

SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2023/35 vom 4. September 2023

Sg Versicherungsgericht, 2023-09-04, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg_publicationen_IV_2023_35

FR: SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2023/35 du 4 septembre 2023

IT: SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2023/35 del 4 settembre 2023

Regeste

Art. 28 IVG. Art. 16 ATSG. Prüfung eines Rentenanspruchs unter Berücksichtigung eines bidisziplinären (Orthopädie und Psychiatrie) Gutachtens. Anspruchsvoraussetzungen einer mindestens 40%igen Arbeitsunfähigkeit (Art. 6 ATSG) während eines Jahres (Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG; sog. Wartejahr) und einer anschliessenden Invalidität von mindestens 40% nicht erfüllt. Abweisung der Beschwerde (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 4. September 2023, IV 2023/35).

Volltext

Entscheid vom 4. September 2023 Besetzung Präsident Ralph Jöhl, Versicherungsrichterinnen Karin Huber-Studerus und Tanja Petrik-Haltiner; Gerichtsschreiberin Vera Kolb Geschäftsnr. IV 2023/35 Parteien A.____, Beschwerdeführerin, vertreten durch Rechtsanwältin lic. iur. Claudia Bretscher, Rechtsdienst Inclusion Handicap, Grütlistrasse 20, 8002 Zürich, gegen IV-Stelle des Kantons St. Gallen, Postfach 368, 9016 St. Gallen, Beschwerdegegnerin, Gegenstand Rente Sachverhalt A.____ meldete sich im Juni 2018 zum Bezug von IV-Leistungen an (IV-act. 1). Ihre Arbeitgeberin teilte am 12. Juli 2018 mit, die Versicherte sei bei ihr als Reinigungskraft tätig gewesen (IV-act. 8). Die Hausärztin Dr. med. B.____, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin FMH, berichtete am 19. Juli 2018 (IV-act. 9-4), die Versicherte leide an einem cerviko- und lumbovertebralen, spondylogenen myofascialen Schmerzsyndrom (ED 2015) und an einer mittelgradigen depressiven Episode. Die Versicherte sei seit 2015 zwischen 50% und 100% arbeitsunfähig gewesen; seit dem 19. März 2018 bestehe eine dauerhafte volle Arbeitsunfähigkeit. Am 5. November 2018 gab die Hausärztin an, der Gesundheitszustand der Versicherten habe sich etwas verbessert, es sei jedoch ein "auf und ab" (IV-act. 16-2). Am 11. Januar 2019 notierte die RAD-Ärztin Dr. med. C.____ (IV-act. 19), aktuell sei der Gesundheitszustand der Versicherten instabil. Am 18. Februar 2019 berichteten die Fachpersonen der Psychiatrie-Dienste D.____ (IV-act. 23), die Versicherte leide an einer mittelgradigen depressiven Episode im Rahmen einer rezidivierenden depressiven Störung und an einer chronischen Schmerzstörung mit soziomatischen (gemeint wohl: somatischen) und psychischen Faktoren. In der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Reinigungskraft bestehe eine volle Arbeitsunfähigkeit. Die Arbeitsfähigkeit in einer ideal adaptierten Tätigkeit könne noch nicht beurteilt werden, da die Schmerzstörung noch nicht optimal therapiert sei. Am 15. Juli 2019 gab die Fachperson der Psychiatrie-Dienste D.____ einen im Wesentlichen unveränderten Gesundheitszustand an (IV-act. 33). In einem Fragebogen der IV-Stelle zur Rentenabklärung betreffend Erwerbstätigkeit/Haushalt notierte die Versicherte am 27. März 2020 (IV-act. 57), dass sie ohne gesundheitliche Einschränkung eine Tätigkeit in einem Pensum von 100%, 50% oder

