

SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2020/95 vom 5. Juli 2021

Sg Versicherungsgericht, 2021-07-05, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg_publicationen_IV_2020_95

FR: SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2020/95 du 5 juillet 2021

IT: SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2020/95 del 5 luglio 2021

Regeste

Art. 28 IVG: Gestützt auf die medizinische Aktenlage ist mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin in einer leidensangepassten Tätigkeit bis zum 31. Juli 2017 zu 100 % arbeitsunfähig gewesen ist und ab dem 1. August 2017 weiterhin zumindest 30 % arbeitsunfähig ist. Ob nach dem 31. Juli 2017 bis zur Begutachtung durch die ZIMB anfangs 2019 allenfalls sogar eine Arbeitsunfähigkeit von mehr als 30 % vorgelegen hat, bleibt beweislos. Die Folgen der Beweislosigkeit hat die Beschwerdeführerin zu tragen. Anspruch auf eine befristete ganze Rente bejaht (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 5. Juli 2021, IV 2020/95).

Volltext

Entscheid vom 5. Juli 2021 Besetzung Präsidentin Miriam Lendfers, Versicherungsrichterin Christiane Gallati Schneider und Versicherungsrichter Joachim Huber; Gerichtsschreiberin Sabrina Bleile Geschäftsnr. IV 2020/95 Parteien A. ____, Beschwerdeführerin, vertreten durch Rechtsanwältin Dr. iur. Barbara Wyler, Wyler Koch Partner AG, Zürcherstrasse 310, Postfach 340, 8501 Frauenfeld, gegen IV-Stelle des Kantons St. Gallen, Postfach 368, 9016 St. Gallen, Beschwerdegegnerin, Gegenstand Rente Sachverhalt A. ____ (nachfolgend: Versicherte) meldete sich am 3. Juni 2016 bei der IV-Stelle des Kantons St. Gallen (nachfolgend: IV-Stelle) für berufliche Massnahmen und Rentenleistungen an (IV-act. 1). Sie war damals noch als Unterhaltsreinigerin bei der B. ____ AG angestellt gewesen (IV-act. 1-4 und 7-1 ff.), jedoch seit dem 25. Januar 2016 von Dr. med. C. ____, Allgemeine Medizin FMH, zu 100 % arbeitsunfähig geschrieben worden (IV-act. 11-1; vgl. ferner IV-act. 7-3). In einem Arztbericht an die IV-Stelle vom 20. Juni 2016 gab Dr. C. ____ an, dass die Versicherte an einer hartnäckigen Cervicobrachialgie links bei Status nach ventraler Diskektomie C5/6 im Januar 2016, einem chronifizierten Schmerzsyndrom (bestehend seit ca. 2009), einer chronifizierten Migräne (bestehend seit ca. 2005), einem chronischen lumbospondylogenen Syndrom (bestehend seit ca. 2012) sowie einem depressiven Zustandsbild (bestehend seit Herbst 2015) leide. Die Versicherte sei aufgrund ihrer depressiven Verstimmung und ihrer anhaltenden cervicobrachialgieformen Schmerzen links nicht mehr in der Lage, die bisherige Arbeit als Reinigungsfachfrau durchzuführen. Aktuell seien auch keine anderen Tätigkeiten möglich (IV-act. 11-1). Dr. C. ____ legte seinem Bericht sämtliche ihm vorliegenden, die Versicherte betreffenden, fachärztlichen Berichte der sechs vorangegangenen Jahre bei (IV-act. 11-2 ff.). Auf Empfehlung des regionalen ärztlichen Dienstes (RAD) holte die IV-Stelle im Verlauf noch weitere medizinische Unterlagen ein (vgl. IV-act. 19 ff.). Aus diesen ging unter anderem hervor, dass sich die Versicherte seit anfangs Mai 2016 bei Dr. med. D. ____, Psychiatrie, Psychotherapie FMH, in ambulanter psychiatrischer Behandlung befand (IV-act. 26). In einer Beurteilung vom 14. Februar 2017 hielt der RAD fest, dass gemäss Aktenlage wiederholte bildgebende

Untersuchungen durchgeführt worden seien ohne Nachweis einer schlüssigen Ursache für die von der Versicherten geklagten Rücken-, Arm- und Beinbeschwerden. Gemäss dem Austrittsbericht der Kliniken Valens (Aufenthalt der Versicherten vom ____ 2016 bis ____ 2016, IV-act. 37-8 ff.) bestünden Anzeichen einer massiven Selbstlimitierung und erheblichen Symptomausweitung. Aufgrund der vorliegenden Unterlagen könne die Arbeitsfähigkeit nicht beurteilt werden, weshalb die Durchführung einer polydisziplinären Begutachtung empfohlen werde (IV-act. 50). Vom 6. Februar 2017 bis 3. Mai 2017 war die Versicherte in der Psychiatrischen Tagesklinik E.____ behandelt worden. Im Austrittsbericht vom 3. Mai 2017 nannte Dr. med. F.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, als Diagnosen eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode, ohne somatisches Syndrom, sowie eine Somatisierungsstörung. Weiter hielt er fest, die Versicherte sei von ihrem Hausarzt Dr. C.____ und in Rücksprache mit Dr. D.____ zugewiesen worden. Die Exploration habe sich aufgrund der sprachlichen Barriere schwierig gestaltet. Anamnestisch und auch fremdanamnestisch durch die Familie seien depressive Episoden und die Somatisierungsstörung bereits seit mehreren Jahren bestehend. Die Versicherte sei in ein teilstationäres multimodales Therapieprogramm eingebunden worden, wobei die medikamentöse Einstellung in Zusammenarbeit mit Dr. C.____ erfolgt sei. Aufgrund der psychischen und körperlichen Einschränkungen sei es der Versicherten von Beginn an nicht möglich gewesen, selbständig in die Tagesklinik zu kommen. Sie sei täglich von Familienangehörigen gebracht worden. Die Versicherte habe in den drei Monaten Behandlung nur sehr eingeschränkt am Therapieprogramm teilgenommen und habe sich vermehrt wegen des Gefühls von Überforderung, Schwindel oder anderer körperlicher Symptome in den Ruheraum zurückgezogen. Auch in den Einzelgesprächen seien eine rasche Ermüdbarkeit und das Gefühl der Überforderung vorhanden gewesen. Die Versicherte habe wenig Introspektionsfähigkeit gezeigt, was neben den sprachlichen Schwierigkeiten das Vertiefen von Themen erschwert habe. Anfängliche Therapieziele, wie z.B. vermehrte Alltagsaktivitäten, hätten nicht erreicht werden können. In den Gesprächen mit den Angehörigen habe sich gezeigt, dass auch im häuslichen Umfeld wenig Veränderungen und sogar eher noch eine Verschlechterung eingetreten seien. Deshalb sei eine stationäre Therapie empfohlen worden, worauf sich die Versicherte habe einlassen können (IV-act. 68). Vom 5. Mai 2017 bis 12. Juli 2017 wurde die Versicherte in der Klinik G.____ stationär behandelt. Im Austrittsbericht vom 11. August 2017 nannten die behandelnden Ärzte folgende Diagnosen: Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome, Somatisierungsstörung, chronische Hüftschmerzen links und Migräne. Weiter hielten die behandelnden Ärzte in ihrer Beurteilung fest, dass die Versicherte nach einer Verschlechterung der psychischen und körperlichen Verfassung mit einer schweren depressiven Episode im Rahmen einer rezidivierenden depressiven Symptomatik, chronischen Schmerzen und einer psychosozialen Belastungssituation freiwillig zur stationären Erstaufnahme gekommen sei. Unter einer medikamentösen Kombinationsbehandlung und der Teilnahme an einem auf allgemeine Aktivierung und Abbau von Schon- und Vermeidungsverhalten zielenden Behandlungsprogramm habe sich die Versicherte allmählich stabilisieren können. Nach mehreren Beurlaubungen, die komplikationslos verlaufen seien, habe sie in einem weiterhin leicht depressiven, doch insgesamt gebesserten Allgemeinzustand wieder in die gewohnte Umgebung entlassen werden können. Die depressive Symptomatik sei bei Austritt teilremittiert gewesen. Die Schmerzsymptomatik sei in den Hintergrund getreten und die ihrerseits vermehrt schmerzauslösende Schonhaltung ein wenig reduziert gewesen.

