

# **SG\_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2016/390 vom 29. Mai 2012**

Sg Versicherungsgericht, 2012-05-29, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg\\_publicationen\\_IV\\_2016\\_390](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg_publicationen_IV_2016_390)

FR: SG\_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2016/390 du 29 mai 2012

IT: SG\_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2016/390 del 29 maggio 2012

## **Regeste**

Bidisziplinäres psychiatrisch-orthopädisches Gutachten beweiskräftig. Bei einer 100%-igen adaptierten Arbeitsfähigkeit wäre selbst bei Gewährung eines Tabellenlohnabzuges von 25% kein Rentenanspruch ausgewiesen (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 11. Juni 2018, IV 2016/390).

## **Erwägungen**

### **E. 1**

Zwischen den Parteien umstritten und nachfolgend zu prüfen ist ein allfälliger Rentenanspruch der Beschwerdeführerin. 1.1 Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) umschreibt Invalidität als voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit. Erwerbsunfähigkeit ist der durch die gesundheitliche Beeinträchtigung verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). 1.2 Nach Art. 28 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG; SR 831.20) haben Versicherte, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wiederherstellen, erhalten oder verbessern können, Anspruch auf eine Rente (lit. a), wenn sie während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40% arbeitsunfähig gewesen sind (lit. b) und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40% invalid sind (lit. c). Nach Art. 28 Abs. 2 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 ein Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40% ein Anspruch auf eine Viertelsrente. 1.3 Der Grad der für einen allfälligen Rentenanspruch massgebenden Invalidität wird gemäss Art. 16 ATSG durch einen Einkommensvergleich ermittelt, bei dem das Einkommen, das die versicherte Person nach dem Eintritt der Invalidität und nach der Durchführung der notwendigen und zumutbaren Eingliederungsmassnahmen bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (zumutbares Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt wird zum Einkommen, das die versicherte Person erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Valideneinkommen). 1.4 Um den Grad der Arbeitsunfähigkeit und gestützt darauf die Erwerbsunfähigkeit bzw. Invalidität bemessen zu können, sind Verwaltung und Gericht auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe der ärztlichen Sachverständigen 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). Unter Berücksichtigung des Grundsatzes der freien Beweiswürdigung hat das Gericht alle Beweismittel objektiv zu prüfen, unabhängig davon, von wem sie stammen. Hinsichtlich des Beweiswerts eines Arztberichts ist deshalb allein entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten begründet sind (BGE 125 V 352 E. 3a). Je mehr ein Gutachten von diesen Qualitätsanforderungen abweicht, desto kleiner ist sein Beweiswert (GABRIELA RIEMER-KAFKA [Hrsg.], Versicherungsmedizinische Gutachten, 2007, S. 20). Die Rechtsprechung hat es mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung als vereinbar betrachtet, in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten Richtlinien für die Beweiswürdigung aufzustellen. So ist den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten Gutachten von externen Spezialärzten volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 125 V 353 E. 3b/bb mit Hinweisen).

## **E. 2**

Grundlage der angefochtenen Verfügung ist das bidisziplinäre Gutachten der SMAB AG vom 30. Mai 2016. Zu prüfen ist dessen bestrittene Beweistauglichkeit.

