

SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2019/47 vom 26. Januar 2021

Sg Versicherungsgericht, 2021-01-26, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg_publicationen_IV_2019_47

FR: SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2019/47 du 26 janvier 2021

IT: SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2019/47 del 26 gennaio 2021

Regeste

Art. 7, 8 und 16 ATSG. Art. 28 IVG. Art. 72bis und 87 Abs. 2 und 3 IVV. Neuanmeldung nach formell rechtskräftiger Einstellung einer ganzen Invalidenrente. Keine Verletzung von Art. 72 bis IVV bei Vergabe eines Gutachtensauftrags ohne die Durchführung des Zufallsverfahrens an dasselbe Institut, welches das Erstgutachten erstattet hat. Würdigung eines polydisziplinären Gutachtens. Keine rentenbegründende Invalidität (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 26. Januar 2021, IV 2019/47).

Volltext

Entscheid vom 26. Januar 2021 Besetzung Präsident Ralph Jöhl, Versicherungsrichterinnen Monika Gehrler-Hug und Karin Huber-Studerus; Gerichtsschreiberin Viviane Kull
Geschäftsnr. IV 2019/47 Parteien A. ___ Beschwerdeführerin, vertreten durch Rechtsanwalt Dr. iur. Karl Gehler, LL.M., Hofmann Gehler Schmidlin, Lattenhofweg 4, Postfach 2151, 8645 Jona, gegen IV-Stelle des Kantons St. Gallen, Postfach 368, 9016 St. Gallen, Beschwerdegegnerin, Gegenstand Rente Sachverhalt A. ___ meldete sich im Juni 2003 wegen einer Fibromyalgie erstmals zum Bezug von Leistungen der Invalidenversicherung (IV) an (IV-act. 1). Sie gab an, keinen Beruf erlernt und bei der B. ___ AG als Facharbeiterin gearbeitet zu haben. Die B. ___ AG teilte am 9. Juli 2003 mit (IV-act. 9), die Versicherte sei bis Ende Februar 2003 als Z. ___-Facharbeiterin angestellt gewesen. Der AHV-beitragspflichtige Lohn habe bei einer Wochenarbeitszeit von 41.25 Stunden Fr. 48'152.-- betragen. Nach dem Einholen von medizinischen Berichten gab die IV-Stelle eine Begutachtung in Auftrag. Am 17. Februar 2004 und am 22./23. März 2004 wurde die Versicherte durch das Y. ___ rheumatologisch und psychiatrisch untersucht und es wurde eine Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit durchgeführt. Im Gutachten vom 7. Mai 2004 (IV-act. 27) gaben die Sachverständigen unter anderem folgende Diagnosen an: Generalisiertes undifferenziertes Schmerzsyndrom (mit/bei degenerativen Wirbelsäulenveränderungen, St. n. Morbus Scheuermann, positiven Tenderpoints bezüglich Fibromyalgie, positiven Kontrolldruckpunkten, Wirbelsäulenfehlhaltung, Deconditioning-Syndrom, konsistenter depressiver Problematik), lebensreaktive depressive Anpassungsstörung mittelschweren Ausprägungsgrades, St. n. Needling und subacromialer Steroidinfiltration bei PHS calcarea links (11/2000), St. n. AC-Gelenksinfiltrationen bei AC-Gelenksarthrose links (5/2002). Im Weiteren hielten sie fest, in der Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit hätten keine objektivierbaren Belastungslimiten gesehen werden können. Die Versicherte habe sich in den Belastungstests selbstlimitiert. In Bezug auf die Arbeitsfähigkeit teilte der psychiatrische Sachverständige mit (IV-act. 26-2), medizinisch-theoretisch sei im Rahmen einer versicherungspsychiatrischen Rezeption des globalen neuropsychischen Funktionspotentials eine 70-80%ige Arbeitsunfähigkeit valide

ausgewiesen; dies auf dem Boden einer objektivierbaren, arbeitsrelevanten, klinisch mittelschweren bis schweren "unspezifischen" depressiven psychopathologischen Alteration mit einer ausgeprägten, nicht mobilisierbaren kognitiv-emotionalen Fixierung auf ein generalisiertes Schmerzsyndrom mit einem hypochondrisch-wahnhaften Einschlag. Der rheumatologische Gutachter gab an (IV-act. 27-7), aus rein rheumatologischer Sicht sei der Versicherten die monoton-statische Tätigkeit in der zuletzt ausgeführten Tätigkeit (die Versicherte hatte bei der B.____ AG unter dem Mikroskop Z.____ gelötet, IV-act. 27-3) ganztags mit vermehrten Pausen (zwei Stunden pro Tag) zumutbar; eine leichte, wechselpositionierte und wechselbelastende Tätigkeit sei ihr ganztags zumutbar. Unter Berücksichtigung der konsistenten psychischen Problematik hinsichtlich eines Schmerzsyndroms und des nun in den Vordergrund gerückten psychiatrischen Leidens (vgl. die Beurteilung des psychiatrischen Sachverständigen) bestehe langfristig eine 70-80%ige Arbeitsunfähigkeit in sämtlichen Tätigkeiten. Mit Verfügungen vom 25. November 2004 und 16. Dezember 2004 sprach die IV-Stelle der Versicherten ab dem 1. Mai 2003 eine ganze Invalidenrente zu (IV-act. 41, 44). Am 30. Juni 2007 gab die Versicherte im Revisionsfragebogen an (IV-act. 50), der Gesundheitszustand habe sich verschlimmert. Dr. med. C.____, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, berichtete am 8. August 2007 (IV-act. 59), der Gesundheitszustand der Versicherten sei stationär. Der Hausarzt Dr. med. D.____, Facharzt für allgemeine Medizin FMH, teilte am 20. August 2007 ebenfalls einen stationären Gesundheitszustand mit (IV-act. 60). Am 11. Oktober 2007 teilte die IV-Stelle der Versicherten mit, es bestehe weiterhin ein Anspruch auf die bisherige Invalidenrente (IV-act. 64). Im Rahmen der Revision 6a des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG, SR 831.20) leitete die IV-Stelle das nächste Revisionsverfahren ein (vgl. IV-act. 68). Die Versicherte hielt am 28. März 2013 im Revisionsfragebogen fest (IV-act. 66), der Gesundheitszustand sei gleich geblieben. Der (neue) Hausarzt Dr. med. E.____, FMH Allgemeine Innere Medizin, berichtete am 27. Mai 2013 (IV-act. 73), der Gesundheitszustand der Versicherten habe sich nicht zum Positiven verändert. Zusätzlich bestünden Epicondylitiden bds., eine HWS-Distorsion bei einem Auffahrunfall am 8. Mai 2013, eine intermittierende Gastritis, intermittierende Palpitationen (kardiologisch blande Untersuchung im Januar 2010), eine Migräne mit Aura (blandes EEG im Januar 2011), zwischenzeitlich PHS calcarea Schulter rechts und ein Glaukom (ED Januar 2009). Dr. C.____ teilte am 12. Juni 2013 mit (IV-act. 74), seit Mai 2004 seien immer wieder depressive Phasen aufgetreten. Als Diagnosen nannte er eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig eine mittelgradige Episode (ICD-10 F33.1), und eine andauernde Persönlichkeitsänderung bei einem chronischen Schmerzsyndrom (ICD-10 F62.80). Er hielt fest, es scheine, dass die Versicherte nicht in der Lage sei, irgendeiner Tätigkeit nachzugehen. Mit einem Vorbescheid vom 17. September 2013 stellte die IV-Stelle die Einstellung der Invalidenrente in Aussicht (IV-act. 78, 79). Nach einem Einwand der Versicherten vom 24. Oktober 2013 (IV-act. 88) und der Einreichung eines Berichts von Dr. E.____ vom 30. Dezember 2013 (IV-act. 91) erachtete die IV-Stelle eine polydisziplinäre medizinische Untersuchung als notwendig (vgl. die Mitteilung vom 1. Mai 2014, IV-act. 96). Am 9. Februar 2015 und am 4. März 2015 wurde die Versicherte durch die SMAB AG I.____ polydisziplinär (psychiatrisch, rheumatologisch und internistisch) untersucht. Im Gutachten vom 2. April 2015 gaben die Gutachter folgende Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit an (IV-act. 111-14): Dekonditionierung bei einem langjährig chronifizierten Schmerzsyndrom von fibromyalgiformem Charakter. Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannten sie: Anhaltende somatoforme

Schmerzstörung (ICD-10 F45.4), rezidivierende depressive Störung, leichte depressive Episode (ICD-10 F33.0) vor dem Hintergrund zahlreicher psychobiographischer und psychosozialer Belastungsfaktoren, chronisch rezidivierende Tendopathie der Schulter-rotatorenhaut, anamnestisches Morton-Neurom interdigital II/III links bei St. n. alter Vorfussfraktur, intermittierende Gastritis, St. n. HP-Eradikation, intermittierende Palpationen (laut Aktenlage kardiologisch abgeklärt), Sonnenallergie. Der psychiatrische Sachverständige führte aus (IV-act. 111-11), die Versicherte sei früh Mutter geworden; die Partnerschaft mit dem Vater ihrer Tochter sei gescheitert. Eine weitere Beziehung zum Vater ihres zweiten Kindes sei konfliktreich verlaufen. Der Vater des jüngsten Kindes sei kurz nach der Geburt des Sohnes verstorben. Die Versicherte habe bereits in den 1990er Jahren in einem engen zeitlichen Zusammenhang mit einer Auffahrkollision und einer dabei erlittenen Wirbelsäulenprellung mit HWS-Distorsion ein chronisches Schmerzsyndrom entwickelt. Es sei zu einer sekundären Symptomausweitung mit deutlichen Hinweisen auf eine Selbstlimitierung gekommen. Vor dem Hintergrund einer konflikthafter Partnerschaft, die zur Trennung vor etwa fünf Jahren geführt habe, habe sich eine Ausweitung des chronischen Schmerzsyndroms gezeigt. Die von der Versicherten beklagten körperlichen Beschwerden seien nicht vollumfänglich durch somatische Befunde erklärbar. Mit Blick auf die zahlreichen psychosozialen Belastungsfaktoren und die konflikthafter erlebten psychobiographischen Belastungen sei von der Entwicklung einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung auszugehen. Damit einher gehe eine dysfunktionale Schmerzverarbeitung, welche auf dem Boden der aktuell erhobenen Befunde deutliche histrionische Züge trage und als willensnah gesteuert erscheine. Eine depressive Symptomatik mit einem mittelschweren bis schweren Ausprägungsgrad liege nicht vor. Allenfalls liege eine leichte depressive Episode vor, wobei mit Blick auf den bisherigen Verlauf von einer rezidivierenden depressiven Störung auszugehen sei. Eine Relevanz für die Arbeitsfähigkeit der Versicherten resultiere daraus nicht. Auch aus der anhaltenden somatoformen Schmerzstörung resultiere keine Relevanz für die Arbeitsfähigkeit; die Foerster-Kriterien seien nicht erfüllt. Die diagnostischen Algorithmen einer anhaltenden Persönlichkeitsänderung bei chronischen Schmerzen seien ebenfalls nicht erfüllt. Aus psychiatrischer Sicht sei die Versicherte in der Lage, jegliche ihrer körperlichen Konstitution sowie ihrem Ausbildungs- und Kenntnisstand angepasste Tätigkeiten zu verrichten. Der rheumatologische Gutachter hielt fest (IV-act. 111-12, 111-39), in der Vorgeschichte der Versicherten lasse sich mit einem im Oktober 1996 erlittenen Autounfall ein erster Schwerpunkt erkennen. Ein erster rheumatologischer Bericht aus dem Unfalljahr enthalte bereits zahlreiche Pathologien im Bereich des Bewegungsapparates wie ein subakutes Panvertebralsyndrom, Schulter- und Beckengürteltendinosen, eine leichte linkskonvexe Skoliose thorakolumbal, eine Spondylose der BWS, eine beginnende Chondrose L5/S1 sowie eine muskuläre Dysbalance und eine allgemeine Bandlaxität. Eine zweite aktenkundige Phase habe im Oktober 2002 mit einer Hospitalisation in der Klinik X.____, wo ein generalisiertes Schmerzsyndrom begleitet von zahlreichen Kleinpathologien im Bereich des Bewegungsapparats beschrieben worden sei, eingesetzt. Innerhalb der zeitlichen Phase ab 2002 bis aktuell hätten sich keine neuen medizinischen Fakten mit Ausnahme einer nochmaligen Distorsion im Nackenbereich am 8. Mai 2013, welche jedoch nicht zur einer Situationsänderung geführt habe, ergeben. Auch eine im Juni 2014 festgestellte lumbale Diskopathie mit beschriebener Wurzelkompression S1 links scheine keine weiteren Folgen gehabt zu haben. Der Blick auf die Akten und das in der aktuellen Untersuchung erhobene Zustandsbild liessen keinen Zweifel, dass die im Jahr 2002

