

# **SG\_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2016/313 vom 13. August 2018**

Sg Versicherungsgericht, 2018-08-13, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg\\_publicationen\\_IV\\_2016\\_313](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg_publicationen_IV_2016_313)

FR: SG\_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2016/313 du 13 août 2018

IT: SG\_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2016/313 del 13 agosto 2018

## **Regeste**

Würdigung von zwei bidisziplinären Gutachten und verschiedener ärztlicher Berichte (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 13. August 2018, IV 2016/313). Bestätigt durch Urteil des Bundesgerichts 9C\_668/2018.

## **Erwägungen**

### **E. 1**

1.1 Die angefochtene Verfügung vom 31. Mai 2016 stammt von der IV-Stelle des Kantons St. Gallen, so dass gemäss Art. 69 Abs. 1 lit. a IVG (in Abweichung von Art. 52 und 58 ATSG) das Versicherungsgericht des Kantons St. Gallen zuständig ist, nämlich das Gericht am Ort der verfügenden IV-Stelle (zu deren Zuständigkeit vgl. Art. 40 Abs. 1 lit. a und Abs. 3 IVV). 1.2 Mit der im Streit liegenden Verfügung hat die Beschwerdegegnerin einen Rentenanspruch der Beschwerdeführerin bei einem Invaliditätsgrad von 14 % abgelehnt. Die Beschwerdeführerin lässt (im Hauptstandpunkt) die Zusprache einer Invalidenrente beantragen. Streitgegenstand bildet daher der allfällige Rentenanspruch. Ergäbe sich allerdings, dass ohne Eingliederungsmassnahmen ein Rentenanspruch in Frage stünde, so gehörte zum Streitgegenstand notwendigerweise auch die Frage, ob die Verwaltung den Grundsatz "Eingliederung vor Rente" beachtet und eine allfällige Pflicht der Beschwerdeführerin zu Massnahmen korrekt in Anspruch genommen habe.

### **E. 2**

2.1 Nach Art. 28 IVG besteht der Anspruch auf eine ganze Invalidenrente, wenn die versicherte Person mindestens zu 70 %, derjenige auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens zu 60 % invalid ist. Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % Anspruch auf eine Viertelsrente. 2.2 Nach Art. 7 Abs. 1 ATSG ist Erwerbsunfähigkeit der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt. Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG). 2.3 Für die Invaliditätsbemessung sind zunächst die medizinischen Vorbedingungen von Bedeutung. Der Arzt sagt, inwiefern die versicherte Person in ihren körperlichen bzw. geistigen Funktionen durch das Leiden eingeschränkt ist (BGE 107 V 17 = ZAK 1982 S. 34). Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beschreiben und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und

bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist. Die ärztlichen Auskünfte sind im Weiteren eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 132 V 99 f. E. 4, vgl. BGE 141 V 281 E. 5.2.1). 2.3.1 Eine Einschränkung der Leistungsfähigkeit kann zunächst nur relevant sein, wenn sie Folge einer fachärztlich einwandfrei diagnostizierten Gesundheitsbeeinträchtigung ist (vgl. Bundesgerichtsentscheid vom 15. Mai 2017, 8C\_95/2017, BGE 130 V 396). Es sind danach die funktionellen Folgen der Gesundheitsschädigung qualitativ zu erfassen und quantitativ einzuschätzen (vgl. BGE 141 V 281 E. 3.1). Denn die diagnostische Einordnung einer psychischen Störung allein legt das (dennoch) objektiv bestehende tatsächliche Leistungsvermögen nicht fest (vgl. BGE 143 V 418 E. 4.1.2). 2.3.2 Nach der bundesgerichtlichen Rechtsprechung (vgl. BGE 143 V 418 E. 7.1 f.) sind grundsätzlich (bei Ausnahmen nach dem jeweiligen Beweisbedarf) sämtliche psychischen Erkrankungen einem strukturierten Beweisverfahren nach BGE 141 V 281 zu unterziehen. Für die Beurteilung des funktionellen Leistungsvermögens sind gemäss BGE 141 V 281 (vom 3. Juni 2015) also in der Regel diverse Standardindikatoren beachtlich, die in zwei Kategorien systematisiert werden, nämlich einerseits in der Kategorie des funktionellen Schweregrads und andererseits in jener der Konsistenz. Vor BGE 141 V 281 erstattete medizinische Gutachten verlieren ihren Beweiswert aber nicht per se. Vielmehr ist in jedem einzelnen Fall zu prüfen, ob die Sachverständigengutachten, gegebenenfalls im Kontext mit weiteren fachärztlichen Berichten, eine schlüssige Beurteilung im Licht der massgeblichen Indikatoren erlauben oder nicht (vgl. BGE 141 V 281 E. 8; vgl. Bundesgerichtsentscheid vom 18. Mai 2017, 8C\_842/2016).

