

SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2023/185 vom 16. September 2024

Sg Versicherungsgericht, 2024-09-16, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg_publicationen_IV_2023_185

FR: SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2023/185 du 16 septembre 2024

IT: SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2023/185 del 16 settembre 2024

Regeste

Art. 28 IVG, Art. 87 Abs. 3 IVV, Art. 8 f. ATSG Neuanmeldung. Würdigung eines polydisziplinären Gutachtens. Abweisung (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 16. September 2024, IV 2023/185). Das Bundesgericht ist auf die Beschwerde nicht eingetreten 8C_639/2024.

Volltext

Entscheid vom 16. September 2024 Besetzung Versicherungsrichterinnen Corinne Schambeck (Vorsitz), Marie Löhner und Michaela Machleidt Lehmann; Gerichtsschreiberin Julia Dillier Geschäftsnr. IV 2023/185 Parteien A.____, Beschwerdeführerin, gegen IV-Stelle des Kantons St. Gallen, Postfach 368, 9016 St. Gallen, Beschwerdegegnerin, Gegenstand Rente Sachverhalt A.____ (nachfolgend: Versicherte) meldete sich wegen eines diagnostizierten Panvertebralsyndroms sowie einer depressiven Störung mit Somatisierungstendenz erstmals am 11. Oktober 2005 zum Leistungsbezug bei der Invalidenversicherung an (IV-act. 2, 19-1). Im Auftrag der IV-Stelle erstattete Dr. med. B.____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie, am 19. Januar 2007 ein Gutachten (IV-act. 45-1). Er nannte darin insbesondere die Diagnose fortgeschrittene Osteochondrose L5/S1 mit breitbasiger medianer leicht mediorechtslateral betonter Diskusprotrusion L5/S1 mit Kontakt zur Nervenwurzel S1 rechts (IV-act. 45-5). In der seit Einreise in die Schweiz 2002 (IV-act. 2-3) bis zur Krankschreibung ausgeführten Tätigkeit als Raumpflegerin (vgl. IV-act. 17) betrage die Arbeitsfähigkeit bei voller Stundenpräsenz 60%. Körperlich adaptierte Tätigkeiten seien der Versicherten bei voller Stundenpräsenz zu ca. 90% zumutbar (IV-act. 45-6). Psychiater Dr. med. C.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, begutachtete die Versicherte im November 2007. Er erwähnte einen Status nach Anpassungsstörung mit kürzerer depressiver Reaktion. Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit stellte er keine (IV-act. 62-6). Nachdem die Eingliederungsmassnahmen bei der D.____ gescheitert waren (IV-act. 81), wurde eine bidisziplinäre Begutachtung in Auftrag gegeben. Im Rahmen dieser Begutachtung nannte Dr. med. E.____, Facharzt für Innere Medizin und Rheumatologie, am 27. November 2009 insbesondere die arbeitsfähigkeitsrelevanten Diagnosen chronisches lumbospondyloiden betontes Panvertebralsyndrom und Fibromyalgiesyndrom. Retrospektiv gesehen sei die Einschätzung von Dr. B.____, wonach die Versicherte als Raumpflegerin zu 60% arbeitsfähig sei, wahrscheinlich richtig. Auch dessen Beurteilung einer Arbeitsfähigkeit von 90% in adaptierten Tätigkeiten übernahm Dr. E.____ (IV-act. 109-10). Der psychiatrische Teilgutachter Dr. C.____ diagnostizierte am 13. Januar 2010 eine mittelgradige depressive Episode mit somatischen Symptomen und ging von einer Arbeitsfähigkeit von 50% in geeigneten Tätigkeiten aus (IV-act. 110-5 f.). Vom 1. Februar bis 7. Mai 2010 hielt sich die

