

# **SG\_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2018/343 vom 28. Oktober 2020**

Sg Versicherungsgericht, 2020-10-28, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg\\_publicationen\\_IV\\_2018\\_343](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg_publicationen_IV_2018_343)

FR: SG\_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2018/343 du 28 octobre 2020

IT: SG\_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2018/343 del 28 ottobre 2020

## **Regeste**

Art. 28 IVG: Beweiskraft Gutachten bejaht. Einkommensvergleich. Verneinung eines Rentenanspruchs. Abweisung der Beschwerde (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 28. Oktober 2020, IV 2018/343).

## **Volltext**

Entscheid vom 28. Oktober 2020 Besetzung Versicherungsrichter Joachim Huber (Vorsitz), Versicherungsrichterinnen Christiane Gallati Schneider und Miriam Lendfers; Gerichtsschreiberin Sabrina Bleile Geschäftsnr. IV 2018/343 Parteien A.\_\_\_\_, Beschwerdeführerin, vertreten durch Rechtsanwältin MLaw Annemarie Gurtner, KSPartner, Ulrichstrasse 14, 8032 Zürich, gegen IV-Stelle des Kantons St. Gallen, Postfach 368, 9016 St. Gallen, Beschwerdegegnerin, Gegenstand Rente Sachverhalt A.\_\_\_\_ (nachfolgend: Versicherte), Absolventin eines in B.\_\_\_\_ 1996 abgeschlossenen [...] (vgl. IV-act. 17 S. 5 und 10), meldete sich am 27. Mai 2011 bei der IV-Stelle des Kantons St. Gallen (nachfolgend: IV-Stelle) zum Leistungsbezug an (IV-act. 14; zur Früherfassung vgl. IV-act. 1 ff.). Sie war damals als [...] bei der C.\_\_\_\_ in einem Pensum von 50 % angestellt gewesen (vgl. IV-act. 25 und 14 S. 2), war jedoch seit dem 5. Juni 2010 wegen Rückenschmerzen krankgeschrieben und der Arbeit ferngeblieben (vgl. IV-act. 25 S. 3; act. G 4.4.1 f.; vgl. ferner IV-act. 15 S. 2; bzgl. eines Unfalls im Februar 2009 [Knielordstorsion] und den nachfolgend geklagten Kniebeschwerden, die im Jahr 2010 ebenfalls zu Arbeitsunfähigkeiten geführt haben, vgl. act. G 4.4). Am 14. Februar 2011 war bei ihr eine Operation mit interlaminiärer Fensterung L4/5 rechts mit Entfernung einer grossen Diskushernie durchgeführt worden (vgl. IV-act. 13 und 23). Am 23. November 2011 wurde in der Klinik D.\_\_\_\_ eine Spondylodese L4/5 sowie eine subtotale Laminektomie L4 mit Diskektomie von links vorgenommen (IV-act. 41 S. 2). In einem Bericht an die IV-Stelle vom 8. März 2012 führte Dr. med. E.\_\_\_\_, Physikalische Medizin und Rehabilitation FMH, aus, dass der Versicherten die bisherige Tätigkeit sowie andere Tätigkeiten zumutbar seien, sofern sie wechselbelastend arbeiten könne, nicht zu lange stehen müsse, keine Zwangshaltungen einnehmen müsse und keine Gewichte heben oder tragen müsse. In den nächsten zwei Monaten sei ein Arbeitsstart geplant. Der zeitliche Rahmen müsse langsam erweitert werden (IV-act. 45 S. 2 f.). Am 26. April 2012 berichtete Dr. med. F.\_\_\_\_, Orthopädie Klinik D.\_\_\_\_, die Versicherte habe erstmalig im März 2005 an Kreuzschmerzen gelitten. Im Juli 2010 sei es zu einer ischialgieformen Ausstrahlung rechts gekommen. Am 14. Februar 2011 sei eine Diskushernie operativ behandelt worden. Bei persistierenden Kreuzschmerzen und dem Nachweis einer Segmentdegeneration L4/5 sei am 17. November 2011 eine Spondylodese durchgeführt worden. Der postoperative Verlauf habe sich komplikationslos dargestellt mit einer deutlichen Besserung der Schmerzsymptomatik.

Zuletzt habe die Versicherte aber wieder über eine Zunahme der bewegungs- und belastungsabhängigen Kreuzschmerzen berichtet, weshalb sie weiterhin Morphin-Präparate einnehmen müsse. Langes Sitzen und langes Stehen seien problematisch. Es sei davon auszugehen, dass für mittelschwere bis schwere Tätigkeiten weiterhin eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit bestehe. Aktuell könne die Versicherte nur leichte Tätigkeiten durchführen (IV-act. 53 S. 3 ff.; vgl. ferner IV-act. 44). Am 21. Mai 2012 erstatte Dr. med. G.\_\_\_\_, Spezialarzt FMH für Innere Medizin, spez. Herz-, Kreislaufkrankheiten, im Auftrag der Personalvorsorge des Kantons H.\_\_\_\_, ein medizinisches Gutachten (act. G 4.4.3 S. 1 ff.). Als Diagnosen nannte er ein chronisches Lumbalsyndrom, eine Adipositas per magna sowie eine Arthritis rechtes Kniegelenk (act. G 4.4.3 S. 10). Dr. G.\_\_\_\_ kam zum Schluss, dass die Versicherte im angestammten Tätigkeitsbereich baldmöglichst mit einem Pensum von 20 bis 30 % beginnen sollte und längerfristig mit einer Steigerung auf das vormals ausgeübte Pensum von 50 % gerechnet werden dürfe. Zum jetzigen Zeitpunkt fänden sich keine Hinweise für das Vorliegen einer Berufsunfähigkeit (act. G 4.4.3 S. 12). Anlässlich einer Nachkontrolle in der Klinik D.\_\_\_\_ vom 3. Juli 2012 berichtete die Versicherte über eine deutliche Schmerzzunahme. Die behandelnden Ärzte bezeichneten eine Wiederaufnahme der Arbeit zu diesem Zeitpunkt als nicht denkbar. Wegen der starken Schmerzmittel leide die Versicherte auch an einer Konzentrationsschwäche und an Müdigkeit (vgl. IV-act. 64 S. 1). Eine MRT-Verlaufsuntersuchung vom 12. Juli 2012 brachte auf dem subfusionellen Segment L5/S1 eine zunehmende foraminale Enge links mit Kompression der linken L5-Wurzel zur Darstellung (IV-act. 64 S. 4 und 146 S. 9 f.). Die behandelnden Ärzte der Klinik D.\_\_\_\_ sahen als einzige Ursache für die von der Versicherten beklagten lumbalen Schmerzen mit Ausstrahlung in das linke Bein eine mögliche Einengung der Wurzel L5 links (vgl. IV-act. 64 S. 2). In der Folge wurde die Nervenwurzel L5 infiltriert, worunter die Versicherte zunächst über eine Besserung, später jedoch wieder über eine Schmerzzunahme berichtete (IV-act. 64, 67, 71 und 80). Parallel klagte die Versicherte auch über verstärkte Knieschmerzen rechts. Sie war bereits früher wegen rechtsseitiger Knieschmerzen in der Klinik D.\_\_\_\_ vorstellig geworden. Diese waren damals mittels Infiltration deutlich zurückgegangen. Eine MRT-Untersuchung des Kniegelenks vom 12. Juli 2012 hatte degenerative Veränderungen des medialen Kompartiments mit zum Teil tieferliegenden Knorpelschäden, einen etwas degenerativ veränderten Meniskus medialseitig mit einer kleinen Rissbildung sowie eine Retropatellargelenksarthrose gezeigt. Wegen des guten Ansprechens der letzten Knieinfiltration war diese wiederholt worden (IV-act. 74 und 146 S. 9 f.). Anlässlich einer Verlaufskontrolle vom 19. Februar 2013 berichtete die Versicherte, dass die durchgeführte Infiltration dieses Mal keine Besserung gebracht habe. Sie erwähnte Schmerzen in allen Kompartimenten des rechten Knies und dass sie ausser Haus nur noch mit Gehstöcken mobil sei. Der behandelnde Arzt konnte sich die globalen, massiven Schmerzen mit der ihm vorliegenden Bildgebung nicht erklären. Er merkte im entsprechenden Untersuchungsbericht vom 21. Februar 2013 an, dass die Flexion bei der Versicherten aufgrund der angegebenen Schmerzen nicht habe geprüft werden können, beim Anziehen kurz nach der Untersuchung sei jedoch eine Flexion bis zu 110 Grad möglich gewesen (IV-act. 82). Bezüglich der lumbalen Schmerzen folgten weitere Untersuchungen und Behandlungen in der Klinik I.\_\_\_\_ (vgl. IV-act. 269 S. 107 ff.). Am 26. September 2013 erstattete die MEDAS Zentralschweiz im Auftrag der IV-Stelle ein bidisziplinäres (rheumatologisches und psychiatrisches) Gutachten (IV-act. 96 S. 1 ff.). Als Diagnosen mit wesentlicher Einschränkung der Arbeitsfähigkeit nannten die Sachverständigen ein