### **E. 3**

3.1 Der Gesundheitszustand und die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin wurden zweimal begutachtet; daneben liegen diverse weitere ärztliche Berichte bei den Akten. 3.2 Dem AEH-Gutachten vom 11. November 2014 - also vor BGE 141 V 281 erstellt (basierend auf Abklärungen von September/Oktober 2014) - ist zu entnehmen, dass die Untersuchung der Beschwerdeführerin mittels einer Funktionsorientierten Medizinischen Abklärung (FOMA) erfolgt sei, die ein strukturiertes Interview, eine klinische Untersuchung, eine angepasste Form der Evaluation der arbeitsbezogenen funktionellen Leistungsfähigkeit (EFL; verteilt auf zwei Tage) und die Beurteilung der bildgebenden Untersuchungen und der Akten umfasse. 3.2.1 Bei der somatischen Begutachtung durch eine Fachärztin FMH für Physikalische Medizin und Rehabilitation wurden die Vorakten zur Kenntnis genommen und die Anamnese sowie die geklagten Beschwerden (Schmerzen im Nacken bds., in der Schultergürtelpartie dorsal, in der LWS mit Ausstrahlung in Gesäss und Oberschenkel bds. bis ca. zum Knie sowie ein Ziehen bds. in den Händen) erfragt. Die rheumatologischen Untersuchungsbefunde wurden erhoben. Ausserdem wurden die Röntgenbefunde berücksichtigt, namentlich das MRI der LWS vom 11. Februar 2013 und dasjenige der HWS und BWS vom 23. Oktober 2013 (beide act. I-43). Im ersten waren unter anderem bei L3/4 und L4/5 Diskushöhenverminderungen, breitbasige Bulging (L4/5 mit leichter foraminaler Ausdehnung) und Spondylarthrosen mit leichtem Gelenkserguss, ausserdem Flavohypertrophien, insgesamt ohne Spinalkanalstenose, eine bilaterale Einengung der Foramina mit leichter Kompression der L4-Wurzeln bilateral, auf Höhe L5/S1 eine kleine mediane Hernie, eine Einengung des Neuroforamens links mit Tangierung der Wurzel L5 links, mögliche Reizung rechts, und eine degenerative ISG-Veränderung gefunden worden. Das zweite Bild hatte unter anderem eine breitbasige, bilateral das Neuroforamen gering einengende Diskushernie C5/6 ohne sichere

Nervenwurzelkompression, und an der BWS mehrsegmentale mässige Osteochondrosen und Schmorl'sche Deckplattenhernien Th9-12, vereinbar mit einem Status nach Morbus Scheuermann gezeigt. Bei der EFL wurden alle Tests durchgeführt. Die Leistungsbereitschaft war jedoch gemäss dem Gutachten nicht zuverlässig und die Konsistenz war schlecht (wobei die Belastungswerte am zweiten Tag reproduziert worden seien). Es habe eine Selbstlimitierung infolge Schmerzes gegeben, die funktionell bedingte Leistungsgrenze sei nicht beobachtet worden. Aufgrund des Schmerz- und Schonverhaltens der Beschwerdeführerin hätten keine relevanten funktionellen Einschränkungen beobachtet werden können. Die Selbsteinschätzung ihrer Leistungsfähigkeit im - konsistenten - PACT-Test war hingegen mit der getesteten Leistungsfähigkeit vergleichbar (Belastbarkeitsniveau für leichte bis mittelschwere Lasten). Die zuletzt ausgeübte Tätigkeit sei als mittelschwer klassifiziert worden. Insgesamt wurde festgehalten, aufgrund der Beobachtungen in der EFL spreche nichts gegen eine mindestens leichte, wechselbelastende Tätigkeit. Eine Belastbarkeit für eine mittelschwere Tätigkeit sei hingegen auch bei guter Leistungsbereitschaft nicht anzunehmen. - Die Begutachtung erscheint diesbezüglich vollständig und ihr Ergebnis nachvollziehbar begründet. Im Übrigen ist eine weitgehende Übereinstimmung mit der rheumatologischen SMAB-Begutachtung (unten E. 3.3.1) festzustellen.