40% ausüben würde. Anlässlich der Haushaltsabklärung am 22. September 2020 gab die Versicherte aber an (IV-at. 66-4), ohne gesundheitliche Einschränkung würde sie einem Arbeitspensum von 80% nachgehen. Am 22. Dezember 2020 berichteten Fachpersonen der Psychiatrie-Dienste D.____ (IV-act. 75), die Versicherte sei vom 9. November 2020 bis zum 16. Dezember in stationärer Behandlung gewesen. Dabei seien folgende Diagnosen erhoben worden: Mittelgradige depressive Episode, chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren, sonstige Spondylose: Lumbalbereich, Vitamin-D-Mangel (nicht näher bezeichnet), Gelenkschmerz: Schulterregion, Sonstige Spondylose: Zervikalbereich, Lese- und Rechtschreibstörung sowie benigne essentielle Hypertonie: Ohne Angabe einer hypertensiven Krise. Zum Austrittszeitpunkt sei die depressive Symptomatik deutlich remittiert gewesen. Am 2. März 2021 teilte die IV-Stelle der Versicherten mit, dass sie zur Klärung der Leistungsansprüche eine umfassende medizinische Untersuchung (Orthopädie und Psychiatrie) als notwendig erachte (IV-act. 83). Am 10. Juni 2021 erstattete die SMAB AG St.Gallen (nachfolgend: SMAB) ein bidisziplinäres Gutachten (IV-act. 90). Die Sachverständigen gaben an, die Versicherte leide an einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren, die sich auf die Arbeitsfähigkeit in der letzten Tätigkeit als Reinigungskraft auswirke. Zudem seien folgende Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit in der letzten Tätigkeit als Reinigungskraft erhoben worden: Depressive Episode, gegenwärtig leichtgradig, Zervikobrachialsyndrom beidseits ohne radikuläre Reizung, Bewegungseinschränkung beider Schultergelenke, links stärker als rechts, ohne behinderungsrelevantes Korrelat, Haltungsinsuffizienz der Wirbelsäule, Metatarsalgie D I-V links bei Senk-Spreiz-Platt-Knickfuss beidseits und Adipositas. Aufgrund der psychischen Beschwerden bestünden Einschränkungen für unstrukturierte Tätigkeiten unter besonderem Zeitdruck und mit erhöhten Anforderungen an die emotionale Belastbarkeit. Bei lediglich altersentsprechenden degenerativen Veränderungen im Bereich des Stütz- und Bewegungsapparates seien von orthopädisch-traumatologischer Seite keine Einschränkungen der körperlichen Belastbarkeit vorhanden. Hinweise auf eine Persönlichkeitsakzentuierung oder eine Persönlichkeitsstörung seien nicht gegeben. Ressourcen stellten die stabilen familiären Beziehungen und die Unterstützung dar. Als Belastungen seien das fehlende Beherrschen der deutschen Sprache, die fehlende Ausbildung mit Analphabetismus, die langjährige fehlende berufliche Tätigkeit, die finanzielle Situation, die Krankheiten in der Familie sowie die körperlichen Schmerzen vorhanden. Bezüglich der psychischen Beschwerden gebe es keine Hinweise für eine Beschwerdebetonung oder Aggravation. Eine Malcompliance bei der Medikamenteneinnahme könne aufgrund der gegenläufigen Faktoren, welche im vorliegenden Fall die Pharmakokinetik von Mirtazapin beeinflussten (Rauchen, Alter, Duloxetin als Begleitmedikation), nicht ausgeschlossen werden. Die Versicherte habe angegeben, sie könne sich keine Erwerbstätigkeit mehr vorstellen. Dies sei diskrepant zu den angegebenen Aktivitätenniveaus in den vergleichbaren Lebensbereichen Freizeit und Haushalt. Die Versicherte sei körperlich in der Lage, im Haushalt mitzuhelfen, für 1-1.5 Stunden spazieren zu gehen, im Auto mitzufahren, Verkehrsmittel zu benutzen und in den Urlaub nach Italien zu fliegen. Von orthopädischer-traumatologischer Seite sei die Angabe der Versicherten nicht nachvollziehbar, sie könne nicht Einkaufen gehen, aber ausgedehnte Spaziergänge seien möglich. Diskrepant zu den angegebenen Schmerzen und Funktionseinschränkungen des Stütz- und Bewegungsapparates sei die fehlende Inanspruchnahme einer entsprechenden fachärztlichen rheumatologischen oder orthopädisch-traumatologischen Behandlung seit Mai 2018. Bei der Versicherten bestünden