chronisches lumbospondylogenes und wahrscheinlich residuelles radikuläres L5-Syndrom links sowie eine Monarthritis des rechten Kniegelenks unklarer Ätiologie, aktuell wenig aktiv. Als Diagnosen ohne wesentliche Einschränkung der Arbeitsfähigkeit, jedoch mit Krankheitswert, erwähnten die Gutachter eine Femoropatellararthrose rechts (möglicherweise eine kleine Meniskusläsion medial), eine depressive Anpassungsstörung sowie psychologische Faktoren und Verhaltensfaktoren bei andernorts klassifizierten Krankheiten (differentialdiagnostisch: eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren). Als Nebenfunde erwähnten sie eine Adipositas, eine akzentuierte Persönlichkeit mit empfindsamen, zwanghaften Persönlichkeitsanteilen und hohen Leistungsansprüchen sowie erhöhte Leberwerte als mögliche medikamentöse Nebenwirkung (IV-act. 96 S. 21 f.). Weiter hielten die Sachverständigen fest, dass sich aufgrund der objektivierbaren körperlichen Schäden am Bewegungsapparat folgende Einschränkungen ergäben: Das Heben und Tragen von Lasten sei auf 10 kg beschränkt, nicht geeignet seien für die Versicherte repetitives Bücken, Kauern, Knien, Arbeiten in für den Rücken ergonomisch ungünstigen Positionen sowie repetitives Besteigen von Leitern. Nur beschränkt geeignet seien ausschliesslich stehend-gehende Tätigkeiten (IV-act. 96 S. 21). Eine objektive Arbeitsplatzbeschreibung der von der Versicherten zuletzt ausgeübten Tätigkeit liege nicht vor. Sofern dieser Arbeitsplatz mit den erwähnten Einschränkungen kompatibel sei, was aus gutachterlicher Sicht vermutet werde, wäre das angestammte Pensum wieder zumutbar. Im Haushalt bestünden Einschränkungen in Bezug auf körperlich schwerere Arbeiten. Die Einschränkungen dürften grob geschätzt etwa 20 % betragen. Eine optimal angepasste Tätigkeit, welche den beschriebenen Defiziten Rechnung trage, sei der Versicherten in einem normalen Pensum zumutbar (IV-act. 96 S. 22). Die wenig aktive Monarthritis am rechten Knie bedürfe derzeit keiner Basistherapie, was sich aber ändern könne, wenn die Entzündungsaktivität wieder zunehme (IV-act. 96 S. 22 f.). Die zweite Rückenoperation sei am 17. November 2011 erfolgt. Eine Arbeitsunfähigkeit sei nach der Spondylodese für weitere sechs Monate, also bis Ende April 2012, begründbar (IV-act. 96 S. 23). In einer Stellungnahme vom 25. November 2013 hielt der regionale ärztliche Dienst (RAD) fest, dass das bidisziplinäre Gutachten ausführlich und sorgfältig erstellt worden sei, sodass darauf abgestellt werden könne (IV-act. 98; vgl. dazu auch die Stellungnahmen der behandelnden Ärzte Dr. E.\_\_\_\_ und Dr. med. J.\_\_\_\_, Wirbelsäulenchirurgie Klinik I.\_\_\_\_; IV-act. 269 S. 134 f.). Eine Rückfrage bei der Arbeitgeberin der Versicherten ergab, dass die angestammte Tätigkeit mit dem seitens der Gutachter beschriebenen Adaptionsprofil nicht vereinbar sei (vgl. IV-act. 109 S. 5 f.; vgl. ferner IV-act. 109 S. 1 f.). Am 2. Juni 2014 wurde die Versicherte von Dr. E.\_\_\_\_ aufgrund einer Schmerzexazerbation dem Spital K.\_\_\_\_ zugewiesen (vgl. IV-act. 181 S. 25), wo sie bis zum 4. Juni 2014 hospitalisiert wurde (IV-act. 181 S. 22 ff.). Noch am Einweisungstag war wegen Suizidäusserungen ein psychiatrisches Konsil durchgeführt worden (IV-act. 181 S. 27 f.). Im Austrittsbericht vom 23. Oktober 2014 wurden folgende Diagnosen genannt: Eine depressive Episode, ein chronisches lumbospondylogenes Schmerzsyndrom, ein Diabetes mellitus Typ 2, eine Adipositas sowie ein Status nach Thyreoiditis Hashimoto (IV-act. 181 S. 22). Weiter hielten die Ärzte fest, dass die extern kernspintomografisch dokumentierte mögliche Nervenwurzelaffektion L5 links (vgl. dazu IV-act. 196 S. 9) kaum für die beklagten Beschwerden verantwortlich sei. Im Spitalumfeld habe eine rasche Linderung der Beschwerden erzielt werden können. Die Versicherte habe aufgrund der familiären Situation eine rasche Entlassung sowie eine weiterführende, wohnortsnahe psychiatrische Betreuung gewünscht (IV-act. 181 S. 23). Am 6. Juni 2014 unterzeichnete

die Versicherte einen Eingliederungsplan der IV-Stelle mit dem Ziel der Arbeitsvermittlung (IV-act. 113; vgl. ferner IV-act. 112 und 117 f.). Mit Mitteilung vom 24. Juni 2014 gewährte die IV-Stelle der Versicherten Beratung und Unterstützung bei der Stellensuche (IV-act. 114). Mit Mitteilung vom 29. September 2014 sprach die IV-Stelle der Versicherten die Übernahme der Kosten für eine berufliche Abklärung im Sinne eines vom 9. September 2014 bis 5. Dezember 2014 dauernden Einsatzprogrammes in einem Pensum von 50 % bei der L.\_\_\_\_ zu (IV-act. 122 i.V.m. 119; vgl. ferner IV-act. 132 f.). Am 21. Oktober 2014 stellte sich die Versicherte aufgrund einer Exazerbation linksseitiger Thoraxschmerzen mit Ausstrahlung in den linken Arm und den Hals notfallmässig im Spital M.\_\_\_\_ vor, wo sie bis zum 23. Oktober 2014 hospitalisiert wurde. Die Ärzte interpretierten die Symptomatik nach Ausschluss eines akuten kardialen Ereignisses und einer Lungenembolie als muskuloskelettal bedingt. Im Austrittsbericht hielten sie weiter fest, dass sich unter ausgebauter Analgesie, Muskelrelaxans und Physiotherapie eine deutliche Regredienz der Beschwerden gezeigt habe. Bei Dyspnoe hätten sie eine Prüfung der Lungenfunktion durchgeführt, wobei sich, soweit bei mässig guter Kooperation beurteilbar, normale statische und dynamische Lungenvolumina gezeigt hätten (IV-act. 181 S. 16 ff.). Gemäss dem Abschlussbericht des Eingliederungsverantwortlichen der IV-Stelle vom 19. Dezember 2014 musste die Versicherte das Einsatzprogramm kurz vor dessen Ende aus gesundheitlichen Gründen abbrechen (IV-act. 142 S. 7; vgl. ferner IV-act. 141). In einem Bericht an die IV-Stelle vom 15. Januar 2015 hielt Dr. E.\_\_\_\_ fest, dass der Versicherten die bisherige Tätigkeit nicht mehr zumutbar sei. Eine leichte Tätigkeit mit der Möglichkeit zum Sitzen sei der Versicherten nur stundenweise zumutbar (IV-act. 146; vgl. ferner Bericht vom 1. Juni 2015 [IV-act. 156]). In einer Stellungnahme vom 28. April 2015 führte der RAD aus, dass aktenkundige fachärztliche klinisch objektivierte Befunde, welche eine anhaltende Veränderung des Gesundheitszustandes seit der MEDAS-Begutachtung begründen würden, fehlten. Versicherungsmedizinisch würden daher die Angaben, wie sie in der RAD-Stellungnahme vom 25. November 2013 dokumentiert worden seien, weiterhin gelten (IV-act. 154). Am 1. Juli 2015 fand ein Assessmentgespräch mit einem Eingliederungsverantwortlichen der IV-Stelle statt. Dieser hielt in seiner Einschätzung fest, dass die Versicherte trotz ihrer Verzweiflung sehr motiviert sei, an Eingliederungsmassnahmen teilzunehmen und wieder eine Anstellung auf dem ersten Arbeitsmarkt zu finden. Sie könne sich aber nicht vorstellen, mit einem Pensum von über 20 % einzusteigen. Der Eingliederungsverantwortliche schätzte die Chancen als gut ein, die Versicherte wieder einzugliedern, wobei er jedoch einen langsamen begleiteten Aufbau der Arbeitsfähigkeit für notwendig hielt. Er schlug die Durchführung einer Integrationsmassnahme vor (IV-act. 160). In einem bei der IV-Stelle am 27. Juli 2015 eingegangenen Bericht hielt Dr. med. N.\_\_\_\_, Facharzt Psychiatrie/Psychotherapie FMH, fest, dass die Versicherte seit dem 20. Juni 2013 bei ihm in Behandlung sei (IV-act. 162 S. 2 ff). Als Diagnosen nannte er eine Anpassungsstörung, Angst und Depression, eine Somatisierungsstörung, psychologische Faktoren bei andernorts klassifizierten Krankheiten sowie akzentuierte Persönlichkeitszüge mit sensiblen, zwanghaften Persönlichkeitsanteilen und hohen Leistungsansprüchen (IV-act. 162 S. 2). Weiter führte er aus, dass die geistig-psychische Befindlichkeit von der körperlichen Befindlichkeit abhängig sei, die ihrerseits stark auf psychosozialen und soziokulturellen Distress reagiere. Die Versicherte sei arbeitsfähig. Die lange Absenz vom Arbeitsmarkt bedinge jedoch einen schrittweisen Einstieg unter Berücksichtigung der mentalen und körperlichen Ressourcen und unter Einbezug der Tatsache, dass die Versicherte aktuell alleinerziehende Mutter sei. Die