### **E. 2.1**

2.1.1 Das psychiatrische Teilgutachten von Dr. H.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, führt nur Diagnosen ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit auf (letzte Tätigkeit). Die Diagnose einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung (ICD-10: F 45.4) könne nicht bestätigt werden. Diese setze einen erheblichen Mindestschweregrad im Sinne eines schweren, andauernden und quälenden Schmerzes voraus. Ein Schweregrad dieser Art liege nicht vor. Dennoch lägen relevante psychosoziale Belastungsfaktoren vor. Neben der schwierigen beruflichen und sozialen Situation hätten langjährige erhebliche Konflikte mit den Töchtern bestanden. Weiter spiele vermutlich eine Rolle, dass die Beschwerdeführerin von der Persönlichkeit her als relativ aktiv, auch leistungsorientiert anzusehen sei, weshalb die aus der Schmerzsymptomatik resultierende Einschränkung der Mobilität sie überdurchschnittlich belaste. Dies erschwere die Akzeptanz der Schmerzen. Diese unzureichende Akzeptanz verstärke das Schmerzerleben eher noch. Aufgrund dieser Ausführungen lägen am ehesten psychologische Faktoren und Verhaltensfaktoren bei andernorts klassifizierten Krankheiten vor (ICD-10: F 54). In affektiver Hinsicht schildere die Beschwerdeführerin Gefühle von Ärger, Missmut und Bedrücktheit aufgrund der Schmerzsymptomatik und der eingeschränkten Mobilität. Die Kriterien für eine depressive Episode lägen nicht vor, schon für eine nur leichte depressive Episode müssten mindestens zwei der drei Hauptsymptome einer depressiven Episode eindeutig erfüllt sein. Vom Schweregrad der Symptomatik ergäbe sich am ehesten eine Anpassungsstörung, welche aber längstens zwei Jahre lang diagnostiziert werden könne. Die Symptomatik bestünde gemäss Beschreibung der Beschwerdeführerin aber schon länger. Seit Ende 2015 habe sie wieder sehr guten Kontakt zu ihren beiden Töchtern, was zu einer deutlichen Stimmungsverbesserung beigetragen habe. Seit diesem Zeitpunkt liege nur noch eine mässig ausgeprägte depressive Symptomatik im Sinne einer anhaltenden affektiven Störung vor (ICD-10: F 34.8). Aus psychiatrischer Hinsicht seien Tätigkeiten, die eine

überdurchschnittliche emotionale Belastbarkeit voraussetzten, nicht geeignet, ansonsten sei das Belastungsprofil nicht eingeschränkt und es liege keine quantitative Verminderung der Arbeitsfähigkeit vor (IV-act. 148-30 ff.). 2.1.2 Das orthopädische Teilgutachten von Dr. med. K. \_\_\_\_, Fachärztin Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, hielt eine chronische Metatarsalgie rechts bei Senk-Spreizfuss beidseits, Status nach Morton-Neurom-Exzision rechts interdigital plantar II bis III mit Relevanz für die Arbeitsfähigkeit (letzte Tätigkeit) fest. Insgesamt falle eine grosse Diskrepanz zwischen den geklagten Beschwerden der Beschwerdeführerin und den vorhandenen klinischen und radiologischen Befunden auf. Die angegebenen starken Beschwerden im Bereich des rechten Vorfusses könnten nicht nachvollzogen werden. Es bestünden Zweifel am angegebenen Leidensdruck, da die Beschwerdeführerin auch die angebotene medikamentöse analgetische Therapie ablehne. Das Weiterführen der bisherigen rein stehenden und körperlich recht belastenden Tätigkeit sei trotz den objektiv nicht eindrücklichen Befunden nicht sinnvoll. Für eine angepasste Tätigkeit sei die Beschwerdeführerin normal arbeitsfähig. Die radiologische Kontrolle des linken Hüftgelenkes zeige eine regelrechte Artikulation ohne Coxarthrose-Zeichen. Bis auf eine Trochanter-Klopfschmerzangabe und Leisten-Druckschmerzangabe links habe die Beschwerdeführerin im Rahmen der der gutachterlichen Untersuchung die Untersuchung des linken Hüftgelenks nicht zugelassen. Das MRI der Lendenwirbelsäule habe nur eine mässige Facettengelenksarthrose LWK 4/5 beidseits dargestellt, die gelegentliche belastungsunabhängige Beschwerden im Bereich des lumbosacralen Übergangs erklären könnten, jedoch nicht die Druckschmerzangabe über die gesamte Lendenwirbelsäule und das Ausmass der angegebenen Beschwerden. Die angegebenen lokalen belastungsabhängigen Schmerzen im Nackenbereich seien bei radiologisch sichtbaren hochgradigen Osteochondrosen und Unkovertebralarthrosen der zervikalen Segmente HWK 5/6 und 6/7 nachvollziehbar. Insgesamt sei die Beschwerdeführerin in der angestammten Tätigkeit zu 0%, in einer körperlich leichten bis gelegentlich mittelschweren, wechselbelastenden Tätigkeit zu 100% arbeitsfähig (IV-act. 148-44 ff.). 2.1.3 Unter Berücksichtigung beider beteiligter Fachgebiete ergab sich im interdisziplinären Konsens eine 100%ige Einschränkung in der angestammten Tätigkeit seit dem 13. September 2011. In einer leidensadaptierten Tätigkeit sei die Beschwerdeführerin ab Mitte Januar 2012 bis zur letzten Vorderfuss-Operation am 2. Dezember 2013 und ab März 2014 jedoch zu 100% arbeitsfähig. Dabei seien Tätigkeiten, die eine überdurchschnittliche emotionale Belastbarkeit voraussetzten (z.B. bestimmte Tätigkeiten im sozialen Bereich), nicht geeignet. In körperlicher Hinsicht seien leichte bis gelegentlich mittelschwere, wechselbelastende Tätigkeiten möglich (IV-act. 148-14 f.).

