

SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2020/169 vom 3. Juni 2021

Sg Versicherungsgericht, 2021-06-03, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg_publicationen_IV_2020_169

FR: SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2020/169 du 3 juin 2021

IT: SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2020/169 del 3 giugno 2021

Regeste

Würdigung eines polydisziplinären Gutachtens. Voraussetzungen für eine Bemessung des Invalideneinkommens anhand des tatsächlichen Verdienstes nicht erfüllt (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 3. Juni 2021, IV 2020/169).

Volltext

Entscheid vom 3. Juni 2021 Besetzung Versicherungsrichterinnen Karin Huber-Studerus (Vorsitz), Christiane Gallati Schneider und Corinne Schambeck; Gerichtsschreiberin Fides Hautle Geschäftsnr. IV 2020/169 Parteien A. ____, Beschwerdeführerin, gegen IV-Stelle des Kantons St. Gallen, Postfach 368, 9016 St. Gallen, Beschwerdegegnerin, Gegenstand Rente Sachverhalt A. ____, meldete sich am 4./6. September 2017 (IV-act. 1) bei der Sozialversicherungsanstalt/IV-Stelle des Kantons St. Gallen zum Bezug von Leistungen der Invalidenversicherung (berufliche Integration/Rente) an. Sie sei seit Februar 2000 in einem Pensum von 40 % in einer Unternehmung angestellt. Seit ca. fünfzehn Jahren leide sie an diversen Schmerzen, einer Depression, Angst, Migräne und einem Fibromyalgie-Syndrom. Seit Juni 2017 befinde sie sich in Scheidung. Dr. med. B. ____, Facharzt FMH Allgemeine Innere Medizin, hatte ihr in einer Bestätigung vom 20. Juni 2017 (IV-act. 1-7) diverse Diagnosen bekanntgegeben, u.a. das erwähnte Fibromyalgie-Syndrom, eine chronische Zervikalgie, Dorsalgie und Lumbalgie, eine geringe unspezifische Enthesitis L2-L5, eine aktivierte Spondylarthrose L2 und S1, ein sternokostales Schmerzsyndrom, eine Arthralgie in der Kniekehle rechts, ein schweres obstruktives Schlafapnoe-Syndrom bei schwerer Adipositas, Lymphödeme an beiden Unterschenkeln, eine Cholecystolithiasis, eine Periarthropathia coxae bds., eine Arthralgie Schultern bds., ein HWS-Akzelerationstrauma am 11.07.2008, eine Cervikobrachialgie rechts mit Epicondylitis humeri radialis, den Vd. a. Cluster Headache, ein rezidivierendes Cervikalsyndrom und chronische Kopfschmerzen. - In einem IV-Arztbericht vom 20. September 2017 (IV-act. 10-1 bis 5) gab Dr. B. ____, unter Beilage zahlreicher Arztberichte als zusätzliche Diagnosen u.a. eine Arthralgie Knie links, eine schwere bilaterale Pneumonie 03/16, eine Refluxsymptomatik, eine moderate SIG-Arthrose bds., einen vestibulären Schwindel rechts, eine berufliche und familiäre Überlastungssituation, ein Ganzkörper-Schmerzsyndrom noch unklarer Ätiologie und einen V. auf eine Bicepssehnenlängsruptur rechts an. Zuletzt sei die Versicherte vom 24. bis 28. Juli 2017 voll arbeitsunfähig gewesen. Seither sei keine Arbeitsunfähigkeit mehr bescheinigt worden. Die Versicherte könnte noch an 4.5 Stunden pro Tag Tätigkeiten ausüben, die bisherige dies allerdings nur zu 50 %. - Das Spital C. ____, (Dr. med. D. ____, Facharzt FMH Innere Medizin/Pneumologie) hatte in einem beigelegten Bericht vom 19. Mai 2016 (vgl. IV-act. 10-10 f.) von einem formal sehr schweren obstruktiven Schlafapnoe-Syndrom und einer ausgeprägten Rhonchopathie berichtet. Unter der

ausgesprochen effizienten Therapie (sei die Rhonchopathie vollständig und) seien die obstruktiven Ereignisse praktisch vollständig eliminiert worden. Die Klinik für Innere Medizin am Spital C.____ hatte am 11. März 2016 (vgl. IV-act. 10-14 ff.) auch von einer Besserung der schweren Pneumonie und Entlassung in gutem Allgemeinzustand berichten können. Die Klinik für Rheumatologie des Departements Innere Medizin am Kantonsspital St. Gallen hatte am 10. Juli 2014 (IV-act. 10-31 ff.) als Diagnosen u.a. ein Fibromyalgie-Syndrom und den V.a. Depression benannt. Dr. med. E.____, Fachärztin für Innere Medizin und Rheumatologie FMH, hatte am 9. Februar 2012 (IV-act. 10-38 ff.) mitgeteilt, es lägen rezidivierend depressive Episoden vor. Die Versicherte habe das Medikament Cipralext seit Juni 2011 selbstständig sistiert. - Die Arbeitgeberin bestätigte am 28. September 2017 (IV-act. 6) die Angaben der Versicherten zu Anstellungszeit und Pensum. - Die IV-Sachbearbeiterin hielt am 28. November 2017 (IV-act. 11) fest, die Versicherte wolle trotz Scheidung nicht in einem höheren Pensum erwerbstätig sein (nach der morgendlichen Arbeit ruhe sie sich nachmittags aus). Sie sei daher vorwiegend Hausfrau. Mit Mitteilung vom 1. Dezember 2017 (IV-act. 13) lehnte die Sozialversicherungsanstalt/IV-Stelle des Kantons St. Gallen einen Anspruch auf berufliche Massnahmen ab, weil die Versicherte ihr angestammtes Pensum beizubehalten vermöge und kein höheres Pensum anstrebe. Dr. med. F.____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, gab in ihrem Arztbericht vom 5. Januar 2018 (IV-act. 14) an, als Diagnosen bestünden eine rezidivierende depressive Störung, ggw. mittelgradige Episode mit somatischem Syndrom, chronifiziert, therapieresistent, seit vielen Jahren bestehend, ein chronisches generalisiertes Schmerzsyndrom (bei Fibromyalgie-Syndrom und diversen bezeichneten orthopädischen Leiden und chronischen Kopfschmerzen) und ein metabolisches Syndrom mit Adipositas, Diabetes mellitus und arterieller Hypertonie. Sie behandle die Versicherte seit Oktober 2014. Eine Erhöhung des bisherigen Pensums von 40 bis 50 %, das sie zu leisten vermöge, sei bisher aus gesundheitlichen Gründen nicht zumutbar gewesen und sei es auch zurzeit nicht. Es bestünden u.a. Einschränkungen im Bereich der Affektivität und des Antriebs, eine Schlafstörung und Müdigkeit sowie eine Beeinträchtigung durch eine Schmerzsymptomatik. Dr. B.____ benannte in einem IV-Arztbericht vom 20. Februar 2018 (IV-act. 21, vgl. IV-act. 21-22) und 21. Februar 2017 (gemeint wohl 2018, IV-act. 21-20) als weitere Diagnosen eine unspezifische Kollagenose (vorher DD). Die bisherige Tätigkeit sei der Versicherten noch zu 50 % zumutbar. Mit einer Erhöhung der Einsatzfähigkeit könne nicht gerechnet werden. Die Einschränkungen bestünden in Schmerzen und einer reduzierten physischen Belastbarkeit infolge der erwähnten Diagnosen. In einem Fragebogen zur Rentenabklärung betreffend Erwerbstätigkeit/Haushalt gab die Versicherte am 28. Februar 2018 (IV-act. 18) an, mehr als das Pensum von 40 % vermöge sie keinesfalls zu leisten. Im Haushalt helfe ihr ihre Tochter. Dr. F.____ erklärte im IV-Arztbericht vom 11. Juli 2018 (IV-act. 25), die Schlafstörung mit resultierender Müdigkeit und Beeinträchtigung der Tagesbefindlichkeit und des Gefühlslebens, die erhöhte Ängstlichkeit, die Selbstunsicherheit, die Schmerzen, die Reduktion der Leistungsfähigkeit, der Konzentration und des Selbstvertrauens sowie die Überforderungsgefühle ergäben ein klinisch signifikantes Leiden mit Einschränkungen in beruflichen und sozialen Funktionsbereichen. Es bestehe eine Arbeitsunfähigkeit von 50 % für alle Tätigkeiten. Die bisherige, für die Versicherte geeignete Tätigkeit könne sie während bis zu ca. vier Stunden pro Tag ausüben. Eine Erhöhung des Pensums und ein Wechsel der Stelle mit Anpassungsanforderungen dagegen seien nicht zumutbar. - In einem beigelegten Bericht vom 1. Juni 2018 (IV-act. 26) hatte die Abteilung Muskelzentrum/ALS

