

# **SG\_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2018/217 vom 11. Februar 2021**

Sg Versicherungsgericht, 2021-02-11, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg\\_publicationen\\_IV\\_2018\\_217](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg_publicationen_IV_2018_217)

FR: SG\_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2018/217 du 11 février 2021

IT: SG\_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2018/217 del 11 febbraio 2021

## **Regeste**

Art. 7, 8 und 16 ATSG. Art. 28 IVG. Würdigung eines bidisziplinären (psychiatrischen und orthopädischen) Gutachtens. Rückweisung zur Ergänzung des Gutachtens sowie zur weiteren Abklärung der Statusfrage und des Valideneinkommens (Entscheidung des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 11. Februar 2021, IV 2018/217).

## **Volltext**

Entscheidung vom 11. Februar 2021 Besetzung Präsident Ralph Jöhl, Versicherungsrichterinnen Monika Gehrler-Hug und Karin Huber-Studerus; Gerichtsschreiberin Viviane Kull Geschäftsnr. IV 2018/217 Parteien A.\_\_\_\_ Beschwerdeführerin, vertreten durch Rechtsanwalt lic. iur. Oliver Streiff, Stampfenbachstrasse 52, 8006 Zürich, gegen IV-Stelle des Kantons St. Gallen, Postfach 368, 9016 St. Gallen, Beschwerdegegnerin, Gegenstand Rente Sachverhalt A.\_\_\_\_ meldete sich am 14./21. September 2015 wegen Schmerzen im linken Knie nach einer Operation vom 20. Mai 2015 (Teilprothese Knie links) zum Bezug von Leistungen der Invalidenversicherung (IV) an (IV-act. 1). Sie gab an, keinen Beruf erlernt zu haben; seit dem 1. Oktober 2014 arbeite sie als Verkäuferin bei E.\_\_\_\_ in einem Pensum von circa 50% zu einem Stundenlohn von Fr. 21.35. Die E.\_\_\_\_ berichtete der IV-Stelle am 1. Oktober 2015 (IV-act. 10), die Versicherte sei seit dem 1. Oktober 2014 als Mitarbeiterin Verkauf Food angestellt. Sie arbeite an der Kasse und fülle Gestelle auf. Der Stundenlohn betrage Fr. 27.36 brutto (Grundlohn Fr. 21.65 + Ferienentschädigung Fr. 2.82 + Feiertagsentschädigung Fr. 0.79 + 13. Monatslohn/Gratifikation Fr. 2.10). Dr. med. B.\_\_\_\_ von der Klinik für Chirurgie und Orthopädie des Spitals C.\_\_\_\_ gab am 3. November 2015 an (IV-act. 11), der Versicherten sei am 20. Mai 2015 eine unikondyläre Knieprothese links bei einer fortgeschrittenen medialen Gonarthrose implantiert worden. Sie leide an persistierenden Knieschmerzen. Die Ursache habe bislang nicht geklärt werden können. Seit der Operation bestehe eine vollständige Arbeitsunfähigkeit. Aufgrund der aktuellen Symptomatik wären lediglich leichte Arbeiten zu zwei Stunden pro Tag möglich. Am 1. Februar 2016 teilte Dr. B.\_\_\_\_ mit (IV-act. 19), die Versicherte habe sich am 30. November 2015 für eine Zweitmeinung in der Klinik D.\_\_\_\_ vorgestellt. Die Fachärzte hätten ihr einen Wechsel der Knieprothese empfohlen. Am 18. März 2016 wurde der Versicherten die bestehende Knie-Teil-Prothese ausgebaut und eine Knie-Totalprothese implantiert (IV-act. 25). Dr. B.\_\_\_\_ attestierte eine vollständige Arbeitsunfähigkeit vom 17. März 2016 bis 7. Juli 2016. Ein Mitarbeiter der E.\_\_\_\_ gab am 24. März 2016 auf eine Frage der IV-Stelle, in welchem Pensum die Versicherte angestellt sei, an (IV-act. 22), die Versicherte habe im Jahr 2014 durchschnittlich 20.48 Stunden und im Jahr 2015 17.56 Stunden gearbeitet. Die IV-Stelle teilte der Versicherten am 31. März 2016 mit (IV-act. 24),

zurzeit seien keine beruflichen Eingliederungsmassnahmen möglich. Am 22. April 2016 berichteten Fachärzte der Kliniken F.\_\_\_\_ (IV-act. 28), die Versicherte habe sich vom 24. März 2016 bis 14. April 2016 in einer stationären Behandlung befunden. Sie hätten eine Gonarthrose links und eine Depression diagnostiziert. Insgesamt habe sich ein problemloser Rehabilitationsverlauf gezeigt. Die Versicherte sei zusätzlich psychosomatisch betreut worden. Die vorbestehende Medikation habe bei der aktuell in Remission befindlichen Depression beibehalten werden können. Sie attestierten eine vollständige Arbeitsunfähigkeit vom 24. März 2016 bis 30. April 2016. Im Austrittsbericht Psychosomatik der Kliniken F.\_\_\_\_ vom 14. April 2016 hatte ein Facharzt berichtet (IV-act. 30), die Versicherte sei Anfang Jahr wegen einer Depression in der Klinik G.\_\_\_\_ behandelt worden. Die Ärzte der Klinik G.\_\_\_\_ hätten eine schwere depressive Verstimmung beschrieben. Die Versicherte habe darauf beharrt, dass alles etwas weniger dramatisch verlaufen sei. Sie habe angegeben, ca. 2007 schon einmal depressiv gewesen zu sein. Beim Ein- und beim Austritt habe eine euthyme Grundstimmung bestanden. Aus fachpsychiatrischer Sicht werde deshalb von einer unveränderten Remission der depressiven Episode ausgegangen. Die Arbeitsfähigkeit sei aus psychiatrischer Sicht nicht mehr eingeschränkt. Dr. B.\_\_\_\_ teilte am 19. September 2016 mit (IV-act. 37), sechs Monate nach dem Prothesenwechsel habe die Versicherte über eine Stagnation in der Rehabilitation berichtet. Das Gangbild sei links gering hinkend. Die Flexion des Kniegelenks sei, bedingt durch Verwachsungen, noch deutlich eingeschränkt. Mittels Physiotherapie werde versucht, die Beweglichkeit aufzubauen. Er erachte eine überwiegend sitzend ausgeübte Arbeitstätigkeit von 30-40% als zumutbar. Dr. med. H.\_\_\_\_ vom Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD) notierte am 14. Oktober 2016 nach einem Telefonat mit Dr. B.\_\_\_\_ (IV-act. 39), die Versicherte weise in einer vorwiegend sitzenden Tätigkeit mit kurzen Gehstrecken ab sofort eine 50%ige, im Laufe der kommenden zwei Monate auf ein Vollzeitpensum anzuhebende Arbeitsfähigkeit auf. Die IV-Stelle teilte der Versicherten am 17. Oktober 2016 mit (IV-act. 44), das Begehren um berufliche Massnahmen werde abgewiesen. Zur Begründung gab sie an, in einer adaptierten Tätigkeit bestehe eine uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit. Am 19. Oktober 2016 stellte die IV-Stelle die Abweisung des Anspruchs auf eine Invalidenrente in Aussicht (IV-act. 47). Die Versicherte erhob am 13. November 2016 dagegen einen Einwand (IV-act. 48). Sie machte geltend, ihr gesundheitlicher Zustand habe sich verschlechtert. Sie könne nicht mehr knien oder schwere Sachen heben. Sie könne auch nicht lange stehen oder sitzen und sie leide unter starken Schmerzen. Aufgrund der Knieoperationen und des negativen Verlaufs leide sie unter Depressionen. Dazu habe sie starke Schwindelanfälle gehabt und müsse immer noch Medikamente nehmen. Sie habe sich ausserdem im Sommer 2016 von ihrem Lebenspartner getrennt und müsse nun alleine für ihr Einkommen sorgen. Sie sei nicht mehr zu 50% Hausfrau. Am 14. November 2016 berichtete Dr. B.\_\_\_\_ (IV-act. 49), in Bezug auf die Flexion des Kniegelenks habe kein wesentlicher Fortschritt erzielt werden können. Er habe der Versicherten eine arthroskopische Arthrolyse empfohlen. Die Versicherte wolle aber keinen weiteren operativen Eingriff durchführen lassen. Die Physiotherapie werde deshalb intensiviert. Der RAD-Arzt Dr. H.\_\_\_\_ notierte am 8. Dezember 2016 (IV-act. 50), es sei nicht auszuschliessen, dass sich die durch die komplizierte Knieoperation bedingte, mit Schmerzen verbundene Gehstörung auf die Leistungsfähigkeit im Aufgabengebiet Haushalt auswirke. Er empfahl, vor der als unausweichlich erscheinenden medizinischen Abklärung eine Abklärung an Ort und Stelle durchzuführen. Des Weiteren hielt er fest, telefonische Recherchen hätten ergeben, dass sich die Versicherte vom 16. März 2016 bis Anfang