erstmalig geäußerte Diagnose einer Fibromyalgie bzw. eines Fibromyalgie-Syndroms korrekt gewesen sei und nach wie vor bestätigt werden könne. Sowohl aus den subjektiven Schmerzangaben der Versicherten wie auch aus dem Untersuchungsbefund ergebe sich eine undifferenzierte Schmerzhaftigkeit praktisch des ganzen Körpers, welche durch ihr Ausmass möglicherweise zusätzlich vorliegende, somatisch klarer zu begründende lokale Störungen in der Beurteilung erschwere. Trotzdem sei anzunehmen, dass die Schmerzkrankheit in ihrer Bedeutung gegenüber allfälligen Lokalbefunden vollständig überwiege. Sitzende oder wechselnd sitzend-stehende Tätigkeiten ohne grössere Gehstrecken (Fussproblematik links) und mit einer leichten Belastungsgrösse erschienen der Versicherten zumutbar; allerdings sei die Möglichkeit wiederholter Arbeitspausen und Positionswechsel zu fordern (chronische Nacken- und Schulterproblematik). Die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Fachmitarbeiterin in der Produktion sei ohne ausgeprägte physische Belastungen gewesen; sie sei der Versicherten grundsätzlich zumutbar. Wegen einer Leistungseinbusse von ca. 20% durch die Arbeitsunterbrüche betrage die Arbeitsfähigkeit 80%. Für Verweistätigkeiten gälten die gleichen, im Belastungsprofil formulierten Annahmen; die Arbeitsfähigkeit betrage ebenfalls 80%. Der internistische Experte teilte mit (IV-act. 111-14), aus internistischer Sicht fänden sich lediglich funktionelle Magendarmbeschwerden bei einer intermittierenden Gastritis und ein Zustand nach einer HP-Eradikation, ausserdem intermittierende Palpitationen, die sich im Untersuchungszeitpunkt jedoch nicht dargestellt hätten und die scheinbar auch nicht kreislaufwirksam seien. Aus internistischer Sicht bestehe keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Bei Angabe einer Sonnenallergie seien Tätigkeiten mit einer stärkeren Exposition zu Sonnenlicht zu vermeiden. In der Konsensbeurteilung gaben die Sachverständigen an (IV-act. 111-15), aus polydisziplinärer Sicht sei die Versicherte in der Lage, die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Mitarbeiterin in der Montage von Z.____ ganztags mit einer Leistungsfähigkeit von 80% auszuüben. Ihr seien körperliche leichte Arbeiten einfacher geistiger Art mit geringen Verantwortungsbereichen, ohne besonderen Zeitdruck, ohne Nachtarbeitsbedingungen und ohne besondere Anforderungen an die Team- und Konfliktfähigkeit zumutbar. Ebenfalls seien sitzende oder wechselnd sitzend-stehende Tätigkeiten ohne grössere Gehstrecken (Fussproblematik links) und mit einer leichten Belastungsgrösse zumutbar; allerdings sei die Möglichkeit wiederholter Arbeitspausen und Positionswechsel zu fordern (chronische Nacken- und Schulterproblematik). Tätigkeiten mit einer stärkeren Exposition zu Sonnenlicht seien zu vermeiden. Die letzte Tätigkeit sei als angepasst zu betrachten. Retrospektiv habe über viele Jahre ein syndromales Beschwerdebild bestanden. Es sei davon auszugehen, dass die attestierte Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit auch in der Vergangenheit vorgelegen habe. Dr. med. F.____ vom Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD) notierte am 16. April 2015 (IV-act. 112), auf das Gutachten könne abgestellt werden. Mit einem (zweiten) Vorbescheid vom 29. Mai 2015 stellte die IV-Stelle erneut die Einstellung der Invalidenrente in Aussicht (IV-act. 116). Gleichentags unterbreitete die IV-Stelle der Versicherten ein Angebot zum Bezug von beruflichen Eingliederungsmassnahmen (IV-act. 113), welches die Versicherte am 3. Juni 2015 unterzeichnete (IV-act. 117). Mit einer Mitteilung vom 19. Februar 2016 sprach die IV-Stelle der Versicherten eine Arbeitsvermittlung zu (IV-act. 125). Mit einer Verfügung vom 1. März 2016 stellte die IV-Stelle die Rente ein (IV-act. 127). Mit einer weiteren Verfügung vom 2. März 2016 entschied die IV-Stelle (IV-act. 129), die Versicherte habe ab 1. Mai 2016 einen Anspruch auf die Weiterausrichtung einer ganzen Invalidenrente. Diese Rente werde ausgerichtet, wenn Massnahmen zur Wiedereingliederung durchgeführt

würden, längstens bis zum 30. April 2018. Bei einem Abbruch der Massnahme werde die Weiterausrichtung der Rente eingestellt. Beide Verfügungen erwachsen unangefochten in Rechtskraft. Am 2./5. September 2016 reichte die Versicherte ein Anmeldeformular für berufliche Integration/Rente sowie mehrere medizinische Berichte, insbesondere Berichte des Hausarztes Dr. E.____ und von Dr. med. G.____, FMH Physikalische Medizin und Rehabilitation, ein (vgl. IV-act. 140-161). Sie machte geltend, ihr Gesundheitszustand habe sich seit dem Jahr 2011 verschlechtert. Der RAD-Arzt Dr. F.____ notierte am 12. September 2016 nach einer Durchsicht der eingereichten medizinischen Berichte (IV-act. 163), eine signifikante und anhaltende Verschlechterung des Gesundheitszustands der Versicherten bestehe nicht. Die bisher geltenden versicherungsmedizinischen Kenndaten seien unverändert. Mit einem Vorbescheid vom 7. Oktober 2016 kündigte die IV-Stelle der Versicherten an, sie werde nicht auf das neue Leistungsbegehren eintreten (IV-act. 166). Nach einem Einwand der Versicherten vom 22. Oktober 2016 (IV-act. 171), dem medizinische Berichte von Dres. E.____ und G.____ beigelegt waren, holte die IV-Stelle bei Dr. G.____ einen Verlaufsbericht ein (IV-act. 172). Der RAD-Arzt Dr. F.____ notierte am 5. Dezember 2016 (IV-act. 174), die in den Berichten aufgeführten Diagnosen und Entitäten seien bereits anlässlich der Begutachtung durch die SMAB AG I.____ bekannt gewesen. Die geltend gemachte Verschlechterung des Gesundheitszustands könne nicht nachvollzogen werden und sei nicht ausgewiesen. Mit einer Verfügung vom 3. Januar 2017 trat die IV-Stelle auf die Anmeldung vom 2./5. September 2016 nicht ein (IV-act. 177). Diese Verfügung erwuchs unangefochten in Rechtskraft. Am 8./9. Juni 2017 meldete sich die Versicherte erneut zum Leistungsbezug an (IV-act. 184). Am 1. Dezember 2017 forderte die IV-Stelle die Versicherte auf, Unterlagen einzureichen, um eine relevante Änderung des rechtserheblichen Sachverhalts glaubhaft zu machen (IV-act. 191). Am 17. Januar 2018 gingen bei der IV-Stelle Berichte von Dr. E.____ vom 9. Januar 2018 und von Dr. G.____ vom 13. Dezember 2017 ein. Dr. E.____ hatte mitgeteilt (IV-act. 194-1), bei der Versicherten bestehe seit langer Zeit eine fibromyalgieforme Beschwerdesituation. In den letzten Jahren seien zunehmend Schulterbeschwerden hinzugekommen, welche im Rahmen einer PHS calcarea/Impingement-Situation imponierten. Intermittierend würden auch Beschwerden im Bereich der LWS mit mehrsegmentalen degenerativen Veränderungen und einer S1-Wurzel-Kompression angegangen. Leider sei nun auch noch eine deutliche Spinalkanalstenose auf der Höhe C5/6 mit beidseitigen intraforaminalen Kompressionen hinzugekommen. Die Halswirbelsäule sei bereits nach einem Auffahrunfall im 2013 vorbelastet gewesen. Eine weitere Verschlechterung des Gesundheitszustands sei unter anderem auch aufgrund der neuen symptomatischen zervikalen Spinalkanalstenose hinzugekommen. Er sehe eine ganze Rente als gerechtfertigt an. Dr. G.____ hatte folgende Diagnosen genannt (IV-act. 194-2): Impingementsyndrom Schulter rechts>links bei Tendinitis calcarea der Supraspinatussehne bds., Lumbovertebralsyndrom bei aktivierter Spondylarthrose L4-S1, cervicospondylogenes Schmerzsyndrom bei Spinalkanalstenose aufgrund von degenerativen Veränderungen. Sie hatte festgehalten, seit Jahren sei die Arbeitsfähigkeit der Versicherten durch die zunehmende Bewegungseinschränkung der Schultergelenke limitiert. Neu hinzugekommen sei im 2017 eine schmerzhafte Bewegungseinschränkung der HWS bei einer Spinalkanalstenose (siehe MRI der HWS vom 19. Januar 2017, IV-act. 194-3). Eine vollständige Arbeitsunfähigkeit sei nachvollziehbar. Der RAD-Arzt Dr. F.____ notierte am 8. Februar 2018 (IV-act. 203), das Zervikalsyndrom, die degenerativen Veränderungen und die Spinalstenose C5/6 seien von den behandelnden Ärzten im Vergleich zum Gutachten der SMAB AG I.____ vom 2. April