Clinic der Interdisziplinären medizinischen Dienste am Kantonsspital St. Gallen (___ Dr. med. G.___, Facharzt für Neurologie) als bei der Versicherten erhobene Diagnosen angegeben eine Systemic Exertion Intolerance Disease (SEID)/ein chronisches Fatigue Syndrom, eine Migräne ohne Aura, ein Restless-legs-Syndrom, ein obstruktives Schlafapnoe-Syndrom (mit CPAP versorgt) und eine arterielle Hypertonie. Zwei der beeinträchtigenden Bereiche seien einer konkreten therapeutischen Intervention gut zugänglich. Gegen das Restless-legs-Syndrom und gegen die Kopfschmerzen seien (entsprechend) Medikamente verschrieben worden. Beim chronifizierten, komplexen Schmerzsyndrom handle es sich am ehesten um eine Neurotransmitterstörung; die Pathophysiologie sei aber nicht geklärt. Zu empfehlen sei eine stationäre Rehabilitation mit multimodalem Schmerzkonzept, wie es in der Rehaklinik H.___ angeboten werde. Auf Anfrage (IV-act. 27) hin erklärte die Versicherte am 23. September 2018 (IV-act. 29), ohne gesundheitliche Einschränkungen würde sie einer vollzeitlichen Erwerbstätigkeit nachgehen. Am 10. April 2019 erstattete das Swiss Medical Assessment- and Business-Center (SMAB) das in Auftrag gegebene polydisziplinäre Gutachten (IV-act. 41; Begutachtungen zwischen 11. Februar 2019 und 6. März 2019, vgl. IV-act. 41-3). Als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit für die letzte Tätigkeit wurden eine rezidivierende depressive Störung, nicht näher bezeichnet, und psychologische Faktoren und Verhaltensfaktoren bei andernorts klassifizierten Krankheiten erhoben. Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit seien ein Hohlrundrücken mit pseudoradikulärem Lumbalsyndrom beidseits, ein Hallux interphalangeus beidseits mit beginnendem Digitus superductus D II auf I, eine Tendovaginitis stenosans D III und IV der linken Hand, ein (sehr schweres, Ziff. 9) obstruktives Schlafapnoe-Syndrom unter CPAP-Therapie, ein metabolisches Syndrom, eine Migräne ohne Aura, ein Spannungskopfschmerz und ein Restless-legs-Syndrom. Es bestünden Fähigkeitsstörungen in den Bereichen Durchhaltefähigkeit und Selbstbehauptungsfähigkeit und die körperliche Leistungsfähigkeit sei eingeschränkt. In der bisherigen Tätigkeit und in leidensangepassten Tätigkeiten sei die Versicherte gleichermassen vollzeitlich (8.5 Stunden pro Tag) mit einer Leistungsminderung von 10 % arbeitsfähig. Relevant hierfür sei einzig das psychiatrische Fachgebiet. - Der Regionale Ärztliche Dienst (RAD) der Invalidenversicherung (ein Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie) hielt am 10. Mai 2019 fest, dem Gutachten könne vollumfänglich gefolgt werden, auch was den retrospektiven Verlauf betreffe. Daher sei von Oktober bis Dezember 2014 von 50 %, von Januar 2015 bis Dezember 2017 von 80 % und ab Januar 2018 von 90 % Arbeitsfähigkeit auszugehen. Mit Vorbescheid vom 23. September 2019 (IV-act. 47) stellte die Sozialversicherungsanstalt/IV-Stelle der Versicherten eine Abweisung ihres Leistungsgesuchs in Aussicht, da der Invaliditätsgrad bei 10 % liege. Die Versicherte liess am 24. Oktober 2019 (IV-act. 51) durch ihre Rechtsschutzversicherung ihr zustehende IV-Leistungen geltend machen. Schon beim gegenwärtigen Arbeitspensum von 40 % habe sie sehr starke Schmerzen von der Hüfte an abwärts. Eine Erhöhung des Pensums sei ihr deshalb nicht möglich. Sie sei im Juni 2019 wegen dieses Leidens im Zentrum für Neurochirurgie an der Klinik I.___ in Behandlung gewesen. Gemäss dem Bericht darüber von Dr. med. J.___, Fachärztin für Neurochirurgie, vom 18. Juni 2019 und einer Röntgenbeurteilung vom 1. Juli 2019 lägen Facettengelenksarthrosen L2/3 und L3/4, Bandscheibenprotrusionen L4/5 und L5/S1 sowie eine Einengung des Spinalkanals vor. Da sich diese Einschränkungen dem Gutachten nicht entnehmen lassen würden, sei dieses unvollständig. - Gemäss dem erwähnten Bericht vom 18. Juni 2019 (IV-act. 51-3 ff.) waren bei der Versicherten folgende Diagnosen gestellt

worden: (zum einen) chronische gemischt nozizeptiv neuropathische multilokuläre Schmerzen bei einem Chronifizierungsgrad nach Gerbershagen III mit aktuell im Vordergrund stehender lumbosakraler Schmerzsymptomatik mit Ausstrahlung in den lateralen linken Ober- und medialen Unterschenkel bei bekannter Spondylarthrose L2 und S1 im MRI der LWS von Mai 2014, Schmerzen ausgehend von der rechten Schulter bis zum rechten Ellenbogen bei bekannten cervikobrachialen Schmerzen mit Epicondylitis humeri radialis bei chronischer Überlastung, (des Weiteren, verkürzt wiedergegeben) Arthralgien beider Knie bei beginnender Gonarthrose, eine Migräne ohne Aura, ein Restless-legs-Syndrom, eine SEID/ein chronisches Fatigue-Syndrom, ein obstruktives Schlafapnoe-Syndrom, eine arterielle Hypertonie und ein symptomatischer Vitamin D3-Mangel. Die Ärztin hatte zur Bestandaufnahme und zum Ausschluss einer Spinalkanalstenose oder von Facettengelenksarthrosen ein MRI der LWS mit Funktionsaufnahmen befürwortet, da bereits im MRI der LWS von 2014 Spondylarthrosen gefunden worden seien. Bei der folgenden entsprechenden Befunderhebung und Beurteilung hatten sich gemäss dem radiologischen Bericht vom 1. Juli 2019 (IV-act. 51-6 f.) ein fetthaltiges Hämangiom LWK 3, eine geringe Mehrverfettung an der ventralen Bodenplatte des L1, eine leicht- bis mässiggradige hypertrophe Facettengelenksarthrose auf Höhe L2/3, eine mässiggradige hypertrophe Facettengelenksarthrose, rechtsbetont, und etwas Flüssigkeit im rechten Gelenk als Hinweis auf eine Aktivierung bei L3/4, eine leicht links betonte, breitbasige flachbogige Bandscheibenprotrusion, eine fortgeschrittene hypertrophe Facettengelenksarthrose, leicht rechtsbetont, und zentral eine geringe Einengung des Spinalkanals ohne Einengung der Neuroforamina und ohne eindeutige Nervenwurzelaffektion bei L4/5, und eine schmalbogige, in das linke Neuroforamen hineinreichende Bandscheibenprotrusion und eine mässige hypertrophe Facettengelenksarthrose auf Höhe L5/S1 gezeigt. - Am 26. November 2019 (IV-act. 53) wurde, den Einwänden ergänzend, ausgeführt, die Feststellungen im Gutachten seien nicht nachvollziehbar. Die Versicherte sei mit ihrem aktuellen Pensum kräftemässig am äussersten Limit. Immer wieder geleistete Überstunden führten dazu, dass tagelang starke Schmerzen auftraten und die Versicherte eben gerade keinen privaten Aktivitäten oder sozialen Kontakten mehr nachgehen könne. Im Haushalt seien ein erheblicher zeitlicher Mehraufwand und lange Pausen nötig. Den gegenwärtigen Gesundheitszustand vermöge sie nur deshalb zu halten, weil sie ein Pensum von lediglich 40 % ausübe und nicht täglich Überstunden nötig seien. Müsste sie ein volles Pensum leisten, sähe das anders aus. Die orthopädische Untersuchung sei vom Umfang und der Intensität her unzureichend gewesen. Bei der Arbeit sei die Versicherte stets in Bewegung und habe kaum Ruhepausen, so dass die Schmerzen mit jeder Arbeitsstunde ansteigen würden. Die Beanspruchung bei der Arbeit sei also ungleich höher als bei einer medizinischen Untersuchung an einem freien Tag. Gemäss einem Schreiben von Dr. J.____ vom 7. November 2019 sei angesichts der verstärkten Schmerzen eine Infiltration vorgesehen und werde die Versicherte als in ihrer Arbeitsfähigkeit eingeschränkt beurteilt. Eventuell seien weitere medizinische Abklärungen vorzunehmen. - Dr. J.____ hatte in dem Bericht unter anderem erklärt, eine Arbeitsfähigkeitsschätzung sei aus schmerztherapeutischer Sicht zwar nicht sinnvoll zu stellen, doch bestehe sicherlich eine Einschränkung, da es immer wieder zu Exazerbationen der Beschwerden komme, wenn die Versicherte mehr als 40 % arbeiten müsse. Das SMAB erklärte auf Vorlage der eingelegten Berichte (vgl. IV-act. 56; vorgelegt wurden wohl die Berichte vom 18. Juni 2019 und vom 1. Juli 2019, vgl. IV-act. 54-2) am 2. März 2020 (IV-act. 57), der Gesundheitszustand der Versicherten habe sich nicht in für die

