

SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2018/46 vom 22. April 2020

Sg Versicherungsgericht, 2020-04-22, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg_publicationen_IV_2018_46

FR: SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2018/46 du 22 avril 2020

IT: SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2018/46 del 22 aprile 2020

Regeste

Art. 28 Abs. 1 IVG. Rentenanspruch. Würdigung medizinischer Berichte. Beweiskraft des polydisziplinären Gutachtens bejaht. Festlegung der Arbeitsfähigkeit im Verlauf. Einkommensvergleich. Die zugesprochene befristete Rente erweist sich als rechtmässig, kein weitergehender Anspruch. Nichteintreten auf den Antrag auf Zusprache beruflicher Massnahmen. Abweisung der Beschwerde, soweit darauf eingetreten wird (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 22. April 2020, IV 2018/46).

Volltext

Entscheid vom 22. April 2020 Besetzung Präsident Joachim Huber, Versicherungsrichterinnen Christiane Gallati Schneider und Karin Huber-Studerus; Gerichtsschreiberin Katja Meili Geschäftsnr. IV 2018/46 Parteien A.____, Beschwerdeführerin, vertreten durch Rechtsanwältin lic. iur. Irja Zuber, c/o Procap Schweiz, Frohburgstrasse 4, Postfach, 4601 Olten gegen IV-Stelle des Kantons St. Gallen, Postfach 368, 9016 St. Gallen, Beschwerdegegnerin, Gegenstand Rente Sachverhalt A.____ meldete sich am 3. Mai 2012 zum Bezug von Leistungen der Invalidenversicherung an (IV-act. 6). Aufgrund eines im November 2011 diagnostizierten invasiv duktales Mammakarzinoms links hatte sich die Versicherte im Zeitraum vom 15. Dezember 2011 bis 15. Februar 2012 einer Chemotherapie unterziehen müssen. Am 28. März 2012 war im Spital B.____ eine Ablatio Mamma links und eine axilläre Lymphonodektomie durchgeführt worden (IV-act. 15, 52-75 f.). Die behandelnden Ärzte hatten ihr ab 19. November 2011 eine Arbeitsunfähigkeit von 100% attestiert (IV-act. 2, 20-5). Die Alterssiedlung C.____, wo die Versicherte als Pflegehelferin tätig gewesen war, kündigte das Arbeitsverhältnis per 31. Mai 2012 (IV-act. 8, 21). Die behandelnde Ärztin der Frauenklinik des Spitals B.____ berichtete am 10. August 2012, seit Ende Juni 2012 werde eine Radiotherapie durchgeführt. Ziel sei eine zumindest teilweise Wiederaufnahme der Arbeitstätigkeit ein bis zwei Monate nach Abschluss der Radiotherapie. Die antihormonelle Therapie müsse für mindestens fünf Jahre, je nach Verlauf eventuell auch für insgesamt zehn Jahre fortgeführt werden (IV-act. 52-69 f.). Dr. med. D.____, Praktischer Arzt, listete in seinem Bericht vom 12. November 2012 als für die Arbeitsunfähigkeit relevante Diagnosen ein invasiv duktales Mammakarzinom links, eine schmerzbedingte Funktionsbeeinträchtigung des linken Armes und eine Depression / Chemo-Brain auf. Die Versicherte sei bis auf Weiteres zu 100% arbeitsunfähig (IV-act. 52-57 f., vgl. IV-act. 52-66 f.). Dr. med. E.____, Oberarzt am Kantonsspital F.____, berichtete am 5. Februar 2013 unter anderem über eine Capsulitis adhäsiva im postinflammatorischen Stadium der Schulter links (IV-act. 52-63 f.). Am 6. Februar 2013 teilte die IV-Stelle der Versicherten mit, zurzeit seien keine beruflichen Eingliederungsmassnahmen angezeigt, weil sie vollumfänglich arbeitsunfähig geschrieben

sei (IV-act. 38). Nach einem entsprechenden Antrag der Versicherten (IV-act. 42) teilte ihr die IV-Stelle am 8. April 2013 mit, sie übernehme die Kosten für Brustprothesen (einseitige Versorgung) ab 30. Januar 2013 bis 29. Januar 2023 (Revision) sowie Zubehör bis zu den genannten Kostenlimiten (IV-act. 44). Onkologe Dr. med. G.____, berichtete am 16. April 2013, die antihormonelle Therapie mit Tamoxifen müsse trotz Nebenwirkungen weitergeführt werden. Daneben erhalte die Versicherte Physiotherapie und Hilfe bei der Integration in den Tagesablauf. Die Art des möglichen Arbeitseinsatzes sei vor allem vom Verlauf der Schulterbeweglichkeit und der Schulterschmerzen abhängig. Die verminderte Konzentrationsfähigkeit werde wohl während der antihormonellen Therapie bestehen bleiben und es sei von einer generell verminderten Belastbarkeit auszugehen (IV-act. 45). Am 10. Juni 2013 befand Dr. G.____, theoretisch scheine eine angepasste Tätigkeit mit einer Arbeitsfähigkeit von 50% möglich (IV-act. 56-16 f.). Gleichentags hielt RAD-Arzt Dr. med. H.____ fest, in einer adaptierten Tätigkeit verfüge die Versicherte ab sofort über eine 50%ige, schnell steigerungsfähige Arbeitsfähigkeit. Die Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit als Pflegehelferin müsse zurzeit offengelassen werden (IV-act. 51). Am 25. Juni 2013 teilte die IV-Stelle der Versicherten mit, die beruflichen Massnahmen würden abgeschlossen, da sie sich subjektiv nicht in der Lage fühle, einer Erwerbstätigkeit nachzugehen (IV-act. 54). Dr. med. I.____, Stv. Leitender Arzt Onkologie/Hämatologie, Kantonsspital F.____, berichtete am 18. September 2013, es gäbe keine Hinweise für ein Tumorrezidiv. Die adjuvante endokrine Therapie mit Tamoxifen werde gut toleriert, weshalb diese unverändert fortgesetzt werde (IV-act. 61-2 f.). Am 18. Oktober 2013 hielt er fest, er habe die Versicherte erst zweimal gesehen und könne zur Arbeitsfähigkeit noch wenig Auskunft geben (IV-act. 61-4 f.). Am 22. September 2014 berichtete Dr. I.____ über das invasiv-duktales Mammakarzinom links, über posttherapeutische Schulterschmerzen links und eine psychosoziale Belastungsstörung. Die adjuvante endokrine Therapie mit Tamoxifen habe die Versicherte im Januar 2014 wegen therapieresistenten Beinkrämpfen sistiert. Es bestehe kein Hinweis auf ein Tumorrezidiv. Es sei die Wiederaufnahme einer adjuvanten endokrinen Therapie sowie eine psychologische/psychotherapeutische Begleitung geplant (IV-act. 87, vgl. auch den Bericht von Dr. D.____ vom 23. Juli 2014; IV-act. 82). RAD-Arzt Dr. med. H.____ befand am 4. Oktober 2014, in der angestammten Tätigkeit verfüge die Versicherte über keine Arbeitsfähigkeit mehr. In einer optimal adaptierten Tätigkeit liege aber seit dem Ablauf des Wartejahres eine vollumfängliche Arbeitsfähigkeit vor. Er empfehle, der Versicherten erneut berufliche Massnahmen anzubieten (IV-act. 88). Die Versicherte gab am 16. Oktober 2014 gegenüber einer Mitarbeiterin der IV-Stelle telefonisch an, sie fühle sich nicht in der Lage, eine Tätigkeit aufzunehmen und wünsche keine beruflichen Massnahmen (IV-act. 89). Am 19. November 2014 teilte sie mit, sie werde die von Dr. I.____ verordneten Medikamente nicht einnehmen und lehne eine weitere onkologische sowie psychiatrische Behandlung ab (IV-act. 93). Mit Vorbescheid vom 20. Januar 2015 stellte die IV-Stelle der Versicherten bei einem Invaliditätsgrad von 6% die Abweisung des Leistungsbegehrens in Aussicht (IV-act. 97). Dagegen erhob die Versicherte am 22. Januar 2015 Einwand (IV-act. 100, vgl. zur Begründung IV-act. 104). Die von der Versicherten konsultierte Dr. med. J.____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, hielt in ihrem Bericht vom 23. März 2015 als vorläufige psychiatrische Diagnose eine Anpassungsstörung, längere depressive Reaktion (ICD-10: F43.21) vor dem Hintergrund einer psychosozialen Belastungssituation (Mamma-Karzinom) fest. Aus psychiatrischer Sicht bestehe keine Indikation zur Anmeldung bei der IV-Stelle, da eine Anpassungsstörung in der Regel nicht zu einer

