

# **SG\_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2017/318 vom 4. Oktober 2019**

Sg Versicherungsgericht, 2019-10-04, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg\\_publicationen\\_IV\\_2017\\_318](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg_publicationen_IV_2017_318)

FR: SG\_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2017/318 du 4 octobre 2019

IT: SG\_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2017/318 del 4 ottobre 2019

## **Regeste**

Art. 17 Abs. 1 ATSG. Rentenrevision. Auf Grund der lediglich in qualitativer Hinsicht veränderten Arbeitsfähigkeit besteht kein Anspruch auf Rentenerhöhung (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 4. Oktober 2019, IV 2017/318).

## **Volltext**

Entscheid vom 4. Oktober 2019 Besetzung Versicherungsrichterinnen Michaela Machleidt Lehmann (Vorsitz), Miriam Lendfers und Marie Löhner; Gerichtsschreiberin Jeannine Bodmer Geschäftsnr. IV 2017/318 Parteien A.\_\_\_\_, Beschwerdeführerin, vertreten durch Rechtsanwalt lic. iur. Robert Baumann, Advokatur Robert Baumann AG, Waisenhausstrasse 17, Postfach, 9001 St. Gallen, gegen IV-Stelle des Kantons St. Gallen, Postfach 368, 9016 St. Gallen, Beschwerdegegnerin, Gegenstand Rentenrevision (Erhöhung) Sachverhalt A.\_\_\_\_ meldete sich am 12. November 2007 wegen depressiver Verstimmung, inneren Spannungen, Ängsten, Lust- und Interesselosigkeit, Schlafstörungen, Müdigkeit, Kopf- und Rückenschmerzen, Herz- und Magenbeschwerden sowie hohem Blutdruck bei der IV-Stelle zum Leistungsbezug an (IV-act. 1). Ihr Arbeitsverhältnis als Zimmermädchen war ihr im November 2006 auf Grund von "unlösbaren Querelen" mit einer Mitarbeiterin per Ende 2006 gekündigt worden (IV-act. 3, 7). Von November 2006 bis Januar 2007 war die Versicherte in der psychiatrischen Klinik B.\_\_\_\_ hospitalisiert gewesen und nachfolgend ambulant durch Dr. med. C.\_\_\_\_ behandelt worden. Vom 27. August bis 15. September 2007 hatte zudem ein stationärer Aufenthalt in der Klinik D.\_\_\_\_ stattgefunden, wo bei ihr eine mittelgradige depressive Episode (ICD-10: F32.1), eine somatoforme Schmerzstörung (ICD-10: F45.4) und ein Verdacht auf somatoforme autonome Funktionsstörung, kardiovaskuläres System (ICD-10: F45.30) bei arterieller Hypertonie diagnostiziert worden waren (Bericht vom 8. Januar 2008, IV-act. 28). Hausarzt Dr. med. E.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Allgemeinmedizin, attestierte der Versicherten im Arztbericht vom 3. Dezember 2007 ab 17. November 2006 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit (IV-act. 14). Am 22. Mai 2008 wurde die Versicherte rheumatologisch durch Dr. med. Dr. sc. nat. ETH F.\_\_\_\_, Innere Medizin FMH spez. Rheumaerkrankungen, und am 13. Juni 2008 psychiatrisch durch Dr. med. G.\_\_\_\_, Psychiatrie/Psychotherapie FMH, begutachtet. Sie befanden die Versicherte im Gutachten vom 4. Juli 2008 für die Zeit vom 17. November 2006 bis 13. Juni 2008 zu 100% und ab 13. Juni 2008 bis auf Weiteres zu 40% arbeitsunfähig auf Grund einer leichten bis mittelschweren depressiven Episode mit somatischen Symptomen (ICD-10: F32.11, F32.01) und einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung (ICD-10: F45.4). Aus rheumatologischer Sicht bestand keine Diagnose mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit (IV-act. 42-12). Mit Verfügung vom 10. Juni 2009 sprach die IV-Stelle der Versicherten ab 1. November 2007 eine ganze IV-Rente und ab 1. Oktober