2015 neu angegeben worden. Diese Beschwerden seien bisher nicht im Vordergrund gestanden. Demnach sei es möglich, dass sich der Gesundheitszustand verschlechtert habe. Am 23. März 2018 teilte die IV-Stelle der Versicherten mit, dass eine polydisziplinäre Begutachtung notwendig sei und dass die SMAB AG I. ___ mit der Erstellung eines Verlaufsgutachtens beauftragt werde (IV-act. 197). Der Eingliederungsverantwortliche notierte am 4. April 2018 (IV-act. 200), die Versicherte habe regelmässig Bestätigungen der Arbeitsbemühungen eingereicht. Da die Frist der Arbeitsvermittlung ablaufe, würden die beruflichen Eingliederungsmassnahmen abgeschlossen. Mit einer Mitteilung vom 10. April 2018 stellte die IV-Stelle die beruflichen Eingliederungsmassnahmen und die Rentenzahlung ein (IV-act. 202). Am 9./16. Mai 2018 und am 25. Juni 2018 wurde die Versicherte durch die SMAB AG I. ___ polydisziplinär (psychiatrisch, neurologisch, orthopädisch-traumatologisch und internistisch) untersucht. Im Gutachten vom 13. August 2018 gaben die Gutachter folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit an (IV-act. 210-6): Radiologisch nachgewiesene degenerative zervikale Spinalkanalstenose, langjähriges chronisches Schmerzsyndrom mit einem fibromyalgiformen Charakter, somatischen und psychischen Faktoren, Erstdiagnose 2002 (chronische Schulter-Armschmerzen rechts>links bei Impingementsyndrom bds. rechts>links, chronische Schmerzen der HWS bei einer degenerativ bedingten Spinalkanalstenose C5/6 ohne eine signifikante Bewegungseinschränkung der HWS und ohne neurologische Auffälligkeiten). Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannten sie: Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte depressive Episode (ICD-10 F33.0) vor dem Hintergrund zahlreicher psychobiographischer und sozialer Belastungsfaktoren, vermutlich leichter Wurzelreiz C8 und S1 rechts, Migräne mit einer opthalmischen Aura, aktenanamnestisch Morton-Neurom II/III linker Fuss, intermittierende Gastritis, Zustand nach HP-Eradikation, intermittierende Palpitationen (laut Aktenlage kardiologisch abgeklärt, klinisch nicht evident), Sonnenallergie, Varikosis beidseits, Hallux rigidus links, anamnestisch Hyperthyreose (medikamentös eingestellt), fortgesetzter Nikotinkonsum. Der psychiatrische Sachverständige führte aus (psychiatrisches Teilgutachten vom 29. Juni 2018, IV-act. 210-18 ff.), die Versicherte habe angegeben, dass sie unter ständigen Schmerzen leide. Sie sei mit sich und ihrer Lebenssituation unzufrieden, was sich auf die Fähigkeit, Freude zu empfinden, negativ auswirke. Früher habe sie ihre Arbeit geliebt und sei mit Freude zur Arbeit gegangen. Für die Zukunft hoffe sie auf eine Besserung, aber eine Arbeit sei – wie auch immer – nicht möglich. In Bezug auf die psychiatrischen Befunde gab der Gutachter insbesondere an (IV-act. 210-24 f.), die Körpersprache habe nicht mit der Angabe einer hohen Schmerzintensität von 8/10 übereingestimmt. In der emotional-affektiven Schwingungsfähigkeit habe die Versicherte über das gesamte Ausdrucksspektrum verfügt. Zwar seien Stimmung und Affektlage über Strecken gedrückt, ernst, teilweise auch depressiv ausgelenkt geblieben, aber eine durchgehende Depressivität habe sich nicht gezeigt und es sei der Versicherten mehrmals gelungen, auch kurz zum positiven Pol mitzuschwingen. Die Fähigkeit, Freude zu empfinden, sei reduziert erschienen. Ein vollständiger Interessenverlust habe nicht vorgelegen, ebenso wenig ein sozialer Rückzug aus allen Lebensbereichen. Auf der Persönlichkeitsebene habe sich wie bereits anlässlich der Erstbegutachtung eine histrionische Akzentuierung mit einer Neigung zu einem demonstrativen Verhalten gezeigt. Das Verhalten sei aber nicht derart ausgeprägt gewesen, dass von einer Persönlichkeitsstörung von Krankheitswert auszugehen wäre. Unverändert habe die Versicherte wenig Veränderungsmotivation gezeigt. In der Laboruntersuchung sei das Antidepressivum nicht nachweisbar gewesen. Der

psychiatrische Gutachter diagnostizierte eine leichte depressive Episode (ICD-10 F33.0). Im Weiteren hielt er fest, mit der depressiven Symptomatik sei eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung eng verknüpft. Differentialdiagnostisch sei eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren zu diskutieren, da die Versicherte anamnestisch mitgeteilt habe, man habe deutliche degenerative Veränderungen an den Schultergelenken sowie einen Bandscheibenvorfall an der Halswirbelsäule und eine Verengung des Spinalkanals festgestellt. Gemäss einem neurologischen Bericht vom 20. Januar 2018 sei der Befund an der HWS als wahrscheinlich für die Schmerzen im Schultergürtelbereich verantwortlich angesehen worden, ohne dass eine radikuläre Komponente zu verzeichnen gewesen sei. Mit Blick auf diese Einschätzung sei eher von einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41) auszugehen, wobei die weitere, von der Versicherten beklagte fibromyalgiform anmutende Schmerzempfindung mit "Ganzkörperschmerz" zweifelsohne durch somatische Befunde nicht hinreichend erklärbar sei. Psychologische Faktoren seien aber an der Entstehung und vor allem an der Aufrechterhaltung der Symptomatik massgeblich beteiligt. In der Beurteilung gab der psychiatrische Gutachter an (IV-act. 210-28 ff.), die derzeit vorliegenden Befunde wichen nicht wesentlich von denen der Erstbegutachtung im Februar 2015 ab. Auffallend sei eine deutliche Diskrepanz zwischen der Angabe einer sehr hohen subjektiven Schmerzintensität und dem Verhalten. Die Versicherte habe anlässlich der Begutachtung keine Schmerzschonhaltung eingenommen und sie habe lebhaft gestikuliert und sich bewegt. Auch die Schilderung des Alltags habe Ressourcen erkennen lassen. In Anlehnung an das Mini-ICF APP sei festzuhalten, dass die Versicherte in der Lage sei, sich an Regeln und Routinen anzupassen sowie Aufgaben zu planen und zu strukturieren. Die Flexibilität und die Umstellungsfähigkeit sei ausreichend erhalten. Die Versicherte verfüge über Kompetenz und sie sei in der Lage, ihr Wissen anzuwenden. Die Entscheidungs- und Urteilsfähigkeit seien vorhanden. Die Proaktivität von Spontanaktivitäten sei leicht reduziert, die Widerstands- und Durchhaltefähigkeit seien ebenfalls leicht defizitär. Die Selbstbehauptungsfähigkeit sei erhalten. Die Versicherte sei kontaktfähig; die Konversation und Interaktion mit Dritten gelinge ihr. Aus rein psychiatrischer Sicht sei die Versicherte in der Lage, jegliche ihrem körperlichen Belastungsprofil angepasste Tätigkeiten auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt, die ihrem Kenntnis- und Ausbildungsstand entsprächen, in voller Präsenz und ohne eine Leistungsminderung zu verrichten. Arbeiten unter besonderem Zeitdruck, unter Nacharbeitsbedingungen sowie mit hohen Anforderungen an die Team- und Konfliktfähigkeit sollten möglichst gemieden werden. Der neurologische Sachverständige teilte mit (neurologisches Teilgutachten vom 4. Juni 2018, IV-act. 210-40 ff.), die seit vielen Jahren bestehenden und generalisiert vorhandenen Schmerzen könnten überwiegend nicht als neurogen angesehen werden. Paresen seien nicht nachweisbar. Auffallend seien fehlende bzw. abgeschwächte Muskeldehnungsreflexe, die im Gesamtkontext jedoch nicht einer Polyneuropathie entsprächen. Der neurologische Befund liefere trotz der beschriebenen deutlich ausgeprägten zervikalen Spinalkanalstenose (MRI vom 19. Januar 2017), die offenbar in einer Voraufnahme (15. Januar 1997, richtig wohl: 1997) noch nicht bestanden habe, keine genügenden Hinweise für das Vorliegen einer zervikalen Myelopathie, sodass aus neurologischer Sicht keine Operationsindikation bestehe. Aus prophylaktischen Gründen resultiere hieraus jedoch insofern eine Relevanz für die Arbeitsfähigkeit, als Tätigkeiten, die mit einer starken Belastung oder mit Fehlhaltungen der HWS einhergingen, nicht mehr ausgeübt werden könnten. Gleiches gelte für Tätigkeiten

mit Überkopfarbeiten, einem längeren Beugen des Nackens und einem schweren Heben. Wesentliche Differenzen zum fachneurologischen Befundbericht vom 20. Januar 2018 von Dr. med. J.____, Facharzt für Neurologie FMH (vgl. IV-act. 210-79), seien nicht vorhanden. In der zuletzt ausgeübten Tätigkeit (die Versicherte hatte angegeben, die Tätigkeit als Z.____-Facharbeiterin sei mit Vornüberbeugen und Arbeiten unter dem Mikroskop verbunden gewesen, IV-act. 210-37) sei die Versicherte seit dem Nachweis der spinalen Enge (Januar 2017) vollständig arbeitsunfähig. In adaptierten Tätigkeiten ohne eine starke Belastung oder Fehlhaltung der HWS, ohne Überkopfarbeiten, ohne längeres Beugen des Nackens und ohne schweres Heben bestehe eine vollständige Arbeitsfähigkeit. Der internistische Experte erklärte (internistisches Teilgutachten vom 25. Juni 2018, IV-act. 210-52 ff.), die Medikamentenanamnese sei schwierig gewesen; die Versicherte habe die Medikamente zwar aufgelistet, Dosierung und zeitliche Einnahme seien jedoch nicht klar zu evaluieren gewesen. Bei der Untersuchung des Bewegungsapparats habe die Versicherte angegeben, sämtliche Körperstellen seien druckschmerzhaft, insbesondere bei Abtasten des dorsalen Thorax und des Wirbelsäulenbereichs. Bei der Auskultation mit dem Stethoskop habe er einen ähnlich festen Druck ausgeübt, hier habe die Versicherte jedoch keine Schmerzen angegeben. Aus internistischer Sicht finde sich keine signifikante Veränderung. Eine Hyperthyreose sei hinzugetreten, die sich klinisch jedoch nicht äussere. Die Arbeitsfähigkeit in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit sei aus internistischer Sicht nicht eingeschränkt. Der orthopädisch-/traumatologische Gutachter hielt fest (orthopädisch-/traumatologisches Gutachten vom 28. Juni 2018, IV-act. 210-65 ff.), die gesamte Untersuchung sei von deutlichen Schmerzäusserungen und einem unruhigen Verhalten der Versicherten begleitet gewesen. Die Versicherte habe die Beweglichkeit der HWS deutlich schmerzhaft eingeschränkt demonstriert. Bei wiederholten Untersuchungsgängen und einer geduldigen Untersuchung sei die Beweglichkeit der HWS in allen Ebenen nicht schmerzhaft eingeschränkt gewesen. Das Impingement-Zeichen beider Schultergelenke sei deutlich, bei einer entsprechend geduldigen Untersuchung und wiederholten Untersuchungsgängen aber nur inkonsistent und in unterschiedlichem Ausmass positiv gewesen. Für die HWS, BWS und LWS habe die Versicherte einen sehr starken Bewegungsschmerz angegeben. Die Beweglichkeit der einzelnen Abschnitte sei bei einer wiederholten Untersuchung und bei Ablenkung der Versicherten ohne auffälligen Befund gewesen. Die Versicherte habe einen Fingerkuppen-Bodenabstand von 20 cm demonstriert. Bei der späteren Untersuchung sei der entsprechende Langsitz problemlos möglich gewesen und die Versicherte habe mit den Fingerkuppen die Füsse erreichen können. Hierbei habe sie keine Schmerzen angegeben. Verglichen mit den klinischen Befunden aus dem rheumatologischen Gutachten vom 4. März 2015 und den aktuell vorliegenden Befunden könne keine richtungsweisende Befundänderung, weder eine Verschlechterung noch eine Verbesserung, festgestellt werden. Weiterhin bestünden sehr diffuse Schmerzen des gesamten Körpers. Die zwischenzeitlich diagnostizierte degenerative Veränderung der HWS in der Etage C5/6 könne eine signifikante Befundverschlechterung "nicht argumentieren". Neurologisch fänden sich keine Auffälligkeiten, die Beweglichkeit der HWS sei bei geduldiger Untersuchung frei möglich gewesen. Auch aktuell bestünden chronische Schulter-Armschmerzen rechts>links bei einer Impingementsymptomatik beider Schultern. Insgesamt sei die Beschwerdesymptomatik aber sehr inkonsistent vorhanden und ein konsistenter Untersuchungsbefund nicht zu erheben. Die als erheblich beschriebenen Schmerzen könnten nicht nachvollzogen werden. Vier von fünf Waddell-Kriterien seien als Hinweis für eine bewusstseinsnahe Ausgestaltung der Beschwerdesymptomatik bzw. einer

