

# SG\_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2023/162 vom 16. August 2024

Sg Versicherungsgericht, 2024-08-16, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg\\_publicationen\\_IV\\_2023\\_162](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg_publicationen_IV_2023_162)

FR: SG\_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2023/162 du 16 août 2024

IT: SG\_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2023/162 del 16 agosto 2024

## Regeste

Art. 7 ATSG; Art. 8 ATSG; Art. 28 IVG Abstellen auf ein Gutachten, gemäss welchem Inkonsistenzen bestehen, aufgrund derer nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit von geltend gemachten psychischen Erkrankungen ausgegangen werden kann. Abweisung der Beschwerde, da ein rentenbegründender Invaliditätsgrad nicht erreicht wird (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 16. August 2024, IV 2023/162).

## Volltext

Entscheid vom 16. August 2024 Besetzung Versicherungsrichterinnen Michaela Machleidt Lehmann (Vorsitz), Marie Löhner und Corinne Schambeck; Gerichtsschreiberin Beatrix Zahner Geschäftsnr. IV 2023/162 Parteien A.\_\_\_\_, Beschwerdeführerin, vertreten durch Rechtsanwalt Dr. iur. Ronald Pedergnana, Rorschacher Strasse 21, Postfach 27, 9004 St. Gallen, gegen IV-Stelle des Kantons St. Gallen, Postfach 368, 9016 St. Gallen, Beschwerdegegnerin, Gegenstand Rente Sachverhalt A.\_\_\_\_ (nachfolgend: Versicherte) wurde im Jahr 2001 aufgrund einer Diskushernie L4/L5 operiert (Berichte Dr. med. B.\_\_\_\_, Facharzt für Neurochirurgie, vom 16. Juli 2003, IV-act. 10-11, und vom 24. Mai 2004, IV-act. 127-64 f.). Anschliessend arbeitete sie zunächst bis am 6. Februar 2003 (Eintritt des Gesundheitsschadens) während 8 Stunden und danach während 4 Stunden täglich als Treuhand-Sachbearbeiterin (Angaben Arbeitgeberin vom 15. November 2004, IV-act. 9). Am 12. Oktober 2004 meldete sie sich wegen eines Rückenleidens erstmals bei der Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug an (IV-act. 1). Die IV-Stelle wies das Gesuch bezüglich berufliche Massnahmen mit Verfügung vom 27. Januar 2009 (IV-act. 80) und bezüglich Rente mit Verfügung vom 25. März 2009 (IV-act. 89) gestützt auf ein polydisziplinäres Gutachten des Zentrums für medizinische Begutachtung (ZMB) Basel vom 20. Februar 2007 (IV-act. 37 und Stellungnahme vom 22. Juni 2010, IV-act. 111) ab. Eine dagegen erhobene Beschwerde (IV-act. 91) wies das Versicherungsgericht mit Entscheid vom 20. August 2010 (Verfahren IV 2009/138) ab (IV-act. 113). Die Versicherte stellte am 7. Juli 2011 ein neues Leistungsgesuch (IV-act. 117). Am 12. September 2011 erfolgte eine Spondylodese L4/L5. Im Arztbericht vom 23. Januar 2012 hielt Dr. B.\_\_\_\_ als Diagnosen unter anderem chronische neuropathische Schmerzen L5 rechts sowie ein failed back surgery syndrom fest (IV-act. 136). Die IV-Stelle wies das Gesuch um berufliche Eingliederungsmassnahmen mit Mitteilung vom 10. Februar 2012 ab, da solche zurzeit nicht möglich seien und medizinische Behandlungsmassnahmen im Vordergrund stünden (IV-act. 140). Sie holte aktuelle Arztberichte bei Dr. C.\_\_\_\_ (vom 18. Mai 2012, IV-act. 144) und Dr. B.\_\_\_\_ (vom 29. Mai 2012, IV-act. 146) ein, welche der Versicherten eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % bzw. eine Arbeitsfähigkeit von 10 % bis 20 % in der bisherigen adaptierten Tätigkeit attestierten. Anschliessend beauftragte sie die Medas Bern

(ZVMB GmbH) mit einer polydisziplinären (Allgemeine Innere Medizin, Orthopädie, Rheumatologie, Neurochirurgie, Psychiatrie) Begutachtung der Versicherten (IV-act. 152). Gemäss Gutachten vom 11. Dezember 2012 diagnostizierten die Gutachter unter anderem als für die Arbeitsfähigkeit relevant ein chronisches lumbales und lumboschialgiformes (vorrangig myofascial) Schmerzsyndrom mit verminderter Belastbarkeit der Lendenwirbelsäule (IV-act. 154-24). Sie schätzten für die bisherige Tätigkeit als Büroangestellte und in anderen angepassten Tätigkeiten die Arbeitsfähigkeit auf 70 % (IV-act. 154-24 ff.). Die IV-Stelle schloss die beruflichen Massnahmen ab (Mitteilung vom 15. März 2013, IV-act. 167) und stellte der Versicherten mit Vorbescheid vom 27. November 2013 die Abweisung des Gesuchs betreffend Rente in Aussicht, da sich der Gesundheitszustand aus medizinischer Sicht nicht geändert habe (IV-act. 186). Auf Einwand der Versicherten vom 26. März 2014 (IV-act. 196-1 ff.) und Stellungnahme von Dr. med. D.\_\_\_\_, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 29. Januar 2014 (IV-act. 196-11 ff.) hin veranlasste die IV-Stelle eine erneute Begutachtung durch die Medas Bern. Die Sachverständigen erhoben verschiedene Inkonsistenzen (vgl. dazu IV-act. 215-25 f.) und stellten im Gutachten vom 29. Dezember 2014 als einzige für die Arbeitsfähigkeit relevante Diagnose diejenige einer Diskektomie LWK4/5 im Mai 2011 (richtig wohl: 2001) und Status nach Re-Dekompression sowie Spondylodese und Einbringung eines interkorporellen Cages LWK 4/5 am 12.09.2011 (IV-act. 215-27). In der bisherigen Tätigkeit (KV-Angestellte und Hausfrau) attestierten sie eine Arbeitsfähigkeit von 80 % (100 % Präsenz bei Leistungsminderung durch zusätzliche Pausen) und in einer Verweistätigkeit von 100 % (IV-act. 215-28). Der RAD nahm am 13. Januar 2015 Stellung, auf das Gutachten könne abgestellt werden (IV-act. 216). Die IV-Stelle gewährte der Versicherten am 23. Januar 2015 das rechtliche Gehör (IV-act. 217) und wies das Rentengesuch mit Verfügung vom 18. Februar 2015 ab (IV-act. 218). Die Versicherte meldete sich am 3. Dezember 2020 erneut bei der IV zum Leistungsbezug an (IV-act. 226). Gemäss Bericht von Dr. med. E.\_\_\_\_, Facharzt für Rheumatologie, vom 23. Februar 2021 wurde eine Psychische und Verhaltensstörungen durch Opioide: Abhängigkeitssyndrom, diagnostiziert (IV-act. 243-2). Der RAD würdigte die neu vorliegenden medizinischen Akten und verneinte, dass in absehbarer Zeit ein verwertbares Eingliederungspotential und eine Arbeitsfähigkeit vorliegen würden (vgl. dazu RAD-Stellungnahme vom 6. August 2021, IV-act. 320). Die IV-Stelle wies daraufhin das Gesuch um berufliche Massnahmen mit Mitteilung vom 6. August 2021 ab, da solche aufgrund des aktuellen Gesundheitszustandes nicht möglich seien (IV-act. 324). Dr. E.\_\_\_\_ führte im Bericht vom 17. November 2021 nach Besprechung mit der psychiatrischen Behandlerin aus, offensichtlich erfülle die Versicherte neben den Diagnosekriterien der myalgischen Enzephalomyelitis bzw. des Chronic-Fatigue-Syndroms auch diejenigen der Narkolepsie (IV-act. 371-179). Dem Bericht des Instituts für medizinische Genetik der Universität Zürich vom 28. Juni 2022 ist zu entnehmen, dass den komplexen und chronischen Symptomen der Versicherten eine genetisch bedingte Small-Fibre-Neuropathy zugrunde liegen könnte (IV-act. 371-191 f.). Seitens der Klinik F.\_\_\_\_, Neurologie, wurde der Versicherten eine Belastungsintoleranzkrankung mit anhaltender Schmerzsymptomatik und deutlicher depressiver Komponente, eine sekundäre axiale und periphere Spondyloarthritis-Symptomatik bei Psoriasis sowie ein panvertebrales Schmerzsyndrom diagnostiziert (Bericht vom 30. Dezember 2022, IV-act. 371-96 ff.). Die IV-Stelle veranlasste daraufhin eine polydisziplinäre Begutachtung (Psychiatrie, Rheumatologie, Neurologie, Innere Medizin, Neuropsychologie), die dem Swiss Medical Assessment- and