dauerhaften Erwerbsunfähigkeit führe (IV-act. 111). Auf Nachfrage der IV-Stelle (IV-act. 114) führte Dr. I. ___ am 23. Juni 2015 aus, bei der Versicherten lägen körperliche Beschwerden (Lymphödem, Schulterschmerzen, posttherapeutische Fatigue) vor, welche zu einer mittelschweren Einschränkung der Arbeitsfähigkeit führten. Zusätzlich sei eine psychische Mitkomponente nicht ausgeschlossen. Eine volle Arbeitsfähigkeit werde wahrscheinlich nur schon wegen der somatischen Einschränkungen nicht mehr erreicht werden können (IV-act. 116). Im Auftrag der IV-Stelle (vgl. IV-act. 124) wurde die Versicherte im Oktober und November 2015 durch Ärzte der SMAB AG polydisziplinär (internistisch, onkologisch, psychiatrisch) abgeklärt. Diese hielten in ihrem Gutachten vom 22. Dezember 2015 als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ein Mammakarzinom links mit therapiebedingtem Lymphödem des linken Armes und adhäsiver, schmerzhafter Capsulitis der linken Schulter fest. Die Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit betrage seit der Tumorerkrankung im November 2011 0%. In einer adaptierten Tätigkeit bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 50%. Nach drei bis sechs Monaten sei eine Steigerung auf 100% möglich. Von November 2011 bis Ende 2012 sei auch die Arbeitsfähigkeit in einer adaptierten Tätigkeit aufgehoben gewesen (IV-act. 127, vgl. auch die beigezogenen Berichte von Dr. I. ___; IV-act. 127-51 ff., 127-55). Auf Nachfrage der IV-Stelle (vgl. IV-act. 129) äusserten sich die Gutachter am 21. März 2016 mit ausführlicherer Begründung erneut zum Verlauf der Arbeitsfähigkeit (IV-act. 130). Mit Vorbescheid vom 3. Mai 2016 stellte die IV-Stelle der Versicherten die Zusprache einer ganzen Rente für den Zeitraum vom 1. November 2012 bis 31. März 2013 sowie einer Dreiviertelsrente vom 1. April bis 30. September 2013 in Aussicht. Ab 1. Oktober 2013 bestehe kein Rentenanspruch mehr (IV-act. 137, ersetzte Vorbescheid vom 20. Januar 2015; vgl. IV-act. 97). Dagegen erhob die Versicherte am 2. Juni 2016 Einwand (IV-act. 140). Sie reichte einen Bericht von Dr. I. ___ vom 1. Juni 2016 ein. Dieser hatte ein chronisches Müdigkeitssyndrom (Chronic Fatigue Syndrom [CFS]; ICD-10: G93.3) festgestellt, welches im Gutachten der SMAB AG nicht berücksichtigt worden sei (IV-act. 141). PD Dr. med. K. ___, Arzt der Klinik für Onkologie/Hämatologie am Kantonsspital St. Gallen, beurteilte am 23. Juni 2016, die Kriterien sowohl für eine Cancer related Fatigue (CrF) als auch für ein CFS seien erfüllt (IV-act. 144). RAD-Arzt Dr. H. ___ befand am 12. Juli 2016, ein CFS sei nicht als invalidisierend einzustufen. Es sei weiterhin auf das Gutachten der SMAB AG abzustellen (IV-act. 145). Am 2. September 2016 verfügte die IV-Stelle entsprechend dem Vorbescheid (2 Verfügungen; IV-act. 146, 151 f.). Dagegen erhob die Versicherte am 30. September 2016 Beschwerde beim Versicherungsgericht des Kantons St. Gallen (IV-act. 160) und reichte unter anderem ein Schreiben von Dr. I. ___ vom 29. August 2016 ein (vgl. IV-act. 162). Die IV-Stelle widerrief in der Folge die angefochtene Verfügung vom 2. September 2016 (vgl. IV-act. 175), worauf das Versicherungsgericht das Verfahren mit Entscheid vom 8. Dezember 2016 infolge Gegenstandslosigkeit abschrieb (IV-act. 177). Im Auftrag der IV-Stelle (IV-act. 186) wurde die Versicherte im April und Mai 2017 erneut durch Ärzte der SMAB AG polydisziplinär (internistisch, onkologisch, neuropsychologisch, psychiatrisch) abgeklärt. Diese listeten in ihrem Gutachten vom 19. Juni 2017 als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ein Lymphödem des linken Armes auf. Sie bestätigten ihre bereits im Gutachten vom 22. Dezember 2015 festgelegte Arbeitsfähigkeit und befanden, ein CrF sei mit hoher Wahrscheinlichkeit auszuschliessen (IV-act. 188, vgl. IV-act. 127, 130). Mit Vorbescheid vom 21. August 2017 stellte die IV-Stelle der Versicherten erneut die Zusprache einer ganzen Rente für den Zeitraum vom 1. November 2012 bis 31. März 2013 sowie einer Dreiviertelsrente vom 1.