Schmerzfehlverarbeitung positiv gewesen. Der Versicherten seien lediglich leichte Tätigkeiten möglich. Diese sollten überwiegend im Sitzen mit der Möglichkeit der eigenen gewählten Positionswechsel durchgeführt werden ohne Gerüst- und Leitertätigkeiten, ohne Überkopftätigkeiten und ohne Zwangshaltungen für die HWS, BWS und LWS. Aufgrund des vermehrten Pausenbedarfs wegen der chronischen Schmerzsymptomatik sei die Arbeitsfähigkeit in der angestammten wie in einer Verweistätigkeit um 20% gemindert. In der Konsensbeurteilung gaben die Sachverständigen an (IV-act. 210-5 ff.), die degenerativen Veränderungen an der HWS sowie an den Schultergelenken führten zu chronischen Schmerzen und daraus resultierend zu einem vermehrten Pausenbedarf. Die zuletzt ausgeübte Tätigkeit in der Montage von Z.____ sei mit einer Zwangshaltung der HWS verbunden gewesen, weshalb diese Arbeit aus neurologischer Sicht nicht mehr zumutbar sei. In einer adaptierten Tätigkeit bestehe hingegen eine 80%ige Arbeitsfähigkeit. Dabei sei auch die Überlagerung mit psychischen Störungen berücksichtigt, welche für sich genommen keine Arbeitsunfähigkeit begründeten, weil die Versicherte aus psychiatrischer Sicht durchaus über Ressourcen verfüge, welche eine regelmässige Tätigkeit erlaubten. Der Versicherten seien körperlich leichte Tätigkeiten, welche ihrem Kenntnis- und Ausbildungsstand entsprächen und überwiegend im Sitzen (mit der Möglichkeit einer eigenen gewählten Körperposition) durchgeführt würden, zumutbar. Arbeiten unter besonderem Zeitdruck, unter Nachtarbeitsbedingungen sowie mit hohen Anforderungen an die Team- und Konfliktfähigkeit seien zu vermeiden. Auszuschliessen seien Tätigkeiten, die mit einer starken Belastung oder Fehlhaltung der HWS einhergingen, insbesondere Überkopfarbeiten oder Tätigkeiten, die ein längeres Beugen des Nackens erforderten. Retrospektiv bestehe in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit seit dem Nachweis der zervikalen Spinalkanalstenose im Januar 2017 eine vollständige Arbeitsunfähigkeit. In adaptierten Tätigkeiten habe sich die Einschätzung der 80%igen Arbeitsfähigkeit seit 2015 nicht geändert. Der RAD-Arzt Dr. F.____ notierte am 22. August 2018 (IV-act. 211), auf das Gutachten könne abgestellt werden. Mit einem Vorbescheid vom 23. August 2018 stellte die IV-Stelle bei einem Invaliditätsgrad von 18% die Abweisung des Begehrens um eine Invalidenrente in Aussicht (IV-act. 214). Zur Begründung gab sie an, gemäss dem Gutachten der SMAB AG I.____ vom 13. August 2018 betrage die Arbeitsfähigkeit in adaptierten Tätigkeiten – wie bisher gemäss dem Gutachten der SMAB AG I.____ vom 2. April 2015 – 80%. Beim Valideneinkommen von Fr. 52'701.-- sei auf das bisher erzielte Einkommen bei der B.____ AG abzustellen. Das Invalideneinkommen von Fr. 43'034.-- entspreche dem durchschnittlichen Einkommen einer Hilfsarbeiterin gemäss der Lohnstrukturerhebung des Bundesamts für Statistik bei einer Arbeitsfähigkeit von 80%. Die Versicherte erhob am 6. September 2018 (IV-act. 219) und am 13. Oktober 2018 (Posteingang: 22. Oktober 2018, IV-act. 226) einen Einwand. Sie reichte Berichte von Dr. C.____ vom 17. September 2018 und von Dr. G.____ vom 19. Oktober 2018 ein (IV-act. 226-2, 226-4). Dr. C.____ hatte berichtet, er könne bestätigen, dass bei der Versicherten immer wieder depressive Phasen aufgetreten seien. Die Schmerzen führten zu Ein- und Durchschlafstörungen, einer bedrückten, traurigen Stimmung mit einem Verlust des Selbstwertgefühls sowie der Vitalität im Sinne einer depressiven Anpassungsstörung auf Dauerspannung. Dazu bestünden finanzielle und existenzielle Sorgen. Aktuell biete sich das Bild eines mittelschwer ausgeprägten depressiven Syndroms. Aufgrund der Depression und der chronischen Schmerzen resultiere eine Einschränkung der kognitiven Fähigkeiten. Dadurch entstünden Einbussen der Handlungsenergie, -planung, Übersichts- und mental-intellektuellen Umstellungsfähigkeit. Diese seien berufslimitierend, auf dem Boden

eines verminderten innerpsychischen Antriebs. Die Persönlichkeitsänderung verunmögliche die Integration in ein Team. Die Versicherte sei relativ isoliert und pflege ausserhalb der Familie praktisch keine Kontakte mehr. Dr. G.____ hatte mitgeteilt, sie habe folgende Diagnosen erhoben: Cervicospondylogenes Schmerzsyndrom bei Spinalkanalstenose und möglicher Kompression C6 bds. (siehe MRI HWS 1/2017), Impingementsyndrom Schulter rechts>links (Tendinitis calcarea Supraspinatussehne bds.), Lumbovertebralsyndrom bei aktivierter Spondylarthrose L4-S1, Gonarthrose bds., myofasiales Schmerzsyndrom bei muskulärer Dysbalance. Aufgrund der schmerzhaften Bewegungseinschränkungen der Schultern und der Spinalkanalstenose der HWS sowie bei weiteren Problemen im Bewegungssystem sei eine vollständige Arbeitsunfähigkeit nachvollziehbar. Am 7. November 2018 berichtete der Hausarzt Dr. E.____ (IV-act. 232), er könne nur mit Nachdruck formulieren, dass die Versicherte unter einer depressiven Symptomatik leide, die sicherlich aufgrund der mehrjährigen Schmerzsymptomatik indiziert sei. Aufgrund der komplexen Situation mit multiplen Befunden und Beschwerden im Bereich des Bewegungsapparats sei von operativen Eingriffen Abstand zu nehmen. Er beurteile die Versicherte als vollständig arbeitsunfähig. Die IV-Stelle bat die Gutachter der SMAB AG I.____ am 5. Dezember 2018, zu den Berichten von Dres. C.____, G.____ und E.____ Stellung zu nehmen (IV-act. 236). Am 14. Januar 2019 berichteten Fachärzte der H.____ (IV-act. 240), die Versicherte sei vom 26. November 2018 bis 21. Dezember 2018 hospitalisiert gewesen. Sie nannten folgende Diagnosen: Cervicospondylogenes Schmerzsyndrom mit Ausstrahlung in die oberen Extremitäten bds., symptomatische tendinopathia calcarea Schultern bds. rechtsführend, lumbospondylogenes Schmerzsyndrom rechtsbetont, Fibromyalgie (ED 2002), beginnende Coxarthrosen bds. (Röntgen vom 29. August 2016), chronische Epicondylitis radialis et ulnaris humeri rechtsbetont, Morton Neurinom II/III Fuss links, Hyperthyreose (ED 3/2017), DD Funktionelle Autonomie, M. Basedow, intermittierende Gastritis, Dyslipidämie, Nikotinabusus, intermittierende Palpitationen, Migräne mit Aura, teils sans migraine, Depression, Glaukom (ED 1/2009), Mikrohämaturie. Sie hielten fest, die Versicherte sei zur intensiven muskuloskelettalen Rehabilitation zugewiesen worden. Sie hätten die Versicherte in ein multimodales Therapieprogramm mit einem Schwerpunkt auf aktivierenden und funktionsverbessernden Therapieeinheiten integriert. Flankierend seien regelmässige Gespräche erfolgt. Hierbei hätten sich Hinweise für eine fatalistische Grundhaltung nach einer langen Leidenszeit und einem fehlenden bzw. geringen Erfolg der zahlreichen Therapieversuche gezeigt. Die rehabilitativen mehrmodalen intensiven Therapiemassnahmen hätten gemäss den Aussagen der Versicherten bezüglich der subjektiven Schmerzsituation bis zum Austrittszeitpunkt keinen deutlichen Erfolg gezeigt. Am 23. Januar 2019 nahmen die Gutachter der SMAB ergänzend Stellung (IV-act. 244). Sie hielten fest, in Bezug auf das Attest von Dr. G.____ sei darauf hinzuweisen, dass die als möglich erachtete intraforaminale Nervenwurzelaffektion C6 bds. klinisch weder bei der jetzigen noch bei einer früheren fachneurologischen Untersuchung (20. Januar 2018 Dr. J.____) habe festgestellt werden können. Wesentliche neurologische Störungen könnten somit nicht angenommen werden. Diese Diagnose und ein Impingementsyndrom der Schulter rechts>links seien im Gutachten bewertet worden. Bezüglich des Lumbovertebralsyndroms sei auszuführen, dass dieses bei der Begutachtung nicht im Vordergrund gestanden sei. Auch die Schmerzen beider Kniegelenke, die Dr. G.____ als Gonarthrose bds. darstelle, seien berücksichtigt worden. Insgesamt sei das von Dr. G.____ als myofasiales Schmerzsyndrom bei einer muskulären Dysbalance angeführte