Versicherte stationär in der Psychiatrischen Klinik F.____ auf. Dort wurden eine mittelgradige depressive Episode und Probleme in der Beziehung mit dem Ehepartner diagnostiziert (IV-act. 126-1). Nach Durchführung einer Abklärung im Haushalt der Versicherten am 11. Februar 2011 (IV-act. 141) errechnete die IV-Stelle unter Zugrundelegung eines Erwerbsanteils von 80% und eines Haushaltanteils von 20% einen Invaliditätsgrad von 35% und verneinte mit Verfügung vom 31. Mai 2011 einen Rentenanspruch der Versicherten (IV-act. 152). Das Versicherungsgericht des Kantons St. Gallen wies die dagegen erhobene Beschwerde mit Entscheid vom 23. Mai 2013 (IV 2011/215) ab, soweit es darauf eintrat (IV-act. 177). Auf eine erneute IV-Anmeldung vom November 2013 (IV-act. 181) trat die IV-Stelle mangels glaubhaft gemachter Veränderung des Gesundheitszustands der Versicherten nicht ein (Verfügung vom 22. Januar 2014, IV-act. 187). Am 3. Juli 2015 meldete sich die Versicherte wiederum zum IV-Leistungsbezug an (IV-act. 191). Erneut trat die IV-Stelle auf diese Anmeldung nicht ein (Verfügung vom 5. Oktober 2015, IV-act. 206). Die Verfügung vom 5. Oktober 2015 widerrief sie nach Eingang eines Berichts von Dr. med. G.____, Facharzt für Neurochirurgie, vom 8. Oktober 2015 (IV-act. 210-1, 211). Im Auftrag der IV-Stelle (IV-act. 212) fand am 12. November 2015 an der Klinik für Neurochirurgie des Universitätsspitals Zürich eine konsiliarische Untersuchung der Versicherten statt. Diese ergab die Diagnose einer Lumbalgie (Bandscheibenvorfall LWK4/5 rechtsbetont) und die Empfehlung einer weiterhin konservativen Therapie (IV-act. 219-2). Mit Vorbescheid vom 20. Januar 2016 kündigte die IV-Stelle der Versicherten die erneute Ablehnung des Rentengesuchs an (IV-act. 229). Nachdem sich die Versicherte an der Lendenwirbelsäule hatte operieren lassen und Dr. G.____ ihr für eine leichte bis mittelschwere Tätigkeit eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit attestiert hatte (IV-act. 232-3 und 243-3), beauftragte die IV-Stelle die PMEDA AG mit der polydisziplinären Begutachtung der Versicherten (IV-act. 247, 253; siehe auch den Einwand dagegen, IV-act. 254, sowie die Zwischenverfügung vom 9. Januar 2017, IV-act. 257). Die für April 2017 vorgesehene Begutachtung (IV-act. 262) wurde wegen einer Knieoperation der Versicherten, die Dr. B.____ am 28. März 2017 durchführte (IV-act. 271), verschoben (IV-act. 265 f.). Im August 2017 fand die Begutachtung der Versicherten bei der PMEDA AG in den Disziplinen Innere Medizin, Neurologie, Orthopädie, Psychiatrie sowie eine neuropsychologische Testung statt (IV-act. 303-1). Im Gutachten vom 18. Dezember 2017 wurden folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gestellt: eine mikrochirurgische Diskektomie LWK4/5 rechts und dekompressive Fensterung LWK5/SWK1 rechts mit gutem operativem Ergebnis, eine asymptomatische mediale Meniskusläsion und Chondromalazie III des linken Kniegelenks und eine Epicondylopathia humeri radialis rechts. Zudem wurde anamnestisch der Verdacht auf eine instabile Angina pectoris geäussert mit Hinweis auf eine hausärztlich bereits veranlasste kardiologische Abklärung (IV-act. 303-76 f.). Die Arbeitsfähigkeit in einer körperlich leichten, wechselbelastend oder überwiegend sitzend ausgeübten Tätigkeit wurde von den Gutachtern nicht als limitiert betrachtet (IV-act. 303-79). Der zuständige Arzt des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD) hielt am 20. Dezember 2017 fest, das Gutachten erfülle die versicherungsmedizinischen Anforderungen (IV-act. 304). Nach Durchführung des Vorbescheidverfahrens verfügt die IV-Stelle am 15. März 2018 die Abweisung des Rentengesuchs (Erwerbsanteil 80%, Haushaltsanteil 20%; Vorbescheid vom 16. Januar 2018, IV-act. 315; Einwand vom 27. Februar 2018, IV-act. 328, Verfügung vom 15. März 2018, IV-act. 331). Die dagegen erhobene Beschwerde wies das hiesige Versicherungsgericht mit Entscheid IV 2018/155 vom 17. April 2020 ab, wobei es über die