2008 eine Viertelsrente zu (IV-act. 70, 74) Mit Schreiben vom 28. November 2011 liess die Versicherte durch eine Rechtsvertreterin auf Grund einer gesundheitlichen Verschlechterung unter Beilage verschiedener Arztberichte um Erhöhung ihrer Invalidenrente ersuchen (IV-act. 78f.). Sie war vom 20. Dezember 2010 bis 1. Januar 2011 zum Medikamentenentzug bei Abusus von Migränemitteln im Spital H.\_\_\_\_ hospitalisiert und danach vom 3. bis 22. Januar 2011 zur psychosomatischen Rehabilitation in der Rehaklinik D.\_\_\_\_ behandelt worden. Auf Grund des weiteren Bestehens der depressiven Symptome war sie am 27. Februar 2011 wieder in die psychiatrische Klinik B.\_\_\_\_ eingetreten, wo sie bis zum 20. April 2011 behandelt und in etwas gebessertem Zustand entlassen worden war (IV-act. 82). Am 12. und 21. Juni sowie 5. Juli 2012 wurde die Versicherte polydisziplinär durch die Medizinische Abklärungsstelle Bern, ZVMB GmbH, begutachtet. Im Gutachten vom 28. August 2012 diagnostizierten die Gutachter mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ein generalisiertes Weichteilschmerzsyndrom, eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung F45.4 und eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte depressive Episode F33.0. Sowohl für die angestammte Tätigkeit als auch für Verweistätigkeiten stellten sie eine Arbeitsfähigkeit in der Grössenordnung von 60% fest (IV-act. 95-23f.). RAD-Arzt Dr. med. I.\_\_\_\_ hielt dazu mit Stellungnahme vom 13. Dezember 2012 fest, es könne davon ausgegangen werden, dass die rentenbegründende Arbeitsunfähigkeit mit einem Leiden gemäss den Schlussbestimmungen zur 6. IV-Revision begründet und dies erneut per Gutachten bestätigt worden sei. Das rheumatologischerseits diagnostizierte "Weichteilschmerzsyndrom" sei gemäss Gutachten deckungsgleich resp. identisch mit der "somatoformen Schmerzstörung". Bei der Versicherten liege jedoch keine psychiatrische Erkrankung vor, welche eine Komorbidität von erheblicher Schwere und Dauer begründen würde. Es sei lediglich eine leichte depressive Störung diagnostiziert worden. Die übrigen qualifizierenden Kriterien seien nur teilweise erfüllt (IV-act. 97). Mit Vorbescheid vom 8. Januar 2013 stellte die IV-Stelle der Versicherten in Aussicht, sie werde die Rente einstellen, da bei ihr lediglich syndromale Leiden vorliegen würden. Diese würden gemäss den neuen gesetzlichen Bestimmungen nicht als invalidisierend angesehen (IV-act. 100). Infolge des Einwands der Versicherten vom 13. Februar 2013 unter Beilage eines Berichtes von Dr. med. J.\_\_\_\_, Spezialärztin für Neurologie FMH, vom 1. Februar 2013 (IV-act. 102) teilte die IV-Stelle mittels Vorbescheids vom 29. April 2013 mit, sie gedenke, das Erhöhungsgesuch abzuweisen und weiterhin eine Viertelsrente auszurichten (IV-act. 107). Trotz des dagegen erhobenen Einwands vom 4. Juni 2013 (IV-act. 108) wies die IV-Stelle den Antrag auf eine Rentenerhöhung mit Verfügung vom 6. Juni 2013 ab (IV-act. 109). Die dagegen am 4. Juni 2013 erhobene Beschwerde ans Versicherungsgericht (IV-act. 108) wies dieses mit Entscheid vom 11. August 2015, IV 2013/355, ab (IV-act. 127). Mit Schreiben vom 28. April 2016 beantragte die Versicherte eine vorzeitige Revision der IV-Rente, da sich ihr Gesundheitszustand in den letzten Jahren zunehmend verschlechtert habe (IV-act. 131). Gestützt auf eine polydisziplinäre Begutachtung durch die SMAB AG, Swiss Medical Assessment- and Business Center, Bern, vom Oktober/November 2016 hielten die Gutachter im Gutachten vom 30. Dezember 2016 an einer Arbeitsfähigkeit von 60% in leidensadaptierten Tätigkeiten fest. Im Hinblick auf ihre frühere Tätigkeit als Zimmerfrau wurde dagegen aus Sicht des Orthopäden eine Aufhebung der Arbeitsfähigkeit seit 2015 angenommen (IV-act. 156-29). Mit Vorbescheid vom 15. Februar 2017 stellte die IV-Stelle in Aussicht, das Erhöhungsgesuch gestützt auf einen IV-Grad von 43% abzuweisen (IV-act. 160). Gegen den Vorbescheid liess die Versicherte durch Rechtsanwalt lic. iur. R.