Prognostisch sei eine weitere aktivierende Behandlung wichtig, um einem Rückfall in die vorbestehenden Verhaltensmuster entgegen zu wirken (IV-act. 66). Am 28. Juli 2017, 31. Juli 2017 und 3. August 2017 wurde die Versicherte im Auftrag der IV-Stelle von der Begutachtungsstelle medaffairs polydisziplinär (orthopädisch, neurologisch, psychiatrisch und allgemeinmedizinisch) abgeklärt (IV-act. 61). In der Konsensbeurteilung des am 23. November 2017 erstatteten Gutachtens nannten die Sachverständigen der medaffairs folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit: eine beginnende Coxarthrose, eine chronische Lumbalgie, eine chronische Zervikalgie, eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung sowie eine leichte depressive Episode (IV-act. 61-20). Sodann kamen die Gutachter zum Schluss, dass aus orthopädischer Sicht für die schwere und mittelschwere körperliche Tätigkeit im Reinigungsdienst aufgrund der vorliegenden Akten und Befunde ab dem 25. Januar 2016 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit bestehe. In optimal leidensangepassten Tätigkeiten (leichte körperliche Tätigkeiten ohne Zwangspositionen, ohne Arbeiten in Reklination, ohne dauerhaftes Arbeiten in vorgebeugter Haltung, ohne Arbeiten mit vorgehaltenem Arm, ohne Gewichtsbelastung über 5 kg, ohne die Notwendigkeit, eine Gehstrecke von insgesamt 1 bis 1.5 km pro Tag zurücklegen zu müssen, ohne die Notwendigkeit auf Treppen und Leitern zu steigen und auf unebenem Gelände laufen zu müssen und hauptsächlich sitzend oder stehend) sei seit Mai 2016 (drei Monate nach der Operation vom 28. Januar 2016) eine 80%ige Arbeitsfähigkeit gegeben. Aus psychiatrischer Sicht entspreche die zuletzt ausgeübte Tätigkeit einer leidensangepassten Tätigkeit. Ab Beginn der stationären/teilstationären Behandlung vom 5. Mai 2017 sei für 12 Monate von einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit auszugehen. Möglicherweise habe bereits vor der stationären Aufnahme vom 5. Mai 2017 eine (Teil-)Arbeitsunfähigkeit bestanden. Auch aktuell bestehe aus psychiatrischer Sicht noch eine Arbeitsunfähigkeit von 100 %. Nach Ablauf der 12 Monate sollte sich die Arbeitsfähigkeit allerdings durch gezielte Massnahmen steigern lassen. Nach Abschluss der geplanten teilstationären Behandlung sollte eine Wiedereingliederungsmassnahme durchgeführt werden (IV-act. 61-29 f.). Im psychiatrischen Teilgutachten hatte der psychiatrische Sachverständige ergänzend ausgeführt, dass bis zum Abschluss der geplanten tagesklinischen Behandlung eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % anzunehmen sei. Anschliessend sei davon auszugehen, dass die depressive Symptomatik in den Hintergrund treten werde und dass die nach der tagesklinischen Behandlung zu erwartende 50%ige Arbeitsunfähigkeit noch weiter sinken werde, sodass nach der Sistierung der depressiven Symptomatik aufgrund der somatoformen Schmerzstörung in Zukunft lediglich noch eine 30%ige Arbeitsunfähigkeit zu erwarten sei (IV-act. 61-114). Im interdisziplinären Konsens hielten die Sachverständigen sodann fest, dass aus gesamtmedizinischer Sicht in der angestammten Tätigkeit ab dem 25. Januar 2016 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit bestehe. In einer Verweistätigkeit bestehe seit Mai 2016 eine 80%ige Arbeitsfähigkeit und ab dem 5. Mai 2017 bis maximal Mai 2018 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit (IV-act. 61-29 f.). Vom 5. Juni 2018 bis 8. Juni 2018 wurde die Versicherte im Spital H.____ hospitalisiert. Die Einweisung war auf hausärztliche Zuweisung bei unklarem neurologischem Zustandsbild mit Spontannystagmus, Schwindel und Hypertonie erfolgt. Ein im Rahmen der Hospitalisation angefertigtes Schädel-CT zeigte kein pathologisches Korrelat. Die behandelnden Ärzte vermuteten, insbesondere auch wegen einer kürzlich erfolgten zusätzlichen Medikamentenversorgung, ein serotonerges Syndrom. In Rücksprache mit Dr. D.____ empfahlen sie eine Zuweisung an eine psychiatrische Klinik bzw. an ein Schmerzzentrum zur Einstellung der Medikamente, was jedoch - trotz Aufklärung über die

Risiken der bestehenden Medikation - sowohl von der Versicherten als auch deren Ehemann ausdrücklich abgelehnt wurde (IV-act. 100, 102 f. und 128 f.). Nachdem die IV-Stelle auf Anweisung des RAD weitere medizinische Unterlagen eingeholt hatte (IV-act. 62 ff.), stellte sie am 22. August 2018 Rückfragen an die Gutachter der medaffairs (IV-act. 107; zur Formulierung der gestellten Fragen durch RAD-Ärztin Dr. med. I. ____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, vgl. IV-act. 106; vgl. ferner IV-act. 113 f.). In einer MRT Arthrographie des linken Schultergelenks vom 18. September 2018 zeigte sich eine Partiailläsion der Supra- und Infraspinatussehne (IV-act. 119 und 136; vgl. ferner IV-act. 116). Am 17. Oktober 2018 erfolgte eine diagnostisch-therapeutische Infiltration glenohumeral und subacromial links. Ausserdem wurde bei chronischen Hüftschmerzen links und MR-tomographisch nachgewiesener Partialruptur der gluteus medius Sehne, femoro-actebulärem Knorpeldefekt und beginnender Coxarthrose eine therapeutische Infiltration der Bursa trochanterica links durchgeführt. Nach den Infiltrationen verspürte die Versicherte eine diskrete Besserung der Beschwerden (IV-act. 156-9 f.). Am 22. Oktober 2018 bzw. 29. Oktober 2018 reichten der psychiatrische und allgemeinmedizinische Gutachter der medaffairs ihr Antwortschreiben zu den seitens der IV-Stelle gestellten Rückfragen ein. Sie hielten namentlich fest, dass der Versicherten nicht wegen der leichten depressiven Episode, sondern wegen einer Erkrankung aus dem somatoformen Diagnosespektrum eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit attestiert worden sei. Die depressive Störung sei im Gutachten zusätzlich genannt worden, weil die Situation aufgrund der Komorbidität in gewissem Sinne verschlimmert werde. Im Übrigen müsse sich eine somatoforme Schmerzstörung nicht ausgeprägt im Psychostatus niederschlagen. Da sich die bisher durchgeführten Massnahmen günstig ausgewirkt hätten, sollte die von der Versicherten angeführte teilstationäre Behandlung in Bälde durchgeführt werden. Es sei anzunehmen, dass sich durch diese eine Besserung erzielen lassen würde. Aus dieser Überlegung sei auch eine vorübergehende 100%ige Arbeitsunfähigkeit attestiert worden, die aus psychiatrischer Sicht nicht auf Dauer, sondern nur für den Zeitraum bis zur Beendigung der tagesklinischen Behandlung bestehen sollte. Vor dem Hintergrund der im Rahmen der Begutachtung durchgeführten Labordiagnostik sollte auch die bestehende psychopharmakologische Medikation reflektiert und unter Laborkontrolle fortgesetzt werden, da eine Medikation, die nicht eingenommen werde, nicht wirken könne (IV-act. 115 und 117). In einem Bericht der Klinik für Neurochirurgie des Kantonsspitals St. Gallen (KSSG) vom __ November 2018 wurde festgehalten, dass am __ November 2018 eine MRT-Untersuchung der HWS durchgeführt worden sei, die eine Protrusion auf der Höhe C5/6 eher linksseitig gezeigt habe. Die Beschwerden der Versicherten seien allumfassend und sehr diffus, weshalb sie schwer auf den Punkt zu bringen seien. Es werde auf keinen Fall eine Operation empfohlen. Aus neurochirurgischer Sicht gäbe es nichts zu tun (IV-act. 121; zum Befund einer bereits im Juni 2018 durchgeführten MRT-Untersuchung der HWS vgl. IV-act. 130). Am 22. November 2018 äusserte sich RAD-Ärztin Dr. I. ____ zur eingegangenen Stellungnahme der medaffairs dahingehend, dass die Gutachter nicht nachvollziehbar begründet hätten, weshalb die leichte Depression die somatoforme Schmerzstörung derart negativ beeinflussen sollte, dass insgesamt eine volle Arbeitsunfähigkeit resultiere. Ausserdem sei vor dem Hintergrund des bisherigen Verlaufs mit bereits gescheiterter tagesklinischer Behandlung und einer Krankheitsüberzeugung der Versicherten mit eingeschränkter persönlicher Ressourcenlage nicht anzunehmen, dass ein erneuter tagesklinischer Aufenthalt zu einer relevanten Verbesserung des Gesundheitszustandes führen würde (IV-act. 120). In einer weiteren Beurteilung vom 3.