3.2.2 Die versicherungsmedizinische Evaluation des neuropsychiatrischen Funktionspotenzials durch eine psychiatrisch-psychopathologische und verhaltensneurologische, neuro- und leistungspsychologische Untersuchung (durch Dr. med. N.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, und eine Fachärztin für Neurologie der Neuropsychiatrisch-Leistungspsychologischen Abklärungs- und Begutachtungsstelle NLAB) für das AEH ergab, dass die Versicherte interaktionell kooperativ, auf ihre Schmerzen und Alltagsprobleme fixiert und davon kaum distanzierungsfähig, emotional vermindert auslenkbar und angetrieben wirkend gewesen sei. In Bezug auf Ausmass und Relevanz der kognitiven Defizite habe sie dissimuliert. Phänomenologisch habe sich eine schwere (vgl. act. I-60) bzw. mittelschwere (vgl. act. I-61) affektopathologische Veränderung feststellen lassen: die Gedankengänge seien eingengt und die psychische und kognitive Belastbarkeit sowie die Kontroll- und Steuerungsfähigkeit seien erheblich beeinträchtigt gewesen. Es hätten auch Planungs- und Strukturierungsdefizite, eine Einschränkung der sprachlichen Lern- und Gedächtnisfunktionen, ein eingeschränktes Arbeitstempo und eine verminderte Reaktions- und Verarbeitungsgeschwindigkeit vorgelegen. Für eine Tätigkeit als Verkäuferin oder eine andere bildungsadäquate Tätigkeit bestehe - aufgrund einer Störung der handlungsbezogenen Kognition wegen Ablenkbarkeit, kognitiver Rigidität und verminderter Fehlerkontrolle - eine Arbeitsunfähigkeit von 80 bis 100 %. Die affektopathologische Komponente gelte als reaktiv und überwindbar und qualifiziere deshalb normativ nicht für eine langfristige Arbeitsunfähigkeit. Insgesamt sei die Beschwerdeführerin vorderhand störungsbedingt, vor allem aufgrund der leistungspsychologischen Befunde, (noch) keinem Arbeitgeber zumutbar. Die Fahreignung sei zurzeit nicht gegeben. Vorzuschlagen sei eine psychiatrisch-leistungspsychologische Verlaufskontrolle in zwei bis drei Monaten mit allfälliger Anpassung der Arbeitsfähigkeitsgrade. - In dieser Hinsicht ist zunächst festzuhalten, dass von guter Mitarbeit und Leistungsbereitschaft der Beschwerdeführerin ausgegangen wurde, was als Unterschied zu den Feststellungen bei der EFL auffällt. Wenn auch, wie im psychiatrischen Teilgutachten festgehalten wurde, sich keine Hinweise für simulative Tendenzen oder bewusstseinsnahe Antwortverfälschungen ergeben haben, was durchaus zutreffen mag, so

wäre doch eine ausdrückliche Auseinandersetzung damit zu erwarten gewesen. Soweit ersichtlich wurde zudem unter dem Aspekt einer Symptomvalidierung zur Objektivierung einzig ein Pseudo- (Motivations-) Gedächtnistest erwähnt, den die Beschwerdeführerin korrekt bearbeitet hat. Die Befunde sind schliesslich auch (damals noch) nicht mit den Alltagsaktivitäten verglichen worden, was für eine Objektivierung ebenfalls wichtig gewesen wäre. Bei einem Teil der beschriebenen Beeinträchtigungen des arbeitsbezogenen Funktionspotenzials (wie etwa den deutlichen Planungs- und Strukturierungsdefiziten) ist die Beurteilung ausserdem dadurch erschwert, dass sich kein Vergleich mit der neuropsychologischen Leistung ziehen lässt, welche die Beschwerdeführerin erbringen konnte, als sie noch (ohne Anhaltspunkt für Arbeitsunfähigkeit) im Erwerbsleben stand. Nach der Aktenlage ist des Weiteren insbesondere anzunehmen, dass die Ausprägung der erhobenen klinisch-objektiven Befunde (wie etwa Affektlabilität, verminderte affektive Modulations- und Resonanzfähigkeit, zum depressiven Pol geneigte Stimmung, formal eingengtes Denken, verminderte Belastbarkeit, Ablenkbarkeit, vgl. act. I-59) auch wesentlich mit der damaligen akuten (zwei Wochen nach Trennung vom Partner bestehenden) sozialen Situation zusammenhing. Jedenfalls wurde bei der Begutachtung mit einer möglichen baldigen Änderung der Arbeitsunfähigkeit gerechnet (vgl. act. I-61). Das Begutachtungsergebnis einer vollen Arbeitsunfähigkeit aus psychiatrischen Gründen erscheint daher nicht ausreichend beweiskräftig, jedenfalls - wie der RAD am 9. Juni 2015 festgehalten hatte - nicht für eine längere Zeit dauernde Arbeitsunfähigkeit (vgl. auch unten E. 3.4.2 und 3.5).

3.3 Gemäss dem Gutachten des SMAB vom 23. September 2015 (nach BGE 141 V 281), das auf einer knapp ein Jahr nach dem AEH-Gutachten (im August 2015) erfolgten Begutachtung beruht, wurden die Vorakten und zusätzliche Berichte zur Kenntnis genommen und es wurden Untersuchungen in (federführender) psychiatrischer und rheumatologischer Hinsicht durchgeführt.