Businesscenter (SMAB) Bern zugelost wurde. Die Gutachter stellten im Gutachten vom 4. Mai 2023 als Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit eine Spondylopathie mit leichter Sacroilitis und peripherer Gelenkmanifestation sowie einen Status nach Diskushernienoperation LWK 4/5 2001 und Cage-Interposition und Spondylodese 2011, "failed back surgery-Syndrom" mit möglicher persistierender Radikulopathie rechts. Ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit bestehe unter anderem eine Entwicklung körperlicher Symptome aus psychischen Gründen (ICD-10: F68.0), eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10: F45.41) sowie eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig remittiert (ICD-10: F33.4; Gutachten vom 4. Mai 2023, IV-act. 371-10). Die Gutachter gingen von verschiedenen Inkonsistenzen (vgl. IV-act. 371-8 f.) und erheblichen psychosozialen Belastungsfaktoren (IV-act. 371-11) aus. Sie befanden, eine überwiegend sitzende, manuell nicht belastende Tätigkeit mit der Möglichkeit wiederholter kurzer Stehpausen sei der Versicherten vollzeitlich mit einer schmerzbedingten Leistungsreduktion von 10 % bis 20 % zumutbar (IV-act. 371-11 f.). Es handle sich um einen chronisch progredienten, aber auch fluktuierenden Krankheitsverlauf, so dass retrospektiv nicht zuverlässig festgestellt werden könne, wann die aktuell beschriebene Arbeitsunfähigkeit in diesem Ausmass eingetreten sei (IV-act. 371-14). Der RAD nahm am 10. Mai 2023 Stellung, auf das Gutachten könne abgestellt und von einer Arbeitsfähigkeit von 80 % adaptiert seit Januar 2023 ausgegangen werden (IV-act. 373). Mit Vorbescheid vom 11. Mai 2023 gewährte die IV-Stelle der Versicherten das rechtliche Gehör zur vorgesehenen Abweisung des Rentengesuchs aufgrund eines Invaliditätsgrads von 28 % (IV-act. 376). Die Versicherte liess, vertreten durch Rechtsanwalt Dr. iur. R. Pedernana, am 16. Juni 2023 Einwand erheben und insbesondere das psychiatrische Teilgutachten kritisieren (IV-act. 380). Mit Eingabe vom 17. Juli 2023 stellte der Rechtsvertreter das psychiatrische Teilgutachten als leitlinienwidrig dar (IV-act. 381-1 ff.) und reichte eine Stellungnahme von Dr. D.\_\_\_\_ vom 12. Juli 2023 ein (IV-act. 381-7 ff.). Der RAD-Arzt G.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, gelangte in seiner Stellungnahme vom 17. Juli 2023 zum Schluss, es würden weder im Einwand des Rechtsvertreters noch in der Stellungnahme der behandelnden Psychiaterin medizinische Sachverhalte oder Diagnosen vorgebracht, die nicht ohnehin bereits im medizinischen Dossier oder im massgeblichen Gutachten erwähnt bzw. diskutiert worden seien. Daher ändere der Einwand aus versicherungsmedizinischer Sicht nichts an der Einschätzung der Arbeitsfähigkeit und des Zumutbarkeitsprofils im polydisziplinären Gutachten der SMAB AG Bern (IV-act. 382). Gestützt darauf verfügte die IV-Stelle am 19. Juli 2023 gemäss Vorbescheid die Abweisung des Rentengesuchs (IV-act. 383). Gegen die Verfügung vom 19. Juli 2023 lässt die Versicherte (nachfolgend: Beschwerdeführerin), nach wie vor vertreten durch Rechtsanwalt Pedernana, am 14. September 2023 Beschwerde erheben. Sie beantragt, die angefochtene Verfügung sei unter Kosten- und Entschädigungsfolgen aufzuheben. Es sei ihr eine ganze Invalidenrente auszurichten. Eventualiter sei zur abschliessenden Abklärung des Sachverhalts ein Gerichtsgutachten anzuordnen und subeventualiter die Sache zur Neubeurteilung an die IV-Stelle (nachfolgend: Beschwerdegegnerin) zurückzuweisen. Zur Begründung lässt sie vorbringen, aufgrund ihres komplexen Beschwerdebildes sei ihr keine Erwerbstätigkeit mehr zumutbar. Das psychiatrische Teilgutachten weise erhebliche Mängel auf. Es fehle eine Fremdanamnese. Die Abweichung von der Arbeitsfähigkeitsschätzung der behandelnden Psychiaterin werde nicht nachvollziehbar begründet. Mit im Verlauf gestellten Diagnosen wie einer chronischen Schmerzstörung, einer endogenen Depression maior, des neuropathischen

