

SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2019/231 vom 31. Mai 2021

Sg Versicherungsgericht, 2021-05-31, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg_publicationen_IV_2019_231

FR: SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2019/231 du 31 mai 2021

IT: SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2019/231 del 31 maggio 2021

Regeste

Art. 7 ATSG; Art. 8 ATSG; Art. 28 ATSG: Gemäss einem als beweistauglich befundenen bidisziplinären (orthopädisch/psychiatrischen) Gutachten ist die Beschwerdeführerin in adaptierten Tätigkeiten zu 100 % arbeitsfähig. Rückwirkend befristet bestand während rund drei Monaten eine 20%ige Arbeitsunfähigkeit aus psychiatrischer Sicht. Es besteht somit keine rentenbegründende Invalidität (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 31. Mai 2021, IV 2019/231). Bestätigt durch Urteil des Bundesgerichts 8C_481/2021.

Volltext

Entscheid vom 31. Mai 2021 Besetzung Versicherungsrichterinnen Corinne Schambeck (Vorsitz) und Michaela Machleidt Lehmann, Versicherungsrichter Joachim Huber; Gerichtsschreiberin Beatrix Zahner Geschäftsnr. IV 2019/231 Parteien A.____
Beschwerdeführerin, vertreten durch Rechtsanwalt lic. iur. Rainer Braun, Advokatur im Alten Rathaus, Rathausplatz 1, 8880 Walenstadt, gegen IV-Stelle des Kantons St. Gallen, Postfach 368, 9016 St. Gallen, Beschwerdegegnerin, Gegenstand Rente Sachverhalt A.____ (nachfolgend: Versicherte) meldete sich am 10. November 2016 unter ihrem damaligen Namen B.____ (vgl. dazu IV-act. 104; IV-act. 106-2) über ihren Krankentaggeldversicherer bei der Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug an. Seit Juli 2009 war sie in einem Pensum von 60 % als Gastronomiemitarbeiterin im Restaurant C.____ angestellt (IV-act. 3-4, IV-act. 10). Als gesundheitliche Beeinträchtigungen nannte sie eine Polymyalgie und psychische Belastungen (IV-act. 3; IV-act. 4). Erstere war ihr von Dr. med. D.____, Fachärztin für Rheumatologie, diagnostiziert worden (Berichte vom 14. August 2015, IV-act. 19-21 f.). Eine Vorabklärung in der Klinik Valens hatte zusätzlich die Diagnosen eines chronischen zervikobrachialen Syndroms bei multiplen degenerativen Veränderungen der HWS, muskulärer Dysbalance und Fehlhaltung sowie einer Anpassungsstörung (ICD-10: F43.21; DD Dysthymie) bei eigenanamnestischen Hinweisen auf rezidivierende Stimmungseinbrüche in Zusammenhang mit verschiedenen, teilweise sehr belastenden Life-Events (Sterbeprozess der Eltern, Sterbebegleitung einer Freundin/ Kollegin, schwere Essstörung der älteren Tochter, geschiedene dysfunktionale Ehe, problematische Beziehung zum aktuellen langjährigen Lebenspartner, chronifiziertes Schmerzsyndrom) ergeben (Bericht Klinik Valens vom 7. November 2016, IV-act. 8; Bericht psychosomatischer Dienst Klinik Valens vom 31. Oktober 2016, IV-act. 9). Vom 9. bis 30. Januar 2017 absolvierte die Versicherte eine ambulante Rehabilitation in der Klinik Valens (je fünf Mal wöchentlich Physio-, Wasser- und medizinische Trainings-therapie [MTT]). Zusätzlich zu den bestehenden Diagnosen wurde ein Verdacht auf eine sekundäre Fibromyalgie erhoben und psychiatrisch eine Dysthymie (ICD-10: F34.1) diagnostiziert. Aufgrund einer

ergonomischen Testung wurde der Versicherten empfohlen, ihr Arbeitspensum auf halbe Tage aufzuteilen und ihr ab 1. Februar 2017 eine 50%ige, ab 1. März 2017 eine 60%ige, ab 17. April eine 70%ige und ab 1. Mai 2017 eine 100%ige Arbeitsfähigkeit, ausgehend vom bisherigen 60 %-Pensum, attestiert (Bericht Klinik Valens, Dr. med. E.____, Facharzt für Physikalische Medizin und Rehabilitation, vom 6. Februar 2017, IV-act. 25; Bericht Dr. med. F.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 9. Februar 2017, IV-act. 52-8 ff.; Arztzeugnis Dr. E.____ vom 13. März 2017, IV-act. 34-2). Mit Mitteilung vom 10. April 2017 sprach die IV-Stelle der Versicherten Massnahmen zum Arbeitsplatzhalt zu (IV-act. 38). Med. pract. G.____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, schrieb die Versicherte ab dem 12. Juni 2017 zu 50 % und ab dem 15. Juni 2017 zu 100 % arbeitsunfähig (Arztzeugnisse vom 17. Juni 2017, IV-act. 41, und vom 28. Juni 2017, IV-act. 46-6). Die Arbeitgeberin sprach der Versicherten am 7. Juli 2017 eine Änderungskündigung aus und bot ihr eine Weiterbeschäftigung im H.____ im Stundenlohn an (IV-act. 46-1). Mit Schreiben vom 26. Juli 2017 teilte die Versicherte der Arbeitgeberin mit, aufgrund ihrer gesundheitlichen Situation sei aktuell zu ungewiss, ob sie ab 1. Oktober 2017 eine Teilerwerbstätigkeit aufnehmen könne (IV-act. 49). Der Krankentaggeldversicherer liess die Versicherte durch Dr. med. I.____, Fachärztin für Orthopädie u. Traumatologie des Bewegungsapparates, sowie durch Dr. med. J.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie und für Neurologie, begutachten (Gutachten vom 2. August 2017, Fremdakten, act. 2-4 ff., und vom 8. August 2017, Fremdakten, act. 2-21 ff.). Die orthopädische Gutachterin diagnostizierte einen schlechten Allgemein- und Ernährungszustand (BMI unter 20), chronisch rezidivierende Beschwerden der Wirbelsäule bei Fehlstatik, Haltunginsuffizienz, muskulärem Hartspann und verschmächtigter Rumpfmuskulatur sowie bei radiologisch deutlichen degenerativen Veränderungen der unteren HWS ohne nervenwurzelbezogenes Defizit und beidseits verkürzter Ischiokruralmuskulatur, eine Epikondylitis humeri ulnaris rechts (bei Rechtshändigkeit), einen beginnenden Morbus Dupuytren links sowie abklärungsbedürftige Funktionsschmerzen der linken Hüfte (Fremdakten, act. 2-16). Sie hielt fest, mittelschwere und schwere Tätigkeiten wie die zuletzt ausgeübte Tätigkeit in Küche und Restaurant könne die Versicherte nicht mehr verrichten. Für körperlich sehr leichte und leichte Tätigkeiten aus bevorzugt wechselnder Ausgangslage bestehe ab sofort eine volle Arbeitsfähigkeit (Fremdakten, act. 2-17). Der psychiatrische Gutachter diagnostizierte als Gesundheitsbeeinträchtigung mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine leichtgradige depressive Episode, DD Anpassungsstörung, längere depressive Reaktion (ICD-10: F32.0/F42.2) und als solche ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10: F45.41), Probleme mit Bezug auf Schwierigkeiten bei der Lebensbewältigung im Sinne von ängstlich-vermeidenden Persönlichkeitszügen (ICD-10: Z73.1) sowie psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen im Sinne von psychischen und Verhaltensstörungen durch Alkohol, schädlicher Gebrauch (ICD-10: F10.10). Darüber hinaus erhob er den Verdacht auf einen analgetika-induzierten Kopfschmerz (Fremdakten, act. 2-57, 63 f.). Weiter legte er dar, die Konsistenzprüfung habe Hinweise auf nicht in geklagtem Umfang vorhandene Funktionsbeeinträchtigungen ergeben (Fremdakten, act. 2-65). In der zuletzt ausgeübten Erwerbstätigkeit in einem Pensum von 25 Stunden pro Woche sei die Versicherte zu 20 % arbeitsunfähig. In einer optimal angepassten Tätigkeit sei sie bezogen auf dieses Pensum in ihrer Arbeitsfähigkeit nicht eingeschränkt (Fremdakten, act. 2-67, 70 f.). Dr. med. K.____, Facharzt für Rheumatologie, behandelte die