August 2016 in ambulanter Behandlung im Psychiatrie-Zentrum in I.\_\_\_\_ befunden habe. Bis zum 17. August 2016 habe sie dort in der Tagesklinik gewohnt. Die Versicherte gab am 16. Dezember 2016 im Fragebogen zur Rentenabklärung betreffend Erwerbstätigkeit/Haushalt an (IV-act. 53), ohne eine Behinderung wäre sie seit August 2016 aus finanziellen Gründen zu 80-100% erwerbstätig. Sie lebe zurzeit bei ihrer Tochter und deren Familie. Sofern es ihre psychische Verfassung zulasse, helfe sie bei leichten Arbeiten im Haushalt mit. Sie sei beim Treppensteigen stark eingeschränkt und könne nicht knien und nur beschränkt in die Knie gehen. Ihre Enkel könne sie nicht tragen, weil das Gewicht auf das Knie und den Rücken gehe. Grössere Autofahrten seien ihr nicht möglich. Kurze Strecken fahre sie mit Schmerzen und mit einer psychischen Angst. Der Hausarzt Dr. med. J.\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, berichtete am 28. Dezember 2016 (IV-act. 54), die Versicherte sei seit dem 19. Mai 2015 bis aktuell für die Tätigkeit als Verkäuferin vollständig arbeitsunfähig. Sie leide seit Mitte 2013 an Kniegelenksbeschwerden. Die erste Kniearthroskopie sei am 13. Januar 2014 und die zweite am 22. Juni 2014 erfolgt. Die Schmerzen hätten persistiert, sodass die Versicherte in der Tätigkeit als Altenpflegerin und später als Verkäuferin deutlich eingeschränkt gewesen sei. Auch nach der Implantation der unikondylären Knieprothese am 20. Mai 2015 hätten die Knieschmerzen persistiert. Die Versicherte könne deswegen keiner beruflichen Tätigkeit mehr nachgehen. Depressive Episoden seien hinzugekommen. Ausserdem leide die Versicherte an zunehmenden Hüftbeschwerden links. Am 16. Januar 2017 ging bei der IV-Stelle ein Aufnahmebericht des Psychiatrie-Zentrums K.\_\_\_\_ in I.\_\_\_\_ vom 11. März 2016 ein (IV-act. 57). Darin waren als Diagnosen eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig remittiert (ICD-10 F33.4), und eine Neuropathia vestibularis genannt worden. Ein Austrittsbericht war nicht erstellt worden (vgl. IV-act. 60). Am 9. Juni 2017 fand eine Abklärung an Ort und Stelle statt. Im entsprechenden Bericht vom 12. Juni 2017 hielt die Abklärungsperson fest (IV-act. 63), die Versicherte würde ohne eine gesundheitliche Beeinträchtigung aus finanziellen Gründen einer 80-100%igen Erwerbstätigkeit in der Pflege nachgehen. Sie habe vor der Anstellung bei der E.\_\_\_\_ zu 80% in einem Altersheim gearbeitet. Die Versicherte habe angegeben, dass sie bei der Haushaltsführung keine Einschränkungen habe. In Bezug auf die Ernährung könne die Versicherte mit Ausnahme der Grossreinigung der Küche alles alleine machen (Einschränkung von 20%). Bei der Wohnungspflege könne sie die Betten der Enkelkinder nicht machen, da diese Hochbetten hätten. Staubsaugen sei möglich, ausser unter den Regalen, der Polstergruppe etc., da sie sich dort bücken müsste (Einschränkung von 20%). Beim Einkaufen bedürfe sie bei Flaschen, Büchsen etc. einer Hilfe (Einschränkung von 20%). Bei der Wäsche und Kleiderpflege sei sie nicht eingeschränkt. In Bezug auf die Betreuung von Kindern oder Familienangehörigen sei die Versicherte beim Treppensteigen stark eingeschränkt. Sie könne nicht mehr knien oder auch nur beschränkt in die Knie gehen. Die Enkel könne sie nicht tragen, da das Gewicht Schmerzen in den Knien sowie im Rücken verursachen würden. Sie könne nicht mehr schnell genug laufen, um den Kindern nachzukommen. Spielen im Aussenbereich sei nur möglich, wenn ein Elternteil zu Hause sei (Einschränkung von 20%). Die Abklärungsperson ermittelte eine Einschränkung im Haushalt von 14%. Dr. B.\_\_\_\_ teilte am 6. Juli 2017 mit (IV-act. 69), er habe die Versicherte am 10. Januar 2017 zuletzt gesehen. Die Beweglichkeit des Kniegelenks habe durch die Physiotherapie nicht verbessert werden können; Schmerzen stünden nicht im Vordergrund. Eine wechselbelastende Tätigkeit sei der Versicherten zu 100% möglich. Dr. J.\_\_\_\_ berichtete am 13. Juli 2017 (IV-act. 70), die Versicherte leide seit Herbst 2016 an einer zunehmenden

depressiven Symptomatik. Für die bisher ausgeübte und für eine adaptierte Tätigkeit sei sie vollständig arbeitsunfähig. Dr. med. L.\_\_\_\_, Facharzt für Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten, FMH Hals- und Gesichtschirurgie, gab am 25. Juli 2017 an (IV-act. 71), die Versicherte habe sich vom 18. Dezember 2015 bis 13. Mai 2016 in Behandlung befunden. Danach seien noch Telefonate geführt worden. Am 26. Oktober 2016 habe die Versicherte auf eine erneute Kontrolle verzichtet, da es mit dem Schwindel gut gegangen sei. Dr. L.\_\_\_\_ nannte als Diagnose eine Neuronitis vestibularis rechts. Am 15. August 2017 teilte Dr. B.\_\_\_\_ mit (IV-act. 75), der Versicherten gehe es deutlich schlechter. Die Schmerzen am Kniegelenk hätten erneut zugenommen. Die Versicherte sei durch die limitierte Flexion eingeschränkt. Sie habe einen Arbeitsversuch gestartet und bei der Spitex eine Ferienvertretung als Haushaltshilfe angenommen (zwei Stunden pro Tag an vier Tagen pro Woche). Diese Tätigkeit habe deutlich mehr Beschwerden ausgelöst. Die Situation sei unbefriedigend. Die Versicherte wolle keine weiteren Abklärungen oder Operationen durchführen lassen. Seines Erachtens sei sie nicht mehr arbeitsfähig. Er attestierte eine vollständige Arbeitsunfähigkeit vom 14. August 2017 bis 30. September 2017 (IV-act. 77). Der RAD-Arzt Dr. H.\_\_\_\_ hielt daraufhin eine bidisziplinäre Begutachtung für angezeigt (IV-act. 78). Die Versicherte wurde am 21. November 2017 psychiatrisch und orthopädisch abgeklärt. In der bidisziplinären Zusammenfassung vom 12. Dezember 2017 nannten Prof. Dr. med. M.\_\_\_\_ (psychiatrischer Gutachter) und Dr. med. N.\_\_\_\_ (orthopädischer Gutachter) als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine chronische Schmerzsymptomatik mit einer Belastungseinschränkung im Bereich des prothetisch versorgten linken Kniegelenks aufgrund von Verwachsungen im superioren Recessus sowie im Bereich des ventralen Gelenkabschnitts mit einem Streckdefizit von 10°, einem Beugedefizit von 60°, einer ödematösen Umfangsvermehrung von 2 cm und einer vermehrten, einfach positiven mediolateralen Bandinstabilität (ICD-10 M17.1) sowie eine rezidivierende depressive Störung, im Verlauf durchschnittlich mittelgradig mit Episoden vom Jahreswechsel 2015/2016 anhaltend bis zur Entlassung aus der Klinik O.\_\_\_\_ im Februar 2016 und hernach seit Frühjahr/Sommer 2016 bis aktuell; seit Sommer 2016 fachärztlich psychiatrisch unzureichend betreut und ärztlich überwacht (ICD-10 F 33.1, IV-act. 85-2). Als Diagnose ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gaben die Gutachter einen Status nach einer 2007 erfolgten beidseitigen Karpalkanalspaltung, gegenwärtig ohne einen Beschwerdevortrag sowie ohne eine Funktionseinschränkung, an. In Bezug auf die Arbeitsfähigkeit hielten die Gutachter fest (IV-act. 85-3 ff.), aus psychiatrischer Sicht bestehe eine rezidivierende depressive Störung, die gegenwärtig fachärztlich unbehandelt und ärztlich unzureichend überwacht sei. Es sei davon auszugehen, dass die Arbeitsfähigkeit der Versicherten bei einer Intensivierung und Optimierung der Behandlung innerhalb von drei Monaten wieder vollständig herzustellen sei. Zum bisherigen Verlauf der Störung könne von depressiven Episoden vom Jahreswechsel 2015/2016 bis zur Entlassung aus der Klinik O.\_\_\_\_ im Februar 2016 und hernach seit Frühjahr/Sommer 2016 bei einer durchschnittlich mittelgradigen depressiven Störung ausgegangen werden. Für diesen Zeitraum habe infolge einer Belastbarkeitsminderung und einer Reduktion der Durchhaltefähigkeit schätzungsweise eine 50%ige Arbeitsfähigkeit bezogen auf ein Vollpensum in der zuletzt ausgeübten und in einer adaptierten Tätigkeit vorgelegen. Die Einschränkung im Haushalt habe zu den benannten Zeiträumen infolge eines verminderten Rendements schätzungsweise 20% betragen. Aus orthopädischer Sicht sei die Versicherte in der biomechanischen Funktion ihres linken Kniegelenks mit einer daraus resultierenden Einschränkung der Steh- und Gehfähigkeit limitiert. In qualitativer Hinsicht bestünden