April bis 30. September 2013 in Aussicht. Ab 1. Oktober 2013 bestehe kein Rentenanspruch mehr (IV-act. 197). Dagegen erhob die Versicherte am 21. September 2017 Einwand und reichte unter anderem eine Stellungnahme von Dr. I. ___ vom 20. September 2017 ein (IV-act. 198). Nach Rücksprache mit RAD-Arzt Dr. H. ___ (vgl. IV-act. 201) verfügte die IV-Stelle am 13. Dezember 2017 entsprechend ihrem Vorbescheid (2 Verfügungen; IV-act. 202, 206 f.). Die Versicherte (nachfolgend: Beschwerdeführerin) erhob am 31. Januar 2018 die vorliegende Beschwerde gegen die Verfügungen vom 13. Dezember 2017. Sie beantragte deren Aufhebung und dass ihr weiterhin eine Invalidenrente zuzusprechen sei. Eventualiter sei die Angelegenheit zu weiteren Abklärungen an die IV-Stelle (nachfolgend: Beschwerdegegnerin) zurückzuweisen. Es sei ihr die unentgeltliche Rechtspflege zu bewilligen und es sei von allfälligen Vorschuss- und Sicherheitsleistungen zu befreien. Zudem sei ihr die unentgeltliche Rechtsverteidigung zu gewähren; alles unter Kosten- und Entschädigungsfolge (act. G1). Mit Eingabe vom 28. Februar 2018 liess sie ihre Beschwerde begründen und ergänzend beantragen, es seien ihr berufliche Massnahmen zuzusprechen. Sie brachte vor, das Gutachten der SMAB AG sei nicht beweiskräftig. Falls doch auf das Gutachten abgestellt werde, sei zu berücksichtigen, dass die Gutachter berufliche Massnahmen empfohlen hätten (act. G3). Die Beschwerdegegnerin beantragte am 28. März 2018 die Abweisung der Beschwerde. Sie machte geltend, es sei auf das Gutachten der SMAB AG abzustellen. Es fehle an der subjektiven Eingliederungsfähigkeit, weshalb die Durchführung beruflicher Massnahmen nicht angezeigt sei (act. G5). Am 3. April 2018 entsprach die Verfahrensleitung dem Gesuch der Beschwerdeführerin um unentgeltliche Rechtspflege und -verteidigung (act. G6). Mit Replik vom 8. Mai 2018 hielt die Beschwerdeführerin an ihren Anträgen fest (act. G8). Die Beschwerdegegnerin verzichtete auf die Einreichung einer Duplik (act. G10). Erwägungen Die Beschwerdegegnerin hat der Beschwerdeführerin mit den angefochtenen Verfügungen eine ganze Rente für den Zeitraum vom 1. November 2012 bis 31. März 2013 sowie eine Dreiviertelsrente für den Zeitraum vom 1. April bis 30. September 2013 zugesprochen (IV-act. 202, 206 f.). Umstritten und nachfolgend primär zu prüfen ist jedoch ein weitergehender Rentenanspruch. Gemäss Art. 29 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG; SR 831.20) entsteht der Rentenanspruch frühestens nach Ablauf von sechs Monaten nach der Geltendmachung des Leistungsanspruchs. Nachdem sich die Beschwerdeführerin am 3. Mai 2012 zum Bezug von Leistungen der Invalidenversicherung angemeldet hat (vgl. IV-act. 6), fällt ein Rentenanspruch vorliegend frühestens ab November 2012 in Betracht, zumal in jenem Zeitpunkt auch das Wartejahr gemäss Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG bestanden war. Gemäss Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) wird unter Invalidität die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit verstanden (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Erwerbsunfähigkeit ist dabei der durch eine Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen 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). Der Grad der für einen allfälligen Rentenanspruch massgebenden Invalidität wird gemäss Art. 16 ATSG durch einen Einkommensvergleich ermittelt, bei dem das Einkommen, das die versicherte Person nach dem Eintritt der Invalidität und nach der Durchführung der notwendigen und zumutbaren Eingliederungsmassnahmen bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (zumutbares Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt wird zum Einkommen, das die versicherte Person erzielen könnte, wenn

sie nicht invalid geworden wäre (Valideneinkommen). 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. Liegt ein Invaliditätsgrad von mindestens 50% vor, so besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40% auf eine Viertelsrente. Im Sozialversicherungsprozess gelten die Grundsätze der Untersuchungspflicht und der freien Beweiswürdigung (Art. 61 lit. c ATSG). Demgemäss hat der Versicherungsträger bzw. im Beschwerdefall das Gericht den rechtserheblichen Sachverhalt von Amtes wegen abzuklären, ohne dabei an die Anträge der Parteien gebunden zu sein.

Verwaltungsbehörden und Sozialversicherungsgerichte haben zusätzliche Abklärungen stets vorzunehmen, wenn hierzu aufgrund der Parteivorbringen oder anderer sich aus den Akten ergebender Anhaltspunkte hinreichender Anlass besteht (BGE 110 V 53 E. 4a am Schluss, BGE 117 V 282 E. 4.a). Um das Ausmass der Arbeitsunfähigkeit beurteilen und somit den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung und im Beschwerdefall das Gericht auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist (BGE 125 V 261 E. 4). Das Gericht hat zu prüfen, ob die vorliegenden Beweismittel eine zuverlässige Beurteilung des strittigen Leistungsanspruchs gestatten. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der medizinischen Fachperson begründet sind (BGE 125 V 352 E. 3a). Die angefochtenen Verfügungen stützen sich in medizinischer Hinsicht im Wesentlichen auf das Gutachten der SMAB AG vom 19. Juni 2017 (IV-act. 188). Die Beschwerdeführerin spricht diesem die Beweiskraft ab und hält ihr die Einschätzungen der behandelnden Ärzte, insbesondere von Dr. I.____, entgegen (act. G1, G3, G8). Die Gutachter der SMAB AG nannten in ihrem Gutachten vom 19. Juni 2017 als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit einzig ein Lymphödem des linken Armes. Im Gegensatz zum Vorgutachten vom 22. Dezember 2015 waren sie der Ansicht, das Mammakarzinom links bzw. der Status nach der Erkrankung sowie die Capsulitis der linken Schulter habe keine Auswirkung (mehr) auf die Arbeitsfähigkeit (IV-act. 188-8, vgl. IV-act. 127-13). Dies ist unbestritten und aufgrund der Akten überzeugend. Im Folgenden ist jedoch zu prüfen, inwiefern die von der Beschwerdeführerin geltend gemachte Müdigkeit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit hat. Dabei ist insbesondere zu klären, ob eine CrF vorliegt. CrF ist ein multidimensionales Syndrom, unter dem die Mehrheit der Krebspatientinnen und -patienten während der Therapie leidet. Die CrF kann viele Jahre nach Therapieabschluss andauern und wird durch physische, psychologische und auch soziale Faktoren beeinflusst. Alle Erklärungsmodelle zur Ursache und Entstehung von Müdigkeits- und Erschöpfungssyndromen gehen von komplexen und multikausalen Vorgängen aus. Bei der CrF können diese durch den Tumor bedingt oder Folge der Therapie, aber auch Ausdruck einer genetischen Disposition, begleitender somatischer oder psychischer Erkrankungen, wie auch verhaltens- oder umweltbedingter Faktoren sein. So besteht Evidenz für metabolische Ursachen, endokrinologische und neurophysiologische Veränderungen und Cytokine. Chemo- und radiotherapeutische Behandlungsschemata