Statusfrage nicht abschliessend befunden hatte (IV-act. 349). Im Januar 2022 (Anmeldung ohne Unterschrift) bzw. im Februar 2022 (Anmeldung mit Unterschrift) meldete sich die Versicherte abermals zum IV-Leistungsbezug an (IV-act. 350). Dr. med. H.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, stellte im Bericht vom 22. Februar 2021 folgende Diagnosen, denen er eine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit zuerkannte: Seit 21. September 2017 ein chronisches attenuiertes Psychose-Syndrom (ICD-10 F 28), DD: eine chronische undifferenzierte Schizophrenie (ICD-10 F20.5) und eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode mit psychotischen Symptomen (ICD-10 F33.3). Er führte aus, er habe bereits mit Schreiben vom 23. Februar 2018 zuhanden der IV-Stelle versucht klarzustellen, dass der wahre psychopathologische Zustand der Versicherten im Gutachten der PMEDA AG nicht erfasst worden sei. Ausserdem habe sich der Gesundheitszustand der Versicherten seit dem letzten IV-Entscheid erheblich verschlechtert. Eine psychotische Symptomatik stehe im Vordergrund und sei bislang allen therapeutischen Bemühungen non-responder geblieben. Auch der depressive Zustand sei aktuell trotz adäquater Behandlung schwerer Ausprägung mit psychotischen Symptomen (IV-act. 352). Nachdem der RAD-Arzt Dr. I.____, Facharzt für Chirurgie, eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes für nicht plausibel erachtete (IV-act. 365-3), wurde der Versicherten mitgeteilt, dass die bereits eingereichten Unterlagen von Dr. H.____ zu wenig aktuell und aussagekräftig seien, um etwas über den gegenwärtigen Gesundheitszustand auszusagen. Sie wurde mehrmals aufgefordert, ausführliche Arztberichte einzureichen (IV-act. 370; vgl. auch IV-act. 366, IV-act. 368). Am 18. Juli 2022 nahm Dr. H.____ Stellung (IV-act. 373). Der RAD-Arzt J.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, gelangte daraufhin zum Schluss, dass aufgrund der beschriebenen Symptome eine deutliche Verschlechterung des psychischen Gesundheitszustands seit der Begutachtung durch die PMEDA AG glaubhaft sei. Für die Verschlechterung spreche ausserdem die Verordnung einer ausgebauten antipsychotischen und antidepressiven Medikation. Er erachtete eine vertiefte medizinische Abklärung (psychiatrische Begutachtung) für angezeigt (IV-act. 374-3 f.). Nach Einholung weiterer Arztberichte gab die IV-Stelle bei der SMAB AG, St. Gallen, ein polydisziplinäres Gutachten in den Disziplinen Psychiatrie, Orthopädie, Allgemeine/Innere Medizin und Neurologie in Auftrag. Die SMAB AG erstattete das Gutachten am 13. April 2023 (IV-act. 405). Die Gutachter diagnostizierten folgende Leiden, denen sie jedoch keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit beimassen: eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte Episode (ICD-10 F33.0), eine Reaktion auf schwere Belastung, nicht näher bezeichnet (ICD-10 F43.9), einen Status nach mikrochirurgischer L4/5 rechts und Dekompression ohne Diskektomie L5/S1 rechts am 15. Januar 2016 (ICD-10 M51.9), einen Status nach Knie-Arthroskopie links mit Teilmeniskektomie, Knorpelglättung am 28. März 2017 mit verbliebener Arthrose und endgradiger Bewegungseinschränkung (ICD-10 M17.9), einen Status nach Bursitis subacromialis rechts mit Bursaseitiger Partialruptur der Supraspinatussehne laut MRI vom 1. Juli 2020 (ICD-10 M75.1), einen Status nach Epicondylitis humeri radialis rechts (ICD-10 M77.1), eine arterielle Hypertonie (ICD-10 I10.90), eine latente Hyperthyreose, wahrscheinlich Hashimoto-Thyreoiditis (ICD-10 E03.9) und Adipositas (ICD-10 E66.09). Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit stellten sie nicht. Sie postulierten in der Konsensbeurteilung in einer wechselbelastenden, überwiegend sachbetonten, gut strukturierten Tätigkeit ohne besonderen Zeitdruck und ohne erhöhte Anforderungen an die emotionale Belastbarkeit eine 100%ige Arbeitsfähigkeit (IV-act. 405-7 f.). Als Schonkriterien nannten sie zudem Heben und