Dezember 2018 hielt RAD-Ärztin Dr. I. ___ fest, dass die Attestierung einer vollen Arbeitsunfähigkeit durch die Gutachter der medaffairs nicht ausreichend nachvollziehbar begründet worden sei. Ausserdem würden im Gutachten hypothetische Aussagen zur zukünftigen bzw. erreichbaren Arbeitsfähigkeit nach erfolgter Therapie gemacht. Zudem finde im Gutachten keine ausführliche Auseinandersetzung mit der Ressourcenlage der Versicherten und deren Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit statt. Schliesslich könnten die gutachterlichen Überlegungen bezüglich der Auswirkungen der vorgeschlagenen Therapieoptionen vor dem Hintergrund der gestellten und sich gegenseitig negativ beeinflussenden Diagnosen, der Persönlichkeitsstruktur der Versicherten sowie deren persönlichen Krankheitsüberzeugung nicht ausreichend nachvollzogen werden.

RAD-Ärztin Dr. I. ___ empfahl sodann die erneute Durchführung einer polydisziplinären Begutachtung bei einer anderen Gutachterstelle sowie die Aktualisierung der medizinischen Aktenlage (IV-act. 145). Mit Mitteilung vom 4. Dezember 2018 informierte die IV-Stelle die anwaltlich vertretene Versicherte über die geplante polydisziplinäre Begutachtung (IV-act. 124; zur weiteren Mitteilung vgl. IV-act. 150). Gleichentags leitete die IV-Stelle die Aufdatierung der medizinischen Unterlagen seit Mai 2018 in die Wege (vgl. IV-act. 126 ff.). Unter anderem gingen Sprechstundenberichte der Klinik für Pneumologie und Schlafmedizin des KSSG ein (vgl. IV-act. 132 f., 138 f. und 143; zu schon früher eingereichten Berichten der Klinik für Pneumologie und Schlafmedizin vgl. IV-act. 105 und 108). In einem Bericht vom __. Dezember 2018 hielten die behandelnden Ärzte fest, dass nach einer Bronchoskopie und Schleimhautbiopsien, die nur eine leichte chronisch aktive Entzündung gezeigt hätten, der geklagte Husten am ehesten als postinfektiös bedingt, unterhalten durch den persistierenden Tabakrauchkonsum, interpretiert werde. Die Versicherte habe sich zu einer Anmeldung für einen Rauchstopp entscheiden können (IV-act. 143). Anlässlich einer Sprechstunde in der Klinik für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates des KSSG vom __. Dezember 2018 berichtete die Versicherte über eine kurze Beschwerdebesserung nach der glenohumeralen und subacromialen Infiltration bei aktuell wieder deutlich ausgeprägten Beschwerden. Es wurde ein weiterer Termin für eine Infiltration vereinbart und bei Beschwerdepersistenz ein operatives Vorgehen in Erwägung gezogen (IV-act. 156-17 f.). Im Bericht zur am folgenden Tag in derselben Klinik des KSSG erfolgten Sprechstunde betreffend Hüfte wurde festgehalten, dass die Versicherte ein undifferenziertes massives Beschwerdebild an der linken Hüfte zeige, welches mit den erfassten bildgebenden Pathologien nicht im Einklang stehe. Daher gebe es keine Indikation für eine operative Therapie. Auf Wunsch der Versicherten werde die intraartikuläre Hüftgelenksinfiltration, die früher zu einer leichtgradigen Beschwerdebesserung geführt habe, wiederholt. Bei bereits geplantem Infiltrationstermin für die Schulter wurde das Schulterteam um die Durchführung gebeten (IV-act. 148). Am __. Dezember 2018 erfolgten die Infiltrationen (IV-act. 156-19). Mit Schreiben vom 17. Januar 2019 erklärte sich die Versicherte mit den vorgeschlagenen Gutachtern einverstanden (IV-act. 153). Am 13. Februar 2019 wurde die Versicherte im Auftrag der IV-Stelle von der Zentrum für Interdisziplinäre Medizinische Begutachtungen AG (ZIMB) allgemeinmedizinisch, psychiatrisch, rheumatologisch und neurologisch untersucht (IV-act. 160-5). Nachdem anlässlich einer Sprechstunde vom 12. März 2019 eine Entscheidung gegen eine Rotatorenmanschetten-Rekonstruktion gefällt worden war, wurde am 27. März 2019 eine erneute Infiltration der linken Schulter subacromial durchgeführt (IV-act. 156-26). Am 25. April 2019 erläuterte Dr. C. ___ im Auftrag der Versicherten deren Krankheitsverlauf aus seiner Sicht (vgl. IV-act. 156). Am 29. April 2019