scheinen eine Rolle zu spielen, wobei der Toxizität der Behandlung selbst, wie auch der Akkumulation zerstörter Tumorzellprodukte ätiologische Bedeutung zukommt. Diskutiert wird auch die These, dass die Energieanforderungen durch die Tumorerkrankung oder durch die Begleitsymptomatik einen Einfluss haben oder die möglicherweise durch den Tumornekrosefaktor mitbedingte Verminderung der Skelettmuskelmasse eine Rolle spielen kann. Es werden verschiedene pathophysiologische Faktoren diskutiert und bei der häufig stark verminderten körperlichen Leistungsfähigkeit als Ursachen vornehmlich Veränderungen in kortikalen und spinalen Zentren der Sensomotorik wie auch solche des muskulären Erregungs- und Energiestoffwechsels beschrieben. Ursachen und Entstehung der CrF sind demnach nicht ganz geklärt. Es besteht in der medizinischen Fachwelt aber Einigkeit darüber, dass sie komplex sind und somatische, emotionale, kognitive und psychosoziale Faktoren zusammenspielen. Die CrF kann - auch wenn zugrundeliegende internistische oder psychiatrische Erkrankungen behandelt worden sind - in 30 bis 40 % noch längere Zeit nach Therapieabschluss andauern. Diese chronische Fatigue wird in Zusammenhang gebracht mit der Krankheitsverarbeitung oder langfristigen Anpassungsproblemen. Sie wird aber auch als mögliche Spätfolge der Therapie im Bereich von Störungen des Stoffwechsels oder der psychovegetativen Selbstregulation des Körpers gesehen. Definitionsbedingt tritt diese Form der Fatigue zwingend in Zusammenhang mit einer Krebserkrankung auf. Als Begleitsymptom onkologischer Erkrankungen und ihrer Therapie liegt der CrF zumindest mittelbar eine organische Ursache zugrunde. Damit grenzt sich die tumorassoziierte Fatigue auch klar vom CFS (ICD-10 G93.3) als eigenständiges Krankheitsbild ab (BGE 139 V 346, E. 3.1 ff., mit Hinweisen insbesondere auf spezifische medizinische Fachliteratur). In ihrem Gutachten vom 19. Juni 2017 befanden die abklärenden Ärzte der SMAB AG in ihrer Konsensbeurteilung, eine CrF sei mit hoher Wahrscheinlichkeit auszuschliessen (vgl. IV-act. 188-18). Der onkologische Teilgutachter Dr. med. L.____, Facharzt für Innere Medizin und Onkologie FMH, hatte der Beschwerdeführerin einen Müdigkeitsfragebogen abgegeben und kam bei dessen Auswertung zum Schluss, die Müdigkeit sei subjektiv deutlich vorhanden. Es bestehe deswegen angeblich ein erheblicher Distress. Er verwies jedoch auf die Ergebnisse der neuropsychologischen Begutachtung, welche die mögliche Diagnose einer CrF nicht stützten (vgl. IV-act. 188-44 f.). Die neuropsychologische Teilgutachterin M.____, Fachpsychologin für Neuropsychologie FSP, stellte fest, weder zu Beginn noch während oder nach der zweieinhalbstündigen Untersuchung habe sie Anzeichen für eine Ermüdung beobachten können. Die Beschwerdeführerin habe von sich aus auch nicht über Müdigkeit geklagt (IV-act. 188-51). In der Mehrzahl der durchgeführten Testverfahren habe die Beschwerdeführerin in Bezug auf Alter, Bildung und Geschlecht erwartungsgerechte Ergebnisse erzielt. Es sei von einer guten Anstrengungsbereitschaft auszugehen und die Ergebnisse der Tests würden als valide eingeschätzt. Es habe sich testpsychologisch kein ermüdungsbedingter Leistungsabfall feststellen lassen. Weder innerhalb mehrminütiger Aufmerksamkeitsaufgaben, noch im Verlauf der Testung sei es zu einer Leistungsabnahme gekommen. In verschiedenen, von der Gutachterin konkret genannten, neueren Studien habe gezeigt werden können, dass es einen hohen Zusammenhang zwischen einer subjektiv erlebten Ermüdungssymptomatik und einem deutlichen Abfall nach kognitiver Beanspruchung in der intrinsischen Alertness, einem objektiv messbaren Leistungsparameter, gebe. Bei der Beschwerdeführerin sei die Alertnessleistung nach zwei Stunden kognitiver Beanspruchung jedoch nicht abgesunken, sondern habe sogar eine deutliche Steigerung aufgewiesen. Der im Rahmen der Testuntersuchung gezeigte

Leistungsverlauf stehe in deutlicher Diskrepanz zu den von der Beschwerdeführerin geschilderten Leistungseinbrüchen, zumal die Untersuchung am frühen Nachmittag stattgefunden habe und die Beschwerdeführerin daher keinen Mittagsschlaf machen können (IV-act. 188-53 f.). Dr. L. ___ folgerte daraus überzeugend, eine CrF sei mit hoher Wahrscheinlichkeit auszuschliessen. Die Ergebnisse des Müdigkeitsfragebogens hätten zwar einen Hinweis auf ein CrF gegeben. Diese seien aber stark von der subjektiven Wahrnehmung abhängig, was bei den neuropsychologischen Befunden deutlich weniger der Fall sei (IV-act. 188-46). Auch der federführende Teilgutachter, Dr. med. N. ___, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, hielt fest, es lägen keine Hinweise für eine psychiatrische Krankheit vor, die gegebenenfalls mit einer relevanten Müdigkeit verbunden sein könnte (IV-act. 188-27). In seinem internistischen Teilgutachten bemerkte Dr. L. ___ zudem, für den angegebenen Müdigkeitszustand bestehe internistisch keine genügende Erklärung (IV-act. 188-37). RAD-Arzt Dr. H. ___ befand am 9. August 2017, es könne auf das Gutachten abgestellt werden (IV-act. 189). In Übereinstimmung mit dem Verlaufsgutachten hatten die Gutachter der SMAB AG bereits in ihrem Gutachten vom 22. Dezember 2015 festgehalten, die Beschwerdeführerin klage über eine ausgeprägte, häufig bestehende Müdigkeit, habe aber anlässlich der Begutachtung nicht müde gewirkt. Sie hatten weder ein CrF noch ein CFS diagnostiziert (vgl. IV-act. 127-30 f., 127-36, 127-38, 127-45 f.). Der onkologische Teilgutachter Dr. L. ___ hatte damals ausgeführt, der subjektiv geltend gemachte Müdigkeitszustand sei nicht belastungsabhängig und trete nicht systematisiert auf. Die Diagnose einer CrF scheine deswegen praktisch ausgeschlossen (IV-act. 127-49). Dr. I. ___ führte in seiner Stellungnahme vom 20. September 2017 aus, eine sinnvolle Beurteilung der CrF könne seines Erachtens nur durch Experten durchgeführt werden, welche diese Krankheit kennen würden und Erfahrung in der Diagnostik derselben mitbrächten. Im neuropsychologischen Fachgutachten der SMAB AG scheine dies nicht der Fall zu sein, die Gutachterin scheine keine Fatigue-Spezialistin zu sein. Es seien zwar verschiedene Assessments durchgeführt worden. Aus den Unterlagen sei jedoch nicht ersichtlich, dass ein gezieltes Fatigue-Assessment gemacht worden wäre. Die Gutachterin habe festgehalten, dass die Beschwerdeführerin während der Begutachtung über mehrere Stunden konzentriert habe arbeiten können. Bei einer CrF sei dieses "Zusammenreißen" geradezu typisch. Die Gutachterin habe es leider unterlassen, die Beschwerdeführerin zwei bis drei Tage nach dem intensiven Assessment bezüglich ihrer Müdigkeit zu befragen. Auch habe sie die Müdigkeit nicht mittels einer strukturierten Anamnese akribisch erfasst (IV-act. 198-2 f.). Es ist zwar korrekt, dass die neuropsychologische Teilgutachterin M. ___ aktenkundig kein spezifisches Fatigue-Assessment durchgeführt hat. Sie hat sich jedoch offensichtlich detailliert mit der Thematik der CrF auseinandergesetzt und auch auf eine diesbezügliche Studie verwiesen (vgl. IV-act. 188-53). Zudem haben sowohl sie als auch die anderen Teilgutachter die Beschwerdeführerin zu ihrer Müdigkeit und zum Tagesablauf befragt (vgl. IV-act. 188-22 f., 188-33, 188-41, 188-50 f.). Die von den Gutachtern festgehaltenen (je nach Tag etwas unterschiedlichen) Tagesabläufe weichen nicht wesentlich von den durch die Beschwerdeführerin selbst erstellten Abläufe der Tage vom 14. bis 27. April 2018 ab (vgl. act. G8.2). Entgegen den Ausführungen von Dr. I. ___ sind zudem Schwierigkeiten mit der Konzentrationsfähigkeit und/oder dem Gedächtnis mögliche Symptome einer CrF (vgl. IV-act. 198-6), sodass eine während der mehrstündigen Untersuchung aufrechterhaltene Konzentration durchaus ein Argument gegen das Vorliegen einer CrF darstellt. Dr. H. ___ stellte zudem fest (IV-act. 201), dass sich auch Dr. L. ___ detailliert und fachlich kompetent mit dem Phänomen des CrF auseinandergesetzt habe

