_\_\_ habe erklärt, dass eine teilstationäre Therapie aufgrund der hohen Ängstlichkeit und der Angstfixierung nicht zumutbar sei. Daraus dürfe nicht auf einen fehlenden Leidensdruck geschlossen werden. Die psychischen Beschwerden sprächen gerade gegen eine stationäre Therapie. Dass sie gesund sei, wenn sie in ihre Heimat reisen könne, werde bestritten (act. G 6). Die Beschwerdegegnerin verzichtet am 25. April 2018 auf eine Duplik (act. G 8). Erwägungen 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). 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). Für somatisch unklare Beschwerdebilder (somatoforme Schmerzstörung und gleichgestellte Diagnosen) sowie psychische Erkrankungen wie namentlich Depressionen ist der Beweis nach dem strukturierten Verfahren mittels Indikatoren zu führen (vgl. dazu BGE 141 V 281 und 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.). 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 ergebender 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). Zu prüfen ist die Beweistauglichkeit des MEDAS-Gutachtens vom 2. Mai 2017. Anlässlich der Begutachtung beklagte die Beschwerdeführerin vor allem Konzentrationsprobleme, Vergesslichkeit sowie das Gefühl von Wertlosigkeit (IV-act. 119-21). Sie leide unter Schmerzen am ganzen Körper, unter immer schlimmer werdenden Rückenschmerzen, aktuell Schmerzen an Beinen und Füßen, Schultern, Armen und Weichteilen mit Schwellungen, Brust und Flanke sowie an Rücken und Becken, meist ausstrahlend ins rechte Bein. Weiter träten immer wieder Schwindel, täglich Kopfschmerzen und Lichtempfindlichkeit auf. Die Beinschmerzen bestünden seit mehreren Jahren. Sie würden beim Gehen stärker, so dass sie nach 50 m stehen bleiben müsse und hätten zur Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit geführt. Die Intensität der Schmerzen liege bei 8/10 Punkten. Die Rückenschmerzen seien seit drei Jahren vorhanden und nach einer Spritze im Kantonsspital St. Gallen vor drei Tagen deutlich zurückgegangen. Der Schlaf sei schlecht wegen der Schmerzen und der Nervosität. Sie sei sehr müde und liege oft tagsüber im Bett. Den Haushalt besorgten der Sohn und der Ehemann; sie helfe, soweit es gehe (IV-act. 119-22 f., 85, 106 f.). Klinisch vermerkten die allgemein-internistische Gutachterin und der rheumatologische Gutachter eine vor allem nach links eingeschränkte Rotation der Halswirbelsäule, wobei der rheumatologische Gutachter notierte, wenn sich die Beschwerdeführerin unbeobachtet gefühlt habe, sei die Rotation völlig frei gewesen (IV-act. 119-23 f., 109). Die allgemein-internistische Gutachterin protokollierte, das Hinlegen sowie An- und Ausziehen seien mühsam und unter Schmerzmittelgabe erfolgt (IV-act. 119-23). Der rheumatologische Experte hielt fest, die Untersuchung der BWS und der LWS hätten mit Gegeninnervationen geendet, während die Beweglichkeit beim Umkleiden sowie beim Vorzeigen der Heimübungen völlig frei und ohne Angabe von Schmerzen erfolgt seien. In der Untersuchung hätten Schmerzen am ganzen Achsenskelett, in der Muskulatur, im Schultergürtel, im Beckenbereich und in den Extremitäten ausgelöst werden können. Auffallend sei, dass bei Ablenkung keine Beschwerden hätten ausgelöst werden können und das Fehlen von Einschränkungen bei der Demonstration der Heimübungen. Dies spreche gegen eine limitierende tendomyotische Komponente oder eine ausgeprägte relevante Erkrankung der Wirbelsäule (IV-act. 119-109). Noch anders hatte Dr. M. \_\_\_ im vor der Begutachtung abgegebenen Konsilium vom 21. November 2016 festgehalten, bei der klinischen Untersuchung zeigten sich eine schmerzbedingte Minderinnervation des rechten Beines mit Wegstreckenlimitierung sowie ADL- und Transfereinschränkungen. Die Rotation und Kompression der Lendenwirbelsäule sei deutlich schmerzhaft limitiert. Im Bereich der Lendenwirbelsäule bestehe ein paravertebraler Hartspann, über dem Sacroiliacalgelenk ein deutlicher Druckschmerz und ein positiver Bänderdehnungstest iliolumbal (IV-act. 119-73 f.). Sowohl die allgemein-internistische Gutachterin als auch der rheumatologische Gutachter erhoben