Schmerzes, des Fatigue-Syndroms und des Abhängigkeitssyndroms habe sich der Gutachter nicht auseinandergesetzt. Die Diagnose einer endogenen Depression maior habe er mit der Unvereinbarkeit mit Besuchen der eigenen Familie im Heimatland verneint, was versicherungsmedizinisch nicht nachvollziehbar sei. Das neurologische Teilgutachten befasse sich grundsätzlich nicht mit der Diagnose des neuropathischen Schmerzes. Bezüglich des chronischen Fatigue-Syndroms mangle es an einer Arbeitsfähigkeitseinschätzung. Der internistische Gutachter habe dessen Vorliegen nicht abschliessend beurteilen können. Indem die Beschwerdegegnerin in ihrem Rentenentscheid auf ein (offensichtlich) beweisuntaugliches Gutachten abgestellt habe, habe sie den Sachverhalt nicht rechtsgenügend abgeklärt und ihre Abklärungspflicht verletzt (act. G 1). Mit der Beschwerde lässt die Beschwerdeführerin Auskünfte ihrer Schwester vom 25. August 2023 (act. G 1.1.4) sowie ihres Ehemannes vom 24. August 2023 (act. G 1.1.5) einreichen. Mit Beschwerdeantwort vom 16. Januar 2024 beantragt die Beschwerdegegnerin, die Beschwerde sei abzuweisen. Dafür bringt sie vor, die psychiatrische Exploration sei naturgemäss nicht ermessensfrei. Massgebend seien der Schweregrad der psychischen Symptomatik sowie die damit verbundenen Funktionseinschränkungen. Das psychiatrische Gutachten orientiere sich bezüglich Aufbau an den Qualitätsleitlinien für versicherungspsychiatrische Gutachten der Schweizerischen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie. Der Gutachter habe einen umfassenden Psychostatus gemäss AMDP-Richtlinien erhoben und die Herleitung der gestellten Diagnosen aufgezeigt. Er habe sich dabei mit der medizinisch-psychiatrischen Aktenlage auseinandergesetzt und nachvollziehbar begründet, weshalb er die von der behandelnden Psychiaterin gestellten Diagnosen nicht bestätigen könne. Die Beurteilung des psychiatrischen Gutachters beruhe auf einer nachvollziehbaren objektiven Konsistenz- resp. Plausibilitäts- und Ressourcenprüfung unter Berücksichtigung des neuropsychologischen Abklärungsergebnisses, womit er den normativen Vorgaben überzeugend Rechnung getragen habe. Demgegenüber sei die Beurteilung der behandelnden Psychiaterin ohne jede erkennbare objektive Konsistenz- und Ressourcenprüfung erfolgt. Ihre Stellungnahme vom 12. Juli 2023 benenne keine Aspekte, die bei der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben seien. Damit erwecken ihre Berichte keine Zweifel am Beweiswert des psychiatrischen Teilgutachtens. Die Beurteilung des neurologischen Gutachters beruhe auf einem Studium der ganzen Aktenlage und auf einer umfassenden klinischen Untersuchung unter Berücksichtigung des Bildmaterials. Für den Einkommensvergleich sei die Beschwerdeführerin als vollwerbstätig zu qualifizieren und von einer Arbeitsfähigkeit von 85 % sowie von einem allfälligen Rentenanspruch frühestens ab 1. Juni 2021 auszugehen. In Abweichung von der angefochtenen Verfügung sei die Beschwerdeführerin auch für die Validenkarriere als Hilfsarbeiterin einzustufen. Damit seien die Vergleichseinkommen anhand desselben Tabellenlohnes zu bestimmen. Die gutachterlich bescheinigte Reduktion der Arbeitsfähigkeit von 15 % trage den gesundheitlich bedingten Einschränkungen umfassend Rechnung. Ein Teilzeitabzug sei aufgrund der ganztags ausübaren Verweistätigkeit nicht gerechtfertigt. Auch ein Abzug aufgrund des migrationsrechtlichen Status (Niederlassungsbewilligung C) sei statistisch nicht gerechtfertigt. Damit entspreche der Invaliditätsgrad der Arbeitsunfähigkeit von 15 % (act. G 11). Mit Replik vom 6. Februar 2024 lässt die Beschwerdeführerin geltend machen, der psychiatrische Gutachter leite weder seine Diagnosen nachvollziehbar her noch begründe er plausibel, weshalb er die von der behandelnden Psychiaterin gestellten Diagnosen nicht bestätigen könne. Zur Diagnose einer chronischen Schmerzstörung führe

er nicht näher aus, durch welche psychosozialen Kontextfaktoren und weshalb die körperlichen Symptome massiv überlagert würden. Ihrer Familie sei geraten worden, sie in die Ferien in ihre Heimat mitzunehmen, damit sie endlich wieder einmal das Haus verlasse. Sie habe Schmerzmittel einnehmen müssen und habe beinahe während der ganzen Reise geschlafen. Die Auswirkung des Chronic Fatigue-Syndroms auf die Arbeitsfähigkeit sei bereits kreisärztlich (gemeint wohl: durch den RAD-Arzt G.\_\_\_\_) fachärztlich bestätigt worden. Die Aussage des Gutachters, die geschilderte chronische Müdigkeit könne aus psychiatrischer Sicht nicht erklärt werden, sei unbegründet und daher ohne Beweiswert. Der RAD-Arzt G.\_\_\_\_ habe ihr am 6. August 2021 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit attestiert, im Widerspruch dazu aber am 17. Juli 2023 bestätigt, dass sich der Gesundheitszustand seit der Vorbegutachtung 2014 nicht verändert habe. Dies sei Indiz dafür, dass das SMAB-Gutachten vom 4. Mai 2023 ihren Gesundheitszustand nicht zutreffend wiedergebe. Auf dieses sei daher nicht abzustellen (act. G 13). Die Beschwerdegegnerin verzichtet am 12. Februar 2024 auf eine Duplik und hält an ihren Ausführungen und Anträgen fest (act. G 15). Auf die weiteren Vorbringen der Verfahrensbeteiligten zur Begründung ihrer Anträge sowie die Akten wird, soweit für den Entscheid relevant, in den nachstehenden Erwägungen eingegangen. Erwägungen Die Beschwerdegegnerin ist auf das Gesuch der Beschwerdeführerin vom 3. Dezember 2020 aufgrund einer glaubhaft gemachten Veränderung des Gesundheitszustandes (IV-act. 226) eingetreten. Da ein Rentenanspruch mit rechtskräftig gewordener Verfügung vom 18. Februar 2015 abgewiesen wurde (IV-act. 218), besteht ein allfälliger Rentenanspruch aufgrund der Neuanmeldung frühestens ab 1. Juni 2021 (Art. 29 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung [IVG; SR 831.20] bzw. nach Ablauf des Wartejahres gemäss Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG; BGE 142 V 550 f. E. 3.1 f.; Urteil des Bundesgerichts vom 18. Februar 2016, 9C\_942/2015, E. 3.3.3). Am 1. Januar 2022 sind mit der Revision zur Weiterentwicklung der Invalidenversicherung verschiedene Änderungen des IVG und der dazugehörigen Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV; SR 831.201) und am 1. Januar 2024 des Art. 24 bis Abs. 3 IVV in Kraft getreten. Entsprechend den allgemeinen intertemporalrechtlichen Grundsätzen (vgl. BGE 144 V 210 E. 4.3.1) ist nach der bis zum 31. Dezember 2021 geltenden Rechtslage zu beurteilen, ob bis zu diesem Zeitpunkt ein Rentenanspruch entstanden ist. Trifft dies zu, so erfolgt ein allfälliger Wechsel zum neuen stufenlosen Rentensystem je nach Alter der Rentenbezügerin oder des Rentenbezügers gemäss lit. b und c der Übergangsbestimmungen des IVG zur Änderung vom 19. Juni 2020. Gemäss lit. b Abs. 1 bleibt für Rentenbezügerinnen und -bezüger, deren Rentenanspruch vor Inkrafttreten dieser Änderung entstanden ist und die bei Inkrafttreten der Änderung zwar das 30., aber das 55. Altersjahr noch nicht vollendet haben, der bisherige Rentenanspruch solange bestehen, bis sich der Invaliditätsgrad nach Art. 17 Abs. 1 ATSG ändert. Die im vorliegenden Verfahren angefochtene Verfügung erging nach dem 1. Januar 2022, betrifft aufgrund der Neuanmeldung vom 3. Dezember 2020 jedoch Leistungen mit allfälligem Anspruchsbeginn vor dem 31. Dezember 2021. In dieser übergangsrechtlichen Konstellation sind nicht die am 1. Januar 2022 und 1. Januar 2024 in Kraft getretenen Änderungen, sondern die Bestimmungen des IVG und der IVV in der bis 31. Dezember 2021 gültig gewesenen Fassung massgebend und werden nachfolgend in dieser zitiert (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 6. Oktober 2023, 8C\_290/2023, E. 2.2). Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) umschreibt Invalidität als voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit. Erwerbsunfähigkeit ist der durch die

