

SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2023/7 vom 9. November 2023

Sg Versicherungsgericht, 2023-11-09, DE

Quelle: https://mcp.opencaselow.ch/entscheid/sg_publicationen_IV_2023_7

FR: SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2023/7 du 9 novembre 2023

IT: SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2023/7 del 9 novembre 2023

Regeste

Beweiskräftiges Ergebnis einer polydisziplinären Begutachtung mit dem Ergebnis einer vollen Arbeitsfähigkeit in adaptierter Tätigkeit (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 9. November 2023, IV 2023/7).

Volltext

Entscheid vom 9. November 2023 Besetzung Präsident Ralph Jöhl, Versicherungsrichterinnen Karin Huber-Studerus und Tanja Petrik-Haltiner; Gerichtsschreiberin Fides Hautle Geschäftsnr. IV 2023/7 Parteien A.____, Beschwerdeführerin, vertreten durch Rechtsanwalt Dr. iur. Kreso Glavas, Advokatur Glavas AG, Dorfstrasse 33, 9313 Muolen, gegen IV-Stelle des Kantons St. Gallen, Postfach 368, 9016 St. Gallen, Beschwerdegegnerin, Gegenstand Rente Sachverhalt A.____ meldete sich am 11./17. März 2020 (IV-act. 1) bei der Sozialversicherungsanstalt/IV-Stelle des Kantons St. Gallen zum Bezug von Leistungen der Invalidenversicherung an. Sie gab an, von 1992 bis 1996 den EFZ-Beruf der ____ erlernt zu haben. Seit 2004 sei sie als Produktionsmitarbeiterin angestellt und seit 4. Oktober 2019 arbeitsunfähig. Nach einem Unfall vor ca. dreizehn Jahren leide sie an Nackenschmerzen, ausserdem an psychischen Schwierigkeiten. Seit dem 7. Oktober 2019 stehe sie in psychiatrischer Behandlung. Die Arbeitgeberin gab am 25. März 2020 (IV-act. 12) an, die Versicherte sei zu 100 % tätig. Wegen der Beschwerden könne sie nur noch ihre eigenen Arbeiten erledigen, sei aber nicht mehr flexibel einsetzbar. Der Jahreslohn betrage Fr. 63'544.--. Das Psychiatrie-Zentrum B.____ (Dr. med. C.____) hielt am 26. März 2020 (IV-act. 13) fest, seit Herbst 2019 bestünden eine leichte depressive Episode, vermutlich schon seit einigen Jahren eine paranoide Schizophrenie sowie seit ca. dreizehn Jahren eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung. Die Arbeitsfähigkeit sei durch Konzentrationsschwierigkeiten, eine verlangsamte Denkgeschwindigkeit, einen reduzierten Antrieb, eine deprimierte Stimmungslage und paranoide Ängste eingeschränkt. Dazu komme eine Belastung durch starke Nackenschmerzen, für die es bisher keine somatische Erklärung gebe. Die Klinik D.____ gab in einem Austrittsbericht vom 6. März 2020 (IV-act. 14) an, sie habe (nebst der Schmerzstörung und der depressiven Episode) eine Panikstörung (episodisch paroxysmale Angst) diagnostiziert. Die Versicherte habe angegeben, von Seiten des Arbeitgebers habe es immer mehr Druck gegeben; man habe z.B. die Maschinen immer schneller laufen lassen, so dass sie mit der Arbeit nicht mehr nachgekommen sei. Die Versicherte glaube, das sei absichtlich geschehen, damit man sie loswerde. Sie habe grosse Angst, die Stelle, auf die sie als Alleinstehende angewiesen sei, zu verlieren. Im Oktober 2019 habe sie einen Nervenzusammenbruch erlitten. In einem Verlaufsbericht vom 14. Juli 2020 (IV-act. 16) legte das Psychiatrie-Zentrum dar, die Arbeitsfähigkeit sei noch leicht eingeschränkt. In der

bisherigen Tätigkeit sei die Versicherte nicht mehr, in einer ideal adaptierten Tätigkeit sei sie zu 80 bis 100 % arbeitsfähig. Der Regionale Ärztliche Dienst (RAD) der Invalidenversicherung nahm am 30. Juli 2020 (IV-act. 18) an, drei Monate nach einer beruflichen Wiedereingliederung sollte eine stabile Arbeitsfähigkeit von 50 % vorliegen, weitere drei Monate später eine solche von 80 %. Die Arbeitslosenversicherung gab am 5. August 2020 (IV-act. 20) an, die Versicherte werde ab 1. Oktober 2020 für ein volles Pensum als arbeitslos eingestuft und suche entsprechend Arbeit; selber gebe sie eine Vermittlungsfähigkeit für 20 % an. Arztzeugnisse lägen nicht vor. In einem IV-Eingliederungsplan vom 6. Oktober 2020 (IV-act. 28) wurde für die Zeit vom 5. Oktober 2020 bis 4. April 2021 eine Integrationsmassnahme (Aufbautraining) beim E.____ vorgesehen (Kostengutsprache vgl. IV-act. 32). Gemäss einem Assessment- und Verlaufsprotokoll (IV-act. 41) erklärte ein E.____-Mitarbeiter am 17. November 2020, die Versicherte sei sehr zuverlässig und habe keine Absenzen (vgl. IV-act. 41-4). In einem E.____-Bericht vom gleichen Tag (IV-act. 36) wurde festgehalten, gemäss den Angaben der Psychiatrie-Dienste F.____ seien die anfänglichen Ängste der Versicherten weg. Am 19. Januar 2021 wurde festgehalten, der Versicherten scheine es psychisch bedeutend besser zu gehen. Sie halte das Pensum von 80 % stabil und lückenlos ein, doch sei die Leistungsfähigkeit nicht verwertbar bzw. nicht messbar (vgl. IV-act. 41-4 bis -6). Schliesslich hielt die IV-Eingliederungsverantwortliche fest, auf den 7. Februar 2021 werde ein vorzeitiger Abbruch des Aufbautrainings erfolgen (vgl. IV-act. 41-6; vgl. auch die Mitteilung vom 11. Februar 2021, IV-act. 43). Im Schlussbericht über die Integrationsmassnahme vom 12. Februar 2021 (IV-act. 45) wurde erwähnt, den gesundheitlichen Abklärungen komme Priorität zu. Das Schmerzzentrum am Kantonsspital St. Gallen berichtete am 17. März 2021 (IV-act. 49), es liege eine chronische Schmerzstörung mit psychischen und somatischen Faktoren vor. Bildgebend hätten sich im Verlauf geringe degenerative Veränderungen gezeigt. Im aktuellen Untersuchungsbefund sei die HWS-Beweglichkeit nur sehr gering eingeschränkt (bzw. gut) gewesen ohne sensomotorische Ausfälle. Das Psychiatrie-Zentrum B.____ berichtete am 19. April 2021 (IV-act. 51), infolge des vorzeitigen Abbruchs des Arbeitstrainings sei die zuvor bekannte Symptomatik mit Selbstvorwürfen, Ängsten und einer depressiven Stimmungslage reaktiviert worden. Die psychodiagnostische Befundlage spreche für eine schwer beeinträchtigte kognitive Leistungsfähigkeit. Ein Beschwerdevalidierungstest habe Hinweise für eine eingeschränkte Interpretation der Befunde geliefert. Zeitweise seien parathyme Reaktionen aufgetreten. In einer ideal adaptierten Tätigkeit (reizarm, kognitiv wenig herausfordernd, ohne Zeitdruck und Stresserleben) sei die Versicherte im zweiten Arbeitsmarkt zu 50 bis 60 % arbeitsfähig. Ob sie den Anforderungen des ersten Arbeitsmarktes gewachsen sei, sei fraglich. In einem Bericht vom 23. Februar 2021 (IV-act. 67) einer Psychotherapeutin des Psychiatrie-Zentrums B.____ über die psychodiagnostische Untersuchung vom 19. Februar 2021 war festgehalten worden, es könne davon ausgegangen werden, dass die Versicherte in einem wohlwollenden Klima zufriedenstellende Leistungen erbringen werde (unter Zeitdruck oder Stresserleben hingegen eine mangelhafte Leistung). Der RAD befürwortete u.a. das Einholen aller somatischen Untersuchungsberichte seit einem Unfall von 2016. Die Klinik für Neurochirurgie am Kantonsspital St. Gallen hatte am 11. Februar 2021 (IV-act. 62) berichtet, eine erneute MRI-Kontrolle der HWS habe im Vergleich zu den Voruntersuchungen weiterhin stationäre Befunde ohne (neurochirurgisch) behandlungsbedürftige Auffälligkeiten gezeigt. Als Diagnose wurde ein persistierendes

