



**Fall-Nr.:** IV 2020/156  
**Stelle:** Versicherungsgericht  
**Rubrik:** IV - Invalidenversicherung  
**Publikationsdatum:** 09.05.2022  
**Entscheiddatum:** 07.12.2021

### **Entscheid Versicherungsgericht, 07.12.2021**

**Art. 7 ATSG; Art. 8 ATSG; Art. 28 IVG: Die Beschwerdeführerin meldete sich nach Abweisung eines Gesuchs erneut zum Leistungsbezug an. Gemäss als beweistauglich beurteiltem psychiatrischem Gutachten besteht nach wie vor eine keinen Rentenanspruch begründende Arbeitsunfähigkeit von 25 % (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 7. Dezember 2021, IV 2020/156).**

#### **Entscheid vom 7. Dezember 2021**

Besetzung

Versicherungsrichterrinnen Michaela Machleidt Lehmann (Vorsitz) und Corinne Schambeck; Versicherungsrichter Joachim Huber, Gerichtsschreiberin Beatrix Zahner

Geschäftsnr.

IV 2020/156

Parteien

**A.\_\_\_\_,**

**Beschwerdeführerin,**

gegen

**IV-Stelle des Kantons St. Gallen, Postfach 368, 9016 St. Gallen,**

**Beschwerdegegnerin,**



Gegenstand

**Rente**

**Sachverhalt**

**A.**

**A.a.** A.\_\_\_\_ (nachfolgend: Versicherte), stellte erstmals am 1. September 2010 bei der IV-Stelle des Kantons St. Gallen ein Gesuch um Leistungen der Invalidenversicherung (IV-act. 1), welches mit Mitteilung vom 11. Februar 2011 abgewiesen wurde (IV-act. 20). Ein weiteres Gesuch vom 20. Februar 2012 (IV-act. 21) wies die IV-Stelle gestützt auf ein psychiatrisches Gutachten von Dr. med. B.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychiatrie, vom 13. Juni 2014 (IV-act. 97), eine vom 3. Oktober bis 7. November, 5. Dezember und 23. Dezember 2014 durchgeführte Observation (IV-act. 114, 116, 121) und eine Stellungnahme des Gutachters zu den Observationsergebnissen vom 23. Februar 2015 (IV-act. 136) mit Verfügung vom 28. Juli 2015 (IV-act. 145) ab. Dagegen liess die Versicherte am 1. September 2016 Beschwerde erheben (IV-act. 147). Auf eine erneute Anmeldung vom 12. September 2017 trat die IV-Stelle mit Verfügung vom 6. Februar 2018 nicht ein (IV-act. 163 und 183). Mit Entscheid vom 11. Juni 2018 wies das Versicherungsgericht die gegen die Verfügung vom 28. Juli 2015 erhobene Beschwerde ab (Verfahren IV 2015/258; IV-act. 185).

**A.b.** Am 13. September 2018 (Eingang bei der SVA am 25. September 2018) meldete sich die Versicherte erneut zum Leistungsbezug an (IV-act. 187). Gestützt auf eine Eingabe der Hausärztin Dr. med. C.\_\_\_\_, praktische Ärztin, vom 7. April 2016 (IV-act. 164) sowie Berichte der Klinik für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates des Spitals D.\_\_\_\_ vom 27. Dezember 2017 (IV-act. 190), des Schmerzzentrums des Kantonsspitals St. Gallen (KSSG) vom 5. Februar 2018 (IV-act. 189), einen Arztbericht von med. pract. E.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 18. September 2018 (IV-act. 195) und eine Stellungnahme der IV-Ärztin Dr. med. F.\_\_\_\_, Fachärztin für Neurologie, vom 27. November 2018 (IV-act. 198) gewährte die IV-Stelle der Versicherten mit Vorbescheid vom 27. November 2018 (IV-act. 199) das rechtliche Gehör zum vorgesehenen Entscheid, auf das Gesuch