Tragen von Lasten bis zu 10kg, kein Vorneigen oder Zwangshaltungen, keine knienden oder hockenden Tätigkeiten und kein Ersteigen von Leitern und Gerüsten (IV-act. 405-10). Die Gutachter gelangten zur Auffassung, dass sich der Gesundheitszustand seit 2017 nicht anhaltend und relevant verändert habe (IV-act. 405-11). Der RAD kam am 24. April 2023 zum Schluss, dass auf das Gutachten abgestellt werden könne (IV-act. 407). Die IV-Stelle stufte die Versicherte nunmehr als Vollerwerbstätige ein und ermittelte schliesslich auf Grundlage des Gutachtens und der darin attestierten 100%igen Arbeitsfähigkeit in einer adaptierten Tätigkeit einen Invaliditätsgrad von 0%. Sie stellte der Versicherten mit Vorbescheid vom 26. April 2023 die Abweisung des Rentengesuchs in Aussicht (IV-act. 410; siehe auch Feststellungsblatt, IV-act. 409-3). Dagegen erhob die Versicherte am 31. Mai 2023 Einwand und reichte innert angesetzter Frist (IV-act. 421) eine ärztliche Stellungnahme von Dr. H.____ datiert vom 24. Juni 2023 ein (IV-act. 419 und 422). Auf Rückfragen der IV-Stelle erklärte der psychiatrische SMAB-Gutachter eingehend, dass er sich den Ausführungen des behandelnden Psychiaters nicht anschliessen könne (IV-act. 426). Der RAD führte in seiner Stellungnahme vom 13. September 2023 aus, dass sich der SMAB-Gutachter im Antwortschreiben ausführlich und in fundierter Sachlichkeit mit der Argumentation des Behandlers gemäss Einwand auseinandergesetzt habe. Der Gutachter lege dar, weswegen die Argumentation und Ausführungen des Psychiaters nicht geeignet seien, die gutachterliche Einschätzung in irgendeiner Form abzuändern (IV-act. 427). Die IV-Stelle verfügte daraufhin am 13. September 2023 wie angekündigt die Abweisung des Rentengesuchs (IV-act. 428). Gegen diese Verfügung richtet sich die Beschwerde vom 16. Oktober 2023, worin die Versicherte (nachfolgend: Beschwerdeführerin) die Aufhebung und die Neuprüfung des Rentengesuchs beantragt. Gleichzeitig beantragt sie die Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung. Zur Begründung führt sie im Wesentlichen aus, die Einschätzung der SMAB-Gutachter sei nicht nachvollziehbar. Es gehe ihr schlechter. Sie sei ständig traurig und müde. Nichts mache ihr mehr Freude. Sie leide unter Alpträumen und Schmerzen. Teilweise sehe sie z. B. Kakerlaken, Skorpione, Krebse, Dinosaurier oder monsterartige Wesen auch tagsüber. Zudem könne sie aufgrund von Rücken- und Knieschmerzen nicht lange sitzen und stehen. Als einzige Bezugsperson habe sie noch ihren Ehemann. Dieser lebe jedoch im Altersheim und könne sie nur noch sehr wenig unterstützen. Während der Begutachtung habe sie sich nicht wohl gefühlt und habe nicht frei von sich erzählen können, so auch nicht über die schrecklichen Gewalterfahrungen in der Kindheit. Aufgrund der Übersetzungshilfe sei es zu Unklarheiten in der Verständigung gekommen. Zudem sei ihr schwergefallen, vor der Übersetzungsperson frei zu erzählen. Da es ihr so viel schlechter gehe, werde sie zur diagnostischen Abklärung in der Tagesklinik K.____ angemeldet (act. G1). Mit Beschwerdeantwort vom 29. November 2023 beantragt die IV-Stelle (nachfolgend: Beschwerdegegnerin) die Abweisung der Beschwerde. Dass der behandelnde Psychiater der Beschwerdeführerin eine generelle, volle Arbeitsunfähigkeit attestiere und somit zu einer diametral anderslautenden Einschätzung gelange, vermöge das polydisziplinäre Gutachten nicht infrage zu stellen. Wichtige Aspekte, die bei der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben wären und die das Gutachten ausnahmsweise infrage zu stellen vermöchten, seien vorliegend nicht benannt worden und aus dem Sachverhalt auch nicht ersichtlich. Insbesondere sei die Stellungnahme des Behandlers vom 24. Juni 2023, welche im Rahmen des Einwandverfahrens und damit zeitlich nach der Erstattung des polydisziplinären Gutachtens erfolgt sei und Kritik am psychiatrischen Teilgutachten übe, dem RAD zur Stellungnahme und dem psychiatrischen Gutachter zur Beantwortung von

Rückfragen vorgelegt worden (act. G5). Am 7. Dezember 2023 wird dem Gesuch um Bewilligung der unentgeltlichen Rechtspflege (Befreiung von den Gerichtskosten) entsprochen (act. G6). Mit Replik vom 22. Januar 2024 hält die Beschwerdeführerin an den Anträgen der Beschwerde fest und führt in Ergänzung aus, dass gemäss PMEDA-Gutachten eine rezidivierende depressive Störung vorgelegen habe. Unter Berücksichtigung der neusten Berichte über die Gutachterstelle PMEDA AG sei das damalige Gutachten in Frage zu stellen (act. G8). Mit Eingabe vom 10. April 2024 reicht die Beschwerdeführerin den Austrittsbericht der Psychiatrie Z.____ vom 27. März 2024 ein. Dort wurde sie vom 25. Januar bis 21. März 2024 stationär behandelt. Als Diagnosen stellten die Behandler eine schizoaffektive Störung, gegenwärtig depressiv (ICD-10 F25.1), einen essentiellen Tremor (ICD-10 G25.0) sowie eine Hypothyreose (ICD-10 E03.9). Zur Einschätzung der Arbeitsfähigkeit äusserten sie sich nicht (act. G14). Dieser Austrittsbericht wurde der Beschwerdegegnerin am 17. April 2024 zur Kenntnis gebracht (act. G15). Auf die weiteren Begründungen in den einzelnen Rechtsschriften sowie den Inhalt der übrigen Akten wird, soweit erforderlich, in den nachstehenden Erwägungen eingegangen. Erwägungen Gegenstand der angefochtenen Verfügung ist das Rentenbegehren der Beschwerdeführerin vom Januar 2022 (Neuanmeldung; IV-act. 350). Nach vorgängiger Abweisung des Rentenanspruchs (Urteil des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 17. April 2020, IV 2018/155) trat die Beschwerdegegnerin aufgrund Glaubhaftmachung eines veränderten Gesundheitsschadens (vgl. RAD-Stellungnahme vom 23. August 2023, IV-act. 374-3 f.) im Sinne von Art. 87 Abs. 3 der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV; SR 831.201) zu Recht auf das neue Gesuch ein. Zwischen den Parteien umstritten und nachfolgend zu prüfen ist der Rentenanspruch der Beschwerdeführerin. Am 1. Januar 2022 sind mit der Revision zur Weiterentwicklung der Invalidenversicherung verschiedene Änderungen des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG; SR 831.20) und der IVV sowie am 1. Januar 2024 eine Änderung betreffend die Bestimmung des Invalideneinkommens (Art. 26 bis Abs. 3 IVV) in Kraft getreten. Die vorliegend angefochtene Verfügung datiert vom 13. September 2023. In zeitlicher Hinsicht sind grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgeblich, die bei der Erfüllung des rechtlich zu ordnenden oder zu Rechtsfolgen führenden Tatbestands Geltung haben (BGE 144 V 210 E. 4.3.1). Vorliegend meldete sich die Beschwerdeführerin im Januar 2022 erneut zum Rentenbezug an, weshalb frühestens ab Juli 2022 ein Rentenanspruch in Betracht fällt (vgl. Art. 29 Abs. 1 IVG). Grundsätzlich ist die Bestimmung von Art. 26 bis Abs. 3 IVV in der bis 31. Dezember 2023 gültigen Fassung anwendbar, wobei das Bundesgericht diese mit Urteil vom 8. Juli 2024, 8C_823/2023, als teilweise bundesrechtswidrig eingestuft hat. Im Übrigen gelangen die neuen Bestimmungen zur Anwendung. Sie werden nachfolgend in den für den vorliegenden Fall gültigen Fassungen zitiert. Anspruch auf eine Rente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 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 gewesen sind (lit. b) und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40% invalid sind (lit. c). Als Invalidität gilt laut 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 ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und

Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG). Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung und im Beschwerdefall das Gericht auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist (BGE 132 V 93 E. 4 mit Hinweisen). Die urteilenden Instanzen haben die Beweise frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Im Sozialversicherungsrecht hat das Gericht seinen Entscheid, sofern das Gesetz nicht etwas Abweichendes vorsieht, nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu fällen (vgl. BGE 126 V 353 E. 5b und BGE 125 V 193 E. 2, je mit Hinweisen). Vorliegend bildet die durch das Versicherungsgerichtsurteil vom 17. April 2020 (IV 2018/155) bestätigte Verfügung, die sich in medizinischer Hinsicht auf die Ergebnisse des PMEDA-Gutachtens vom 18. Dezember 2017 gestützt hat, zeitliche Vergleichsbasis für die Prüfung einer Veränderung des Gesundheitszustandes. Soweit die Beschwerdeführerin die Beweistauglichkeit des PMEDA-Gutachtens (erneut) in Frage stellt, erweist sich diese Rüge als verspätet. Zumal das hiesige Versicherungsgericht dieses Gutachten ohnehin bereits beurteilte und für beweiskräftig hielt (Urteil IV 2018/155 vom 17. April 2020). Denn es ist unbeachtlich, dass das Bundesgericht zwischenzeitlich mit Urteil 8C_122/2023 vom 26. Februar 2024 erkannt hat, dass schon relativ geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit eines PMEDA-Gutachtens genügen, um eine neue Begutachtung der versicherten Person anzuordnen. Das Bundesgericht hat sich in seinem Urteil nicht dahingehend geäußert, dass die Beweistauglichkeit eines PMEDA-Gutachtens per se aberkannt wird. Die Beschwerdegegnerin stützt sich in der vorliegend angefochtenen Verfügung denn auch nicht auf das PMEDA-Gutachten, sondern auf das polydisziplinäre SMAB-Gutachten vom 13. April 2023. Es ist demnach einzig zu prüfen, ob das SMAB-Gutachten beweiskräftig ist und darauf abgestellt werden kann. Die Beschwerdeführerin moniert im Wesentlichen das psychiatrische Teilgutachten und beruft sich dabei auf die Stellungnahme ihres behandelnden Psychiaters Dr. H.____ (vgl. act. G1). Der psychiatrische Sachverständige nahm eine ausführliche Untersuchung der Beschwerdeführerin vor (vgl. IV-act. 405-36 ff.). Er hatte Kenntnis von den relevanten medizinischen Berichten, äusserte sich zu den einzelnen Berichten von Dr. H.____, befragte die Beschwerdeführerin eingehend zu ihren Beschwerden sowie den Lebensumständen und erhob die Befunde regelrecht (vgl. IV-act. 405-37 ff.). Die Herleitung der Diagnosen (rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte Episode [ICD-10 F33.0] und Reaktion auf schwere Belastung, nicht näher bezeichnet [ICD-10 F43.9]) begründete der Gutachter differenziert und nachvollziehbar. Er beschrieb die Beschwerdeführerin als bewusstseinsklar und zu allen Qualitäten vollständig orientiert. Die Auffassung sei nicht erschwert gewesen. Der formale Gedankengang sei leicht verlangsamt, nicht aber assoziativ oder gar zerfahren gewesen. Die Merkfähigkeit habe im klinisch-psychopathologischen Befund unbeeindruckt gewirkt. Störungen des Ich-Bewusstseins lägen nicht vor und der Antrieb sei unauffällig gewesen. Sie zeige sich in bedrückter Grundstimmung. Die affektive Schwingungsfähigkeit sei nicht beeinträchtigt (IV-act. 405-42). Der Gutachter mass den