Krankheitsbild als langjähriges Schmerzsyndrom mit fibromyalgiformem Charakter mitgeteilt worden. Dr. E. ___ habe keine Aspekte genannt, die im Gutachten nicht bewertet worden seien. Im Zeitpunkt der Begutachtung habe das Bild einer leichten depressiven Episode bei einer rezidivierenden depressiven Störung bestanden. Dr. C. ___ habe keinen Schweregrad der Depression benannt, sodass keine Begründung vorliege, die zu einer abweichenden Einschätzung führen könnte. Im Hinblick auf die von Dr. C. ___ attestierte Persönlichkeitsänderung sei festzuhalten, dass die im ICD-10 geforderten Merkmale nicht erfüllt seien. RAD-Arzt Dr. F. ___ notierte am 25. Januar 2019 (IV-act. 247), die Gutachter seien ausführlich auf das Schreiben von Dr. G. ___ eingegangen. Sie hätten begründet, weshalb die Spinalkanalstenose zervikal keine klinischen Folgen verursache und dass die geklagten Beschwerden der Versicherten bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit berücksichtigt worden seien. Im Weiteren hätten die Gutachter ausgeführt, weshalb sie lediglich eine leichte depressive Episode diagnostiziert hätten. Ausserdem hätten sie betont, dass sich Dr. C. ___ nicht zum Schweregrad der Depression geäußert habe. Die ICD-10 geforderten Merkmale der von Dr. C. ___ diagnostizierten Persönlichkeitsänderung seien nicht erfüllt. Aus dem Bericht der H. ___ ergäben sich keine neuen Aspekte. In Bezug auf die Auswertung des Gutachtens der SMAB vom 22. August 2018 ergebe sich keine Änderung. Mit einer Verfügung vom 25. Januar 2019 wies die IV-Stelle das Begehren um eine Invalidenrente ab (IV-act. 248). Zum Einwand gab sie die Stellungnahme des RAD vom gleichen Tag wieder. Die Versicherte (nachfolgend: Beschwerdeführerin) erhob am 25. Februar 2019 Beschwerde gegen die Verfügung vom 25. Januar 2019 (act. G 1). Sie beantragte die Aufhebung der angefochtenen Verfügung und die Ausrichtung einer ganzen Invalidenrente. Eventualiter sei eine halbe Invalidenrente, subeventualiter eine Viertelsrente auszurichten. Zudem ersuchte sie um die Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung und Rechtsverteidigung. Zur Begründung machte sie im Wesentlichen geltend, die Unabhängigkeit der Begutachtungsstelle SMAB AG I. ___ sei nicht gegeben. Die IV-Stelle (nachfolgend: Beschwerdegegnerin) habe nämlich die gleiche Institution beauftragt, welche sie bereits im Jahr 2015 beauftragt habe und welche verursacht habe, dass die Invalidenrente eingestellt worden sei. Diese Begutachtungsstelle sei nicht unabhängig, sondern habe grundsätzlich nur bestätigt, was bereits drei Jahre zuvor ausgesagt worden sei. Das Gutachten vom 13. August 2018 könne auch inhaltlich nicht anerkannt werden. Unverständlich sei, weshalb die Gutachter trotz einer Verschlechterung des Gesundheitszustands (radiologisch nachgewiesene degenerative zervikale Spinalkanalstenose) zur gleichen Arbeitsfähigkeitsschätzung in adaptierten Tätigkeiten komme wie im Gutachten vom 2015. Bis anhin seien die Schmerzen im Nacken und im Schulterbereich einem chronischen Schmerzsyndrom zugewiesen worden. An dieser Auffassung hätten die Gutachter festgehalten, obwohl mit einer Spinalkanalstenose eine klare Ursache dieser Schulter- und Armschmerzen inkl. Nackenschmerzen vorhanden sei. Die Gutachter hätten nicht einmal in Erwägung gezogen, dass die Spinalkanalstenose diese Schmerzen verursache. Zu rügen sei auch, dass verschiedene Diagnosen gestellt worden seien, welche angeblich keine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit hätten. Insbesondere der leichte Wurzelreiz C8/S1 rechts sei durchaus in der Lage, die Arbeitsfähigkeit einzuschränken, ebenso das Morton-Neurom-Syndrom II/III linker Fuss (Fähigkeit, zu stehen bzw. gehen). Nicht berücksichtigt worden sei auch die erhebliche Medikation. Wer solche Schmerzmittel einnehmen müsse, sei mit Sicherheit deutlich mehr als zu 20% in der Arbeitsfähigkeit eingeschränkt. Das von den Gutachtern festgehaltene Belastungsprofil sei widersprüchlich. Die Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit, die überwiegend im

Sitzen ausgeübt worden sei, sei vollständig ausgeschlossen worden, während eine adaptierte Tätigkeit, die als körperlich leichte, überwiegend im Sitzen ausgeübte Tätigkeit umschrieben worden sei, als zumutbar erachtet worden sei. Die Restarbeitsfähigkeit sei nicht verwertbar. Nebst den medizinischen Einschränkungen sei zu berücksichtigen, dass sie 57 Jahre alt sei, seit bald 15 Jahren keiner Arbeitstätigkeit mehr nachgegangen sei und keinerlei Ausbildung aufweisen könne. Es sei nicht realistisch, dass sie noch eine Arbeit finden könnte. Bei der Prüfung der wirtschaftlichen Verwertbarkeit der Restarbeitsfähigkeit dürfe nicht von realitätsfremden Einsatzmöglichkeiten ausgegangen werden. Beim Invalideneinkommen sei ein Abzug von mindestens 10% vorzunehmen, da ein Arbeitgeber nicht bereit sei, den gleichen Lohn auszurichten wie einem gesunden Arbeitnehmer. Aufgrund der Schmerzen, des Alters und der fehlenden Ausbildung sei aber ein höherer Abzug, nämlich ein "Leidensabzug" von 25%, zu gewähren. Die aktuellen Arztzeugnisse zeigten, dass von einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit auszugehen sei. Ausserdem habe die H. ___ gleich vier verschiedene Therapien verschrieben. Diese Zeit würde im Fall einer (Teil-)Arbeitstätigkeit fehlen, was einen potentiellen Arbeitgeber abschrecken würde. Dem Austrittsbericht sei ein Rezept für elf Medikamente angehängt, wobei es sich bei mindestens fünf Medikamenten um derart starke Arzneimittel handle, dass die Arbeitsfähigkeit ebenfalls eingeschränkt sei. Die Beschwerdeführerin reichte unter anderem einen Bericht von Dr. G. ___ vom 9. Januar 2019 (act. G 1.1.5), vier Verordnungen für ambulante Therapien der H. ___ vom 20. Dezember 2018 (act. G 1.1.7-1.1.10) sowie eine Verordnung für Krankenpflege der H. ___ vom 19. Dezember 2018 (act. G 1.1.11) ein. Die von Dr. G. ___ angegebenen Diagnosen waren bereits im Bericht vom 19. Oktober 2018 (IV-act. 243) enthalten. Zusätzlich hatte sie ein Morton-Neurom angegeben. Die Beschwerdegegnerin beantragte am 3. April 2019 die Abweisung der Beschwerde (act. G 5). Zur Begründung führte sie im Wesentlichen an, bei einer Verlaufsbeurteilung sei es genau Sinn und Zweck, dass dasselbe Institut den Gesundheitszustand der versicherten Person beurteile. Da es vorliegend um die Beurteilung einer allfälligen Verschlechterung gegangen sei, sei eine Verlaufsbeurteilung durch dasselbe Institut die beste Lösung gewesen, um eine objektive Einschätzung zu erhalten. Die von der Beschwerdeführerin angeführten Einwände weckten keine Zweifel am Gutachten. Das Hinzutreten einer neuen Diagnose bringe nicht zwangsläufig eine Erhöhung der Arbeitsunfähigkeit in angepasster Tätigkeit mit sich. Auch die Länge der Liste von verschriebenen bzw. eingenommenen Medikamenten sage nichts über die Höhe der Arbeitsfähigkeit aus, zumal die Gutachter explizit darauf hingewiesen hätten, dass die Medikamentenanamnese schwierig gewesen sei. Für die Invaliditätsbemessung sei nicht massgebend, ob eine invalide Person unter den konkreten Arbeitsmarktverhältnissen vermittelt werden könne, sondern einzig, ob sie die ihr verbliebene Arbeitskraft noch wirtschaftlich nutzen könnte, wenn die verfügbaren Arbeitsplätze dem Angebot an Arbeitskräften entsprechen würden. Das im Gutachten formulierte Belastungsprofil lasse der Beschwerdeführerin zahlreiche Tätigkeiten offen, mit welchen sie ihre vorhandene Restarbeitsfähigkeit verwerten könne. Da die Arbeitsfähigkeit lediglich aufgrund eines erhöhten Pausenbedarfs reduziert sei, sei ein "Leidensabzug" nicht gerechtfertigt. Mit den beschwerdeweise ins Recht gelegten medizinischen Berichten habe die Beschwerdeführerin keine neuen, im Rahmen der Beurteilung unberücksichtigten Tatsachen vorgebracht. Bei den Einschätzungen der Arbeitsfähigkeit handle es sich um eine andere Beurteilung desselben medizinischen Sachverhalts. Das Versicherungsgericht des Kantons St. Gallen bewilligte am 9. April 2019 das Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege (Befreiung von den