wiederum nicht einzutreten (IV-act. 199). Hiergegen erhob die Versicherte am 3. Dezember 2018 mündlich Einwand (IV-act. 201 f.). Nach Eingang eines Arztberichts von med. pract. E.\_\_\_\_ vom 3. Dezember 2018 (IV-act. 203) verfügte die IV-Stelle am 13. Dezember 2018, auf das Gesuch vom 25. September 2018 werde nicht eingetreten (IV-act. 204). Gegen diese Verfügung erhob die Versicherte am 9. Januar 2019 erneut Beschwerde (IV-act. 205 f.). Nachdem der IV-Stelle Arztberichte von med. pract. E.\_\_\_\_ vom 11. Januar 2019 (IV-act. 205-2), vom 5. Februar 2019 (IV-act. 211) und von Dr. C.\_\_\_\_ vom 5. Februar 2019 (IV-act. 211-7 ff.) vorlagen, widerrief sie mit Verfügung vom 30. April 2019 die angefochtene Verfügung vom 13. Dezember 2018 (IV-act. 214), worauf das Versicherungsgericht das hängige Beschwerdeverfahren am 16. Mai 2019 abschrieb (Verfahren IV 2019/14; IV-act. 223).

**A.c.** Med. pract. E.\_\_\_\_ hielt im Arztbericht vom 18. Juli 2019 fest, trotz mehrfacher stationärer und teilstationärer psychiatrischer Therapien habe in den vergangenen sechs Jahren keine Verbesserung der depressiven Symptomatik erreicht werden können. Ein Arbeitsversuch im März in der Küche im G.\_\_\_\_ sei bereits nach wenigen Tagen aufgrund der schweren depressiven Symptomatik gescheitert. Die schwere depressive Symptomatik äussere sich in einem ausgeprägten Morgentief, welches einen allmorgendlichen pünktlichen Arbeitsantritt verunmögliche, einer ausgeprägten Tagesmüdigkeit und kognitiven Einschränkungen. Auch mit zusätzlichen medizinisch therapeutischen Verfahren sei nicht mit einer weiteren Verbesserung des Gesundheitszustandes zu rechnen. Die Prognose zur Arbeitsfähigkeit sei als infaust zu bezeichnen. Weitere Einschränkungen an jedwedem Arbeitsplatz entstünden durch die akzentuierte Persönlichkeitsstörung. Die Versicherte sei auch im Haushalt schwer beeinträchtigt, sodass der Ehemann fast sämtliche Aufgaben erfüllen müsse (IV-act. 228). Die IV-Ärztin Dr. F.\_\_\_\_ nahm am 27. Juli 2019 dazu Stellung, es sei eine psychiatrische Begutachtung notwendig (IV-act. 229).

**A.d.** Dr. B.\_\_\_\_ diagnostizierte in seinem Gutachten vom 16. März 2020 eine rezidivierende depressive Störung (ICD-10: F33) mit leichten und mittelschweren Episoden, gegenwärtig leichte Episode, anhaltende somatoforme Schmerzstörungen (ICD-10: F45.4), eine Valium-Abhängigkeit (ICD-10: F13.24/31) mit Krampfanfällen sowie eine Persönlichkeitsakzentuierung, kombiniert histrionisch emotional instabil vermeidend (ICD-10: Z73.1; IV-act. 242-33). Er kam zum Schluss, hinsichtlich der



schweren depressiven Episoden und der geltend gemachten vollumfänglichen Arbeitsunfähigkeit liege eine Aggravations-Symptomausweitung vor. Ein bewusstes Täuschungsverhalten könne nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit bestätigt werden, wohl aber sei im Rahmen von gegebener Persönlichkeitsakzentuierung und Aggravation ein Täuschungsverhalten vorhanden (IV-act. 242-46). In der angestammten (in der Heimat erlernten) Tätigkeit als Kindergärtnerin bestehe keine Arbeitsfähigkeit (IV-act. 242-43 f.). Die rezidivierend depressive Störung in Wechselwirkung mit der somatoformen Schmerzstörung, strukturellen Defiziten und Valium-Abhängigkeit wirkten sich über Leistungs- und Ausdauererminderung sowie eine Störung der Kontaktfähigkeit in diesem Bereich voll aus (IV-act. 242-44). Eine angepasste Tätigkeit - mit ausreichender Pausengestaltung bei einförmigen Tätigkeiten, am Einzelarbeitsplatz, mit bekannten Abläufen, ohne Freundlichkeitsdruck, ohne Bedienung technischer Geräte, ohne Mitsprachemöglichkeit, bei gut temperiertem Arbeitsplatz, ohne schwere körperliche Arbeit mit Lasten über 10 kg und ohne Schichtbetrieb - sei während sechs Stunden täglich ohne weitere Leistungseinschränkung (Gesamtarbeitsfähigkeit 75 %) zumutbar (IV-act. 242-44).