eine eingeschränkte Innenrotation der linken Hüfte und eine freie Beweglichkeit der Schultern (IV-act. 109-24, 109). Dr. M. \_\_\_ hatte zuvor festgehalten, im Bereich des rechten Hüftgelenks zeige sich ein positives Kapselmuster mit Schmerzexazerbation bei Innenrotation, Abduktion und Extension. Die ventrale Kapsel sei druckschmerzempfindlich (IV-act. 119-73 f.). Bildgebend sind eine Hüftgelenksarthrose beidseits mit mässiger Verschmälerung des Gelenkspaltes (CT vom 7. Oktober 2013, erwähnt in IV-act. 119-107) und für die rechte Hüfte eine erhebliche anteriore femorale Offsetstörung mit Impingementkonstellation (MR Arthro der Hüfte rechts vom 3. Juli 2012; Fremdakten, act. 4-44) dokumentiert. Hinsichtlich der Wirbelsäule sind bildgebend Facettengelenksarthrosen der unteren LWS, L3/4 rechts aktiviert sowie eine

Diskusprotrusion L4/5 mit rezessaler Einengung der Nervenwurzel L5 rechts (MRI WS vom 30. September 2015, IV-act. 119-71 f., s. auch IV-act. 119-108 und Bericht der Klinik für Rheumatologie KSSG vom 23. Dezember 2015, IV-act. 90-10 f.) nachgewiesen. Eine SPECT-CT LWS/Becken vom 21. Dezember 2016 hatte sodann eine metabolisch aktive Facettengelenksarthrose L3/4 rechts ohne entzündliche Komponente sowie mässige degenerative Veränderungen der ISG und der Hüften ergeben (IV-act. 119-79). Der rheumatologische Gutachter befand, der Lupus erythematodes sei aktuell nicht aktiv und begründe zurzeit keine Arbeitsunfähigkeit. Klinisch hätten sich keine entzündlichen Veränderungen in den Gelenken gezeigt, die Haut sei unauffällig, auch das Blutbild weise nicht auf eine Aktivität hin. Allfällige Krankheitsschübe könnten meist medikamentös innert Wochen kontrolliert werden (IV-act. 119-24, 109 f.). Weiter beschrieb er leichtgradige degenerative Veränderungen der Facettengelenke der unteren LWS sowie eine Fehlstatik der Wirbelsäule mit muskulärer Dysbalance bei klinisch weitgehend uneingeschränkter Beweglichkeit der Wirbelsäule und der grossen Gelenke (IV-act. 119-24). Die Coxarthrose hält er für leichtgradig und wenig einschränkend (IV-act. 119-110). Er fand deutliche Hinweise für eine Aggravation, indem das Ausmass der angegebenen Beschwerden die demonstrierten Fähigkeiten in der Bewegung der Wirbelsäule und Extremitäten deutlich übersteige (IV-act. 119-25; IV-act. 135-4 f., s. auch oben, E. 2.2). Die Arbeitsfähigkeit schätzte er in seinem Fachgebiet mit Hinweis auf die Beschwerden im Bereich der Wirbelsäule und die Dekonditionierung in einer körperlich leicht belastenden Tätigkeit auf 80 % (IV-act. 119-25). Sowohl die Ärzte der Rheumatologie/Rehabilitation des KSSG (Bericht vom 28. Oktober 2013, IV-act. 35) als auch Prof. I.\_\_\_\_ (Konsilium vom 15. Juli 2015, IV-act. 67) stellten fest, seitens des systemischen Lupus erythematodes sei bislang kein organischer Befall (renal, pulmonal, kardial oder neurologisch) aufgetreten. Die Rheumatologie/Rehabilitation des KSSG berichtete am 12. März 2014, bezüglich des Lupus erythematodes bestehe aktuell keine relevante Aktivität (IV-act. 37). Dr. G.\_\_\_\_ hielt am 13. August 2014 fest, die Versicherte leide immer wieder unter ausgeprägten Beinschwellungen mit Hautvaskulitis und starken Schmerzen. Die weitere Prognose sei abhängig vom Ansprechen auf die Therapie mit Rituximab, aktuell bestehe eine Arbeitsfähigkeit von maximal 20 % (IV-act. 48-1 ff.). Die Klinik für Rheumatologie des KSSG führte am 19. August 2014 aus, nach Steroidreduktion sei es zu einem erneuten Auftreten von einzelnen purpura-artigen Hautläsionen am linken Unterschenkel gekommen. Es bestehe keine systemische Symptomatik (IV-act. 51-6). Im Arztbericht vom 15. Januar 2015 vermerkte die Klinik eine aktuell geringe Aktivität (diskrete Hautvaskulitis unter Steroidreduktion; IV-act. 50). Im Zentrum der multimodalen rheumatologischen Komplexbehandlung vom 9. bis 23. Februar 2015 standen ein chronisches, lumbovertebrales Schmerzsyndrom sowie Arthralgien aktuell beinahe aller Gelenke mit Morgensteifigkeit im Rahmen einer entzündlichen Systemerkrankung (IV-act. 62-1 f.). Dr. G.