(vgl. IV-act. 188-18 f., 188-37, 188-45 f.). Der behandelnde Dr. I.____ hatte am 1. Juni 2016 erstmals über ein CFS (ICD-10: G93.3) berichtet. Er hatte diverse Testkriterien überprüft und war zum Schluss gekommen, die genannte Diagnose liege vor. Er habe diese bisher als Arzt nicht gekannt und habe sich nur auf Intervention der Krebsliga damit befasst. Er stufe die Beeinträchtigung als mittelschwer bis schwer ein, das CFS sei invalidisierend. Bezüglich einer CrF hatte er festgehalten, diese sei oft mit einer bestehenden Krebserkrankung oder einer laufenden Krebstherapie assoziiert. Die Diagnose sei wahrscheinlich deshalb im Gutachten der SMAB AG vom 22. Dezember 2015 ausgeschlossen worden (IV-act. 141). Am 29. August 2016 hatte Dr. I.____ ausgeführt, die Abgrenzung zwischen CrF und CFS sei nicht immer einfach. Er habe inzwischen durch Literaturstudium gelernt, dass auch ein abgeheilter Krebs und eine überstandene Krebstherapie ein CrF auslösen könnten. Patienten mit einem chronischen Müdigkeitssyndrom wollten nicht müde sein und strengten sich in Ausnahmesituationen an, würden für diese Anstrengungen dann aber nachträglich büssen. So habe die Beschwerdeführerin nach der ersten Begutachtung durch Ärzte der SMAB AG während mehreren Tagen eine verstärkte Müdigkeit verspürt. Weiter führte er aus, ein chronisches Müdigkeitssyndrom sei sehr wohl invalidisierend, die Patienten hätten einen hohen Pausenbedarf, welcher mit einem "normalen" Berufsalltag nicht vereinbar sei (IV-act. 162). Dr. I.____ kam also entgegen seiner früheren Beurteilung zum Schluss, es liege ein CrF (sinngemäss nicht aber ein CFS) vor. Wie die SMAB-Gutachter überzeugend festhielten, kommt es auf den konkreten Einzelfall an, ob ein chronisches Müdigkeitssyndrom tatsächlich invalidisierend ist. Sie führten dazu aus, die von Dr. I.____ gemachte generelle, gar nicht auf den Einzelfall der Beschwerdeführerin bezogene Aussage zu chronischen Müdigkeitssyndromen sei fehlerhaft. Ausserdem sei sein Bericht vom 29. August 2016 nicht geeignet, um die subjektiven Beschwerdeangaben hinsichtlich einer vorliegenden Müdigkeit zu quantifizieren. Der Bericht bestehe zum grössten Teil aus allgemein gehaltenen Bemerkungen zu Müdigkeitssyndromen. Konkrete, sich auf die Beschwerdeführerin beziehende Angaben seien nur rudimentär vorhanden. Ein Befund fehle völlig. Des Weiteren fänden sich im Bericht keine detaillierten Angaben zur Anamnese, die eventuell Hinweise auf eine alltags- und berufsrelevante Müdigkeit geben könnten. Dr. I.____ habe die subjektiven Beschwerdeangaben der Beschwerdeführerin nicht ausreichend kritisch hinterfragt und überprüft (IV-act. 188-18 f.). PD Dr. K.____ hatte am 23. Juni 2016 diverse Kriterien aufgezählt, diese für die Beschwerdeführerin bejaht und festgestellt, es seien sowohl die Kriterien einer CrF als auch einer CFS erfüllt (IV-act. 144). Er hatte jedoch die beiden Beschwerdebilder nicht klar auseinandergelassen. Zudem ergibt sich aus dem Bericht nicht, dass PD Dr. K.____ spezifische Untersuchungen oder Testungen durchgeführt sowie eine ausführliche Anamnese erhoben hätte. Es ist damit davon auszugehen, dass er sich bei der Prüfung der Kriterien im Wesentlichen auf die subjektiven Angaben der Beschwerdeführerin gestützt hatte, was am Beweiswert seines Berichts Zweifel entstehen lässt. Nach dem Gesagten vermögen die abweichenden Einschätzungen von Dr. I.____ und PD Dr. K.____ die Beweiskraft des Gutachtens der SMAB AG vom 19. Juni 2017 nicht zu schmälern. Dasselbe gilt für die diversen eingereichten Studien bzw. Aufsätze zur Thematik der CrF, welche sich nur allgemein mit der Problematik bei Krebspatienten bzw. der Begutachtung auseinandersetzen. Sie erlauben keine Rückschlüsse auf die konkrete Situation der Beschwerdeführerin und die Auswirkungen allfälliger Beschwerden auf deren Arbeitsfähigkeit (vgl. IV-act. 162-4 ff., 198-6 ff., act. G8.1). Bei der Würdigung der medizinischen Situation fällt weiter ins Gewicht, dass das