Diagnosen keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit bei und berichtete von einer Aggravations- und Verdeutlichungstendenz. So begründete er nachvollziehbar, dass die von der Beschwerdeführerin geschilderten optischen Halluzinationen, wonach sie "immer" Kakerlaken und Spinnen am Boden, an der Decke und an der Wand sehe, unplausibel seien (IV-act. 405-46 f.). 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 210 E. 1.3.4; Urteil des Bundesgerichts vom 13. Februar 2019, 8C_801/2018, E. 4.3). Die nachträglich eingegangene Stellungnahme von Dr. H.____ vom 24. Juni 2023 zeigt keine wesentlichen objektiven Aspekte auf, die im Gutachten ausser Acht gelassen worden wären. Dabei ist zu berücksichtigen, dass die Einschätzung behandelnder Ärzte und Ärztinnen aufgrund der auftragsrechtlicher Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patienten und Patientinnen ausfallen (vgl. BGE 125 V 351 E. 3b/cc). Die unterschiedliche Natur von Behandlungsauftrag des therapeutisch tätigen (Fach-)Arztes einerseits und Begutachtungsauftrag des amtlich bestellten fachmedizinischen Experten andererseits lässt es ausserdem nicht zu, ein Administrativ- oder Gerichtsgutachten stets in Frage zu stellen und zum Anlass weiterer Abklärungen zu nehmen, wenn die behandelnden Ärzte und Ärztinnen zu anderslautenden Einschätzungen gelangen. Anders verhält es sich nur, wenn objektiv feststellbare Gesichtspunkte vorgebracht werden, die im Rahmen der Begutachtung unerkannt geblieben waren und die geeignet sind, zu einer anderen Beurteilung zu führen (vgl. statt vieler: Urteile des Bundesgerichts vom 17. Februar 2021, 8C_783/2020, E. 5.2 und vom 15. Oktober 2020, 8C_370/2020, E. 7.2). Ferner kann eine psychiatrische Untersuchung von der Natur der Sache her nicht ermessensfrei erfolgen. Sie eröffnet einer psychiatrischen Fachperson – sei sie nun in therapeutischer oder in begutachtender Funktion – daher praktisch immer einen gewissen Spielraum, innerhalb dessen verschiedene medizinisch-psychiatrische Interpretationen möglich, zulässig oder zu respektieren sind, sofern die Beurteilung des Experten oder der Expertin die Beweisanforderungen erfüllt (BGE 145 V 361 E. 4.1.2). Der psychiatrische Gutachter führte – im Gegensatz zu Dr. H.____ (vgl. IV-act. 422) – die für seine psychiatrische Beurteilung massgebende klinische Untersuchung mit Anamneseerhebung, Verhaltensbeobachtung und Befunderhebung entsprechend den Qualitätsleitlinien für versicherungspsychiatrische Gutachten der Schweizerischen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie (SGPP, 3. Aufl., 16. Juni 2016, abrufbar unter: <https://www.psychiatrie.ch>, Kategorie: Fachleute und Kommissionen / Leitlinien) durch. Die abweichende Beurteilung von Dr. H.____ erfolgte sodann ohne jede erkennbare objektive Konsistenz- und Ressourcenprüfung, obwohl sich vorliegend aufgrund des aggravierenden Verhaltens der Beschwerdeführerin eine besonders sorgfältige Begründung aufgedrängt hätte. Es fehlt an einer kritischen Würdigung der Selbsteinschätzung der Beschwerdeführerin bzw. von deren Leidensangaben. Überdies äussert er zwar Kritik am