3.3.1 Im Gutachten wurden zunächst die (oben in E. 3.2.1 erwähnten) Befunde des MRI der LWS vom 11. Februar 2013 umschrieben als deutliche hypertrophe Spondylarthrose, die zu einer bilateralen Einengung der Neuroforamina auf Höhe L4/5 mit Kompression der L4-Wurzeln bilateral führe. Auf Höhe L5/S1 führe eine linksbetonte Spondylarthrose zu einer Tangierung der linken L5-Wurzel foraminal. Bei Nachweis eines leichten Gelenksergusses in den Facettengelenken L4/5 bestehe der Verdacht auf eine segmentale Instabilität. Das MRI der HWS (und BWS) vom 23. Oktober 2013 habe eine mehrsegmentale zervikal akzentuierte osteodiskoligamentäre degenerative Veränderung mit breitbasiger Diskushernie im Segment C5/6 ohne Hinweis auf eine Myelopathie, jedoch eine mögliche Affektion der Wurzel C6 beidseits gezeigt. Der Gutachter der Rheumatologie erhob die Befunde und hielt unter anderem fest, die Rumpf- und Extremitätenmuskulatur sei gut ausgebildet gewesen. Es sei eine Symptomausweitung mit Selbstlimitierung zu beobachten gewesen, derentwegen es schwierig gewesen sei, sicher eine Funktionsstörung des Bewegungsapparates zu objektivieren. Eine neurologische Symptomatik in Form eines Reiz- oder Ausfallsyndroms sei nicht nachweisbar gewesen. Es bestehe zweifellos "eine Diskrepanz zwischen den klinisch objektiven Befunden und der Interpretation der als eindrucklich bewerteten bildgebenden degenerativen Veränderungen am Achsenskelett und der subjektiven Schmerzwahrnehmung" durch die Beschwerdeführerin. Die generalisierten polymyalgischen Schmerzen seien im klinischen Kontext durch die degenerativen Veränderungen ungenügend erklärt und als Ausdruck der Symptomausweitung mit Fokussierung auf die Schmerzproblematik zu verstehen. Aus rheumatologischer Sicht sei medizinisch theoretisch mindestens eine leichte bis intermittierend mittelschwere wechselbelastende körperliche Tätigkeit ganztags (mit voller

Produktionsleistung) zumutbar. Die zuletzt ausgeübte Tätigkeit an der Kasse dürfte wegen der Bewegungsstereotypie und der Obliegenheit, auch mit Lasten zu hantieren, als mittelschwer einzustufen und deshalb nicht mehr zumutbar sein. Auf diese unter Berücksichtigung der bildgebenden wie der klinischen Befunde abgegebene, begründete Beurteilung kann abgestellt werden.

3.3.2 Bei der psychiatrischen SMAB-Begutachtung wurde festgehalten, die Beschwerdeführerin habe berichtet, besondere Probleme mit Stresssituationen und aussergewöhnlichen Belastungen zu haben. Wenn sie ohne solche Situationen den gewohnten Tagesablauf habe, gehe es einigermaßen. Doch auch dann wache sie wegen der Schmerzen, besonders an den Schultern und vom linken Unterschenkel bis zu den Zehenspitzen, nachts ein- bis zweimal auf. Sie grübele dann wie auch tagsüber über ihre Zukunft nach und habe diesbezüglich grosse Ängste. Sie habe (2014) nach Schikanen und Mobbing am Arbeitsplatz die Stelle verloren, eine verletzend Trennung erlebt und deshalb auch die Wohnung verloren. Auf dem Arbeitsmarkt rechne sie sich in ihrem Alter und angesichts der Schmerzen und psychischen Probleme wenig Chancen aus. Auf Anraten ihres Hausarztes und ihres HNO-Arztes (der Tinnitus festgestellt habe) habe sie vor etwa drei Jahren eine psychiatrische Behandlung aufgenommen, mit sehr unterschiedlicher Therapiehäufigkeit (mal alle ein bis zwei Monate, dann wieder häufiger), seit längerem mit nur noch seltenen Konsultationen, vielleicht etwa alle drei bis vier Monate (bei Dr. I. \_\_\_\_). Seit etwa drei Monaten habe sie wegen der Trennung alle zwei Wochen ein Gespräch (bei F. \_\_\_\_). Bei der gutachterlichen Befunderhebung zeigte sich sodann einzig eine leichte Antriebsminderung (vgl. IV-act. 100-23 f.). Der Gutachter erklärte, im Wesentlichen liege eine depressive Symptomatik mit ängstlicher Komponente vor, jedoch nicht im Schweregrad einer depressiven Episode. Selbst für eine nur leichte depressive Episode müssten mindestens zwei der drei Hauptsymptome (depressive Stimmung, Verlust von Interesse und Lebensfreude, Antriebsminderung) deutlich ausgeprägt sein. Ein Verlust von Interesse und Freude sei jedoch aus dem geschilderten Tagesablauf nicht erkennbar. Der nur geringfügig ausgeprägten Antriebsminderung vermöge die Beschwerdeführerin mit einer strukturierten Tagesgestaltung ausreichend zu begegnen. Da die Symptomatik in eindeutiger Beziehung zu einer belastenden Lebenssituation (Verlust des Arbeitsplatzes, unsichere berufliche Perspektive) stehe, ergebe sich die Diagnose einer Anpassungsstörung, längere depressive Reaktion. Am ehesten sei ausserdem anzunehmen, dass die im Wesentlichen organisch erklärbare Schmerzsymptomatik zusätzlich im Sinn der Diagnose F54 psychogen überlagert sei. Die Diagnose komme in Frage, wenn psychosoziale Belastungen zu einer psychogenen Überlagerung beitragen würden, ohne dass diesen Faktoren entscheidender Einfluss auf Entstehung und Verlauf des Schmerzsyndroms zukäme (vgl. IV-act. 25). Der Gutachter setzte sich ferner mit den Standardindikatoren gemäss BGE 141 V 281 auseinander und hielt unter anderem fest, was den Ausprägungsgrad der diagnoserelevanten Befunde betreffe, sei (anstelle von F54) die Diagnose einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung zu diskutieren, doch liege der hierfür vorausgesetzte erhebliche Mindestschweregrad nicht vor. Es bestünden keine ressourcenhemmenden persönlichkeitsbezogenen Auffälligkeiten, dagegen mehrere soziale Belastungsfaktoren, die das psychiatrische Krankheitsbild bis zu einem gewissen Grad mitbestimmten und erklärten. Darüber hinaus liege aber eindeutig ein psychiatrisches Krankheitsbild mit Eigendynamik (und nicht allein eine soziale Problematik) vor. Da die Beschwerdeführerin (wie schon vor der IV-Anmeldung) die ihr angebotenen therapeutischen Optionen wahrnehme, sei ein relevanter Leidensdruck anzunehmen. Bezüglich der Frage nach