Gerichtskosten und Bewilligung der unentgeltlichen Rechtsverteidigung) für das Beschwerdeverfahren (act. G 6). Mit einer Replik vom 7. August 2019 hielt die Beschwerdeführerin an den gestellten Anträgen fest (act. G 12). Ergänzend machte sie im Wesentlichen geltend, die Beschwerdegegnerin verschweige die zentrale Widersprüchlichkeit in den Gutachten. Nicht nachvollziehbar sei, welche Tätigkeiten sie noch ausführen solle. Selbst eine Tätigkeit an einem Nischenarbeitsplatz sei mit dem formulierten Tätigkeitsprofil praktisch nicht mehr möglich. Die Beschwerdegegnerin verzichtete auf eine Duplik (vgl. act. G 14). Erwägungen Die Beschwerdeführerin hat ab 1. Mai 2003 eine ganze Rente bezogen. Mit einer Verfügung vom 1. März 2016 ist diese Rente eingestellt worden (IV-act. 127). Mit einer weiteren Verfügung vom 2. März 2016 hat die Beschwerdegegnerin entschieden (IV-act. 129), die "ganze Rente" weiter auszurichten, wenn Massnahmen zur Wiedereingliederung durchgeführt würden, längstens bis zum 30. April 2018. Diese Verfügungen sind unangefochten in Rechtskraft erwachsen. Am 8./9. Juni 2017 hat sich die Beschwerdeführerin erneut zum Leistungsbezug angemeldet (IV-act. 184). Dabei kann es sich nur um eine sogenannte Neuanmeldung gemäss Art. 87 Abs. 3 IVV gehandelt haben, denn die Ausrichtung der ganzen Rente ist zu diesem Zeitpunkt formell rechtskräftig eingestellt gewesen und der Beschwerdeführerin ist eine auf zwei Jahre befristete "Übergangsleistung" ausgerichtet worden (zur Qualifikation der Leistung gemäss lit. a Abs. 3 der Schlussbestimmungen zur IVG-Revision 6a vgl. den Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 29. November 2016, IV 2014/151, E. 1). Gemäss Art. 87 Abs. 2 und 3 der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV, SR 831.201) wird eine neue Anmeldung nur geprüft, wenn darin glaubhaft gemacht wird, dass sich der Grad der Invalidität in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert hat. Die Beschwerdeführerin hat dazu Berichte von Dr. E. ___ vom 9. Januar 2018 und von Dr. G. ___ vom 13. Dezember 2017 eingereicht (IV-act. 194). Aus diesen ergibt sich, dass im Januar 2017 aufgrund eines MRI der HWS neu eine zervikale Spinalkanalstenose festgestellt worden ist. Im Gutachten der SMAB AG I. ___ vom 2. April 2015, welches der renteneinstellenden Verfügung vom 1. März 2016 zugrunde gelegen hat, war diese Diagnose nicht genannt worden. Damit ist es plausibel, dass sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin seit dem 1. März 2016 verschlechtert hat (vgl. auch die Stellungnahme des RAD-Arztes Dr. F. ___ vom 8. Februar 2018, IV-act. 203). Die Beschwerdeführerin hat also eine wesentliche Verschlechterung ihres Gesundheitszustands glaubhaft gemacht. Die Beschwerdegegnerin ist somit zu Recht auf die Neuanmeldung vom 8./9. Juni 2017 eingetreten. Die Beschwerdegegnerin hat mit der angefochtenen Verfügung vom 25. Januar 2019 einen Rentenanspruch der Beschwerdeführerin bei einem IV-Grad von 18% verneint. Strittig ist somit, ob die Beschwerdeführerin einen Anspruch auf eine Invalidenrente hat. Einen Anspruch auf eine Rente der Invalidenversicherung haben Versicherte, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wiederherstellen, erhalten oder verbessern können, während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40% arbeitsunfähig gewesen sind und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40% invalid sind (Art. 28 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung, IVG, SR 831.20). Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG, SR 830.1). Erwerbsunfähigkeit ist der durch eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und

Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Gemäss Art. 28a Abs. 1 IVG i.V.m. Art. 16 ATSG ist die Invalidität grundsätzlich durch einen Einkommensvergleich zu ermitteln. Dabei wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (zumutbares Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Einkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Valideneinkommen). Die Beschwerdeführerin hat keinen Beruf erlernt und ist bis Ende Februar 2003 als "Z.____-Facharbeiterin" bei der B.____ AG angestellt gewesen. Sie hat dort in monoton-sitzender Haltung unter dem Mikroskop Z.____ gelötet (IV-act. 27-3, vgl. auch IV-act. 210-37). Diese Tätigkeit ist eine Hilfsarbeiterinnentätigkeit gewesen. Damit ist es überwiegend wahrscheinlich, dass die Beschwerdeführerin ohne Gesundheitsbeeinträchtigung weiterhin als Hilfsarbeiterin erwerbstätig gewesen wäre. Die Validenkarriere besteht deshalb in einer Tätigkeit als Hilfsarbeiterin. Das zuletzt erzielte Jahreseinkommen bei der B.____ AG hat bei einer Wochenarbeitszeit von 41.25 Stunden Fr. 48'152.-- betragen. Im Vergleich zum durchschnittlichen Einkommen einer Hilfsarbeiterin im Jahr 2003 von Fr. 48'579.-- bei einer betriebsüblichen Arbeitszeit von 41.7 Stunden (vgl. Anhang 2 der IV-Ausgabe der Informationsstelle AHV/IV, Ausgabe 2008) ist der Lohn also leicht tiefer gewesen. Auch wenn die Beschwerdeführerin anlässlich der psychiatrischen Untersuchung durch die SMAB AG I.____ vom 25. Juni 2018 angegeben hat (IV-act. 210-19), sie habe ihre Arbeit geliebt und sei mit Freude zur Arbeit gegangen, hätte sie sich, wenn sich ihr dazu die Gelegenheit geboten hätte, wirtschaftlich vernünftig verhalten und eine besser bezahlte Hilfsarbeit angenommen. Die Validenkarriere besteht deshalb in der Ausübung einer durchschnittlich entlöhnten Hilfsarbeit. Um das zumutbare Invalideneinkommen ermitteln zu können, muss der verbliebene Arbeitsfähigkeitsgrad der Beschwerdeführerin mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit feststehen. Die Beschwerdegegnerin hat dazu die SMAB AG I.____ mit der Erstellung eines polydisziplinären Gutachtens beauftragt. Im Gutachten vom 13. August 2018 haben die Sachverständigen angegeben, in einer adaptierten Tätigkeit bestehe eine 80%ige Arbeitsfähigkeit. Strittig und im Folgenden zu prüfen ist, ob dem Gutachten voller Beweiswert zukommt, das heisst, ob es die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit belegt. Vorab ist auf den Einwand der Beschwerdeführerin einzugehen, wonach die Begutachtung durch die SMAB AG I.____ nicht unabhängig erfolgt sei, da diese bereits im Jahr 2015 ein Gutachten erstellt habe, welches dann zur Renteneinstellung geführt habe. Die Gutachter hätten grundsätzlich nur bestätigt, was bereits drei Jahre zuvor ausgesagt worden sei. Die Beschwerdeführerin hat damit implizit eine Verletzung von Art. 72 bis IVV gerügt. Art. 72 bis IVV sieht vor, dass Aufträge für polydisziplinäre Gutachten nach dem Zufallsprinzip vergeben werden. Nach der bundesgerichtlichen Auffassung wird Art. 72 bis IVV nicht verletzt, wenn im Rahmen des gleichen Abklärungsverfahrens ein Verlaufsgutachten bei der gleichen medizinischen Abklärungsstelle eingeholt wird, die das Erstgutachten erstattet hat, falls die Auftragsvergabe für das Erstgutachten nach dem Zufallsprinzip erfolgt war, dies zumindest dann nicht, wenn das Verlaufsgutachten nicht mehr als drei Jahre seit der Erstbegutachtung erstattet worden ist (Urteil des Bundesgerichts vom 2. November 2020, 9C_174/2020, E. 7, zur Publikation vorgesehen). Das Bundesgericht leitet diese Dreijahres-Vorgabe aus Art. 3 lit. a der Muster-Vereinbarung zwischen dem Bundesamt für Sozialversicherungen und der

Gutachterstelle xy betreffend die Durchführung von polydisziplinären Gutachten zur Beurteilung von Leistungsansprüchen in der Invalidenversicherung (gestützt auf Art. 72 bis IVV) ab, wonach die Aufträge für Verlaufsgutachten, welche innerhalb einer Frist von drei Jahren seit der ersten polydisziplinären Begutachtung notwendig sind, vom Zufallsprinzip ausgenommen sind. Bei dieser Dreijahres-Vorgabe kann es sich nicht um eine verbindliche, absolut geltende Frist handeln, die zur Folge hätte, dass bei einer Verlaufsbeurteilung nach mehr als exakt drei Jahren seit der Erstbegutachtung zwingend eine Auftragsvergabe nach dem Zufallsprinzip erforderlich wäre. Der Sinn und Zweck dieser Dreijahres-Vorgabe ist nämlich darin zu sehen, dass ein relativ enger zeitlicher Zusammenhang zwischen der ersten und der zweiten Begutachtung bestehen soll, sodass der Vorteil einer Verlaufsbeurteilung durch dieselbe Gutachterstelle, nämlich das Zurückgreifen auf die Vorkenntnisse aus der ersten Begutachtung und damit die Erhöhung des Aufschlusswerts zur Beurteilung der medizinischen Entwicklung (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 2. November 2020, 9C_174/2020, E. 7.4.4), erhalten bleibt. Dieser Vorteil, dem auch verfahrensökonomische Gründe zugrunde zu legen sind, kann auch bei einer Zweitbegutachtung nach mehr als exakt drei Jahren seit der Erstbegutachtung vorliegen. Die Rz 2077/5 des Kreisschreibens über das Verfahren in der Invalidenversicherung (Stand am 1. Januar 2018), laut der Verlaufsgutachten derselben Gutachterstelle in Auftrag gegeben werden können, die bereits das erste polydisziplinäre Gutachten erstellt hat, vorausgesetzt dieses ist über die Plattform SuisseMED@P vergeben worden, enthält denn auch keine solche Frist. Vorliegend hat die Beschwerdegegnerin die SMAB AG I.____ am 11. Dezember 2014 nach dem Zufallsprinzip mit der Erstbegutachtung beauftragt (IV-act. 103, 105). Das entsprechende Gutachten ist am 2. April 2015 fertiggestellt worden. Am 16. April 2018 hat die Beschwerdegegnerin die SMAB AG I.____ direkt, also nicht nach dem Zufallsprinzip, mit einer Verlaufsbeurteilung beauftragt (IV-act. 205). Damit liegt ein im Sinne der genannten bundesgerichtlichen Rechtsprechung noch ausreichend enger zeitlicher Zusammenhang zwischen der ersten und der zweiten Begutachtung vor. Beim Gutachten vom 13. August 2018 handelt es sich nicht um ein "echtes" Verlaufsgutachten, da es nicht im gleichen Abklärungsverfahren wie das Gutachten vom 2. April 2015 erstattet worden ist. Mit dem Eintreten auf die Neuanmeldung vom 7./8. Juni 2017 hat die Beschwerdegegnerin nämlich ein neues Abklärungsverfahren eröffnet. Weil die Situation aber mit einer "echten" Verlaufsbeurteilung vergleichbar ist, insbesondere da auch zu prüfen gewesen ist, ob sich der Gesundheitszustand in einem für den Rentenanspruch erheblichen Masse verschlechtert hat, wäre es nicht sinnvoll gewesen, die erneute polydisziplinäre Begutachtung nach dem Zufallsprinzip zu vergeben. Die Beschwerdegegnerin hat damit Art. 72 bis IVV nicht verletzt. Andere Anhaltspunkte, die den Anschein der Befangenheit der Sachverständigen der SMAB AG I.____ begründen würden, bestehen nicht und sind von der Beschwerdeführerin auch nicht angeführt worden. Der Umstand, dass sich ein Sachverständiger schon einmal mit einer Person befasst hat, vermag objektiv keinen Anschein der Befangenheit und die Gefahr der Voreingenommenheit zu begründen, selbst wenn ein Gutachter bei der ersten Abklärung zu (für eine Partei) ungünstigen Schlussfolgerungen gelangt war (Urteil des Bundesgerichts vom 2. November 2020, 9C_174/2020, E. 7.4.4, m.w.H.). Der Einwand der Beschwerdeführerin, die Begutachtung sei nicht durch ein unabhängiges Institut erfolgt, ist damit nicht stichhaltig. Im Folgenden ist das Gutachten auf seinen Beweiswert zu prüfen. Ein Gutachten hat vollen Beweiswert, wenn es für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in

Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge sowie der medizinischen Situation einleuchtet und die Schlussfolgerungen der Experten begründet sind (BGE 125 V 352 E. 3a). Notwendig ist zudem, dass der psychiatrische Gutachter die vom Bundesgericht in Bezug auf anhaltende somatoforme Schmerzstörungen und vergleichbare psychosomatische Leiden geschaffenen und später auf alle psychischen Erkrankungen, insbesondere auf leichte bis mittelschwere depressive Störungen, anwendbar erklärten Standardindikatoren berücksichtigt hat (vgl. BGE 141 V 281; 143 V 409 und 143 V 418). Alle Sachverständigen der SMAB AG I.____ haben umfassende Kenntnis von den Vorakten gehabt und diese gewürdigt. Sie haben die Beschwerdeführerin persönlich untersucht, die subjektiven Klagen aufgenommen und die erhobenen objektiven Befunde im Gutachten wiedergegeben. Der internistische Sachverständige hat nachvollziehbar erklärt, dass sich (ausser dem Hinzutreten einer Hyperthyreose, die sich klinisch jedoch nicht äussere) keine relevante Veränderung des Gesundheitszustands seit der Erstbegutachtung im Jahr 2015 ergeben habe. Es ist schlüssig, dass die aus internistischer Sicht erhobenen Diagnosen (intermittierende Gastritis, Zustand nach HP-Eradikation, intermittierende Palpitationen [laut Aktenlage kardiologisch abgeklärt, klinisch nicht evident], Sonnenallergie, Varikosis beidseits, anamnestisch Hyperthyreose [medikamentös eingestellt], fortgesetzter Nikotinkonsum) keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin in der zuletzt ausgeübten und in einer adaptierten Tätigkeit bewirken. Der neurologische Gutachter hat ebenfalls nachvollziehbar dargelegt, dass die von der Beschwerdeführerin beklagten Schmerzen nicht als neurogen haben angesehen werden können. Paresen sind nicht nachweisbar gewesen. Trotz der Beschreibung einer deutlich ausgeprägten zervikalen Spinalkanalstenose (MRI vom 19. Januar 2017) haben keine genügenden Hinweise für das Vorliegen einer zervikalen Myelopathie vorgelegen. Der neurologische Sachverständige hat jedoch festgehalten, dass aufgrund dieser Diagnose Tätigkeiten, die mit einer starken Belastung oder mit Fehlhaltungen der HWS einhergingen, aus prophylaktischen Gründen nicht mehr ausgeübt werden könnten. Da die Beschwerdeführerin in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als "Z.____-Facharbeiterin" überwiegend in einer vornübergebeugten Körperhaltung (Arbeit unter dem Mikroskop) gearbeitet hat, ist die vom neurologischen Gutachter attestierte vollständige Arbeitsunfähigkeit in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit schlüssig. Auch das von ihm formulierte Belastungsprofil für adaptierte Tätigkeiten ist angesichts der Natur der erhobenen Befunde schlüssig. Der orthopädisch-/traumatologische Gutachter hat aufgezeigt, dass sich seit der rheumatologischen Begutachtung im Jahr 2015 keine wesentliche Veränderung des Gesundheitszustands ergeben hat. Er hat die neu erhobene Diagnose einer zervikalen Spinalkanalstenose als nicht signifikante Befundverschlechterung qualifiziert. Er hat weiter festgehalten, dass die Beschwerdesymptomatik sehr inkonsistent vorhanden und ein konsistenter Untersuchungsbefund nicht zu erheben gewesen sei. Insbesondere hat er mehrfach festgestellt, dass die Beschwerdeführerin entgegen ihren Schmerzangaben nach geduldiger Untersuchung und/oder unter Ablenkung bestimmte Bewegungen schmerzfrei hat ausführen können. Als objektivierbare Gesundheitsbeeinträchtigungen hat er die Impingementsymptomatik beider Schultergelenke (rechts>links) und die Spinalkanalstenose der HWS genannt. Aus diesem Grund hat er als Belastungsprofil leichte Tätigkeiten, die überwiegend im Sitzen mit der Möglichkeit zu selbst gewählten Positionswechseln sowie ohne Gerüst- und Leitertätigkeiten, ohne Überkopftätigkeiten und ohne Zwangshaltungen für die HWS, BWS und LWS ausgeübt werden, festgehalten.

Aufgrund des wegen der chronischen Schmerzsymptomatik vermehrten Pausenbedarfs hat er die Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit wie in einer Verweistätigkeit als um 20% gemindert eingestuft. Angesichts des Umstands, dass die zuletzt ausgeübte Tätigkeit mit einer Zwangshaltung der HWS verbunden gewesen ist, überzeugt die Attestierung einer 80%igen Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit nicht. Da in der Konsensbeurteilung aufgrund der schlüssigen Einschätzung des neurologischen Gutachters aber eine vollständige Arbeitsunfähigkeit in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit angegeben worden ist, ist dies irrelevant. Der psychiatrische Sachverständige hat nachvollziehbar aufgezeigt, dass er lediglich leichte depressive Symptome feststellen können. Er hat die Diagnosen einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung versus eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren diskutiert und er hat plausibel erklärt, weshalb er die Diagnose einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren gestellt hat. Im Weiteren hat er – ähnlich wie der orthopädisch-/traumatologische Gutachter – eine deutliche Diskrepanz zwischen der Angabe einer sehr hohen subjektiven Schmerzintensität und dem Verhalten der Beschwerdeführerin festgestellt. Schliesslich hat er sich zu den Standardindikatoren, insbesondere zu den Ressourcen, geäußert und ist zum schlüssigen Ergebnis gelangt, dass die Arbeitsfähigkeit aus psychiatrischer Sicht quantitativ nicht eingeschränkt ist. In qualitativer Hinsicht hat er Arbeiten unter besonderem Zeitdruck, unter Nacharbeitsbedingungen sowie mit hohen Anforderungen an die Team- und Konfliktfähigkeit als zu vermeidende Kriterien benannt. Die in der Konsensbeurteilung angegebene Arbeitsfähigkeitsschätzung und das Belastungsprofil für adaptierte Tätigkeiten überzeugen. Am 23. Januar 2019 haben die Sachverständigen der SMAB AG I.____ zu den von der Beschwerdeführerin im Rahmen des Vorbescheidverfahrens eingereichten Berichten der Dres. C.____, G.____ und E.____ Stellung genommen. Sie haben wiederum schlüssig erklärt, weshalb diese Berichte zu keiner vom Gutachten abweichenden Beurteilung führen. Lediglich die Äusserung aus psychiatrischer Sicht, laut der Dr. C.____ den Schweregrad der Depression nicht benannt habe, womit keine Begründung vorliege, die zu einer abweichenden Einschätzung führen könnte, überzeugt nicht. Dr. C.____ hat nämlich berichtet, aktuell biete sich das Bild eines mittelschwer ausgeprägten depressiven Syndroms. Angesichts des von den Gutachtern festgestellten Verdeutlichungsverhaltens ist davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin ihre Beschwerden und Funktionseinbussen auch gegenüber Dr. C.____ überzeichnet hat und dass dieser dies nicht bemerkt hat. Im Weiteren ist auch der Erfahrungstatsache Rechnung zu tragen, dass die behandelnden Ärzte aufgrund ihrer auftragsrechtlichen Vertrauensstellung im Zweifel eher zugunsten ihrer Patienten auszusagen pflegen und dazu neigen, die pessimistischen Beschwerdeschilderungen ihrer Patienten als objektiv ausgewiesen zu qualifizieren (vgl. BGE 125 V 353, E. 3b.cc; Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts vom 5. April 2004, I 814/03, E. 2.4.2). Damit liegt kein Grund vor, an der gutachterlichen Einschätzung zu zweifeln. Auch der Bericht der H.____ vom 14. Januar 2019 vermag keine Zweifel am Gutachten zu wecken. Die darin enthaltenen Diagnosen stimmen nämlich im Wesentlichen mit den im Gutachten angegebenen Diagnosen überein. Die Fachärzte haben zudem festgehalten, in den Gesprächen mit der Beschwerdeführerin hätten sich Hinweise für eine fatalistische Grundhaltung nach einer langen Leidenszeit und nach einem fehlenden bzw. geringen Erfolg der zahlreichen Therapieversuche gezeigt. Dies stimmt mit der Aussage des psychiatrischen Sachverständigen überein, laut der die Beschwerdeführerin unverändert wenig Veränderungsmotivation gezeigt habe. Eine Arbeitsfähigkeitsschätzung haben die

Fachärzte der H. ___ nicht abgegeben. Dieser Bericht enthält deshalb, wie vom RAD-Arzt Dr. F. ___ festgehalten, keine neuen Aspekte. Zu prüfen bleibt, ob die Einwände der Beschwerdeführerin Zweifel am Gutachten zu wecken vermögen. Die Beschwerdeführerin hat geltend gemacht, unverständlich sei, weshalb die Gutachter trotz einer Verschlechterung des Gesundheitszustands (radiologisch nachgewiesene degenerative zervikale Spinalkanalstenose) zur gleichen Arbeitsfähigkeitsschätzung in adaptierten Tätigkeiten wie im Gutachten vom 2015 gekommen seien. Im Weiteren hat sie vorgebracht, die Schmerzen im Nacken und im Schulterbereich seien bis anhin einem chronischen Schmerzsyndrom zugewiesen worden. An dieser Auffassung hätten die Gutachter festgehalten, obwohl mit einer Spinalkanalstenose eine klare Ursache dieser Schulter- und Armschmerzen inkl. Nackenschmerzen vorhanden sei. Die Gutachter hätten nicht einmal in Erwägung gezogen, dass die Spinalkanalstenose diese Schmerzen verursache. Zu rügen sei auch, dass verschiedene Diagnosen gestellt worden seien, welche angeblich keine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit hätten. Insbesondere der leichte Wurzelreiz C8/S1 rechts sei durchaus in der Lage, die Arbeitsfähigkeit einzuschränken, ebenso das Morton-Neurom-Syndrom II/III linker Fuss (Fähigkeit, zu stehen bzw. gehen). Dazu ist festzuhalten, dass die Sachverständigen bei der Arbeitsfähigkeitsschätzung die neu diagnostizierte degenerative zervikale Spinalkanalstenose durchaus sorgfältig berücksichtigt haben, indem sie eine qualitative Einschränkung der Arbeitsfähigkeit attestiert haben. Im Vergleich zum Gutachten vom 2. April 2015 haben sie nämlich Tätigkeiten, die mit einer starken Belastung oder Fehllhaltung der HWS einhergehen, insbesondere Überkopparbeiten oder Tätigkeiten, die ein längeres Beugen des Nackens erfordern, nun ebenfalls als nicht-behinderungsadaptiert qualifiziert. Die Auffassung der Beschwerdeführerin, dass mit der Spinalkanalstenose eine klare Ursache der Schulter- und Armschmerzen inklusive Nackenschmerzen vorhanden sei, vermag nicht zu überzeugen. Inwiefern die Diagnose eines leichten Wurzelreizes C8/S1 rechts in der Lage sein soll, die Arbeitsfähigkeit einzuschränken, hat die Beschwerdeführerin nicht dargetan. Aus einer Diagnose allein kann im Übrigen nicht auf eine (Teil-)Arbeitsunfähigkeit geschlossen werden. Massgebend sind vielmehr die Auswirkungen der Symptome auf die Arbeitsfähigkeit in einer ideal leidensadaptierten Tätigkeit im konkreten Einzelfall. Laut der überzeugenden Beurteilung des neurologischen Gutachters hat der vermutlich leichte Wurzelreiz C8/S1 keine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit. Das Morton-Neurom-Syndrom II/III linker Fuss haben die Gutachter im Belastungsprofil berücksichtigt, indem sie eine überwiegend sitzende Tätigkeit als zumutbar erachtet haben. Die Beschwerdeführerin hat im Weiteren gerügt, die Gutachter hätten die erhebliche Medikation nicht berücksichtigt. Wer solche Schmerzmittel einnehmen müsse, sei mit Sicherheit deutlich mehr als zu 20% in der Arbeitsfähigkeit eingeschränkt. Auch sei dem Austrittsbericht der H. ___ ein Rezept für elf Medikamente angehängt, wobei es sich bei mindestens fünf Medikamenten um derart starke Arzneimittel handle, dass die Arbeitsfähigkeit ebenfalls eingeschränkt sein müsse. Welche Medikamente die Beschwerdeführerin tatsächlich einnimmt, ergibt sich aus ihren Ausführungen nicht. Der internistische Gutachter hat festgehalten, dass die Medikamentenanamnese schwierig gewesen sei (IV-act. 210-52). Selbst wenn die Beschwerdeführerin zahlreiche Schmerzmittel einnehmen sollte, kann daraus nicht auf eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit geschlossen werden, denn für die Arbeitsfähigkeitsschätzung ist allein massgebend, über welches funktionelle Leistungsvermögen die versicherte Person objektiv noch verfügt. Die Beschwerdeführerin hat vorgebracht, die aktuellen Arztzeugnisse zeigten, dass von einer vollständigen