## **E. 2.2**

2.2.1 In psychiatrischer Hinsicht macht die Beschwerdeführerin geltend, es bestünden gemäss Arztbericht von Dr. F. \_\_\_\_ vom 6. November 2015 nicht nur eine Anpassungsstörung mit depressiver Reaktion, sondern auch eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (act. G 1 Ziff. IV/1.). Zudem sei aufgrund der starken Schmerzen, welche sie anlässlich der orthopädischen Begutachtung angegeben habe, ohne weiteres der Scherwegrad, welcher für eine somatoforme Schmerzstörung vorausgesetzt werde, erreicht (act. G 1 Ziff. IV, 2.b/aa). Ferner liege eine depressive Episode vor. Auch wenn der Kontakt zu den Kindern wieder bestehe, sei die anhaltende depressive Episode in keiner Weise abgeklungen (act. G 1 Ziff. IV/3.). Zudem befinde sie sich seit 2014 bei Dr. G. \_\_\_\_ regelmässig in Behandlung, was dem

Leistungsauszug der Krankenkasse zu entnehmen sei. Zudem könne diese bestätigen, dass sie extrem unter den Beschwerden leide (act. G 1 Ziff. IV/2.a und 2.b/cc). Die Beschwerdegegnerin hingegen führt aus, dass das psychiatrische Teilgutachten von Dr. H.\_\_\_\_ ausführlich begründe, weshalb weder die Diagnose einer Depression noch einer Schmerzstörung gestellt werden könne. Betreffend die anhaltende somatoforme Schmerzstörung zeige Dr. H.\_\_\_\_ konkret auf, dass die Diagnose nicht hergeleitet und nicht genügend begründet worden sei. Die Tatsache, dass Schmerzen nicht ausreichend organisch erklärbar seien, reiche für die Diagnose einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung nicht aus. Bei der von Dr. F.\_\_\_\_ diagnostizierten mittelgradigen depressiven Episode sei der psychische Befund sehr knapp gehalten und spreche eher gegen eine solche Diagnose. Gemäss Dr. H.\_\_\_\_ würden die Kriterien einer depressiven Episode nicht vorliegen, weshalb sich am ehesten eine Anpassungsstörung mit depressiver Reaktion ergebe. In Bezug auf die Diagnose der chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren führe Dr. H.\_\_\_\_ aus, dass er eher psychologische Faktoren und Verhaltensfaktoren bei andernorts klassifizierten Krankheiten sehe. Der Mindestschweregrad im Sinne eines schweren, andauernden und quälenden Schmerzes könne schon aufgrund der mitgeteilten Tagesaktivitäten nicht vorliegen (act. G 3 Ziff. III/1.).