Versicherte ab 29. August 2017. Er führte im Wesentlichen aus, die Versicherte habe vom 1. bis 11. September 2017 ein sehr detailliertes Schmerzprotokoll geführt. Im Vordergrund stehe eine chronische Schmerzkrankheit mit somatischen und psychischen Faktoren bzw. eine somatoforme Schmerzstörung. Das Vorliegen einer ursächlichen entzündlichen Grunderkrankung könne nicht festgestellt werden, insbesondere bestehe kein polymyalgiformes Syndrom. Er diagnostizierte ein chronisches cervicovertebrales bis -spondylogenes Syndrom bei multiplen degenerativen Veränderungen der HWS und segmentaler Dysfunktion der mittleren/unteren HWS, muskulärer Dysbalance und Fehllhaltung, eine PHS tendinopathica der Supraspinatussehne bds., rechtsbetont, eine Epicondylopathia humeri ulnaris rechts, eine Migräne und eine leichte Dupuytren'sche Kontraktur Dig IV links. Sodann äusserte er sich zur Verdachtsdiagnose Fibromyalgie. Dazu hielt er fest, dass sich die Situation im Vergleich zum Vorbefunder (Dr. E.____, Klinik Valens) wesentlich verändert habe. Weder im widespread pain index (WPI), noch im symptom severity scale score (SSSc) könnten aktuell Punktezahlen erreicht werden, welche für das Vorliegen eines Fibromyalgiesyndroms sprechen würden. Er schrieb die Versicherte bis auf Weiteres zu 100 % arbeitsunfähig für die Tätigkeit als Restaurantangestellte bei C.____ (Bericht vom 12. September 2017, IV-act. 53-4 f.; Arztbericht vom 10. Oktober 2017, IV-act. 51). Der Eingliederungsberater schloss den Fall am 25. September 2017 wegen anhaltender 100%iger Arbeitsunfähigkeit bzw. instabilen Gesundheitszustands ab (Assessment- und Verlaufsprotokoll, IV-act. 50). Der RAD-Arzt Dr. L.____, Facharzt für Innere Medizin, nahm am 30. Oktober 2017 Stellung zu den medizinischen Unterlagen, die Begutachtung im Auftrag der Swica vom 27. Juli 2017 erfülle die Qualitätsanforderungen nur teilweise. Die Ergebnisse seien (jedoch) in etwa nachvollziehbar. Die Versicherte fühle sich nicht in der Lage zu irgendeiner Erwerbstätigkeit (IV-act. 55). Die IV-Stelle wies das Gesuch um berufliche Massnahmen mit Mitteilung vom 10. November 2017 ab (IV-act. 58) und gewährte der Versicherten mit Vorbescheid vom 20. November 2017 das rechtliche Gehör zur vorgesehenen Abweisung des Rentenbegehrens. Zur Begründung führte die IV-Stelle im Wesentlichen aus, dass die Versicherte als Teilerwerbstätige zu qualifizieren sei und zwar zu 60% im Erwerb und zu 40% im Haushalt. In einer adaptierten Tätigkeit könne sie zu 100% arbeiten, weshalb sie keine Erwerbseinbusse erleide. Im Haushalt lägen ebenfalls keine iv-relevanten Einschränkungen vor (IV-act. 60). Mit Einwand vom 30. Januar 2018 reichte die Versicherte, vertreten durch Rechtsanwalt lic. iur. R. Braun, Berichte von med. pract. G.____ vom 19. Januar 2018 (IV-act. 68-3 ff.) und von ihrer Shiatsu-Therapeutin N.____ vom 19. Januar 2018 (IV-act. 68-5 ff.) ein. Der Rechtsvertreter führte aus, die Schmerzen seien glaubhaft und schlug eine Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit (EFL) und ein Coaching vor. Im Einwand machte er unter anderem geltend, dem Gutachten der Dres. I.____ und J.____ fehle es an einer Konsensbeurteilung und der Anwendung des strukturierten Beweisverfahrens (IV-act. 68-1 ff.). Daraufhin schlug der RAD-Arzt Dr. L.____ am 16. März 2018 eine Haushaltsabklärung an Ort und Stelle und anschliessend eine polydisziplinäre Begutachtung vor (IV-act. 77). Die Haushaltsabklärung vom 31. Mai 2018 (Bericht vom 12. Juni 2018, IV-act. 81) ergab im Haushalt eine von der Versicherten geltend gemachten Einschränkung von insgesamt 36 %. Die Abklärungsperson konnte die Glaubwürdigkeit der Angaben der Versicherten nicht einschätzen und verwies zur Überprüfung der medizinischen Plausibilität auf eine medizinische Expertise (IV-act. 81-10). Dr. K.____ attestierte der Versicherten ab 4. April 2018 eine Arbeitsfähigkeit von 25 % in im Wesentlichen leichten, Schulter, Oberkörper und Handgelenke nicht belastenden Tätigkeiten (Arztzeugnisse vom 3. April 2018, IV-act. 72-8