Arbeitsfähigkeit relevanter Weise verändert. Nach einem zweiten Vorbescheid vom 23. März 2020 (IV-act. 59) wies die Sozialversicherungsanstalt/IV-Stelle des Kantons St. Gallen das Leistungsgesuch der Versicherten mit Verfügung vom 25. Juni 2020 (IV-act. 62) ab. Bei einem vollen Pensum würde sie Fr. 75'780.-- verdienen, mit einer Arbeitsfähigkeit von 90 % in der bisherigen Tätigkeit entsprechend weniger. Der Invaliditätsgrad werde mittels Prozentvergleichs berechnet und liege bei 10 %. Gegen diese Verfügung richtet sich die Beschwerde vom 19. August 2020 (act. G 1). Die Beschwerdeführerin beantragt eine Überprüfung der angefochtenen Verfügung (und sinngemäss Leistungen der Invalidenversicherung). Sie sei nicht mehr in der Lage, zu 100 % zu arbeiten. Deshalb habe ihr Hausarzt ihr zu einer IV-Anmeldung geraten. Sie habe verschiedene sehr starke chronische Schmerzen und ihr gesundheitlicher Zustand habe sich im Lauf der Zeit nochmals massiv verschlechtert. Die Konsultation in der Schmerzklinik an der Klinik I.____ habe keinen Erfolg gebracht. Dr. med. K.____, Facharzt für Wirbelsäulen-Neurochirurgie, habe ferner eine äussert grosse Arthrose im unteren Lendenwirbelbereich als Ursache bezeichnet und ihr am 7. Juli 2020 zwei Kortison-Spritzen injiziert, worauf sie allergische Reaktionen, eine massive Verschlechterung des Restless-legs-Syndroms und einen Nervenzusammenbruch erlitten habe. Sie verspüre noch immer Nebenwirkungen und sei in einem Zustand der Verzweiflung. Seit einer Woche verspüre sie wieder Schmerzen. Der nächste Schritt werde dann wohl bald eine Operation sein. Wenn sie vier Tage hintereinander zu 40 % arbeite, könne sie kaum mehr Kraft für die Arbeit aufbringen. Dass ihr die Invalidenversicherung schreibe, sie sei zu 90 % arbeitsfähig, könne sie nicht verstehen. Nach einer Tätigkeit von 40 % müsse sie am Nachmittag während dreier Stunden liegen und sei nicht mehr fähig, etwas zu leisten. Auch eine andere Tätigkeit könne sie nicht ausüben, denn es gehe ihr psychisch schlecht und sie habe Angst vor Veränderungen und wenig Selbstvertrauen. In einer neuen Arbeitsumgebung könne sie sich unmöglich zurechtfinden. Die schon so lange anhaltenden ständigen Schmerzen würden sie auch psychisch enorm belasten, so dass sie keine Kraft mehr habe. Ihre Arbeitgeberin bewerte ihre Leistungen als ungenügend, weil sie nicht mehr so schnell sei. Sie setze sich auch selbst unter sehr grossen Druck; dann werde alles psychisch und körperlich noch schlimmer. Sie ersuche um eine unentgeltliche Rechtshilfe. - Beigelegt waren Berichte von Dr. K.____ vom 15. Juni 2020 (act. G 1.1) und vom 23. Juni 2020 (act. G 1.2). Gemäss Letzterem hatte der Arzt auf der Grundlage eines aktuellen CTs der LWS (ohne Nennung von Herkunft oder Datum) eine ausgeprägte Spondylarthrose mit beginnender Spondylolyse LWK5/SWK1 rechtsbetont, eine kleine intraforaminale Diskushernie LWK5/SWK1 links und eine beginnende Spondylarthrose LWK3/4 rechtsbetont diagnostiziert. Die Versicherte habe über eine in den letzten Tagen bemerkte subjektive Verschlechterung der Rückenschmerzen rechtsseitig berichtet, ausserdem über intermittierende Lumboischialgien entsprechend dem Dermatome L5 links ohne klares bildmorphologisches Korrelat. Es sei eine Facettengelenksinfiltration auf der Ebene LWK5/SWK1 beidseits zu empfehlen. In ihrer Beschwerdeantwort vom 23. September 2020 (act. G 5) beantragt die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde. Sie habe zu Recht auf das Gutachten abgestellt. Die eingereichten Arztberichte hätten an der gutachterlichen Einschätzung nichts zu ändern vermocht und die Gutachter hätten eine Verschlechterung des Gesundheitszustands verneint. Was die Vorbringen in der Beschwerde betreffe, sei festzuhalten, dass vorliegend lediglich der Sachverhalt zu beurteilen sei, wie er sich bis zum 25. Juni 2020 verwirklicht habe. Eine allfällige spätere langandauernde und wesentliche Verschlechterung wäre im Rahmen einer