SMAB-Gutachten vom 19. Juni 2017 (IV-act. 188) auf umfassender Aktenkenntnis sowie polydisziplinären eigenen Untersuchungen beruht, das gesamte Leidensbild der Beschwerdeführerin berücksichtigt und die auf dieser Grundlage gezogenen Schlüsse nachvollziehbar sind. Aus den von der Beschwerdeführerin vorgebrachten medizinischen Einschätzungen ergeben sich zudem keine objektiven Gesichtspunkte, welche im Gutachten vom 19. Juni 2017 ausser Acht gelassen worden wären. Schliesslich wurden zwischen dem SMAB-Gutachten und den umstrittenen Verfügungen vom 13. Dezember 2017 (IV-act. 202, 206 f.) eingetretene massgebliche Veränderungen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit nicht substantiiert geltend gemacht und solche ergeben sich auch nicht aus den Akten. Weitere medizinische Abklärungen erübrigen sich. Die SMAB-Gutachter beurteilten in der angestammten Tätigkeit als Pflegehelferin liege keine Arbeitsfähigkeit mehr vor. In einer adaptierten Tätigkeit bestehe zu Beginn eine Arbeitsfähigkeit von 50%, nach drei bis sechs Monaten sei eine Steigerung auf 100% möglich. Sie verwiesen auf das Vorgutachten vom 22. Dezember 2015 (IV-act. 188-11). Gemäss diesem bzw. insbesondere gemäss der Stellungnahme vom 21. März 2016 gilt die Einschätzung der vollständigen Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit seit der Diagnose des Mammakarzinoms im November 2011. In einer adaptierten Tätigkeit gingen sie bis zum Ende der Therapie des Mammakarzinoms (August 2012) und der anschliessenden Erholungsphase, das heisst bis ca. Ende 2012, auch angesichts der sich nach der Radiotherapie entwickelten Komplikationen (Lymphödem linker Arm, Capsulitis linke Schulter) von einer Arbeitsunfähigkeit von 100% aus. Ab Beginn des Jahres 2013 habe die Capsulitis intensiv therapiert werden müssen, so dass in einer adaptierten Tätigkeit von einer Arbeitsfähigkeit von 50% auszugehen sei. Nach Besserung des Lymphödems und vor allem der Capsulitis, das heisse drei bis sechs Monate nach Beginn der Physiotherapie im Februar 2013, also spätestens seit Juli 2013, liege eine 100%igen Arbeitsfähigkeit in einer adaptierten Tätigkeit vor (IV-act. 127, 130). Dieser Verlauf der Arbeitsfähigkeit ist nachvollziehbar und wurde von RAD-Arzt Dr. H. ___ übernommen (vgl. IV-act. 131, 189). Dies stimmt insofern auch mit der Beurteilung von Dr. G. ___ überein, als dieser am 10. Juni 2013 in einer adaptierten Tätigkeit (körperlich leicht bis gelegentlich mittelschwer ohne feinmotorische Anforderungen an die linke Hand und nicht über Schulterhöhe links, emotional nicht erheblich belastend und ohne ständigen und engen Kontakt mit vielen Menschen [vgl. IV-act. 188-10 f.]) eine Arbeitsfähigkeit von 50% als möglich erachtete (IV-act. 56-16 f.). Dr. I. ___ berichtete am 23. Juni 2015 über körperliche Beschwerden (Lymphödem, Schulterschmerzen, posttherapeutische Fatigue), welche zu einer mittelschweren Einschränkung der Arbeitsfähigkeit führten. Zusätzlich sei eine psychische Mitkomponente nicht ausgeschlossen (IV-act. 116). Er bezifferte jedoch die Arbeitsfähigkeit nicht konkret und äusserte sich insbesondere nicht zu einer solchen in einer adaptierten Tätigkeit sowie allfälligen Adaptionskriterien. Seine Beurteilung zieht die gutachterliche Arbeitsfähigkeitsschätzung damit nicht in Zweifel. Weitere Arbeitsfähigkeitsschätzungen von behandelnden Ärzten ab dem Jahr 2013 sind nicht aktenkundig, sie äusserten sich in ihren Berichten nicht dazu (vgl. u.a. IV-act. 127-51 ff., 127-55). Zudem ist darauf hinzuweisen, dass solche Einschätzungen der Arbeitsfähigkeit nur dann aussagekräftig wären, soweit sie nicht von einem überwiegend wahrscheinlichen Vorhandensein eines Müdigkeitssyndroms ausgehen würden. Basierend auf einer Arbeitsfähigkeit von 0% in einer adaptierten Tätigkeit vom 1. November 2012 (frühestmöglicher Rentenbeginn) bis 31. Dezember 2012, einer solchen von 50% vom 1. Januar bis 30. Juni 2013 und einer solchen von 100% ab 1. Juli 2013 ist im Rahmen eines Einkommensvergleichs der Invaliditätsgrad

zu ermitteln. Für das Valideneinkommen ist massgebend, was die versicherte Person im Zeitpunkt des allfälligen Rentenbeginns nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als Gesunde tatsächlich verdient hätte. Dabei wird in der Regel am zuletzt erzielten, der Teuerung und der realen Einkommensentwicklung angepassten Verdienst angeknüpft, da es empirischer Erfahrung entspricht, dass die bisherige Tätigkeit ohne Gesundheitsschaden fortgesetzt worden wäre (BGE 134 V 322 E. 4.1). Die Beschwerdeführerin hatte im Juni 2011 eine Ausbildung zur Fachangestellten Gesundheit begonnen, musste diese aufgrund ihrer Krebserkrankung jedoch abbrechen. Daneben war sie bis 31. Mai 2012 in einem Pensum von 50% als Pflegehelferin angestellt (IV-act. 8). Mit den Parteien (IV-act. 104, 133) ist mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin - wäre sie nicht erkrankt - ihre Ausbildung abgeschlossen hätte. Für das Valideneinkommen ist damit der Lohn massgebend, den sie als gelernte Fachangestellte Gesundheit erzielt hätte. Gemäss Angaben des Pflegeheims Z.____ vom 6. März 2015 verdiente eine solche Fachperson im Alter der Beschwerdeführerin im Jahr 2015 rund Fr. 4'816.-- monatlich, was einem Jahreseinkommen von Fr. 62'608.-- (13 x Fr. 4'816.--) entspricht (IV-act. 104). Dieses Einkommen deckt sich laut der Beschwerdegegnerin mit den Besoldungsrichtlinien der O.____ (vgl. IV-act. 195-3). Dazu kommt gemäss der Auskunft des Pflegeheims Z.____ eine Zulage für Nacht- und Sonntagsarbeit von durchschnittlich Fr. 450.-- pro Monat (IV-act. 104). Mit der Beschwerdegegnerin ist davon auszugehen, dass diese Zulage aufgrund von Ferien und Feiertagen für rund sechs Wochen bzw. eineinhalb Monate pro Jahr entfällt. Unter Berücksichtigung von Zulagen von insgesamt Fr. 4'725.-- (10.5 x Fr. 450.--) resultiert ein massgebliches Jahreseinkommen von Fr. 67'333.-- (Fr. 62'608.-- + Fr. 4'725.--). Grundsätzlich wäre das Einkommen bei Rentenbeginn im Jahr 2012 massgeblich. Statt dieses zu ermitteln, kann jedoch beim Invalideneinkommen - welches wie nachfolgend ausgeführt auf statistischen Werten basiert - ebenfalls auf das Jahr 2015 abgestellt werden, sodass keine Abweichung resultiert. Art. 16 ATSG umschreibt das Invalideneinkommen als hypothetisches Einkommen. Nach der ständigen Verwaltungspraxis und Rechtsprechung steht der Bezug von Tabellen und vergleichbaren Übersichten im Vordergrund (Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, 3. Aufl. 2015, Art. 4 N 46 ff.). Da der Beschwerdeführerin ab Januar 2013 Hilfsarbeitertätigkeiten zumutbar sind, rechtfertigt es sich, das Invalideneinkommen ab dann gestützt auf die LSE, Total sämtlicher Wirtschaftszweige, Kompetenzniveau 1, Frauen, zu bestimmen. Der entsprechende Lohn belief sich im Jahr 2014 auf Fr. 4'300.-- pro Monat bzw. Fr. 51'600.-- jährlich. Aufgerechnet auf die betriebsübliche wöchentliche Arbeitszeit von 41.7 Stunden (2014, total) und angepasst an die Nominallohnentwicklung für Frauen bis 2015 (Index 2014: 2'673, 2015: 2'686) ergibt sich ein massgebliches Jahreseinkommen von Fr. 54'055.-- bzw. bei einem zumutbaren Arbeitspensum von 50% ein solches von Fr. 27'028.--. Mit dem Tabellenlohnabzug ist zu berücksichtigen, dass gesundheitlich beeinträchtigte Personen, die selbst bei leichten (Hilfsarbeiter)-Tätigkeiten behindert sind, im Vergleich zu voll leistungsfähigen und entsprechend einsetzbaren arbeitnehmenden Personen lohnmassig benachteiligt sind und deshalb mit unterdurchschnittlichen Lohnansätzen rechnen müssen. Sodann wird dem Umstand Rechnung getragen, dass weitere persönliche und berufliche Merkmale einer versicherten Person, wie Alter, Dauer der Betriebszugehörigkeit, Nationalität oder Aufenthaltskategorie sowie Beschäftigungsgrad, Auswirkungen auf die Lohnhöhe haben können (BGE 129 V 481 E. 4.2.3, vgl. auch BGE 134 V 327 E. 5.2). Wie die SMAB-Gutachter festhielten, hat die Beschwerdeführerin gewisse qualitative