erstattete die ZIMB ihr polydisziplinäres Gutachten (IV-act. 160). In ihrer interdisziplinären Gesamtbeurteilung nannten die Sachverständigen folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit: chronisches zervikospodylogenes Schmerzsyndrom linksbetont, Funktions- und Belastungsdefizit linke Schulter, chronisches lumbospodylogenes Schmerzsyndrom linksbetont, Belastungsdefizit linke Hüfte, Hypermobilität, chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren und rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte bis mittelgradige Episode (IV-act. 160-10). Sodann kamen sie zum Schluss, dass in der angestammten Tätigkeit seit der Diskushernienoperation im Januar 2016 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit anzunehmen sei. In einer leichten, wechselbelastenden Tätigkeit ohne regelmässige Arbeiten mit dem linken Arm über der Horizontalen und ohne ausschliessliche Geh- und Stehbelastung bestehe hingegen eine 70%ige Arbeitsfähigkeit. Die 30%ige Arbeitsunfähigkeit ergebe sich aufgrund der Schmerzstörung und der Depression, die zu einer Einschränkung der Leistungsfähigkeit mit erhöhtem Pausenbedarf und reduziertem Rendement führten. Über die Zeit gemittelt könne eine 70%ige Arbeitsfähigkeit in leidensangepassten Tätigkeiten ab Juli 2016 angenommen werden. Aufgrund der ausgeprägten subjektiven Krankheits- und Behinderungsüberzeugung seien berufliche Massnahmen nicht erfolgsversprechend. Auch durch medizinische Massnahmen könne die Arbeitsfähigkeit nicht verbessert werden. Die passiven und regressiven Verhaltensweisen der Versicherten hätten keinen Krankheitswert und würden sich durch eine psychiatrische Behandlung kaum beeinflussen lassen (IV-act. 160-12 f.). In einer Beurteilung vom 9. Juli 2019 hielt RAD-Ärztin Dr. I.____ fest, dass die Gutachter auf erhebliche Inkonsistenzen hingewiesen hätten. Das Ausmass der von der Versicherten geschilderten und demonstrierten Beschwerden bzw. die geltend gemachten Einschränkungen könnten vor diesem Hintergrund aus medizinischer Sicht nicht hinreichend nachvollzogen werden (IV-act. 161-2). Anlässlich eines Telefonats mit der Versicherten bzw. deren Tochter vom 5. August 2019 erklärte die zuständige Sachbearbeiterin der IV-Stelle gemäss einer von ihr verfassten Telefonnotiz, dass gemäss dem Gutachten berufliche Massnahmen möglich wären. Seitens der Versicherten bzw. deren aufgrund sprachlicher Verständigungsschwierigkeiten beigezogenen Tochter wurde zum Ausdruck gebracht, dass die Versicherte zwar wirklich gerne arbeiten würde, dies aufgrund der Schmerzen jedoch einfach nicht gehe. Berufliche Massnahmen seien nicht realistisch (IV-act. 164). Mit gleichentags erlassener Mitteilung wies die IV-Stelle das Leistungsbegehren um berufliche Massnahmen ab (IV-act. 166). Mit Vorbescheid vom 24. Oktober 2019 stellte die IV-Stelle der Versicherten die Abweisung des Rentenbegehrens bei einem Invaliditätsgrad von 15 % in Aussicht (IV-act. 171). Gegen diesen Vorbescheid liess die Versicherte, vertreten durch Rechtsanwältin Dr. iur. B. Wyler, Frauenfeld, am 25. November 2019 Einwand erheben (IV-act. 178) unter Beilage eines Berichtes von Dr. D.____ vom 4. September 2019, worin dieser ausgeführt hatte, sich bei der Versicherten eine Erwerbstätigkeit als Raumpflegerin mit Leistungsniveau von 70 % in keiner Weise vorstellen zu können (IV-act. 178-13). Nach der Einholung einer erneuten RAD-Beurteilung (vgl. IV-act. 184) verfügte die IV-Stelle am 23. März 2020 die Abweisung des Rentengesuchs bei einem Invaliditätsgrad von 15 % (IV-act. 185). Gegen diese Verfügung erhob die weiterhin durch Rechtsanwältin Wyler vertretene Versicherte (nachfolgend: Beschwerdeführerin) am 14. Mai 2020 Beschwerde. Sie beantragte, die Verfügung der IV-Stelle vom 23. März 2020 betreffend Invalidenrente sei aufzuheben und ihr sei ab November 2016 eine ganze Invalidenrente zuzusprechen. Eventualiter seien weitere medizinische Abklärungen zu treffen. Insbesondere sei sie durch das Gericht durch

eine nicht vorbefasste Gutachterstelle erneut interdisziplinär im Sinne eines Obergutachtens begutachten zu lassen. Alles unter Kosten- und Entschädigungsfolgen zu Lasten der IV-Stelle (nachfolgend: Beschwerdegegnerin). In formeller Hinsicht beantragte die Beschwerdeführerin die Durchführung eines zweiten Schriftenwechsels sowie die Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung und Verbeiständung (act. G 1; zum Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege vgl. auch act. G 4 und 4.1). In ihrer Beschwerdeantwort vom 1. Juli 2020 beantragte die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde (act. G 5). Am 6. Juli 2020 teilte die verfahrensleitende Richterin der Beschwerdeführerin mit, dass das Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege (inkl. Rechtsverbeiständung) mangels ausgewiesener Bedürftigkeit nicht bewilligt werden könne. Ohne gegenteilige Rückmeldung bis zum 14. Juli 2020 werde angenommen, dass am Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege nicht festgehalten werde (act. G 6). Nach Erhalt einer Stellungnahme der Beschwerdeführerin (vgl. act. G 7 f.) erklärte die verfahrensleitende Richterin am 21. August 2020, dass es bei der Abweisung des Gesuchs um unentgeltliche Rechtspflege bleibe (act. G 9). In ihrer Replik vom 12. Oktober 2020 hielt die Beschwerdeführerin an den in der Beschwerde vom 14. Mai 2020 gestellten Rechtsbegehren fest. Am Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege hielt sie hingegen nicht mehr fest (act. G 12). Mit Schreiben vom 5. November 2020 hielt die Beschwerdegegnerin am in der Beschwerdeantwort gestellten Antrag fest und verzichtete auf die Erstattung einer ausführlichen Duplik (act. G 15). Erwägungen Vorliegend strittig und zu prüfen ist der Anspruch der Beschwerdeführerin auf eine Invalidenrente. Einen Anspruch auf eine Rente der Invalidenversicherung (IV) haben Versicherte, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wiederherstellen, erhalten oder verbessern können, während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig gewesen sind und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid sind (Art. 28 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung [IVG; SR 831.20]). Invalidität ist gemäss Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit. Erwerbsunfähigkeit wird in Art. 7 Abs. 1 ATSG als der durch eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichen Arbeitsmarkt definiert. Die Invalidität ist grundsätzlich durch einen Einkommensvergleich zu ermitteln. Dabei wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen kann, in Beziehung gesetzt zum Einkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Art. 16 ATSG). Nach Art. 28 Abs. 2 IVG besteht Anspruch auf eine ganze Invalidenrente, wenn die versicherte Person mindestens zu 70 %, auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens zu 60 % invalid ist. Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % besteht ein Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % ein Anspruch auf eine Viertelsrente. Die IV-Anmeldung der Beschwerdeführerin ist bei der Beschwerdegegnerin am 3. Juni 2016 eingegangen (IV-act. 1-1). Der früheste Beginn eines allfälligen Rentenanspruchs im Sinne von Art. 29 Abs. 1 und 3 IVG fällt somit auf den 1. Dezember 2016. Das Wartejahr gemäss Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG ist zu diesem Zeitpunkt allerdings noch nicht verstrichen