und vom 22. Mai 2018, IV-act. 77; Verlaufsbericht vom 2. Juni 2018, IV-act. 84). Dr. med. E.____, Facharzt für Psychiatrie/Psychotherapie, führte im Arztbericht vom 25. August 2018 aus, die Versicherte sei seit 16. Juni 2017 bei ihm in Behandlung. Eine damals diagnostizierte mittelgradige depressive Episode bzw. Störung sei unter Medikation gegenwärtig remittiert. Zusätzlich bestehe eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10: F45.41). Gegenwärtig konsultiere die Versicherte sie monatlich bis alle sechs Wochen. Aus psychiatrischer Sicht bestehe derzeit keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit, wobei aber die psychische Konstitution belastungsanfällig sei (IV-act. 88). Die IV-Stelle beauftragte die Swiss Medical Assessment- and Business-Center (SMAB) AG mit der polydisziplinären Begutachtung (Gutachten vom 20. März 2019; Dr. med. O.____, Fachärztin für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, Orthopädische Rheumatologie [D]; Dr. med. P.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Untersuchungen vom 4. und 13. Februar 2019; IV-act. 98). Die orthopädische Gutachterin diagnostizierte ein Zervikobrachialsyndrom beidseits ohne radikuläre Reizung. Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit seien eine Osteopenie, eine geringgradige Arthrose des rechten Akromioklavikulargelenkes und Bursitis subacromialis/subdeltoidea rechts, eine Chondrokalzinose im rechten Kniegelenk, eine initiale Coxarthrose links sowie ein Morbus Dupuytren D IV links (Stadium 0; IV-act. 98-36). Sie schätzte die Arbeitsfähigkeit der Versicherten in ihrer bisherigen Tätigkeit als Gastronomiemitarbeiterin als ab Dezember 2015 aufgehoben ein. In einer leidensangepassten, körperlich leichten, wechselbelastenden Tätigkeit ohne Zwangshaltungen der Halswirbelsäule und häufigen Überkopparbeiten bestehe eine 100%ige Arbeitsfähigkeit (IV-act. 98-38 ff.). Der psychiatrische Gutachter erhob als Gesundheitsschäden ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig remittiert (ICD-10: F33.4), psychologische Faktoren und Verhaltensfaktoren bei anderenorts klassifizierten Krankheiten (ICD-10: F56) sowie einen gefährlichen Gebrauch von Alkohol (ICD-10: F10.81; IV-act. 98-55). Zum Verlauf der Arbeitsfähigkeit hielt er fest, ab Juni 2017 habe bei mittelgradiger depressiver Symptomatik eine Arbeitsfähigkeit von nur noch 30 % bestanden. Ab ca. Mitte Juli 2017 habe nur noch eine leichtgradige depressive Symptomatik vorgelegen mit einer Arbeitsfähigkeit von 50 %. Seit September 2017 betrage die Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit 100 % (IV-act. 98-57 f.). Der RAD-Arzt Dr. L.____ befand am 10. April 2019, auf das Gutachten könne abgestellt werden (IV-act. 99), worauf die IV-Stelle der Versicherten mit Vorbescheid vom 12. April 2019 erneut eine rentenabweisende Verfügung in Aussicht stellte. Sie stützte sich dabei auf das Gutachten und die darin attestierte 100%ige Arbeitsfähigkeit in einer adaptierten Tätigkeit. Die in der Haushaltsabklärung festgestellte Einschränkung von 36 % habe sich gutachterlich nicht objektivieren lassen. Somit würden weder im Erwerb noch im Haushalt relevante Einschränkungen vorliegen (IV-act. 103). Mit Einwand vom 27. Juni 2019 liess die Versicherte durch ihren Rechtsvertreter geltend machen, obwohl bei ihr rheumatische Beschwerden im Vordergrund stünden, fehle ein rheumatologisches Teilgutachten. Das psychiatrische Gutachten gehe nicht weiter auf die Schmerzproblematik ein, weshalb die Anforderungen des strukturierten Beweisverfahrens nicht erfüllt seien. Die Einschätzung einer gänzlichen Arbeitsunfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit in der Gastronomie sei widersprüchlich zur fehlenden Einschränkung im Haushalt, da sich die Tätigkeiten ähnlich seien. Sie habe eine 40 %-Stelle in einer Spitalcafeteria gefunden, womit sie ihre Leistungsgrenze erreiche. Sodann hätten Dr. med. Q.____, Fachärztin für Dermatologie und

Venerologie, eine Prurigo simplex subacuta (Bericht vom 19. Juni 2019, IV-act. 111-4) und Dr. med. R.____, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin und Rheumatologie, eine Fibromyalgie diagnostiziert (nachgereichter Bericht vom 8. Juli 2019, IV-act. 113; zum Ganzen IV-act. 111-1 ff.). Dem RAD-Arzt Dr. L.____ wurde am 5. September von Dr. Q.____ mitgeteilt, die Prurigo habe keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit (IV-act. 114). In der RAD-Stellungnahme vom 5. August 2019 führte er aus, die Gutachterin Dr. O.____ verfüge über eine fachärztliche rheumatologische Qualifikation. Im Haushalt stehe der Versicherten wesentlich mehr Zeit für kurze Pausen zur Verfügung als im hektischen Gastronomiebetrieb und das Aktivitätsniveau könne selbstgestaltend geplant werden. Der Bericht von Dr. R.____ vermöge gegenüber den bisherigen rheumatologischen Einschätzungen keine neuen Aspekte aufzuzeigen. Die von Dr. R.____ diagnostizierte Fibromyalgie und die Prurigo zeitigten keine langfristige Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (IV-act. 116). Gestützt auf das Gutachten der SMAB AG und die Stellungnahme von RAD-Arzt Dr. L.____ wies die IV-Stelle das Leistungsbegehren mit Verfügung vom 21. August 2019 ab (IV-act. 116). Gegen die Verfügung vom 21. August 2019 lässt die Versicherte (nachfolgend: Beschwerdeführerin), vertreten durch Rechtsanwalt lic. iur. M. Braun, am 9. September 2019 Beschwerde erheben. Sie beantragt, die angefochtene Verfügung sei unter Kosten- und Entschädigungsfolgen aufzuheben und es sei ihr eine Rente zuzusprechen. Zur Begründung wird angeführt, das Gutachten der SMAB AG, auf welches sich die angefochtene Verfügung stütze, sei nicht umfassend, insbesondere weil es kein rheumatologisches Teilgutachten enthalte, ein solches aber in Auftrag gegeben worden sei. Bemängelt werde nicht die fehlende Fachkompetenz der Gutachterin, sondern dass sie sich auf eine orthopädisch-traumatologische Begutachtung beschränkt habe. Eine rheumatologische Untersuchung und Beurteilung habe nicht stattgefunden. Dies wiege umso schwerer, als bei ihr rheumatische Beschwerden im Vordergrund stünden und habe wohl auch dazu geführt, dass auch das psychiatrische Teilgutachten nicht weiter auf die Schmerzproblematik eingehe. Die Anforderungen an das bundesgerichtlich vorgegebene strukturierte Beweisverfahren seien damit bei Weitem nicht erfüllt. Der psychiatrische Gutachter beschäftige sich ausführlich mit dem Alkoholkonsum, in dessen Zusammenhang weder gesundheitliche Probleme noch Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit bestünden. Auch habe der Gutachter nicht erwähnt, dass sie bei der Untersuchung wegen der Nackenschmerzen eine Tablette habe einnehmen müssen. Die im Gutachten aufgeführte Medikation stimme nicht. Die unterschiedliche Einschränkung in Gastronomie und Haushalt sei widersprüchlich. Allfällige Pausen bei der Haushaltstätigkeit seien bei der Einschätzung der Arbeitsfähigkeit gerade nicht berücksichtigt worden. Auf das Gutachten könne nicht abgestellt werden. Vielmehr sei von einer Einschränkung der Arbeitsfähigkeit sowohl in einer adaptierten Tätigkeit als auch im Haushalt auszugehen. Gemäss Dr. R.____ betrage diese 60 % (vgl. Arztzeugnis vom 19. August 2019, act. G 1.2). Schliesslich sei ihr ein Tabellenlohnabzug zu gewähren, weil gemäss Gutachten nur gut strukturierte Tätigkeiten ohne erhöhte Anforderungen an die Belastbarkeit und ohne besonderen Zeitdruck möglich seien (act. G 1). Mit Beschwerdeantwort vom 3. Dezember 2019 beantragt die IV-Stelle (nachfolgend: Beschwerdegegnerin) die Abweisung der Beschwerde. Im Wesentlichen begründet sie ihren Antrag damit, die Beschwerdeführerin übersehe, dass von Seiten der behandelnden Ärzte keine entzündliche rheumatologische Grunderkrankung habe festgestellt werden können. Die Gutachterin verfüge über einen in Deutschland anerkannten Facharztstitel in orthopädischer Rheumatologie, womit sich ihre Fachkompetenz auch auf rheumatologische Leiden erstrecke. Zu den massgeblichen