gesundheitliche Beeinträchtigung verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG). Anspruch auf eine Rente haben gemäss Art. 28 IVG Versicherte, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a), während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind (lit. b), und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind (lit. c). 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 %, auf eine halbe Rente, wenn sie mindestens zu 50 %, und auf eine Viertelsrente, wenn sie mindestens zu 40 % invalid ist. Für die Bestimmung des Invaliditätsgrades wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Valideneinkommen, Art. 16 ATSG). Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, sind die Verwaltung und im Beschwerdefall das Gericht auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist (BGE 132 V 93 E. 4 mit Hinweisen). Die urteilenden Instanzen haben die Beweise frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Fachperson begründet sind (BGE 125 V 352 E. 3a mit Hinweisen). Rechtsprechungsgemäss ist den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens gemäss Art. 44 ATSG eingeholten Gutachten von externen Spezialärzten und -ärztinnen, welche aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 137 V 227 E. 1.3.4; Urteil des Bundesgerichts vom 13. Februar 2019, 8C\_801/2018, E. 4.3). Im Sozialversicherungsrecht gelten der Untersuchungsgrundsatz und der Grundsatz der freien Beweiswürdigung (Art. 61 lit. c ATSG). Verwaltung und Sozialversicherungsgericht haben von sich aus für die richtige und vollständige Abklärung des rechtserheblichen Sachverhaltes zu sorgen. Rechtserheblich sind alle Tatsachen, von deren Vorliegen es abhängt, ob über den streitigen Anspruch so oder anders zu entscheiden ist. In diesem Rahmen haben Verwaltungsbehörden und das Versicherungsgericht zusätzliche Abklärungen stets dann vorzunehmen oder zu veranlassen, wenn hierzu aufgrund der Parteivorbringen oder anderer sich aus den Akten

ergebender Anhaltspunkte hinreichender Anlass besteht (Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, 4. Aufl., Bern/St. Gallen/Zürich 2020, Art. 61 N 107). Im Sozialversicherungsrecht hat das Gericht seine Entscheidung, sofern das Gesetz nicht etwas Abweichendes vorsieht, nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu fällen (vgl. BGE 126 V 353 E. 5b; BGE 125 V 193 E. 2, je mit Hinweisen). Umstritten und zu prüfen ist die Beweistauglichkeit des polydisziplinären Gutachtens der SMAB AG vom 4. Mai 2023. Die Beschwerdeführerin bemängelt namentlich das psychiatrische Gutachten und macht im Wesentlichen geltend, darin würden Abweichungen zu Beurteilungen behandelnder Fachärzte nicht nachvollziehbar begründet. Die Gutachter erhoben Anamnese (IV-act. 371-62 ff.; IV-act. 371-81 ff.; IV-act. 371-95 ff.; IV-act. 371-111 und IV-act. 378-128 f.) und Befunde (IV-act. 371-67 ff.; IV-act. 371-84 ff.; IV-act. 371-97 ff.; IV-act. 371-115 ff. und IV-act. 371-280) umfassend. Sie würdigten die Akten (IV-act. 371-72 f.; IV-act. 371-87 f.; IV-act. 371-100 und IV-act. 371-108 ff.). Näher einzugehen ist auf die Frage, ob die Diagnosestellungen und die Arbeitsfähigkeitsschätzungen nachvollziehbar erscheinen. Der psychiatrische Gutachter erhob den Befund nach ADMP. Er beschrieb einen matten, müden, wenig beteiligten, zeitweise abwesenden, distanzierten, ausgesprochen klagsamen und beschwerdeorientierten Eindruck von der Beschwerdeführerin. Spontane Beschwerdeschilderungen seien nicht erfolgt. Die Bewegungsabläufe seien langsam, zögernd und eine demonstrative Komponente sei unübersehbar gewesen. Die Vergangenheit betreffende Angaben seien nur zäh und lückenhaft vorgetragen worden. Über weite Strecken habe das Kontaktverhalten auch passiv-aggressiv gewirkt. Trotz der Angabe, sie könne sich nicht konzentrieren, habe keine Ausdauer und sei sehr vergesslich, sei es der Beschwerdeführerin gelungen, sich auf das Gespräch einzustellen und die Fragen zu verstehen; deren Beantwortung sei weitgehend zielgerichtet erfolgt. Die Auffassungsgabe für komplexe Sachverhalte habe ausreichend differenziert gewirkt. Im inhaltlichen Denken hätten sich eine vermehrte Beschäftigung mit Schmerzen, Insuffizienzerleben und depressiven Kognitionen gezeigt. Negative Denkspiralen oder depressive Grübelzänge hätten allerdings nicht vorgelegen. Die Beschwerdeführerin habe deutliche Schuldgefühle angegeben. Merkfähigkeit und Gedächtnis hätten im klinisch-psychopathologischen Befund weniger stark beeinträchtigt gewirkt als angegeben. Die Schilderung einer Antriebsminderung habe als Ausdruck einer willensgesteuerten, passiven Entpflichtungshaltung und nicht authentisch gewirkt. Die emotional-affektive Schwingungsfähigkeit sei starr und klagsam gewesen. Trotz angegebener Interesse- und Freudlosigkeit habe sich bezüglich der Kinder ein gewisses Interesse und auch Freude gezeigt. Eine Affektlabilität habe sich nicht feststellen lassen. Beschriebene Existenzängste und Zukunftssorgen seien vor dem Hintergrund der psychosozialen Situation und der belastenden Kontextfaktoren als normalpsychologisch zu interpretieren. Auf der Persönlichkeitsebene sei die Beschwerdeführerin ausreichend umgänglich und in der Lage, sich auf das Gegenüber und die jeweilige Situation einzustellen. Allerdings zeige sich eine Neigung zu vermehrt nach innen gerichteter Selbstwahrnehmung mit dysfunktionaler Verarbeitung körperbezogener Beschwerden. Veränderungsmotivation sei nicht spürbar. Die Versicherte lasse passive Entpflichtungs- und Versorgungswünsche erkennen. Es bestünden auch Hinweise auf Verbitterung (IV-act. 371-67 ff.). Die neuropsychologische Gutachterin erhob testpsychologisch in sämtlichen untersuchten Bereichen Defizite (IV-act. 371-131). Sie legte jedoch dar, die Ergebnisse eines gut standardisierten Leistungsvalidierungstests seien auffällig; in drei Durchgängen hätten sämtliche Werte im Bereich der Zufallswahrscheinlichkeit gelegen.