### 2.2.2 Das psychiatrische Teilgutachten setzt sich ausführlich mit allen medizinischen Vorakten und den darin aufgeführten Diagnosen auseinander (vgl. IV-act. 148-33 f.). Dabei zu erwähnen ist, dass sämtliche Arztberichte der Klinik D.\_\_\_\_ in der Vorgeschichte gemäss Aktenlage aufgeführt wurden und somit in die Beurteilung eingeflossen sind (Berichte vom 16. Juni 2014, IV-act. 72-4f.; 16. April 2015, IV-act. 84; 14. Juli 2015, IV-act. 122; 6. November 2015, IV-act. 141-9f.). Diese wurden jeweils von Dr. F.\_\_\_\_ allein oder zusammen mit Dr. G.\_\_\_\_ unterzeichnet. Die Behandlung durch sowie die Einschätzung von Dr. G.\_\_\_\_ hat damit bereits Eingang in das Gutachten gefunden. Die beantragte Einholung eines Verlaufsberichtes bei Frau Dr. G.\_\_\_\_ erübrigt sich damit.

### 2.2.3 Dr. H.\_\_\_\_ gibt den erhobenen psychiatrischen Befund ausführlich wieder. So hält er beispielsweise fest, dass die Versicherte anamnestisch eine Konzentrationsstörung beklagt habe, welche er aber nicht feststellen könne. Sie könne dem Gespräch aufmerksam folgen, problemlos Themenwechsel bewältigen und verliere nie den Gesprächsfaden (IV-act. 148-28). Im Vordergrund des Beschwerdeerlebens stehe eine Schmerzsymptomatik, welche organmedizinisch nicht ausreichend erklärbar sei. Es bestehe eine grosse Diskrepanz zwischen den beklagten Beschwerden und den klinischen sowie radiologischen Befunden. Es sei zu diskutieren, ob eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung vorliege. Diese Diagnose setze jedoch einen erheblichen Mindestschweregrad im Sinn eines schweren, andauernden und quälenden Schmerzes voraus. Ein Schweregrad dieser Art liege jedoch nicht vor. Dies ergebe sich allein schon aus der Analyse der von der Versicherten mitgeteilten Tagesaktivitäten (Freundin besuchen, Haushalt erledigen, Autofahren, Kochsendungen sehen, IV-act. 148-24). Eine gewisse psychogene Überlagerung sei anzunehmen (IV-act. 148-30). Er führt nachvollziehbar aus, weshalb die von Dr. F.\_\_\_\_ gestellten Diagnosen der chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Formen und die mittelgradige depressive Episode mit somatischen Symptomen nicht vorliegen (vgl. IV-act. 148-33). Der psychiatrische Gutachter hat sich anlässlich der Begutachtung intensiv mit diesen Diagnosen auseinandergesetzt. Die gestellten Diagnosen und Schlussfolgerungen im psychiatrischen Teilgutachten sind überzeugend, weshalb dessen Einschätzung des Gesundheitszustandes der Beschwerdeführerin zu folgen ist. Abschliessend ist festzuhalten, dass der mit ergänzender Replik eingereichte Arztbericht

des KSSG Schmerzzentrums grundsätzlich eine Untersuchung vom 11. April 2017 betrifft und darin unter anderem über abgehaltene Einzeledukationen zum Thema „chronischer Schmerz“ berichtet wird. Zudem ist dem Bericht zu entnehmen, dass die Beschwerdeführerin nur wieder zu Dr. G. \_\_\_ gehe, weil sie Tabletten benötige. Die Gespräche würden ihr nicht helfen. Weiter wird im Bericht eine psychiatrische tagesklinische Behandlung vorgeschlagen, da die Beschwerdeführerin die Angebote einer ambulanten Schmerztherapie nicht mehr annehmen wolle und eine stationäre Schmerztherapie aufgrund mangelnder Motivation, ihre Einstellung den chronischen Schmerzen gegenüber zu verändern, nicht sinnvoll sei (vgl. act. G 12.1). Dem Bericht vom 13. April 2017 ist folglich keinerlei Hinweis auf eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes seit der Begutachtung bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung am 10. Oktober 2016 zu entnehmen und ebenso wenig eine konkrete, begründete Arbeitsfähigkeitsschätzung, die die Schlussfolgerungen des psychiatrischen Gutachtens in Frage stellen würde.