Wiederintegration in den Arbeitsprozess sei dann erfolgreich, wenn die Tätigkeit dem Ausbildungsniveau der Versicherten entspreche (IV-act. 162 S. 6). Am 2. September 2015 unterzeichnete die Versicherte einen Eingliederungsplan der IV-Stelle für Integrationsmassnahmen mit dem Ziel der Steigerung der Arbeitsfähigkeit von 40 % auf mindestens 60 % eines Vollpensums innerhalb von sechs Monaten (IV-act. 164). Mit Mitteilung vom 8. September 2015 sprach die IV-Stelle der Versicherten die Kostenübernahme für ein vom 7. September 2015 bis 4. März 2016 dauerndes Aufbautraining bei der O.\_\_\_\_ zu (IV-act. 168). Ab dem 21. Oktober bis 10. November 2015 wurde die Versicherte von ihrem Hausarzt Dr. med. P.\_\_\_\_, Allgemeine Innere Medizin FMH spez. Geriatrie, zu 100 % arbeitsunfähig befunden (IV-act. 174 und 177). Vom 11. November bis 6. Dezember 2015 schrieb Dr. E.\_\_\_\_ die Versicherte zu 100 % arbeitsunfähig (IV-act. 178 f.). In einem Bericht vom 20. Dezember 2015 (IV-act. 181 S. 1 ff.) nannte Dr. P.\_\_\_\_ als Diagnosen ein chronisches lumbospondylogenes Schmerzsyndrom bei Status nach Diskushernienoperation L4/L5 rechts 2011 und dorsaler Spondylodese im November 2011, MRI-Befund vom Mai 2014: linksmediolaterale Diskusprotrusion L5/S1 mit enger Lagebeziehung zur Wurzel L5 und S1 links (vgl. IV-act. 196 S. 9) und MRI-Befund vom 9. November 2015: leichtgradige akzentuierte Bandscheibenprotrusion C3/C4 mit zumindest positionsabhängiger Irritation der Nervenwurzel C4 rechts (vgl. IV-act. 196 S. 4), eine substituierte Hypothyreose, einen Prädiabetes, einen Verdacht auf migräneassoziierte Schwindelbeschwerden phobisch-posturaler Komponente bei unauffälligem MRI-Befund des Neurokraniums vom 9. November 2015 (vgl. IV-act. 196 S. 5; bzgl. Schwindel vgl. ferner IV-act. 181 S. 14 f.) sowie eine Depression (IV-act. 181 S. 2). Weiter hielt Dr. P.\_\_\_\_ fest, dass für ihn die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit in einer behinderungsangepassten Tätigkeit nicht möglich sei (IV-act. 181 S. 4). In einer Stellungnahme vom 24. Dezember 2015 hielt der RAD fest, dass aus den eingereichten Unterlagen keine anhaltenden und relevanten Befund- und Diagnoseänderungen hervorgingen, weshalb die im MEDAS-Gutachten festgehaltene Arbeitsfähigkeit noch immer Geltung habe. Der Versicherten sei die Weiterführung des Aufbautrainings zumutbar (IV-act. 184). Am 15. Januar 2016 berichtete die Fallbetreuerin der O.\_\_\_\_ über den bisherigen Verlauf der Integrationsmassnahme. Sie kam zum Schluss, dass sich tendenziell eine Stagnation des Arbeitspensums zeige. Es werde empfohlen, noch die externen Einsätze, bei denen sich die Anforderungen an die Versicherte ändern würden, abzuwarten. Da es im geschützten Rahmen schon fast unmöglich sei, eine angepasste Tätigkeit für die Versicherte bereitzustellen, stelle sich die Frage, ob die Arbeitsfähigkeit generell gegeben sei bzw. eine Perspektive bestehe, diese weiter auszubauen (IV-act. 186). Im Schlussbericht vom 28. Januar 2016 hielt der IV-Eingliederungsverantwortliche fest, dass bei der Versicherten trotz der hohen Motivation die Aussichten auf eine anhaltende Verbesserung des Gesundheitszustandes und eine Eingliederung in den ersten Arbeitsmarkt schlecht seien. Er, der Eingliederungsverantwortliche, habe die Versicherte über zwei Jahre hinweg begleitet und könne bestätigen, dass sie das ihr Mögliche versucht habe. Auch wenn die medizinisch-theoretische Einschätzung eine hohe Arbeitsfähigkeit vermuten lasse, bestehe keine Verwertbarkeit auf dem ersten Arbeitsmarkt. Es sei unwahrscheinlich, dass sich an diesem Zustand in absehbarer Zeit etwas ändern werde, weshalb die Rentenprüfung unter Berücksichtigung des arbeitspraktischen Berichts der O.\_\_\_\_ empfohlen werde (IV-act. 189 S. 5). Am 24. März 2016 berichtete Dr. N.\_\_\_\_, dass der Versicherten die bisherige Tätigkeit nicht mehr zumutbar sei, andere Tätigkeiten jedoch schon. Sie müsse in den Bereichen abgeholt werden, in welchen sie Kenntnisse habe. Sie habe gute Sprachkenntnisse