\_\_\_\_ schrieb im Verlaufsbericht vom 1. April 2015, die stationären Behandlungen (in der Rheumaklinik des KSSG und anschliessend in der Klinik H.\_\_\_\_, IV-act. 56-10 ff.), hätten keinen durchschlagenden Erfolg im Sinne einer höheren Arbeitsfähigkeit gebracht. Zur Zeit verschlechtere sich das Krankheitsbild (bezüglich des Lupus erythematodes) eher (IV-act. 56). Die Klinik für Rheumatologie konstatierte gemäss Bericht vom 19. Juni 2015 ein Rezidiv seit anfangs Juni mit u.a. Hautvaskulitis und Gonarthrit links (IV-act. 90-5 ff.). Prof. I.\_\_\_\_ hatte sich im Konsilium vom 15. Juli 2015 nicht zur aktuellen Aktivität geäussert, jedoch ausgeführt, die entzündlich-rheumatologische Grunderkrankung sei als Auslöser der aktuell

vordergründigen somatoformen und psychiatrischen Problematik zu verstehen. Die Grunderkrankung habe betreffend die aktuellen Beschwerden keine entscheidende Bedeutung mehr, die Psychopathologie sei vordergründig (IV-act. 67). Gemäss Berichten der Rheumaklinik KSSG wies der Lupus erythematoses am 6. Januar 2016 aktuell eine geringe Aktivität auf (IV-act. 90-13 f.). Am 21. September 2016 berichtete die Klinik über einen aktuell erneuten Schub der Hautvaskulitis, vermehrte generalisierte und wandernde Arthralgien, Myalgien und Fatigue (IV-act. 119-37 ff.) und am 1. Dezember 2016 bereits wieder über eine milde Aktivität (IV-act. 119-49). Obwohl die Methotrexat-Behandlung nach akuter Veränderung des Blutbildes im Dezember 2016 abgesetzt werden musste (vgl. Berichte der Klinik für Rheumatologie vom 1. Dezember 2016, IV-act. 119-49, und vom 16. Februar 2016, IV-act. 119-62, gutachterliche Anamnese, IV-act. 119-109), berichtete die Klinik für Rheumatologie des KSSG am 23. Mai 2017 über eine Remission des systemischen Lupus erythematoses, bei persistierenden systemischen Schmerzen und Müdigkeit (IV-act. 124-5 f.). Im Längsverlauf scheint nachvollziehbar, dass der rheumatologische Gutachter die somatischen (direkt entzündungsbedingten) Auswirkungen des Lupus erythematoses nicht als invalidisierend wertete. Der Bericht der Klinik für Rheumatologie KSSG vom 1. Dezember 2016 führte anamnestisch seit Juli bestehende, belastungsabhängige Schmerzen im Bereich beider Füsse/OSG an mit klinisch Druckdolenz über den Sehnenfächern dorsal des medialen und lateralen Malleolus und über dem Tarsus ohne Gelenksschwellung (IV-act. 119-49). Der rheumatologische Gutachter erhob an den Füßen ein positives Gaenslenzeichen und uneingeschränkt bewegliche Fussgelenke (IV-act.- 119-109). Die internistische Gutachterin beschrieb das OSG als unauffällig mit Druckdolenz am rechten Malleolus (IV-act. 119-24). Offenbar ordnete der Gutachter diese Beschwerden dem Lupus erythematoses zu, denn er vermerkte dazu Manifestationen unter anderem durch Arthritiden, welchen er indes keine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit zumass (IV-act. 119-111). Dies erscheint plausibel, da zwar eine Druckdolenz, aber keine ständige oder belastungsabhängige Schmerzhaftigkeit beschrieben wird. Der rheumatologische Gutachter diagnostizierte auch ein leichtgradiges lumbospondylogenes Syndrom (IV-act. 119-111). Da dieses separat diagnostiziert wurde (vgl. IV-act. 119-111), waren damit nicht durch den Lupus erythematoses, sondern durch degenerative Veränderungen (Facettenarthrose LWK 3/4 rechts, breitbasige Diskushernie LWK 4/5 mit rezessaler Einengung der Nervenwurzel L5, Nervenwurzelreizsyndrom L5, vgl. Bericht Klinik für Rheumatologie KSSG vom 23. Dezember 2015, IV-act. 90-10 f.). verursachte Beschwerden gemeint. Der Gutachter wertete das lumbospondylogene Syndrom als leichtgradig und attestierte eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 20 % (IV-act. 119-110), was in Anbetracht der uneingeschränkten Beweglichkeit der Wirbelsäule und der vorliegenden Anhaltspunkte für eine Aggravation plausibel erscheint. Die degenerativen Veränderungen im Hüftgelenk bzw. die Coxarthrose werden aufgrund der Bildgebung als mässig beschrieben (CT vom 7. Oktober 2013, erwähnt in IV-act. 119-107; CT LWS/Becken vom 21. Dezember 2016, IV-act. 119-79). Die Einschränkung durch die Coxarthrose stufte der rheumatologische Gutachter aufgrund der festgestellten Einschränkung der Innenrotation von einem Drittel bei normalem Gangbild (rheumatologischer Befund, IV-act. 119-109) bzw. langsamem Gang ohne Hinken (internistischer Befund, IV-act. 119-23) als leichtgradig ein (IV-act. 119-110). Gemäss Dr. M. \_\_\_ war der diesbezügliche Befund offenbar gravierender (symptomatische Coxarthrose mit Gangbildstörung und Schmerzexazerbation auch bei Abduktion und Extension, IV-act. 119-73 f.). Dennoch erscheint in Anbetracht des bildgebenden Befundes