chronisches cervicocephales Schmerzsyndrom mit beidseitiger, linksbetonter, eher pseudoradikulärer Ausstrahlung in die Arme angegeben. Am 17. Mai 2021 (IV-act. 70) teilte die Sozialversicherungsanstalt/IV-Stelle der Versicherten mit, aufgrund ihres Gesundheitszustands seien derzeit keine beruflichen Massnahmen möglich. Dr. med. G.____, Praktischer Arzt, teilte der Invalidenversicherung am 19. August 2021 (IV-act. 79) mit, die bisherige Tätigkeit sei an initial zwei bis vier Stunden pro Tag, langsam zu steigern, zumutbar. Die Klinik H.____ gab in einem Austrittsbericht vom 10. September 2021 über einen Aufenthalt vom 15. Juli 2021 bis 11. August 2021 als Diagnosen eine mittelgradige depressive Störung und eine chronische Schmerzstörung mit psychischen und somatischen Faktoren an. Das Swiss Medical Assessment- and Business-Center SMAB hielt in seinem durch die Sozialversicherungsanstalt/IV-Stelle veranlassten Gutachten vom 20. Oktober 2022 (IV-act. 112) fest, bei der Versicherten bestehe keine Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit in der letzten Tätigkeit. Eine Adipositas Grad I, ein Vd. a. eine Weisskittelhypertonie und rezidivierende Zervikobrachialgien beidseits ohne Funktionsdefizit und ohne neurologische Ausfälle seien ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit. Bei der allgemeininternistischen Begutachtung hatte die Versicherte angegeben, seit dem Beginn der Erkrankung habe sie wahrscheinlich im Zusammenhang mit der Medikamenteneinnahme etwa 20 kg an Gewicht zugenommen. Nach zwei Stockwerken Treppensteigen trete eine Belastungsdyspnoe auf. Ausserdem bestünden noch Refluxbeschwerden. Die Gutachterin stellte eine Adipositas Grad I, erhöhte Blutdruckwerte (138/117 und 141/113) und einen leicht erhöhten Puls fest (vgl. IV-act. 112-40). Sie gab an, die Arbeitsfähigkeit sei nicht eingeschränkt (vgl. IV-act. 112-42). Der orthopädische Gutachter stellte einen angedeuteten Schultertiefstand links, eine flachkyphotische Stellung der Brustwirbelsäule und eine hyperlordotische Stellung der Lendenwirbelsäule bei einer schwach ausgeprägten autochthonen Rückenmuskulatur sowie eine in allen Ebenen nicht wesentlich eingeschränkte Beweglichkeit der Halswirbelsäule fest (vgl. IV-act. 112-50). Er hielt fest, relevante Einschränkungen seien nicht nachzuweisen (vgl. IV-act. 112-52). Die Versicherte sei in der Arbeitsfähigkeit nicht wesentlich eingeschränkt. Der Wiederaufnahme selbst der zuletzt ausgeübten Tätigkeit, die als angepasst gelte, stehe nichts im Weg (vgl. IV-act. 112-52 f.). Der neurologische Gutachter beschrieb eine freie Beweglichkeit des Kopfes (vgl. IV-act. 112-61). Weder zervikal noch lumbal seien klinisch-neurologisch nervale Dehnungszeichen aufgetreten. Hinweise auf eine Rückenmarksläsion oder auf eine periphere-nervale Kompression hätten sich nicht ergeben. Insgesamt sei der neurologische Untersuchungsbefund regelrecht gewesen (vgl. IV-act. 112-63). Weder aus den Akten noch nach der Befragung und Untersuchung hätten sich Belege für eine neurologische Erkrankung mit Auswirkungen auf die Fähigkeiten, Ressourcen und Belastungen der Versicherten ergeben (vgl. IV-act. 112-64). Bei der neuropsychologischen Begutachtung teilte die Versicherte mit, bei der Arbeit habe sie zuletzt aufgrund von Nackenschmerzen Konzentrationsschwierigkeiten bekommen und vor allem nicht mehr so viel heben können (vgl. IV-act. 112-71). Schmerzmittel nehme sie nur ein- bis zweimal pro Woche. Ganz selten seien die Schmerzen so stark, dass sie bis in die Finger ausstrahlten (vgl. IV-act. 112-72). Psychisch gehe es ihr nicht gut. Die Fachpsychologin für Neuropsychologie FSP hielt fest, insgesamt habe sich eine mittelschwere bis schwere neuropsychologische Störung gezeigt, die vorwiegend die Aufmerksamkeits- und die verbal-mnestischen Funktionen betreffe. An der Validität der Daten sei aber aufgrund der auffälligen Beschwerdeschilderung zu zweifeln. Die Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit sei aus neuropsychologischer Sicht nicht