(Arabisch, Französisch und Deutsch). Sie könnte zunächst im Integrationsbereich und später beispielsweise als Übersetzerin arbeiten. Zumutbar sei ein zunächst stundenweiser Einstieg, wobei das Pensum sukzessive gesteigert werden könne. Die intellektuellen und sozialen Fähigkeiten der Versicherten seien bis jetzt nicht adäquat genutzt und berücksichtigt worden (IV-act. 199 S. 2 f.). Mit Mitteilung vom 8. April 2016 wies die IV-Stelle das Leistungsbegehren der Versicherten um berufliche Massnahmen ab (IV-act. 204). Mit Vorbescheid vom 15. April 2016 stellte sie der Versicherten sodann die Abweisung des Rentenbegehrens bei einem Invaliditätsgrad von 0 % in Aussicht. Sie stufte die Versicherte für die Berechnung des Invaliditätsgrades als im Gesundheitsfall Teilzeiterwerbstätige ein (IV-act. 207). Aufgrund eines gegen den Vorbescheid erhobenen Einwandes veranlasste die IV-Stelle weitere Abklärungen (vgl. IV-act. 209 ff.). Am 30. Juni 2016 unterzog sich die Versicherte im Spital Q.\_\_\_\_ einer Verlängerungsspondylodese L3-S1, einer Fenestration L3/4 rechts mit mikrochirurgischer Entfernung der Diskushernie sowie einer Fenestration mit Arthrektomie L5/S1 links mit mikrochirurgischer Dekompression mittels Foraminotomie (IV-act. 269 S. 142 ff.). Aufgrund einer Wundheilungsstörung, die sich im Verlauf entwickelt hatte (vgl. IV-act. 269 S. 148 ff.), wurde am 6. Oktober 2016 im Spital Q.\_\_\_\_ eine operative Wundrevision mit Wundverschluss durchgeführt (IV-act. 269 S. 154 ff.; zum weiteren postoperativen Verlauf mit einer Hospitalisation im Spital K.\_\_\_\_ sowie ambulanten Verlaufskontrollen in der Klinik D.\_\_\_\_ vgl. IV-act. 223 ff., 237 und 269 S. 170 und 172; vgl. ferner IV-act. 232). Anlässlich einer Haushaltsabklärung vom 15. September 2016 kam die Abklärungsperson zum Schluss, die Versicherte habe glaubhaft dargelegt, dass sie im Gesundheitsfall einer Erwerbstätigkeit in einem Pensum von 100 % nachgehen würde (IV-act. 228; vgl. dazu ferner IV-act. 213). Am 27. Dezember 2017 erstattete die SMAB AG im Auftrag der IV-Stelle ein polydisziplinäres (Orthopädie/Traumatologie, Psychiatrie, Innere Medizin und Neurologie) Gutachten (IV-act. 269 S. 1 ff.). In ihrer interdisziplinären Konsensbeurteilung nannten die Sachverständigen als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ein chronisches lumboradikuläres Schmerzsyndrom L5 links mit mittelgradiger Funktionseinschränkung. Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit erwähnten sie eine Gonalgie rechts bei klinisch unauffälligem Befund und ohne Reizzustand, eine depressive Anpassungsstörung, ein chronisches Schmerzsyndrom mit somatischen und psychischen Faktoren, eine akzentuierte Persönlichkeit mit zwanghaften Persönlichkeitsanteilen und hohen Leistungsansprüchen, einen Diabetes mellitus Typ II mit Insulin und Antidiabetika genügend behandelt, eine Hypothyreose substituiert, einen fraglichen Eisenmangel, ein Übergewicht an der Grenze zu Adipositas sowie einen Heuschnupfen (IV-act. 269 S. 21). Weiter hielten sie fest, dass die Arbeitsfähigkeit in der Tätigkeit als [...] aus orthopädischer und neurologischer Sicht aufgehoben sei, da das Anforderungsprofil das derzeitige Belastungsprofil der Versicherten übersteige. In leidensangepassten Tätigkeiten sei aus orthopädischer und neurologischer Sicht die Leistungsfähigkeit um 20 % reduziert. Die aus psychiatrischer Sicht diagnostizierte Anpassungsstörung sei im vorliegenden Fall auf die vorhandenen Schmerzen und Operationsfolgen zurückzuführen. Die Stimmungslabilität mit den bereits über sechs Monaten vorhandenen Schmerzen in einer anatomischen Region rechtfertige die Diagnose einer Schmerzstörung. Ein invalidisierender Gesundheitsschaden mit konsekutiver Einschränkung der Arbeitsfähigkeit bestehe aus psychiatrischer Sicht nicht. Auch aus internistischer Sicht sei die Arbeitsfähigkeit nicht eingeschränkt, jedoch werde das Belastungsprofil durch den Diabetes beeinflusst. Zusammenfassend sei die Arbeitsfähigkeit

als [...] als aufgehoben zu betrachten. Die Arbeitsfähigkeit in leidensangepassten Tätigkeiten betrage aus interdisziplinärer Sicht 80 % (IV-act. 269 S. 22 f.). Die immer wiederkehrenden Rückenschmerzen schränkten die Produktivität und Schnelligkeit in einem Ausmass von 20 % ein. Das Belastungsprofil umfasse körperlich leichte Tätigkeiten mit Heben und Tragen von Lasten von maximal 10 kg unter Vermeidung von Zwangshaltungen in einem selbstbestimmten Wechsel zwischen Stehen, Gehen und Sitzen. Tätigkeiten, die ein erhöhtes Ausmass an Standsicherheit erforderten (z.B. solche auf Leitern, Treppen oder Gerüsten), seien zu vermeiden. Darüber hinaus sollten auch Tätigkeiten unter dem Einfluss von extremen Temperaturschwankungen wie Hitze, Kälte, Nässe und Zug vermieden werden. Auch seien das selbständige Bedienen von Maschinen oder die Übernahme von Verantwortung für Gruppen nur bedingt zumutbar. Aus psychiatrischer Sicht seien die Fähigkeit für Arbeiten unter Zeitdruck sowie die Umstellungsfähigkeit und Flexibilität leicht beeinträchtigt (IV-act. 269 S. 23). In einer Stellungnahme vom 12. Januar 2018 hielt der RAD fest, dass das Gutachten den geltenden Qualitätskriterien entspreche, weshalb darauf abgestellt werden könne. Anzumerken sei, dass der Plasmaspiegel des verordneten Medikaments Oxycodon deutlich über dem therapeutischen Wert gelegen habe. Gleichwohl habe die Versicherte bei der Untersuchung sehr rasch Schmerzen angegeben. Ein strukturell bedingter nozizeptiver Schmerz würde auf das stark wirksame Morphin ansprechen, was hier kaum der Fall sei. Die gutachterlich attestierte geringe Einschränkung der Arbeitsfähigkeit sei somit voll nachvollziehbar (IV-act. 270). Mit Vorbescheid vom 15. Januar 2018 stellte die IV-Stelle der Versicherten die Abweisung des Rentenbegehrens bei einem Invaliditätsgrad von 31 % in Aussicht (IV-act. 273). Vom 23. bis 26. Januar 2018 wurde die Versicherte im Spital K.\_\_\_\_ hospitalisiert. Gemäss Austrittsbericht vom 31. Januar 2018 war eine notfallmässige Vorstellung wegen einer Exazerbation der Schmerzen in den Beinen erfolgt. Aufgrund des dringenden Verdachts auf eine psychogene Komponente der Schmerzen sei eine psychiatrische Beurteilung der Versicherten vorgenommen worden, wobei die Diagnose einer mittelgradigen depressiven Episode mit somatischem Syndrom gestellt worden sei. Die Versicherte habe in eine stationäre Psychotherapie eingewilligt, um unter anderem auch die Opiode weiter abzubauen (IV-act. 274 S. 3 ff.). Am 9. Februar 2018 nahm Dr. P.\_\_\_\_ zum SMAB-Gutachten Stellung. Er kritisierte, dass die im Gutachten aufgeführten Resultate nicht dem gesundheitlichen Zustand der Versicherten entsprächen. Namentlich sei es unglücklich, dass die Gutachter nicht ausgeführt hätten, inwiefern die Arbeitsfähigkeit unter den von der Versicherten eingenommenen hohen Opiatdosen möglich bzw. vertretbar sei. Weiter sei unklar, inwiefern die Tätigkeit als [...] den Leiden überhaupt noch besser angepasst werden könne. Sodann wäre eine gutachterliche Stellungnahme zur Wahrscheinlichkeit eines Low-Grade-Infektes zu begrüssen gewesen. Ausserdem wäre eine spezifische Beurteilung durch einen Experten in Bezug auf ein chronisches Schmerzsyndrom notwendig gewesen. In den einzelnen Berichten der Gutachter sei diese Thematik zu wenig gewichtet worden (IV-act. 274 S. 1 f.). Gegen den Vorbescheid vom 15. Januar 2018 liess die Versicherte, vertreten durch Rechtsanwalt lic. iur. A. Zogg, Zürich, am 15. Februar 2018 Einwand erheben. Zur Begründung liess sie im Wesentlichen anführen, dass die SMAB-Gutachter die Indikatorenprüfung ungenügend vorgenommen hätten. Zudem habe sich ihr Gesundheitszustand seit der Begutachtung verschlechtert. Auch hätten sich die Gutachter nicht genügend mit den bisherigen Eingliederungsbemühungen auseinandergesetzt. Sollte sie keinen Anspruch auf eine Rente haben, hätte sie zumindest Anspruch auf Eingliederungsmassnahmen (IV-act. 275 und 277). Am 7. Juni 2018 nahmen