Baumann, St. Gallen, am 22. März 2017 Einwand erheben und diesen mit Eingabe vom 25. April 2017 ergänzen (IV-act. 166). Mit Verfügung vom 28. Juli 2017 wies die IV-Stelle das Erhöhungsgesuch der Versicherten erneut ab (IV-act. 172). Dagegen richtet sich die vorliegende Beschwerde vom 8. September 2017 mit dem Antrag auf deren Aufhebung, soweit sie weitergehende Leistungen verneine, und auf Erhöhung der bisherigen Viertelsrente auf eine ganze Invalidenrente ab wann rechtens, spätestens ab 1. August 2016. Eventualiter sei in Aufhebung der angefochtenen Verfügung die Streitsache an die Beschwerdegegnerin zur Vornahme weiterer medizinischer Abklärungen im Sinne der nachfolgenden Erwägungen zurückzuweisen, damit gestützt auf das Ergebnis dieser Abklärungen neu über die Leistungsansprüche der Beschwerdeführerin verfügt werde; unter Kosten- und Entschädigungsfolgen. Zur Begründung macht der Rechtsvertreter geltend, im SMAB-Gutachten fehle eine eigentliche Auseinandersetzung mit den Diagnosen und der Arbeitsunfähigkeitsschätzung des sie behandelnden Dr. G.\_\_\_\_. Zudem könne nicht gesagt werden, dass die Arbeitsunfähigkeit aus den somatischen Leiden von 20% bereits vollumfänglich in der Arbeitsunfähigkeit der psychischen Leiden von 40% enthalten sei. Aber genau darauf laufe die Gesamtbeurteilung der SMAB-Gutachter hinaus. Angesichts der zahlreichen Einschränkungen aus psychischen Gründen sei bereits alleine deswegen von einer Arbeitsunfähigkeit von 50% auszugehen. Da auch noch die Arbeitsunfähigkeit aus somatischen Gründen dazu komme, sei zuallermindest von einer Arbeitsunfähigkeit von 60% auszugehen. Schliesslich sei beim Einkommensvergleich auf Grund des Mindereinkommens beim Valideneinkommen von den Tabellenlöhnen nach LSE auszugehen, da die Beschwerdeführerin längerfristig nicht mit dem zuletzt verdienten Lohn einverstanden gewesen wäre (act. G 1). Mit Beschwerdeantwort vom 20. Oktober 2017 beantragt die Beschwerdegegnerin die Beschwerdeabweisung (act. G 4). Mit Replik vom 8. Dezember 2017 hält die Beschwerdeführerin an ihren Anträgen fest (act. G 9). Die Beschwerdegegnerin verzichtet auf die Einreichung einer Duplik (act. G 11). Erwägungen Vorliegend ist streitig und zu prüfen, ob die Beschwerdegegnerin das Rentenerhöhungsgesuch der Beschwerdeführerin zu Recht abgewiesen hat. Unter Invalidität wird die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit verstanden (Art. 8 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG; SR 830.1]). Erwerbsunfähigkeit ist dabei der durch eine 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 (Art. 7 Abs. 1 ATSG). 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). 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% invalid ist. Liegt ein Invaliditätsgrad von mindestens 50% vor, so besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem IV-Grad von mindestens 40% auf eine Viertelsrente. 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 ärztlichen Berichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen in der Expertise begründet sind (BGE 125 V 352 E. 3a). Ändert sich der Invaliditätsgrad einer Rentenbezügerin oder eines Rentenbezügers erheblich, so wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben (Art. 17 Abs. 1 ATSG). Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen (BGE 130 V 349 f. E. 3.5). Ob eine solche Änderung eingetreten ist, beurteilt sich durch Vergleich des Sachverhaltes, wie er im Zeitpunkt der letzten, der versicherten Person eröffneten rechtskräftigen Verfügung vorlag, welche auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs beruht, mit demjenigen zur Zeit der streitigen Revisionsverfügung (BGE 133 V 108 E. 5.4). Dabei stellt die bloss unterschiedliche Beurteilung der Auswirkungen eines im Wesentlichen unverändert gebliebenen Gesundheitszustandes auf die Arbeitsfähigkeit für sich allein genommen keinen Revisionsgrund im Sinne von Art. 17 Abs. 1 ATSG dar (BGE 112 V 372 E. 2b mit Hinweisen). Die Erhöhung der Rente erfolgt frühestens, sofern die versicherte Person die Revision verlangt, von dem Monat an, in dem das Revisionsbegehren gestellt wurde (Art. 88 bis Abs. 1 lit. a der Verordnung über die Invalidenversicherung [IVV; SR 831.201]). Ist eine anspruchserhebliche Änderung des Sachverhalts nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt, bleibt es nach dem Grundsatz der materiellen Beweislast beim bisherigen Rechtszustand (Urteil des Bundesgerichts vom 16. Juni 2014, 9C\_273/2014, E. 3.1.1). Im Sozialversicherungsprozess gelten die Grundsätze der Untersuchungspflicht und der freien Beweiswürdigung (vgl. Art. 61 lit. c ATSG). Demgemäss hat der Versicherungsträger bzw. im Beschwerdefall das Gericht den rechtserheblichen Sachverhalt von Amtes wegen abzuklären, ohne dabei an die Anträge der Parteien gebunden zu sein. Verwaltungsbehörden und Sozialversicherungsgerichte haben zusätzliche Abklärungen stets vorzunehmen, wenn hierzu auf Grund der Parteivorbringen oder anderer sich aus den Akten ergebender Anhaltspunkte hinreichender Anlass besteht (BGE 110 V 53 E. 4a in fine). Die Beschwerdegegnerin stützte sich in der angefochtenen Verfügung auf das Gutachten der SMAB vom 30. Dezember 2016 (IV-act. 156) und verglich den darin festgehaltenen Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin zu Recht mit jenem zur Zeit der letzten rechtskräftigen Verfügung vom 6. Juni 2013. Referenzzeitpunkt ist nicht - wie vom Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin geltend gemacht - Juni 2009, sondern Juni 2013. Die Gutachter der SMAB führten in einer Konsensbeurteilung aus, der Gesundheitszustand und die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin hätten sich im Vergleich zur letzten polydisziplinären Begutachtung der MEDAS Bern vom 31. August 2012 bezüglich einer leidensadaptierten Tätigkeit nicht verändert. Es sei weiterhin von einer 60%igen Arbeitsfähigkeit auszugehen. Im Hinblick auf ihre frühere Tätigkeit als Zimmerfrau werde dagegen aus Sicht des Orthopäden eine Aufhebung der Arbeitsfähigkeit seit 2015 angenommen (IV-act. 156-29). Als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit führten sie eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leicht- bis mittelgradige depressive Episode (F33.1), eine somatoforme Schmerzstörung (F45.4), ein Schulterimpingement rechts mit klinisch deutlichem aktivem und passivem