beurteilbar (vgl. IV-act. 112-76). Auf die Frage, welche Merkmale eine optimal angepasste Tätigkeit aufweisen müsste, gab sie an, die Ausübung einfacher Routinetätigkeiten ohne hohe Anforderungen an die Konzentrationsleistung, die Ausdauer und die verbale Aufnahmefähigkeit sollte aus neuropsychologischer Sicht möglich sein, sofern das aus somatischer und psychiatrischer Sicht zumutbar sei (vgl. IV-act. 112-77). Bei der psychiatrischen Begutachtung berichtete die Versicherte von Ängsten und Depressionen, deren Auslöser die Schmerzen seien. Sie könne sich nicht gut konzentrieren, habe das Gefühl, die Zukunft sei hoffnungslos, sie kritisiere sich selber, sei leichter gereizt als früher, habe Schlafstörungen und mache sich Sorgen (vgl. IV-act. 112-23). Der psychiatrische Gutachter hielt fest, Konzentrationsstörungen hätten nicht wahrgenommen werden können, eine typisch schizophrene Symptomatik sei weder wahrnehmbar noch erfragbar gewesen (vgl. IV-act. 112-26). Eine depressive Stimmung habe sich verhaltensmässig nicht abgebildet. Hinweise auf eine Persönlichkeitsakzentuierung hätten sich nicht finden lassen. Es habe keinerlei Hinweise auf paranoide Denkinhalte gegeben (vgl. IV-act. 112-26 f.). Eine Depression bestehe sicherlich nicht, ebenso wenig eine chronische Schmerzstörung. Auf eine Erkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis habe nichts hingedeutet (vgl. IV-act. 112-30). Der Vermutung einer motivationalen Komponente sei beizupflichten. Aus psychiatrischer Sicht sei nicht zu erklären, weshalb das berufliche Eingliederungstraining gescheitert sei (vgl. IV-act. 112-30). Eine signifikante Einschränkung der Arbeitsfähigkeit habe zu keinem Zeitpunkt bestanden, auch nicht während der stationären Behandlungen (vgl. IV-act. 112-32). Die Gutachter hielten fest, gemäss dem polydisziplinären Konsens sei die Versicherte voll arbeitsfähig. Der RAD konstatierte am 28. Oktober 2022 (vgl. IV-act. 114), eine Arbeitsunfähigkeit habe nie bestanden. Mit Vorbescheid vom 9. November 2022 (IV-act. 119) stellte die Sozialversicherungsanstalt/IV-Stelle der Versicherten in Aussicht, ihr Gesuch vom 17. März 2020 abzuweisen. Am 12. Dezember 2022 (IV-act. 130) liess die Versicherte einwenden, ein Vergleich des Gutachtens und der beigelegten Stellungnahme des Psychiatrie-Zentrums B.____ (Dr. C.____) vom 8. Dezember 2022 ergebe den Eindruck, dass nicht über die gleiche Person berichtet werde. Bei sich diametral widersprechenden Berichten sei eine Oberexpertise unbedingt nötig. Der Gutachter spreche etwa von einem mutmasslich erlittenen Unfall, während aber im Rahmen einer Begutachtung Mutmassungen nicht genügen, sondern vertiefte Abklärungen erforderlich seien. In der ärztlichen Stellungnahme vom 8. Dezember 2022 (IV-act. 130) hatte das Psychiatrie-Zentrum B.____ dargelegt, aufgrund des Gutachtens entstehe der Eindruck, die Versicherte simuliere die Symptome nur. Aufgrund der langen Zeit der Unterstützung der Versicherten liege aber die Vermutung nahe, dass eine negative Symptomatik im Rahmen einer Schizophrenie (durchgehend verflachter Affekt und Desinteresse, phasenweise Apathie) vorliege. Die Versicherte nehme seit Jahren - laborgeprüft - verlässlich und pflichtbewusst ihre Medikamente ein. Im Gutachten sei das mit keinem Wort erwähnt worden. Sie habe damit einige der paranoiden Symptome inzwischen gut im Griff. Eine motivationale Komponente wäre zwar prinzipiell nachvollziehbar, lasse sich damit aber nur schwer vereinbaren. Um die Einschränkungen zu objektivieren, bräuchte es eine nochmalige Abklärung. Der RAD hielt am 13. Dezember 2022 (IV-act. 132) fest, das Gutachten sei in jeder Hinsicht nachvollziehbarer als die Stellungnahme vom 8. Dezember 2022. Mit Verfügung vom 3. Januar 2023 (IV-act. 133) wies die Sozialversicherungsanstalt/IV-Stelle das Gesuch um eine Rente bei einem Invaliditätsgrad von null Prozent ab. Gegen diese Verfügung liess die Versicherte am 16. Januar 2023 (Postaufgabe 17. Januar 2023, act. G 1) Beschwerde erheben und

beantragen, die angefochtene Verfügung sei aufzuheben und die Beschwerdegegnerin sei zu verpflichten, eine Oberexpertise in Auftrag zu geben, worauf neu zu entscheiden sei. Eventualiter sei die Verfügung aufzuheben und es sei eine Oberexpertise durch das Gericht zu veranlassen. Subeventualiter sei der Beschwerdeführerin mindestens eine Viertelsrente zu gewähren. Die Beschwerdegegnerin habe das rechtliche Gehör ungenügend gewährt und die Begründungspflicht ungenügend erfüllt. Bei diametral entgegengesetzten Begutachtungen sei eine Oberexpertise in Auftrag zu geben. Der Entscheid, ob IV-Ansprüche (Rente und Wiedereingliederung) bestünden oder nicht, könne erst aufgrund einer vollständigen und vertieften Abklärung getroffen werden. Dabei seien das Stellen und die Begründung der relevanten Diagnosen von entscheidender Bedeutung. Die bisherige medizinische Diagnostik sei auf den Prüfstand zu stellen. Die Beschwerdegegnerin nehme an, dass die Beschwerdeführerin simulierte; das werde bestritten. Die Diagnose einer Schizophrenie sei wiederholt erhoben und argumentativ belegt worden. Mit der im psychiatrischen Gutachten vorgenommenen Gegenübertragung sei ein Anteil des Gutachtens (bzw. des Gutachters) in die Beurteilung eingeflossen; das könne zu Verzerrungen und ungültigen Resultaten führen. Ob durch die Medikamenteneinnahme oder die Therapie die Symptome so verändert worden seien, dass die ursprüngliche Diagnose von den Gutachtern nicht mehr erhoben werden könne, sei im Rahmen der Oberexpertise zu prüfen. Der Gutachter habe weder den Sachverhalt des - von ihm als mutmasslich erlitten bezeichneten - Unfalls noch die dabei erlittenen Verletzungen oder (Dauer-) Folgen thematisiert. Ein Gutachten dürfe aber keine Ansammlung von Mutmassungen sein. Die Beschwerdeführerin habe von einem Unfall im Jahr 2007 und von tauben Fingern rechts berichtet; letztere würden im Gutachten nicht erwähnt. In ihrer Beschwerdeantwort vom 23. März 2023 (act. G 4) beantragte die Beschwerdegegnerin unter Hinweis auf eine Stellungnahme des Fachbereichs vom 10. Februar 2023 die Abweisung der Beschwerde. Sie beschrieb die Voraussetzungen für die Diagnose einer Schizophrenie gemäss ICD-10 nach Dilling/Mombour/Schmidt (Internationale Klassifikation psychischer Störungen, 10. A., Bern). Sie führte weiter aus, gemäss dem Gutachten fehle es an einem Wahnphänomen. Die beschriebenen optischen Halluzinationen seien für diesen Zusammenhang untypisch. Es liege auch keine affektive Mitbeteiligung vor. Gemäss dem RAD-Arzt seien die Angaben nicht nachvollziehbar und bei der auffälligen Symptomvalidierung fragwürdig. Eine Negativ-Symptomatik so erheblichen Ausmasses, dass kognitive Einschränkungen folgten, wie sie in der Aufmerksamkeitsleistung ermittelt worden seien, hätte anlässlich der Begutachtung auffallen müssen. Ein seit der Begutachtung veränderter Sachverhalt werde in der Stellungnahme vom 8. Dezember 2022 nicht vorgetragen. Die dortigen Einschätzungen entsprächen jenen aus den Vorakten und seien bereits berücksichtigt worden. Der medizinische Sachverhalt sei sorgfältig abgeklärt worden. Auf das Gutachten könne abgestellt werden. Der Fachbereich hatte am 10. Februar 2023 (IV-act. 140) erklärt, der RAD habe sich zu der in erster Linie strittigen diagnostischen Einordnung und der Arbeitsfähigkeitsschätzung ausführlich geäussert. Mit Replik vom 8. Mai 2023 (act. G 6) liess die Versicherte einwenden, ein psychiatrischer Patient oder eine Patientin öffne sich bekanntlich eher einer behandelnden als einer begutachtenden Person. Schon aufgrund des Zutrauens und der langen Behandlungszeit verdienten die Ausführungen der behandelnden Ärztin eine besondere Aufmerksamkeit. Die Oberexpertise zur Klärung der Divergenzen müsse durch einen IV-fremden, fachlich kompetenten Arzt durchgeführt werden, am besten veranlasst durch das Gericht; die nicht von einer medizinischen Fachperson stammenden