folgende Leistungseinschränkungen (negatives Leistungsbild): Mehr als gelegentlich mittelschwere körperliche Arbeiten, Heben und Tragen von Lasten körperfern über zehn Kilogramm ohne technische Hilfsmittel, Heben und Tragen von Lasten körpernah über acht Kilogramm ohne technische Hilfsmittel, repetitive stereotype Bewegungsabläufe, mehr als gelegentliches Arbeiten in Zwangshaltungen, Gehen auf unebenem Gelände, Besteigen von Leitern, Gerüsten und schrägen Ebenen, mehr als gelegentliches Treppensteigen, Tätigkeiten mit repetitivem Bücken, Kauern und Hocken, kniende Tätigkeiten, Tätigkeiten mit einer länger währenden Einnahme von nur einer Körperposition, Tätigkeiten, welche überwiegend kniend, stehend sowie im Hocksitz durchgeführt würden, Tätigkeiten im Freien ohne Schutz vor Kälte, Zugluft, Nässe sowie Tätigkeiten auf regen- und eisglattem Untergrund, Tätigkeiten unter Zeitdruck und Akkordarbeit. Mit Verweis auf die genannten Kriterien bestehe in einer körperlich leichten, wechselbelastenden, optimal angepassten, überwiegend sitzenden Tätigkeit bezogen auf ein volles Arbeitspensum aufgrund einer reduzierten Belastbarkeit und Durchhaltefähigkeit mit vermehrten Pausen und einer reduzierten Arbeitsschnelligkeit eine quantitative Leistungseinschränkung von 20% (positives Leistungsbild). Prognostisch sei von einer quantitativ uneingeschränkten Arbeitsfähigkeit auszugehen, sofern die Versicherte therapeutische Massnahmen zur Steigerung der Mobilität des linken Kniegelenks durchführen würde. Die Arbeitsfähigkeit sei sowohl in der angestammten als auch in adaptierten Tätigkeiten um 20% eingeschränkt. Die Arbeitsfähigkeit im Haushalt betrage 80%. Retrospektiv bestehe die quantitative Leistungseinschränkung in der zuletzt ausgeübten wie auch in adaptierten Tätigkeiten mit hoher Wahrscheinlichkeit seit Mai 2016 (Abschluss der stationären Rehabilitation in den Kliniken F.\_\_\_\_), mit Gewissheit seit der Begutachtung. Für den Zeitraum vom 20. Mai 2015 bis Mai 2016 sei aufgrund der operativen Eingriffe und der jeweils nachfolgenden postoperativen Rekonvaleszenz von einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit in der angestammten und in adaptierten Tätigkeiten auszugehen. In bidisziplinärer Hinsicht gaben die Gutachter an, für den Zeitraum vom 20. Mai 2015 bis Mai 2016 sei von einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit in der angestammten und in adaptierten Tätigkeiten auszugehen. Hernach könne in der zuletzt ausgeübten wie in adaptierten Tätigkeiten und im Haushalt von einer jeweils 20%igen Minderung der Leistungsfähigkeit ausgegangen werden. Im psychiatrischen Fachgutachten vom 24. November 2017 hielt Prof. M.\_\_\_\_ ausserdem fest (IV-act. 85-52 ff.), im Bericht der Klinik O.\_\_\_\_ vom 30. März 2016 betreffend eine psychiatrische Hospitalisation vom 18. Januar 2016 bis 19. Februar 2016 (vgl. IV-act. 84) sei eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig eine schwere Episode/DD Anpassungsstörung, genannt worden. Diese Diagnose könne nicht nachvollzogen werden, da die für eine schwere Depression gemäss ICD-10 geforderten neun Kriterien nicht dokumentiert seien; gemäss dem Psychostatus habe damals allenfalls eine mittelgradige Episode einer rezidivierenden depressiven Störung vorgelegen. Wegen einer erneuten depressiven Episode habe sich die Versicherte hernach in der Tagesklinik in I.\_\_\_\_ befunden (vermutlich von Anfang August 2016 bis zum 17. August 2016). Seit dem Umzug zur Tochter im Sommer 2016 werde die Versicherte nicht mehr fachärztlich psychiatrisch behandelt. In Bezug auf die Konsistenz gab Prof. M.\_\_\_\_ an, zwischen den in der Untersuchung vorgetragenen Beschwerden und den in den Akten dokumentierten Befunden hätten sich keine Diskrepanzen ergeben. Hinweise auf eine Selbstlimitierung der Versicherten hätten nicht bestanden. Die Aktivitäten im Haushalt der Tochter liessen allerdings darüber nachdenken, ob die Beschwerdeführerin einen neuen Lebensentwurf gefasst habe, welcher eine Berufstätigkeit hintenanstelle im Sinne eines sekundären