Bewegungsdefizit und gemäss der aktuellen Bildgebung (Röntgen und MRI-Arthrographie 25.11.2016) transmuraler Ruptur der Supraspinatussehne, subacromiales Impingement, sowie ein panvertebrales Schmerzsyndrom mit rumpfmuskulärem Globaldefizit, ausgeprägtem Trainingsmangel und blandem röntgenpathologischem Befund im Sinne einer flachbogigen linkskonvexen Skoliose der unteren BWS sowie geringgradiger praesacraler Facettengelenksarthrose und ebenso geringgradiger Osteochondrose der oberen BWS an. Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit seien die arterielle Hypertonie, ein Nikotinabusus sowie Spannungskopfschmerzen und Zervikozephalgien (IV-act. 156-20). Im psychiatrischen Gutachten befand Dr. med. K. \_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Facharzt für Neurologie, es lasse sich bei Durchsicht der gesamten Krankenakte kein in sich stimmiges psychodynamisches Krankheitskonzept erkennen, wobei die Beschwerdeführerin auch im Rahmen der aktuellen Untersuchung nicht in der Lage gewesen sei, sich weiter auf eine nähere Betrachtung der Gründe für ihre depressiven Verstimmungen einzulassen. Geradezu widersprüchlich seien ihre Angaben im Hinblick auf den Mord der Tochter einer Cousine, den sie allenfalls unmittelbar miterlebt habe und der Gegenstand einer gezielten Exploration im Rahmen der psychiatrischen Vorbegutachtung gewesen sei. Trotz eingehender Befragung habe der damalige Gutachter anamnestisch auch nicht genau zu explorieren vermocht, wie die tatsächlichen Umstände des Tötungsdeliktes seinerzeit gewesen seien. Im Rahmen der aktuellen Untersuchung habe die Beschwerdeführerin nunmehr berichtet, es seien zwei junge Frauen im Rahmen des damaligen Ereignisses getötet worden. Ähnlich unklar bleibe die Zuordnung eines Verkehrsunfalls des Ehemannes im Jahr 2004 oder 2005. Erst nach mehrmaliger gezielter Nachfrage des Gutachters gehe die Beschwerdeführerin kurz auf dieses Ereignis ein, ohne hier auch nähere Umstände ihrer damaligen Befindlichkeit formulieren zu können. Insgesamt blieben demnach die psychopathogenetischen Grundkonstellationen der depressiven Symptomatik unklar, zumal sich mit Blick auf die biographische Anamnese auch keine neurosespezifischen Erkenntnisse, die eine entsprechende Fehlentwicklung begründen könnten, erkennen liessen. Bei einer unauffälligen familiären Anamnese bleibe auch eine endogene Komponente im Rahmen der langjährigen depressiven Erkrankung eher unwahrscheinlich. Zusammenfassend sei demnach bei der Versicherten vor allem von regressiven dysfunktionalen Verhaltensmustern nach Aufgabe ihrer beruflichen Tätigkeit im Jahr 2006 auszugehen, in deren Rahmen auch somatische Beschwerden in Form von Rückenschmerzen, Schmerzen des gesamten Bewegungsapparates und chronische Kopfschmerzen eine nicht unbedeutende Rolle spielten. Die zahlreichen stationären Aufenthalte führten jeweils nur zu einer vorübergehenden Besserung der emotionalen Belastbarkeit, ein Verlauf, der sich auch seit der letzten stationären Behandlung in der Klinik L. \_\_\_\_, vom 18. Januar bis 26. Februar 2016 wiederholt habe. Die Inhalte der seit Jahren laufenden psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung blieben unklar, die Beschwerdeführerin formuliere hier eher allgemeine Beschreibungen einer relativ hochfrequentierten Gesprächsführung, ohne dass sich ein konzeptioneller therapeutischer Ansatz erkennen lasse. Im Zusammenhang mit den festgestellten Diagnosen lägen keine Anhaltspunkte für eine gravierende Aggravation vor. Gleichwohl neige die Beschwerdeführerin durchaus zu demonstrativ-appellativem Verhaltensmuster im Rahmen der Exploration in Form eines demonstrierten Vorbeiredens. Zur Kategorie funktioneller Schweregrad sei festzuhalten, dass es sich in der Längsschnittbetrachtung um eine überwiegend leichte bis allenfalls mittelschwere funktionelle Störung handle, wobei die Beschwerdeführerin insgesamt nur eine geringe Motivation erkennen lasse, die langjährigen