und der, wenn sie sich unbeobachtet glaubte, gezeigten freien Beweglichkeit nachvollziehbar, dass der rheumatologische Gutachter die Einschränkung als leichtgradig einstufte, soweit eine Tätigkeit nicht die Ausführung der schmerzverursachenden Bewegungen oder längeres Gehen erfordert. Insgesamt erscheint damit das rheumatologische Gutachten vollständig und nachvollziehbar. Der psychiatrische Gutachter führte aus, Auffassung, Konzentration, Merkfähigkeit und Gedächtnis seien im Gespräch nicht relevant beeinträchtigt erschienen (IV-act. 119-90). Im gegenwärtigen psychopathologischen Befund fänden sich Hinweise auf ein aktuelles Depressionsgeschehen. Gesamtbetrachtend erscheine dessen Schwere leichtgradig. Aufgrund des chronisch-depressiven Erlebens sei eher eine Dysthymie (ICD-10: F54.10) zu diagnostizieren (IV-act. 119-94 f.). Die von Dr. K.\_\_\_\_ gestellte Diagnose einer schweren depressiven Episode könne nicht nachvollzogen werden (IV-act. 119-25). Anerkannt würden ein somatoformes Schmerzerleben, Klagen über einen somatisch unzureichend begründbaren Zustand, teilweise eine gewisse Multisomatofornität beziehungsweise bunte Beschwerdemuster verbunden mit einer ängstlichen Komponente und dysfunktionalem Krankheitserleben, einer inneren Beschäftigung, einer Angst um die Existenz und einem durchaus vorhandenen Leidensdruck. Bei vorliegendem Lupus erythematodes sei am ehesten von einer chronischen Schmerzstörung mit psychischen und somatischen Faktoren (ICD-10: F45.41) auszugehen (IV-act. 119-95). Ausgangspunkt der Schmerzen sei ein somatischer Prozess, psychische Faktoren spielten aber eine wichtige Rolle für die Bedeutungszumessung, Aufrechterhaltung und Verarbeitung der Beschwerden. Die Beschwerden seien zwar somatisch nicht nachvollziehbar, jedoch nicht vorgetäuscht (IV-act. 119-95 f.). Der psychiatrische Gutachter fand Diskrepanzen und Inkonsistenzen: Die asthenische Darstellung des Alltags zu Hause, wonach sie sich etwa nach wenigen Gymnastikübungen mit Schwindel hinlegen müsse, passe nicht zur zum Teil doch sehr energetischen Vorstellung bei der Begutachtung, wo sie etwa die Dolmetscherin korrigiert habe und nach Abschluss der Untersuchung nochmals mit ihrem Sohn zurückgekommen sei, um Dinge zu klären. Über Inhalt oder Ziele der Therapie könne sie keine Auskunft geben. Die Konsistenzparameter nach Widder seien in mehreren Punkten positiv. Es ergäben sich Diskrepanzen zwischen der Medikamentenanamnese und den laborchemischen Medikamentenspiegeln (insbesondere hinsichtlich Cymbalta, von dem sie angebe, es regelmässig einzunehmen und ohne es nicht leben zu können), es bestehe ein Migrationshintergrund, die Beschwerdeführerin befinde sich in einer schwierigen persönlichen Situation und habe eine schwerwiegende internistische Erkrankung, von der sie überfordert sei. Eine angemessene Therapie lege artis sei nicht erkennbar. Die Antworten seien diffus, teilweise ausweichend. In der Beschwerdeschilderung ergäben sich teilweise auffällige Antwortlatenzen und es würden umso mehr Beschwerden genannt, je mehr gefragt werde. Die Beeinträchtigungen würden dann allerdings oft undifferenziert geschildert oder widersprüchen dem Verhalten und den Bewegungsmustern (IV-act. 119-93). Die behandelnde Dr. K.\_\_\_\_ hatte die Beschwerdeführerin für eine neuropsychologische Untersuchung der Klinik für Neurologie des Universitätsspitals Zürich zugewiesen. Im Bericht vom 15. August 2016 wurde festgehalten, es bestünden Einschränkungen in den kognitiven Funktionsbereichen Aufmerksamkeit, Tempo und Exekutivfunktionen sowie im Lernen von neuen Inhalten. Bei deutlich verminderter kognitiver Verarbeitungsgeschwindigkeit sei die Handlungsplanung stark eingeschränkt und die Ideenproduktion deutlich vermindert. Die beschriebenen Befunde seien am ehesten durch die affektive Verstimmung bei chronischen Schmerzen und die im Zusammenhang