Krankheitsgewinns. Betreffend die Persönlichkeit und den sozialen Kontext notierte er, aktuell hätten sich leicht- bis mittelgradige depressive Symptome im Sinne einer Störung der Affektsteuerung gefunden. Hinweise auf eine Störung der Ich-Strukturen hätten sich nicht ergeben. Die Selbst- und Fremdwahrnehmung und die Realitätsbeurteilung hätten keine Abnormitäten aufgewiesen. Eine Impulskontrollstörung habe nicht vorgelegen, ebenso wenig eine Einschränkung der psychischen Handlungsfähigkeit. Im Weiteren hielt er fest, im Vordergrund der Psychopathologie hätten Klagen über depressive Symptome mit einer tageszeitlichen Schwankung bei einer morgendlichen inneren Unruhe und einer morgendlichen Antriebsstörung gestanden. Diagnostisch sei von einer rezidivierenden depressiven Störung, vermutlich anhaltend seit Frühjahr/Sommer 2016, mit Schwankungen der Schwere zwischen leicht- und mittelgradig auszugehen. Die Versicherte stehe in keiner fachärztlich psychiatrischen Behandlung. Eine hausärztliche "Therapie" finde mit zweimaligen Kontakten im Jahr statt. Diese ärztliche Betreuung erfülle die Bedingungen, wie sie in der Rechtsprechung zu Depressionen gefordert werde, nicht. Die vom Hausarzt verordneten Psychopharmaka hätten sich bei der Kontrolle der Blutserumspiegel deutlich unterhalb des therapeutischen Spiegels befunden. Ein mittel- und langfristiger Gesundheitsschaden sei nicht anzunehmen. Es sei davon auszugehen, dass die Arbeitsfähigkeit der Versicherten bei einer Intensivierung und Optimierung der Behandlung innerhalb von drei Monaten vollständig wiederherzustellen sei. Die Auferlegung einer Schadenminderungspflicht zur hochfrequenten fachärztlich psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung sei vertretbar und therapeutisch sinnvoll. Dr. N. \_\_\_ hielt im orthopädischen Fachgutachten vom 6. Dezember 2017 zudem fest (IV-act. 85-105 ff.), er gehe mit den von Dr. B. \_\_\_ erhobenen Untersuchungsbefunden hinsichtlich der beiden Kniegelenke einig. Versicherungsmedizinisch teile er dessen Einschätzung nicht. Bei einer ideal einliegenden prothetischen Versorgung des linken Kniegelenks sei gemäss den Empfehlungen der Swiss Insurance Medicine eine adaptierte, überwiegend sitzende Tätigkeit uneingeschränkt möglich. In der anlässlich der Begutachtung durchgeführten Blutserumspiegelkonzentration sei das von der Versicherten benannte Analgetikum nicht nachweisbar gewesen. Es sei von einer fehlenden medikamentösen Compliance auszugehen. In Anbetracht der anhaltenden Bewegungseinschränkung des linken Kniegelenks sowie der anhaltenden Schmerzsymptomatik erachte er die Versicherte hinsichtlich ihrer analgetischen Therapie für nicht adäquat versorgt. Die anhaltende Bewegungslimitierung des linken Kniegelenks resultiere aus Verwachsungen im superioren Recessus sowie im Bereich des ventralen Gelenkabschnittes. Er empfehle ein Lösen der Verwachsungen. Hierunter sei von einer deutlichen Besserung der Beschwerdesymptomatik auszugehen. Eine krankheitsbedingte Unfähigkeit zur Therapieadhärenz liege nicht vor. Sollten die therapeutischen Behandlungen durchgeführt werden, sei langfristig von einer Steigerung der Arbeitsfähigkeit auf 100% auszugehen. Der RAD-Arzt Dr. H. \_\_\_ notierte am 15. Januar 2018 (IV-act. 87), das Gutachten sei umfassend. Insbesondere könnten die in der konsensuellen Zusammenfassung formulierten Konklusionen übernommen werden. Der RAD-Arzt Dr. med. P. \_\_\_ hielt fest, der aktuelle psychopathologische Befund deute auf einen leichtgradigen Schweregrad der depressiven Störung hin. Die Depression bestehe erst seit ca. eineinhalb Jahren, werde aber nicht fachärztlich psychiatrisch behandelt. Insofern sei noch nicht von einem überdauernden Gesundheitsschaden auszugehen. Am 27. Februar 2018 fand eine interdisziplinäre Fallbesprechung zwischen einem Sachbearbeiter, Dr. H. \_\_\_ und Dr. P. \_\_\_ vom RAD und einem Rechtsdienstmitarbeitenden statt

(IV-act. 88). Die Besprechung ergab, dass aus rechtlicher Sicht das Vorliegen eines invalidisierenden psychischen Gesundheitsschadens zu verneinen sei. Der Rechtsdienstmitarbeitende hielt fest, im Gutachten sei aus psychiatrischer Sicht eine unter einer adäquaten Behandlung innerhalb von drei Monaten vollständig wiederherstellbare Arbeitsfähigkeit attestiert worden. Dies spreche gegen eine Behandlungsresistenz der depressiven Störung und deute nicht auf einen erheblichen Leidensdruck hin. Die diagnostizierte depressive Störung gehe nicht mit einer psychiatrischen Komorbidität einher. Im Komplex Persönlichkeit seien keine einschränkenden Funktionen ersichtlich. Zwar liege ein gewisser sozialer Rückzug vor, der aber nicht als ausgeprägt erscheine. Angesichts der engen und guten familiären Beziehungen weise die Beschwerdeführerin gewisse Ressourcen auf, auf die sie zurückgreifen könne. Unter dem Aspekt der Konsistenz sei zu berücksichtigen, dass die Beschwerdeführerin die Haushaltstätigkeiten selbstständig verrichte und in die Betreuung der Enkelkinder eingebunden sei. Dies stehe im Kontrast dazu, dass sich die Beschwerdeführerin trotz eines nicht erkennbaren erheblichen Leidensdrucks für eine ausserhäusliche Erwerbstätigkeit als vollständig arbeitsunfähig erachte. Eine ressourcenhemmende Wirkung der nicht adäquat behandelten depressiven Störung sei nicht ausgewiesen. Mit einem Vorbescheid vom 7. März 2018 stellte die IV-Stelle die Abweisung des Rentenbegehrens in Aussicht (IV-act. 91). Zur Begründung gab sie an, die Versicherte sei als zu 90% im Erwerb und zu 10% im Haushalt tätig zu qualifizieren. Im Haushalt werde eine Einschränkung von 20% anerkannt. Im Erwerb bestehe in der angestammten Tätigkeit als Mitarbeiterin Kasse/Lebensmittel sowie in adaptierten Tätigkeiten eine Arbeitsfähigkeit von 80%. Das Valideneinkommen entspreche dem durchschnittlichen Einkommen einer Hilfsarbeiterin im Jahr 2014 gemäss der Lohnstrukturerhebung des Bundesamts für Statistik, also Fr. 53'793.--. Das Invalideneinkommen entspreche ebenfalls einem durchschnittlichen Hilfsarbeiterinneneinkommen zu einem Anteil von 80%, also Fr. 43'034.--. Bei einem Teilinvaliditätsgrad von 18% im Erwerb und von 2% im Haushalt resultiere ein Invaliditätsgrad von 20%. Die Versicherte erhob dagegen am 24. April 2018 einen Einwand (IV-act. 92). Sie machte im Wesentlichen geltend, dass sich ihre Situation seit dem letzten Einwand nicht verbessert habe. Aufgrund der falschen Belastung des Knies habe sie im Rücken sowie in der linken Hüfte starke Schmerzen. Sie reichte Berichte der Kniechirurgie der Q.\_\_\_\_ vom 8. März 2018 und der S.\_\_\_\_ vom 13. März 2018 ein (IV-act. 92-3, 92-6). Die Fachärzte der Q.\_\_\_\_ hatten berichtet, in der Röntgenaufnahme habe sich eine Patella baja gezeigt, weshalb eine Tuberositasosteotomie mit einer Proximalisierung sowie einem Retropatellarersatz anzudenken sei. Die Versicherte wolle aber derzeit kein operatives Vorgehen. Dr. R.\_\_\_\_ von der S.\_\_\_\_ hatte angegeben, die Versicherte klage über Knieschmerzen links in Ruhe und unter Belastung. Die lokal verminderte Belastbarkeit des linken Knies äussere sich vor allem in einer muskulären Dysbalance aufgrund einer konstanten Schonhaltung und einer eingeschränkten Beweglichkeit. Die Beschwerden schränkten die Versicherte im Alltag stark ein. Trotz eines fleissigen Therapiebesuchs habe sich die Schmerz- und Belastbarkeitssituation des linken Knies nicht gross verbessert. Problematisch seien weiter die stets wiederkehrenden Kompensationsbelastungen des lumbalen Bereichs und der Hüfte. Der RAD-Arzt Dr. H.\_\_\_\_ notierte am 23. Mai 2018 (IV-act. 95), weder der Versicherten noch den orthopädischen Fachärzten der Q.\_\_\_\_ sei es gelungen, die aus der Sicht des RAD aufgrund von gutachterlich fundierten Kriterien definierte Arbeitsfähigkeit der Versicherten zu bestreiten. Insbesondere hätten die Fachärzte der Q.\_\_\_\_ erkennen lassen, dass sie einen identischen medizinischen Sachverhalt anders