**A.e.** Die IV-Ärztin Dr. F.\_\_\_\_ befand am 26. März 2020, auf das Gutachten könne vollumfänglich abgestellt werden. Eine relevante Verschlechterung seit Juli 2015 sei weder in Bezug auf die Diagnosen noch die psychopathologischen Befunde aufgetreten. Auch sei es aufgrund des Funktionsniveaus zu keiner weiteren Einschränkung der Arbeitsfähigkeit gekommen. In Anbetracht der noch nicht ausgeschöpften therapeutischen Möglichkeiten sei von einer dauerhaften Arbeitsfähigkeit von 75 % auszugehen, sofern nicht mittel- bis schwergradige depressive Episoden als therapieresistent belegt würden (IV-act. 243).

**A.f.** Mit Vorbescheid vom 4. Mai 2020 gewährte die IV-Stelle der Versicherten das rechtliche Gehör zur vorgesehenen Abweisung des Leistungsbegehrens (IV-act. 250) und verfügte am 18. Juni 2020 entsprechend (IV-act. 253).

**B.**

**B.a.** Mit Beschwerde vom 1. Juli 2020 erklärt die Versicherte (nachfolgend: Beschwerdeführerin), sie sei mit der Verfügung vom 18. Juni 2020 nicht einverstanden. Aufgrund ihres psychiatrisch und körperlich desolaten Gesundheitszustandes sei sie zu



## St.Galler Gerichte

100 % arbeitsunfähig. Die psychischen Probleme hätten schon während ihrer Jugendzeit begonnen und sich im Erwachsenenalter verstärkt. Trotz mehrjähriger ambulanter Therapie habe sich ihr Gesundheitszustand nicht verbessert und sie habe das Gefühl, dass durch weitere medizinische oder stationäre Massnahmen keine gesundheitliche Verbesserung mehr erreicht werden könne (act. G 1).

**B.b.** Die Beschwerdeführerin stellt dem Versicherungsgericht am 5. August 2020 einen Bericht von Dr. C.\_\_\_\_ vom 24. Juli 2020 zu (act. G 4), welcher der Beschwerdegegnerin ebenfalls zur Kenntnis gebracht wird (act. G 5).

**B.c.** Mit Beschwerdeantwort vom 23. September 2020 beantragt die Beschwerdegegnerin, die Beschwerde sei abzuweisen. Die Beschwerdeführerin bringe ihre subjektive Krankheitsüberzeugung zum Ausdruck. Substantiiert begründete Kritik am Gutachten fehle. Der Bericht von Dr. C.\_\_\_\_ enthalte keine Angaben, wer welche Untersuchungen durchgeführt habe, welche Befunde erhoben und welche Funktionseinschränkungen festgestellt worden seien. Die diagnostizierte, erst im Entstehen begriffene Neuropathie habe bis zum Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung keine Arbeitsunfähigkeit bewirken können. Damit seien dem Schreiben von Dr. C.\_\_\_\_ keine relevanten Informationen zu entnehmen (act. G 6).

**B.d.** In ihrer Replik vom 2. November 2020 führt die Beschwerdeführerin aus, ihre Schmerzen hätten etwa im Jahr 2009 begonnen, als eine Aussenbiegung des Steissbeines sichtbar geworden sei. Durch die Observation hätten ihre Schmerzen nicht erkannt werden können. Sie sei damals mehr als üblich Auto gefahren, weil sie ihre Tochter im Spital besucht habe. Sie stehe da ohne Ausweg und finanzielle Hilfe (act. G 8). Mit der Rechtschrift reicht sie einen weiteren Bericht von Dr. C.\_\_\_\_ vom 27. Oktober 2020 ein (act. G 8.1).