Gutachten, lässt die Ausführungen des Gutachters, wonach die geschilderten Halluzinationen unglaublich erschienen, gänzlich unkommentiert. Die Kritik an der im Gutachten gestellten Diagnose einer Reaktion auf schwere Belastung, nicht näher bezeichnet (ICD-10 F 43.9), geht sodann fehl. Der Gutachter hat sich am 29. August 2023 dazu dahingehend geäußert, dass das Zeitkriterium nur für die Diagnosen ICD-10: F43.2, nicht aber für die Diagnose nach ICD-10 F43.9 gälte (IV-act. 42-2). Ohnehin sind für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Die (psychiatrische) Diagnose allein ist für die Belange der Invalidenversicherung grundsätzlich nicht ausschlaggebend (vgl. Urteile des Bundesgerichts vom 23. April 2019, 9C_184/2019, E. 4.2 und vom 27. September 2017, 8C_820/2016, E. 5.4 m.w.H.). Allgemein ist zu erwähnen, dass aus sozialversicherungsrechtlicher Sicht letztlich auch nicht die Schwere einer Erkrankung entscheidend ist, sondern deren Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit (vgl. Urteile des Bundesgerichts vom 23. April 2019, 9C_184/2019, E. 4.2, und vom 27. September 2017, 8C_820/2016, E. 5.4 m.w.H.). Unabhängig von der klassifikatorischen Einordnung einer Krankheit resultiert aus einer Diagnose – mit oder ohne diagnoseinhärentem Bezug zum Schweregrad – allein keine verlässliche Aussage über das Ausmass der mit dem Gesundheitsschaden korrelierenden funktionellen Leistungseinbussen bei psychischen Störungen (Urteil des Bundesgerichtes vom 17. November 2021, 8C_280/2021, E. 6.2.2 mit Hinweisen). Hervorzuheben ist sodann, dass die von Dr. H.____ nach Kenntnis des Gutachtens neu gestellte Diagnose eines Status nach posttraumatischer Belastungsstörung (ICD-10 F43.1) etwas seltsam anmutet, zumal er sich in keinem seiner Berichte je zu den von der Beschwerdeführerin geschilderten Traumata (Gewalterlebnisse in der Kindheit) geäußert hat. Auch in der Stellungnahme vom 24. Juni 2023 erwähnt er die Herleitung der von ihm gestellten Diagnose nicht (vgl. IV-act. 422). In diesem Zusammenhang erscheint auch die Kritik der Beschwerdeführerin am Gutachten, wonach sie nicht offen über das Gewalterlebte habe sprechen können, wenig plausibel. Überdies ist zu erwähnen, dass Dr. H.____ die Beschwerdeführerin bereits seit 21. September 2017 behandelt und ihr seit diesem Zeitpunkt eine vollständige Arbeitsunfähigkeit attestiert hatte. Er hatte auch schon das PMEDA-Gutachten – ähnlich wie das hier zu beurteilende Gutachten – kritisiert und war zu einer anderen Einschätzung als der psychiatrische PMEDA-Gutachter und der RAD gelangt (vgl. IV-act. 329). Das Versicherungsgericht des Kantons St. Gallen hielt bereits im Entscheid vom 17. April 2020 fest, dass die Kritik von Dr. H.____ am PMEDA-Gutachten nicht geeignet sei, das Gutachten in Zweifel zu ziehen (vgl. IV 2018/155 E. 2.7 f.). An der gutachterlichen Einschätzung ändert auch der im Beschwerdeverfahren eingereichte Austrittsbericht der Psychiatrie Z.____ vom 27. März 2024 nichts, der zwar nach Erlass der Verfügung erfolgt ist, jedoch gewisse Rückschlüsse auf den Gesundheitszustand vor Erlass der streitgegenständlichen Verfügung zulässt (vgl. BGE 130 V 445 E. 1.2; Urteil des Bundesgerichts vom 6. Februar 2020, 8C_305/2019, E. 4.2.3). Diesem Bericht ist zu entnehmen und auch im Verlauf fällt immer wieder auf, dass vorliegend wohl psychosoziale Faktoren eine bedeutende Rolle spielen (vgl. act. G14.1 S. 1 "Sie [die Beschwerdeführerin] gehe jeden Tag 1-2 Mal ihren Ehemann besuchen, der in einem Altersheim lebt und an Demenz leidet. Er hat sie finanziell unterstützt, deshalb hat die Patientin derzeit starke Existenzängste."); vgl. auch IV-act. 19-10, IV-act. 126-2). Ob die psychosozialen Faktoren zur Störung beigetragen haben oder sich das Störungsbild in psychosozialen Faktoren erschöpft (vgl. zur Abgrenzung das Urteil des Bundesgerichts vom 7. Mai 2019, 9C_740/2018, E. 5), muss vorliegend jedoch nicht beantwortet werden. Dieser