lediglich altersentsprechende degenerative Veränderungen, die das Ausmass der von der Versicherten angegebenen Schmerzen und der demonstrierten Funktionseinschränkungen von orthopädisch-traumatologischer Seite nicht nachvollziehen liessen. Auch wenn mehrere Funktionseinschränkungen und Beschwerdeangaben der Versicherten anatomisch und medizinisch nicht plausibel seien, bestünden im Rahmen der orthopädisch-traumatologischen Untersuchung keine Verdeutlichungstendenzen. Die Versicherte sei in der bisherigen Tätigkeit zu 80% arbeitsfähig (8.5 Stunden pro Tag, 20% Leistungsminderung aufgrund der Schmerzen im Rahmen der chronischen Schmerzstörung). Seit Juni 2017 habe eine 100%ige Arbeitsfähigkeit bestanden. Seit Beginn der ambulanten psychiatrischen Behandlung vor drei Jahren habe sich die Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit um 20% reduziert. In einer adaptierten Tätigkeit bestehe seit Juni 2017 eine volle Arbeitsfähigkeit. Zur Zeit der stationären Aufenthalte habe jeweils eine volle Arbeitsunfähigkeit vorgelegen. Am 13. Juli 2021 notierte der RAD-Arzt Dr. med. E. ___ (IV-act. 91), das SMAB-Gutachten entspreche im Wesentlichen den geltenden versicherungsmedizinischen Kriterien. Am 28. Juli 2021 kündigte die IV-Stelle der Versicherten an, sie beabsichtige, das Rentenbegehren abzuweisen (IV-act. 96). Dagegen liess die Versicherte am 23. August 2021 Einwand erheben (IV-act. 97). Im Rahmen des Vorbescheidverfahrens nahm die Hausärztin Dr. B. ___ am 25. August 2021 Stellung zum SMAB-Gutachten (IV-act. 100). Sie führte aus, der Versicherten sei eine Arbeitstätigkeit von 50% aufgrund der Schmerzen zu viel gewesen. Die von der orthopädischen Sachverständigen attestierte volle Arbeitsfähigkeit als Raumpflegerin sei daher absolut unrealistisch. Die Versicherte leide v.a. unter Belastung an Weichteilschmerzen. Sie sei reduziert belastbar. Ein rheumatologisches Gutachten sei in einem solchen Fall geeigneter als ein orthopädisches. Auch aus psychiatrischer Sicht sei der Beruf als Raumpflegerin ungeeignet. Am 18. November 2021 berichteten die Psychiatrie-Dienste D. ___, die Versicherte sei vom 5. September bis zum 4. Oktober 2021 in stationärer Behandlung gewesen (IV-act. 107). Dabei seien folgende Diagnosen erhoben worden: Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome, sonstige Spondylose: Lumbalbereich, sonstige Spondylose: Zervikalbereich, chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren, Gelenkschmerz: Schulterregion, Vitamin-D-Mangel (nicht näher bezeichnet), Lese- und Rechtschreibstörung, benigne essentielle Hypertonie: ohne Angabe einer hypertensiven Krise. Bei der Entlassung habe ein leicht verbessertes Zustandsbild vorgelegen. Der RAD-Arzt Dr. E. ___ gab am 23. November 2021 eine Stellungnahme ab (IV-act. 108). Er führte bezüglich der Frage der gutachterlichen Fachdisziplinen aus, dass sowohl die medizinische Fachrichtung Rheumatologie als auch die Fachrichtung Orthopädie mit entzündlichen und degenerativen Veränderungen im Bereich des Bewegungsapparates insbesondere hinsichtlich des versicherungsmedizinisch vorrangig relevanten Kriteriums der Einschränkung der funktionellen Einschränkungen gleichermassen vertraut sei. Die Orthopädie sei jedoch bezüglich operativer (chirurgischer) Fragestellungen und die Rheumatologie bezüglich (autoimmunologischer) entzündlicher Veränderungen versierter; letzteres liege bei der Versicherten nicht vor. Ein Fehler in der Wahl der gutachterlichen Fachdisziplinen sei damit nicht gegeben. Bezüglich einer möglichen dauerhaften psychischen Verschlechterung gab Dr. E. ___ an, aus dem psychiatrischen Bericht vom 18. November 2021 lasse sich kein neuer medizinischer Sachverhalt ableiten. Die Diagnose einer schwergradigen depressiven Episode sei nicht ICD-10 kriteriengerecht und stehe im Widerspruch zum psychopathologischen Eintrittsbefund, der auf eine leicht- bis