dysfunktionalen Verhaltensmuster aufzugeben und eine neue alternative Bewältigungsstrategie im Zusammenhang mit ihrer Schmerzwahrnehmung zu erlernen bzw. eine zielgerichtete Lebensführung zu entwickeln. Insofern spiele die geringe Motivationshaltung der Beschwerdeführerin eine wesentliche Rolle und sei rückblickend massgeblich für die bisherige Behandlungsresistenz. Trotz der verminderten affektiven Belastbarkeit verfüge die Beschwerdeführerin über angemessene Ressourcen, die geschilderte Entwicklung mit eigener Willensanspannung zu überwinden. Dem stehe vor allem ihre geringe Motivation zur Aufgabe der mittlerweile gewohnten Lebenskonstellation entgegen. Eine soziale Kontaktstörung liege nicht vor, die Beschwerdeführerin sei in der Lage, langjährige feste stabile Bindungen sowohl in der Herkunftsfamilie als auch in einem Bekanntenkreis zu führen. Demnach sei im Hinblick auf die Kategorie Konsistenz festzuhalten, dass das von der Beschwerdeführerin geschilderte Leistungsspektrum im Rahmen ihrer alltäglichen Lebensgestaltung nicht ihrer tatsächlichen Belastbarkeit entspreche. Insofern bestehe auch eine Diskrepanz zu der attestierten Aufhebung der Arbeitsfähigkeit und ihrer tatsächlichen psychophysischen Belastbarkeit. Der von der Beschwerdeführerin vorgetragene Leidensdruck bleibe angesichts ihrer inkonsistenten Schilderungen schwer nachvollziehbar. Die Beschwerdeführerin sei in diesem Kontext auch nur schlecht in der Lage, den Inhalt der aktuell laufenden wohl überwiegend stützenden Gesprächstherapie sinngemäss darzustellen (IV-act. 156-39ff.). Inhaltlich stimme der psychiatrische Gutachter mit dem letzten psychiatrischen Teilgutachten vom 21. Juni 2012 überein und sehe daher keine Veranlassung zu einer abweichenden Einschätzung der Arbeitsfähigkeit. Eine objektivierbare Verschlechterung der emotionalen Belastbarkeit sei seit der letzten Begutachtung nicht eingetreten. Insofern sei die zitierte Arbeitsfähigkeit durch die Klinik L. \_\_\_ in der Grössenordnung von 50%, mittelfristig geäussert, nach der stationären Entlassung aus der Klinik L. \_\_\_ am 26. Februar 2016 zu niedrig bewertet (IV-act. 156-42). Dr. K. \_\_\_, der neben der psychiatrischen auch die neurologische Begutachtung durchgeführt hat, stellte aus neurologischer Sicht keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit fest (IV-act. 156-67f.). Auch der internistische Gutachter Dr. med. M. \_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, konnte aus Sicht seines internistischen Fachgebiets keine Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit feststellen (IV-act. 156-48). Dagegen führte Dr. med. N. \_\_\_, Facharzt für Orthopädie und Traumatologie, aus orthopädischer Sicht aus, es werde retrospektiv davon ausgegangen, dass sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin seit dem Gutachten 08/2012 verschlechtert habe. Im veranlassten MRI der rechten Schulter vom 25. November 2016 habe sich eine im Vergleich zur Voruntersuchung vom 28. November 2014 im Verlauf progrediente, nun transmurale Ruptur der Supraspinatussehne gezeigt, am ehesten im Rahmen eines subacromialen Impingements. Somit sei davon auszugehen, dass die Arbeitsfähigkeit für die bisherige Tätigkeit spätestens seit 2015 aufgehoben sei. Im Gutachten 2012 sei aus rheumatologischer Sicht eine korrigierbare Leistungseinbusse von 30% für leidensadaptierte Tätigkeiten attestiert worden. Die zusätzliche Schulterproblematik bedinge Einschränkungen im Belastungsprofil und eine Minderung der Arbeitsfähigkeit um 20%, die zu Lasten einer um 20% geminderten Leistungsfähigkeit bei schmerzbedingt nur noch reduziertem Arbeitstempo gehe. Leidensadaptierte Tätigkeiten (Belastungsprofil) seien retrospektiv seit 2015 auf einem 80%-Niveau möglich (IV-act. 156-56f.). Mit RAD-Arzt Dr. I. \_\_\_ (vgl. IV-act. 157) ist festzuhalten, dass das SMAB-Gutachten umfassend erscheint. Es beruht auf eigenen Untersuchungen durch die Gutachter aus den verschiedenen Disziplinen Psychiatrie, Innere Medizin, Orthopädie und Neurologie und