Damit sei eine bewusste Antwortverzerrung möglich. Weiter seien zwei eingebettete Faktoren auffällig gewesen. Zudem bestünden Inkonsistenzen zwischen der klinischen Beobachtung und den Alltagsaktivitäten einerseits und der Testdiagnostik andererseits. Die Beschwerdeführerin habe die meisten Fragen adäquat beantwortet, während sie testdiagnostisch schwerste Einschränkungen in sämtlichen dafür relevanten kognitiven Bereichen gezeigt habe. Mit den gezeigten Gedächtnisdefiziten könnte sie Therapien inhaltlich nicht folgen oder besprochene Themen nicht erinnern und wäre offensichtlich nicht fahrgeeignet. Auch tatsächlich vorliegende, echte kognitive Einschränkungen könnten weder die Auffälligkeiten im Performanzvalidierungsverfahren sowie die Auffälligkeiten in den eingebetteten Faktoren erklären. Es sei von einem problematischen Leistungsverhalten auszugehen. Die Glaubwürdigkeit der geschilderten Beschwerden sei ebenfalls herabgesetzt. Mit hoher Wahrscheinlichkeit sei die Beschwerdeschilderung ungültig (IV-act. 371-132). Das Vorliegen von kognitiven Defiziten im Rahmen einer chronischen Schmerzsymptomatik, einer rezidivierenden depressiven Störung sowie einer chronischen Ermüdung wäre gut nachvollziehbar. Aufgrund der erhöhten Wahrscheinlichkeit für das Vorliegen von nichtauthentischen Befunden könne (jedoch) aus neuropsychologischer Sicht der Schweregrad allfälliger kognitiver Defizite nicht beurteilt werden. Es könne keine Diagnose gestellt und die Arbeitsfähigkeit nicht beurteilt werden (IV-act. 371-133). Der psychiatrische Gutachter würdigte die neuropsychologischen Befunde (IV-act. 371-70 f.). Er führte aus, insgesamt vermittele die Beschwerdeführerin eher das Bild einer passiv-aggressiven Verweigerungshaltung bei durchaus erhaltenen psychischen Grundfunktionen. Es bestünden deutliche Inkonsistenzen. Trotz angegebener Konzentrationsschwäche, Gedächtnisstörungen und Orientierungsschwierigkeiten sei die Beschwerdeführerin in der Lage, Auto zu fahren. Auch sei sie über Weihnachten/Neujahr 2022 in ihrer Heimat gewesen. Diese Aktivitäten seien mit der Diagnose einer schweren depressiven Episode nicht vereinbar. Auch die angegebene Schmerzintensität von 7/10 auf der visuellen Analogskala passe nicht zum Verhalten der Beschwerdeführerin (IV-act. 371-72). Eine mittelschwere oder gar schwere Depression, wie sie durch die behandelnden Fachärzte diagnostiziert worden sei, könne nicht begründet werden; die in der Vergangenheit diagnostizierte schwere depressive Episode mit Suizidalität sei zweifelsfrei remittiert. Eine leichte depressive Episode (ICD-10: F33.0) sei möglich, werde aber durch das bewusstseinsnahe Verhalten der Beschwerdeführerin überdeckt und könne schlussendlich daher nicht zuverlässig ausgewiesen werden (IV-act. 371-73). Bei der Beschwerdeführerin entstehe eher der Eindruck, dass eine Verbitterung mit passiven Entpflichtungs- und Entsorgungswünschen vorliege und nicht eine schwere Depression mit Antriebsmangel mit daraus ableitbarer Insuffizienz, den Alltag zu bewältigen (IV-act. 371-72). Die Diagnose einer chronischen Schmerzstörung mit psychischen und somatischen Faktoren (ICD-10: F45.41) könne vor dem Hintergrund der Diskrepanzen nicht zuverlässig bestätigt werden (IV-act. 371-72). Sie möge vor dem Hintergrund der deutlich belastenden, psychosozialen Kontextfaktoren vorliegen, werde aber durch die Produktion körperlicher Symptome massiv überlagert (IV-act. 371-74). Die von der Beschwerdeführerin geschilderten Symptome liessen sich einer andauernden Persönlichkeitsänderung nicht zuordnen (IV-act. 371-73). Ein Chronic Fatigue Syndrom lasse sich aus psychiatrischer Sicht ebenfalls nicht bestätigen, die von der Beschwerdeführerin geschilderten Symptome liessen sich psychiatrisch nicht erklären und seien am ehesten einer Selbstlimitierung zuzuordnen (IV-act. 371-74). Es liege eine Entwicklung körperlicher Symptome aus psychischen Gründen (ICD-10: F68.0) vor. Eine