**B.e.** Die Beschwerdegegnerin verzichtet am 2. Dezember 2020 auf eine Duplik (act. G 10).



### Erwägungen

#### 1.

**1.1.** Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) umschreibt Invalidität als voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit. Erwerbsunfähigkeit ist der durch die gesundheitliche Beeinträchtigung verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG).

**1.2.** Ein invalidenversicherungsrechtlich relevanter Gesundheitsschaden setzt eine auf objektivierten Beschwerden beruhende fachärztlich gestellte Diagnose nach einem wissenschaftlich anerkannten Klassifikationssystem voraus (BGE 141 V 289 E. 3.2). Erforderlich ist zudem, dass die geltend gemachten Beschwerden objektiviert werden können und sich auf die Arbeits- bzw. Erwerbsfähigkeit auswirken (vgl. BGE 143 V 427 E. 6). Für somatisch unklare Beschwerdebilder (somatoforme Schmerzstörung und gleichgestellte Diagnosen) und psychische Erkrankungen (wie namentlich Depressionen und Abhängigkeitserkrankungen) ist der Beweis nach dem strukturierten Verfahren mittels Indikatoren zu führen (vgl. dazu BGE 145 V 226 E. 6; BGE 143 V 429 E. 7.2; BGE 141 V 294 f., E. 3.5 f. und S. 298, E. 4.2). Insbesondere ist auf der Grundlage des strukturierten Beweisverfahrens zu ermitteln, ob und gegebenenfalls inwieweit sich ein fachärztlich diagnostiziertes Abhängigkeitssyndrom im Einzelfall auf die Arbeitsfähigkeit der versicherten Person auswirkt. Dabei kann und muss im Rahmen des strukturierten Beweisverfahrens insbesondere dem Schweregrad der Abhängigkeit im konkreten Einzelfall Rechnung getragen werden (BGE 145 V 215 E. 6.3 und E. 7 S. 228; Urteil des Bundesgerichts vom 17. Februar 2021, 8C\_701/2020. E. 4). Der Beweis für eine lang andauernde und erhebliche gesundheitsbedingte Arbeitsunfähigkeit kann nur dann als geleistet betrachtet werden, wenn die Prüfung der massgeblichen Beweisthemen im Rahmen einer umfassenden Betrachtung ein stimmiges Gesamtbild einer Einschränkung in allen Lebensbereichen (Konsistenz) für die Bejahung einer Arbeitsunfähigkeit zeigt (BGE 143 V 427, E. 6 a. E.).

**1.3.** Nach Art. 28 Abs. 2 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG; SR 831.20) besteht Anspruch auf eine ganze Invalidenrente, wenn die versicherte Person



mindestens zu 70 %, auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens zu 60 %, auf eine halbe Rente, wenn sie mindestens zu 50 %, und auf eine Viertelsrente, wenn sie mindestens zu 40 % invalid ist. Für die Bestimmung des Invaliditätsgrades wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Valideneinkommen, Art. 16 ATSG).

**1.4.** 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. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Fachperson begründet sind (BGE 125 V 352 E. 3a mit Hinweisen). Rechtsprechungsgemäss ist den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens gemäss Art. 44 ATSG eingeholten Gutachten von externen Spezialärzten und -ärztinnen, welche aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 137 V 227 E. 1.3.4; Urteil des Bundesgerichts vom 13. Februar 2019, 8C\_801/2018, E. 4.3).

**1.5.** Im Sozialversicherungsrecht gelten der Untersuchungsgrundsatz und der Grundsatz der freien Beweiswürdigung (Art. 61 lit. c ATSG). Verwaltung und Sozialversicherungsgericht haben von sich aus für die richtige und vollständige Abklärung des rechtserheblichen Sachverhaltes zu sorgen. Rechtserheblich sind alle Tatsachen, von deren Vorliegen es abhängt, ob über den streitigen Anspruch so oder anders zu entscheiden ist. In diesem Rahmen haben Verwaltungsbehörden und das Versicherungsgericht zusätzliche Abklärungen stets dann vorzunehmen oder zu



veranlassen, wenn hierzu aufgrund der Parteivorbringen oder anderer sich aus den Akten ergebenden Anhaltspunkte hinreichender Anlass besteht (Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, 4. Aufl., Bern/St. Gallen/Zürich 2020, Art. 61 N 107).