gewesen, da die länger andauernde Arbeitsunfähigkeit im angestammten Beruf erst am 25. Januar 2016 eingetreten ist (vgl. IV-act. 1-3, 7-3, 11-1, 61-29 und 160-12). Erste Beschwerden mögen zwar bereits vor dem 25. Januar 2016 aufgetreten sein, doch haben diese gemäss den Akten - entgegen den Ausführungen in der Beschwerde (vgl. act. G 1 S. 3 f.) - nicht zu einer langanhaltenden Arbeitsunfähigkeit geführt (vgl. das Arztattest in IV-act. 11-1 sowie die Angaben der Arbeitgeberin in IV-act. 7-3 und 7-11). Unter Berücksichtigung des Wartejahres fällt der frühestmögliche Rentenbeginn somit auf den 1. Januar 2017 (vgl. Art. 28 Abs. 1 lit. b i.V.m. 29 Abs. 3 IVG). Zunächst zu prüfen ist demnach, ob der Grad der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin für leidensangepasste Tätigkeiten gestützt auf die vorliegende medizinische Aktenlage für den Zeitraum ab dem 1. Januar 2017 mit überwiegender Wahrscheinlichkeit festgestellt werden kann (zum Beweismass siehe BGE 138 V 221 E. 6 und Urteil des Bundesgerichts vom 2. August 2017, 8C_128/2017, E. 2; vgl. ferner E. 4.3). Um den Arbeitsfähigkeitsgrad bestimmen zu können, ist die Verwaltung - und im Beschwerdefall das Gericht - auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es dabei, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsfähig ist (BGE 125 V 261 E. 4). In beweisrechtlicher Hinsicht gilt der Grundsatz der freien Beweiswürdigung. Danach haben die urteilenden Instanzen die Beweise frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen (BGE 125 V 352 E. 3a). Hinsichtlich des Beweiswerts eines Arztberichts ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten bzw. der Anamnese abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Fachperson begründet sind (BGE 125 V 352 E. 3a mit Hinweis). Den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens formgerecht eingeholten Gutachten von externen Spezialärzten, welche auf Grund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, ist bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 137 V 227 E. 1.3.4). Der im Sozialversicherungsrecht geltende Untersuchungsgrundsatz schliesst eine Beweislast im Sinne einer Beweisführungslast begriffsnotwendig aus. Im Sozialversicherungsprozess tragen mithin die Parteien in der Regel eine Beweislast nur insofern, als im Falle der Beweislosigkeit der Entscheid zu Ungunsten jener Partei ausfällt, die aus dem unbewiesenen gebliebenen Sachverhalt Rechte ableiten wollte. Diese Beweisregel greift allerdings erst Platz, wenn es sich als unmöglich erweist, im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes auf Grund einer Beweiswürdigung einen Sachverhalt zu ermitteln, der zumindest die Wahrscheinlichkeit für sich hat, der Wirklichkeit zu entsprechen (BGE 117 V 264 E. 3b mit Hinweisen und 138 V 221 f. E. 6 mit Hinweisen). Vom 6. Februar 2017 bis 3. Mai 2017 ist die Beschwerdeführerin in der Psychiatrischen Tagesklinik E.____ behandelt worden (IV-act. 68). Vom 5. Mai 2017 bis 12. Juli 2017 hat sie sich stationär in der Klinik G.____ aufgehalten (IV-act. 66). Während dieser stationären und tagesklinischen Aufenthalte ist grundsätzlich naturgemäss von einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit auszugehen. Anhaltspunkte dafür, dass die tagesklinische oder stationäre Behandlung nicht indiziert gewesen wären, liegen nämlich nicht vor. Vielmehr scheint sich die Beschwerdeführerin

während des stationären Aufenthaltes psychisch stabilisiert zu haben. Die depressive Symptomatik ist gemäss den Angaben der behandelnden Ärzteschaft der Klinik G.____ bei Austritt teilremittiert gewesen und die Schmerzsymptomatik in den Hintergrund getreten (IV-act. 66-4). Die Beschwerdeführerin sei mit einer schweren depressiven Symptomatik in die Klinik eingetreten (vgl. IV-act. 66-1), während sie am Ende der Behandlung lediglich noch in einem leicht depressiven Zustand in die gewohnte Umgebung entlassen worden sei (vgl. IV-act. 66-3). Namentlich vom stationären Aufenthalt scheint die Beschwerdeführerin also profitiert zu haben. In den entsprechenden Austrittsberichten ist der Beschwerdeführerin trotzdem eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit attestiert worden (IV-act. 66 und 68), in demjenigen der Klinik G.____ zumindest bis zum 31. Juli 2017 (vgl. IV-act. 66-2). Vor diesem Hintergrund ist es gut nachvollziehbar, dass der psychiatrische Sachverständige der medaffairs davon ausgegangen ist, bei der Beschwerdeführerin habe spätestens seit dem Beginn der stationären Behandlung, also spätestens seit dem 5. Mai 2017, allenfalls bereits einige Monate zuvor, für sämtliche beruflichen Tätigkeiten eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit bestanden (IV-act. 61-114 f.). Ebenso folgerichtig erscheint seine Einschätzung, wonach im Untersuchungszeitpunkt vom 31. Juli 2017 (zum Datum der Untersuchung vgl. IV-act. 61-92) noch immer eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit anzunehmen sei (vgl. IV-act. 61-114). Angesichts des dokumentierten Behandlungserfolgs der stationären Therapie ist auch seine Empfehlung zur Durchführung einer tagesklinischen Behandlung und die Annahme, dass bis zum Abschluss einer solchen weiterhin eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit zu attestieren sei, plausibel, wenngleich die prognostische, nicht näher begründete Dauer bis längstens Mai 2018 etwas zufällig anmutet (vgl. IV-act. 61-114 f. und 61-30). Weshalb der RAD diese vorübergehende Attestierung einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit als nicht nachvollziehbar bezeichnet hat bzw. das psychiatrische Gutachten der medaffairs als nicht schlüssig befunden hat (vgl. IV-act. 62, 98, 104, 106 f., 120 und 145), erschliesst sich dem Gericht nicht. Wie der psychiatrische Sachverständige zusammen mit dem fallführenden Gutachter der medaffairs in der Stellungnahme vom 22. bzw. 29. Oktober 2018 nochmals explizit festgehalten hat, ist die vorübergehende 100%ige Arbeitsunfähigkeit nicht in erster Linie aufgrund des in der Untersuchung vom 31. Juli 2017 festgestellten Psychostatus mit einer lediglich leichten depressiven Symptomatik und einer Schmerzproblematik attestiert worden, sondern namentlich vor dem Hintergrund, dass eine tagesklinische Behandlung als indiziert erachtet worden ist (vgl. IV-act. 115 und 117). Daraus ist zu schliessen, dass die Gutachter der medaffairs der Beschwerdeführerin Zeit zur Regeneration und psychischen Stabilisierung durch indizierte Behandlungsmassnahmen haben geben wollen, in der Annahme, sie sei dadurch später mittels ebenfalls empfohlener beruflicher Massnahmen (vgl. IV-act. 61-31 und 61-115) wieder in den Arbeitsprozess integrierbar (vgl. IV-act. 115-3, 61-114 und 61-30 f.). Da, soweit ersichtlich, nach der Begutachtung durch die medaffairs allerdings entgegen der Annahme der Gutachter keine tagesklinische Behandlung und auch sonst keine (teil-)stationären Therapien, die auf die Behandlung der psychischen Leiden ausgerichtet gewesen wären, mehr stattgefunden haben (vgl. dazu auch die RAD-Beurteilung vom 26. Juni 2018; IV-act. 98-2), kann auf die von den Gutachtern über den 31. Juli 2017 hinaus aus psychischen Gründen attestierte 100%ige Arbeitsunfähigkeit für sämtliche Tätigkeiten nicht abgestellt werden (vgl. IV-act. 61-30). Dies ändert aber nichts an der grundsätzlichen Plausibilität des Gutachtens der medaffairs. Das Gutachten der medaffairs beruht auf eigenständigen Abklärungen, hat die Aktenlage berücksichtigt, ist auf die von der Beschwerdeführerin geschilderten Leiden eingegangen und hat das