Ausführungen in der Beschwerdeantwort genügten hierzu nicht. Zur Beanstandung der ungenügenden Abklärungen zum Unfall habe die Beschwerdegegnerin bezeichnenderweise keine Stellung genommen. Vor einer ausreichenden medizinischen Abklärung könne auch kein Einkommensvergleich vorgenommen werden. Die Psychiatrie St. Gallen (Dr. C.____) hatte in einer Stellungnahme vom 3. Mai 2023 (act. G 6.1) festgehalten, die Symptome, an denen die Beschwerdeführerin schon seit längerer Zeit vor der Begutachtung leide, liessen sich am ehesten durch eine Diagnose aus dem schizophrenen Formenkreis, etwa eine paranoide oder undifferenzierte Schizophrenie oder ein schizophreses Residuum, erklären. Im Gutachten sei wiederholt darauf hingewiesen worden, dass auf eine Residual- (oder Negativ-) Symptomatik nicht eingegangen werde. Genau diese Symptome seien aber vorhanden. Um über paranoide Ängste zu sprechen, bedürfe es eines gewissen Vertrauensverhältnisses. Und selbst in der Behandlung falle es ihr phasenweise schwer, über ihre Ängste - ausgelöst durch die Halluzinationen - zu sprechen. In der ICD-Klassifikation und im klinischen Alltag lasse sich nicht bestätigen, dass optische Halluzinationen bei Schizophrenie nur dysmorpher Natur seien. Vielmehr zeige sich ein sehr breitgefächertes Bild. Dass Haus- und Fachärzte mitunter eher zugunsten ihrer Patienten aussagten, möge durchaus stimmen. Umgekehrt würden von einer Versicherung beauftragte Ärzte eher im Sinn des Auftraggebers argumentieren. Die Beschwerdegegnerin hielt am 12. Mai 2023 (act. G 8) an ihren Ausführungen fest. Erwägungen Angefochten ist die Verfügung vom 3. Januar 2023, mit welcher die Beschwerdegegnerin das Rentengesuch der Beschwerdeführerin vom 17. März 2020 abgewiesen hat. Die Beschwerdeführerin lässt im Hauptstandpunkt eine Rückweisung zur Oberbegutachtung beantragen, subeventuell Rentenleistungen. Streitgegenstand bildet daher ihr allfälliger Rentenanspruch. Eine Verletzung des Anspruchs auf rechtliches Gehör im Sinn einer ungenügenden Begründung der Verfügung ist nicht festzustellen. Die Beschwerdegegnerin hat sich zum Einwand und zu den unterschiedlichen medizinischen Beurteilungen geäussert und festgehalten, aus der Stellungnahme der behandelnden Ärzte ergebe sich kein medizinischer Sachverhalt, der im Gutachten nicht berücksichtigt worden wäre. Sie hat weiter begründet, weshalb sie auf die Einschätzung im Gutachten abgestellt hat, nämlich weil sie nachvollziehbarer erscheine als die andere Einschätzung desselben Sachverhalts in der Stellungnahme vom 8. Dezember 2022. Diese Begründung ist ausreichend. Vorliegend sind, da ein allenfalls vor dem 1. Januar 2022 entstandener Rentenanspruch der Beschwerdeführerin zu beurteilen ist, die Bestimmungen des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG, SR 831.20) und der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV, SR 831.201) sowie des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG, SR 830.1) in den bis 31. Dezember 2021 gültig gewesenen Fassungen anwendbar (vgl. BGE 132 V 215 E. 3.1.1). - Nach Art. 28 Abs. 2 IVG besteht der Anspruch auf eine ganze Invalidenrente, wenn die versicherte Person mindestens zu 70 %, derjenige auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens zu 60 % invalid ist. Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % Anspruch auf eine Viertelsrente. Der Gesundheitszustand und die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin sind vom SMAB polydisziplinär begutachtet worden. Gemäss dem Gutachten vom 20. Oktober 2022 liegt keine Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit in der letzten Tätigkeit vor. Einer Adipositas, einer Hypertonie (Vd. a. eine Weisskittelhypertonie) und rezidivierenden Zervikobrachialgien beidseits ohne Funktionsdefizit und ohne neurologische Ausfälle ist keine solche Auswirkung beigemessen worden. Gemäss dem polydisziplinären Konsens ist die