Einschränkungen (vgl. zu den Adaptionenkriterien die Ausführungen in der vorstehenden Erwägung 3). Sie ist im Vergleich zu voll leistungsfähigen Arbeitnehmerinnen damit lohnmassig benachteiligt und muss mit unterdurchschnittlichen Lohnansätzen rechnen (vgl. zum Ganzen Philipp Geertsen, Der Tabellenlohnabzug, in Ueli Kieser/Miriam Lendfers [Hrsg.]: Jahrbuch zum Sozialversicherungsrecht 2012, S. 139 ff.). Die konkrete Festsetzung eines Tabellenlohnabzugs kann offenbleiben, da selbst bei einem offensichtlich nicht gerechtfertigten Abzug von 20% (die Beschwerdeführerin selbst beantragt 15%; vgl. act. G1) kein höherer Rentenanspruch resultiert als von der Beschwerdegegnerin bereits zugesprochen. Im frühestmöglichen Zeitpunkt des Rentenbeginns per 1. November 2012 war das Wartejahr im Sinne von Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG erfüllt (vgl. E. 3). Für den Zeitraum vom 1. November 2012 bis 31. Dezember 2012 ergibt sich ausgehend von einer Arbeitsfähigkeit von 0% in jeglicher Tätigkeit bei einem Valideneinkommen von Fr. 67'333.-- und einem Invalideneinkommen von Fr. 0.-- ein rentenbegründender Invaliditätsgrad von 100%. Vom 1. Januar bis 31. Juni 2013 resultiert bei einer Arbeitsfähigkeit von 50% in einer adaptierten Tätigkeit und unter Berücksichtigung eines Tabellenlohnabzugs von 20% bei einem Valideneinkommen von Fr. 67'333.-- und einem Invalideneinkommen von Fr. 21'622.-- (Fr. 27'028.-- x 0.8) ein rentenbegründender Invaliditätsgrad von rund 68%. Ab 1. Juli 2013 ergibt sich ausgehend von einer Arbeitsfähigkeit von 100% in einer adaptierten Tätigkeit und unter Berücksichtigung eines Tabellenlohnabzugs von 20% bei einem Valideneinkommen von Fr. 67'333.-- und einem Invalideneinkommen von Fr. 43'244.-- (Fr. 54'055.-- x 0.8) ein nicht rentenbegründender Invaliditätsgrad von rund 36%. Demnach hat die Beschwerdeführerin ab 1. November 2012 Anspruch auf eine ganze Rente. Die im Januar 2013 eingetretene gesundheitliche Verbesserung führt unter Berücksichtigung der bei der Rentenanpassung gemäss Art. 88a Abs. 1 der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV; SR 831.201) geltenden dreimonatigen Frist und mit Blick darauf, dass gemäss Art. 19 Abs. 3 ATSG Renten für den ganzen Kalendermonat im Voraus ausbezahlt werden, zu einem Anspruch auf eine Dreiviertelsrente ab 1. April 2013. Die weitere, im Juli 2013 eingetretene, Verbesserung des gesundheitlichen Zustandes führt zur Einstellung der Rente per 30. September 2013. Die Beschwerdeführerin beantragt eventualiter die Zusprache von beruflichen Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung. Mit den angefochtenen Verfügungen vom 13. Dezember 2017 hat die Beschwerdegegnerin den Anspruch auf eine Invalidenrente verneint (IV-act. 202, 206 f.). Der durch diese Verfügungen definierte Streitgegenstand beschränkt sich folglich auf den Rentenanspruch, was bedeutet, dass er sich grundsätzlich nicht auf weitere Ansprüche gegenüber der Invalidenversicherung, namentlich auf berufliche Massnahmen, erstrecken kann. Im Sozialversicherungsrecht gilt aber der allgemeine Grundsatz "Eingliederung vor Rente" (vgl. etwa Kieser, a.a.O., Vorbemerkungen N 81 ff.), laut dem die Zusprache einer Rente die Unmöglichkeit voraussetzt, die Invalidität mit einer Eingliederung (weiter) zu minimieren. Eine Rentenverfügung, die in Verletzung dieses Grundsatzes ergangen ist, ist rechtswidrig (vgl. dazu auch Art. 28 Abs. 1 lit. a IVG). In einem Beschwerdeverfahren muss deshalb eine solche Verfügung aufgehoben werden und die Verwaltung muss verpflichtet werden, die Eingliederung abzuschliessen und erst danach über den Rentenanspruch zu verfügen. Wenn allerdings eine IV-Stelle bereits zu einem früheren Zeitpunkt rechtskräftig über die berufliche Eingliederung entschieden hat, kann bei der Beurteilung einer Rentenverfügung grundsätzlich keine Prüfung des Grundsatzes "Eingliederung vor Rente" mehr erfolgen. Eine Ausnahme besteht dann, wenn sich bei der Prüfung des Rentenanspruchs ein