gleichmässiger Einschränkung des Aktivitätenniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen bestehe indessen eine erhebliche Inkonsistenz (vgl. IV-act. 100-25 ff.). Der Gutachter der Psychiatrie schloss, aufgrund der schon seit langem bestehenden Anpassungsstörung bestünden Fähigkeitsstörungen in den Bereichen Durchhaltevermögen, Flexibilität, Umstellungsfähigkeit und emotionale Belastbarkeit. Eine berufliche Tätigkeit könnte die Beschwerdeführerin in vollem zeitlichem Umfang (8.5 Stunden pro Tag) ausüben, doch bestehe ein erhöhter Pausenbedarf entsprechend einer Leistungsminderung um 20 %. Die Arbeitsfähigkeit betrage daher 80 %. Des Weiteren setzte sich der Gutachter auch nachvollziehbar mit den in IV-act. 100-28 f. erwähnten psychiatrischen Beurteilungen (von Dr. med. O.\_\_\_\_ [vgl. IV-act. 100-6], Dr. D.\_\_\_\_, Dr. I.\_\_\_\_) auseinander. Das neuropsychiatrische Teilgutachten vom 4. November 2014 für die AEH hingegen ist zwar im SMAB-Gutachten bei den Vorakten erwähnt (vgl. IV-act. 100-8), scheint dem SMAB-Gutachter der Psychiatrie aber nicht vorgelegen zu haben (vgl. IV-act. 100-28). Er konnte sich diesbezüglich lediglich mit dem Bericht des betreffenden NLAB-Psychiaters Dr. N.\_\_\_\_ vom 21. Mai 2014 befassen, in dem eine volle Arbeitsunfähigkeit attestiert worden war (allerdings offenbar ohne Angabe von ICD-10-Diagnose oder psychischem Befund; vgl. IV-act. 100-28, 7), im Übrigen ausserdem mit dem AEH-Gutachten vom 11. November 2014 als solchem. Die psychiatrische SMAB-Beurteilung erscheint insgesamt gut nachvollziehbar begründet und überzeugend. Namentlich hat der Gutachter - im Unterschied zum AEH - die psychischen Beschwerden der Beschwerdeführerin wie erwähnt anhand der Standardindikatoren objektiviert und plausibel gewertet. Auf die bei diesen Gegebenheiten gutachterlich festgestellte Einschränkung der Arbeitsfähigkeit um 20 % ist (zunächst für die Begutachtungszeit; im Weiteren unten E. 3.4) daher - auch in rechtlicher Hinsicht - abzustellen.