mit der Schlafstörung erlebten Müdigkeit bedingt. Eine eigentliche neuropsychologische Therapie sei nicht indiziert (IV-act. 108). In ihrer Stellungnahme zum Gutachten vom 16. Juni 2017 führt Dr. K.\_\_\_\_ hierzu im Wesentlichen aus, der von einer Praktikantin verfasste Bericht sei nicht aussagekräftig und bilde die effektiv bestehenden neurokognitiven Einschränkungen der Beschwerdeführerin nicht ab. Das Gutachten sei unvollständig, da es keine aussagekräftige neuropsychologische Begutachtung enthalte. Weiter bemängelt Dr. K.\_\_\_\_, der psychiatrische Gutachter übernehme die Beurteilung von Prof. I.\_\_\_\_, der einerseits nicht Psychiater sei und andererseits auf die seinem Fachgebiet zugehörige Diagnose des systemischen Lupus erythematoses nicht eingehe. Dr. B.\_\_\_\_ habe, obwohl bereits zehn Jahre zuvor (2002) ein diskoider Lupus erythematoses diagnostiziert worden sei, die korrekte Diagnose nicht in Betracht gezogen und es habe daher keine fachgerechte, leidensmindernde Behandlung stattgefunden. Prof. I.\_\_\_\_ habe zwar korrekt einen systemischen Lupus erythematoses festgestellt, sei jedoch aufgrund der durch Dr. B.\_\_\_\_ nicht fachgerecht dokumentierten und eingeordneten Beschwerden nicht in der Lage gewesen, diese korrekt dem systemischen Lupus erythematoses zuzuordnen. Mit dem Verdacht einer schweren Depression pauschalisiere Prof. I.\_\_\_\_ das Krankheitsbild und vermische die beiden Fachgebiete. Die Diagnose einer schweren Depression sei in ihrem Bericht vom 7. Februar 2016 objektiviert. Allfällige Inkonsistenzen und Selbstlimitierung seien nicht ausreichend diskutiert worden. Die verspäteten Diagnosen des Lupus erythematoses und der Gefässerkrankung hätten die ohnehin vorhandene Ängstlichkeit erhöht. Die Beschwerdeführerin habe den Inhalt der Psychotherapie aufgrund ihrer einfachen Strukturiertheit und Verbalisierungsfähigkeit nicht wiedergeben können. Die beschriebenen Panikbeschwerden, die Konzentrationsstörungen und das Zittern seien klare Anzeichen einer vom Gutachter nicht diagnostizierten Angststörung. Dass sie den Beginn der ambulanten Behandlung nicht habe zuordnen können, zeige die zeitliche Desorientiertheit und die kognitiven Beschwerden. Dass sie sich auf ihre Beschwerden fokussiere, liege an ihrer einfachen Strukturierung und Angstfixierung. Das energetische Auftreten gegenüber der Dolmetscherin beruhe auch auf Ängstlichkeit, falsch verstanden zu werden. Die in ihrem Bericht vom 13. Juli 2017 erwähnte schwere depressive Episode sei zwischenzeitlich remittiert. Die phobischen und Angststörungen führten zu einer eingeschränkten Kontaktfähigkeit zu Dritten und Gruppenfähigkeit. In Kombination mit den neurologischen Auswirkungen des Lupus erythematoses und den daraus resultierenden mangelhaften Gedächtnisleistungen und kognitiven Einschränkungen sei die Fähigkeit zur Anwendung fachlicher Kompetenzen eingeschränkt und eine Tätigkeit ohne besondere Konzentrationsanforderungen angezeigt. Aufgrund der funktionellen Defizite mit zahlreichen Anforderungen an eine angepasste Tätigkeit sei eine Erwerbstätigkeit im ersten Arbeitsmarkt ausgeschlossen. In Kenntnis des Gutachtens diagnostiziere sie eine Dysthymie (ICD-10: F34.1), eine phobische Störung (ICD-10: F40.8 und 40.2 [Höhenangst]), eine organisch psychische Störung aufgrund der Systemerkrankung (ICD-10: F06.9) bei systemischem Lupus erythematoses, organischer depressiver Störung (ICD-10: F06.32) und organischer Angststörung (ICD-10: F. 06.4) sowie eine andauernde Persönlichkeitsänderung mit chronischem Schmerzsyndrom organischer Genese (ICD-10: F62.80; zum Ganzen IV-act. 128). Hierzu nahm der psychiatrische Gutachter Stellung, eine Dysthymie entsprechend den ICD-10-Kriterien sei weder schwer und hinsichtlich einzelner Episoden anhaltend genug, um die Kriterien einer schweren, mittelgradigen oder leichten rezidivierenden depressiven Störung zu erfüllen. Die Diagnose einer organischen Störung setze eine logische Verknüpfung mit der gleichzeitig auftretenden psychischen Störung