berücksichtigt die vorhandenen Akten sowie die geltend gemachten Beschwerden der Beschwerdeführerin hinreichend. Die Schlussfolgerungen hinsichtlich der Verneinung einer gesundheitlichen Verschlechterung und des Krankheitsverlaufs sowie die Beurteilung einer weiter bestehenden Arbeitsfähigkeit von 60% in leidensadaptierten Tätigkeiten erscheinen nachvollziehbar und plausibel. Weitere Hinweise, dass objektiv wesentliche Tatsachen unberücksichtigt geblieben wären, fehlen. Die Beschwerdeführerin bemängelt am Gutachten, dass es insgesamt von einer Arbeitsfähigkeit von 60% ausgehe, wogegen sie die Auffassung vertritt, dass bereits aus ihrem psychischen Leiden eine mindestens 50%ige Arbeitsunfähigkeit resultiere und bei zutreffender Würdigung sämtlicher Leiden, der psychischen und der organischen, von einer mindestens 60%igen Gesamt-Arbeitsunfähigkeit auszugehen sei. Dabei stützt sie sich einerseits auf die Feststellungen des sie behandelnden Psychiaters Dr. G. \_\_\_ ab und andererseits stellt sie sich auf den Standpunkt, dass die Wechselwirkungen der psychischen und organischen Leiden zu einer Gesamtarbeitsunfähigkeit von 60% führen würden (act. G 1 S. 5). Dr. G. \_\_\_ hielt im Bericht vom 18. April 2017 fest, die Beschwerdeführerin habe die psychiatrische Behandlung bei ihm am 27. Oktober 2015 aufgenommen und dabei sei ihr eine grenzwertige mittelgradige bis schwere depressive Episode postuliert worden. Auf Grund der weiteren Verschlechterung ihres psychischen Zustandes sei sie vom 18. Januar bis 26. Februar 2016 in der Klinik L. \_\_\_ tagesklinisch behandelt worden. Seit der Therapieaufnahme bis zum Ende der tagesklinischen Behandlung sei von einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit auszugehen. Seit dem 27. Februar 2016 könne auf Grund der mittelschweren depressiven Symptomatik von einer mindestens 50%igen Arbeitsunfähigkeit ausgegangen werden. Eine rezidivierende depressive Störung habe studienmässig nachgewiesen auch unter regelmässiger psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlung eine Rückfallquote von über 70%. Deshalb müsse bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit nicht eine Querschnittsbeurteilung, sondern eine Längsschnittbeurteilung vorgenommen werden. Anlässlich der SMAB-Untersuchung vom 18. November 2016 könne plausibel von einer in der Querschnittsbeurteilung 40%igen Arbeitsunfähigkeit ausgegangen werden, aber in der Längsschnittbeurteilung müsse der Beschwerdeführerin bei schwankender depressiver Symptomatik leichten bis mittelschweren und mittelschweren bis schweren Ausmasses eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit attestiert werden. Die diagnostische Beurteilung im SMAB-Gutachten stimme jedoch aus psychiatrischer Sicht mit seiner Beurteilung überein (IV-act. 168). Dazu befand RAD-Arzt Dr. I. \_\_\_ in der Stellungnahme vom 13. Juli 2017, dass sich die Gutachter entgegen der Auffassung von Dr. G. \_\_\_ zur Entwicklung der Erkrankung in der Längsschnittbetrachtung geäussert hätten. So sei die schon in früheren Stellungnahmen des behandelnden Psychiaters geäusserte Einschätzung einer theoretischen Arbeitsfähigkeit im Mittel von 50% in die Beurteilung der Gutachter einbezogen worden (IV-act. 171). Tatsächlich ist dem psychiatrischen Teilgutachten von Dr. K. \_\_\_ zu entnehmen, dass es sich in der "Längsschnittbetrachtung" um eine überwiegend leichte bis allenfalls mittelschwere funktionelle Störung handle (IV-act. 156-40). Mit Bezug auf die Einschätzung von Dr. G. \_\_\_ wies der psychiatrische Gutachter auch darauf hin, dass keine objektivierbare Verschlechterung der emotionalen Belastbarkeit seit der letzten Begutachtung eingetreten sei. Insofern sei die "zitierte" - gemeint die von der Klinik L. \_\_\_ bzw. Dr. G. \_\_\_ attestierte - Arbeitsfähigkeit in der Grössenordnung von 50% mittelfristig geäussert nach der stationären Entlassung aus der Klinik L. \_\_\_ am 26. Februar 2016, zu niedrig bewertet (IV-act. 156-42). Auch in diesem Abschnitt wird deutlich, dass das SMAB-Gutachten auf Grund der "mittelfristigen"