### **E. 3.4**

3.4.1 Was den (retrospektiven) Verlauf der gesundheitlichen Beeinträchtigung betrifft, hat der SMAB-Gutachter der Rheumatologie dargelegt, die hausärztlich bescheinigte Arbeitsunfähigkeit von 50 % ab 25. Oktober 2013 sei unter Berücksichtigung der Arbeitsplatzabklärung von Januar 2014 - also bezogen auf die (für die Invaliditätsbemessung schliesslich nicht relevante) bisherige Tätigkeit - (auch bei der Begutachtung vom August 2015) noch immer nachvollziehbar. Die AEH-Feststellung einer Zumutbarkeit mindestens leichter wechselbelastender Tätigkeit treffe unverändert zu (vgl. IV-act. 100-35 f.). 3.4.2 Psychiatrisch gesehen ist gemäss dem SMAB-Gutachter am ehesten davon auszugehen, dass ab Beginn des Jahres 2014 eine psychiatrisch bedingte Arbeitsunfähigkeit von mindestens 20 % vorlag. Zeitweilig möge diese auch höher gelegen haben, vermutlich aber nicht über 50 %. Ab Ende September 2014 sei eine Medikation eingesetzt worden, was zu einer Besserung der Depression der Beschwerdeführerin und einer Abnahme der psychiatrisch bedingten Arbeitsunfähigkeit bis hin zum aktuellen Wert von 20 % geführt haben dürfte. 3.5 Die (zeitnäheren) psychiatrischen Berichte sind nach Auffassung des SMAB-Gutachters eher problematisch (vgl. IV-act. 100-29); der Beweiswert ist denn auch mangels ausreichender Objektivierung wie erwähnt kritisch (vgl. oben E. 3.2.2). Es ist daher auf die Beurteilung des SMAB-Gutachters abzustellen und mit überwiegender Wahrscheinlichkeit insgesamt anzunehmen, dass der Beschwerdeführerin eine adaptierte Tätigkeit (wie massgebend) ab Beginn des Jahres 2014 psychiatrisch gesehen nicht mehr voll, sondern höchstens noch zu 80 % zumutbar war. Eine zeitweilig in höherem Ausmass, nämlich zu höchstens 50 % beeinträchtigte Arbeitsfähigkeit hielt der Psychiater wie erwähnt für möglich, doch traf er keine präzisen zeitlichen Eingrenzungen.

Dass er durch den Einsatz des Medikaments ab Ende September 2014 eine Besserung hin zu den 20 % Arbeitsunfähigkeit zum Zeitpunkt seiner Begutachtung annahm, lässt schliessen, dass er von einem 20 % übersteigenden Wert für die betreffende Phase vor September 2014 ausging (vgl. auch AEH-Gutachten anfangs Oktober 2014). Innert welcher Frist eine rentenerhebliche Besserung anzunehmen ist, lässt sich wiederum nicht eruieren. Dazu wären auch bei ergänzenden Abklärungen keine zusätzlichen Erkenntnisse zu erwarten. Da es sich nach der Aktenlage bei den höheren Arbeitsunfähigkeitsphasen aber lediglich um vorübergehendes Geschehen handelte, rechtfertigt es sich insgesamt nicht, ab Oktober 2014 mit überwiegender Wahrscheinlichkeit von einer längerdauernden, 20 % relevant übersteigenden Arbeitsunfähigkeit in adaptierter Tätigkeit auszugehen (vgl. unten E. 4.4). Ob die von den SMAB-Gutachtern bis ca. Ende 2015 erwartete relevante weitere Verbesserung des Gesundheitszustands der Beschwerdeführerin (vgl. IV-act. 100-29) eingetreten sei, kann offengelassen werden, da schon bei der Arbeitsunfähigkeit von 20 % kein rentenbegründender Invaliditätsgrad vorliegt.

3.6 Die Beschwerdeführerin lässt einwenden, die Depression sei nicht abgeklungen, wie sich aus dem Bericht von Dr. B.\_\_\_\_ vom 15. Februar 2016 ergebe, und die Diagnose einer Fibromyalgie sei nicht gutachterlich geprüft worden. Dr. B.\_\_\_\_ hat im betreffenden ärztlichen Zeugnis - ohne weitere Angaben - eine mittelgradige bis schwere depressive Episode und eine ausgeprägte Fibromyalgie genannt. Dr. J.\_\_\_\_ hat im Bericht vom 1. Februar 2016 ebenfalls eine Fibromyalgie diagnostiziert; 15/18 Tenderpoints seien druckschmerzhaft gewesen. Auch Dr. G.\_\_\_\_ hatte am 4. September 2014 beim Status berichtet, bei nahezu allen Tenderpoints habe ein Druckschmerz bestanden. Die Kontrollpunkte sind allerdings jeweils nicht beschrieben worden. Prof. K.\_\_\_\_ und Dr. M.\_\_\_\_ nennen die Diagnose lediglich als Differenzialdiagnose (bzw. als sekundäres Leiden). Die beschriebenen chronischen ausgedehnten muskuloskelettalen Schmerzen dagegen sind, was wesentlich ist, im Gutachten mit entsprechender objektivierender Bewertung gewürdigt worden. Gegen die überzeugenden fachärztlichen rheumatologischen und psychiatrischen Ausführungen des SMAB vermögen die abweichenden Berichte im Beweiswert nicht anzukommen. Die gemäss dem Bericht von Prof. K.\_\_\_\_ vom 13. August 2015 diagnostizierte ausgeprägte AL-Amyloidose (Lambda Leichtketten) der zervikalen Lymphknoten und des perinodalen Fettgewebes war im Übrigen nicht Anlass, eine Arbeitsunfähigkeit zu attestieren. Dass eine Lymphknotenexzision erfolgt war und Amyloidablagerungen gefunden worden waren, ist bei der SMAB-Begutachtung bereits bekannt gewesen (vgl. act. I-9).