die Sachverständigen der SMAB AG aufgrund einer entsprechenden Nachfrage seitens der IV-Stelle (vgl. IV-act. 279) zu den Einwänden der Versicherten und den neu eingereichten Unterlagen Stellung (IV-act. 280). Am 18. Juni 2018 bestätigte der RAD, dass am Resultat des Gutachtens weiterhin festzuhalten sei (IV-act. 281). Mit Schreiben vom 27. Juli 2018 liess die Versicherte der IV-Stelle mitteilen, dass sie gerne wieder arbeiten würde und dankbar sei für die telefonisch angebotene Unterstützung. Allerdings sei ihr die Inanspruchnahme einer Arbeitsvermittlung aus gesundheitlichen Gründen aktuell nicht möglich (IV-act. 288). Mit Mitteilung vom 2. August 2018 teilte die IV-Stelle der Versicherten mit, dass das Leistungsbegehren um berufliche Massnahmen abgewiesen werde, da sie sich nicht in der Lage fühle, an beruflichen Massnahmen mitzuwirken (IV-act. 292). Im Rahmen einer zweiten Anhörung betreffend Rentenbescheid (vgl. IV-act. 293) nahm die Versicherte, neu vertreten durch Rechtsanwältin MLaw A. Gurtner, Zürich, am 10. September 2018 nochmals Stellung (IV-act. 298) und reichte einen Austrittsbericht der Klinik D.\_\_\_\_ vom 6. April 2018 über eine vom 15. bis 31. März 2018 durchgeführte stationäre multimodale Behandlung ein (IV-act. 299). Am 18. September 2018 hielt der RAD fest, dass im neu eingereichten Bericht der Klinik D.\_\_\_\_ im Vergleich zum Gutachten keine neuen Gesundheitsstörungen erwähnt würden. Laut dem Bericht habe bei Austritt sogar ein deutlich besserer Allgemeinzustand bestanden. Somit ergebe sich keine Änderung der Beurteilung der bekannten versicherungsmedizinischen Kenndaten (IV-act. 301). Mit Verfügung vom 19. September 2018 wies die IV-Stelle das Rentenbegehren der Versicherten ab (IV-act. 303). Gegen diese Verfügung liess die weiterhin durch Rechtsanwältin Gurtner vertretene Versicherte (nachfolgend: Beschwerdeführerin) am 12. Oktober 2018 Beschwerde erheben (act. G 1). Sie liess beantragen, die Verfügung vom 19. September 2018 sei aufzuheben und die IV-Stelle (nachfolgend: Beschwerdegegnerin) sei zu verpflichten, ihr die gesetzlichen Leistungen der Invalidenversicherung auszurichten, insbesondere eine unbefristete Rente auszurichten; alles unter Kosten- und Entschädigungsfolgen zu Lasten der Beschwerdegegnerin. In verfahrensrechtlicher Hinsicht liess sie die Durchführung eines zweiten Schriftenwechsels beantragen (act. G 1 S. 2). Ihrer Beschwerde legte sie einen Bericht über eine ambulante rheumatologische Untersuchung im Spital Q.\_\_\_\_ vom 28. August 2018 bei (act. G 1.4). In ihrer Beschwerdeantwort vom 28. November 2018 beantragte die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde (act. G 4). Sie legte eine Stellungnahme des RAD vom 21. November 2018 zum Bericht des Spitals Q.\_\_\_\_ vom 28. August 2018 bei (act. G 4.1). In ihrer Replik vom 15. Februar 2019 liess die Beschwerdeführerin an den in der Beschwerde gestellten Anträgen vollumfänglich festhalten (act. G 8). Mit Schreiben vom 25. März 2019 hielt die Beschwerdegegnerin an dem in der Beschwerdeantwort gestellten Antrag fest und verzichtete auf die Erstattung einer ausführlichen Duplik (act. G 10). Erwägungen Vorliegend strittig und zu prüfen ist der Anspruch der Beschwerdeführerin auf eine Invalidenrente. 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 gemäss Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit. Erwerbsunfähigkeit wird in Art. 7

Abs. 1 ATSG als 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 definiert. Die Invalidität ist 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 kann, in Beziehung gesetzt zum Einkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Art. 16 ATSG). Nach Art. 28 Abs. 2 IVG besteht Anspruch auf eine ganze Invalidenrente, wenn die versicherte Person mindestens zu 70 %, auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens zu 60 % invalid ist. Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % besteht ein Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % ein Anspruch auf eine Viertelsrente. Um den Arbeitsfähigkeitsgrad bestimmen 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 dabei, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsfähig ist (BGE 125 V 261 E. 4). Für das gesamte Verwaltungs- und Verwaltungsgerichtsverfahren gilt der Grundsatz der freien Beweiswürdigung (Art. 61 lit. c ATSG). Danach haben die urteilenden Instanzen die Beweise frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen und alle Beweismittel unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruchs gestatten. Hinsichtlich des Beweiswerts eines Arztberichts ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten bzw. der Anamnese abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Fachperson begründet sind (BGE 125 V 352 E. 3a mit Hinweis). Zunächst ist zu prüfen, ob aufgrund der vorliegenden medizinischen Aktenlage der Arbeitsfähigkeitsgrad der Beschwerdeführerin mit überwiegender Wahrscheinlichkeit feststeht (zum Beweismass siehe BGE 138 V 221 E. 6 und Urteil des Bundesgerichts vom 2. August 2017, 8C\_128/2017, E. 2). Während sich die Beschwerdegegnerin für die Ablehnung des Rentenanspruchs wesentlich auf das Gutachten der SMAB AG vom 27. Dezember 2017 stützt (vgl. act. G 4), erachtet die Beschwerdeführerin dieses Gutachten als nicht beweiskräftig. Sie macht geltend, die Gutachter hätten sich nicht rechtsgenügend mit dem von der Rechtsprechung entwickelten Indikatorenkatalog auseinandergesetzt. Namentlich fehle im Gutachten eine detaillierte Auseinandersetzung mit den bei ihr angeblich noch vorhandenen Ressourcen und deren gegenüberstehenden Beeinträchtigungen. Sie verfüge entgegen der Ansicht der Gutachter gerade über keine Ressourcen. Dem psychiatrischen Teilgutachten sei denn auch zu entnehmen, dass sie hinsichtlich ihrer psychischen Befindlichkeit sehr labil sei. Sie müsse häufig weinen und mache sich viele Vorwürfe, weil ihr Mann ebenfalls körperlich angeschlagen sei und alle Arbeiten übernehmen müsse. Auch empfinde sie Schuldgefühle gegenüber ihrem Sohn. Hinzu komme die soziale Isolation. Sie habe kaum Kontakt zu früheren Arbeitskolleginnen oder schweizerischen Freunden, sondern sei fast nur noch zu Hause. Ein Blick auf ihre Freizeitgestaltung und auf den im

Gutachten geschilderten Tagesablauf verdeutliche, dass sie aufgrund der psychischen Beeinträchtigungen stark eingeschränkt sei und über keine Ressourcen verfüge (act. G 1 S. 8 ff.). Auch hätten es die Sachverständigen unterlassen, eine Qualifizierung und Quantifizierung von noch möglichen Aktivitäten nach ICF vorzunehmen, obwohl dies gemäss den Leitlinien für versicherungspsychiatrische Gutachten notwendig sei (act. G 1 S. 8). Überdies hätten die Gutachter ihre Opiatabhängigkeit unberücksichtigt gelassen. Dr. P. \_\_\_ habe in seinem Bericht vom 9. Februar 2018 ausdrücklich darauf hingewiesen, dass diese Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit haben könnte (act. G 1 S. 6). Entgegen der Ansicht der Beschwerdeführerin haben sich die Sachverständigen der SMAB AG ausreichend mit den vom Bundesgericht definierten Standardindikatoren auseinandergesetzt. Dabei ist zu berücksichtigen, dass die Handhabung des Indikatorenkatalogs den Umständen des Einzelfalls gerecht werden muss. Es handelt sich nicht um eine "abhakbare Checkliste" (BGE 141 V 297 E. 4.1 mit Hinweisen). Die von der Beschwerdeführerin angesprochene soziale Isolation oder die von ihr angegebenen eingeschränkten Alltagsaktivitäten haben die Sachverständigen im Gutachten durchaus berücksichtigt (vgl. z.B. IV-act. 269 S. 55 und 26). Wie der psychiatrische Gutachter in seiner Stellungnahme vom 7. Juni 2018 jedoch nachvollziehbar ausgeführt hat, handelt es sich bei dem sozialen Rückzug und der reduzierten Aktivität nicht in erster Linie um mangelnde Ressourcen, sondern um Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigungen. Auch die affektive Labilität sei ein Symptom und nicht eine fehlende Ressource (vgl. IV-act. 280 S. 2 f.). Dass die Sachverständigen die intellektuellen Fähigkeiten der Beschwerdeführerin als Ressource bezeichnet haben, ist sodann nicht zu beanstanden (IV-act. 269 S. 27). Der psychiatrische Sachverständige hat denn auch verständlich dargelegt, wie sich diese Ressource positiv auswirken könne. So besitze die Beschwerdeführerin die Fähigkeit, neue Situationen schnell zu erfassen und zielgerichtet zu lösen (vgl. IV-act. 280 S. 2). Dass solche Fähigkeiten einen positiven Effekt auf einen Krankheitsverlauf und namentlich auch auf die Eingliederungsmöglichkeiten haben können, ist gut nachvollziehbar. Was die von der Beschwerdeführerin angesprochenen Leitlinien betrifft, ist anzumerken, dass es sich bei Leitlinien nicht um bindende Vorgaben, sondern um Orientierungshilfen handelt. Die Entscheidung darüber, welche Untersuchungen oder Testverfahren im Einzelfall zur Anwendung gelangen, liegt stets bei den untersuchenden Ärzten. Anhaltspunkte dafür, dass die gutachterlichen Untersuchungen nicht lege artis durchgeführt worden oder ungenügend gewesen sind, liegen jedenfalls nicht vor. Soweit Dr. P. \_\_\_ eine fehlende Beurteilung der Schmerzsymptomatik bemängelt (vgl. IV-act. 274 S. 1 f.), kann ihm nicht gefolgt werden. Die Beschwerdeführerin ist im Rahmen der Begutachtung durch die SMAB AG durch einen ausgewiesenen psychiatrischen Facharzt untersucht worden (vgl. IV-act. 269 S. 47 ff.). Dieser hat denn auch die Diagnose eines chronischen Schmerzsyndroms mit somatischen und psychischen Faktoren gestellt, ihr jedoch keine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit zugemessen (vgl. IV-act. 269 S. 53). Diese psychiatrische Beurteilung steht in Übereinstimmung mit derjenigen des psychiatrischen Gutachters der MEDAS Zentralschweiz. Dieser hat differentialdiagnostisch ebenfalls die Diagnose eines chronischen Schmerzsyndroms mit somatischen und psychischen Faktoren gestellt, jedoch keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit festgestellt (vgl. IV-act. 96 S. 35). Auch der behandelnde Psychiater Dr. N. \_\_\_ hat die Beschwerdeführerin in seinem bei der Beschwerdegegnerin am 27. Juli 2015 eingegangenen Bericht trotz der von ihm diagnostizierten Somatisierungsstörung - zwar bezogen auf das damals angestrebte Pensum von 50 % - als arbeitsfähig bezeichnet (vgl. IV-act. 162 S. 2 ff.). Im Übrigen hat er selbst