rentenbegründender Invaliditätsgrad ergibt. Vorliegend teilte die Beschwerdegegnerin der Beschwerdeführerin am 25. Juni 2013 mit, die beruflichen Massnahmen würden abgeschlossen, da sie sich subjektiv nicht in der Lage fühle, einer Erwerbstätigkeit nachzugehen (vgl. auch Mitteilung vom 6. Februar 2013; IV-act. 38). Auf telefonische Nachfrage der Beschwerdegegnerin erklärte die Beschwerdeführerin am 16. Oktober 2014 erneut, sie wünsche keine beruflichen Massnahmen. Sie fühle sich nicht in der Lage, eine Tätigkeit aufzunehmen oder an Eingliederungsmassnahmen mitzuwirken (IV-act. 89). Die Beschwerdegegnerin erliess darauf keine weitere Mitteilung oder Verfügung. Über Leistungen, Forderungen und Anordnungen, die erheblich sind oder mit denen die betroffene Person nicht einverstanden ist, hat der Versicherungsträger eine schriftliche Verfügung zu erlassen (Art. 49 Abs. 1 ATSG). Leistungen, Forderungen und Anordnungen, die nicht unter Art. 49 Abs. 1 ATSG fallen, können in einem formlosen Verfahren behandelt werden (Art. 51 Abs. 1 ATSG). Die betroffene Person kann den Erlass einer Verfügung verlangen (Art. 51 Abs. 2 ATSG). Hat ein Versicherungsträger formlos und nicht mittels Verfügung in ablehnendem Sinn entschieden, kann Art. 51 ATSG, der sich nur auf das zulässige formlose Verfahren bezieht, keine direkte Anwendung finden. Das Gesetz enthält somit für den vorgenannten Fall - Entscheid im formlosen Verfahren nach Art. 51 ATSG, der laut Art. 49 Abs. 1 ATSG in Verfügungsform hätte ergehen müssen - keine ausdrückliche Regelung. Damit das Verfahren in die gesetzlich vorgesehenen Wege gelenkt und der versicherten Person der Rechtsweg geöffnet wird, ist jedoch - wie bereits erwähnt - der (bisher nicht erfolgte) Erlass einer formellen Verfügung notwendig. Dementsprechend drängt sich in Analogie zu Art. 51 Abs. 2 ATSG die Lösung auf, dass die versicherte Person einen Entscheid in Form einer Verfügung verlangen kann. In diesem Zusammenhang stellt sich insbesondere die Frage nach allfälligen zeitlichen Grenzen dieser Befugnis (BGE 134 V 149 E. 5.1). In BGE 134 V 152 E. 5.3.2 legte das Bundesgericht fest, dass der betroffenen Person eine Frist von einem Jahr zur Verfügung steht, um an den Versicherungsträger zu gelangen und den Erlass einer formellen Verfügung zu verlangen. Dies mit Blick auf das Gebot der Rechtssicherheit sowie den Verfassungsgrundsatz von Treu und Glauben (BGE 134 V 150 E. 5.2). Der im formlosen Verfahren nach Art. 51 ATSG erlassene Entscheid erwächst also nach einer einjährigen Frist - wie die Verfügung im Anwendungsbereich von Art. 49 ATSG nach 30 Tagen (vgl. Art. 52 Abs. 1 ATSG) - in der Regel in Rechtskraft. Damit ergibt sich eine Rechtslage, die mit derjenigen bei formellen Verfügungen übereinstimmt (Kieser, a.a.O., Art. 51 N 8 und N 26). Vorliegend hat sich die Beschwerdeführerin erstmals mit ihrer Beschwerdeergänzung vom 28. Februar 2018 (act. G3), mithin nach knapp fünf Jahren, gegen die Mitteilung vom 25. Juni 2013 gewehrt bzw. eventualiter berufliche Massnahmen beantragt. Zu diesem Zeitpunkt war die ablehnende Mitteilung bereits in Rechtskraft erwachsen. Auf den Antrag bezüglich beruflicher Massnahmen ist demgemäss nicht einzutreten. Eine Prüfung des Anspruchs auf berufliche Massnahmen sowie eine allfällige Zusprache solcher rückwirkend per Beginn der befristeten Rente am 1. November 2012 ist nicht möglich, der Grundsatz "Eingliederung vor Rente" greift nicht. Für den Zeitraum ab 1. Oktober 2013 steht sodann kein rentenbegründender Invaliditätsgrad im Raum. Nach dem Gesagten sind die Verfügungen vom 13. Dezember 2017 nicht zu beanstanden und die Beschwerde ist abzuweisen, soweit darauf einzutreten ist. Das Beschwerdeverfahren ist kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festgelegt (Art. 69 Abs. 1 bis IVG). Eine Gerichtsgebühr von Fr. 600.-- erscheint in der vorliegend zu beurteilenden Angelegenheit als angemessen. Dem Ausgang

des Verfahrens entsprechend ist sie der Beschwerdeführerin aufzuerlegen. Zuzufolge Gewährung der unentgeltlichen Rechtspflege (vgl. act. G6) ist sie von der Bezahlung zu befreien. Der Staat bezahlt zuzufolge unentgeltlicher Rechtsverteistandung die Kosten der Rechtsvertretung der Beschwerdeführerin. Die Parteientschädigung wird vom Versicherungsgericht festgesetzt und ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache und nach der Schwierigkeit des Prozesses bemessen (Art. 61 lit. g ATSG). In der Verwaltungsrechtspflege beträgt das Honorar vor Versicherungsgericht nach Art. 22 Abs. 1 lit. b der Honorarordnung (HonO; sGS 963.75) pauschal Fr. 1'500.-- bis Fr. 15'000.--. In der vorliegend zu beurteilenden Angelegenheit erscheint eine pauschale Parteientschädigung von Fr. 3'500.-- angemessen. Diese ist um einen Fünftel zu kürzen (Art. 31 Abs. 3 des Anwaltsgesetzes [AnwG; sGS 963.70]). Somit entschädigt der Staat die Rechtsvertreterin der Beschwerdeführerin pauschal (vgl. BGE 125 V 201) mit Fr. 2'800.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer). Eine Partei, der die unentgeltliche Rechtspflege gewährt wurde, ist zur Nachzahlung verpflichtet, sobald sie dazu in der Lage ist (Art. 123 der Schweizerischen Zivilprozessordnung [ZPO; SR 272] i.V.m. Art. 99 Abs. 2 des Gesetzes über die Verwaltungsrechtspflege [VRP; sGS 951.1]). Da die Gerichtsschreiberin verhindert ist, wird der Entscheid für diese stellvertretend von einer mitwirkenden Richterin unterzeichnet (Art. 39 ter Abs. 2 VRP). Entscheid im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP Die Beschwerde wird abgewiesen, soweit darauf eingetreten wird. Die Beschwerdeführerin wird im Sinne der Erwägungen von der Bezahlung der Gerichtsgebühr in der Höhe von Fr. 600.-- befreit. Der Staat entschädigt die Rechtsvertreterin der Beschwerdeführerin zuzufolge unentgeltlicher Rechtsverteistandung mit Fr. 2'800.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer).

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