Arbeitsunfähigkeit auszugehen sei. Der von der Beschwerdeführerin angeführte Bericht des Hausarztes Dr. E. ___ vom 9. Januar 2018 hat den Gutachtern vorgelegen und enthält keine neuen Aspekte. Die von Dr. G. ___ am 9. Januar 2019 angegebenen Diagnosen sind bereits im Bericht vom 19. Oktober 2018, den die Gutachter ausführlich gewürdigt haben, enthalten gewesen. Zusätzlich hat Dr. G. ___ ein Morton-Neurom angegeben, eine Diagnose also, die die Gutachter ebenfalls berücksichtigt haben. Auch dieser Bericht enthält somit keine neuen Aspekte. Bei den von Dres. E. ___ und G. ___ abgegebenen Arbeitsfähigkeitsschätzungen handelt es sich somit um eine andere Beurteilung desselben medizinischen Sachverhalts. Sie sind nicht geeignet, Zweifel an der Arbeitsfähigkeitsschätzung der Gutachter zu wecken, zumal auch hier der Erfahrungstatsache Rechnung zu tragen ist, dass die behandelnden Ärzte aufgrund ihrer auftragsrechtlichen Vertrauensstellung im Zweifel eher zugunsten ihrer Patienten auszusagen pflegen und dazu neigen, die pessimistischen Beschwerdeschilderungen ihrer Patienten als objektiv ausgewiesen zu qualifizieren (vgl. BGE 125 V 353, E. 3b.cc; Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts vom 5. April 2004, I 814/03, E. 2.4.2). Die Beschwerdeführerin hat schliesslich eingewendet, das von den Gutachtern festgehaltene Belastungsprofil sei widersprüchlich. Die Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit, die überwiegend im Sitzen ausgeübt worden sei, sei vollständig ausgeschlossen worden, während eine adaptierte Tätigkeit, die als körperlich leichte, überwiegend im Sitzen ausgeübte Tätigkeit umschrieben worden sei, als zumutbar erachtet worden sei. Da die zuletzt ausgeübte Tätigkeit mit einer Zwangshaltung der Halswirbelsäule verbunden gewesen ist (Arbeit unter dem Mikroskop), haben die Gutachter eine vollständige Arbeitsunfähigkeit attestiert. Andere, überwiegend im Sitzen (mit der Möglichkeit zu selbst gewählten Positionswechseln) ausgeübte Tätigkeiten sind der Beschwerdeführerin zumutbar. Ein Widerspruch besteht damit nicht. Zusammenfassend ist festzuhalten, dass die Einwände der Beschwerdeführerin keine Zweifel am Beweiswert des Gutachtens zu wecken vermögen. Damit ist mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erstellt, dass die Beschwerdeführerin in adaptierten Tätigkeiten zu 80% arbeitsfähig ist. Bleibt der von der Beschwerdegegnerin vorgenommene Einkommensvergleich zu überprüfen. Sowohl die Validen- als auch die Invalidenkarriere besteht in einer Tätigkeit als Hilfsarbeiterin. Der Betrag der Vergleichseinkommen bei der Berechnung des Invaliditätsgrades kann deshalb mathematisch keine Rolle spielen; der Invaliditätsgrad ist anhand eines sogenannten Prozentvergleichs zu berechnen. Er entspricht also dem Arbeitsunfähigkeitsgrad, korrigiert um einen allfälligen zusätzlichen Abzug. Der Arbeitsfähigkeitsgrad beträgt vorliegend an einem adaptierten Arbeitsplatz mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit 80%. Nun stellt sich die Frage, ob die Beschwerdeführerin zusätzliche Lohnnachteile in Kauf zu nehmen hat. Bei Personen, die in ihrer Arbeitsfähigkeit eingeschränkt sind, können im Vergleich zu gesunden Arbeitnehmern nämlich Lohnnachteile entstehen, da der Wert der Arbeitsleistung aus der Sicht eines betriebswirtschaftlich-ökonomisch handelnden Arbeitgebers vermindert ist. Eine gesundheitlich beeinträchtigte Person wäre nämlich unfähig, sich vorübergehend an einem nicht adaptierten Arbeitsplatz einsetzen zu lassen. Sie wäre in der Regel auch nicht in der Lage, Überstunden zu leisten. Längerfristig betrachtet bestünde zudem das Risiko von vermehrten krankheitsbedingten Absenzen. Geht man von einem ökonomischen Invaliditätsbegriff aus bzw. will man einen Soziallohnanteil ausscheiden, ist wegen diesen Nachteilen, die betriebswirtschaftlich zu einem Minderlohn zwingen würden, bei der Ermittlung des Ausgangswerts des zumutbarerweise erzielbaren Invalideneinkommens ein

zusätzlicher Abzug vorzunehmen. Ob die Beschwerdeführerin mit zusätzlichen Lohnnachteilen zu rechnen hat, welche einen zusätzlichen Abzug vom zumutbarerweise erzielbaren Invalideneinkommen rechtfertigen würde, kann vorliegend aber offen bleiben. Denn selbst bei einer grosszügigen Betrachtungsweise würde dieser Abzug sicher nicht mehr als 10% betragen, womit der Invaliditätsgrad 28% betragen würde. Ein Rentenanspruch resultiert damit nicht. Die Beschwerdeführerin hat geltend gemacht, die Restarbeitsfähigkeit sei nicht verwertbar. Nebst den medizinischen Einschränkungen sei zu berücksichtigen, dass sie 57 Jahre alt sei, seit bald 15 Jahren keiner Arbeitstätigkeit mehr nachgegangen sei und keinerlei Ausbildung aufweisen könne. Die H. ___ habe gleich vier verschiedene Therapien verschrieben. Diese Zeit würde im Fall einer (Teil-)Arbeitstätigkeit fehlen, was einen potentiellen Arbeitgeber abschrecken würde. Auf dem allgemeinen und ausgeglichenen Arbeitsmarkt finden sich Stellen mit dem im Gutachten formulierten Anforderungsprofil. Das Alter, die fehlende Ausbildung und die lange Nichterwerbstätigkeit stellen Faktoren dar, die zwar auf dem tatsächlichen Arbeitsmarkt Hinderungsgründe sein können, um eine Arbeitsstelle zu finden, was aber ausschliesslich eine Arbeitslosigkeit bewirken könnte. Auf dem (fiktiven) ausgeglichenen Arbeitsmarkt gibt es jedoch für Personen jeden Alters und auch nach einer längeren Arbeitsabstinenz einen Arbeitsplatz. Invalidenversicherungsrechtlich sind diese Faktoren daher – zur Vermeidung einer Vermengung von Invalidität und Arbeitslosigkeit – nicht massgebend. Die von der H. ___ verschriebenen Therapien sind zeitlich beschränkt verordnet worden. Ob die Beschwerdeführerin diese in Anspruch genommen hat, ergibt sich aus ihren Ausführungen nicht. Selbst wenn sie diese durchgeführt hat, ist es ihr ohne weiteres möglich und zumutbar gewesen, diese in der Freizeit wahrzunehmen. Die Arbeitsfähigkeit in einer behinderungsangepassten Hilfstätigkeit ist damit verwertbar. Aus dem Prozentvergleich resultiert somit ein Invaliditätsgrad von maximal 28%. Die Beschwerdegegnerin hat einen Anspruch der Beschwerdeführerin auf eine an die Einstellung der auf zwei Jahre befristeten "Übergangsleistung" anschliessenden Invalidenrente im Ergebnis also zu Recht verneint. Die Beschwerde ist demnach 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. Zuzufolge unentgeltlicher Rechtspflege ist sie von der Bezahlung zu befreien. Der Staat bezahlt zufolge unentgeltlicher Rechtsverteidigung 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 (sGS 963.75) pauschal Fr. 1'500.-- bis Fr. 15'000.--. Der Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin hat keine Honorarnote eingereicht. In einem durchschnittlich aufwändigen Beschwerdeverfahren betreffend einen Rentenanspruch spricht das Versicherungsgericht regelmässig eine pauschale Parteientschädigung von Fr. 3'500.-- zu. Da es sich vorliegend um ein durchschnittlich aufwändiges Beschwerdeverfahren handelt, erweist sich eine pauschale Parteientschädigung von Fr. 3'500.-- als angemessen. Diese ist um einen Fünftel zu kürzen (Art. 31 Abs. 3 des Anwaltsgesetzes, sGS 963.70). Somit entschädigt der Staat den Rechtsvertreter der

Beschwerdeführerin mit Fr. 2'800.-- (einschliesslich Barauslagen und Mehrwertsteuer). Eine Partei, der die unentgeltliche Rechtspflege gewährt wurde, ist zur Nachzahlung der Gerichtskosten und zur Rückerstattung der Parteientschädigung 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]). Entscheid im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP Die Beschwerde wird abgewiesen. Die Beschwerdeführerin wird zufolge unentgeltlicher Rechtspflege von der Bezahlung der Gerichtskosten von Fr. 600.-- befreit. Der Staat entschädigt den Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin zufolge unentgeltlicher Rechtsverteistandung mit Fr. 2'800.--.

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