voraus, was vorliegend nicht gegeben sei. Die phobischen Störungen seien zumindest für angepasste Tätigkeiten nicht dauerhaft erwerbsrelevant. Die Diagnose einer andauernden Persönlichkeitsänderung sei nicht plausibel begründbar (IV-act. 135-6 ff., 30. August 2017). Dr. K. \_\_\_ hatte im Bericht vom 7. Februar 2016 ausgeführt, eine schwere depressive Symptomatik sei gut objektivierbar und hatte auf die bei der Beschwerdeführerin vorgelegene Suizidalität sowie auf Studien zum Zusammenhang zwischen Depressivität und rheumatologischen Erkrankungen verwiesen (IV-act. 90-3). Die Diagnosekriterien nach ICD-10 sind indes so aufgebaut, dass Symptome genannt und in zwei Gruppen eingeteilt werden und der Schweregrad der Depression sich danach bestimmt, wieviele der Symptome aus den beiden Gruppen vorliegen. Dabei bilden wiederkehrende Gedanken an den Tod oder an Suizid oder suizidales Verhalten eines der Symptome (vgl. H. Dilling/ H.J. Freyberger, Taschenführer zur ICD-10-Klassifikation psychischer Störungen, 7. Aufl., Bern 2014, S. 135 ff.). Das Vorhandensein von suizidalen Gedanken oder Handlungen begründet demnach für sich alleine nicht die Diagnose einer depressiven Episode oder Störung oder deren Schweregradigkeit. Selbst wenn zusätzlich eine deutliche depressive Stimmung, eine gesteigerte Ermüdbarkeit, ein Verlust des Selbstwertgefühls und Schlafstörungen hinreichend objektiviert wären, würde eine mittelgradige Depression vorliegen (zwei Symptome der Gruppe B und mit den geklagten kognitiven Einschränkungen allenfalls drei der Gruppe C, vgl. H. Dilling/H.J. Freyberger, a.a.O.). Nachdem Dr. K. \_\_\_ die von ihr diagnostizierte schwergradige depressive Episode als remittiert betrachtet und selber nunmehr eine Dysthymie diagnostiziert, ist dem psychiatrischen Gutachter hinsichtlich der Beurteilung der affektiven Befunde zu folgen. Weiter diagnostizierte der Gutachter eine chronische Schmerzstörung mit psychischen und somatischen Faktoren (ICD-10: F45.41). Er führte demnach die Schmerzen einerseits auf die somatischen Auswirkungen des Lupus erythematodes (Entzündung) und andererseits auf eine psychische Beeinträchtigung der Schmerzverarbeitung zurück. Demgegenüber ist gemäss Dr. K. \_\_\_ der Lupus erythematodes offenbar auch (direkte) Ursache der psychischen und beklagten kognitiven Beeinträchtigungen. Für die Betrachtungsweise des Gutachters spricht, dass eine Beeinträchtigung neuraler bzw. zerebraler Strukturen durch den Lupus erythematodes nicht festgestellt werden konnte. Wie es sich damit verhält, kann indes offenbleiben, denn invalidenversicherungsrechtlich ist zwar erforderlich, dass eine Diagnose lege artis gestellt wird bzw. die geltend gemachten Beschwerden objektiviert werden, entscheidend ist jedoch das Ausmass der klinischen funktionellen Beeinträchtigungen (vgl. Urteile des Bundesgerichts vom 30. April 2019, 8C\_683/2018, E. 5.4 mit weiteren Verweisen). Diesbezüglich beschränkte sich die behandelnde Dr. K. \_\_\_ im Wesentlichen auf die Aussage, die Beeinträchtigungen seien wesentlich grösser als vom Gutachter angenommen, womit sie die Befunde des Gutachters nicht durch objektivierende Aspekte entkräftet. Indes objektiviert der neuropsychologische Bericht vom 15. August 2016 eine starke Einschränkung der Handlungsplanung und der Ideenproduktion aufgrund kognitiver Einschränkungen, welche ihrerseits auf die affektive Verstimmung und die Schmerzen zurückzuführen seien (IV-act. 108). Nicht einsichtig erscheint indes, dass Dr. K. \_\_\_ diesen im Nachhinein als nicht aussagekräftig bezeichnet, nachdem sie selbst die neuropsychologische Begutachtung veranlasst hatte. Zudem wurden die Einschränkungen als nicht von einer Behandlung erfordernder Intensität erachtet (IV-act. 108). Gesamthaft betrachtet ist dem psychiatrischen Gutachter zuzustimmen, dass nicht von einer schweren psychischen Beeinträchtigung auszugehen ist. Aufgrund der Diagnose einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren und einer Dysthymie ist