strukturierte Beweisverfahren beachtet (vgl. IV-act. 61). Unter Berücksichtigung des Gutachtens der medaffairs (vgl. IV-act. 61) sowie der Austrittsberichte zur tagesklinischen und stationären psychiatrischen Behandlung der Beschwerdeführerin im Jahr 2017 (vgl. IV-act. 66 und 68) ist mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass vom 6. Februar 2017 bis 31. Juli 2017 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit bestanden hat. Angesichts dessen, dass im Austrittsbericht der Psychiatrischen Tagesklinik E. ___ vom 3. Mai 2017 eine Zuweisung durch den Hausarzt dokumentiert ist, mithin anzunehmen ist, die psychische Destabilisierung sei bereits vor dem Beginn der tagesklinischen Behandlung eingetreten (vgl. IV-act. 68), rechtfertigt es sich, die 100%ige Arbeitsunfähigkeit bereits ab Januar 2017 anzunehmen. Die retrospektive Einschätzung der Gutachter des ZIMB, wonach in leidensangepassten Tätigkeiten gemittelt bereits seit Juli 2016 eine 70%ige Arbeitsfähigkeit bestanden habe (vgl. IV-act. 160-12), ist angesichts der tagesklinischen bzw. stationären Behandlungen vom 6. Februar 2017 bis 12. Juli 2017 nicht schlüssig (vgl. dazu auch den Einwand der Beschwerdeführerin in act. G 1 S. 7 und 4 f.). Weiter gilt es zu beachten, dass retrospektive Einschätzungen in der Regel ungenauer als echtzeitliche Beurteilungen ausfallen dürften. Folglich lässt die retrospektive Einschätzung der ZIMB-Gutachter keine beachtlichen Zweifel an der bis 31. Juli 2017 echtzeitlich dokumentierten 100%igen Arbeitsunfähigkeit der Beschwerdeführerin aufkommen. Zusammenfassend ist zwischen Januar 2017 und Juli 2017 von einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit in sämtlichen Tätigkeiten auszugehen. Es ist nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin im Dezember 2018 eine Begutachtung der Beschwerdeführerin bei der ZIMB in die Wege geleitet hat (vgl. IV-act. 144 f. und 147). Entgegen der Behauptung der Beschwerdeführerin hat es sich dabei nicht um eine unzulässige Zweitbegutachtung gehandelt (vgl. act. G 1 S. 5). Vielmehr ist die Beschwerdegegnerin im Rahmen der sie treffenden Untersuchungspflicht (Art. 43 ATSG) durchaus gehalten gewesen, eine erneute Begutachtung durchführen zu lassen. Dies einerseits, weil sich die Annahme der Gutachter der medaffairs, wonach die Beschwerdeführerin nach der Begutachtung eine tagesklinische Behandlung antreten werde, nicht bewahrheitet hatte, sodass der über den 31. Juli 2017 hinaus attestierten 100%igen Arbeitsunfähigkeit die Grundlage entzogen worden ist (vgl. dazu E. 4.4). Andererseits, weil die medaffairs-Gutachter für die Zeit nach der Begutachtung keine beweisrechtlich brauchbare Einschätzung der Arbeitsfähigkeit abgegeben haben, sondern diese vom Erfolg der empfohlenen Behandlungsmassnahmen bzw. Eingliederungsmassnahmen abhängig gesehen haben (vgl. IV-act. 61-29 f.). Der psychiatrische Sachverständige hat lediglich prognostisch eingeschätzt, dass in Zukunft bei Besserung der psychischen Symptomatik aufgrund der Schmerzsymptomatik längerfristig eine 30%ige Arbeitsunfähigkeit in leidensangepassten Tätigkeiten zu erwarten sei (IV-act. 61-114). Diese Prognose hat aber offenkundig nicht als Basis für den Rentenentscheid dienen können. Folglich hat die Beschwerdegegnerin zu Recht eine weitere Begutachtung in Auftrag gegeben. Im Übrigen hat die Beschwerdeführerin gegen die ihr gehörig angekündigte Begutachtung bei der ZIMB (vgl. IV-act. 124 und 150) damals explizit keine Einwände erhoben, sondern sich sinngemäss damit einverstanden erklärt (vgl. IV-act. 153), sodass ihr nachträglicher Protest missbräuchlich anmutet. Das polydisziplinäre Gutachten der ZIMB beruht auf eigenständigen Abklärungen und es gibt keine Anhaltspunkte dafür, dass die Sachverständigen bei ihren Untersuchungen nicht lege artis vorgegangen sind. Die Herleitung der von ihnen gestellten Diagnosen haben sie nachvollziehbar begründet (vgl. IV-act. 160). Entgegen der in der Beschwerde geäusserten Ansicht (vgl. act. G 1 S. 7) ist auch kein gewichtiger Widerspruch zwischen den im

ZIMB-Gutachten und den im medaffairs-Gutachten gestellten Diagnosen zu erkennen. Vielmehr sind - mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit - in beiden Gutachten aus somatischer Sicht im Wesentlichen verschiedene Schmerzsyndrome und Belastungsdefizite, teilweise ergänzt durch bildgebend dokumentierte Veränderungen, genannt worden, während aus psychiatrischer Sicht jeweils eine Schmerzstörung festgestellt und eine Diagnose aus dem depressiven Formenkreis gestellt worden sind (vgl. IV-act. 61-20 und 160-10). Auch leuchtet die von den ZIMB-Gutachtern bescheinigte 100%ige Arbeitsunfähigkeit für die angestammte Tätigkeit sowie 30%ige Arbeitsunfähigkeit für leidensangepasste Tätigkeiten unter Berücksichtigung der übrigen Aktenlage ein (vgl. IV-act. 160-12). Namentlich stimmt sie mit der prognostischen Einschätzung des psychiatrischen Sachverständigen der medaffairs überein, wonach längerfristig aus psychischen Gründen von einer 30%igen Arbeitsunfähigkeit in leidensangepassten Tätigkeiten auszugehen sei (vgl. IV-act. 61-114). Dass die Gutachter der ZIMB bei der Beurteilung des Funktionsniveaus und der Arbeitsfähigkeit auch motivationale Faktoren berücksichtigt haben (vgl. z.B. IV-act. 160-45), ist nicht zu beanstanden (vgl. act. G 1 S. 7 f.). Es ist gerade die Aufgabe von Sachverständigen, vorgetragene Leiden nicht unkritisch zu übernehmen, sondern soweit möglich zu objektivieren und eine Zumutbarkeitsbeurteilung vorzunehmen. Anhaltspunkte für eine von der Beschwerdeführerin behauptete Persönlichkeitsverletzung liegen jedenfalls keine vor (vgl. act. G 1 S. 7 f.). Auch hinsichtlich der Adaptationsprofile ist entgegen der Ansicht der Beschwerdeführerin (vgl. act. G 1 S. 7) kein unauflösbarer Widerspruch zwischen den beiden Gutachten auszumachen (vgl. IV-act. 61-29 f. und 160-12 f.), wobei diesbezüglich auch zu berücksichtigen ist, dass zwischen den beiden Begutachtungen in somatischer Hinsicht weitere Abklärungen und Behandlungen stattgefunden haben (vgl. namentlich IV-act. 62 ff.). Zu bemängeln ist allerdings, dass das Gutachten der medaffairs den Sachverständigen der ZIMB anscheinend nicht vorgelegen hat (vgl. IV-act. 160-8 und 160-16 ff.). Grundsätzlich sollten den Gutachtern von der Beschwerdegegnerin sämtliche im Zeitpunkt einer Begutachtung vorhandenen Akten zur Verfügung gestellt werden. Dieser potentielle Mangel spricht dem ZIMB-Gutachten vorliegend aber gleichwohl nicht die Beweiskraft ab. Denn immerhin haben sich die Gutachter aufgrund der übrigen umfassenden Aktenlage ein zuverlässiges Bild über die medizinische Vorgeschichte der Beschwerdeführerin inklusive der Ergebnisse der bereits durchgeführten Begutachtung machen können (vgl. dazu IV-act. 160-16 ff.). Den ZIMB-Gutachtern haben namentlich auch die Stellungnahme der medaffairs-Gutachter vom 22. bzw. 29. Oktober 2018 sowie die RAD-Zusammenfassungen der Ergebnisse der medaffairs-Begutachtung vorgelegen (vgl. IV-act. 160-8 f. und 160-16 ff.). Es ist somit nicht anzunehmen, dass die Sachverständigen der ZIMB in Kenntnis des gesamten Gutachtens der medaffairs zu einer anderen Beurteilung gelangt wären. Zusammenfassend kann somit auf die echtzeitliche Einschätzung der ZIMB-Gutachter abgestellt werden, wonach im Zeitpunkt der Untersuchung vom 13. Februar 2019 (zum Datum der Untersuchung vgl. IV-act. 160-5) in der angestammten Tätigkeit als Reinigungskraft eine 100%ige und in leidensangepassten Tätigkeiten eine 30%ige Arbeitsunfähigkeit anzunehmen sei (vgl. IV-act. 160-12 f.). Die retrospektive Einschätzung, wonach für leidensangepasste Tätigkeiten die 30%ige Arbeitsunfähigkeit gemittelt bereits im Juli 2016 bestanden habe (vgl. IV-act. 160-12), ist jedoch, wie bereits erläutert (vgl. E. 4.4), nicht schlüssig (vgl. dazu auch die Einwände der Beschwerdeführerin in act. G 1 S. 7 und 4 f.). Vielmehr ist bis Ende Juli 2017 von einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit in sämtlichen Tätigkeiten auszugehen (vgl. E. 4.4). Ob