Diagnose mit Relevanz für die Arbeitsfähigkeit könne nicht gestellt werden. Die dargestellten körperlichen Symptome, die ursprünglich auch durch körperliche Störungen belegbar gewesen seien, würden nunmehr vor dem Hintergrund des psychischen Zustandes aggraviert und anhalten (IV-act. 371-73). Die Beschwerdeführerin sei aus rein psychiatrischer Sicht durchaus in der Lage, ihr Verhalten an die jeweiligen Begebenheiten anzupassen und zielgerichtet zu steuern. Insoweit sei es ihr medizinisch-theoretisch auch möglich, sich an Regeln und Routinen anzupassen. Flexibilität und Umstellfähigkeit seien ausreichend, sie könne auch erworbene Kompetenzen anwenden. Ihre Entscheidungs- und Urteilsfähigkeit sei ausreichend vorhanden, die Versicherte sei handlungsfähig. Im Bereich Antrieb und Spontanaktivitäten schildere sie zwar deutliche Einbussen, sie sei aber in der Lage gewesen, einen Heimaturlaub zu unternehmen und könne auch ein Kraftfahrzeug lenken. Die Widerstands- und Durchhaltefähigkeit sei durchaus vorhanden, die Selbstbehauptungsfähigkeit äussere sich auch in ihrer Fähigkeit, ihr psychosoziales Umfeld zu Hilfeleistungen zu motivieren und damit ihre eigene Regression zu unterstützen. Die Interaktions- und Kontaktfähigkeit mit Dritten sowie die Gruppenfähigkeit seien ausreichend vorhanden, ebenso die Fähigkeit zu dyadischen Beziehungen. Im Bereich Selbstpflege, Selbstversorgung, Mobilität und Verkehrsfähigkeit bestünden ausreichende Ressourcen (IV-act. 371-75). Der psychiatrische Gutachter hat sich mit den durch die Behandelnden gestellten Diagnosen einer Depression, einer Schmerzstörung und eines Chronic Fatigue Syndroms auseinandergesetzt. Dass er keinen die Arbeitsfähigkeit einschränkenden Gesundheitsschaden diagnostizierte, begründete er nachvollziehbar mit den vorhandenen Diskrepanzen bzw. Inkonsistenzen und schloss sich ausdrücklich dem Vorgutachten der MEDAS Bern vom 29. Dezember 2014 an (IV-act. 371-73). Mit dem RAD-Arzt G.\_\_\_\_ (Stellungnahme vom 17. Juli 2023, IV-act. 382-4) ist somit festzuhalten, dass der Gutachter nachvollziehbar begründet, dass aufgrund deutlicher Hinweise auf eine bewusste Antwortverzerrung keine Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit vorliegen würden und das psychiatrische Teilgutachten die Anforderungen an die Beweistauglichkeit erfüllt. Aus somatischer Sicht wurden bildgebend mit MRI der Wirbelsäule vom 5. August 2019 eine initiale Chondrose L1 bis S1 (IC-act. 251-137 f.) und mit MR ISG vom 6. August 2019 eine leicht linksbetonte ISG-Arthritis beidseits (IV-act. 251-132) festgestellt. Der neurologische Sachverständige konnte insgesamt keinen sicher organisch fundierten pathologischen Untersuchungsbefund erheben (vgl. IV-act. 371-98 ff.). Er führte weiter aus, die angegebenen Sensibilitätsstörungen entsprächen keinem anatomisch vorgegebenen zentralen und peripheren Innervationsmuster. Zudem kontrastiere die Angabe einer Unempfindlichkeit im Bereich des rechten Fusses mit einer mittellebhaften normalen und seitengleichen Reflextätigkeit des Trizeps-surae-Reflexes. Die angegebenen lumbalen Schmerzen fänden keine hinreichend wahrscheinliche organ-neurologische Erklärung. Diese Einschätzung stimme im Kern mit den Vorakten und den bildgebenden Befunden überein. Bezüglich des diagnostizierten Restless-Legs-Syndrom seien anlässlich der Untersuchung weder Beschwerden angegeben worden noch sei eine entsprechende Behandlung aktenkundig (IV-act. 371-101). Er verneinte auch das Bestehen eines namhaften neuropathischen Schmerzsyndroms (IV-act. 371-102) und führte aus, die erhobenen Spannungskopfschmerzen bewirkten aufgrund ihrer grundsätzlich guten Behandelbarkeit keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit (IV-act. 371-103). Er stellte keine neurologische Diagnose mit Relevanz für die Arbeitsfähigkeit (IV-act. 371-102) und attestierte sowohl in der bisherigen als auch in einer adaptierten Verweistätigkeit eine Arbeitsfähigkeit von

100 % (IV-act. 371-103 f.). Der rheumatologische Gutachter diagnostizierte in Übereinstimmung mit dem behandelnden Dr. E.\_\_\_\_ eine Spondylarthropathie bzw. eine Spondyloarthritis (Bericht Dr. E.\_\_\_\_ vom 23. Oktober 2019, IV-act. 261: axiale und periphere Spondylarthropathie bei Psoriasis; Gutachten: Spondylarthropathie mit leichter Sacroiliitis und peripherer Gelenksmanifestation, IV-act. 371-88) und kam zum Schluss, als Ursache für die angeführten Schulter- und Armbeschwerden der rechten Seite könne eine klinisch wahrscheinliche artikuläre Entzündungssituation von Schulter- und Handgelenk angenommen werden (IV-act. 371-87 f.). Weiter führte er aus, die Multimorbidität mit mechanisch und entzündlich bedingten funktionellen Einschränkungen des Bewegungsapparats bewirke eine wesentlich reduzierte körperliche Belastbarkeit bzw. eine stark verminderte Belastbarkeit für manuelle Tätigkeiten jeder Art. In der bisherigen Tätigkeit als Hauswartin bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 35 %; in einer vorwiegend sitzend auszuübenden Tätigkeit mit der Möglichkeit wiederholter kurzer Stehpausen, insbesondere im Bereich der ursprünglich erlernten kaufmännischen Tätigkeit, bestehe eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 10 % bis 20 % (IV-act. 371-89 f.). Er bestätigte aufgrund der vorhandenen mechanisch und entzündlich bedingten funktionellen Einschränkungen eine wesentlich reduzierte körperliche Belastbarkeit, die in angepasster Tätigkeit eine Einschränkung der Leistungsfähigkeit von 10 % bis 20 % zur Folge habe (IV-act. 371-90). Er berücksichtigte demnach die geltend gemachten Schmerzen in dem Ausmass, als er sie objektivieren konnte. Der internistische Gutachter hielt fest, es bestehe kein Anhalt für eine chronisch-entzündliche Darmkrankheit. Vorhandene normabweichende Laborwerte führten nicht zu funktionellen Einschränkungen. Die Frage nach einer internistischen Ursache für die Müdigkeit, die stark mit der Schmerzsymptomatik assoziiert sei, könne nicht klar beantwortet werden, da einige abklärungsbedürftige Befunde vorlägen (leichte makrozytäre Anämie, Hepatopathie unklarer Ursache, Hyperkortisolismus bzw. Nebenniereninsuffizienz). Ob eventuell ein chronisches Fatigue-Syndrom/Myalgische Enzephalomyelitis (ME/CFS) vorliegen könnte, sei auch aus psychiatrischer und neurologischer Sicht zu beurteilen. Aus internistischer Sicht seien indes die üblichen Diagnosekriterien nicht erfüllt. Insbesondere lasse sich eine Post-exertional malaise (Verschlechterung der Symptome nach körperlicher oder geistiger Aktivität) nicht erfragen (IV-act. 371-120 f.). Der Gutachter hielt zwar betreffend die beklagte Müdigkeit weitere Abklärungen für erforderlich, da abklärungsbedürftige, die Müdigkeit eventuell erklärende Laborbefunde vorlägen (vgl. IV-act. 371-120 f.). Er verwies auf das psychiatrische und das neurologische Fachgutachten sowie die neuropsychologische Begutachtung und kam zum Schluss, aus internistischer Sicht seien die Diagnosekriterien eines Fatigue-Syndroms bzw. einer myalgischen Enzephalomyelitis nicht erfüllt. Das Vorhandensein einer Tagesmüdigkeit oder einer PEM (Post-exertional malaise) lasse sich nicht sicher erfragen (IV-act. 371-112, 121). Er verneinte eine Diagnose mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit (IV-act. 371-121). Aufgrund der Magenbypass-Operation definierte er Adaptionkriterien. So seien Arbeiten, die Schwindelfreiheit erforderten, die mit Geruchsbelastungen und/oder ätzenden Dämpfen einhergingen, die mit häufigem Bücken oder körperlich schwer seien (Heben oder Tragen schwerer Lasten) nicht zumutbar (IV-act. 371-122). Er bestätigte in der bisherigen sowie in einer angepassten Verweistätigkeit eine Arbeitsfähigkeit von 100 % (IV-act. 371-123 f.). Im Konsens verneinten die Gutachter eine ausreichende Konsistenz der Befunde. Sie hielten fest, trotz Angabe von Konzentrations-, Gedächtnis- und Orientierungsstörungen sei die Beschwerdeführerin in der Lage, Auto zu fahren und sei über Weihnachten/Neujahr in ihrer Heimat gewesen. Derartige Aktivitäten seien mit einer