### **E. 2.3**

Die Beschwerdeführerin beantragt eine erneute orthopädische Abklärung (act. G 1 Ziff. IV/3.c). Weitere Ausführungen, weshalb das orthopädische Teilgutachten von Dr. K. \_\_\_ nicht genügen sollte, werden nicht gemacht. Es ist denn auch nicht ersichtlich, inwiefern das orthopädische Teilgutachten den Anforderungen nicht genügen sollte. Es umfasst die streitigen Belange (Fussprobleme, Hüftdysplasie beidseits), beruht auf der durch Dr. K. \_\_\_ durchgeführten ausführlichen Exploration der Beschwerdeführerin (Anamnese, orthopädisch-/traumatologischer Befund, MRT der LWS, Röntgen Halswirbelsäule/Becken/Hüftgelenk links) und würdigt die medizinischen Vorakten umfassend (vgl. IV-act. 148-37 ff.). Insgesamt ist das orthopädische Teilgutachten in seiner Schlussfolgerung begründet und leuchtet auch in der Darlegung der medizinischen Situation ein. Eine erneute orthopädische Begutachtung ist damit nicht angezeigt.

### **E. 2.4**

Die Beschwerdeführerin macht betreffend das SMAB-Gutachten geltend, bei einer Somatisierungsstörung sei eine Gesamtbetrachtung, einzelfallgerecht, ressourcenorientiert und ergebnisoffen vorzunehmen. Diese habe gemäss Rechtsprechung anhand eines Katalogs von Indikatoren zu erfolgen. Eine solche sei jedoch unterblieben (act. G 1 Ziff. IV/4.). Wie die Beschwerdegegnerin richtig ausführt, ist eine Indikatorenprüfung bei pathogenetisch-ätiologisch unklaren syndromalen Beschwerdebildern ohne nachweisbare organische Grundlage nur vorzunehmen, wenn ein der somatoformen Schmerzstörung vergleichbares psychosomatisches Leiden vorliegt (BGE 141 V 281). Gemäss Gutachten liegt kein solches vor bzw. erreicht das psychosomatische Leiden nicht den Schweregrad einer somatoformen Schmerzstörung, weshalb die Gutachter zu Recht auf eine Indikatorenprüfung verzichtet haben.

### **E. 2.5**

2.5.1 Die Beschwerdeführerin macht weiter geltend, dass sie auch mit einem Hörgerät noch sehr schlecht höre. Ihr sei es deshalb nicht möglich, Tätigkeiten auszuüben, die eine normale Kommunikation oder ein "normales" Gehör voraussetzten. Eine allfällige Restarbeitsfähigkeit könne aufgrund der bestehenden Leiden in keiner Weise wirtschaftlich verwertet werden. Dr. I. \_\_\_ gehe aufgrund der Schwerhörigkeit von einer Arbeitsfähigkeitseinschränkung von 50% aus. Mit dieser Beurteilung setze sich das