beurteilt hätten als die Gutachter. Mit einer Verfügung vom 23. Mai 2018 wies die IV-Stelle das Rentenbegehren bei einem Invaliditätsgrad von 20% ab (IV-act. 96). Zum Einwand hielt sie fest, gemäss der beiliegenden Stellungnahme des RAD vom 23. Mai 2018 sei an der bisherigen medizinischen Beurteilung festzuhalten. Die Versicherte (nachfolgend: Beschwerdeführerin) erhob am 22. Juni 2018 eine Beschwerde (act. G 1). Sie beantragte die Aufhebung der Verfügung vom 23. Mai 2018 und die Erbringung der gesetzlichen Leistungen (berufliche Massnahmen, Rente etc.). Eventualiter sei der Sachverhalt weiter abzuklären (erneute Begutachtung, Potenzabklärung etc.). Zudem beantragte sie die Bewilligung der unentgeltlichen Rechtspflege und Rechtsverteidigung. Zur Begründung machte sie im Wesentlichen geltend, das Gutachten vom 12. Dezember 2017 sei nicht verwertbar und es sei von einer dauerhaften (Teil-)Erwerbsfähigkeit auszugehen. Das Gutachten werde den gelebten Verhältnissen nicht gerecht. Sie leide nämlich nebst den funktionellen Einschränkungen an einem belastungsunabhängigen Schmerzsyndrom am linken Knie mit einer Ausstrahlung in die Hüfte und den Rücken, was sich auf jede leidensadaptierte Tätigkeit auswirke. Das ohnehin schon stark eingeschränkte Belastungsprofil werde dadurch noch weiter eingeschränkt, womit sich die Frage stelle, ob sie im ausgeglichenen Arbeitsmarkt überhaupt eine Stelle ausüben könne, geschweige eine Stelle finden werde. In psychischer Sicht scheine der Sachverhalt in Zusammenhang mit dem Schmerzsyndrom unzureichend abgeklärt. Zutreffend sei zwar, dass sie sich seit 2016 nicht in fachärztliche Behandlung gegeben habe. Sie habe sich jedoch ihrem Hausarzt anvertraut, welcher ihr als Gesprächstherapeut zur Seite gestanden und die notwendige Medikation verordnet habe. Der Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin ersuchte das Gericht, ihn zu gegebener Zeit aufzufordern eine Honorarnote einzureichen. Er beantragte einstweilen eine Parteientschädigung von Fr. 1'500.-- exkl. Mehrwertsteuer. Am 14. August 2018 reichte die Beschwerdeführerin Unterlagen zum Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege ein (act. G 4). Die IV-Stelle (nachfolgend: Beschwerdegegnerin) beantragte am 17. August 2018 die Abweisung der Beschwerde (act. G 5). Zur Begründung machte sie im Wesentlichen geltend, die Beschwerdeführerin habe bei der Haushaltsabklärung glaubhaft erklärt, dass sie ohne eine Behinderung vorwiegend aus finanziellen Gründen eine Erwerbstätigkeit im Ausmass von 80-100% ausüben würde. Gestützt darauf sei sie als zu 90% Erwerbstätige qualifiziert worden, was von ihr nicht beanstandet worden sei. Die im Gutachten aus orthopädischer Sicht attestierte Restarbeitsfähigkeit von 80% und das formulierte Zumutbarkeitsprofil erschienen als schlüssig. In psychiatrischer Hinsicht sei eine ressourcenhemmende Wirkung der nicht adäquat behandelten depressiven Störung nicht ausgewiesen. Zur Begründung gab die Beschwerdegegnerin die Stellungnahme des Rechtsdienstmitarbeitenden anlässlich der interdisziplinären Fallbesprechung vom 27. Februar 2018 wieder. Gestützt darauf machte sie geltend, in Abweichung vom Gutachten sei unter Berücksichtigung der mit 20% bezifferten somatisch bedingten Leistungsminderung von einer 80%igen Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Erwerbstätigkeit sowie in der Haushaltstätigkeit auszugehen. Soweit die Beschwerdeführerin die erwerbliche Verwertbarkeit der Restarbeitsfähigkeit in Frage stelle, sei klarzustellen, dass von einer Arbeitsgelegenheit erst dann nicht mehr gesprochen werden könne, wenn die zumutbare Tätigkeit nurmehr in so eingeschränkter Form möglich sei, dass der ausgeglichene Arbeitsmarkt sie nicht kenne oder sie nur unter einem nicht realistischen Entgegenkommen eines durchschnittlichen Arbeitgebers möglich wäre und das Finden einer entsprechenden Stelle daher von vornherein als ausgeschlossen erscheine. In Industrie und Gewerbe gebe es aber verschiedene einfache Hilfstätigkeiten, die leicht

und wechselbelastend seien und überwiegend im Sitzen verrichtet werden könnten (z.B. leichte Überwachungs-, Prüf- und Kontrollarbeiten oder die Bedienung und Überwachung von [halb-]automatischen Maschinen und Produktionseinheiten sowie leichte Verpackungsarbeiten). Die Invaliditätsbemessung sei korrekt anhand der gemischten Methode nach dem neuen Berechnungsmodell von Art. 27 bis Abs. 3 lit. a IVV vorgenommen worden. Die angefochtene Verfügung sei damit nicht zu beanstanden. Das Versicherungsgericht des Kantons St. Gallen bewilligte am 20. September 2018 das Gesuch um die Gewährung der unentgeltlichen Rechtspflege (Befreiung von den Gerichtskosten und Bewilligung der unentgeltlichen Rechtsverbeiständung) für das Gerichtsverfahren (act. G 9). Die Beschwerdeführerin machte in der Replik vom 19. Oktober 2018 ergänzend geltend (act. G 11), Dr. J.\_\_\_\_ habe in einem Bericht vom 17. September 2018 eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit attestiert. Aus seinem (rudimentär gefassten) Bericht gehe ein stark eingeschränktes Belastungsprofil hervor. Arbeiten im Stehen von mehr als vier Stunden pro Tag seien ihr nicht möglich. Dank der guten Medikamenten-Compliance sei sie psychisch stabil. Zur Arbeitsfähigkeit habe sich Dr. J.\_\_\_\_ nicht konkret geäußert. Diesbezüglich sei der Sachverhalt besser abzuklären. Am ehesten könne dies durch eine Potentialabklärung oder ein Belastbarkeitstraining erreicht werden. Im Bericht vom 17. September 2018 hatte Dr. J.\_\_\_\_ festgehalten (act. G 11.1), die Beschwerdeführerin verspüre bezüglich des linken Knies anhaltende starke Schmerzen in Ruhe und bei Belastung. Ein Probearbeiten mit vier Stunden Stehen an einem Förderband sei aufgrund stärkster Knieschmerzen nicht gegangen. Psychisch gehe es ihr stabil. Es bestehe weiterhin eine Arbeitsunfähigkeit von mindestens 50%. Die Beschwerdegegnerin verzichtete am 31. Oktober 2018 auf eine Duplik (act. G 13). Das Versicherungsgericht des Kantons St. Gallen richtete am 5. Oktober 2020 zwei Rückfragen an die Gutachter (act. G 15). Es führte aus, im psychiatrischen Fachgutachten vom 24. November 2017 sei angegeben worden, ab dem Jahreswechsel 2015/2016 bis zum Austritt aus der Klinik im Februar 2016 und hernach ab Frühjahr/Sommer 2016 habe eine durchschnittlich mittelgradige depressive Störung vorgelegen. Für diesen Zeitraum habe eine Arbeitsunfähigkeit in der zuletzt ausgeübten und in einer adaptierten Tätigkeit von schätzungsweise 50%, im Haushalt von 20% bestanden. Im letzten Satz der interdisziplinären Zusammenfassung vom 12. Dezember 2017 sei aus bidisziplinärer Sicht eine Arbeitsunfähigkeit von lediglich 20% ab Juni 2016 angegeben worden. Das Gericht bat Prof. M.\_\_\_\_, diesen Widerspruch aufzulösen. Im Weiteren hielt es fest, aus orthopädischer Sicht sei für die Zeit von Mai 2015 bis Mai 2016 eine vollständige Arbeitsunfähigkeit in der angestammten und in einer adaptierten Tätigkeit attestiert worden. Für die Zeit danach sei eine 20%ige Arbeitsunfähigkeit in der angestammten und in einer adaptierten Tätigkeit sowie in der Haushaltstätigkeit angegeben worden. Dr. B.\_\_\_\_ von der Klinik für Chirurgie und Orthopädie des Spitals C.\_\_\_\_ habe eine vollständige Arbeitsunfähigkeit bis zum 7. Juli 2016 attestiert. Das Gericht bat Dr. N.\_\_\_\_, diese Abweichung zu begründen. Prof. M.\_\_\_\_ teilte am 7. Oktober 2020 mit (Posteingang: 11. November 2020, act. G 16), die bidisziplinäre Zusammenfassung hätte eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit in angestammter und in adaptierter Tätigkeit für den benannten Zeitraum ausweisen müssen. Dr. N.\_\_\_\_ gab gleichentags an (act. G 17), er gehe mit der postoperativen Arbeitsunfähigkeitsschätzung von Dr. B.\_\_\_\_ uneingeschränkt einig. Demnach habe von Mai 2015 bis zum 7. Juli 2016 eine vollständige Arbeitsunfähigkeit in der angestammten und in einer adaptierten Tätigkeit bestanden. Die Beschwerdeführerin machte am 23. November 2020 geltend (act. G 19), somit stehe fest, dass sie ab dem 7. Juli 2016 aus psychischer Sicht dauerhaft zu 50% arbeitsunfähig gewesen sei. Die Beschwerdegegnerin verzichtete auf eine Stellungnahme.