schweren depressiven Episode und dem geschilderten Ausmass kognitiver Einschränkungen nicht vereinbar. Die geschilderte Schmerzintensität von 7/10 auf der visuellen Analogskala (VAS) sei nicht mit dem Verhalten und der Körpersprache in der psychiatrischen Explorationssituation vereinbar. Ferner ergebe sich neuropsychologisch die erhöhte Wahrscheinlichkeit einer negativen Antwortverzerrung. Die angegebenen lumbalen Schmerzen fänden keine hinreichend wahrscheinliche organoneurologische Erklärung. Es erstaune, dass die Beschwerdeführerin in der Lage gewesen sei, mit dem PKW nach K.\_\_\_\_ zu reisen, obwohl sie erhebliche Beschwerden vortrage insgesamt. Sodann bestünden erhebliche psychosoziale Belastungsfaktoren, welche zur Aufrechterhaltung einer chronischen Schmerzstörung mit dysfunktionaler Schmerzverarbeitung, sekundärer Schmerzausweitung und Selbstlimitierung beitragen (IV-act. 371-11). Eine Persönlichkeitsstörung oder eine andauernde Persönlichkeitsänderung bei chronischem Schmerzsyndrom liege nicht vor. Sie konnten lediglich die Diagnosen einer Spondylarthropathie mit leichter Sacroiliitis und peripherer Gelenksmanifestation sowie einer möglichen persistierenden Radikulopathie rechts nach Diskushernienoperation LWK 4/5 im Jahr 2001 und Spondylodese im Jahr 2011 als Gesundheitsbeeinträchtigungen bestätigen (vgl. IV-act. 371-9), welche die Arbeitsfähigkeit in der ursprünglich erlernten kaufmännischen Tätigkeit um 10 % bis 20 % einschränkten (IV-act. 371-11 ff.). Umstritten ist, ob die Gutachter, namentlich der psychiatrische Sachverständige, das Vorliegen eines relevanten Gesundheitsschadens mit Blick auf die von ihnen aufgezeigten Inkonsistenzen zu Recht verneint haben. Zur Aufgabe der psychiatrisch-gutachterlichen Befunderhebung gehört insbesondere die klinische Untersuchung mit Anamneseerhebung, Symptomerfassung und Verhaltensbeobachtung. Die Transparenz und Nachvollziehbarkeit erhobener Befunde geschieht unter anderem dadurch, dass bezogen auf die Symptome jeweils angegeben wird, worauf sich die Beurteilung beziehen soll. Es ist zu unterscheiden zwischen Befunden, die ausschliesslich auf Aussagen der explorierten Person, Befunden, die sowohl auf deren Angaben als auch auf Verhaltensbeobachtung durch den Untersucher, und solchen, die ausschliesslich auf Beobachtungen des Untersuchenden beruhen (Gerhard Ebner, Iris Herzog-Zwitter, Rolf-Dieter Stieglitz, Bedeutung und Validität des psychopathologischen Befundes im Rahmen der versicherungsmedizinischen Begutachtung, in: SZS 2024 S. 42 ff., S. 46). Befunde sind zu plausibilisieren, soweit sie auf Aussagen der untersuchten Person beruhen. Dies umfasst auch das Aufzeigen von Inkonsistenzen (vgl. G. Ebner, I. Herzog-Zwitter, R.-D. Stieglitz, a.a.O., S. 49 f.). Demnach entspricht es der Aufgabe des Gutachters und spricht nicht für dessen oberflächliche Arbeitsweise oder Voreingenommenheit, dass er das Vorhandensein geklagter Symptome aufgrund von Inkonsistenzen in Frage stellte. Der Nachweis eines relevanten Gesundheitsschadens kann nur dann als geleistet betrachtet werden und ein rentenbegründender Invaliditätsgrad nur dann anerkannt werden, wenn die Prüfung der massgeblichen Beweisthemen im Rahmen einer umfassenden Betrachtung ein stimmiges Gesamtbild einer Einschränkung in allen Lebensbereichen (Konsistenz) für die Bejahung einer Arbeitsunfähigkeit zeigt (BGE 143 V 427, E. 6 a. E.) bzw. wenn die funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten gesundheitlichen Anspruchsgrundlage im Einzelfall anhand der Standardindikatoren schlüssig und widerspruchsfrei mit (zumindest) überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sind. Fehlt es daran, hat die Folgen der Beweislosigkeit nach wie vor die materiell beweisbelastete versicherte Person zu tragen (BGE 141 V 308 E. 6). Führen Aggravation bzw. Inkonsistenzen zum Ergebnis, dass ein für die Arbeitsfähigkeit relevantes Leiden nicht mit ausreichender Wahrscheinlichkeit festgestellt werden kann, geht dies zu