SMAB-Gutachten nicht auseinander (act. G 1 Ziff. IV/6.). Die Beschwerdeführerin führt weiter aus, es käme nur eine Tätigkeit in einem geschützten Rahmen in Betracht, weshalb von einer vollständigen Erwerbsunfähigkeit auszugehen sei (act. G 8 Ziff. VI/Bemerkungen zu Ziffer 4 der Beschwerdeantwort). Dazu äussert sich die Beschwerdegegnerin dahingehend, dass Dr. I. \_\_\_ im Verlaufsbericht vom 23. Dezember 2015 der hochgradigen Innenohrschwerhörigkeit beidseits keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit beigemessen habe. Zudem liste Dr. E. \_\_\_ die hochgradige Innenohrschwerhörigkeit im Arztbericht vom 27. Januar 2016 als Diagnose ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit auf (act. G 3 Ziff. III/4.). 2.5.2 Entgegen den Ausführungen der Beschwerdeführerin führt Dr. I. \_\_\_ im Arztbericht vom 23. Dezember 2015 ausdrücklich aus, dass das Hörvermögen der Beschwerdeführerin keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit habe. Die Beschwerdeführerin könne aber derzeit keiner beruflichen Tätigkeit nachgehen. Gewisse Maschinen könne die Beschwerdeführerin auch mit der Hörgeräteversorgung nicht mehr hören, so dass die Sicherheit am Arbeitsplatz nicht mehr gewährleistet sei (IV-act. 138-2 f.). Dies bezieht sich jedoch auf die angestammte Tätigkeit. Dr. I. \_\_\_ hielt auch andere Tätigkeiten für unzumutbar, führte jedoch nichts weiter dazu aus. Die verschiedenen Arztberichte von Dr. I. \_\_\_ wurden durch das Gutachten in der Vorgeschichte gemäss Aktenlage berücksichtigt (IV-act. 148-9 ff.). Im Weiteren wurden bezüglich der Schwerhörigkeit weder im psychiatrischen noch im orthopädischen Teilgutachten ausdrücklich Ausführungen gemacht. Offensichtlich war die Kommunikation während der Begutachtung durch die Schwerhörigkeit nicht beeinträchtigt. Insgesamt erscheint eine Einschränkung der quantitativen Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin in einer adaptierten Tätigkeit aufgrund der Schwerhörigkeit nicht plausibel.

## **E. 2.6**

2.6.1 Die Beschwerdeführerin erachtet das Einholen eines neurologischen bzw. neuropsychologischen Gutachtens für notwendig. Gemäss Arztbericht vom 6. November 2015 von Dr. F. \_\_\_ (vgl. IV-act. 141-10) beständen eine reduzierte geistige Flexibilität und Konzentrationsabfälle bzw. Konzentrationsstörungen. Diese Beschwerden seien nicht abgeklärt worden (act. G 1 Ziff. IV/5.). Dazu führt die Beschwerdegegnerin aus, es lägen ein Arztbericht vom 24. Juni 2012 sowie zwei konsiliarische Beurteilungen von Dr. J. \_\_\_ vom 7. Dezember 2009 und 29. April 2013 vor. Aufgrund der Ausgangslage habe die RAD-Ärztin entschieden, dass lediglich eine bidisziplinäre Begutachtung notwendig sei. Zudem berücksichtige der Gutachter Dr. H. \_\_\_ die Arztberichte von Dr. J. \_\_\_ umfassend. Hätte dieser bei der Durchsicht der Akten eine neurologische Begutachtung als notwendig erachtet, wäre eine Rückmeldung an die Beschwerdegegnerin erfolgt (act. G 3 Ziff. III/3.).

2.6.2 Zunächst liegt es in der Kompetenz des RAD, eine Einordnung des Falles vorzunehmen und zu bestimmen, welche Fachdisziplinen an der Begutachtung zu beteiligen sind (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C\_656/2013 vom 11. Dezember 2013, E.3.2 in SVR 2014 IV Nr. 16). Die vorab genannten Arztberichte wurden im Gutachten in der Vorgeschichte gemäss Aktenlage aufgeführt. Im Gutachten fand eine Auseinandersetzung mit den Arztberichten von Dr. F. \_\_\_ statt und betreffend die Konzentrationsstörungen wurde ausgeführt, dass diese gemäss Arztbericht von Dr. F. \_\_\_ vom 16. Mai 2015 (vgl. IV-act. 84) subjektiv vorliegen würden. Die Beschwerden sind damit nicht weiter untersucht worden. Wie die Beschwerdeführerin richtig ausführt, kann allein aufgrund der Tatsache, dass sie dem Gespräch bei der Begutachtung folgen konnte, eine Störung der Konzentrationsfähigkeit nicht ausgeschlossen werden. Hingegen führt die Beschwerdegegnerin richtig aus, dass es sich bei den Konzentrationsstörungen sowohl im