Wiederanmeldung zu prüfen, mit welcher eine solche Verschlechterung glaubhaft gemacht werden müsste. Von der ihr mit Schreiben vom 25. September 2020 (act. G 7) eingeräumten Möglichkeit, zur Beschwerdeantwort Stellung zu nehmen, hat die Beschwerdeführerin keinen Gebrauch gemacht. Am 17. November 2020 ist dem Gesuch um Bewilligung der unentgeltlichen Rechtspflege (Befreiung von den Gerichtskosten) entsprochen worden (act. G 11). Mit Eingabe vom 10. März 2021 (act. G13) teilt die Beschwerdeführerin mit, sie habe sich bei der Beschwerdegegnerin für eine berufliche Integration/Rente (sc. erneut) anmelden müssen, weil sie seit dem 10. September 2020 arbeitsunfähig und zurzeit stationär in der Klinik L. ___ sei. Erwägungen Im Streit liegt die Verfügung vom 25. Juni 2020, mit welcher die Beschwerdegegnerin das Leistungsgesuch der Beschwerdeführerin vom 4./6. September 2017 um eine Rente abgewiesen hat. Berufliche Massnahmen anzuordnen, hatte sie bereits am 1. Dezember 2017 abgelehnt. Das hatte sie damit begründet, dass der Beschwerdeführerin das bisherige Pensum noch möglich sei und sie nicht in einem höheren Ausmass arbeiten wolle. Sollte sich zeigen, dass ohne Eingliederungsmassnahmen ein Rentenanspruch in Frage kommt, so gehörte zum Streitgegenstand notwendigerweise auch die Frage, ob die Beschwerdegegnerin den Grundsatz "Eingliederung vor Rente" beachtet und eine allfällige Pflicht der Beschwerdeführerin zu Massnahmen ausreichend in Anspruch genommen habe. Nach Art. 28 IVG besteht der Anspruch auf eine ganze Invalidenrente, wenn die versicherte Person mindestens zu 70 %, derjenige auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens zu 60 % invalid ist. Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % Anspruch auf eine Viertelsrente. Der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin und ihre Arbeitsfähigkeit sind polydisziplinär untersucht worden. Das SMAB-Gutachten vom 10. April 2019 wurde unter Federführung des Gutachters der Psychiatrie (und unter Supervision eines Facharztes für Allgemeine Innere Medizin) erstellt. Konsiliarisch wirkten eine Gutachterin für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, ein Gutachter der Allgemeinen Inneren Medizin und eine Gutachterin der Neurologie mit (vgl. IV-act. 41-15). Auch eine Gutachterin der Pneumologie und Inneren Medizin wurde beigezogen und erklärte sich mit den Schlussfolgerungen einverstanden (IV-act. 41-16). Am 3. April 2019 wurde der Konsens gefunden (vgl. IV-act. 41-14). Im Einzelnen gab die Beschwerdeführerin der Gutachterin der Neurologie bekannt, am betreffenden Tag besonders heftige Schmerzen zu haben. Seit einem Monat beträfen immer gleich vorhandene Schmerzen den Bereich der Oberarme beidseits. Seit zwei bis drei Jahren bestünden auch zeitweise Schmerzen im Bereich beider Beine, insbesondere an den Oberschenkelaussenseiten. Immer vorhanden seien Kopfschmerzen. Einen Migräneanfall habe sie jedoch zuletzt vor mehr als einem halben Jahr gehabt. Die Krankheitsgeschichte habe 2012 begonnen. Jetzt sei sie nicht mehr schmerzfrei. Sie arbeite wegen der Schmerzen langsamer, was sie belaste, weil ihr Vorgesetzter nicht zufrieden sei. Die Arbeitsmenge sei nicht immer gleich; in Phasen mit einem Arbeitspensum von mehr als 40 % sei sie anschliessend sehr erschöpft. - Die Gutachterin hielt fest, der Neurostatus sei regelrecht. Eine neurologische Erklärung für die geklagten Schmerzen im Bereich der Arme und Beine beidseits habe sich nicht finden lassen, insbesondere hätten keine Hinweise für eine Radikulopathie, Plexusläsion oder andersartige Nervenschädigung bestanden. Da die Beschwerdeführerin täglich ein oder zwei Schmerzmittel einnehme, sei von einem medikamenteninduzierten Kopfschmerz auszugehen. Dieser sei ohne Auswirkungen auf die Alltagstätigkeit und auf die Arbeitsfähigkeit (vgl. IV-act. 41-82). Die Schilderung der

Kopfschmerzen sei gut nachvollziehbar, die Kriterien einer Migräne seien erfüllt (bei jedoch sehr seltener Anfallsfrequenz; vgl. IV-act. 41-83). Vom behandelten Restless-legs-Syndrom bestehe lediglich eine Restsymptomatik, die ebenfalls nicht von Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit sei (vgl. IV-act. 41-82). Es sei keine Diagnose mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit zu stellen (vgl. IV-act. 41-84). Der Gutachterin der Pneumologie berichtete die Beschwerdeführerin, sie sei pulmonal gesehen beschwerdefrei, bekomme aber beim Aufwärtsgehen etwas Atemnot. Unter der CPAP-Therapie gehe es ihr gut, doch sei sie trotzdem tagsüber noch müde (vgl. IV-act. 41-90). Das Arbeitspensum von 40 % vermöge sie zu bewältigen, es wäre jedoch körperlich betrachtet besser, wenn sie nicht mehr (sc. wohl: zu Fuss) gehen müsste (vgl. IV-act. 41-91). - Die Gutachterin hielt fest, das sehr schwere obstruktive Schlafapnoe-Syndrom werde erfolgreich behandelt; es bestehe diesbezüglich eine sehr gute Compliance. Die Schmerzen und die Erschöpfbarkeit seien nicht pulmonal bedingt. Lungenfunktionell hätten sich absolut normale Werte finden lassen. Die beschriebene Anstrengungsdispnoe sei sicherlich auch durch eine erhebliche Dekonditionierung bei Adipositas bedingt. Das Restless-legs-Syndrom werde medikamentös behandelt, sei aber nicht komplett kontrolliert. Es habe aber keine Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit (vgl. IV-act. 41-93). Aus rein pulmonaler Sicht bestehe seitens der Lunge und der Schlafapnoe keine Arbeitsunfähigkeit. Die Beschwerdeführerin könne leichte bis mittelschwere wechselbelastende Tätigkeiten grundsätzlich zu 100 % ausüben (vgl. IV-act. 41-94). Bei der allgemein-internistischen Begutachtung beklagte die Beschwerdeführerin Kopfweh und eine damit oft verbundene Schwindelsymptomatik, ausserdem Schmerzen wechselnd in beiden Kniegelenken, in der LWS und im rechten Arm sowie in der rechten Leiste. - Der Gutachter der Allgemeinen Inneren Medizin erklärte, das chronische Schlafapnoe-Syndrom sei sehr gut und der arterielle Blutdruck sei ebenso optimal eingestellt, die diabetische Stoffwechsellage ausreichend. Es sollten unbedingt eine Reduktion des Körpergewichts und eine medikamentöse Therapie der Hyperlipidämie erfolgen. Die Arbeitsfähigkeit werde durch die internistischen Aspekte nicht beeinflusst. Anlässlich der psychiatrischen Begutachtung teilte die Beschwerdeführerin mit, sie sei an keinem Tag schmerzfrei. Die Schmerzen seien überall, aber nicht immer gleich stark. - Der Gutachter der Psychiatrie erklärte, bei der Beschwerdeführerin habe sich wahrscheinlich bereits 2004 eine depressive Episode entwickelt, worauf ein Antidepressivum eingesetzt worden sei. Darunter habe sich die Symptomatik verbessert. In den folgenden Jahren sei es nach Angaben der Beschwerdeführerin fluktuierend zu depressiven Verstimmungen gekommen und sie habe das Arzneimittel mit Unterbrüchen und zum Teil reduzierter Dosis weiter eingenommen. Im Jahr 201_, nach der Trennung vom Ehemann, sei sie dann in eine stärker ausgeprägte Depression im Sinn einer mittelgradigen depressiven Episode geraten und habe erstmals ambulante psychiatrische Behandlung in Anspruch genommen. Unter Erhöhung der erwähnten Medikation habe sich die Symptomatik allmählich wieder gebessert. Im Lauf des Jahres 2018 sei die Dosis von ehemals 20 auf die aktuellen 10 mg täglich reduziert worden. Als gutachterliche Diagnosen wurden die rezidivierende depressive Störung und die psychologischen und Verhaltens-Faktoren bei andernorts klassifizierten Krankheiten bezeichnet. Die Beschwerdeführerin sei durch familiäre Umstände belastet, habe aber ausserfamiliär viele gute soziale Kontakte, ausserdem eine langjährige berufliche Erfahrung und ein stabiles Beschäftigungsverhältnis. Sie sei in den Bereichen Durchhaltefähigkeit und Selbstbehauptungsfähigkeit eingeschränkt. Emotional belastende Tätigkeiten sollten vermieden werden. Ansonsten unterliege das Belastungsprofil keinen Einschränkungen