Beschwerdeführerin voll arbeitsfähig. Die allgemeininternistische Gutachterin hat die beklagten Beschwerden, eine Belastungsdyspnoe und die noch bestehenden Refluxbeschwerden der Beschwerdeführerin zur Kenntnis genommen. Sie hat geschlossen, dass keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit bestehe (vgl. IV-act. 112-42). Ein Anhaltspunkt für einen relevanten Zweifel an dieser Arbeitsfähigkeitsschätzung besteht nicht. Die orthopädische und die neurologische Begutachtung haben Folgendes ergeben: Der orthopädische Gutachter hat aufgrund seiner umfassenden Untersuchung festgehalten, relevante Einschränkungen seien nicht nachzuweisen. Die Schmerzen der Beschwerdeführerin seien aus orthopädischer Sicht nicht zu erklären (vgl. IV-act. 112-52). Er schloss demnach, sie sei diesbezüglich in der Arbeitsfähigkeit nicht wesentlich eingeschränkt, selbst die zuletzt ausgeübte Tätigkeit, die als angepasst gelte, könne sie ausüben. Er umschrieb nachvollziehbar eine für sie adaptierte Tätigkeit. Möglich seien Tätigkeiten mit bis zu mittelschwerer körperlicher Belastung, aber nicht Überkopparbeiten oder Tätigkeiten mit der Notwendigkeit einer häufigen Rotation der Halswirbelsäule (vgl. IV-act. 112-52 f.). Der neurologische Gutachter hat bei der Untersuchung eine freie Beweglichkeit des Kopfes und keine klinisch-neurologisch nervalen Dehnungszeichen vorgefunden. Auch Hinweise auf eine Rückenmarksläsion oder auf eine periphere-nervale Kompression haben sich nach seiner Beurteilung nicht ergeben. Den neurologischen Untersuchungsbefund hat der Gutachter insgesamt als regelrecht beurteilt. Er hat nachvollziehbar festgehalten, Belege für eine neurologische Erkrankung mit Auswirkungen auf die Fähigkeiten und Ressourcen der Beschwerdeführerin hätten sich bei der Befragung und Untersuchung nicht ergeben und seien auch nicht aktenkundig. Der gutachterliche Verzicht auf die Erhebung einer aktuellen Bildgebung (etwa MRI-Befunde) von der HWS kann als gerechtfertigt betrachtet werden. Die Beschwerdeführerin hat die Beschwerden bereits seit langem beklagt. Den Gutachtern hat ein Bericht der Klinik für Neurochirurgie am Kantonsspital St. Gallen vom 11. Februar 2021 (IV-act. 62) vorgelegen, laut dem mehrfach radiologische Abklärungen stattgefunden hatten, die keinen signifikanten Befund ergeben hatten. Die Befunde sind gemäss diesem Bericht im Vergleich zu den Voruntersuchungen stationär geblieben und haben keine behandlungsbedürftigen Auffälligkeiten gezeigt. Der orthopädische Gutachter hat festgehalten, das decke sich mit den körperlichen Befunden ohne Funktionsdefizit und ohne neurologische Auffälligkeiten bei der orthopädischen Begutachtung (vgl. IV-act. 112-52; vgl. auch die Gesamtbeurteilung IV-act. 112-7). Damit ist von ausreichenden Begutachtungen in orthopädischer und neurologischer Disziplin auszugehen, deren Ergebnisse nachvollziehbar begründet sind. Die Fachpsychologin für Neuropsychologie FSP hat unter dem Titel der Diagnosen festgestellt, insgesamt habe sich bei der Beschwerdeführerin eine mittelschwere bis schwere neuropsychologische Störung gezeigt, die vorwiegend die Aufmerksamkeits- und die verbal-mnestischen Funktionen betreffe (vgl. IV-act. 112-76 Ziff. 6.3). Sie hat aber festgehalten, an der Validität der Daten sei zu zweifeln (vgl. IV-act. 112-76 Ziff. 6.3 und Ziff. 8.1). Das hat sie damit begründet, dass unter Einbezug aller relevanten Kriterien zur Konsistenzprüfung eine nicht authentische Beschwerdeschilderung der Beschwerdeführerin wahrscheinlich sei (vgl. IV-act. 112-75 Ziff. 6.1). Bei der früheren "neuropsychologische(n)" (richtig: psychodiagnostischen) Untersuchung vom 23. Februar 2021 (Berichtsdatum) hätten sich ähnliche Resultate gezeigt, und zwar bei ebenfalls auffälliger Performanzvalidierung (vgl. IV-act. 112-75). Die Ergebnisse eines bei der neuropsychologischen Begutachtung zweimal durchgeführten Performanzvalidierungsverfahrens haben unter dem Normbereich gelegen. Sie haben

jedoch nicht im Bereich der Zufallswahrscheinlichkeit gelegen und die Resultate in einem weiteren eingebetteten Verfahren sind unauffällig gewesen (vgl. IV-act. 112-75). Im Bericht vom 23. Februar 2021 (IV-act. 67) über die genannte psychodiagnostische Untersuchung vom 19. Februar 2021 hat die durchführende Psychotherapeutin dargelegt, ein Validierungstest habe eine Auffälligkeit bzw. Hinweise für eine eingeschränkte Interpretation der Befunde gezeigt. Ursache könnte eine Konzentrationseinbusse sein. Eine Aggravation könne nicht ausgeschlossen werden (vgl. IV-act. 67-4 f.). Zeitweise seien parathyme Reaktionen aufgetreten (vgl. IV-act. 67-5). Weitere Untertests mit Kontrollskalen hatten auch damals keine Hinweise für eine Aggravation ergeben (vgl. IV-act. 67-4). Demnach sind bei beiden Untersuchungen in der Validierung auffällige und unauffällige Ergebnisse beschrieben worden. Weiter hat die neuropsychologische Gutachterin aber festgehalten, dass sich Inkonsistenzen zwischen dem Untersuchungsverhalten und den Testresultaten sowie zwischen Tests, welche dasselbe messen würden, gezeigt hätten. Bei der Symptomvalidierung hätten sich bei den genuinen wie bei den Pseudo-Beschwerden erhöhte Werte gezeigt, die auf eine nicht authentische Beschwerdeschilderung hinwiesen (vgl. IV-act. 112-75). Diese Einschätzungen stammen von der Gutachterin auf dem Gebiet der Neuropsychologie und sind als stichhaltig zu betrachten, weil davon ausgegangen werden kann, dass die Begutachtung lege artis erfolgt ist. Bei der versicherungsmedizinischen Beurteilung der Fähigkeiten hat die neuropsychologische Gutachterin des Weiteren zwar darauf hingewiesen, dass unklar sei, inwiefern es bei der Beschwerdeführerin tatsächlich zu Aufmerksamkeitseinbussen bzw. zu einer verringerten Ausdauer und zu einer reduzierten Belastbarkeit gekommen sei und inwiefern das verbale Gedächtnis tatsächlich vermindert sei (vgl. IV-act. 112-76 Ziff. 7). Die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin in der bisherigen Tätigkeit sei aus neuropsychologischer Sicht wegen Zweifeln an der Validität der Untersuchungsergebnisse nicht beurteilbar (vgl. IV-act. 112-76 Ziff. 8.1). Bei der Umschreibung der Merkmale einer für die Beschwerdeführerin optimal angepassten Arbeit, wie sie für die Invaliditätsbemessung relevant ist, hat die Gutachterin jedoch festgehalten, der Beschwerdeführerin sollte die Ausübung einfacher Routinetätigkeiten ohne hohe Anforderungen an die Konzentrationsleistung, die Ausdauer und die verbale Aufnahmefähigkeit aus neuropsychologischer Sicht möglich sein, sofern das aus somatischer und psychiatrischer Sicht zumutbar sei. Sie hat weiter darauf hingewiesen, dass genauere Angaben aufgrund der möglicherweise nicht validen Untersuchungsergebnisse nicht zu treffen seien. Die Antworten zur Präsenzzeit und zur Leistungseinschränkung sowie zur Arbeitsfähigkeit würden entfallen (vgl. IV-act. 112-77). Die neuropsychologische Gutachterin hat darauf hingewiesen, dass die Beschwerdeführerin im Alltag einfache Planungsaufgaben selber ausführen könne und selbständig sei (vgl. IV-act. 112-76). Sie hat wie die übrigen Gutachter Angaben zum Tages- und Wochenablauf und zu den geklagten Beschwerden erfragt (vgl. IV-act. 112-71 f.). Die Beschwerdeführerin hat u.a. angegeben, dass sie die Rechnungen per E-Banking bezahle. Auto fahre sie nur noch kurze Strecken, da sie rasch Nackenschmerzen bekomme (vgl. IV-act. 112-71 f., vgl. auch IV-act. 112-38; bzw. Angabe bei der neurologischen Begutachtung, sie könne ein Fahrzeug problemlos führen, vgl. IV-act. 112-60). Die Gutachterin hat zudem bei der Begutachtung beobachtet, dass die Beschwerdeführerin an der mehr als zweistündigen neuropsychologischen Untersuchung (nach einer dreistündigen Anreise) problemlos teilgenommen hat (vgl. IV-act. 112-73 Ziff. 4.1). Die Beschwerdeführerin habe zweimal eine kurze Pause eingelegt und am Ende über eine leicht erhöhte Ermüdbarkeit und einsetzende Nackenschmerzen