vorliegend das strukturierte Beweisverfahren anzuwenden bzw. zu prüfen, ob das MEDAS-Gutachten die entsprechenden Standardindikatoren berücksichtigt. Wie bereits dargelegt, sind weder aus somatischer noch aus psychiatrischer Sicht schwerere funktionelle Beeinträchtigungen objektivierbar. Bedingt durch eine chronische Schmerzstörung und eine Dysthymie ergäben sich leichte Störungen bei der Anpassung an Regeln und Routinen, der Planung und Strukturierung von Aufgaben, der Flexibilität und Umstellungsfähigkeit. Grundsätzlich seien vorhandene fachliche Kompetenzen anwendbar, die Entscheidungs- und die Urteilsfähigkeit seien gegeben, die Durchhaltefähigkeit leicht eingeschränkt. Selbstbehauptungs- und Durchsetzungsfähigkeit seien im Wesentlichen gegeben, die Kontaktfähigkeit zu Dritten sei gegeben, die Gruppenfähigkeit leicht eingeschränkt. Spontanaktivitäten seien möglich und die Selbstversorgung gegeben. Die Mobilität sei nicht durch eine psychische Krankheit dauerhaft eingeschränkt (IV-act. 119-26 f., 98). Aufgrund der Persönlichkeit oder des sozialen Umfeldes ergeben sich keine erschwerende Faktoren. Die Beschwerdeführerin verfügt jedoch über begrenzte ausbildnerische und sprachliche Ressourcen und hat ein teilweise hinderliches Krankheitsverständnis. Ihre Angaben und ihr Verhalten sind teilweise inkonsistent, so dass von einer gewissen Aggravation auszugehen ist. Allerdings war die Beschwerdeführerin zunächst bei Dr. B.\_\_\_\_, in der Klinik für Rheumatologie sowie bei Dr. M.\_\_\_\_ in rheumatologischer Behandlung bzw. Konsultation und nahm später eine psychiatrische Behandlung auf. Stationär erfolgten eine rheumatologische Behandlung und Rehabilitation sowie psychiatrisch immerhin eine tagesklinische Behandlung. Die Intensität der Behandlungen entspricht zwar nicht derjenigen der geklagten Beschwerden, doch kann aus deren Wirkungslosigkeit nicht auf einen geringen Leidensdruck geschlossen werden. Hinsichtlich der postulierten Unvereinbarkeit der behaupteten Cymbaltaeinnahme mit dem aktuell erhobenen Medikamentenspiegel relativiert der Gutachter seine Aussage, indem er vorbehält, dass dies auch mit Interferenzen mit anderen Medikamenten oder mit einer erschwerten Resorption zu tun haben könnte (IV-act. 119-97). Gesamthaft betrachtet berücksichtigt das Gutachten die massgeblichen Standardindikatoren aber korrekt. Es ist darauf abzustellen und von einer Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin von 66 % auszugehen. Die Beschwerdeführerin war vom 17. August 2012 bis 13. September 2012 zu 100 % und ab 17. September 2012 - mit Ausnahmen von einzelnen Tagen - zu 50 % arbeitsunfähig geschrieben (Taggeldkarte, Fremdakten, act. 4-13). Ab der Anmeldung vom 3. Januar 2013 besteht gemäss Gutachten eine Arbeitsunfähigkeit von 34 % (IV-act. 119-33 und IV-act. 119-99). Ein Rentenanspruch besteht unter Berücksichtigung des Wartejahres gemäss Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG und der Halbjahresfrist gemäss Art. 29 Abs. 1 IVG frühestens ab 1. August 2013 (1 Monat 100 % Arbeitsunfähigkeit, 3,5 Monate 50 % Arbeitsunfähigkeit und 7,5 Monate 34 % Arbeitsunfähigkeit, ergibt durchschnittlich eine Arbeitsunfähigkeit von 44,2 %). Massgebend für den Einkommensvergleich ist somit das Jahr 2013 (BGE 129 V 222). Gemäss Angaben der Arbeitgeberin vom 24. Januar 2013 erzielte die Beschwerdeführerin seit 1. Januar 2009 ein Jahreseinkommen von 13 x Fr. 3'300.-- = Fr. 42'900.-- (IV-act. 12). Die Arbeitgeberin begründete die Kündigung mit dem Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin (IV-act. 21). Allerdings stand damals eine Umstrukturierung mit Aufhebung von Arbeitsplätzen bereits im Raum (vgl. Verlaufsprotokoll Eingliederungsberatung, Eintrag vom 10. April 2013, IV-act. 43-1). Nach Angabe der Beschwerdeführerin sei die Produktion einige Monate, nachdem ihr gekündigt worden sei, nach S.\_\_\_\_ ausgelagert worden (IV-act. 119-20). Somit hätte sie die bisherige Tätigkeit auch im Gesundheitsfall nicht mehr weiter ausüben können, womit für