mittelgradige depressive Episode schliessen lasse. Auch die Beschreibung des Verlaufs lasse keine schwergradige Episode erkennen. Mit Blick auf die berichtete Besserung und den psychopathologischen Befund beim Austritt sei (im Vergleich zum Gutachten) keine anhaltende Verschlechterung abgrenzbar. Am 8. Februar 2022 gaben die Fachpersonen der Psychiatrie-Dienste D.____ gegenüber der Rechtsvertreterin der Versicherten auf Nachfrage an (IV-act. 118), sie seien weder mit den im SMAB-Gutachten festgestellten Diagnosen noch mit der darin angegebenen Arbeitsfähigkeit einverstanden. Sie führten insbesondere aus, seit Beginn der depressiven Störung im Jahre 2018 habe es in keinem Zeitraum von länger als ein paar Wochen eine Vollremission der depressiven Symptome gegeben. Daher könne die depressive Störung nicht als rezidivierend bezeichnet werden. Vielmehr sei sie chronisch vorhanden. Die Versicherte sei in einer angepassten Tätigkeit nicht voll arbeitsfähig. Ob sie in einer angepassten Tätigkeit längerfristig arbeitsfähig sei, müsste ein gestufter Belastungsversuch zeigen. Die Versicherte sei in der letzten und auch in einer angepassten Tätigkeit zu 20% arbeitsfähig. Die Versicherte sei jedoch für jeweils maximal zwei Stunden täglich in der Lage, an Eingliederungsmassnahmen teilzunehmen. Am 27. April 2022 teilte die IV-Stelle der Versicherten mit (IV-act. 121), sie erhalte Unterstützung bei der Suche eines geeigneten Arbeitsplatzes (Arbeitsvermittlung). Ab dem 20. Juni bis zum 30. September 2022 erfolgte eine berufliche Abklärung in Form eines gestuften Belastungsversuchs in einer leidensangepassten Arbeit (Integrationsmassnahme) mit einem Pensum von mind. 50%, wobei für die ersten 14 Tage mit 40% gestartet werden konnte (IV-act. 131). Im Abschlussbericht der Integrationsmassnahme vom 26. Oktober 2022 wurde festgehalten (IV-act. 140), die Versicherte habe an gesundheitlich stabilen Tagen während 2-3 Stunden beständig und fokussiert arbeiten können, anschliessend sei ein Erschöpfungszustand sichtlich wahrnehmbar gewesen. Die Versicherte sei nicht in der Lage gewesen, das anfängliche Pensum von 40% zu halten. Die Leistungseinschränkungen hätten sich in der Form von Niedergeschlagenheit, Müdigkeit, Konzentrationsmangel, reduzierter Merk- und Aufnahmefähigkeit sowie einer reduzierten Arbeitsleistung geäussert. Das Pensum sei daher momentan nicht über 20-30% anzusetzen. Da die Massnahme als nicht zielführend erachtet werde, komme keine Verlängerung in Frage. Am 3. November 2022 teilte die IV-Stelle der Versicherten mit, dass ihr Leistungsbegehren um berufliche Massnahmen abgewiesen werde (IV-act. 143). Am 7. November 2022 notierte der RAD-Arzt Dr. E.____ (IV-act. 144), aus den aktuellen eingliederungsfachlichen Informationen liessen sich keine neuen medizinischen Erkenntnisse ableiten. Mit einem Vorbescheid vom 9. November 2022 kündigte die IV-Stelle der Versicherten die Abweisung des Rentenbegehrens bei einem IV-Grad von 0% an (IV-act. 146). Sie stufte die Versicherte als zu 80% erwerbstätig und als zu 20% im Haushalt tätig ein und führte aus, eine leidensadaptierte Tätigkeit sei vollumfänglich zumutbar. Damit könne die Versicherte mindestens ein gleich hohes Einkommen wie zuvor (als Reinigungskraft) erzielen. Im Haushalt lägen keine Einschränkungen vor; zudem könne von den im Haushalt lebenden Angehörigen eine zumutbare Mitarbeit bei den täglichen Aufgaben gefordert werden. Hiergegen liess die Versicherte am 5. Dezember 2022 und 13. Januar 2023 einwenden (IV-act. 147 und 151), ihr sei eine Rente zuzusprechen, eventualiter seien die beruflichen Massnahmen weiter zu führen. Die von den Fachpersonen der Psychiatrie-Dienste D.____ am 8. Februar 2022 angegebene 20%ige Arbeitsfähigkeit für jegliche Tätigkeiten decke sich mit dem Ergebnis der Integrationsmassnahme. Der Versicherten sei eine ganze Rente auszurichten, da sie auf dem freien Markt nicht mehr eingliederungsfähig sei. Am 19. Januar 2023 verfügte die IV-Stelle wie angekündigt die Abweisung des Rentenbegehrens