Indikatoren seien dem psychiatrischen Teilgutachten und der interdisziplinären Konsensbeurteilung Angaben zu entnehmen. Schliesslich sei es Sache der Gutachter zu beurteilen, welche fachärztlichen Abklärungen vorzunehmen seien. Die Ausführungen der orthopädischen Gutachterin seien nachvollziehbar und die Einschätzung einer 100%igen Arbeitsfähigkeit beruhe auf einer eingehenden klinischen Untersuchung und leuchte aufgrund der objektiv erhobenen Befunde sowie unter Berücksichtigung der gesamten Aktenlage und der von der Beschwerdeführerin gemachten Angaben ein. In Übereinstimmung mit der orthopädischen Gutachterin habe Dr. R. ___ keine entzündliche rheumatologische Erkrankung festgestellt. Da sie nicht aufgezeigt habe, inwiefern sich das Beschwerdebild der Fibromyalgie funktionelle Folgen habe, begründe die vom SMAB-Gutachten abweichende Diagnosestellung noch keine Zweifel am Gutachten. Der psychiatrische Gutachter habe sich eingehend mit der Schmerzproblematik befasst. Das psychiatrische Teilgutachten erfülle die von der Rechtsprechung gestellten Anforderungen. Bezüglich der Angaben zur Medikation sei weder dargetan noch erkennbar, inwiefern sich die behaupteten Mängel auf die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit ausgewirkt haben sollten. Im Unterschied zur Tätigkeit in der Gastronomie seien im Haushalt keine Tätigkeiten zu verrichten, welche mit dem orthopädischen Belastungsprofil nicht in Einklang zu bringen seien. Es sei insofern nachvollziehbar, dass die Gutachterin das Belastungsprofil der bisherigen Tätigkeit als nicht mehr zumutbar erachtet und die von der Beschwerdeführerin im Haushalt geltend gemachten Einschränkungen als nicht plausibel gewürdigt habe. Die Arbeitsunfähigkeiten von Juni bis Mitte Juli 2017 und während des ambulanten Rehabilitationsaufenthaltes in der Klinik Valens seien mangels längerer Dauer nicht rentenbegründend. Der ausgeglichene Arbeitsmarkt biete ein hinreichend breites Spektrum an zumutbaren gut strukturierten Verweistätigkeiten ohne besonderen Zeitdruck oder erhöhte Anforderungen an die emotionale Belastbarkeit. Mithin seien keine ausserordentlichen Umstände ersichtlich, die einen leidensbedingten Abzug begründen könnten (act. G 4). Mit Replik vom 16. Januar 2020 macht die Beschwerdeführerin geltend, es habe keine rheumatologische Untersuchung und Beurteilung stattgefunden, obwohl die behandelnden Ärzte die rheumatologische Diagnose einer Fibromyalgie gestellt hätten. Der gemäss dem psychiatrischen Gutachter vorhandene organmedizinische Hintergrund der Schmerzen sei nicht abgeklärt worden. Gerade die Schmerzproblematik habe zur Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit geführt. Das Gutachten sei damit nicht vollständig. Nachvollziehbare Ausführungen zu den massgeblichen Standardindikatoren seien weder dem psychiatrischen Teilgutachten noch der interdisziplinären Konsensbeurteilung zu entnehmen. Die Hautproblematik sei nach wie vor aktuell. Der Widerspruch zwischen der Arbeitsunfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit und der fehlenden Einschränkung im Haushalt sei durch die Beschwerdeantwort nicht aufgelöst worden. Die Haushaltstätigkeit entspreche nicht dem aus orthopädischer Sicht zumutbaren Belastungsprofil. Gemäss Dr. R. ___ sei die Beschwerdeführerin nach wie vor zu 60 % arbeitsunfähig (Arztzeugnisse vom 19. November 2019, act. G 6.2, und vom 7. Januar 2020, act. G 6.3). Die Beschwerdegegnerin verzichtet am 24. Januar 2020 auf eine Duplik (act. G 8). Auf die Vorbringen der Verfahrensbeitragsnehmer zur Begründung ihrer Anträge sowie die Akten wird, soweit für den Entscheid relevant, in den nachstehenden Erwägungen eingegangen. Erwägungen Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) umschreibt Invalidität als voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit. Erwerbsunfähigkeit ist der durch die gesundheitliche Beeinträchtigung verursachte und

nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG). Ein invalidenversicherungsrechtlich relevanter Gesundheitsschaden setzt eine auf objektivierten Beschwerden beruhende fachärztlich gestellte Diagnose nach einem wissenschaftlich anerkannten Klassifikationssystem voraus (BGE 141 V 289 E. 3.2; Urteil des Bundesgerichts vom 22. Februar 2016, 8C_1/2016, E. 4.3). Erforderlich ist zudem, dass die geltend gemachten Beschwerden objektiviert werden können und sich auf die Arbeits- bzw. Erwerbsfähigkeit auswirken (vgl. BGE 143 V 427 E. 6). Für somatisch unklare Beschwerdebilder (somatoforme Schmerzstörung und gleichgestellte Diagnosen), psychische Erkrankungen wie namentlich Depressionen und Abhängigkeitserkrankungen ist der Beweis nach dem strukturierten Verfahren mittels Indikatoren zu führen (vgl. dazu BGE 145 V 226 E. 6; BGE 143 V 429 E. 7.2; BGE 141 V 294 f., E. 3.5 f. und S. 298, E. 4.2). Der Beweis für eine lang andauernde und erhebliche gesundheitsbedingte Arbeitsunfähigkeit kann nur dann als geleistet betrachtet werden, wenn die Prüfung der massgeblichen Beweisthemen im Rahmen einer umfassenden Betrachtung ein stimmiges Gesamtbild einer Einschränkung in allen Lebensbereichen (Konsistenz) für die Bejahung einer Arbeitsunfähigkeit zeigt (BGE 143 V 427, E. 6 a. E.). Anspruch auf eine Rente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG; SR 831.20) Versicherte, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wiederherstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a); während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig gewesen sind (lit. b) und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid sind (lit. c). Für die Bestimmung des Invaliditätsgrads wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach der Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Valideneinkommen; Art. 28a Abs. 1 IVG i.V.m. Art. 16 ATSG). Bei Versicherten, die nur zum Teil erwerbstätig sind oder die unentgeltlich im Betrieb des Ehegatten oder der Ehegattin mitarbeiten, wird für diesen Teil die Invalidität nach Art. 16 ATSG festgelegt. Waren sie daneben auch im Aufgabenbereich tätig (und ist ihnen die Aufnahme einer Vollerwerbstätigkeit nicht zumutbar; Art. 8 Abs. 3 ATSG), so wird die Invalidität für diese Tätigkeit nach Art. 28a Abs. 2 IVG festgelegt. In diesem Fall sind der Anteil der Erwerbstätigkeit oder der unentgeltlichen Mitarbeit im Betrieb des Ehegatten oder der Ehegattin und der Anteil der Tätigkeit im Aufgabenbereich festzulegen und der Invaliditätsgrad in beiden Bereichen zu bemessen (Art. 28a Abs. 3 IVG). Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung und im Beschwerdefall das Gericht auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist (BGE 132 V 93 E. 4 mit Hinweisen). Die urteilenden Instanzen haben die Beweise frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Hinsichtlich des

Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Fachperson begründet sind (BGE 125 V 352 E. 3a mit Hinweisen). Rechtsprechungsgemäss ist den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten Gutachten von externen Spezialärzten und -ärztinnen, welche aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 137 V 227 E. 1.3.4; Urteil des Bundesgerichts vom 13. Februar 2019, 8C_801/2018, E. 4.3). Im Sozialversicherungsrecht gelten der Untersuchungsgrundsatz und der Grundsatz der freien Beweiswürdigung (Art. 61 lit. c ATSG). Verwaltung und Sozialversicherungsgericht haben von sich aus für die richtige und vollständige Abklärung des rechtserheblichen Sachverhaltes zu sorgen. Rechtserheblich sind alle Tatsachen, von deren Vorliegen es abhängt, ob über den streitigen Anspruch so oder anders zu entscheiden ist. In diesem Rahmen haben Verwaltungsbehörden und das Versicherungsgericht zusätzliche Abklärungen stets dann vorzunehmen oder zu veranlassen, wenn hierzu aufgrund der Parteivorbringen oder anderer sich aus den Akten ergebenden Anhaltspunkte hinreichender Anlass besteht (Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, 4. Aufl., Bern/St. Gallen/Zürich 2020, Art. 61 N 107). Im Sozialversicherungsrecht hat das Gericht seine Entscheidung, sofern das Gesetz nicht etwas Abweichendes vorsieht, nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu fällen (vgl. BGE 126 V 353 E. 5b; BGE 125 V 193 E. 2, je mit Hinweisen). Strittig und zu prüfen ist, ob auf das SMAB-Gutachten vom 20. März 2019 abgestellt werden kann. Die Beschwerdeführerin erachtet das Gutachten als unvollständig. Sie moniert unter anderem, dass kein rheumatologisches Teilgutachten durchgeführt, zu wenig auf die Schmerzproblematik eingegangen sowie das Fibromyalgiesyndrom nicht berücksichtigt worden sei. Zudem erfülle es nicht die rechtlichen Anforderungen an das strukturierte Beweisverfahren. Die somatische Gutachterin verfügt nach eigenen Angaben über einen Facharzttitel in Orthopädie und eine Zusatzweiterbildung in orthopädischer Rheumatologie (IV-act. 98-42). Nach den einschlägigen Spezialisierungsvorgaben (vgl. <https://approbatio.de/facharztausbildung/zusatz-weiterbildung-orthopaedische-rheumatologie/>, abgerufen am 27. Mai 2021) muss sie zur Diagnostik und Therapie von degenerativen, entzündlichen und stoffwechselbedingten rheumatischen Krankheiten der Bewegungsorgane einschliesslich der interdisziplinären Zusammenarbeit bei komplexen rheumatischen Erkrankungen befähigt sein, weshalb ihre fachliche Qualifikation als Gutachterin im vorliegenden Verfahren fraglos als gegeben zu betrachten ist. Im Übrigen bilden chronische Beschwerden des Bewegungsapparates sowohl Gegenstand der orthopädischen als auch der rheumatologischen Begutachtung (Urteile des Bundesgerichts vom 4. Oktober 2017, 9C_474/2017, E. 4.2, mit weiteren Verweisen, und vom 21. September 2010, 9C_203/2010, E. 4.1), weshalb nicht zu beanstanden ist, wenn lediglich eine rheumatologische Begutachtung erfolgt. Des Weiteren weist die Beschwerdegegnerin zu Recht daraufhin, dass die Frage, ob und gegebenenfalls welche fachärztlichen Untersuchungen notwendig sind, um eine Diagnose zu stellen, nicht in den Kompetenzbereich des Rechtsanwenders fällt, sondern ausschliesslich in jenen des begutachtenden Arztes (Urteil des Bundesgerichts vom 15. Februar 2019, 8C_794/2018, E.

4.2). Die somatische Gutachterin diagnostizierte ein Zervikobrachialsyndrom, eine Osteopenie, eine geringgradige Arthrose des rechten Akromioklavikulgelenkes, eine Chondrikalzinose im rechten Kniegelenk, eine initiale Coxarthrose links sowie ein Morbus Dupuytren D IV links (Stadium 0; IV-act. 98-36) und hielt fest, anhand der aktuell erhobenen klinischen und radiologischen Untersuchungsbefunde seien die von der Beschwerdeführerin angegebenen Beschwerden nur zu einem geringen Anteil nachvollziehbar (IV-act. 98-37, 38). Im klinischen Befund erhob sie unter anderem eine gering eingeschränkte aktive Seitwärts- und Vorwärtsbewegung des linken Schultergelenkes sowie eine eingeschränkte aktive und passive Beweglichkeit des rechten Schultergelenkes. Die Beschwerdeführerin gab Schmerzen an bei der Seitwärts- und Vorwärtsbewegung im Bereich des Humerus und bei der Aussenrotation beider Arme und einen Druckschmerz über dem Epicondylus humeri radialis und dem Gelenkspalt beidseits bei negativen Provokationstests auf eine Epicondylitis, Schmerzen im rechten Handgelenk bei Druck auf den dorsalen und palmaren Gelenkspalt sowie beim Abspreizen des linken Daumens, Klopf- und Druckschmerz über den Dornfortsätzen des 3. bis 11. Brustwirbelkörpers sowie über den Dornfortsätzen von LWK 4 - SWK 1 und den Facettengelenken LWK 4/5 beidseits, Schmerzen bei der Seitneigung des Oberkörpers nach rechts und links über dem rechten und linken Facettengelenk LWK 5/SWK 1, Schmerzen über dem lumbosakralen Übergang bei der Rotation des Oberkörpers nach beiden Seiten, im linken Hüftgelenk bei dessen Untersuchung, Druckschmerzen über dem linken Iliosakralgelenk sowie Schmerzen in beiden Hüftgelenken beim Senken des Fussaussenrandes beidseits und Schmerzen im rechten Sprunggelenk bei der Vorführung der Gangvarianten (IV-act. 98-32 f.). Hinsichtlich der nicht bildgebend oder klinisch objektivierbaren Schmerzen schloss die Gutachterin das Vorliegen einer Polymyalgia rheumatica aus, da für diese Diagnose "kein Anhalt" bestehe (IV-act. 98-38). Diese Diagnose war in den Berichten von Dr. D.____ vom 14. August 2015 (IV-act. 19-21 f.) und der Klinik Valens vom 6. Februar 2017 (IV-act. 25-1 f.) aufgeführt worden, wobei zunächst unter Spiricort eine deutliche Besserung der Beschwerden beschrieben worden war (Bericht Dr. D.____ vom 14. August 2015, IV-act. 19-21 f.). Dr. K.____ hielt im Arztbericht vom 10. Oktober 2017 fest, einen eigentlichen entzündlichen Schmerzcharakter betreffend die Schultergelenke beidseits habe er nicht finden können. Das Vorliegen einer ursächlichen entzündlichen Grunderkrankung könne nicht festgestellt werden, insbesondere bestehe kein polymyalgiformes Syndrom (IV-act. 51). Nachdem Dr. R.____ gemäss Bericht vom 8. Juli 2019 keine humorale Entzündungskonstellation feststellen konnte und auf eine fehlende (längerfristige) Besserung der Beschwerden unter Spiricort hinwies (IV-act. 113), erscheint nachvollziehbar, dass im Zeitpunkt der Begutachtung (Februar 2019) keine beeinträchtigende Polymyalgie und damit keine rheumatologische Grunderkrankung mehr vorlag. Auch ansonsten konnte die Gutachterin im orthopädisch-traumatologischen Untersuchungsbefund keine Auffälligkeiten erheben und lediglich feststellen, dass die zahlreichen Schmerzangaben der Beschwerdeführerin neuroanatomisch nicht nachvollziehbar sind (IV-act. 98-35). Sie liess Röntgenaufnahmen für die Hals- und Lendenwirbelsäule, für die Beckenübersicht und das Hüftgelenk sowie das Knie- und Schultergelenk erstellen (IV-act. 98-34). Dabei zeigte sich einzig eine im Vergleich zu den Voraufnahmen im Jahr 2016 gering progrediente mässige, degenerative Veränderung von HWK 5-7. Ansonsten waren die radiologischen Befunde altersentsprechend. Hinsichtlich des von der Beschwerdeführerin geltend gemachten Leidens Fibromyalgie ist den vorliegenden Akten zu entnehmen, dass bei der Beschwerdeführerin in der Klinik Valens