die Bemessung des Valideneinkommens auf das Durchschnittseinkommen gemäss Lohnstrukturhebung (LSE/Lohnentwicklung des Bundesamtes für Statistik BFS), Kompetenzniveau 1, Frauen, abzustellen ist. Das Invalideneinkommen bemisst sich vorliegend auf derselben Grundlage und beträgt entsprechend der attestierten Arbeitsfähigkeit 66 % des Valideneinkommens und der Invaliditätsgrad entspräche somit ohne Berücksichtigung eines Tabellenlohnabzuges 34 % (Prozentvergleich, vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 4. Februar 2015, 9C\_888/2014, E. 2). Bei der Prüfung eines Tabellenlohnabzuges ist insbesondere zu berücksichtigen, dass die Gutachter in ihrer Schätzung sowohl die Auswirkungen der organisch-somatischen, namentlich der degenerativen, als auch der psychischen Beschwerden berücksichtigt haben. Mit der Verschiedenartigkeit der Beschwerden kann daher ein Tabellenlohnabzug nicht begründet werden (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 18. Januar 2018, 8C\_552/2017, E. 5.3.1, mit weiteren Verweisen). Es stellt sich sodann die Frage, ob künftige Krankheitsschübe, welche vorübergehend zu einer höheren Arbeitsfähigkeit führen, einen Tabellenlohnabzug rechtfertigen. Während regelmässig wiederkehrende krankheitsbedingte Absenzen grundsätzlich bei der Festlegung der Arbeitsfähigkeit zu berücksichtigen sind, können Beschwerden, die unregelmässig auftreten und nicht vorhersehbare und schwer kalkulierbare Absenzen begründen, einen Tabellenlohnabzug rechtfertigen (Urteil des Bundesgerichts vom 22. Mai 2018, 8C\_179/2018, E. 4.2). Der rheumatologische Gutachter erhob einen hinsichtlich des Lupus erythematoses mehr oder weniger unauffälligen Befund: Haut, Gelenke und Blutbild seien unauffällig, lediglich ein leichtes Sehnenreiben könne objektiviert werden. Aufgrund des Lupus erythematoses bestehe aktuell keine Arbeitsunfähigkeit. Allfällige Krankheitsschübe könnten meist medikamentös innert Wochen kontrolliert werden. Es handle sich um eine chronische Erkrankung, deren Verlauf nicht vorhersehbar sei (IV-act. 119-109 f.). Zwischen 2012 und dem Begutachtungszeitpunkt seien Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit möglich, jedoch wegen der nicht klar zu benennenden Aggravation nicht näher bestimmbar (Stellungnahme vom 21. September 2017, IV-act. 135-4 f.). Die Klinik für Rheumatologie des KSSG vermerkte im Verlauf mehrheitlich eine geringe Aktivität des Lupus erythematoses (vgl. auch zum Folgenden E. 2.3.2). Im Februar 2015 erfolgte eine stationäre rheumatologische Komplexbehandlung wegen durch die Systemerkrankung verursachter Arthralgien in beinahe allen Gelenken, aber auch wegen der lumbovertebralen Schmerzsymptomatik (IV-act. 62-1 f.). Im Juni 2015 erlitt die Beschwerdeführerin ein Rezidiv mit Hautvaskulitis und Gonarthrit links (IV-act. 90-5 ff.). Ein weiterer Schub mit vermehrt generalisierten, wandernden Arthralgien wurde am 21. September 2016 berichtet (IV-act. 119-37 ff.). Weder die Rheumaklinik des KSSG noch der rheumatologische Gutachter quantifizierte eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit durch die somatischen Symptome während der Schübe. Den beschriebenen Arthritiden wurde ausschliesslich durch das Zumutbarkeitsprofil Rechnung getragen (vgl. IV-act. 119-11). Dass künftig stärkere und dauerhaft einschränkende Beschwerden seitens des Lupus erythematoses auftreten könnten, erscheint mit Blick auf die bisherige Krankheitsgeschichte eine eher theoretische, nicht überwiegend wahrscheinliche Gefahr. Die übrigen Einschränkungen sind im Zumutbarkeitsprofil und in der attestierten Arbeitsfähigkeit von 66 % berücksichtigt, so dass für einen Tabellenlohnabzug vorliegend kein Raum besteht. Somit bleibt es beim Invaliditätsgrad von 34 %, womit die Beschwerdeführerin keinen Rentenanspruch hat. 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. Die Beschwerdeführerin hat bei diesem Verfahrensausgang keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung (vgl. Art. 61 lit. g ATSG). 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.