#### **E. 4**

4.1 Für die Ermittlung des Valideneinkommens ist rechtsprechungsgemäss entscheidend, was die versicherte Person im Zeitpunkt des frühestmöglichen Rentenbeginns nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als Gesunde tatsächlich verdienen würde. Dabei ist in der Regel am zuletzt erzielten, nötigenfalls der Teuerung und der realen Einkommensentwicklung angepassten Lohn anzuknüpfen (vgl. etwa Bundesgerichtsentscheid 9C\_422/2015 vom 7. Dezember 2015). - Im Jahr 2012, dem Jahr vor jenem mit Eintritt der Arbeitsunfähigkeit, hat die Beschwerdeführerin gemäss IK-Auszug (IV-act. 6-1) Fr. 59'948.-- verdient. Es kann mit der Beschwerdegegnerin angenommen werden, dass dieser Betrag das Valideneinkommen 2012 repräsentiert. Der interne Wechsel des Arbeitsplatzes hat, wie nach dem IK-Auszug zu schliessen ist, keine gesundheitsbedingte Lohneinbusse mit sich gebracht. Ein weiterer Einkommensvergleich für die Zeit nach 2012 erübrigt sich, da angesichts des minimalen Anstiegs des tatsächlichen Einkommens von 2011 auf 2012 nicht mit einer relevant anders als der allgemeinen

Nominallohnentwicklung entsprechend verlaufenden Einkommensentwicklung zu rechnen ist. 4.2 Für die Bestimmung des Invalideneinkommens ist primär von der beruflich-erwerblichen Situation auszugehen, in welcher die versicherte Person konkret steht. 4.2.1 Da die Beschwerdeführerin im massgeblichen Zeitraum keine Erwerbstätigkeit mehr ausgeübt hat, sind rechtsprechungsgemäss (vgl. Bundesgerichtsentscheid vom 7. April 2016, 9C\_783/2015; BGE 139 V 592 E. 2.3) grundsätzlich statistische Werte (Tabellenlöhne) beizuziehen. Der durchschnittliche Bruttolohn von Frauen für einfache Tätigkeiten körperlicher oder handwerklicher Art (Kompetenzniveau 1) im privaten Sektor lag im Jahr 2012 bei Fr. 51'441.-- (vgl. Anhang 2 der Textausgabe Invalidenversicherung, Allgemeiner Teil des Sozialversicherungsrechts, Gesetze und Verordnungen, 2018, herausgegeben von der Informationsstelle AHV/IV, S. 222, basierend auf der Tabelle TA1 der Schweizerischen Lohnstrukturerhebung LSE des Bundesamtes für Statistik). Der grundsätzlichen Zumutbarkeit einer Arbeitstätigkeit der Beschwerdeführerin auf dem Arbeitsmarkt - als Voraussetzung für die Anrechnung eines solchen statistischen Einkommens - steht nach dem oben Dargelegten medizinisch nichts entgegen. Es ist zudem davon auszugehen, dass ein ausgeglichener Arbeitsmarkt, wie er zur Abgrenzung zum Risiko der Arbeitslosigkeit für die Invaliditätsbemessung massgeblich ist, für die Beschwerdeführerin mit ihren erwähnten krankheitsbedingten Einschränkungen der Leistungsfähigkeit noch zureichend viele Arbeitsmöglichkeiten bietet, das Finden einer Anstellung also nicht realitätsfremd ist. Die Restarbeitsfähigkeit hat auch nicht etwa wegen ihres Alters als unverwertbar zu gelten. Der Einfluss des Lebensalters auf die Möglichkeit, das verbliebene Leistungsvermögen auf einem solchen ausgeglichenen Arbeitsmarkt zu verwerten, hängt rechtsprechungsgemäss nämlich von den Umständen des Einzelfalls ab. Massgebend können die Art und Beschaffenheit des Gesundheitsschadens und seiner Folgen, der absehbare Umstellungs- und Einarbeitungsaufwand und in diesem Zusammenhang auch Persönlichkeitsstruktur, vorhandene Begabungen und Fertigkeiten, Ausbildung, beruflicher Werdegang oder Anwendbarkeit von Berufserfahrung aus dem angestammten Bereich sein (vgl. 9C\_358/2014 vom 21. November 2014 E. 7.1). Für die Annahme einer Unverwertbarkeit infolge eines höheren Lebensalters bestehen verhältnismässig hohe Hürden (vgl. Bundesgerichtsentscheid vom 9. Juli 2015, 9C\_118/2015; Kasuistik etwa in den Bundesgerichtsentscheiden 9C\_847/2015 vom 30. Dezember 2015 und 9C\_918/2008 vom 28. Mai 2009). Zu berücksichtigen ist namentlich, dass die Beschwerdeführerin in ihrem Erwerbsleben bereits in verschiedensten Tätigkeiten gearbeitet hat (vgl. IV-act. 16-9) und verträglich, kontaktfreudig und sehr leistungsorientiert ist (vgl. IV-act. 100-24). 4.2.2 Bestehen im Einzelfall Anhaltspunkte dafür, dass die versicherte Person ihre gesundheitlich bedingte (Rest-) Arbeitsfähigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt nur mit unterdurchschnittlichem erwerblichem Erfolg verwerten kann, ist ein Abzug von den Tabellenlöhnen zu machen. Bei der Bestimmung der Höhe des Abzuges ist der Einfluss aller in Betracht fallenden Merkmale auf das Invalideneinkommen unter Würdigung der Umstände im Einzelfall gesamthaft zu schätzen und insgesamt auf höchstens 25 % des Tabellenlohnes zu begrenzen (vgl. BGE 134 V 322 E. 5.2 und BGE 126 V 75). Die gesundheitlich bedingten Einschränkungen der Beschwerdeführerin sind mit der medizinisch begründeten Arbeitsunfähigkeitsschätzung berücksichtigt. Ein Abzug wegen nicht mehr zumutbarer Schwerarbeit fällt, da der Tabellenlohn des Kompetenzniveaus 1 bereits eine Vielzahl von leichten und mittelschweren Tätigkeiten umfasst, nicht in Betracht (vgl. Bundesgerichtsentscheid vom 24. Mai 2018, 8C\_884/2017 E. 4.2, zu den Faktoren Alter sowie Schwerarbeit auch Bundesgerichtsentscheid vom 26. April 2018, 8C\_699/2017