bei einem WPI von 16/19 und einem SSSc von 6/12 Punkten der Verdacht auf ein Fibromyalgiesyndrom geäussert wurde (Bericht vom 6. Februar 2017, IV-act. 25-1 f.). Dr. K.____ verneinte diesen gemäss Bericht vom 10. Oktober 2017 bei einem WPI von 5/16 und einem SSSc von 5/12 (IV-act. 51). Dr. R.____ hingegen befand das Fibromyalgiesyndrom gemäss Bericht vom 8. Juli 2019 bei einem WPI von 17/19 und einem SSSc von 12/12 vollständig bestätigt (IV-act. 113). Für die Bestimmung der Arbeitsfähigkeit ist nicht die Diagnose massgebend, sondern die vorhandenen – objektivierten oder plausibilisierten – Funktionseinschränkungen (Urteile des Bundesgerichts vom 23. November 2020, 9C_524/2020, E. 5.1 mit weiteren Verweisen und vom 4. Oktober 2017, 9C_474/2017, E. 4.1). Insbesondere ist die Fibromyalgie einer Schmerzstörung insofern gleichgestellt, als beide Leiden nach dem strukturierten Beweisverfahren zu beurteilen sind (Urteil vom 16. Februar 2017, 9C_688/2016, E. 3.5). Schliesslich ist die diagnostische Zuordnung (auch) von der medizinischen Fachrichtung abhängig: Während der Rheumatologe eine Fibromyalgie diagnostiziert, diagnostiziert die Psychiaterin eine somatoforme Schmerzstörung (P. Henningsen, Probleme und offene Fragen in der Beurteilung der Erwerbsfähigkeit bei Probanden mit funktionellen Körperbeschwerdesyndromen, in: SZS 06/2014, S. 515 f.). Dem Gesagten zufolge ist daher ausschliesslich zu prüfen, ob die Gutachter die geltend gemachten Beschwerden auf ihre Objektivierbarkeit hin geprüft und gegebenenfalls als funktionelle Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit berücksichtigt haben. Die somatische Gutachterin äusserte sich nicht zur Fibromyalgie-Diagnose, wohl auch, weil der behandelnde Rheumatologe Dr. K.____ die Verdachtsdiagnose nicht bestätigten konnte (IV-act. 51) und ihr der Bericht von Dr. R.____ vom 24. Juni 2019 noch nicht vorlag. Sie hat jedoch die funktionellen Einschränkungen anhand des üblichen orthopädischen bzw. rheumatologischen Untersuchungsschemas erhoben (vgl. E. 2.2) und im Befund insbesondere die druckschmerzhaften Körperstellen angegeben. Der psychiatrische Gutachter legte dar, im Vordergrund des Beschwerdeerlebens stünden für die Beschwerdeführerin Schmerzen am Bewegungsapparat. Diese hätten durchaus einen organmedizinischen Hintergrund. Darüber hinaus sei bei deutlichen psychologischen Belastungsfaktoren (Arbeitslosigkeit, finanzielle Situation, in der Vergangenheit Konflikte zwischen ihrem Partner und ihren Kindern) aber auch von einer psychogenen Überlagerung auszugehen. Eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10: F45.4) liege nicht vor, da es an emotionalen Konflikten und/oder psychosozialen Belastungsfaktoren fehle, die sowohl für die Entstehung als auch den Verlauf die Hauptursache darstellten. Eine psychogene Schmerzüberlagerung unterhalb des Schweregrades einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung (ICD-10: F45.4) entspreche hier am ehesten der Diagnose Psychologische Faktoren und Verhaltensfaktoren bei andernorts klassifizierten Krankheiten (ICD-10: F54). Weiter diagnostizierte der psychiatrische Experte einen sich auf die Arbeitsfähigkeit nicht auswirkenden gefährlichen Gebrauch von Alkohol (ICD-10: F10.81; IV-act. 98-55 ff.). Die Beschwerdeführerin beschrieb als vorherrschende Beschwerden vor allem in wechselnder Intensität auftretende Schmerzen in den Gelenken (v.a. Handgelenke, Fussgelenke, Knie), im Schulter-Nackengebiet und im lumbalen Rücken (IV-act. 98-27, 48). Soweit sie fibromyalgietytische Beschwerden aufweist – chronische Müdigkeit, generalisierte Tendomyopathie mit chronischen Muskelschmerzen (vgl. Pschyrembel, Klinisches Wörterbuch, 267. Aufl., Berlin 2017, S. 578 f.) – sind diese nicht dominierend. Die von Dr. R.____ aufgeführte Diagnostik (WPI und SSSc) beruht zudem massgeblich auf subjektiven Angaben der Beschwerdeführerin. Insofern erscheint die diagnostische