Erwägungen Die Beschwerdegegnerin hat mit der angefochtenen Verfügung vom 23. Mai 2018 einen Rentenanspruch der Beschwerdeführerin bei einem IV-Grad von 20% verneint. Die Beschwerdeführerin hat die Zusprache der gesetzlichen Leistungen (berufliche Massnahmen, Rente etc.) beantragt. In Bezug auf die beantragte Zusprache von beruflichen Eingliederungsmassnahmen kann nicht auf die Beschwerde eingetreten werden, da kein Anfechtungsobjekt in der Form einer Verfügung vorliegt. Demnach bildet ausschliesslich ein möglicher Anspruch der Beschwerdeführerin auf eine Invalidenrente den Streitgegenstand. Einen Anspruch auf eine Rente der Invalidenversicherung haben Versicherte, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wiederherstellen, erhalten oder verbessern können, während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40% arbeitsunfähig gewesen sind und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40% invalid sind (Art. 28 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung, IVG, SR 831.20). Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG, SR 830.1). Erwerbsunfähigkeit ist 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). Gemäss Art. 28a Abs. 1 IVG i.V.m. Art. 16 ATSG ist die Invalidität grundsätzlich durch einen Einkommensvergleich zu ermitteln. Dabei wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (zumutbares Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Einkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Valideneinkommen). Bei nicht erwerbstätigen Versicherten, die im Aufgabenbereich tätig sind und denen die Aufnahme einer Erwerbstätigkeit nicht zugemutet werden kann, wird für die Bemessung der Invalidität in Abweichung von Art. 16 ATSG darauf abgestellt, in welchem Masse sie unfähig sind, sich im Aufgabenbereich zu betätigen (Art. 28a Abs. 2 IVG; sog. Betätigungsvergleich). Bei Versicherten, die teilweise erwerbstätig und teilweise im Aufgabenbereich tätig sind, wird der Invaliditätsgrad für beide Bereiche nach der jeweiligen Methode berechnet; die Teilinvaliditätsgrade werden nach den Anteilen der Bereiche "gewichtet" und dann addiert (sog. gemischte Methode; Art. 28a Abs. 3 IVG). Vorab ist zu prüfen, ob die Bemessung des Invaliditätsgrades der Beschwerdeführerin anhand eines reinen Einkommensvergleichs (Art. 28a Abs. 1 IVG i.V.m. Art. 16 ATSG) oder anhand der sog. gemischten Methode mit einer Teilerwerbstätigkeit und einer Tätigkeit im Aufgabenbereich (Art. 28a Abs. 3 IVG i.V.m. Art. 27 bis IVV) zu erfolgen hat. Die Beschwerdegegnerin hat in der Verfügung vom 23. Mai 2018 die gemischte Methode angewandt und ist von einer Erwerbsquote von 90% und einer Tätigkeit im Haushalt von 10% ausgegangen. Sie hat sich hierbei auf die Angaben der Beschwerdeführerin im Fragebogen betreffend Erwerbstätigkeit/Haushalt (IV-act. 53) und anlässlich der Abklärung an Ort und Stelle (IV-act. 63) gestützt, laut der die Beschwerdeführerin ohne eine gesundheitliche Beeinträchtigung zu einem 80-100%-Pensum erwerbstätig wäre. Die Beschwerdeführerin ist also unsicher gewesen, ob sie im fiktiven "Gesundheitsfall" voll- oder teilerwerbsfähig wäre. Unter diesen Umständen hätte die Abklärungsperson versuchen müssen, durch gezieltes Nachfragen zu klären, ob die