nach Abbruch der von der Beschwerdegegnerin zugesprochenen Integrationsmassnahme eine adaptierte Tätigkeit für möglich gehalten. Er hat erklärend ausgeführt, dass die Beschwerdeführerin durch Ablenkung zunehmend fähig sein werde, mit ihren Schmerzen umzugehen, wenn sie ihren Fähigkeiten entsprechend adaptiert eingesetzt werde (vgl. IV-act. 199). Zuzustimmen ist Dr. P. \_\_\_ darin, dass im Gutachten der SMAB AG eine genauere Darlegung der Auswirkungen der von der Beschwerdeführerin angeblich eingenommenen Medikamente wünschenswert gewesen wäre (vgl. IV-act. 274 S. 1 f.), doch geht aus dem Gutachten immerhin hervor, dass die Sachverständigen die Beschwerdeführerin eingehend nach den eingenommenen Medikamenten befragt haben (vgl. IV-act. 269 S. 36, 49, 59, 67 und 77) und die Medikamentenspiegel teilweise kontrolliert haben (vgl. IV-act. 269 S. 76). Folglich ist davon auszugehen, dass die Gutachter ihre Schätzung der Arbeitsfähigkeit im Wissen um die Medikation abgegeben haben, mithin eine Arbeitsfähigkeit trotz der Medikamenteneinnahme bzw. zumindest unter Berücksichtigung der von ihnen vorgeschlagenen Medikamentenanpassungen (vgl. dazu IV-act. 269 S. 28, 54, 56 und 63) für möglich gehalten haben. Dies gilt umso mehr, als dass der psychiatrische Gutachter in seiner Stellungnahme vom 7. Juni 2018 die therapeutische Strategie und den Bericht vom 9. Februar 2018 von Dr. P. \_\_\_ dahingehend kritisiert hat, dass dieser die Opiatbehandlung als Option der ersten Wahl sehe und keine schmerzmodulierende Medikation in Erwägung ziehe. Bei Patienten mit einer psychischen Überlagerung der Schmerzen sei ausreichend bekannt, dass der Einsatz von Opiaten zu einer Schmerzverstärkung führen und den Krankheitsverlauf somit verkomplizieren könne. In der Klinik K. \_\_\_ habe man im Januar 2018 mit der Reduktion der Opioid-Medikation und mit dem Eindosieren von schmerzmodulierenden Medikamenten begonnen, wie bereits im Gutachten empfohlen worden sei. Durch diese zwischenzeitlich eingeleiteten therapeutischen Massnahmen sehe er, der psychiatrische Gutachter, seine Beurteilung als bestätigt (vgl. IV-act. 280 S. 2 f.). Selbstverständlich schliesst die gutachterliche Einschätzung nicht aus, dass die Arbeitsfähigkeit aufgrund von unerwünschten medikamentösen Nebenwirkungen oder im Rahmen einer Entzugsbehandlung vorübergehend stärker eingeschränkt sein kann. Soweit ersichtlich hat die Beschwerdeführerin an der Begutachtung nur wenige medikamentöse Nebenwirkungen beklagt. Sollten sich in Zukunft neue dauerhafte Komplikationen bzw. Nebenwirkungen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit zeigen, steht es der Beschwerdeführerin selbstverständlich offen, sich erneut bei der Beschwerdegegnerin anzumelden. Trotz fehlender expliziter Erwähnung im Rahmen des gutachterlichen Adaptionsprofils ist es auch nicht auszuschliessen, dass gewisse Arten von Tätigkeiten aufgrund der Medikamente vorübergehend oder gänzlich nicht ausgeübt werden können. Diesbezüglich ist allerdings zu beachten, dass eine Medikation gerade bei Schmerzpatienten stets den individuellen Bedürfnissen angepasst werden muss und somit einem schnellen Wechsel unterliegen kann, was auch bei der Beschwerdeführerin gemäss Aktenlage jeweils geschehen ist und was gerade auch die nach der Begutachtung noch eingereichten Berichte belegen (vgl. IV-act. 274 S. 3 ff. und 299 S. 1 ff.). Allgemeingültige Aussagen über mögliche Einschränkungen des Adaptionsprofils einer sich potentiell wiederholt ändernden Medikation sind den gutachterlichen Sachverständigen somit wohl nur schwer möglich gewesen. Die Sachverständigen haben denn ja auch ausgeführt, dass im retrospektiven Verlauf nach den Operationen vorübergehend jeweils höhere Arbeitsunfähigkeiten vorgelegen haben dürften (vgl. IV-act. 269 S. 24). In diesem Zeitraum dürften vermutlich auch die Schmerzmedikamente teils höher dosiert gewesen sein. Immerhin haben die

Sachverständigen im Rahmen des Adaptionsprofils Tätigkeiten an Maschinen nur als beschränkt zumutbar erachtet (vgl. IV-act. 269 S. 23). Weitere Einschränkungen des Adaptionsprofils aufgrund der Medikamenteneinnahme können, wie gesagt, nicht ausgeschlossen werden und sind abhängig von der jeweiligen Medikation von den behandelnden Ärzten zu bestimmen. Gemäss der Aktenlage hat die Beschwerdeführerin jedenfalls auch bereits vor der Begutachtung durch die SMAB AG teils starke Schmerzmedikamente zu sich genommen, wobei ihr ärztlicherseits gleichwohl häufig eine nur gering eingeschränkte Arbeitsfähigkeit attestiert worden ist. Dr. F.\_\_\_\_ hat beispielsweise in einem Bericht vom 26. April 2012 die Einnahme von Morphin-Präparaten genannt und der Beschwerdeführerin gleichwohl lediglich eine Arbeitsunfähigkeit für schwere und mittelschwere Tätigkeiten attestiert, während er sie für leichte Tätigkeiten grundsätzlich als arbeitsfähig erachtet hat (vgl. IV-act. 53). Der RAD hat in seiner Stellungnahme vom 12. Januar 2018 die starke Medikation sogar gerade als Indiz für die Richtigkeit der von den Gutachtern attestierten tiefen Arbeitsunfähigkeit gesehen, da die von der Beschwerdeführerin derart stark beklagten Schmerzen sich unter dieser starken Medikation nicht erklären liessen (vgl. IV-act. 270). Damit übereinstimmend hat auch der orthopädische Gutachter der SMAB AG darauf hingewiesen, dass sich das Ausmass der beklagten Schmerzen orthopädisch bei hochdosierter Schmerztherapie nicht begründen lasse (vgl. IV-act. 269 S. 41). Da auch in psychiatrischer Hinsicht keine Schmerzstörung mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit diagnostiziert worden ist (vgl. dazu E. 3.4), stellt sich somit die Frage nach Verdeutlichungstendenzen. Die Berücksichtigung solcher Tendenzen und Verhaltensunstimmigkeiten, auf welche die SMAB-Gutachter ebenfalls hingewiesen haben (vgl. IV-act. 269 S. 29, 38 und 54), könnte sodann auch die gutachterlich attestierte tiefe Arbeitsunfähigkeit trotz hoher Schmerzmedikation erklären. Auch die behandelnden Ärzte haben sich die geklagten Beschwerden nicht immer erklären können. Beispielsweise ist bereits in einem Bericht der Klinik D.\_\_\_\_ zu einer Kniesprechstunde vom 19. Februar 2013 festgehalten worden, dass die globalen, massiven Knieschmerzen mit der vorliegenden Bildgebung nicht erklärbar seien. Ausserdem hat der behandelnde Arzt auf Unstimmigkeiten in den demonstrierten Einschränkungen hingewiesen (IV-act. 82). Dazu passend ist auch dem orthopädischen Gutachter der SMAB AG ein diskrepantes Verhalten der Beschwerdeführerin beim An- und Auskleiden aufgefallen (vgl. IV-act. 269 S. 38 und 40). Im Austrittsbericht des Spitals K.\_\_\_\_ zur Hospitalisation im Juni 2014 haben die Ärzte ausgeführt, dass die extern kernspintomografisch dokumentierte mögliche Nervenwurzelaffektion L5 links kaum für die beklagten Beschwerden verantwortlich sei (IV-act. 181 S. 23). In einem Bericht des Spitals M.\_\_\_\_ vom 23. Oktober 2014 ist auf eine mässig gute Kooperation bei einer Lungenkontrolle hingewiesen worden (vgl. IV-act. 181 S. 17). Sollte eine höhere als die gutachterlich attestierte Arbeitsunfähigkeit vorliegen (beispielsweise aufgrund der Medikation), diese für die Sachverständigen aber aufgrund von den im Gutachten erwähnten Verdeutlichungstendenzen nicht richtig wahrnehmbar gewesen sein, hat die Beschwerdeführerin hierfür die Folgen der Beweislosigkeit zu tragen (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 28. April 2017, 8C\_794/2016, E. 4.3.1; BGE 117 V 263 f. E. 3b). Aus rechtlicher Sicht erscheint die gutachterliche Einschätzung einer aufgehobenen Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit sowie einer – abgesehen von Operations- und Rekonvaleszenzzeiten – 20%igen Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in optimal leidensangepassten Tätigkeiten bestehend seit September 2009 (gemeint wohl: September 2010; vgl. IV-act. 269 S. 4) mit nachgewiesener grosser Diskushernie LWK 4/5 unter Berücksichtigung der gesamten Aktenlage jedenfalls als beweiskräftig