E. 3.2 f.). Ebenso wenig abzugsrelevant ist nach der bundesgerichtlichen Rechtsprechung der Umstand, dass bei vollzeitlicher Präsenz nur ein eingeschränktes Rendement möglich ist (vgl. Bundesgerichtsentscheid vom 4. April 2012, 8C\_20/2012) oder dass Frauen teilzeitlich tätig sind (vgl. Bundesgerichtsentscheid vom 30. November 2012, 8C\_712/2012 E. 4.2.2). - Eine Herabsetzung des Tabellenlohns ausserhalb eines Abzugs gemäss BGE 134 V 322 fällt schliesslich ebenfalls nicht in Betracht. 4.3 Zu berücksichtigen ist die Einschränkung der zumutbaren Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin um 20 %, womit sich ein Invalideneinkommen von rund Fr. 41'153.-- ergibt. Im Vergleich zum Valideneinkommen von Fr. 59'948.-- zeigt sich damit ein Invaliditätsgrad von rund 31 %. Selbst wenn ein Abzug von 10 % zugestanden werden könnte (Invalideneinkommen Fr. 37'038.--), bestünde im Übrigen (mit 38 %) kein Invaliditätsgrad rentenbegründenden Ausmasses. 4.4 Anspruch auf eine Rente haben nach Art. 28 Abs. 1 IVG Versicherte, die ihre Erwerbsfähigkeit nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a), während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind (lit. b) und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind (lit. c). Unter dem Aspekt von Art. 29 Abs. 1 IVG (Rentenanspruch frühestens nach Ablauf von sechs Monaten nach Geltendmachung des Leistungsanspruchs nach Art. 29 Abs. 1 ATSG) könnte ein Rentenanspruch der Beschwerdeführerin bei Anmeldung im Juli 2013 frühestens im Januar 2014 entstehen. Es ist jedoch davon auszugehen, dass ein mögliches Wartejahr erst am 25. Oktober 2014 ablief. Für jenen Zeitpunkt ist allerdings nach der Aktenlage mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nicht von einer noch längere Zeit dauernden (vgl. Art. 8 Abs. 1 ATSG) mindestens 40 % betragenden Erwerbsunfähigkeit (und Invalidität) auszugehen (vgl. E. 3.5), so dass kein Rentenanspruch besteht.

## **E. 5**

5.1 Im Sinn der vorstehenden Erwägungen ist die Beschwerde abzuweisen. 5.2 Nach Art. 69 Abs. 1 bis IVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von 200 bis 1000 Franken festgelegt. Als unterliegende Partei hat die Beschwerdeführerin die Gerichtskosten zu bezahlen (vgl. Art. 95 Abs. 1 VRP). Diese sind ermessensweise auf Fr. 600.-- zu veranschlagen. Mit dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe ist die geschuldete Gerichtsgebühr getilgt. Entscheid im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP 1. Die Beschwerde wird abgewiesen. 2. Die Beschwerdeführerin hat die Gerichtskosten von Fr. 600.-- zu bezahlen, unter Anrechnung des bezahlten Kostenvorschusses in gleicher Höhe.