Erfassung der psychosomatischen Beschwerden als "Schmerzstörung" im weiteren Sinne plausibel. Ebenfalls nachvollziehbar ist, dass keine somatoforme Schmerzstörung vorliegt, die diagnoseinhärent einen hohen funktionellen Schweregrad aufweist. Schliesslich attestiert Dr. R. ___ aufgrund der Diagnose keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit, obwohl sie darauf hinweist, dass der behandelnde Rheumatologe Dr. K. ___ sich darauf beschränke, die Arbeitsunfähigkeit anzupassen. Zusammenfassend sind die organisch nicht erklärbaren Schmerzen demnach durch die psychiatrische Beurteilung vollumfänglich erfasst. Die Einschränkungen somatischer und psychosomatischer Natur sind – wie dargelegt – nicht schwergradig. Dies ergibt sich aus der bundesgerichtlich verlangten Prüfung der Standardindikatoren. Gemäss dem psychiatrischen Gutachten sind Auffassung, Konzentration und kognitive Leistungsfähigkeit nicht beeinträchtigt (IV-act. 98-52). In der rund vier Monate nach der Begutachtung erhobenen Anamnese von Dr. R. ___ werden ausgeprägte Tagesmüdigkeit, Konzentrationsstörungen und fehlende Belastbarkeit angegeben (IV-act. 113-1). Dies deckt sich jedoch nicht mit der gutachterlichen Anamneseerhebung, weshalb anzunehmen ist, dass es sich um subjektive, nicht als längerdauernd ausgewiesene Beschwerden handelt. Die Beschwerdeführerin erlebte viele sehr belastende lebensgeschichtliche Ereignisse (Alkoholproblem des Vaters, mehrere schwere Krankheitsfälle im familiären Umfeld und Freundeskreis), welche nach ihren Angaben jeweils zu depressiven Einbrüchen geführt hätten (Bericht Klinik Valens vom 31. Oktober 2016, IV-act. 9; IV-act. 98-29; IV-act. 98-48 f., 50). Es werden gute familiäre und weniger intensive Kontakte zu einigen Kolleginnen berichtet (IV-act. 98-50). Die Persönlichkeit wird als leicht unsicher im Sinne einer Persönlichkeitsvariante beschrieben (IV-act. 98-52 f., 56). Als Aktivitäten nennt die Beschwerdeführerin leichte Hausarbeit, lange Spaziergänge mit ihrem Partner, Gesellschaftsspiele, Rätsel und Fernsehen (IV-act. 98-29, 51). Als Ressourcen werden ein stabiler familiärer Hintergrund und langjährige berufliche Erfahrungen erwähnt (IV-act. 98-57). Belastend wirkten der fehlende Arbeitsplatz und die schwierige finanzielle Situation (IV-act. 98-57), wobei sie gemäss ihren eigenen Angaben von ihrem langjährigen Lebenspartner unterstützt wird (IV-act. 81-4). Die Beschwerdeführerin macht eine Shiatsu-Therapie, zweimal wöchentlich medizinische Trainingstherapie, hat alle drei bis vier Wochen eine psychotherapeutische Konsultation und alle fünf bis sechs Wochen einen Termin beim Rheumatologen (IV-act. 29 f., 51). Zur Konsistenz führen die Gutachter aus, die Beschwerdeführerin fühle sich lediglich zu einer Tätigkeit im Rahmen von 30 % in der Lage, was diskrepant sei zum Aktivitätsniveau im Freizeit- und Haushaltsbereich. Sie gebe an, den Haushalt grösstenteils selbst zu versorgen und mehrere Stunden spazieren zu gehen. Anhand der objektivierbaren Befunde seien die geklagten Beschwerden nur zu einem kleinen Teil nachvollziehbar, jedoch hätten keine Hinweise auf Verdeutlichungstendenzen oder Aggravation bestanden (IV-act. 98-9). Die massgebenden Indikatoren wurden im Gutachten damit erörtert und der Vorwurf der Beschwerdeführerin folglich entkräftet. Entgegen der Ansicht der Beschwerdeführerin fand auch die von ihr eingenommene Medikation Eingang ins Gutachten (IV-act. 98-49). Der Spiegel des Antidepressivums Duloxetin lag im Referenzbereich (IV-act. 98-53). Auch der Einwand der Beschwerdeführerin, dass sich der Gutachter ausführlich mit dem angeblich gefährlichen Gebrauch von Alkohol beschäftigt anstatt mit der Schmerzproblematik, verfängt nicht. Wie der RAD-Arzt in seiner Stellungnahme vom 5. August 2019 korrekterweise festhält, war es die Pflicht des Gutachters, sich auch mit den Alkoholkonsumgewohnheiten der Beschwerdeführerin auseinanderzusetzen und damit die Anamnese vollständig zu erheben (IV-act. 115). Der

gefährliche Gebrauch von Alkohol ist vorliegend nicht relevant in Bezug auf die Arbeitsfähigkeit (Diagnose ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit; IV-act. 98-55) und die Thematik wurde deshalb lediglich kurz abgehandelt. Die Beschwerdeführerin scheint aber in diesem Zusammenhang zu übersehen, dass Alkohol depressive Symptome induzieren und/oder verstärken kann (IV-act. 98-56), weshalb der Gutachter diesen Befund zu Recht erhoben hat. Im Übrigen entspricht die vom psychiatrischen Gutachter attestierte volle Arbeitsfähigkeit auch der Einschätzung des zuletzt behandelnden Psychiaters Dr. E.____ (Arztbericht vom 25. August 2018; IV-act. 88), da die rezidivierende depressive Störung zu dieser Zeit remittiert war. Demnach besteht im psychiatrischen Bereich keine Diskrepanz in der Arbeitsfähigkeitsschätzung. Weiter verweist die Beschwerdeführerin auf einen Bericht von Dr. med. Q.____, Fachärztin für Dermatologie und Venerologie, vom 19. Juni 2019, gemäss welchem sie an eine Prurigo simplex subacuta leidet (IV-act. 111-4; act. G 6.1). Diese Hauterkrankung wirkt sich allerdings unter optimaler Behandlung nicht auf die Arbeitsfähigkeit aus (Rückfrage des RAD-Arztes an die Behandlerin; IV-act. 114, sowie Stellungnahme des RAD-Arztes vom 5. August 2019; IV-act. 115). Zusammenfassend erfüllt das bidisziplinäre Gutachten vom 20. März 2019 die rechtlichen Anforderungen, insbesondere auch hinsichtlich des strukturierten Beweisverfahrens. Es ist somit mit den Gutachtern davon auszugehen, dass seit Dezember 2015 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit und seit September 2017 eine 100%ige Arbeitsfähigkeit in adaptierten Tätigkeiten vorliegt (IV-act. 98-9). An dieser Einschätzung vermag auch der Einwand der Beschwerdeführerin nichts zu ändern, wonach ein Widerspruch vorliege, wenn die bisherige Tätigkeit als Gastronomiemitarbeiterin ihr nicht mehr möglich sei, sie aber im Haushalt nicht eingeschränkt sein soll. Denn die Tätigkeit als Gastronomiemitarbeiterin sei der Haushaltstätigkeit nicht unähnlich. Dabei verkennt die Beschwerdeführerin, dass sie im Haushalt ihre Zeit frei einteilen und ihr Aktivitätsniveau selbst bestimmen kann – ganz im Gegensatz zu ihrer bisherigen Tätigkeit als Gastronomiemitarbeiterin, bei welcher sie beispielsweise Kunden nicht hätte warten lassen können und zeitliche Vorgaben zu erfüllen hatte. Im Übrigen ist sie auf den Grundsatz hinzuweisen, dass einer versicherten Person im Rahmen der Schadenminderungspflicht Massnahmen zuzumuten sind, die ein vernünftiger Mensch in der gleichen Lage ergreifen würde, wenn er keinerlei Entschädigung zu erwarten hätte. Für die im Haushalt tätigen Versicherten bedeutet dies, dass sie Verhaltensweisen zu entwickeln haben, welche die Auswirkungen der Behinderung im hauswirtschaftlichen Bereich reduzieren und ihnen eine möglichst vollständige und unabhängige Erledigung der Haushaltarbeiten ermöglichen. Kann die versicherte Person wegen ihrer Behinderung gewisse Haushaltarbeiten nur noch mühsam und mit viel höherem Zeitaufwand erledigen, so muss sie in erster Linie ihre Arbeit einteilen und in üblichem Umfang die Mithilfe von Familienangehörigen in Anspruch nehmen (BGE 133 V 504 E. 4.2, Urteil des Bundesgerichts vom 7. Januar 2020, 8C_748/2019, E. 5.3). Tatsächlich scheint die Beschwerdeführerin bereits solche Massnahmen ergriffen zu haben, so teilt sie beispielsweise das Staubsaugen in Etappen auf und hat sich für die Erledigung der Einkäufe einen Einkaufswagen angeschafft. Für die Fensterreinigung kann sie auf die Unterstützung ihrer Schwester zählen und Getränke befördert ihr Lebenspartner in die Wohnung (IV-act. 81-6). Entgegen der Ansicht der Beschwerdeführerin schränken die beispielsweise beim Staubsaugen eingelegten Pausen die Arbeitsfähigkeit allerdings nicht ein, sondern sind durch die freie Zeiteinteilung der Haushaltstätigkeiten zu kompensieren. Die Beschwerdeführerin meldete sich am 10. November 2016 zum Leistungsbezug an, womit ein allfälliger Rentenanspruch