berichtet (vgl. IV-act. 112-73). Antrieb, Arbeitstempo und Ausdauer sind aber (bei der Begutachtung) adäquat gewesen (vgl. IV-act. 112-73). Im Übrigen ist im Bericht des Psychiatrie-Zentrums B.____ vom 23. Februar 2021 über die psychodiagnostische Untersuchung immerhin davon ausgegangen worden, dass die Beschwerdeführerin in einem wohlwollenden Klima, d.h. wenigstens an einer ideal adaptierten, also möglichst reizarmen, kognitiv wenig herausfordernden Arbeitsstelle, zufriedenstellende Leistungen erbringen werde (unter Zeitdruck oder Stresserleben hingegen eine mangelhafte Leistung). Gut zu prüfen sei allerdings, ob sie den Anforderungen des ersten Arbeitsmarktes gewachsen sei (vgl. IV-act. 67-5). Weil die psychiatrische Begutachtung, welche die neuropsychologischen Ergebnisse mitberücksichtigt hat (vgl. IV-act. 112-28), keine relevante gesundheitliche Beeinträchtigung ergeben hat (vgl. Mini-ICF-APP, IV-act. 112-31), rechtfertigen weder der im neuropsychologischen Gutachten benannte Zweifel an der Validität der Beschwerdeschilderung noch der Hinweis auf eine Unklarheit über die tatsächlichen neuropsychologischen Beeinträchtigungen eine Wiederholung der neuropsychologischen Abklärung. Eine ergänzende Abklärung ist nicht erforderlich. Ein Mahn- und Bedenkzeitverfahren nach Art. 43 Abs. 3 ATSG mit der Aufforderung an die Beschwerdeführerin, bei einer erneuten Begutachtung angemessen mitzuwirken, erübrigt sich demnach. Der psychiatrische Gutachter hat keine Konzentrationsstörungen und auch keine typisch schizophrene Symptomatik wahrnehmen können. Er hat festgehalten, eine depressive Stimmung habe sich verhaltensmässig nicht abgebildet. Hinweise auf eine Persönlichkeitsakzentuierung hätten sich nicht finden lassen. Eine Depression bestehe sicherlich nicht, ebenso wenig eine chronische Schmerzstörung. Aus psychiatrischer Sicht sei nicht zu erklären, weshalb das berufliche Eingliederungstraining gescheitert sei (vgl. IV-act. 112-30). Eine signifikante Einschränkung der Arbeitsfähigkeit habe zu keinem Zeitpunkt bestanden, auch während der stationären Behandlungen nicht (vgl. IV-act. 112-32). Die Beschwerdeführerin lässt einwenden, die Diagnose einer Schizophrenie sei (im Rahmen der Behandlung) wiederholt erhoben und belegt worden. Ob durch die Medikamenteneinnahme oder die Therapie die Symptome so verändert worden seien, dass die ursprüngliche Diagnose von den Gutachtern nicht habe erhoben werden können, sei im Rahmen der beantragten Oberexpertise zu prüfen. Das Psychiatrie-Zentrum B.____ hat am 26. März 2020 angegeben, vermutlich schon seit einigen Jahren bestehe bei der Beschwerdeführerin eine paranoide Schizophrenie. Am 19. April 2021 hat es dann von der Diagnose einer schizoiden Persönlichkeitsstörung (DD paranoide Schizophrenie) berichtet. Die Klinik D.____ hat zwar festgehalten, eine abschliessende Klärung der Verdachtsdiagnose einer Schizophrenie sei wegen der kurzen Beobachtungszeit nicht möglich gewesen. Nach dem immerhin drei Wochen dauernden Aufenthalt der Beschwerdeführerin hat sie am 6. März 2020 aber keine solche Diagnose gestellt, sondern eine Panikstörung (episodisch paroxysmale Angst) diagnostiziert. Der psychiatrische Gutachter dagegen hat sich diesbezüglich in diagnostischer Hinsicht klar geäußert und festgehalten, eine typisch schizophrene Symptomatik sei weder wahrnehmbar noch erfragbar gewesen. Auf eine Erkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis habe nichts hingedeutet. Auch auf paranoide Denkinhalte habe es keine Hinweise gegeben. Diese gutachterlichen Angaben zum Befund sind stichhaltig. Auch im neuropsychologischen Gutachten ist festgestellt worden, eine akute psychotische Symptomatik oder eine Residual- oder ausgeprägte Negativsymptomatik bei möglicher paranoider Schizophrenie sei nicht beobachtet worden. Die neuropsychologische Gutachterin hat festgehalten, eine solche Symptomatik müsste genauer exploriert werden, doch müsste sie in einem erheblichen