Lasten der versicherten Person und der Untersuchungsgrundsatz ist nicht verletzt (Urteil des Bundesgerichts vom 15. Juni 2020, 9C\_836/2019, E. 4.3). Die Gutachter schlossen einen rentenbegründenden Gesundheitsschaden aufgrund von Inkonsistenzen aus, die einer entsprechenden Befunderhebung entgegenstünden (vgl. E. 3.2.3; IV-act. 371-70 ff.; IV-act. 371-8 f.). Es ist demnach zu prüfen, ob die von den Gutachtern berücksichtigten Inkonsistenzen insgesamt den überwiegend wahrscheinlichen Nachweis eines relevanten Gesundheitsschadens verunmöglichen. Die Beschwerdeführerin macht geltend, die Reise in ihre Heimat sei als Mitfahrerin lediglich nach Einnahme von Medikamenten möglich, so dass sie auf der Reise mehrheitlich schlafe und sich am Zielort zuerst erholen müsse. Die behandelnde Psychiaterin Dr. D.\_\_\_\_ äusserte in ihrer Stellungnahme vom 12. Juli 2023, die Beschwerdeführerin sei in der Lage, sporadisch kurze Strecken zu fahren. Die Strecke von zu Hause zum Behandlungsort (40 Minuten) bewältige sie kaum, weshalb sie seit Jahren meistens samstags durch Angehörige zur Therapie gefahren werde. Angehörige ihres Kulturkreises würden auch in schlechter gesundheitlicher Verfassung in ihre Heimat fahren, um Energie zu tanken. Es sei nicht plausibel, dass sie unter 13 Diagnosen leide, welche keine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit hätten. Es sei den Gutachtern nicht gelungen, den zwanzigjährigen Verlauf der Arbeitsfähigkeit darzulegen. Der psychiatrische Gutachter habe das gesamte psychiatrische Krankheitsbild unter dem Aspekt einer Rentenneurose betrachtet, anstatt die Beschwerdeführerin von Anfang an fachpsychiatrisch zu untersuchen (IV-act. 381-7 ff.). Der RAD-Arzt G.\_\_\_\_ nahm dazu Stellung, das Aktivitätsniveau der Beschwerdeführerin sei nicht mit einer schweren depressiven Episode vereinbar. Die Funktionseinschränkungen seien lege artis nach dem Mini ICF-APP beurteilt worden und hätten keine relevante Einschränkung des Funktionsniveaus ergeben. Eine Reise in die Heimat der Beschwerdeführerin spreche unter Berücksichtigung der Standardindikatoren objektiv gegen eine gleichmässige Einschränkung des psychosozialen Funktionsniveaus in Arbeit und Freizeit. Es gebe keinen vernünftigen Grund zur Annahme, dass sich die Beschwerdeführerin bei einer erneuten Begutachtung anders verhalten würde (IV-act. 382). Hinsichtlich der Reise in die Heimat ist dem Gutachten zu entnehmen, dass auch den Sachverständigen bekannt war, dass die Beschwerdeführerin nicht selbst gefahren war, zumal sie mehrfach angab, nur kurze Strecken selber zu fahren (IV-act. 371-66,91,114) und auch ihre Familienangehörigen dies bestätigten. Höher zu gewichten für die Beurteilung der Konsistenz ist das Aussage- und sonstige Verhalten der Beschwerdeführerin, auch im Verlauf und insbesondere bereits bei der Begutachtung im Jahr 2014. Zusätzlich und bedeutend fällt das klare Ergebnis der neuropsychologischen Begutachtung ins Gewicht, wonach aufgrund der erhöhten Wahrscheinlichkeit für das Vorliegen von nicht authentischen Befunden der Schweregrad allfälliger kognitiver Defizite nicht beurteilt werden und keine Diagnose gestellt werden konnte (IV-act. 371-133). Die Intensität der Behandlung bleibt unklar. Im Gegensatz zur Vorbegutachtung (IV-act. 215-54) lagen die Medikamentenspiegel im erwarteten Bereich (IV-act. 371-70). Allerdings wird weder durch die Beschwerdeführerin selbst noch durch Dr. D.\_\_\_\_ berichtet, in welchen zeitlichen Abständen psychiatrische Konsultationen stattfinden (vgl. IV-act. 371-64, 67, 84; IV-act. 299 [Frage durch Dr. D.\_\_\_\_ nicht beantwortet, letzte Konsultation am Tag der Berichtserstattung]). Dr. D.\_\_\_\_ führte aus, stationäre Behandlungsmassnahmen seien nicht geplant, da sich die Beschwerdeführerin aus transkulturellen Gründen nicht mit psychisch kranken Mitmenschen identifizieren könne (IV-act. 313-4). Hierzu ist anzumerken, dass sie sich dennoch vom 30. April bis 21. Mai 2019 einer multimodalen Schmerztherapie unterzog (Austrittsbericht Klinik H.\_\_\_\_ vom 30. April 2019, IV-act. 251-143), wenngleich

die spätere Einweisung in die psychiatrische Klinik I.\_\_\_\_ aufgrund einer fürsorgerischen Unterbringung erfolgte (Austrittsbericht vom 11. August 2020, IV-act. 251-68). Aus den Berichten von Dr. E.\_\_\_\_ geht hervor, dass die Medikation mehrfach umgestellt wurde, ohne dass dies jeweils klar begründet wird. Auffällig ist schliesslich, dass die Klinik J.\_\_\_\_ die stationäre Aufnahme der Beschwerdeführerin "aufgrund des Schweregrads der depressiven Episode" und weil es der Beschwerdeführerin schwer gefallen sei, Ziele für die Behandlung zu nennen, ablehnte (Bericht vom 11. November 2022, IV-act. 371-154 f.). Selbst wenn vom Vorliegen der behandlerseits gestellten Diagnosen auszugehen ist, erscheint eine Beeinträchtigung nicht konsistent genug, dass ein relevanter Gesundheitsschaden als mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen betrachtet werden kann. Ob eine mögliche Beeinträchtigung (vorwiegend) durch Schmerzen oder Müdigkeit verursacht sein könnte und durch welche Erkrankung die Symptome bedingt sein könnten, ist nicht relevant, solange eine massgebliche Beeinträchtigung durch die Symptome nicht überwiegend wahrscheinlich erscheint. Demnach ist auf das Gutachten abzustellen. Als hinreichend nachgewiesene Gesundheitsbeeinträchtigung besteht ausschliesslich eine Spondylarthropathie mit leichter Sacroiliitis und peripherer Gelenkmanifestation (Omarthritis und Handgelenksarthritis rechts; IV-act. 371-88), die in der bisherigen kaufmännischen oder einer angepassten Verweistätigkeit zu einer Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 10 % bis 20 % führt (IV-act. 371-11 f.). Da in der bisherigen und in einer angepassten Tätigkeit dieselbe Einschränkung attestiert wird, entspricht der Invaliditätsgrad ohne Tabellenlohnabzug der Arbeitsunfähigkeit von 15 % (zum massgeblichen Durchschnitt vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 4. Juni 2013, 9C\_730/2012, E. 4.2). Selbst beim maximalen Tabellenlohnabzug von 20 % resultiert kein rentenbegründender Invaliditätsgrad ( $100\% - 0,75 \times 85\% = 36,25\%$ ). Nach dem Gesagten ist die Beschwerde abzuweisen. Das Beschwerdeverfahren ist kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festgelegt (Art. 69 Abs. 1 bis IVG). Eine Gerichtsgebühr von Fr. 600.-- erscheint in der vorliegend zu beurteilenden Angelegenheit als angemessen. Der unterliegenden Beschwerdeführerin sind die Gerichtskosten vollumfänglich aufzuerlegen. Mit dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe ist die geschuldete Gerichtsgebühr getilgt. Bei diesem Verfahrensausgang hat die Beschwerdeführerin keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung (vgl. Art. 61 lit. g ATSG). Entscheid im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP Die Beschwerde wird abgewiesen. Die Beschwerdeführerin hat die Gerichtskosten von Fr. 600.-- zu bezahlen; der in gleicher Höhe geleistete Kostenvorschuss wird angerechnet. Die Beschwerdeführerin hat keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung.

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