Bericht äussert sich jedenfalls nicht zur hier interessierenden Frage der Arbeits(un)fähigkeit. Zusammenfassend ist festzuhalten, dass sich der psychiatrische Gutachter detailliert zu den der Beschwerdeführerin noch verbleibenden Ressourcen äussert und namentlich auf der Basis einer umfassenden und evidenzbasierten Analyse unter Berücksichtigung der erhobenen Inkonsistenzen zum Schluss kommt, dass zwar eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte Episode, und eine Reaktion auf schwere Belastung, nicht näher bezeichnet, bestehen, sich diese Diagnosen jedoch nicht auf die Arbeitsfähigkeit auswirken. Diese Schlussfolgerung ist nachvollziehbar und nicht zu beanstanden. Jedenfalls ergeben sich aus den eingereichten Berichten keine objektiv relevanten Gesichtspunkte, die der psychiatrische Gutachter übersehen hätte. Es besteht mithin keine Veranlassung, von der gutachterlichen Einschätzung abzuweichen. Wie bereits das psychiatrische Fachgutachten erfüllen auch das allgemeininternistische, orthopädische und neurologische Teilgutachten zweifelsohne die rechtsprechungsgemäss erforderlichen Kriterien an ein beweiskräftiges verwaltungsexternes Gutachten. Die Sachverständigen haben die Beschwerdeführerin persönlich untersucht und ihre subjektiven Klagen aufgenommen. Sie haben den Gesundheitszustand umfassend und mit breitem Fokus abgeklärt sowie eine sorgfältige klinische Untersuchung des gesamten Bewegungsapparates vorgenommen. Sie haben ausführlich Kenntnis von den Vorakten genommen und diese, soweit sie für ihr jeweiliges Teilgutachten einschlägig waren, besprochen (IV-act. 405-55 ff., 405-71 ff., 405-82 ff.). Sie sind sodann bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen und nachvollziehbaren Ergebnissen gekommen. Arztberichte, die diese Befunde in Zweifel ziehen könnten, liegen nicht im Recht (vgl. IV-act. 380-3, 380-19, 380-34 ff.) Die Beschwerdeführerin äussert somit zu Recht keine Kritik an den jeweiligen somatischen Teilgutachten. Ihr subjektives Empfinden, wonach sie aufgrund der Rücken- und Knieschmerzen nicht lange sitzen und stehen könne (vgl. act. G1), wurde denn auch vom orthopädischen Teilgutachter als nachvollziehbar erachtet, indem er schlüssige Adaptionskriterien (Wechselbelastung zwischen Sitzen, Stehen und Gehen) festlegte (vgl. IV-act. 405-62). Gestützt auf ihre Befunde erhoben sie keine Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit. Diesbezüglich ist zu erwähnen, dass sie den rechtlichen Begriff der Arbeits(un)fähigkeit wohl falsch verstanden haben. Da sie nachvollziehbare und schlüssige Adaptionskriterien festgelegt haben (IV-act. 405-9), haben sie den gestellten Diagnosen selbstredend einen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit beigemessen. Sie gingen wohl davon aus, dass bei einer ideal leidensadaptierten Tätigkeit keine Arbeitsunfähigkeit bestehe und entsprechend keine Diagnosen vorlägen, die Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit hätten. Dieses Missverständnis ist jedoch nicht geeignet, den Beweiswert des Gutachtens gesamthaft zu erschüttern, zumal die Festlegung der Arbeits(un)fähigkeit grundsätzlich keine medizinische, sondern juristische Aufgabe ist. Da die Beschwerdegegnerin die Beschwerdeführerin nunmehr als Vollerwerbstätige qualifiziert hat und entsprechend eine Statusänderung erfolgt ist, ist in einem letzten Schritt der von der Vorinstanz ermittelte Invaliditätsgrad zu überprüfen. Die Beschwerdeführerin hat in der L. ___ eine Ausbildung als Y. ___ absolviert. Da diese Ausbildung gemäss eigenen Angaben in der Schweiz nicht anerkannt wurde, arbeitete sie hier zuletzt als Reinigungsangestellte (und somit im Hilfsarbeiterlohnsegment), wobei sie dieser Tätigkeit schon seit geraumer Zeit nicht mehr nachging. Dementsprechend dient sowohl beim Validen- als auch beim Invalideneinkommen der statistische Zentralwert der Hilfsarbeiterlöhne gemäss der Schweizerischen Lohnstrukturerhebung als Ausgangswert (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 4. August 2022, 8C_213/2022, E. 4.6). Bei der gutachterlich attestierten 100%igen

Arbeitsfähigkeit ergäbe sich selbst bei Vornahme des Höchstabzugs vom Invalideneinkommen von 25%, wobei dieser bei den vorliegenden Umständen ohnehin nicht gerechtfertigt wäre und auch nicht von der Beschwerdeführerin geltend gemacht wird, ein Invaliditätsgrad unter 40%. Damit ist die Abweisung des Rentengesuchs der Beschwerdegegnerin mit Blick auf die vorherigen Erwägungen nicht zu beanstanden. 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). Gerichtskosten von Fr. 600.-- erscheinen in der vorliegend zu beurteilenden Angelegenheit als angemessen. Der unterliegenden Beschwerdeführerin sind die Gerichtskosten vollumfänglich aufzuerlegen. Zufolge unentgeltlicher Rechtspflege ist sie von der Bezahlung befreit. Sollten es ihre wirtschaftlichen Verhältnisse dereinst gestatten, wird die Beschwerdeführerin zur Nachzahlung der Gerichtskosten verpflichtet werden können (Art. 99 Abs. 2 VRP i.V.m. Art. 123 ZPO). Entscheid im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP Die Beschwerde wird abgewiesen. Die Gerichtskosten von Fr. 600.-- werden der Beschwerdeführerin auferlegt. Sie wird zufolge unentgeltlicher Rechtspflege von der Bezahlung befreit.

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