(IV-act. 152). Am 20. Februar 2023 liess die Versicherte (nachfolgend: Beschwerdeführerin) Beschwerde gegen die Verfügung vom 19. Januar 2023 der IV-Stelle (nachfolgend: Beschwerdegegnerin) erheben (act. G 1). Sie beantragte, die angefochtene Verfügung sei aufzuheben und ihr sei eine Rente von 66% zuzusprechen. Zur Begründung liess sie ergänzend ausführen, die psychiatrische Sachverständige habe eine leichtgradige depressive Episode diagnostiziert. Dabei habe sie ignoriert, dass die depressive Symptomatik seit mindestens 2018 mit wechselnder Ausprägung von leicht über mittelgradig bis schwer ausgewiesen sei. Der RAD habe sich mit der Stellungnahme der Fachpersonen der Psychiatrie-Dienste D.____ vom 8. Februar 2022 nicht genügend auseinandergesetzt. Im Haushaltsbereich betrage die Einschränkung mindestens 11.3%, wie dies im Rahmen der Haushaltsabklärung nach Berücksichtigung der Mitwirkungspflicht ermittelt worden sei. Die Beschwerdegegnerin beantragte am 23. März 2023 die Abweisung der Beschwerde (act. G 6). In einer Replik vom 27. April 2023 liess die Beschwerdeführerin an ihren Beschwerdeanträgen festhalten (act. G 8). Die Beschwerdegegnerin verzichtete am 11. Mai 2023 auf die Einreichung einer Duplik (act. G 10). Erwägungen Mit der angefochtenen Verfügung vom 19. Januar 2023 hat die Beschwerdegegnerin das Rentenbegehren der Beschwerdeführerin abgewiesen. Da das Beschwerdeverfahren die Prüfung der Rechtmässigkeit dieser Verfügung zum Ziel hat, muss es sich auf den Entscheidungsinhalt der angefochtenen Verfügung beschränken. Folglich ist nur zu prüfen, ob die Beschwerdeführerin im Zeitpunkt der Eröffnung der angefochtenen Verfügung einen Anspruch auf eine Rente der Invalidenversicherung gehabt hat. Eine versicherte Person hat laut dem Art. 28 Abs. 1 IVG einen Anspruch auf eine Rente der Invalidenversicherung, wenn sie ihre Erwerbsfähigkeit nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern kann, wenn sie während eines Jahres ohne einen wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 Prozent arbeitsunfähig gewesen ist und wenn sie nach dem Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 Prozent invalid ist. Für die Bemessung der Invalidität wird gemäss dem Art. 28a Abs. 1 IVG in Verbindung mit dem Art. 16 ATSG das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach dem Eintritt der Gesundheitsbeeinträchtigung und nach der Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei einer ausgeglichenen Arbeitsmarktlage erzielen könnte, in Beziehung zu jenem Erwerbseinkommen gesetzt, das sie erzielen könnte, wenn sie gesund geblieben wäre. Bei nicht erwerbstätigen Versicherten, die im Aufgabenbereich tätig sind und denen die Aufnahme einer Erwerbstätigkeit nicht zugemutet werden kann, wird laut dem Art. 28a Abs. 2 IVG für die Bemessung der Invalidität in Abweichung vom Art. 16 ATSG darauf abgestellt, in welchem Umfang sie unfähig geworden sind, sich im Aufgabenbereich zu betätigen. Bei Versicherten, die teilweise erwerbstätig und teilweise im Aufgabenbereich tätig gewesen sind, wird der Invaliditätsgrad für beide Bereiche nach der jeweiligen Methode berechnet; die Teilinvaliditätsgrade werden nach den Anteilen der Bereiche „gewichtet“ und dann addiert (sog. gemischte Methode; Art. 28a Abs. 3 IVG). Vorab ist zu klären, anhand welcher Methode (Einkommensvergleich, Betätigungsvergleich oder gemischte Methode) die Invaliditätsbemessung vorzunehmen ist. Ob und gegebenenfalls in welchem Ausmass eine versicherte Person auch ohne den Gesundheitsschaden im Aufgabenbereich tätig wäre, ist nach ständiger Rechtsprechung des Bundesgerichts anhand der hypothetischen Verhaltensweise der versicherten Person zu prüfen. Namentlich ist abzuklären, ob die versicherte Person ohne den Gesundheitsschaden mit Rücksicht auf die gesamten Umstände (persönlicher, familiärer, sozialer und erwerblicher Art) erwerbstätig

oder im Aufgabenbereich tätig wäre. Dabei sollen die finanzielle Notwendigkeit der Aufnahme oder der Ausdehnung einer Erwerbstätigkeit, allfällige Erziehungs- und Betreuungsaufgaben, das Alter der versicherten Person sowie deren berufliche Fähigkeiten, Neigungen und Begabungen massgebend sein. Die Statusfrage beurteilt sich nach den Verhältnissen, wie sie sich bis zum Erlass der Verfügung entwickelt haben, wobei für die hypothetische Annahme einer im Gesundheitsfall ausgeübten (Teil-)Erwerbstätigkeit der im Sozialversicherungsrecht übliche Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erforderlich ist (BGE 125 V 146 E. 2c mit Hinweisen; vgl. auch BGE 133 V 504 E. 3.3). Gemäss dem Bericht über die Haushaltsabklärung vom September 2020 (IV-act. 102) hat die Beschwerdeführerin angegeben, sie wäre ohne Gesundheitseinschränkung zu 80% erwerbstätig. In diesem Punkt vermag der Abklärungsbericht die hypothetische Erwerbsquote von 80% nicht zu belegen. Die entsprechende Frage an die Beschwerdeführerin, wie sie vorgedruckt im Abklärungsbericht wiedergegeben wird, ist zwar sehr einfach formuliert gewesen. Eine überzeugende Antwort hätte aber sehr hohe Anforderungen an die Abstraktionsfähigkeit und -leistung der Beschwerdeführerin gestellt. Die Beschwerdeführerin hätte nämlich von ihrer seit langer Zeit anhaltenden Gesundheitsbeeinträchtigung und damit von der effektiv bestehenden, belastenden Situation abstrahieren und sich in einen fiktiven Zustand uneingeschränkter Gesundheit versetzen müssen, um diese Fiktion dann in die komplexen Zusammenhänge ihrer realen sozialen Situation (insbesondere familiär und finanziell) einzufügen. Erfahrungsgemäss unterbleibt diese Abstraktionsleistung sehr häufig, entweder weil die versicherte Person die Notwendigkeit dieser Fiktion nicht erkennen kann oder weil sie gar nicht fähig ist, sich von ihrer effektiv bestehenden, aktuellen Lage zu lösen und sich eine Situation ohne die Gesundheitsbeeinträchtigung vorzustellen. In solchen Fällen wird dann erfahrungsgemäss meist nicht das hypothetische Erwerbsspensum im fiktiven "Gesundheitsfall", sondern jenes Erwerbsspensum angegeben, das bis zum Eintritt der dauernden Arbeitsunfähigkeit real bestanden hat und unter Umständen bereits durch die Gesundheitsbeeinträchtigung beeinflusst gewesen ist. Hinzu kommt, dass oft den seit der faktischen Einstellung der Erwerbstätigkeit eingetretenen Änderungen (wie z.B. Volljährigkeit der Kinder) nicht Rechnung getragen wird. Der Bericht über die Haushaltabklärung vom 22. September 2020 enthält keinen Beleg dafür, dass die Beschwerdeführerin auf die Notwendigkeit hingewiesen worden wäre, sich in die fiktive Situation bei einer vollständig erhaltenen Gesundheit hineinzusetzen, dass ihr aufgetragen worden wäre, dem Umstand Rechnung zu tragen, dass der Aufwand für die Betreuung der Kinder laufend gesunken war, und dass sie angehalten worden wäre, auch ihre finanzielle Situation einzubeziehen. Hinzu kommt, dass bei der Haushaltabklärung kein professioneller, unabhängiger Dolmetscher eingesetzt worden ist. Damit ist nicht erstellt, dass die Übersetzung sowohl der Frage (inklusive der dazu notwendigen Erläuterungen, falls die Abklärungsperson diese überhaupt geliefert hat) als auch der Antwort vollständig, korrekt und unbeeinflusst durch die persönliche Meinung der emotional beteiligten, übersetzenden Nichte erfolgt ist. Die Abstraktionshöhe und die Komplexität des Gefragten, das Fehlen einer korrekten Protokollierung von Frage und Antwort und der Einsatz einer möglicherweise voreingenommenen "Übersetzerin" lassen es offensichtlich nicht zu, dem entsprechenden Teil des Abklärungsberichts, nämlich der notierten Erwerbsquote im hypothetischen "Gesundheitsfall" von 80%, einen ausreichenden Beweiswert zuzumessen, zumal die Beschwerdeführerin im Fragenbogen, den sie vor der Haushaltsabklärung ausgefüllt hatte, drei andere Pensen, nämlich 100%, 50% oder 40%, angegeben hatte, die sie ohne gesundheitliche Einschränkung ausüben würde. Dies zeigt