Arztbericht von Dr. F.\_\_\_\_ vom 16. April 2014 als auch vom 6. November 2015 lediglich um die subjektiven Angaben der Beschwerdeführerin handelt. Es wurde dahingehend weder eine Diagnose gestellt noch wurden damals weitere Abklärungen von Dr. F.\_\_\_\_ als notwendig erachtet (vgl. auch Urteil des Bundesgerichts 9C\_115/2009 vom 1. September 2009, E.4.3 zur Empfehlung einer neuropsychologischen Untersuchung sowie der Interpretation von kognitiven Defiziten). Aus den medizinischen Akten ergibt sich somit kein Grund für das Einholen eines neurologischen bzw. neuropsychologischen Gutachtens.

### **E. 2.7**

Gesamthaft betrachtet erweist sich das bidisziplinäre Gutachten in medizinischer Hinsicht als beweistauglich. Es bestehen keine Indizien, welche gegen die Zuverlässigkeit des Gutachtens sprechen. Auch die RAD-Ärztin hält das Gutachten aus versicherungsmedizinischer Sicht für beweistauglich, insbesondere in der Hinsicht, dass sich die Gutachter mit den abweichenden Beurteilungen der behandelnden Ärzte auseinandersetzen (vgl. IV-act. 149). Die Gutachter legten überzeugend dar, dass weder in orthopädischer noch psychiatrischer Hinsicht eine die Arbeitsfähigkeit einschränkende gesundheitliche Beeinträchtigung vorliegt. Damit ist mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin nicht an gesundheitlichen Problemen leidet, die erhebliche Auswirkungen auf ihre Arbeitsfähigkeit in einer adaptierten Tätigkeit haben. Beide Gutachter beschreiben überdies mehrfach relevante Inkonsistenzen hinsichtlich Tagesaktivität und angegebener vollständiger Arbeitsunfähigkeit, nicht feststellbarem Verlust von Interesse und Freude bei angegebener ausgeprägter Antriebsstörung, grosser Diskrepanz zwischen den geklagten Beschwerden sowie den klinischen und radiologischen Befunden, Widerspruch zwischen angegebenem Leidensdruck und Bereitschaft zu einer medikamentösen-analgetischen Therapie (Epikrise psychiatrisches Gutachten: IV-act. 148-30ff., Epikrise orthopädisch-/traumatologisches Gutachten: IV-act. 148-44ff.), deren Vorliegen in der abschliessenden RAD-Stellungnahme vom 8. Juni 2016 bestätigt wurden (IV-act. 149). Bei dieser Sachlage erübrigen sich weitere Abklärungen. Es liegt keine Verletzung der Abklärungspflicht vor