Ausmass vorliegen, um so schwere kognitive Einschränkungen in den Aufmerksamkeitsleistungen zu verursachen (vgl. IV-act. 112-75 f.). Der psychiatrische Gutachter hat die neuropsychologische Begutachtung mitbeurteilt (vgl. IV-act. 112-28). Er hat des Weiteren festgehalten, der von der Beschwerdeführerin geschilderte Lebensverlauf spreche gegen eine manifeste Persönlichkeitsstörung und gegen eine Schizophrenie (vgl. IV-act. 112-29). Dass eine Erkrankung an einer schizoiden Persönlichkeitsstörung (DD paranoide Schizophrenie), wie vom Psychiatrie-Zentrum im März 2020 vermutet, bereits seit einigen Jahren bestanden haben soll, erscheint denn auch wenig plausibel, ist die Beschwerdeführerin doch in diesen dem Bericht vorangegangenen Jahren stets einer Erwerbstätigkeit nachgegangen, ohne dass ein schizophrener bzw. schizoider Gesundheitsschaden aktenkundig geworden wäre. Die gutachterliche Beurteilung dagegen ist überzeugend. In psychiatrischer Behandlung steht die Beschwerdeführerin nach ihren Angaben zudem erst seit dem 7. Oktober 2019. Des Weiteren hat sich der RAD am 13. Dezember 2022 mit der Begründung der betreffenden Diagnose (bzw. Differenzialdiagnose) der behandelnden Ärzte und namentlich mit der Stellungnahme des Psychiatrie-Zentrums vom 8. Dezember 2022 auseinandergesetzt, indem er die beschriebenen Befunde im Einzelnen mit Blick auf die fragliche Diagnose medizinisch gewürdigt hat (vgl. IV-act. 132-2 f.). Insbesondere hat er dabei die Ausführungen im Gutachten zur möglichen Residual- oder ausgeprägten Negativsymptomatik und zu ihrem Ausmass, das bei so schweren kognitiven Einschränkungen in den Aufmerksamkeitsleistungen zu erwarten wäre, übernommen und somit nachvollziehen können. Er hat für unwahrscheinlich gehalten, dass dem psychiatrischen Gutachter eine so schwere Symptomatik nicht aufgefallen wäre (vgl. IV-act. 132-2). Das ist nachvollziehbar. Mit den diagnostischen Einwänden, die von der Psychiatrie St. Gallen (Dr. C.____) in der ärztlichen Stellungnahme vom 3. Mai 2023 (vgl. act. G 6.1) wiederholt worden sind, hat sich der RAD in seiner Beurteilung vom 13. Dezember 2022 bereits auseinandergesetzt. Er hat begründet, dass aus fachärztlicher Sicht die Angaben der Beschwerdeführerin zu den Symptomen nicht nachvollziehbar seien. Zu Recht hat er auch darauf hingewiesen, dass die fragliche Diagnose bei der Begutachtung bereits geprüft (und nicht bestätigt) worden sei. Des Weiteren hat die Psychiatrie St. Gallen in der Stellungnahme vom 3. Mai 2023 (act. G 6.1) sinngemäss geltend gemacht, die Beschwerdeführerin habe mangels des erforderlichen Vertrauensverhältnisses in der Begutachtungssituation nicht über ihre paranoiden Ängste gesprochen. Selbst im vertrauten Umfeld (der Behandlung) falle es ihr nämlich phasenweise schwer, über ihre Ängste, ausgelöst zum Beispiel durch die Halluzinationen, zu sprechen. Dem psychiatrischen Gutachter haben indessen auch die Berichte der behandelnden Ärzte, darunter etwa der Bericht der Klinik D.____ mit der Diagnose einer Panikstörung (episodisch paroxysmale Angst), vorgelegen, so dass sich seine Beurteilung auf vollständige Kenntnisse hat stützen können. Diesbezüglich ergibt sich somit kein Anhaltspunkt für eine ungenügende Beweiskraft des psychiatrischen Gutachtens. Inwiefern sich aus dem Hinweis der Psychiatrie St. Gallen, laut dem behandelnde Ärzte sich als Anwälte ihrer Patienten auf gesundheitlicher Ebene verstehen sollten, allenfalls ein Zweifel am auch von behandelnden Stellen zu erwartenden Ausmass an Objektivität ergibt, kann daher offen bleiben. Das psychiatrische Gutachten bietet bezüglich der diagnostischen Angaben keinen Anhaltspunkt für einen Zweifel am Beweiswert. Die Beschwerdeführerin lässt ferner vorbringen, mit der im psychiatrischen Gutachten vorgenommenen Gegenübertragung sei (sc. unzulässigerweise) ein Anteil des Gutachtens (bzw. des Gutachters) in die Beurteilung eingeflossen. Das könne zu Verzerrungen und ungünstigen

Resultaten führen. Der psychiatrische Gutachter hat festgehalten, die Beschwerdeführerin habe in der Gegenübertragung nicht psychisch krank gewirkt und habe keinen Leidensdruck vermittelt (vgl. IV-act. 112-30). Ein Grund zur Beanstandung der Begutachtung ist auch in diesem Zusammenhang nicht zu sehen, da kein Anhaltspunkt dafür besteht, dass die Begutachtung nicht lege artis erfolgt wäre. Das Ergebnis der psychiatrischen Begutachtung hat daher die überwiegende Wahrscheinlichkeit für sich. Hieran ändern die Einwände der behandelnden Ärzte nichts. Im psychiatrischen Gutachten ist ausgeführt worden, im Bericht des Schmerzzentrums am Kantonsspital St. Gallen vom 17. März 2021 (IV-act. 49-4) sei (wie vom RAD) die Vermutung einer motivationalen Komponente geäussert worden (vgl. IV-act. 112-30). Dieser sei beizupflichten. Im genannten Bericht des Schmerzzentrums ist darauf hingewiesen worden, dass möglicherweise eine Diskrepanz zwischen dem Auftreten der Beschwerdeführerin in der Untersuchungssituation (sie habe motiviert und wenig eingeschränkt gewirkt) und dem Auftreten in einer Belastungserprobung (wie beim E.____) bestehe. Im Aufbautraining beim E.____ ist die Beschwerdeführerin zwar ebenfalls als motiviert, sehr gut mitarbeitend und sehr zuverlässig beschrieben worden. Im Schlussbericht ist zudem festgehalten worden, innert drei Monaten sei ihr dank regelmässigen kleinen Pausen eine Steigerung und ein stabiles Einhalten eines Pensums von 80 % gelungen (vgl. IV-act. 45-2). Die beim Aufbautraining gezeigte Leistung ist aber im Ergebnis nicht messbar (d.h. also minimal) gewesen (vgl. IV-act. 45-2). Eine medizinische (namentlich psychiatrische) Erklärung ist dafür jedoch nicht gefunden worden. Schliesslich bringt die Beschwerdeführerin vor, bei der Begutachtung sei ungenau vorgegangen worden. So sei festgehalten worden, sie habe berichtet, dass sich bei ihr - mutmasslich nach einem Unfallereignis - ein Schmerzsyndrom entwickelt habe. Mit dieser Formulierung im psychiatrischen Gutachten ist indessen lediglich zum Ausdruck gebracht worden, dass die Beschwerdeführerin selbst angenommen hat, das Schmerzsyndrom habe sich nach dem Unfall entwickelt. Angesichts der umfassenden Befunderhebung in orthopädischer, neurologischer und psychiatrischer (samt neuropsychologischer) Hinsicht ist nicht von einer mangelnden Sorgfalt oder einer ungenügenden Abklärung von Unfallfolgen auszugehen. Gemäss dem SMAB-Gutachten besteht polydisziplinär der Konsens, dass die Beschwerdeführerin in einer adaptierten Erwerbstätigkeit uneingeschränkt arbeitsfähig ist (vgl. IV-act. 112-9 Ziff. 4.5). Eine Arbeitsunfähigkeit könne aus Sicht aller beteiligten Fachgebiete zu keinem Zeitpunkt (selbst nicht während der stationären Behandlungen) verifiziert werden (vgl. IV-act. 112-9 Ziff. 4.6). Bei den oben dargelegten Gegebenheiten ist zusammenfassend darauf abzustellen, dass die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin in einer adaptierten Tätigkeit, wie sie für die Invaliditätsbemessung allein massgebend ist, nicht eingeschränkt ist und es auch in der Zeit vor der Begutachtung (d.h. in der Zeit ab dem potentiellen Rentenbeginn) nicht gewesen ist (vgl. IV-act. 112-9). Eine für die Beschwerdeführerin adaptierte Tätigkeit setzt gemäss dem Gutachten voraus, dass Überkopfarbeiten und Tätigkeiten mit häufiger Rotation der Halswirbelsäule zur Vermeidung der rezidivierend auftretenden Beschwerden an der Halswirbelsäule möglichst vermieden werden sollten (vgl. IV-act. 112-9). Die qualitativen Arbeitsfähigkeitskriterien im neuropsychologischen Teil des Gutachtens beziehen sich zudem auf einfache Routinearbeiten ohne hohe Anforderungen an die Konzentrationsleistung und an die Ausdauer sowie an die verbale Aufnahmefähigkeit (z.B. ohne stets wechselnde Instruktionen; vgl. IV-act. 112-77). Diese Voraussetzungen schränken die Auswahl der verbleibenden Arbeitsmöglichkeiten der Beschwerdeführerin ein. Sie sind aber nicht so erheblich, dass sie eine Verwertbarkeit der Arbeitsfähigkeit auf dem nach Art. 16 ATSG