deutlich, dass die Beschwerdeführerin mit der Beantwortung der Frage, welchem Pensum sie ohne gesundheitliche Beeinträchtigung nachgehen würde, überfordert gewesen ist. Auch eine erneute Rückfrage an die Beschwerdeführerin würde keinen Mehrwert bringen, da sie wohl nur jenes Pensum angeben würde, das für sie im Hinblick auf eine Invalidenrente am günstigsten wäre. Unter diesen Umständen bleibt nur die Möglichkeit, den massgebenden hypothetischen Sachverhalt anhand der realen, bereits objektiv nachgewiesenen Sachverhaltselemente zu ermitteln. Der Sohn der Beschwerdeführerin ist zum Anmeldezeitpunkt im Juni 2018 bereits volljährig gewesen; die Tochter hat die Volljährigkeit zwei Monate nach der Anmeldung erlangt. Damit haben beide Kinder offensichtlich keine Betreuung durch die Beschwerdeführerin mehr benötigt. In den Akten wird mehrfach festgehalten, dass die finanzielle Situation angespannt sei (sodass die Versicherte ein Darlehen bei ihrer Schwester aufgenommen habe) und dass der Ehemann als Hilfsarbeiter tätig sei. Die Beschwerdeführerin hat keinen Beruf erlernt, weshalb sie auch als Gesunde nur eine Hilfsarbeit ausüben würde. Damit würde sie nur ein tiefes Erwerbseinkommen erzielen. In den Akten spricht also nichts gegen eine volle Erwerbstätigkeit der Beschwerdeführerin im fiktiven "Gesundheitsfall". Die Invaliditätsbemessung hat somit nicht anhand der sogenannten gemischten Methode, sondern anhand eines reinen Einkommensvergleichs zu erfolgen. Für die Beantwortung der Frage, welche Tätigkeiten der Beschwerdeführerin in welchem Umfang zumutbar sind, ist ausschlaggebend, welche Belastungen die Beschwerdeführerin aus medizinisch-theoretischer Sicht trotz ihrer Gesundheitsbeeinträchtigung tolerieren kann. Die strikt versicherungsmedizinische Beurteilung fällt in aller Regel „strenger“ als die Beurteilung von behandelnden Ärzten aus, weil sie sich nicht am therapeutischen Zweck, sondern daran bemisst, was die versicherte Person aus medizinischer Sicht objektiv maximal zu leisten imstande ist. Sie fällt oft auch „strenger“ als jene einer Institution aus, die eine Integrations- oder Eingliederungsmassnahme durchführt, da die Eingliederungsverantwortlichen mangels medizinischen Fachwissens nicht in der Lage sind zu beurteilen, welche Belastungen die versicherte Person maximal tolerieren könnte, ohne dass ihre Gesundheit dadurch weiter beeinträchtigt würde, und da ihre Aufgabe (wie jene der behandelnden Ärzte) in erster Linie darin besteht, die versicherte Person bestmöglich zur Arbeit zu motivieren, wobei die Frage nach dem Beschäftigungsgrad und der Arbeitsleistung nur eine untergeordnete Rolle spielt. Dass die Beschwerdeführerin gemäss den Berichten zur Integrationsmassnahme interessiert an einer Eingliederung gewirkt hat, bedeutet nicht zwingend, dass sie während der Integrationsmassnahme den maximalen zumutbaren Einsatz geleistet hätte. Erfahrungsgemäss trauen sich längerfristig kranke Versicherte nämlich oft (deutlich) weniger zu, als sie effektiv leisten könnten. Aus diesem Grund spiegeln die Berichte zur Integrationsmassnahme zu einem wesentlichen Teil nur wider, was die Beschwerdeführerin subjektiv als zumutbar erachtet hat. De facto zeigt bereits die Formulierung, dass diese Berichte nichts weiter als die Selbstdarstellung der Beschwerdeführerin wiedergeben. Sie bilden deshalb keine ausreichend objektive Grundlage für die Invaliditätsbemessung (vgl. dazu auch den Entscheid IV 2019/316, Erw. 2.3 des Versicherungsgerichts St.Gallen vom 13. Juli 2021). Anders verhält es sich mit dem SMAB-Gutachten. Ein Gutachten hat vollen Beweiswert, wenn es für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge sowie der medizinischen Situation einleuchtet und die Schlussfolgerungen der Experten begründet sind (BGE 125 V 351,