zwischen dem 1. August 2017 und dem 13. Februar 2019 (Tag der Begutachtung durch die ZIMB; vgl. IV-act. 160-5) eine höhere als die von der ZIMB auch rückwirkend attestierte 30%ige Arbeitsunfähigkeit in leidensangepassten Tätigkeiten bestanden hat (vgl. IV-act. 160-12), lässt sich gestützt auf die Aktenlage nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit feststellen. Der Beschwerdeführerin kann nicht gefolgt werden, soweit sie eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit aus den Berichten der behandelnden Ärzte ableiten will (vgl. act. G 1 S. 8). So kann beispielsweise aus dem Umstand, dass die Beschwerdeführerin vom 5. Juni 2018 bis 8. Juni 2018 kurzzeitig hospitalisiert worden ist, nicht auf eine andauernde höhere Arbeitsunfähigkeit geschlossen werden, zumal sie die seitens der Ärzte empfohlene Zuweisung an eine psychiatrische Klinik bzw. ein Schmerzzentrum zur Etablierung einer neuen medikamentösen Therapie explizit abgelehnt hat (vgl. IV-act. 100, 102 f. und 128 f.; vgl. dazu ferner act. G 1 S. 4). Auch aus dem von der Beschwerdeführerin angeführten (vgl. act. G 1 S. 4) Operationsbericht vom 20. November 2017 betreffend eine Infiltration der Bursa trochanterica links ergibt sich keine höhergradige andauernde Arbeitsunfähigkeit (vgl. IV-act. 80). Gleiches gilt für den Bericht des Schmerzzentrums des KSSG vom 30. November 2017, in welchem die Beschwerdeführerin zur stationären Schmerzmittel-Umstellung einem Palliativzentrum zugewiesen worden ist (IV-act. 81). In der zur Schmerzmittelanpassung erfolgten Hospitalisation vom 22. Januar 2018 bis 2. Februar 2018 kann ebenfalls kein Beweis für eine länger anhaltende Arbeitsunfähigkeit erblickt werden (vgl. IV-act. 82-1). Schliesslich kann die Beschwerdeführerin auch aus dem von ihr angeführten (vgl. act. G 1 S. 5, oben) Bericht von Dr. D. ___ vom 4. September 2019, wonach eine Erwerbstätigkeit als Raumpflegerin mit Leistungsniveau 70 % nicht vorstellbar sei (vgl. IV-act. 177-13), nichts zu ihren Gunsten ableiten. Dass in der angestammten Tätigkeit als Raumpflegerin keine Arbeitsfähigkeit mehr gegeben ist, wird von der Beschwerdegegnerin nicht bestritten (vgl. IV-act. 185). Zur Arbeitsfähigkeit in leidensangepassten Tätigkeiten hat sich Dr. D. ___ im Bericht vom 4. September 2019 nicht geäussert (vgl. IV-act. 177-13). Auch von weiteren Abklärungen sind keine besseren Erkenntnisse mehr zu erwarten, zumal die Aktenlage die seitens der Beschwerdeführerin in Anspruch genommenen Behandlungen bereits ausführlich dokumentiert, ohne dass sich daraus jedoch die Arbeitsfähigkeit in leidensangepassten Tätigkeiten für die Zeit zwischen August 2017 und Februar 2019 ableiten lässt. Die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit erscheint auch aufgrund der von den Gutachtern der ZIMB angesprochenen subjektiven Krankheitsüberzeugung der Beschwerdeführerin erschwert (vgl. IV-act. 160-45, 160-11, unten, und 160-13; zu der im medaffairs-Gutachten beschriebenen negativen Antwortverzerrung bzgl. Medikamenteneinnahme vgl. ferner IV-act. 61-31 f.). Weitere medizinische Abklärungen sind somit aktuell nicht angezeigt (antizipierte Beweiswürdigung; vgl. BGE 136 I 236 ff. E. 5.3 und 5.5 mit weiteren Hinweisen). Folglich bleibt beweislos, ob im Zeitraum nach Juli 2017 eine höhere als die seitens der ZIMB-Gutachter attestierte und vom psychiatrischen medaffairs-Gutachter ebenfalls prognostisch in Aussicht gestellte 30%ige Arbeitsunfähigkeit vorgelegen hat (vgl. IV-act. 61-114 und 160-12). Die Folgen der Beweislosigkeit hat die Beschwerdeführerin zu tragen (vgl. E. 4.3). Zusammenfassend ist festzuhalten, dass vom 1. Januar 2017 bis 31. Juli 2017 von einer 100%igen und ab dem 1. August 2017 von einer 30%igen Arbeitsunfähigkeit in optimal leidensangepassten Tätigkeiten auszugehen ist. Ausgehend von der gutachterlichen Arbeitsfähigkeitsschätzung sind in einem nächsten Schritt die erwerblichen Auswirkungen der Leistungsbeeinträchtigung zu prüfen. Für den Einkommensvergleich sind grundsätzlich die