Beschwerdeführerin im fiktiven "Gesundheitsfall" zu 80%, 90% oder 100% (oder allenfalls auch zu weniger als 80%) erwerbstätig wäre. Dazu hätte der Beschwerdeführerin mittels einer sorgfältigen Befragung (z.B. was die Beschwerdeführerin mit der zusätzlichen Freizeit anfangen würde, wenn sie gesund wäre und nur einer Teilzeiterwerbstätigkeit nachgehen würde, wie sie mit einem entsprechend reduzierten Erwerbseinkommen als Hilfsarbeiterin zurecht käme usw.) ein klares Bild ihrer Situation im fiktiven "Gesundheitsfall" vermittelt werden müssen. Die Abklärungsperson bzw. die Beschwerdegegnerin hat diese Unsicherheit aber – zu Unrecht – als objektive Beweislosigkeit qualifiziert und sich deshalb, in analoger Anwendung der bundesgerichtlichen Rechtsprechung zum Umgang mit Bandbreitenangaben von medizinischen Sachverständigen zur Arbeitsunfähigkeit, auf den Mittelwert (90%) abgestützt. Die Beschwerdegegnerin hat damit ihre Untersuchungspflicht (Art. 43 Abs. 1 ATSG) verletzt. Die Angelegenheit ist deshalb zur sorgfältigen Klärung der Statusfrage an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. Die Beschwerdeführerin hat keinen Beruf erlernt. Vor den operativen Eingriffen am linken Knie hat sie für rund sieben Monate in einem Pensum von ca. 50% als Verkäuferin bei der E.\_\_\_\_ zu einem Stundenlohn von Fr. 27.36 brutto gearbeitet. Davor ist sie während rund zweieinhalb Jahren im Alters- und Pflegeheim Schönau in Kaltbrunn erwerbstätig gewesen. Bereits in den Jahren 1996 und 1999 hat sie in einem Altersheim gearbeitet (vgl. IK-Auszug, IV-act. 67). Gemäss den Angaben der Beschwerdeführerin hat ihr Pensum im Alters- und Pflegeheim Schönau 80% betragen und sie hat in der Pflege gearbeitet (IV-act. 63). Der IK-Auszug weist für die Tätigkeit im Alters- und Pflegeheim Schönau folgende Einkommen auf: Im Jahr 2012 Fr. 41'232.--, im Jahr 2013 Fr. 44'264.-- und von Januar bis Juli 2014 Fr. 22'547.-- aus. Sofern die Beschwerdeführerin im Jahr 2013 tatsächlich zu 80% erwerbstätig gewesen ist, hat ihr Einkommen (Fr. 44'264.-- ÷ 0.8 = Fr. 55'330.--) deutlich über dem durchschnittlichen Einkommen einer Hilfsarbeiterin gelegen (Fr. 51'793.-- gemäss Anhang 2 der IV-Ausgabe der Informationsstelle AHV/IV, Ausgabe 2019). Im Jahr 2017 hat die Beschwerdeführerin zudem einen Arbeitsversuch als Haushaltshilfe bei der Spitex gemacht. Damit bestehen starke Indizien dafür, dass die Beschwerdeführerin über Kenntnisse und Erfahrungen im (Hilfs-) Pflegebereich verfügen könnte, womit die Validenkarriere in einer entsprechenden Tätigkeit im Pflegebereich bestehen würde. Das Valideneinkommen wäre damit wohl höher als das der Verfügung vom 23. Mai 2018 zugrunde gelegte durchschnittliche Einkommen der Hilfsarbeiterinnen aller Branchen. Die Angelegenheit ist deshalb zur weiteren Abklärung des Valideneinkommens an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. Um das zumutbare Invalideneinkommen ermitteln zu können, muss der verbliebene Arbeitsfähigkeitsgrad der Beschwerdeführerin mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit feststehen. Die Beschwerdegegnerin hat dazu Prof. M.\_\_\_\_ und Dr. N.\_\_\_\_ mit der Erstellung eines bidisziplinären Gutachtens beauftragt. Gemäss der bidisziplinären Zusammenfassung vom 12. Dezember 2017 und den ergänzenden Stellungnahmen vom 7. Oktober 2020 hat von Mai 2015 bis zum 7. Juli 2016 in der angestammten und in einer adaptierten Tätigkeit eine vollständige Arbeitsunfähigkeit bestanden. Ab dem 8. Juli 2016 hat in einer adaptierten Tätigkeit eine 50%ige und im eigenen Haushalt eine 20%ige Arbeitsunfähigkeit bestanden. Strittig und im Folgenden zu prüfen ist, ob dem Gutachten voller Beweiswert zukommt, das heisst, ob es die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit belegt. Ein Gutachten hat vollen Beweiswert, wenn es 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 Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge sowie der medizinischen Situation einleuchtet und die Schlussfolgerungen der Experten begründet sind (BGE 125 V 352 E. 3a). Notwendig ist zudem, dass der psychiatrische Gutachter die vom Bundesgericht in Bezug auf anhaltende somatoforme Schmerzstörungen und vergleichbare psychosomatische Leiden geschaffenen und später auf alle psychischen Erkrankungen, insbesondere auf leichte bis mittelschwere depressive Störungen, anwendbar erklärten Standardindikatoren berücksichtigt hat (vgl. BGE 141 V 281; 143 V 409 und 143 V 418). Der orthopädische Sachverständige Dr. N.\_\_\_\_ hat umfassende Kenntnis von den Vorakten gehabt und diese gewürdigt. Er hat die Beschwerdeführerin persönlich untersucht, die subjektiven Klagen aufgenommen und die erhobenen objektiven Befunde im Gutachten wiedergegeben. Er hat nachvollziehbar dargelegt, dass die Beschwerdeführerin in der biomechanischen Funktion ihres linken Kniegelenks limitiert ist und dass daraus eine Einschränkung der Geh- und Stehfähigkeit resultiert. Das von ihm angegebene Leistungsbild ist schlüssig. Auch die 20%ige Arbeitsunfähigkeit in einer optimal adaptierten Tätigkeit und in der Haushaltstätigkeit aufgrund eines erhöhten Pausenbedarfs und einer reduzierten Arbeitsschnelligkeit ist nachvollziehbar. Die Beschwerdeführerin hat am 24. April 2018 im Rahmen des Vorbescheidverfahrens eingewendet, dass sie aufgrund einer falschen Belastung des linken Knies starke Schmerzen im Rücken und in der linken Hüfte habe. Diese Schmerzangaben hat sie auch gegenüber Dr. N.\_\_\_\_ geäußert, allerdings hat sie damals lediglich von zunehmenden Schmerzen im Bereich der linken Hüfte und des Rückens berichtet (IV-act. 85-70). Im Bericht der Q.\_\_\_\_ vom 8. März 2018 (IV-act. 92-3) ist aufgrund einer Röntgenaufnahme eine Patella baja festgestellt und ein operatives Vorgehen vorgeschlagen worden. Dr. N.\_\_\_\_ hat das Vorliegen einer Patella baja nicht erwähnt. Vielmehr ergibt sich aus einer am 21. November 2017 durchgeführten radiologischen Untersuchung, dass die Patella "intakt" und "zentriert" gewesen ist (IV-act. 85-98). Damit besteht die Möglichkeit, dass sich der Zustand des linken Knies im Zeitraum nach der Begutachtung, aber vor dem Erlass der angefochtenen Verfügung vom 23. Mai 2018 verschlechtert haben könnte. Selbst wenn sich der Zustand des linken Knies verschlechtert haben sollte, hätte dies mit überwiegender Wahrscheinlichkeit jedoch keine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin, da in dem von Dr. N.\_\_\_\_ umschriebenen behinderungsadaptierten Tätigkeitsprofil die Kniebeschwerden und damit zusammenhängende Beschwerden im Rücken und an der linken Hüfte bereits ausreichend berücksichtigt worden sind. Aus dem Bericht der S.\_\_\_\_ vom 13. März 2018 (IV-act. 92-6) ergeben sich keine neuen medizinischen Befunde, weshalb dieser Bericht keine Zweifel an der Beurteilung von Dr. N.\_\_\_\_ zu wecken vermag. Dasselbe gilt in Bezug auf den Bericht des Hausarztes Dr. J.\_\_\_\_ vom 17. September 2018 (act. G 11.1). Bei der von Dr. J.\_\_\_\_ attestierten mindestens 50%igen Arbeitsunfähigkeit handelt es sich lediglich um eine andere Beurteilung des gleichen Sachverhalts. In diesem Zusammenhang ist zudem der Erfahrungstatsache Rechnung zu tragen, dass die behandelnden Ärzte aufgrund ihrer auftragsrechtlichen Vertrauensstellung im Zweifel eher zugunsten ihrer Patienten auszusagen pflegen und dazu neigen, die pessimistischen Beschwerdeschilderungen ihrer Patienten als objektiv ausgewiesen zu qualifizieren (vgl. BGE 125 V 353, E. 3b.cc; Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts vom 5. April 2004, I 814/03, E. 2.4.2). Damit liegt kein Grund vor, an der Einschätzung von Dr. N.\_\_\_\_ in Bezug auf die Arbeitsfähigkeit ab dem Untersuchungszeitpunkt respektive ab dem 8. Juli 2016 zu zweifeln. Für den Zeitraum von Mai 2015 bis zum 7. Juli 2016 hat Dr. N.\_\_\_\_ eine vollständige

Arbeitsunfähigkeit in der angestammten und in einer adaptierten Tätigkeit attestiert, dies aufgrund der operativen Eingriffe am linken Knie (Implantation einer unikondylären Knieprothese am 20. Mai 2015, Ausbau der Knie-Teil-Prothese und Implantation einer Knie-Totalprothese am 18. März 2016) und der jeweils nachfolgenden postoperativen Rekonvaleszenzen. Diese Einschätzung ist ebenfalls schlüssig. Die Beschwerdeführerin hat sich allerdings bereits am 13. Januar 2014 und am 22. Juni 2014 zwei Kniearthroskopien unterziehen lassen (IV-act. 54). Im Verlauf des Jahres 2014 hat sie zudem die Arbeitsstelle gewechselt und ist ab Oktober 2014 nur noch zu 50% erwerbstätig gewesen. Damit besteht die Möglichkeit, dass bereits vor Mai 2015 eine (Teil-)Arbeitsunfähigkeit bestanden hat. Eine medizinisch-theoretische Arbeitsfähigkeitsschätzung für die Zeit vor Mai 2015 fehlt. Für die Bestimmung des Zeitpunkts des Ablaufs des Wartejahrs (Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG) und damit des Zeitpunkts des potentiellen Rentenbeginns ist es jedoch relevant, ob bereits vor Mai 2015 eine mindestens 40%ige Arbeitsunfähigkeit bestanden hat. Die Beschwerdeführerin hat sich nämlich im September 2015 zum Leistungsbezug angemeldet, womit die sechsmonatige Wartefrist (Art. 29 IVG) Ende Februar 2016 abgelaufen ist. Der potentielle Rentenbeginn könnte also – sofern das Wartejahr dann abgelaufen gewesen ist – der 1. März 2016 sein. Die Sache ist deshalb zur ergänzenden Abklärung an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. Sie wird von Dr. N.\_\_\_\_ eine begründete Arbeitsfähigkeitsschätzung für die Zeit vor Mai 2015 einholen. Nach der Auffassung des Bundesgerichts ist die Rückweisung in diesem Fall zulässig (vgl. BGE 137 V 264, E. 4.4.1.4, wonach eine Sache zurückgewiesen werden kann, wenn lediglich eine Klarstellung, Präzisierung oder Ergänzung von gutachtlichen Ausführungen erforderlich ist; vgl. auch Urteil des Bundesgerichts vom 15. November 2019, 8C\_525/2019, E. 3.3). Der psychiatrische Sachverständige Prof. M.\_\_\_\_ hat ebenfalls umfassende Kenntnis von den Vorakten gehabt, diese gewürdigt, die Beschwerdeführerin persönlich untersucht, die subjektiven Klagen aufgenommen und die erhobenen objektiven Befunde im Gutachten wiedergegeben. Er hat dargelegt, dass die Beschwerdeführerin an einer rezidivierenden depressiven Störung leidet. Im Vordergrund der Psychopathologie haben Klagen über depressive Symptome mit einer tageszeitlichen Schwankung bei einer morgendlichen inneren Unruhe und einer morgendlichen Antriebsstörung gestanden. Anlässlich der Untersuchung hat Prof. M.\_\_\_\_ leicht- bis mittelgradige Symptome im Sinne einer Störung der Affektsteuerung festgestellt. Hinweise auf eine Störung der Ich-Strukturen haben sich nicht ergeben. Die Selbst- und Fremdwahrnehmung und die Realitätsbeurteilung haben keine Abnormitäten aufgewiesen. Eine Impulskontrollstörung hat nicht vorgelegen, ebenso wenig eine Einschränkung der "psychischen Handlungsfähigkeit". In Bezug auf den Bericht der Klinik O.\_\_\_\_ vom 30. März 2016 hat Prof. M.\_\_\_\_ erklärt, die darin genannte Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig eine schwere Episode/DD Anpassungsstörung, sei nicht nachvollziehbar, da die für eine schwere Depression gemäss ICD-10 geforderten neun Kriterien nicht dokumentiert seien. Aufgrund der Angaben zum Psychostatus habe damals allenfalls eine mittelgradige Episode einer rezidivierenden depressiven Störung vorgelegen. Im Weiteren hat er ausgeführt, dass sich die Beschwerdeführerin vermutlich von Anfang August 2016 bis zum 17. August 2016 wegen einer erneuten depressiven Episode in der Tagesklinik in I.\_\_\_\_ befunden habe. Ein Austrittsbericht sei versehentlich nicht erstellt worden. Über den Schweregrad der damaligen depressiven Episode ist in den Akten somit nichts dokumentiert. Seit dem Umzug der Beschwerdeführerin zu ihrer Tochter im Sommer 2016 hat sich diese nicht mehr in einer fachärztlichen psychiatrischen Behandlung befunden. Es ist in Übereinstimmung