E. 3a). Die Sachverständigen haben einerseits die subjektive Sicht der Beschwerdeführerin eingehend erfragt, aber sie haben auch anhand von fachärztlichen Untersuchungen einen objektiven klinischen Befund erhoben, der es ihnen erlaubt hat, völlig objektive – von der subjektiven Sicht der Beschwerdeführerin losgelöste – Schlussfolgerungen hinsichtlich der Diagnosen und der Arbeitsfähigkeitsschätzung zu ziehen. Diese strikt objektive Sichtweise respektive Herleitung der Arbeitsfähigkeitsschätzung fehlt in den Berichten der behandelnden Ärzte und in den Berichten der Institution, bei der die Beschwerdeführerin die Integrationsmassnahme absolviert hat. Die SMAB-Sachverständigen haben die Beschwerdeführerin umfassend persönlich untersucht und sie haben die medizinischen Vorakten eingehend gewürdigt. Es besteht kein Grund zur Annahme, dass sie eine wesentliche medizinische Tatsache übersehen oder versehentlich ignoriert hätten. Der für ihre Beurteilung massgebende medizinische Sachverhalt ist ihnen also vollumfänglich bekannt gewesen. Sie haben ihre Diagnosen und ihre Arbeitsfähigkeitsschätzung anhand des massgebenden objektiven klinischen Befundes überzeugend hergeleitet. Wo sie der Auffassung der behandelnden Ärzte nicht gefolgt sind, haben sie die Abweichung ausführlich und fundiert begründet. Die Sachverständigen haben überzeugend aufgezeigt, dass die Beschwerdeführerin für adaptierte Tätigkeiten, die strukturiert seien und keinen Zeitdruck sowie keine erhöhten Anforderungen an die emotionale Belastbarkeit mit sich brächten, im hier massgebenden Zeitraum ab dem 1. Dezember 2018 uneingeschränkt arbeitsfähig gewesen ist, da ihre Gesundheitsbeeinträchtigungen zwar das Spektrum der zumutbaren Tätigkeiten eingeschränkt, in einer ideal leidensadaptierten Tätigkeit aber keine Leistungsminderung bewirkt haben. Auch die Berichte der behandelnden Ärzte enthalten keine Hinweise, die Zweifel an der Arbeitsfähigkeitsschätzung der SMAB-Sachverständigen wecken würden. Insbesondere fehlt in den Berichten der Fachpersonen der Psychiatrie-Dienste D.____ und von Dr. B.____ ein Hinweis auf eine relevante Sachverhaltsveränderung nach der Begutachtung in Bezug auf die den Sachverständigen bekannten und von diesen gewürdigten depressiven Episoden. Der RAD-Arzt Dr. E.____ hat in seinen Stellungnahmen eingehend und überzeugend aufgezeigt, dass die Einwände der behandelnden Ärzte gegen das SMAB-Gutachten nicht geeignet gewesen sind, Zweifel an der Beurteilung der Sachverständigen zu wecken. Die von der behandelnden Psychiaterin angegebene mittelgradige bis schwere Depression hat nicht nachgewiesen werden können. Die vom psychiatrischen SMAB-Sachverständigen erhobenen objektiven klinischen Befunde haben im Gegenteil für gute psychische Ressourcen gesprochen. In somatischer Hinsicht sind verschiedene Diskrepanzen aufgefallen, die die Sachverständigen der SMAB – anders als die behandelnden Ärzte – bei ihrer Würdigung berücksichtigt haben. In psychiatrischer Hinsicht hat eine Malcompliance bei der Medikamenteneinnahme nicht ausgeschlossen werden können. Im Übrigen ist bei der Würdigung des Beweiswerts der Berichte behandelnder Ärzte der Erfahrungstatsache Rechnung zu tragen, dass behandelnde Ärzte aufgrund ihrer auftragsrechtlichen Vertrauensstellung im Zweifel eher zugunsten ihrer Patienten auszusagen pflegen und zudem dazu neigen, die pessimistischen Beschwerdeschilderungen ihrer Patienten als objektiv ausgewiesen zu qualifizieren (vgl. etwa BGE 125 V 353 E. 3b.cc). Zusammenfassend ist deshalb gestützt auf das SMAB-Gutachten mit dem erforderlichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erwiesen, dass die Beschwerdeführerin in ideal leidensadaptierten Tätigkeiten stets voll arbeitsfähig gewesen ist. In der bisherigen Tätigkeit als Reinigungskraft hat zudem nie längerdauernd eine höhere Arbeitsunfähigkeit als 20% bestanden. Die diversen stationären Aufenthalte haben nie zu einer