Verhältnisse im Zeitpunkt des Beginns des Rentenanspruchs entscheidend (vgl. BGE 129 V 222). Massgebend ist somit das Jahr 2017 (vgl. E. 3). Für das Valideneinkommen ist entscheidend, was die versicherte Person aufgrund ihrer beruflichen und persönlichen Umstände nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit im massgebenden Zeitpunkt des allfälligen Rentenbeginns verdient hätte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Art. 16 ATSG; BGE 135 V 59 E. 3.1 und 139 V 30 E. 3.3.2, je mit Hinweisen). Gemäss dem Auszug aus dem individuellen Konto bei der Sozialversicherungsanstalt (SVA) des Kantons St. Gallen hat die Beschwerdeführerin im Jahr 2015 (ab dem 25. Januar 2016 hat die Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit bestanden; vgl. IV-act. 1-3, 7-3, 11-1, 61-29 und 160-12) ein Jahreseinkommen von Fr. 42'518.-- erzielt (IV-act. 9-1), wobei ihre wöchentliche Arbeitszeit lediglich ca. 38 Stunden betragen hat (vgl. IV-act. 7-2). Angepasst an eine betriebsübliche wöchentliche Arbeitszeit von 41.7 Stunden (vgl. Anhang 2 der IVG-Gesetzesausgabe der Informationsstelle AHV/IV, Ausgabe 2019) ergibt sich ein Jahreseinkommen von gerundet Fr. 46'658.-- (Fr. 42'518.-- / 38 x 41.7). Dieses Einkommen gilt es auf das Jahr 2017 zu indexieren (vgl. E. 5.1). Folglich resultiert ein Valideneinkommen von gerundet Fr. 47'231.-- (Fr. 46'658.-- / 2686 x 2719; vgl. Tabelle T 39, Entwicklung der Nominallohne, der Konsumentenpreise und der Reallöhne, 2010-2018, des schweizerischen Bundesamtes für Statistik). Zur Ermittlung des Invalideneinkommens kann grundsätzlich auf die Tabelle TA 1 der Schweizerischen Lohnstrukturerhebung (LSE) des Bundesamtes für Statistik 2016 abgestellt werden, wobei auch hier eine Indexierung auf das Jahr 2017 vorzunehmen ist. Für die im Kompetenzniveau 1 beschäftigten Frauen ergibt sich unter Berücksichtigung einer durchschnittlichen wöchentlichen Arbeitszeit von 41.7 Stunden in einem Arbeitspensum von 100 % für das Jahr 2017 ein Jahreseinkommen von Fr. 54'783.-- (vgl. Anhang 2 der IVG-Gesetzesausgabe der Informationsstelle AHV/IV, Ausgabe 2019). Bei den LSE-Daten handelt es sich allerdings lediglich um statistische Durchschnittswerte, was sich daran zeigt, dass die Beschwerdeführerin im vorliegenden Fall als Gesunde in einem Pensum von 100 % ein unter dem LSE-Wert liegendes Einkommen erzielt hat. Da die Akten keinerlei Anhaltspunkte dafür liefern, dass die Beschwerdeführerin freiwillig auf ein höheres Einkommen verzichtet hat, ist anzunehmen, dass die Unterdurchschnittlichkeit ihres Validenlohns auf die für die Invaliditätsbemessung nicht zu berücksichtigenden Zwänge des realen Arbeitsmarktes zurückzuführen ist. Aus diesem Grund ist das Valideneinkommen auf den LSE-Lohn anzuheben. Da demnach im vorliegenden Fall sowohl hinsichtlich des hypothetischen Valideneinkommens als auch bezüglich des Invalideneinkommens derselbe Lohn für ein Pensum von 100 % zugrunde zu legen ist, kann der Einkommensvergleich anhand eines sogenannten Prozentvergleichs vorgenommen werden. Dabei entspricht der Invaliditätsgrad dem Grad der Arbeitsunfähigkeit, allenfalls unter Berücksichtigung eines Abzugs vom Tabellenlohn (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 10. April 2017, 9C_804/2016, E. 2.2 mit Hinweis; zum Tabellenlohnabzug vgl. BGE 126 V 75). Gründe, die einen Abzug vom Tabellenlohn erforderlich machen würden, sind vorliegend nicht ersichtlich. Den psychischen Einschränkungen ist bereits mit der gutachterlichen Attestierung einer 30%igen Arbeitsunfähigkeit Rechnung getragen worden (vgl. IV-act. 160-12). Den von der Beschwerdeführerin in ihrer Beschwerde angeführten invaliditätsfremden Faktoren, die vermutungsweise zur Unterdurchschnittlichkeit des Valideneinkommens geführt haben (vgl. act. G 1 S. 9 f.), wird bereits mit der Anhebung des Validenlohns im Rahmen des Einkommensvergleichs ausreichend Rechnung getragen. Bei einem Arbeitsunfähigkeitsgrad von 100 %, wie er im Zeitraum vom 1. Januar 2017 bis 31. Juli

2017 vorgelegen hat, resultiert nach dem Gesagten ein Invaliditätsgrad von 100 % und somit ein Anspruch auf eine ganze Invalidenrente. Bei einem Arbeitsunfähigkeitsgrad von 30 %, wie er ab dem 1. August 2017 anzunehmen ist, ergibt sich ein rentenausschliessender Invaliditätsgrad von 30 %. Selbst bei Anerkennung eines Tabellenlohnabzugs von 10 % würde die rentenbegründende Schwelle von 40 % nicht erreicht ($30 \% + [0.1 \times 70 \%]$). Die Beschwerdeführerin hat folglich ab dem 1. August 2017 grundsätzlich keinen Anspruch mehr auf eine Invalidenrente. Allerdings ist die ganze Rente unter Berücksichtigung der Übergangsfrist von Art. 88a Abs. 1 der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV; SR 831.201) während dreier Monate weiterhin auszurichten. Folglich besteht ein Anspruch auf eine ganze Invalidenrente für den Zeitraum vom 1. Januar 2017 bis 31. Oktober 2017. Zusammenfassend ergibt sich, dass die Beschwerde teilweise gutzuheissen ist und die Beschwerdeführerin für die Dauer vom 1. Januar 2017 bis 31. Oktober 2017 einen Anspruch auf eine ganze Invalidenrente hat. Die Sache ist zur Festsetzung und Ausrichtung der geschuldeten Leistungen an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. 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 als angemessen. Die Beschwerdeführerin hat gemessen am Antrag um Zusprache einer unbefristeten ganzen Rente (vgl. act. G 1 S. 2 und 12 S. 2) nur in untergeordnetem Ausmass obsiegt. Ihr sind daher ermessensweise 2/3 der Kosten, d.h. Fr. 400.--, aufzuerlegen. Den Restbetrag von Fr. 200.-- hat die Beschwerdegegnerin zu bezahlen, und der Beschwerdeführerin ist der geleistete Kostenvorschuss in diesem Umfang zurückzuerstatten. Da die Beschwerdeführerin teilweise obsiegt, hat sie einen reduzierten Anspruch auf eine Parteientschädigung. Diese ist vom Gericht ermessensweise festzusetzen, wobei insbesondere der Bedeutung der Streitsache und dem Aufwand Rechnung zu tragen ist (vgl. Art. 61 lit. g ATSG). Unter Berücksichtigung vergleichbarer Fälle und entsprechend dem Ausmass des Obsiegens rechtfertigt sich vorliegend eine Parteientschädigung von pauschal Fr. 1'350.--. Die Beschwerdegegnerin hat die Beschwerdeführerin somit mit Fr. 1'350.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) zu entschädigen. Entscheid im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP In teilweiser Gutheissung der Beschwerde wird die angefochtene Verfügung insofern abgeändert, als der Beschwerdeführerin eine ganze Invalidenrente für die Zeit vom 1. Januar 2017 bis 31. Oktober 2017 zugesprochen wird. Die Sache wird zur Festsetzung und Ausrichtung der geschuldeten Leistungen an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen. Im Übrigen wird die Beschwerde abgewiesen. Die Gerichtsgebühr von Fr. 600.-- hat die Beschwerdegegnerin im Umfang von Fr. 200.-- und die Beschwerdeführerin im Umfang von Fr. 400.-- zu bezahlen. Der geleistete Kostenvorschuss von Fr. 600.-- wird der Beschwerdeführerin im Umfang von Fr. 400.-- daran angerechnet und im Umfang von Fr. 200.-- zurückerstattet. Die Beschwerdegegnerin hat der Beschwerdeführerin eine Parteientschädigung von Fr. 1'350.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) zu bezahlen.

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