massgeblichen ausgeglichenen Arbeitsmarkt ausschliessen. Denn ein solcher Arbeitsmarkt weist, was die verlangten beruflichen und intellektuellen Voraussetzungen wie auch den körperlichen Einsatz angeht, einen Fächer verschiedenster, also auch für die Beschwerdeführerin adaptierter Tätigkeiten auf (vgl. BGE 148 V 174 E. 9.1). Das Invalideneinkommen ist daher anhand der Durchschnittseinkommen gemäss den Tabellenlöhnen des Bundesamtes für Statistik (vgl. Anhang 2 der Textausgabe Invalidenversicherung, Allgemeiner Teil des Sozialversicherungsrechts, Gesetze und Verordnungen, 2022, herausgegeben von der Informationsstelle AHV/IV, S. 278, basierend auf der Schweizerischen Lohnstrukturerhebung LSE) zu bemessen. Bestehen aber im Einzelfall Anhaltspunkte dafür, dass die versicherte Person ihre gesundheitlich zumutbare verbleibende (Rest-) Arbeitsfähigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt nur mit einem unterdurchschnittlichen erwerblichen Erfolg verwerten könnte, ist ein Abzug von den Tabellenlöhnen zu machen. Die Höhe des Abzuges ist nach Würdigung der Umstände im Einzelfall gesamthaft zu schätzen und insgesamt auf höchstens 25 % des Tabellenlohnes zu begrenzen (vgl. BGE 134 V 322 E. 5.2 und BGE 126 V 75). Ein solcher Abzug wird nach der Praxis der Abteilung II des Versicherungsgerichts berücksichtigt, wenn davon ausgegangen werden muss, dass die versicherte Person ihre Arbeitsfähigkeit nicht mit demselben ökonomischen Erfolg verwerten könnte wie eine gesunde im selben Pensum tätige Person. Das trifft zu, wenn eine versicherte Person nur einen unterdurchschnittlichen ökonomischen Mehrwert generieren kann oder die indirekten Lohnkosten oder die Lohnnebenkosten überdurchschnittlich hoch sind. Denn bei solchen Gegebenheiten ist damit zu rechnen, dass ein strikt ökonomisch-betriebswirtschaftlich denkender, also keinen Soziallohn ausrichtender Arbeitgeber seine dadurch bewirkte "Einbusse" auf die arbeitnehmende Person überwälzen wird, indem er ihr keinen durchschnittlichen, sondern nur einen unterdurchschnittlichen Lohn ausbezahlt (vgl. Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 19. Dezember 2022, IV 2020/194 E. 3.5). Wegen der Benachteiligung der Beschwerdeführerin auf dem Arbeitsmarkt ist vom Tabellenlohn ein Abzug von (maximal) 10 % angemessen. Vor dem Eintritt der Gesundheitsschädigung hat sie als (angelernte) Produktionsmitarbeiterin gemäss dem IK-Auszug im Vergleich zum Tabellenlohn als solchem überdurchschnittlich verdient. Im Jahr vor dem Eintritt der Arbeitsunfähigkeit vom Oktober 2019, also im Jahr 2018, hat sie ein Einkommen von Fr. 59'086.-- gehabt, während der Tabellenlohn für einfache Tätigkeiten körperlicher oder handwerklicher Art, also des Kompetenzniveaus 1, von Frauen damals bei Fr. 54'681.-- lag. Im hypothetischen Gesundheitsfall würde die Beschwerdeführerin mit überwiegender Wahrscheinlichkeit weiterhin oder wieder ein ähnlich hohes Valideneinkommen erzielen können. Nach Berücksichtigung eines Abzugs von 10 % vom Tabellenlohn ergibt sich ein Invalideneinkommen von Fr. 49'213.--. Allein aus diesen erwerblichen Verhältnissen ergibt sich demnach ein invaliditätsbedingter Erwerbsausfall von rund 17 %, der aber die rentenbegründende Höhe von 40 % nicht erreicht. Dasselbe gilt, wenn das Valideneinkommen wegen der schwankenden Einkommen der Beschwerdeführerin aufgrund eines Durchschnitts der Beträge der letzten vier Jahre (einschliesslich 2019 mit Fr. 61'031.--) bestimmt wird. Der Durchschnitt stellt sich auf Fr. 61'130.--. Im Vergleich zu dem um 10 % herabgesetzten Tabellenlohn im Jahr 2019 von Fr. 55'222.--, also zu Fr. 49'700.--, ergibt sich im Einkommensvergleich diesfalls ein Ausfall von rund 19 %. Damit besteht kein Anspruch auf eine Invalidenrente. Im Sinn der vorstehenden Erwägungen ist die Beschwerde abzuweisen. Nach Art. 69 Abs. 1 bis IVG (vgl. Art. 61 lit. f bis ATSG) ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten über

IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von 200 bis 1000 Franken festgelegt. Als unterliegende Partei hat die Beschwerdeführerin die Gerichtskosten zu bezahlen (vgl. Art. 95 Abs. 1 des st. gallischen Gesetzes über die Verwaltungsrechtspflege, VRP/SG; sGS 951.1). Diese sind ermessensweise auf Fr. 600.-- zu veranschlagen. Mit dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe ist die geschuldete Gerichtsgebühr getilgt. Ein Anspruch auf eine Parteientschädigung besteht bei vollem Unterliegen nicht. 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. Das Gesuch um eine Parteientschädigung wird abgewiesen.

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