(vgl. IV-act. 269 S. 24). Der genaue Beginn der Arbeitsunfähigkeit fällt, wie die nachfolgende Erwägung 4.2 zeigen wird, vorliegend nicht ins Gewicht, sodass die als Verschieb zu deutende Datumsangabe ohne Relevanz bleibt. Weiter macht die Beschwerdeführerin geltend, dass die Beschwerdegegnerin bei ihren Schlussfolgerungen die berufspraktischen Einsätze unberücksichtigt gelassen habe (vgl. act. G 1 S. 10). Dazu ist festzuhalten, dass die Sachverständigen der SMAB AG ihre gutachterliche Einschätzung unter Berücksichtigung der berufspraktischen Berichte abgegeben haben (vgl. IV-act. 269 S. 10 f., 13 und 27), mithin die berufspraktischen Berichte Eingang in die gutachterliche Beurteilung gefunden haben. Ohnehin ist die Arbeitsfähigkeit in erster Linie medizinisch-theoretisch zu bestimmen (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 28. Mai 2009, 9C\_332/2009, E. 3.4 mit Hinweis). Dabei ist zu berücksichtigen, dass der Beschwerdeführerin seitens des IV-Eingliederungsverantwortlichen zwar eine hohe Motivation bescheinigt worden ist (vgl. z.B. IV-act. 160 und 189 S. 5), die Abbrüche der beruflichen Massnahmen sich aufgrund der Aktenlage medizinisch gleichwohl nicht richtig nachvollziehen lassen. So hat das Spital M.\_\_\_\_, in welchem sich die Beschwerdeführerin während der Zeit ihres Einsatzprogrammes bei der L.\_\_\_\_ wegen linksseitiger Thoraxschmerzen notfallmässig vorgestellt hat, nach dem Ausschluss eines kardialen Ereignisses und einer Lungenembolie die Symptomatik als muskuloskelettal beurteilt (vgl. IV-act. 181 S. 16 ff.). Dr. E.\_\_\_\_ hat in ihrem Arztbericht vom 15. Januar 2015 ebenfalls keine wegweisenden, neuen Befunde genannt, welche eine Erklärung für den im Dezember 2014 erfolgten Abbruch des Arbeitsprogramms im L.\_\_\_\_ hätten liefern können (vgl. IV-act. 146). So hat der RAD in seiner Stellungnahme vom 28. April 2015 denn auch nachvollziehbar festgehalten, dass aktenkundige fachärztliche klinisch objektivierbare Befunde, welche eine anhaltende Veränderung des Gesundheitszustandes begründen würden, fehlten (vgl. IV-act. 154). Auch die im Rahmen des Aufbautrainings bei der O.\_\_\_\_ erneuten Krankenschreibungen (vgl. IV-act. 174 und 177 ff.) sind für den RAD gemäss seiner Beurteilung vom 24. Dezember 2015 nicht richtig nachvollziehbar gewesen. Er hat die Weiterführung des Aufbautrainings als zumutbar erachtet (vgl. IV-act. 184). Auch Dr. N.\_\_\_\_ hat trotz des Einsatzabbruches angepasste Tätigkeiten am 24. März 2016 als zumutbar beurteilt (vgl. IV-act. 199 S. 2 f.). Bemerkenswert ist sodann, dass Dr. E.\_\_\_\_ das Gutachten der MEDAS Zentralschweiz, in welchem der Beschwerdeführerin eine 100%ige Arbeitsfähigkeit in adaptierten Tätigkeiten bescheinigt worden ist, in einem Schreiben vom 30. Januar 2014 als gewissenhaft und ausführlich erstellt bezeichnet hat. Es stelle die Gesamtsituation gut dar und entspreche ihrer Erfahrung mit der Beschwerdeführerin. Formal sei an dem Gutachten nichts auszusetzen. Gleichzeitig hat Dr. E.\_\_\_\_ eine 100%ige Arbeitsfähigkeit bei der Beschwerdeführerin als völlig unrealistisch bezeichnet. Die Beschwerdeführerin könne bei ihr jeweils lediglich für zehn Minuten sitzen und stehen. Danach sei ein Positionswechsel notwendig. Eine Steigerung der körperlichen Belastbarkeit bis zu einer vollen Berufstätigkeit sei kaum vorstellbar. Dr. E.\_\_\_\_ hat es als kaum möglich erachtet, die beklagten Einschränkungen zu quantifizieren. Sie hat hierfür eine Evaluation der körperlichen Leistungsfähigkeit (EFL) in Betracht gezogen, dabei aber Bedenken geäussert, ob die Ergebnisse einer solchen aufgrund der Selbstunterschätzung durch die Beschwerdeführerin aussagekräftig wären (IV-act. 269 S. 135). Nach dem Gesagten können die Berichte über die beruflichen praktischen Einsätze vorliegend nicht als Argument gegen die gutachterlich attestierte medizinisch-theoretisch bestimmte Arbeitsfähigkeit angeführt werden. Schliesslich macht die Beschwerdeführerin eine Verschlechterung ihres Gesundheitszustandes seit der Begutachtung geltend. Nach der Begutachtung sei es zu einer