(vgl. IV-act. 41-36 ff.). Die derzeitige Tätigkeit sei adaptiert. Die Beschwerdeführerin könnte sie an 8.5 Stunden pro Tag verrichten. Auch wenn keine schwerwiegende depressive Symptomatik oder schwerwiegende Schmerzsymptomatik vorlägen, sei doch anzunehmen, dass das Arbeitstempo (bzw. das Rendement) wegen der depressiven Symptomatik und der psychogenen Schmerzüberlagerung leicht reduziert sei, und zwar im Bereich von 10 %. Insgesamt werde die Arbeitsfähigkeit in der bisherigen und in einer leidensadaptierten Tätigkeit auf 90 % geschätzt (vgl. IV-act. 41-38 f.). Bei der orthopädischen Begutachtung gab die Beschwerdeführerin an, seit vier bis fünf Jahren Schmerzen im Gesäss beidseits bei Belastung und in Ruhe beim Liegen auf der Seite zu haben. Ihre Beschwerden würden wandern, einmal seien sie im Knie, dann im Fuss, im Ellenbogen, im Handgelenk, im Finger, in der Schulter. Es handle sich um einen schnappenden Mittel- und Ringfinger links, einen Fersensporn beidseits und um Beschwerden in beiden Handgelenken, beiden Ellenbogengelenken (früher links, jetzt rechts), beiden Schultern, im D II des rechten Fusses und in beiden Kniegelenken, um häufige Schmerzen an der rechten Oberarm-Vorderseite und um ein morgendliches Gefühl geschwollener Finger. Die Physiotherapie bringe jeweils eine Linderung für maximal sechs Monate. Auch gegen die Kopfschmerzen habe sie schon oft Physiotherapie bekommen; diese träten aber immer wieder auf (vgl. IV-act. 41-46). - Die Gutachterin der Orthopädie erhob den klinischen Befund. Sie beschrieb, dabei seien bei der Seitneigung des Kopfes nach rechts Schmerzen im linken Schultergürtel angegeben worden, beim Abspreizen und bei der Aussen- und Innenrotation des rechten Armes Schmerzen im rechten Oberarm, bei der Rückwärtsbewegung beider Arme im Schultergürtelbereich beidseits, bei der Seitneigung des Oberkörpers nach rechts in der linken Taille, bei der Untersuchung des rechten Kniegelenks in der Lendenwirbelsäule, bei der Beugung der Kniegelenke in diesen Gelenken. Ein Druckschmerz sei über dem Ringband A1 D III und IV der linken Hand, über dem Gelenkspalt des rechten Ellenbogengelenks und (samt dort Klopfschmerz) über den Dornfortsätzen von LWK5 und SWK1, über beiden Iliosakralgelenken und über dem medialen Gelenkspalt des linken Kniegelenks bezeichnet worden. Es hätten eine vermehrte Kyphose der Brust- und eine vermehrte Lordose der Lendenwirbelsäule bestanden, ausserdem ein Hallux interphalangeus beidseits mit beginnendem Digitus superductus D II auf I (vgl. IV-act. 41-49 f.). Die Gutachterin hielt fest, die Lendenwirbelsäule sei mit Ausnahme einer geringen Einschränkung der Rotation des Oberkörpers nach links frei beweglich gewesen. Hinweise auf eine akute Reizung lumbaler Nervenwurzeln hätten bei fehlender Schon- und Fehlhaltung, fehlendem paravertebralem Muskelhartspann, seitengleich demonstriertem Zehenspitzengang und ebensolcher Hocke sowie beidseits negativen Zeichen nach Lasègue und Bragard nicht bestanden. In der Röntgenaufnahme des Beckens vom 14. Februar 2019 hätten sich die im MRI vom 5. Mai 2014 und im Röntgenbild vom 9. Mai 2017 vorgefundenen degenerativen Veränderungen (in der dortigen Beschreibung erwähnt u.a. moderate ISG-Arthrose beidseits, Spondylosis deformans mit Osteochondrosis L3/4 und begleitender Arthrose der Facettengelenke) dargestellt. Belastungsabhängige pseudoradikuläre Schmerzen in beiden Gesässhälften seien aufgrund des radiologischen Befundes nachvollziehbar. Im MRI des rechten Knies vom 4. April 2016 hätten sich deutliche myxoide Degenerationen des Aussenmeniskusvorderhorns und mässige Degenerationen des Innenmeniskushinterhorns, ein 1.3 cm grosses Ganglion im Hoffa-Fettkörper und ein diskreter Kniegelenkserguss dargestellt. Das MRI des linken Knies vom 3. Juli 2017 habe ebenfalls mukoide Degenerationen des Innenmeniskushinterhorns und des vorderen Kreuzbandes sowie eine

geringe medial betonte Chondropathie Grad II am Femurkondylus gezeigt (ausserdem ein präpatellar lateral betontes subkutanes Hämatom nach Sturz). Es handle sich um altersentsprechende degenerative Veränderungen ohne wesentliche Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit. Die Fussstatik sei trotz erheblicher Überbelastung aufgrund des massiven Übergewichts unauffällig gewesen. Hinweise auf das Vorliegen einer Fasziiitis plantaris hätten beidseits nicht bestanden, auch wenn schon im Röntgenbild des linken Calcaneus vom 7. März 2006 ein plantarer Fersensporn beschrieben worden sei. Im Arthro-MR der rechten Schulter vom 23. Juli 2010 hätten sich diverse Schädigungen gezeigt, u.a. leichte degenerative Veränderungen im intraartikulären Verlauf mit einer Partialruptur der Supraspinatussehne und einer moderaten chronischen Tendinopathie der langen Bizepssehne. Aktuell hätten keine Hinweise für eine relevante Rotatorenmanschettenläsion oder für ein Impingementsyndrom bestanden. Es handle sich um einen altersentsprechenden Untersuchungsbefund. Mit Ausnahme einer Druckschmerzangabe über dem Gelenkspalt des rechten Ellenbogengelenks sei der Untersuchungsbefund diesbezüglich beidseits völlig unauffällig gewesen; auch Hinweise auf eine Epicondylitis hätten nicht bestanden. Die Handgelenke seien ebenfalls beide reizlos und frei beweglich gewesen. Während für die Ellenbogen- und Handgelenkbeschwerden keine objektivierbaren Korrelate bestünden, sei das Schnappen des linken Mittel- und Ringfingers möglich. Es bedinge jedoch keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. - Bei der Auseinandersetzung mit den Vorakten begründete die Gutachterin, weshalb zurzeit (entgegen der Diagnose der Klinik für Rheumatologie des Departements Innere Medizin am Kantonsspital St. Gallen vom 10. Juli 2014) von einer Fibromyalgie nicht auszugehen sei. Ein Anhaltspunkt für eine rheumatisch-entzündliche Erkrankung bestehe - dies übereinstimmend mit der rheumatologischen Einschätzung - nicht. Die degenerativen Veränderungen in beiden Kniegelenken seien altersentsprechend (vgl. IV-act. 41-55). Die Gutachterin hielt fest, die Beschwerdeführerin habe sich während der Untersuchung ganz unbehindert bewegt und verhalten (vgl. IV-act. 41-55 und -48). Sie schloss, nur geringe Einschränkungen der Aktivitätensniveaus in vergleichbaren Lebensbereichen seien nachvollziehbar (vgl. IV-act. 41-55). Mit dem Befund stimme auch der nur geringe Schmerzmittelbedarf überein (vgl. IV-act. 41-55; unter dem therapeutischen Referenzbereich liegendes Paracetamol, vgl. IV-act. 41-51; vgl. Angaben der Beschwerdeführerin IV-act. 41-105). Ihre Belastbarkeit sei aus orthopädisch-traumatologischer Sicht nicht eingeschränkt. Es seien ihr sämtliche ihrem Alter und Kenntnisstand entsprechenden Tätigkeiten zumutbar. Die Arbeitsfähigkeit in der bisherigen und in einer anderen Tätigkeit betrage 100 %. Empfohlen würden wechselbelastende Tätigkeiten ohne Zwangshaltungen der Lendenwirbelsäule (vgl. IV-act. 41-56 f.). Die retrospektive Beurteilung der Arbeitsfähigkeit erfolge ab September 2016 (vgl. IV-act. 41-56 f.). - Auch die Gutachterin der Orthopädie hat ihre Beurteilung demnach in Kenntnis der Vorakten und der geklagten Beschwerden sowie nach einer klinischen Untersuchung abgegeben. Interdisziplinär wurde eine Arbeitsfähigkeitsschätzung von 90 % bei vollzeitlichem Arbeitspensum abgegeben. Zu vermeiden seien emotional belastende Tätigkeiten. Nebst den Fähigkeitsstörungen betreffend die Durchhalte- und die Selbstbehauptungsfähigkeit sei auch die körperliche Leistungsfähigkeit eingeschränkt. In somatischer Hinsicht seien körperlich leichte bis mittelschwere Tätigkeiten ohne Zwangshaltungen der Lendenwirbelsäule geeignet (vgl. IV-act. 41-12 f.). Was die orthopädisch-traumatologische Begutachtung anbelangt, ist zunächst darauf hinzuweisen, dass die Gutachterin namentlich die im radiologischen Bericht vom 9. Mai 2017 (IV-act. 41-111) erhobenen Beeinträchtigungen (ausgeprägte