mit Prof. M.\_\_\_\_ davon auszugehen, dass ein- bis zweimal pro Jahr stattfindende Gespräche mit dem Hausarzt eine fachpsychiatrische Behandlung nicht zu ersetzen vermögen. Die vom Hausarzt verordneten Psychopharmaka haben in der Laboruntersuchung ausserdem deutlich unterhalb des therapeutischen Spiegels gelegen, was darauf hinweist, dass im Begutachtungszeitpunkt keine adäquate psychiatrische Behandlung stattgefunden hat. Prof. M.\_\_\_\_ ist gestützt darauf davon ausgegangen, dass mittel- und langfristig kein Gesundheitsschaden mit einer Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit vorliege, da die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin unter einer Intensivierung und Optimierung der Behandlung innerhalb von drei Monaten wieder vollständig herzustellen sei. Für die Zeit ab Frühjahr/Sommer 2016 ist er von einer durchschnittlich mittelgradigen depressiven Störung ausgegangen. Aufgrund einer Belastbarkeitsminderung und einer Reduktion der Durchhaltefähigkeit hat er eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit in einer adaptierten Tätigkeit attestiert. Die von Prof. M.\_\_\_\_ gestellte Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung ist schlüssig. Der durchschnittlich mittelgradige Schweregrad ab Frühjahr/Sommer 2016 sowie im Untersuchungszeitpunkt ist aus der Sicht eines medizinischen Laien nur knapp nachvollziehbar, insbesondere da über die Behandlung in der Tagesklinik in I.\_\_\_\_ vom August 2016 in den Akten nichts dokumentiert ist und da Prof. M.\_\_\_\_ zunächst festgehalten hat, anlässlich der Untersuchung hätten sich (nur) leicht- bis mittelgradige depressive Symptome gefunden. Dennoch ist davon auszugehen, dass Prof. M.\_\_\_\_ die objektiven Befunde sorgfältig erhoben hat und die Diagnose einer seit Frühjahr/Sommer 2016 bestehenden, durchschnittlich mittelgradigen depressiven Störung lege artis gestellt hat. Nicht überzeugend ist jedoch die Arbeitsfähigkeitsschätzung. Diese ist anhand einer Prüfung der Standardindikatoren zu ermitteln. Ein massgebender Faktor bildet dabei die Frage, über welche Ressourcen die versicherte Person verfügt. Prof. M.\_\_\_\_ hat sich mit den Ressourcen der Beschwerdeführerin jedoch nicht ausreichend auseinandergesetzt. Er hat die Beschwerdeführerin zwar nach ihren Ressourcen befragt (IV-act. 85-45), in der Beurteilung ist er aber nicht mehr darauf eingegangen. Einzig im Zusammenhang mit der Konsistenz hat er festgehalten, die Aktivitäten im Haushalt der Tochter liessen darüber nachdenken, ob die Beschwerdeführerin einen neuen Lebensentwurf gefasst habe, welcher eine Berufstätigkeit hintenanstelle im Sinne eines sekundären Krankheitsgewinns. Er hat also erkannt, dass die Alltagsaktivitäten auf erhebliche Ressourcen hingedeutet haben. Weitere Ausführungen zu den Ressourcen finden sich im Gutachten nicht. Prof. M.\_\_\_\_ hat die Arbeitsunfähigkeit einzig mit einer Belastbarkeitsminderung und einer Reduktion der Durchhaltefähigkeit begründet. Für eine überzeugende Arbeitsfähigkeitsschätzung wäre aber auch darzulegen gewesen, wie sich die reduzierte Belastbarkeit und Durchhaltefähigkeit auf das funktionelle Leistungsvermögen der Beschwerdeführerin auswirkten. So können beispielsweise eine Verlangsamung, ein Verlust der Konzentrationsfähigkeit oder ein erhöhter Pausenbedarf zu einer Einschränkung der Arbeitsfähigkeit führen. Des Weiteren ist zu erklären, wie sich diese Beeinträchtigung des Leistungsvermögens an einem idealen Arbeitsplatz konkret auswirken würde, beispielsweise dass die versicherte Person für die Erfüllung einer Arbeitsaufgabe doppelt so viel Zeit wie eine gesunde Person benötige, dass sie am Vormittag eine volle Leistung zu erbringen vermöge und am Nachmittag aufgrund von zunehmenden Konzentrationsschwierigkeiten nur noch zur Hälfte leistungsfähig sei oder dass sie nach jeder Arbeitsstunde zehn Minuten Pause benötige, um sich zu erholen (vgl. Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 4. November 2019, IV 2017/428, E. 3.3). Prof. M.\_\_\_\_ hat also den Bogen zwischen den erhobenen Befunden (z.B. reduzierter Antrieb) und deren Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit nicht geschlagen (vgl. BGE

145 V 367, E. 4.3). Die Auffassung der Beschwerdegegnerin, dass aus psychiatrischer Sicht kein invalidisierender Gesundheitsschaden (und damit eine vollständige Arbeitsfähigkeit) vorliege, vermag ebenfalls nicht zu überzeugen. Sie hat sich dabei nämlich massgeblich auf die Aussage von Prof. M. \_\_\_\_, dass die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin unter einer adäquaten Behandlung innerhalb von drei Monaten vollständig wiederhergestellt werden könne, gestützt. Dies stellt lediglich eine Prognose dar. Zu beurteilen gewesen ist jedoch die effektiv bestehende Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin im Zeitpunkt des Erlasses der angefochtenen Verfügung. Demnach steht der Arbeitsfähigkeitsgrad der Beschwerdeführerin (noch) nicht mit dem erforderlichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit fest. Die Angelegenheit ist deshalb zur ergänzenden Abklärung der verbliebenen Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin aus psychiatrischer Sicht seit dem Frühjahr/Sommer 2016 an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. 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. Praxisgemäss ist die Rückweisung an die Verwaltung zur weiteren Abklärung als volles Obsiegen der Beschwerdeführerin zu werten (vgl. BGE 132 V 235, E. 6.1). Dementsprechend ist die Gerichtsgebühr von Fr. 600.-- vollumfänglich der Beschwerdegegnerin aufzuerlegen. Gemäss Art. 61 lit. g ATSG hat die obsiegende Beschwerde führende Person Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Auch hier gilt, dass eine Rückweisung zur weiteren Abklärung als volles Obsiegen der Beschwerdeführerin zu betrachten ist. 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 der Honorarordnung (sGS 963.75) pauschal Fr. 1'500.-- bis Fr. 15'000.--. Der Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin hat am 27. Januar 2021 eine Honorarnote eingereicht (act. G 24). Seine Forderung beläuft sich auf Fr. 2'301.82 (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer). Dieser Betrag erweist sich als angemessen. Die Beschwerdegegnerin hat die Beschwerdeführerin deshalb mit Fr. 2'301.82 zu entschädigen. Entscheid im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP Auf die Beschwerde betreffend die Zusprache von beruflichen Eingliederungsmassnahmen wird nicht eingetreten. Die Verfügung vom 23. Mai 2018 wird aufgehoben und die Sache wird zur weiteren Abklärung im Sinne der Erwägungen an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen. Die Beschwerdegegnerin hat die Gerichtsgebühr von Fr. 600.-- zu bezahlen. Die Beschwerdegegnerin hat der Beschwerdeführerin eine Parteientschädigung von Fr. 2'301.82 zu bezahlen.

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