Exazerbation der Schmerzen in die Beine gekommen, weshalb sie vom 23. bis zum 26. Januar 2018 im Spital K.\_\_\_\_ hospitalisiert worden sei. Die klinische Untersuchung im Spital habe eine Parästhesie an beiden Unterschenkeln gezeigt, und der PSR rechts sei nicht auslösbar gewesen. Diese Befunde hätten im Zeitpunkt der neurologischen Begutachtung durch die SMAB AG noch nicht vorgelegen. Auch sei im Spital K.\_\_\_\_ eine psychiatrische Beurteilung durchgeführt worden, in deren Rahmen eine mittelgradige depressive Episode festgestellt worden sei. Darauf habe sie sich im Spital D.\_\_\_\_ hospitalisieren lassen. Wie der RAD gestützt auf die Stellungnahme der Gutachter vom 7. Juni 2018 und den Bericht der Klinik D.\_\_\_\_ zum Schluss gekommen sei, der Gesundheitszustand habe sich nach der Begutachtung sogar verbessert, sei nicht nachvollziehbar (act. G 1 S. 5 f.). Zwar sei im Austrittsbericht der Klinik D.\_\_\_\_ festgehalten worden, dass sie nach dem Aufenthalt in einem besseren Allgemeinzustand entlassen worden sei. Dabei sei jedoch zu berücksichtigen, dass sie sich vor der Hospitalisation in einem sehr schlechten Allgemeinzustand befunden habe. Die Aussage könne somit nur dahingehend verstanden werden, dass sich ihr Zustand zwar verbessert habe, nicht aber dahingehend, dass sie sich in einem guten Allgemeinzustand befunden habe (act. G 1 S. 6 f.). Dies habe sich auch im weiteren Verlauf gezeigt. Sie sei bis anhin aufgrund der Schmerzproblematik nicht in der Lage gewesen, einen Opiatentzug anzugehen. Aufgrund der nicht adäquaten Opiatbehandlung habe sich die Schmerzproblematik derart verschlechtert, dass Dr. P.\_\_\_\_ sie an das Spital Q.\_\_\_\_ verwiesen habe. Die behandelnden Ärzte hätten nun einen Opiatentzug als prioritär erachtet (vgl. act. G 1 S. 7). Die Beschwerdeführerin hat diesbezüglich auf den im Beschwerdeverfahren eingereichten Bericht des Spitals Q.\_\_\_\_ zur Untersuchung vom 28. August 2018 verwiesen (act. G 1.4). Soweit die Beschwerdeführerin geltend macht, die Schmerzexazerbation sei ein echtes Novum, kann ihr nicht gefolgt werden. Beim Schmerzempfinden handelt es sich in erster Linie um eine subjektive Empfindung, die keinen veränderten Zustand objektiveren lässt. Dass der PSR rechts gefehlt habe, hat bereits der internistische Sachverständige der SMAB AG in seinem Fachgutachten festgehalten (vgl. IV-act. 269 S. 62), sodass aus diesem Umstand ebenfalls kein veränderter Gesundheitszustand abgeleitet werden kann. Der RAD hat in seiner Stellungnahme vom 18. September 2018 zu Recht darauf hingewiesen, dass sich aus dem Bericht der Klinik D.\_\_\_\_ vom 6. April 2018 eher noch ein verbesserter Gesundheitszustand ergibt (vgl. IV-act. 299). Entgegen der Behauptung der Beschwerdeführerin hat der RAD aus diesem Bericht nicht abgeleitet, sie habe sich in einem guten Allgemeinzustand befunden. Vielmehr hat der RAD lediglich darauf hingewiesen, dass laut dem Bericht bei Austritt sogar ein deutlich besserer Allgemeinzustand bestanden habe (vgl. IV-act. 301). Dies wird auch durch den im Beschwerdeverfahren eingereichten Bericht des Spitals Q.\_\_\_\_ zur Untersuchung vom 28. August 2018 nicht widerlegt (vgl. act. G 1.4). Zusammenfassend erscheint angesichts der eingereichten Berichte und der dazu ergangenen RAD-Stellungnahmen (vgl. IV-act. 281 und 301; act. G 4.1) eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes zwischen der Begutachtung und dem Verfügungserlass nicht als ausgewiesen. Folglich ist es nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin beim Erlass der angefochtenen Verfügung weiterhin auf die Einschätzung der SMAB-Gutachter abgestellt hat. Ausgehend von der ermittelten Arbeitsfähigkeit bleiben die erwerblichen Auswirkungen der Leistungsbeeinträchtigung zu prüfen. Die Beschwerdeführerin ist von der Beschwerdegegnerin zu Recht als im Gesundheitsfall Vollerwerbstätige eingestuft worden (vgl. IV-act. 228). Folglich ist der Invaliditätsgrad anhand eines Einkommensvergleichs zu bestimmen (vgl. E. 2). Für den Einkommensvergleich sind grundsätzlich die Verhältnisse

im Zeitpunkt des Beginns des Rentenanspruchs entscheidend (vgl. BGE 129 V 222). Die Anmeldung der Beschwerdeführerin ist bei der Beschwerdegegnerin im Mai 2011 bzw. bei Berücksichtigung der Früherfassung im April 2011 eingegangen (IV-act. 4 und 14). Der früheste Beginn eines allfälligen Rentenanspruchs im Sinne von Art. 29 Abs. 1 und 3 IVG wäre somit der Oktober 2011. Das Wartejahr (vgl. Art. 28 Abs. 1 IVG) dürfte zu diesem Zeitpunkt bereits verstrichen gewesen sein, da die Gutachter den Beginn der Arbeitsunfähigkeit auf September 2009 bzw. 2010 gelegt haben (vgl. IV-act. 269 S. 24 i.V.m. 4; vgl. dazu ferner E. 3.6). Folglich ist für den Einkommensvergleich das Jahr 2011 massgebend. Für das Valideneinkommen ist entscheidend, was die versicherte Person aufgrund ihrer beruflichen und persönlichen Umstände nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit im massgebenden Zeitpunkt des allfälligen Rentenbeginns verdient hätte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Art. 16 ATSG; BGE 135 V 59 E. 3.1 und 139 V 30 E. 3.3.2, je mit Hinweisen). Gemäss den Angaben der ehemaligen Arbeitgeberin hat die Beschwerdeführerin im Jahr 2011 (hochgerechnet auf ein Pensum von 100 %) ein jährliches Einkommen von Fr. 60'602.-- verdient (vgl. IV-act. 25 S. 2). Die von der Beschwerdegegnerin vorgenommene Indexierung auf das Jahr 2014 ist angesichts des potentiellen Rentenbeginns im Jahr 2011 nicht angezeigt (vgl. IV-act. 271 und 273). Für das Invalideneinkommen hat die Beschwerdegegnerin zu Recht auf die Werte der Tabelle TA 1 der schweizerischen Lohnstrukturerhebung (LSE) des Bundesamtes für Statistik abgestellt (vgl. IV-act. 271 und 273), jedoch sind nicht die Werte für das Jahr 2014 einschlägig, sondern diejenigen für das Jahr 2011. Da die Beschwerdeführerin in der Schweiz, soweit aus den Akten ersichtlich, über keine abgeschlossene oder anerkannte Ausbildung verfügt, ist auf den Zentralwert der im Anforderungsniveau 4 beschäftigten Frauen abzustellen. Dieser beträgt für das Jahr 2011 unter Berücksichtigung einer betriebsüblichen Arbeitszeit von 41.7 Stunden Fr. 53'367.-- (vgl. Anhang 2 der Gesetzesausgabe "Invalidenversicherung/Allgemeiner Teil des Sozialversicherungsrechts" der Informationsstelle AHV/IV, Ausgabe 2019). Unter Berücksichtigung der um 20 % reduzierten Arbeitsfähigkeit resultiert somit ein Invalideneinkommen von Fr. 42'693.60 (Fr. 53'367.-- minus Fr. 10'673.40). Aufgrund der bestehenden Rückenproblematik, die zu qualitativen Einschränkungen im Leistungsprofil führt, gepaart mit der Knieproblematik, den psychischen Problemen und den allgemeininternistischen Gesundheitsproblemen, bedarf die Beschwerdeführerin einer erhöhten Rücksichtnahme in einem Betrieb. Auch ist sie nicht gleich flexibel einsetzbar wie andere Arbeitnehmende. Beispielsweise wird es ihr kaum möglich sein, kurzfristig Überstunden zu leisten oder an einem anderen Arbeitsplatz eingesetzt zu werden. Folglich ist anzunehmen, dass die Beschwerdeführerin die ihr verbliebene Restarbeitsfähigkeit nur mit unterdurchschnittlichem Erfolg verwerten können wird. Daher ist ein Tabellenlohnabzug von 10 % angezeigt. Die weiteren von der Beschwerdeführerin angeführten Umstände (vgl. act. G 1 S. 11) rechtfertigen keinen über 10 % hinausgehenden Tabellenlohnabzug, zumal sie über gute intellektuelle Ressourcen und Sprachkenntnisse verfügt (vgl. IV-act. 17 S. 5 und 10). Unter Berücksichtigung eines 10%igen Tabellenlohnabzugs resultiert ein Invalideneinkommen von Fr. 38'424.25 (Fr. 42'693.60 minus Fr. 4'269.35). Bei einem Valideneinkommen von Fr. 60'602.-- und einem Invalideneinkommen von Fr. 38'424.25 resultiert eine Erwerbseinbusse von Fr. 22'177.75 und damit ein rentenausschliessender Invaliditätsgrad von gerundet 37 % ( $22'177.75 \times 100 / 60'602$ ). Nach dem Gesagten ist die Beschwerde im Sinne der Erwägungen 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. Der unterliegenden Beschwerdeführerin sind die Gerichtskosten in der Höhe von Fr. 600.-- aufzuerlegen, wobei der von ihr geleistete Kostenvorschuss daran anzurechnen ist. Entsprechend dem Verfahrensausgang hat die Beschwerdeführerin keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung. Da die Gerichtsschreiberin verhindert ist, wird der Entscheid für diese stellvertretend von einer mitwirkenden Richterin unterzeichnet (Art. 39 ter Abs. 2 des Gesetzes über die Verwaltungsrechtspflege [VRP; sGS 951.1]). Entscheid im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP Die Beschwerde wird abgewiesen. Die Beschwerdeführerin hat eine Gerichtsgebühr in der Höhe von Fr. 600.-- zu bezahlen; der von ihr geleistete Kostenvorschuss wird daran angerechnet.

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