Betrachtung von einer Längsschnittbeurteilung ausgeht, weshalb die Annahme von Dr. G.\_\_\_\_, es handle sich um eine Querschnittsbetrachtung, oder wie der Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin formuliert, um eine Momentaufnahme, nicht überzeugt. Damit ist bei der Beurteilung durch Dr. G.\_\_\_\_ von einer von der gutachterlichen Einschätzung abweichenden Einschätzung des an sich gleichen Sachverhalts auszugehen, was die Beweiskraft des polydisziplinären Gutachtens für sich allein nicht zu mindern vermag. Dies auch zumal der Erfahrungstatsache Rechnung zu tragen ist, dass behandelnde Ärzte auf Grund ihrer auftragsrechtlichen Stellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (vgl. in Bezug auf Hausärzte: BGE 125 V 353 E. 3b cc). Da Dr. G.\_\_\_\_ in seinem Bericht vom 18. April 2017 nicht aufzuzeigen vermag, auf Grund welcher wesentlichen Gesichtspunkte seiner Einschätzung eher zu folgen sei, und er zudem das SMAB-Gutachten offensichtlich falsch interpretiert, bleibt es bei der gutachterlichen Einschätzung einer 60%igen Arbeitsfähigkeit in adaptierten Tätigkeiten. Weiter stellt sich der Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin auf den Standpunkt, das SMAB-Gutachten weise schon deshalb formale Mängel auf, weil auf eine Fremdanamnese verzichtet worden sei. Demgegenüber sahen die Gutachter explizit keine Notwendigkeit für eine Fremdanamnese (vgl. IV-act. 156-37). Vorliegend basiert die gutachtliche Stellungnahme zur Arbeitsfähigkeit nicht massgeblich auf der Selbsteinschätzung der Beschwerdeführerin, sondern auf den Ergebnissen der einen langen Zeitraum abdeckenden medizinischen und übrigen Vorakten sowie den fachärztlichen Untersuchungen der Experten. Angesichts dieser fundierten medizinischen Abklärungen ist nicht ersichtlich, weshalb allein die fehlende Fremdanamnese die Zuverlässigkeit der Begutachtung in Frage stellen sollte. Damit liegt keine Verletzung der Abklärungspflicht vor und es besteht auch kein Anlass für weitere Abklärungen. Sodann behauptet die Beschwerdeführerin, dass die Arbeitsunfähigkeit aus somatischen Leiden nicht vollständig in der Arbeitsunfähigkeit der psychischen Leiden enthalten sein könne. Warum dies nicht möglich sein sollte, begründet sie demgegenüber nicht. Nachdem die Gutachter nach polydisziplinärer Konsensbesprechung und unter Berücksichtigung sämtlicher Einschränkungen aus körperlicher wie auch aus psychischer Sicht zu einer nachvollziehbaren Gesamtarbeitsfähigkeit von 60% fanden, ist nicht ersichtlich, weshalb die Arbeitsunfähigkeiten aus psychiatrischer und orthopädischer Sicht addiert werden sollten. Hinweise dazu sind den ausführlichen Adaptionenkriterien jedenfalls nicht zu entnehmen (vgl. IV-act. 156-41 und 156-55f.). Folglich bleibt es bei der im Gutachten der SMAB attestierten Arbeitsfähigkeit von 60%. Da sich der Gesundheitszustand in orthopädischer Hinsicht und somit in Bezug auf die Adaptionenkriterien verändert hat, ist sodann auch die Berechnung des Invaliditätsgrads zu überprüfen. Unbestritten ist, dass dies nach der Einkommensvergleichsmethode (Art. 16 ATSG; vgl. dazu BGE 128 V 30 E. 1, 104 V 136 E. 2a und b) zu geschehen hat. Für das Valideneinkommen ging die Beschwerdegegnerin zu Recht wie in den bisherigen Berechnungen vom letzten Verdienst vor Eintritt des Gesundheitsschadens als Etagenmitarbeiterin im Jahr 2005 von Fr. 42'731.-- aus (vgl. IV-act. 76, 10-2). Auch beim Invalideneinkommen wurde korrekt vom Tabellenlohneinkommen nach der Lohnstrukturerhebung des Bundesamtes für Statistik (LSE) ausgegangen. Zudem ist mit der Beschwerdegegnerin daran festzuhalten, dass auf Grund des Minderverdienstes der Beschwerdeführerin gemäss der geltenden bundesgerichtlichen Rechtsprechung eine Parallelisierung zu erfolgen hat, wobei eine Differenz von 5% zu belassen ist (BGE 135 V 303, E. 6.1.3). Vorliegend kann eine Berechnung mit den konkreten Einkommenszahlen jedoch unterbleiben, da selbst bei einem Prozentvergleich zu Gunsten der