Insertionstendinopathie am Ansatz des Trochanter major, rechts stärker als links, Osteochondrosis symphysis und degenerative Veränderung der Iliosakralgelenke; Spondylosis deformans lumbalis mit Osteochondrosis L3/4 und begleitender Arthrose der Facettengelenke) mitbeurteilt hat. Die eigene bildgebende Befunderhebung erscheint jedoch als lediglich - aber immerhin - knapp ausreichend. Denn obwohl die Beschwerdeführerin diverse orthopädische Beeinträchtigungen beklagte, beschränkte sich die Gutachterin auf die Beurteilung eines einzigen aktuellen Röntgenbildes, nämlich einer Beckenübersicht ap im Stehen vom 14. Februar (recte:) 2019 (IV-act. 41-50). Im Übrigen bezog sie sich (nebst einer Schuleraufnahme von 2010) auf Bilder aus den Jahren 2014 (MRI LWS und MRI beider ISG) und - wie erwähnt - 2017 (Röntgen LWS). Im Gegenzug ist festzuhalten, dass ihre klinische Befunderhebung vollständig erscheint und für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit als bedeutender und vorliegend schliesslich als aussagekräftig zu betrachten ist. Die Beschwerdeführerin ihrerseits wendet die orthopädische Begutachtung betreffend ein, in der Klinik I. ___ seien im Gutachten nicht erwähnte Einschränkungen festgestellt worden. Zum nach der Begutachtung erstellten Bericht der betreffenden Neurochirurgin Dr. J. ___ vom 18. Juni 2019 (IV-act. 51-3 ff.) und zum radiologischen Befund vom 1. Juli 2019 (IV-act. 51-6 f.), worin u.a. von hypertrophen Facettengelenksarthrosen auf Höhe L2/3, L3/4 (dort mit Hinweis auf eine Aktivierung), L4/5 und L5/S1 (dort fortgeschrittene Arthrose), einer Bandscheibenprotrusion und zentral einer geringen Einengung des Spinalkanals L4/5, sowie von einer Bandscheibenprotrusion L5/S1 berichtet worden ist, hat das Begutachtungsinstitut SMAB am 2. März 2020 (IV-act. 57) Stellung genommen. Die Gutachterin der Orthopädischen Chirurgie und Traumatologie gab darin bekannt, eine lumbale Instabilität sei im MRI der LWS ausgeschlossen worden. Es hätten sich die bekannten, leicht- bis mässiggradigen hypertrophen Facettengelenksarthrosen von LWK3 bis SWK1 ohne Kompression von Nervenwurzeln dargestellt. Neue medizinische Befunde ergäben sich insgesamt nicht. Belastungsabhängige pseudoradikuläre Schmerzen in beide Gesässhälften seien aufgrund der radiologischen Befunde - wie im Gutachten dargestellt - nachvollziehbar. Eine Änderung der Beurteilung des Gesundheitszustands und der Arbeitsfähigkeit ergebe sich deswegen in orthopädisch-traumatologischer Hinsicht nicht. - Als gutachterlicher Einschätzung der röntgenologischen Befunde kann dieser Beurteilung gefolgt werden (auch wenn anzumerken ist, dass auf einer Etage auch fortgeschrittene Arthrosen festgestellt worden waren). Wie dem Bericht von Dr. J. ___ vom 18. Juni 2019 zu entnehmen ist, hatte die Beschwerdeführerin denn auch davon berichtet, dass die seit ca. 20 Jahren bestehenden Schmerzen zuletzt im Herbst 2018 (also noch vor der Begutachtung) wieder exazerbiert seien. Zur psychiatrischen Begutachtung lässt sich des Weiteren festhalten, dass, wie es unter dem Gesichtspunkt der Standardindikatoren erforderlich ist, namentlich die Belastungen und Ressourcen der Beschwerdeführerin berücksichtigt und die Fähigkeitsstörungen beschrieben worden sind (vgl. IV-act. 41-38). Es erfolgte auch ein Vergleich mit dem Aktivitätsniveau der Beschwerdeführerin in den Bereichen Freizeit und Haushalt (vgl. IV-act. 41-37; Beschreibung des Tagesablaufs bei IV-act. 41-32; vgl. auch IV-act. 41-47). Da in allen relevanten Fachbereichen umfassende Begutachtungen einschliesslich einer Auseinandersetzung mit den Vorberichten und den entsprechenden Diagnosen erfolgt sind und die Ergebnisse nachvollziehbar begründet sind, kann zusammenfassend für den Begutachtungszeitraum auf das Gutachten abgestellt werden. Demnach ist ab Januar 2018 von einer (hauptsächlich psychiatrisch bedingten) Arbeitsunfähigkeit der Beschwerdeführerin in der bisherigen Tätigkeit und in leidensangepassten Tätigkeiten von

10 % (bei Fähigkeit zu vollzeitlicher Beschäftigung) auszugehen, retrospektiv aber von einer solchen von 50 % für die Zeit von Oktober bis längstens Dezember 2014 sowie von 20 % anschliessend bis maximal Ende 2017 (vgl. IV-act. 41-13). Die medizinischen Berichte vom 18. Juni 2019 und vom 1. Juli 2019 gaben - wie erwähnt - nicht Anlass zu einer rückblickend anderen Beurteilung der orthopädischen Verhältnisse zur Begutachtungszeit, sie sind aber auch nicht Grund zur Annahme einer späteren relevanten Veränderung des Gesundheitszustands der Beschwerdeführerin (vgl. IV-act. 57). Am 7. November 2019 (IV-act. 53-4) berichtete jedoch Dr. J.____ in der Folge von einer wesentlichen Verstärkung der Schmerzen der Beschwerdeführerin - nach einer allerdings vorhergehenden deutlichen Besserung im Anschluss an die Konsultation vom Juni 2019. - Dr. K.____ hielt in seinem Bericht vom 15. Juni 2020 fest, die Beschwerdeführerin habe über chronische, intermittierend starke Kreuzschmerzen mit einer Ausstrahlung in das linke Bein, insbesondere morgens und bei Belastung, berichtet. Eine Facettengelenksinfiltration vom April 2020 habe keine durchgreifende Linderung der Beschwerden erbracht. Der Neurochirurg erklärte, klinisch bestünden eine Lumbago mit paravertebralem Muskelhartspann und Lumboischialgien entsprechend dem Dermatome L5 links, aber keine Paresen und kein sensibles Defizit. Er wies auf die im MRI vom Juli 2019 beschriebenen Befunde hin und erklärte, er habe zur Diagnosesicherung ein CT der LWS veranlasst. Daraufhin erwähnte er im Bericht vom 23. Juni 2020 unter Hinweis auf ein vorgelegtes entsprechendes CT diagnostisch im Vergleich zu seinem vorangehenden Bericht einerseits eine neu lediglich "beginnende" Spondylarthrose LWK3/4 rechtsbetont, andererseits eine neu "ausgeprägte" Spondylarthrose mit neu "beginnender Spondylolyse LWK5/SWK1" rechtsbetont. Die Beschwerdeführerin habe berichtet, in den letzten Tagen eine subjektive Verschlechterung der Rückenschmerzen rechtsseitig bemerkt zu haben. Des Weiteren leide sie an intermittierenden Lumboischialgien entsprechend dem Dermatome L5 links ohne klares bildmorphologisches Korrelat. Der Arzt erwähnte zwar eine "subjektive" Verschlechterung und die Abwesenheit eines klaren Korrelats für die erwähnten intermittierenden Lumboischialgien, was gegen objektivierbare Beschwerden spricht. Er empfahl aber immerhin eine Facettengelenkinfiltration auf Ebene LWK5/SWK1 beidseits. Eine ausreichende Beantwortung der Frage nach einer allfälligen Verschlechterung des Gesundheitszustands seit der Begutachtung bzw. seit dem 1. Juli 2019 kann aus dem kurzen Bericht nicht gelesen werden. Nach der Aktenlage ist das - im Übrigen zudem nicht aktenkundige - CT bis anhin auch nicht anderweitig in seiner diesbezüglichen medizinischen Aussage bewertet worden; weder RAD noch Gutachter haben eine Beurteilung abgegeben. Da es sich aber um Bildmaterial handelt, das noch vor Erlass der angefochtenen Verfügung erstellt wurde, wird darin ein vorliegend noch relevanter Sachverhalt erfasst. Was eine allfällige Veränderung nach dem 1. Juli 2019, an welchem ein röntgenologischer Befund erhoben wurde, der noch durch die Begutachtungsstelle beurteilt worden ist, betrifft, erweist sich der Sachverhalt demnach als ergänzend abklärungsbedürftig. Diesbezüglich ist die Sache entsprechend an die Beschwerdegegnerin - welche nach der Aktenlage im Übrigen bereits mit einer neuen Anmeldung befasst ist - zurückzuweisen. Die allfälligen Folgen der Infiltration vom 7. Juli 2020, welche die Beschwerdeführerin in der Beschwerde beschreibt (allergische Reaktionen, massive Verschlechterung des Restless-legs-Syndroms, Nervenzusammenbruch, Verzweiflung) dagegen sind im vorliegenden Verfahren nicht mehr zu beurteilen. Denn es handelt sich nach der Beschreibung um plötzliche akute Reaktionen (auf die Infiltration), die erst nach Erlass der angefochtenen Verfügung vom 25. Juni 2020 aufgetreten sind, und nicht etwa