### **E. 3**

Insgesamt ist somit davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin gesamtmedizinisch betrachtet in angestammter Tätigkeit zu 100% arbeitsunfähig und in einer adaptierten Tätigkeit zu 100% arbeitsfähig ist. Die Beschwerdeführerin war im Zeitpunkt der Begutachtung knapp 58 Jahre alt. Der Verwertbarkeit der attestierten Arbeitsfähigkeit steht nichts entgegen (vgl. zum Ganzen MEYER / REICHMUTH, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG, Art. 28 N 12ff.). Hinsichtlich des Invaliditätsgrades ist festzustellen, dass die Beschwerdeführerin als Vollerwerbstätige gemäss Angaben des letzten Arbeitgebers aus dem Jahr 2011 und unter Berücksichtigung der Nominallohnentwicklung bis 2014 ein Valideneinkommen von Fr. 53'378.-- erzielen würde (vgl. IV-act. 7-14). Demgegenüber steht, da die Beschwerdeführerin ihre Restarbeitsfähigkeit nicht verwertet, basierend auf dem Total der Lohnstrukturerhebung des Bundesamtes für Statistik ein 2014 erzielbares Invalideneinkommen von Fr. 53'793.-- (Informationsstelle AHV/IV, IV, Ausgabe 2018, Anhang 1, S. 222). Folglich besteht kein invaliditätsbedingter Minderverdienst. Auch bei Berücksichtigung eines Tabellenlohnabzuges (von max. 25%) - womit der Schwerhörigkeit der Beschwerdeführerin in einer adaptierten Tätigkeit zusätzlich zu den bereits berücksichtigten Einschränkungen Rechnung getragen werden könnte - würde kein rentenrelevanter Minderverdienst

resultieren. Gemäss den im Gutachten attestierten (IV-act. 148-20f.) sowie vom RAD (IV-act. 149-2) bestätigten Arbeitsunfähigkeitszeiten liegt zudem auch kein befristeter Rentenanspruch vor. Da deshalb keine Invalidität vorliegt, hat die Beschwerdegegnerin einen Rentenanspruch zu Recht abgelehnt.

#### **E. 4**

4.1 Nach dem Gesagten ist die angefochtene Verfügung vom 10. Oktober 2016 nicht zu beanstanden und die Beschwerde abzuweisen. 4.2 Das Beschwerdeverfahren ist kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festgelegt (Art. 69 Abs. 1bis IVG). Eine Gerichtsgebühr von Fr. 600.-- erscheint als angemessen. Der unterliegenden Beschwerdeführerin sind die Gerichtskosten in der Höhe von Fr. 600.-- aufzuerlegen. Zufolge unentgeltlicher Rechtspflege ist sie von der Bezahlung zu befreien. 4.3 Der Staat bezahlt zufolge unentgeltlicher Rechtsverteidigung die Kosten der Rechtsvertretung der Beschwerdeführerin. Die Parteientschädigung wird vom Versicherungsgericht festgesetzt und ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache und nach der Schwierigkeit des Prozesses bemessen (Art. 61 lit. g ATSG). In der Verwaltungsrechtspflege beträgt das Honorar vor Versicherungsgericht nach Art. 22 Abs. 1 lit. b HonO pauschal Fr. 1'000.-- bis Fr. 12'000.--. Im vorliegenden Fall hat der Rechtsvertreter keine Honorarnote eingereicht. Im hier zu beurteilenden Fall erscheint mit Blick auf die Anforderungen und Komplexität der Streitsache eine pauschale Parteientschädigung von Fr. 3'500.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) als angemessen. Diese ist um einen Fünftel zu kürzen (Art. 31 Abs. 3 des Anwaltsgesetzes, sGS 963.70). Somit hat der Staat den Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin pauschal mit Fr. 2'800.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) zu entschädigen. 4.4 Eine Partei, der die unentgeltliche Rechtspflege gewährt wurde, ist zur Nachzahlung verpflichtet, sobald sie dazu in der Lage ist (Art. 123 der Schweizerischen Zivilprozessordnung [ZPO; SR 272] i.V.m. Art. 99 Abs. 2 des Gesetzes über die Verwaltungsrechtspflege [VRP; sGS 951.1]).  
Entscheid im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP 1. Die Beschwerde wird abgewiesen. 2. Die Beschwerdeführerin wird von der Bezahlung der Gerichtsgebühr in der Höhe von Fr. 600.-- befreit. 3. Der Staat entschädigt den Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin zufolge unentgeltlicher Rechtsverteidigung mit Fr. 2'800.-- (einschliesslich Barauslagen und Mehrwertsteuer).

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