längerdauernden (mehr als sechs Monate) Erhöhung der Arbeitsunfähigkeit geführt, sondern nur kurze Phasen einer relevanten Arbeitsunfähigkeit zur Folge gehabt. Eine längerdauernde Arbeitsunfähigkeit, die höher als 20% gewesen wäre, hat retrospektiv in der angestammten Tätigkeit nicht bestanden. Damit sind die Anspruchsvoraussetzungen einer mindestens 40%igen Arbeitsunfähigkeit (Art. 6 ATSG) während eines Jahres (Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG; sog. Wartejahr) und einer anschliessenden Invalidität von mindestens 40% nicht erfüllt. Im Übrigen wäre selbst bei Erfüllung des Wartejahres keine rentenauslösende Invalidität gegeben. Die Beschwerdeführerin hat keine Berufsausbildung absolviert und ist zuletzt als Reinigungskraft tätig gewesen. Bei der Ausübung der früheren Erwerbstätigkeiten hat die Beschwerdeführerin keine qualifizierten Berufskennnisse erworben. Die Validenkarriere der Beschwerdeführerin besteht also in der Verrichtung von Hilfsarbeiten. Die Akten enthalten keine Hinweise auf eine (erheblich) über- oder unterdurchschnittliche Leistungsfähigkeit der Beschwerdeführerin vor Eintritt der Gesundheitsbeeinträchtigung. Die Validenkarriere besteht deshalb in der Ausübung einer durchschnittlich entlohnten Hilfsarbeit. Auch die Invalidenkarriere besteht in der (zumutbaren) Verrichtung einer solchen Hilfsarbeit. Der Invaliditätsgrad wäre deshalb anhand eines sogenannten Prozentvergleichs zu ermitteln, er entspräche also dem Arbeitsunfähigkeitsgrad, allenfalls (analog dem sog. Tabellenlohnabzug) korrigiert um einen zusätzlichen Abzug. Im hier zu beurteilenden Fall wäre kein zusätzlicher Abzug gerechtfertigt, da ein potentieller Arbeitgeber bei der Beschäftigung der Beschwerdeführerin keine betriebswirtschaftlich-ökonomischen Nachteile in Kauf nehmen müsste, denn die Beschwerdeführerin weist in der Tätigkeit als Hilfsarbeiterin (welche sowohl die Validen- als auch die Invalidenkarriere bildet) keine IV-relevanten gesundheitlichen Einschränkungen auf. Im Prozentvergleich würde damit ein IV-Grad von 0% resultieren. Zusammenfassend hat die Beschwerdegegnerin daher zu Recht einen Anspruch der Beschwerdeführerin auf eine IV-Rente verneint; die Beschwerde ist 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). Die Gerichtskosten sind angesichts des durchschnittlichen Verfahrensaufwandes auf 600 Franken festzusetzen. Dem Ausgang des Verfahrens entsprechend sind sie vollumfänglich der Beschwerdeführerin aufzuerlegen. Die unterliegende Beschwerdeführerin hat keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung; das entsprechende Begehren ist abzuweisen. Entscheid im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP Die Beschwerde wird abgewiesen. Die Beschwerdeführerin hat die Gerichtskosten von 600 Franken zu bezahlen; diese sind durch den von ihr geleisteten Kostenvorschuss von 600 Franken gedeckt. Das Begehren um die Zusprache einer Parteientschädigung wird abgewiesen.

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