frühestens ab 1. Mai 2017 besteht (Art. 29 Abs. 1 und 3 IVG). Unbestritten ist die Qualifikation der Beschwerdeführerin als Teilerwerbstätige. Sie wäre zu 58 % im Erwerb und zu 42 % im Haushalt tätig (IV-act. 81-4). Gemäss Angaben der Arbeitgeberin hätte die Beschwerdeführerin ab 1. Januar 2016 ein Einkommen von 13 x Fr. 2'425.-- (= Fr. 31'525.--) erzielt (IV-act. 10-7, 15). Das Pensum von 25 Stunden bei einer betriebsüblichen Arbeitszeit von 43 Stunden (IV-act. 10-3) entspricht rund 60 %. Aufgerechnet auf ein Pensum von 100 % ergibt sich ein Jahreseinkommen von Fr. 52'542.--. Für die Bemessung des Invalideneinkommens ist vom Tabellenlohn gemäss Lohnstrukturerhebung (LSE) des Bundesamtes für Statistik (BFS), Kompetenzniveau 1, Frauen, 2016 auszugehen, der Fr. 54'581.-- beträgt (Informationsstelle AHV/IV, IV 2019, 10. Aufl., Bern 2019, Anhang 2). Die Beschwerdegegnerin passte im Einkommensvergleich das Invalideneinkommen zu Recht ans leicht unterdurchschnittliche Valideneinkommen an (IV-act. 100). Grundsätzlich kann damit ein sogenannter Prozentvergleich vorgenommen werden. Ein solcher bietet sich an, wenn Validen- und Invalideneinkommen ausgehend vom gleichen Tabellenlohn berechnet werden können. Deren genaue Ermittlung erübrigt sich: Der Invaliditätsgrad entspricht dem Grad der Arbeitsunfähigkeit, dies unter Berücksichtigung eines allfälligen Abzugs vom Tabellenlohn (Urteil des Bundesgerichts vom 23. Mai 2019, 9C_851/2018, E. 5.1 mit Hinweisen). Der Beschwerdegegnerin ist zuzustimmen, dass die im Gutachten aufgeführten Adaptionskriterien – körperlich leichte, wechselbelastende Tätigkeiten ohne Zwangshaltungen der Halswirbelsäule und ohne häufige Überkopfarbeiten (IV-act. 98-38) sowie gut strukturierte Tätigkeiten ohne erhöhte Anforderungen an die emotionale Belastbarkeit und ohne besonderen Zeitdruck (IV-act. 98-57) – den von der Beschwerdeführerin geforderten Leidensabzug nicht zu begründen vermögen, da der Tabellenlohn eine Vielzahl von leichten Tätigkeiten, welche das vorliegend umschriebene Belastungsprofil berücksichtigen, umfasst (Urteil des Bundesgerichts vom 19. September 2019, 8C_82/2019, E. 6.3.2). Allerdings muss darauf auch nicht weiter eingegangen werden, da die Beschwerdeführerin bei der gutachterlich attestierten 100%igen Arbeitsfähigkeit in einer adaptierten Tätigkeit selbst beim Höchstabzug von 25 % vom Invalideneinkommen nicht einen rentenbegründenden Invaliditätsgrad erreichen würde (Teil-Invaliditätsgrad im Erwerb: $25\% \times 58\% = 14,5\%$). Im Haushalt übernahm die Abklärungsperson die von der Beschwerdeführerin geltend gemachte Einschränkung von 36 %, hielt jedoch fest, es sei im Rahmen einer medizinischen Expertise zu prüfen, ob dies medizinisch plausibel sei (Abklärungsbericht vom 31. Mai 2018, IV-act. 81-10). Die Gutachter sahen im Haushalt keine objektivierbaren Einschränkungen (IV-act. 98-10). In Anbetracht der Adaptionskriterien sowie der in E. 2.9 erwähnten Schadenminderungspflicht erscheint dies nachvollziehbar. Hingegen würde auch unter Berücksichtigung der von der Beschwerdeführerin geltend gemachten Einschränkung im Haushalt von 36 % gewichtet mit dem Anteil im Haushalt von 42 % kein rentenbegründender Invaliditätsgrad (Teil-Invaliditätsgrad Haushalt von 15 %) entstehen. Folglich verneinte die Beschwerdegegnerin zu Recht einen Rentenanspruch. Zum retrospektiven Verlauf führte der psychiatrische Gutachter aus, zusammenfassend habe ab Juni 2017 bei mittelgradiger depressiver Symptomatik eine Arbeitsfähigkeit von nur noch 30 % vorgelegen. Ab ca. Mitte Juli 2017 sei die depressive Symptomatik nur noch leichtgradig ausgeprägt gewesen mit einer Arbeitsfähigkeit von 50 %. Ab September 2017 habe wieder die Arbeitsfähigkeit von 100 % bestanden (IV-act. 98-58). Dr. J. ___ nahm keine retrospektive Einschätzung vor und attestierte zum Untersuchungszeitpunkt vom 10. Juli 2017 in der bisherigen Tätigkeit wie auch in einer Verweistätigkeit ohne häufigen

Kundenkontakt und ohne Schichtdienst eine 20%ige Einschränkung (Fremdakten, act. 2-67). Der Gutachter ging davon aus, dass Dr. E.____ ab Juni 2017 aufgrund einer mittelgradigen depressiven Episode eine Arbeitsfähigkeit von 30 % geschätzt habe (IV-act. 98-58). Im Arztbericht vom 25. August 2018 hielt der behandelnde Psychiater jedoch fest, aus psychiatrischer Sicht sei die Beschwerdeführerin bisher nie arbeitsunfähig geschrieben worden, die Arbeitsunfähigkeiten seien vom Hausarzt und vom behandelnden Rheumatologen attestiert werden. Eine rein psychiatrische Einschätzung lässt sich dem Bericht von Dr. E.____ nicht entnehmen (IV-act. 88). Folglich besteht als rein psychiatrische Einschätzung lediglich diejenige von Dr. J.____. Eine höhere psychisch bedingte Arbeitsunfähigkeit als von 20 % ist somit für den Zeitraum von Juni bis Ende Juli 2017 nicht ausgewiesen und wäre gemäss Art. 88 Abs. 2 der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV; SR 831.201) nicht langandauernd und damit nicht rentenwirksam. Selbst bei einer 20%igen Arbeitsunfähigkeit ergäbe sich lediglich ein ungewichteter erwerblicher Teilinvaliditätsgrad von rund 23 % ([Fr. 52'542.-- - 0,8 x Fr. 54'581.--] : Fr. 54'581.--). Somit besteht auch kein rückwirkender befristeter Rentenanspruch. Nach dem Gesagten hat die Beschwerdegegnerin den Rentenanspruch zu Recht verneint und ist die Beschwerde abzuweisen. Das Beschwerdeverfahren ist kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festgelegt (Art. 69 Abs. 1 bis IVG). Eine Gerichtsgebühr von Fr. 600.-- erscheint in der vorliegend zu beurteilenden Angelegenheit als angemessen. Dem Ausgang des Verfahrens entsprechend ist sie vollumfänglich der Beschwerdeführerin aufzuerlegen und durch den von ihr geleisteten Kostenvorschuss von Fr. 600.-- gedeckt. Die Beschwerdeführerin hat bei diesem Verfahrensausgang keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung (vgl. Art. 61 lit. g ATSG). Entscheid im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP Die Beschwerde wird abgewiesen. Die Beschwerdeführerin hat eine Gerichtsgebühr von Fr. 600.-- zu bezahlen; diese ist durch den in gleicher Höhe geleisteten Kostenvorschuss gedeckt.

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