darum, dass damit Schädigungen entdeckt worden wären, von denen anzunehmen wäre, sie seien schon im Verfügungszeitpunkt vorhanden gewesen. Für die (richterliche) Beurteilung sind aber grundsätzlich die tatsächlichen Verhältnisse massgebend, wie sie sich bis zum Zeitpunkt der angefochtenen Verwaltungsverfügung entwickelt haben (BGE 121 V 362 E. 1b, BGE 125 V 150 E. 2c). Nach dem Zeitpunkt des Erlasses der angefochtenen Verfügung (vom 25. Juni 2020) erhobene Befunde sind dagegen rechtsprechungsgemäss lediglich noch insofern von Bedeutung, als sie einen vorbestehenden Zustand beschreiben bzw. als sie mit dem Streitgegenstand in engem Sachzusammenhang stehen und geeignet sind, die Beurteilung im Zeitpunkt des Verfügungserlasses zu beeinflussen (zu Letzterem vgl. Bundesgerichtsurteil vom 7. Oktober 2016, 8C_357/2016 E. 3.2; vgl. BGE 99 V 102). Letzteres ist vorliegend hinsichtlich der erwähnten Folgen nicht anzunehmen. Für den Zeitraum, in welchem eine Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin von 90 % anzunehmen ist - somit bis zum 1. Juli 2019 -, ergibt sich unter erwerblichem Aspekt Folgendes: Nach Art. 16 ATSG (vgl. Art. 28a Abs. 1 IVG) wird für die Bestimmung des Invaliditätsgrads 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 (Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Valideneinkommen). Für die Ermittlung des Valideneinkommens ist rechtsprechungsgemäss entscheidend, was die versicherte Person im Zeitpunkt des frühestmöglichen Rentenbeginns nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als Gesunde tatsächlich verdienen würde (vgl. BGE 129 V 222; vgl. etwa auch Bundesgerichtsurteil vom 7. Dezember 2015, 9C_422/2015). Für die Festsetzung des Invalideneinkommens ist nach der Rechtsprechung primär von der beruflich-erwerblichen Situation auszugehen, in welcher die versicherte Person konkret steht. Übt sie nach Eintritt der Invalidität eine Erwerbstätigkeit aus, bei der - kumulativ - besonders stabile Arbeitsverhältnisse gegeben sind und anzunehmen ist, dass sie die ihr verbleibende Arbeitsfähigkeit in zumutbarer Weise voll ausschöpft, und erscheint zudem das Einkommen aus der Arbeitsleistung als angemessen und nicht als Soziallohn, gilt grundsätzlich der tatsächlich erzielte Verdienst als Invalidenlohn. Ist kein solches tatsächlich erzielt, können die Tabellenlöhne (gemäss der Lohnstrukturhebung LSE des Bundesamtes für Statistik) herangezogen werden (vgl. Bundesgerichtsurteile vom 22. November 2019, 8C_590/2019 E. 5.1, und vom 22. Februar 2019, 9C_479/2018 E. 2.2; BGE 143 V 295 E. 2.2). Die Beschwerdeführerin hat nach der Aktenlage das Arbeitsverhältnis beibehalten, in welchem sie bereits seit dem Jahr 2000 stand. Daher kann von stabilen Arbeitsverhältnissen ausgegangen werden. Was das Arbeitspensum betrifft, hat die Beschwerdeführerin es im bisherigen Ausmass von 40 % weitergeführt, das gleichzeitig auch der nach ihrer Auffassung krankheitsbedingt maximalen Leistungsfähigkeit entspricht. Gemäss der Begutachtung ist indessen von einer erheblich höheren - nahezu vollen - medizinisch zumutbaren Arbeitsfähigkeit auszugehen, nämlich einer solchen von 90 % bei vollzeitlicher Beschäftigung. Die Differenz zum faktisch wahrgenommenen Pensum ist so weitreichend, dass mit einem Pensum von 40 % keine volle Ausschöpfung am tatsächlichen Arbeitsplatz mehr angenommen werden und der dabei erzielte Verdienst somit nicht als Invalideneinkommen gelten kann. Da sich die medizinische Arbeitsfähigkeitsschätzung allerdings auch auf die angestammte Tätigkeit bezieht, ist grundsätzlich zu erwarten, dass die Beschwerdeführerin invalidenversicherungsrechtlich betrachtet auch ein entsprechendes Einkommen zu erzielen