Beschwerdeführerin kein anderer Rentenanspruch resultieren würde, wie nachfolgende Ausführungen zeigen. Zu bestimmen bleibt noch der Tabellenlohnabzug. Nach der Rechtsprechung ist ein Abzug vom Invalideneinkommen gerechtfertigt, wenn im Einzelfall Anhaltspunkte dafür bestehen, dass eine versicherte Person, die gesundheitsbedingt lediglich noch leichtere Hilfsarbeiten ausführen kann, ihre Restarbeitsfähigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt nur mit unterdurchschnittlichem erwerblichem Erfolg zu verwerten in der Lage ist. Zudem können weitere persönliche und berufliche Merkmale (Alter, Dauer der Betriebszugehörigkeit, Nationalität oder Aufenthaltskategorie sowie Beschäftigungsgrad) Auswirkungen auf die Lohnhöhe haben (vgl. BGE 126 V 75 E. 5a mit Hinweisen). Bei der Überprüfung des Abzugs, der eine Schätzung darstellt und von der Verwaltung kurz zu begründen ist, darf das Sozialversicherungsgericht sein Ermessen nicht ohne triftigen Grund an die Stelle desjenigen der Verwaltung setzen (BGE 126 V 75 E. 6). Die Beschwerdegegnerin anerkannte einen 10%igen Abzug, weil die Beschwerdeführerin nur noch leichte Hilfstätigkeiten ausführen kann (IV-act. 172-2, act. G 4). Dem ist vorliegend beizupflichten. Insbesondere ist nicht ersichtlich, inwiefern geltend gemachte Wechselwirkungen zwischen den psychischen und den organischen Leiden zu einem weiteren Abzug berechtigen sollten. Sodann bieten auch das Alter (im Zeitpunkt der Verfügung war die Beschwerdeführerin 54 Jahre alt), die Nationalität und die Aufenthaltskategorie vorliegend keinerlei Anlass für weitere Abzüge (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 8. November 2007, I 902/06, E. 3.3.2). Was sodann den geltend gemachten Teilzeit-Abzug betrifft, wies bereits die Beschwerdegegnerin auf die bundesgerichtliche Rechtsprechung hin, wonach feststehe, dass Frauen bei Teilzeitarbeit hochgerechnet auf ein Vollpensum statistisch nicht schlechter entlohnt würden als bei Vollzeitarbeit (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 9. Juli 2012, 9C\_406/2011, E. 6.5). Damit bleibt es bei einem Tabellenlohnabzug von 10%. Damit würde selbst bei Vornahme eines Prozentvergleichs ein IV-Grad von 46% ( $100\% - [60\% \times 0,9]$ ) resultieren, weshalb der Anspruch der Beschwerdeführerin auf eine Viertelsrente bestehen bleibt. Zusammenfassend hat die Beschwerdegegnerin zu Recht gestützt auf eine Arbeitsfähigkeit von 60% in leidensadaptierten Tätigkeiten an der bisherigen Viertelsrente festgehalten und den Anspruch auf eine Rentenerhöhung verneint. 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. Der von ihr geleistete Kostenvorschuss von Fr. 600.-- ist ihr daran anzurechnen. Ausgangsgemäss hat die Beschwerdeführerin keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung. Entscheid im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP Die Beschwerde wird abgewiesen. Die Beschwerdeführerin bezahlt eine Gerichtsgebühr von Fr. 600.--. Der von ihr geleistete Kostenvorschuss von Fr. 600.-- wird ihr daran angerechnet.

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