in der Lage wäre. Ob ihre Arbeitgeberin ihr einen (demgemäss erforderlichen) Pensenausbau tatsächlich zugestehen könnte und würde, ist nicht abgeklärt worden, erscheint aber zumindest durchaus möglich, wird die Beschwerdeführerin doch nach ihren Angaben auch gelegentlich zu mehr als 40 % eines Vollpensums eingesetzt (vgl. IV-act. 41-79). Da die weitreichende Arbeitsfähigkeit mit dem Gutachten vom April 2019 festgestellt wurde, als die Beschwerdeführerin rund 60-jährig war, ist davon auszugehen, dass ihr zum massgeblichen Zeitpunkt (vgl. BGE 138 V 457 E. 3.3) noch vier Jahre üblicher Erwerbsaktivitätszeit bevorstanden. Die Beschwerdeführerin befand sich zwar damals bereits seit 19 Jahren im gleichen Anstellungsverhältnis (was medizinisch als Ressource gewürdigt wurde), in welchem sie auch ein überdurchschnittlich hohes Einkommensniveau erreicht hat. Sie hatte jedoch davor auch schon Beschäftigungen bei anderen Arbeitgebern gehabt. Zudem ist zu berücksichtigen, dass sie gemäss gutachterlicher Beurteilung einzig in den Fähigkeiten zum Durchhalten und zur Selbstbehauptung eingeschränkt ist (vgl. IV-act. 41-38), weshalb ihr insgesamt grundsätzlich auch ein Wechsel auf den allgemeinen Arbeitsmarkt zugemutet werden kann. Ob die Beschwerdeführerin tatsächlich die bisherige Anstellung - allenfalls selbst mit reduziertem Pensum - beibehält, um dem Risiko einer allfälligen Arbeitslosigkeit vorzubeugen, kann für die vorliegende Beurteilung nicht ausschlaggebend sein. Denn für einen Einkommensvergleich in der Invalidenversicherung ist das zumutbare Invalideneinkommen massgebend, als welches ihr tatsächliches Einkommen bei einem Pensum von 40 % - wie erwähnt - nicht taugt. Bei der Invaliditätsbemessung wird zudem, wie in Art. 16 ATSG angeordnet, eine ausgeglichene Arbeitsmarktlage angenommen. Es kommt demnach nicht darauf an, ob eine invalide Person unter den konkreten Arbeitsmarktverhältnissen tatsächlich an eine Stelle vermittelt werden kann, sondern einzig darauf, ob und in welchem Rahmen sie die ihr verbliebene Arbeitskraft noch wirtschaftlich nutzen könnte, wenn die verfügbaren Arbeitsplätze dem Angebot an Arbeitskräften entsprächen (vgl. Bundesgerichtsurteil vom 4. Mai 2018, 9C_294/2017 E. 5.4.2.; AHI 1998 S. 287 E. 3b). Der massgebliche theoretische und abstrakte ausgeglichene Markt (vgl. BGE 134 V 64, BGE 129 V 480 E. 4.2.2) hat nämlich rein hypothetischen Charakter und dient ausserdem dazu, die Risiken von Arbeitslosigkeit und Invalidität voneinander abzugrenzen (vgl. Entscheid des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [seit 1. Januar 2007: Schweizerisches Bundesgericht] vom 10. Juli 2006, I 186/05 E. 2.3; Bundesgerichtsurteil vom 23. September 2014, 9C_192/2014 E. 3.1; BGE 110 V 276 E. 4b, vgl. auch BGE 134 V 64, BGE 129 V 480 E. 4.2.2). Für die Annahme einer Unverwertbarkeit der Restarbeitsfähigkeit älterer versicherter Personen hat die Rechtsprechung schliesslich relativ hohe Hürden aufgestellt (vgl. Bundesgerichtsurteil vom 18. Dezember 2019, 9C_693/2019 E. 3), welche vorliegend nicht als überschritten zu betrachten sind. Für den Fall, dass ein Ausbau des Pensums bei der Arbeitgeberin nicht möglich sein sollte, sind demnach die Durchschnittseinkommen gemäss den Tabellenlöhnen des Bundesamtes für Statistik beizuziehen (vgl. Anhang 2 der Textausgabe Invalidenversicherung, Allgemeiner Teil des Sozialversicherungsrechts, Gesetze und Verordnungen, 2019, herausgegeben von der Informationsstelle AHV/IV, S. 228). Für das Jahr 2016 beträgt das durchschnittliche Jahreseinkommen von Frauen für Tätigkeiten des (untersten) Kompetenzniveaus 1 (einfache Tätigkeiten körperlicher oder handwerklicher Art) Fr. 54'581.--. Mit Anwendung des Durchschnittseinkommens für Hilfstätigkeiten bleiben die anzunehmenden, in den diversen Tätigkeiten (vgl. IV-act. 41-79) erworbenen erwerblichen Fähigkeiten der Beschwerdeführerin unberücksichtigt. Selbst wenn dennoch auf diesen Betrag abgestellt

wird, ergibt sich nach Berücksichtigung der ausgewiesenen Arbeitsunfähigkeit von 10 % ein Invalideneinkommen von Fr. 49'123.--. Bestehen im Einzelfall Anhaltspunkte dafür, dass die versicherte Person ihre gesundheitlich zumutbare verbleibende (Rest-) Arbeitsfähigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt nur mit unterdurchschnittlichem erwerblichem Erfolg verwerten kann, ist ein Abzug (von den Tabellenlöhnen) zu machen. Bei der Bestimmung der Höhe des Abzuges ist der Einfluss aller in Betracht fallenden Merkmale auf das Invalideneinkommen unter Würdigung der Umstände im Einzelfall gesamthaft zu schätzen und insgesamt auf höchstens 25 % des Tabellenlohnes zu begrenzen (vgl. BGE 134 V 322 E. 5.2 und BGE 126 V 75). Die medizinisch begründete Beeinträchtigung der Leistungsfähigkeit der Beschwerdeführerin, welche in einer leichten Reduktion des Arbeitstempos bzw. Rendements liegt (IV-act. 41-39), hat in der medizinisch begründeten Arbeitsunfähigkeitsschätzung ihren Ausdruck gefunden und bietet keinen Grund für einen Abzug, auch wenn nicht ausser Acht gelassen werden kann, dass die Beschwerdeführerin nebst der depressiven Störung von somatischen Beschwerden diverser Lokalität betroffen ist (wie Rücken, grosse Zehe beidseits, linke Hand, Schlafapnoe-, metabolisches und Restless-legs-Syndrom, Migräne und Kopfschmerz, degenerative Veränderungen an Knien und Schultern). Die Beschwerdeführerin kann ihre Leistung - wie erwähnt - vollschichtig erbringen (a.a.O.), so dass auch ein Teilzeitabzug entfällt (vgl. Bundesgerichtsurteile vom 12. November 2019, 9C_542/2019 E. 3.1, vom 16. Mai 2019, 8C_705/2018 E. 4.3, vom 13. Februar 2017, 9C_762/2016 E. 5, und vom 8. Mai 2018, 8C_211/2018 E. 4.4). Unter diesen Umständen erscheint es nicht gerechtfertigt, einen Abzug vom oben genannten Tabellenlohn anzubringen. Das Valideneinkommen 2016 beträgt nach der Aktenlage rund Fr. 75'780.--. Denn mit einem Pensum von 40 % erzielte die Beschwerdeführerin damals gemäss der Arbeitgeberbescheinigung (IV-act. 6-5 und 6-3) ein Einkommen von Fr. 30'312.-- (angesichts der Pensenschwankungen [vgl. IV-act. 41-79] eignet sich das IK-Einkommen von 2016 von Fr. 33'441.-- [IV-act. 5-1] für die Umrechnung auf ein Vollpensum nicht). Bei voller Beschäftigung resultiert der oben genannte Betrag (Fr. 30'312.--/0.4). Aus dem Vergleich dieses Valideneinkommens von Fr. 75'780.-- mit einem Invalideneinkommen von Fr. 49'123.-- ergibt sich ein Invaliditätsgrad von 35 %. Selbst wenn nicht damit gerechnet werden könnte, dass in der bisherigen Anstellung eine Erhöhung des Pensums möglich wäre, wird ein rentenbegründender Invaliditätsgrad demnach während des Zeitraums einer Arbeitsfähigkeit von 90 % - beurteilt einstweilen bis 1. Juli 2019 - nicht erreicht. Was die anschliessende Periode bis zum Abschluss des vorliegenden Beurteilungszeitraums bis 25. Juli 2020 betrifft, sind wie erwähnt ergänzende medizinische Abklärungen (in Form einer Stellungnahme zur Frage einer allfälligen Verschlechterung) erforderlich. Im Sinn der vorstehenden Erwägungen ist die Beschwerde unter Aufhebung der angefochtenen Verfügung vom 25. Juni 2020 teilweise gutzuheissen und die Sache ist zu ergänzenden Abklärungen im Sinn der Erwägungen und zu entsprechender neuer Verfügung an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. Es rechtfertigt sich, bei diesem Ausgang des Verfahrens für die Kosten von einem vollen Obsiegen der Beschwerdeführerin auszugehen und die Gerichtskosten, die nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert festgelegt werden (Art. 69 Abs. 1 bis IVG), gesamthaft der Beschwerdegegnerin aufzuerlegen (vgl. Art. 95 Abs. 1 VRP/SG). Eine Entscheidegebühr von Fr. 600.-- erscheint angemessen. - Die Bewilligung der unentgeltlichen Prozessführung (Befreiung von den Gerichtskosten) für die Beschwerdeführerin vom 17. November 2020 braucht damit nicht in Anspruch genommen zu werden. Entscheid im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP

Die Beschwerde wird unter Aufhebung der angefochtenen Verfügung vom 25. Juni 2020 teilweise gutgeheissen und die Sache wird zu ergänzenden Abklärungen im Sinn der Erwägungen und zu entsprechender neuer Verfügung an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen. Die Beschwerdegegnerin hat eine Gerichtsgebühr von Fr. 600.-- zu bezahlen.

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