**1.6.** 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; BGE 125 V 193 E. 2, je mit Hinweisen).

## **2.**

**2.1.** Wurde eine Rente wegen eines zu geringen Invaliditätsgrades verweigert, so wird eine Neuansmeldung nach Art. 87 Abs. 3 i.V.m. Abs. 2 der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV; SR 831.201) geprüft. Danach ist im Gesuch glaubhaft zu machen, dass sich der IV-Grad in anspruchserheblicher Weise geändert hat. Tritt die IV-Stelle auf die Neuansmeldung ein, so klärt sie die Sache materiell ab und vergewissert sich, ob die glaubhaft gemachte Veränderung des Invaliditätsgrades auch tatsächlich eingetreten ist. Stellt sie fest, dass der Invaliditätsgrad nach Erlass der früheren rechtskräftigen Ablehnungsverfügung unverändert ist, so weist sie das Gesuch ab. Andernfalls prüft sie zunächst noch, ob die festgestellte Veränderung genügt, um eine anspruchsbegründende Invalidität zu bejahen, und beschliesst danach über den Anspruch. Im Beschwerdefall obliegt dieselbe materielle Prüfungspflicht dem Gericht (Urteil des Bundesgerichts vom 21. November 2018, 9C\_496/2018, E. 4.1 mit Hinweisen).

**2.2.** Zeitlicher Ausgangspunkt für die Beurteilung einer anspruchserheblichen Änderung des Invaliditätsgrades ist die letzte rechtskräftige Verfügung, welche auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs beruht (BGE 134 V 131 E. 3; 133 V 108; 130 V 71). Der Vergleichszeitraum für die Frage, ob eine rentenrelevante Veränderung des Sachverhalts glaubhaft ist - bzw. nach dem Eintreten, ob eine rentenrelevante Veränderung des Sachverhaltes mit überwiegender Wahrscheinlichkeit vorliegt -, erstreckt sich grundsätzlich bis zur Prüfung und Beurteilung des Gesuchs, d.h. bis zum Erlass der Verfügung betreffend die Neuansmeldung (BGE 130 V 71 E. 2.3 S. 73 und E. 3.2.4 S. 77; BGE 130 V 64 E. 2 und 3 S. 66). Bei gegebenem Revisionsgrund ist praxisgemäss für den Zeitpunkt der Revisionsverfügung bzw. Verfügung betreffend die Neuansmeldung in rechtlicher und tatsächlicher Hinsicht umfassend ("allseitig") neu zu prüfen (BGE 141 V 9 E. 2.3).



### 3.

**3.1.** Vorliegend ist die Beschwerdegegnerin (nachdem sie die zunächst erlassene Nichteintretensverfügung vom 13. Dezember 2018 am 30. April 2019 widerrufen hatte, vgl. IV-act. 204 und 214) auf das neue Gesuch vom 13. September 2018 (IV-act. 187) schliesslich eingetreten und hat eine psychiatrische (Verlaufs-)Begutachtung bei Dr. B.\_\_\_\_ in Auftrag gegeben, da sie eine massgebende Verschlechterung des Gesundheitszustandes für glaubhaft gemacht hielt (vgl. Stellungnahme der IV-Ärztin Dr. F.\_\_\_\_ vom 27. Juli 2019, IV-act. 229).

**3.2.** Die Verfügung vom 28. Juli 2015 (IV-act. 145), mit welcher ein Gesuch der Beschwerdeführerin letztmals abgewiesen wurde, wurde vom hiesigen Gericht im Urteil vom 11. Juni 2018 bestätigt (Verfahren IV 2015/258, IV-act 185). Es hielt das Gutachten von Dr. B.\_\_\_\_ vom 13. Juni 2014 sowie dessen unter Berücksichtigung der Ergebnisse der Observation abgegebene Einschätzung vom 23. Februar 2015 und die von diesem attestierte 75%ige Arbeitsfähigkeit für plausibel und weitere Abklärungen für nicht nötig und bestätigte die Abweisung des Rentenanspruches (IV-act. 185-16, E. 4.4).

**3.3.** Die Beschwerdeführerin macht geltend, ihr Gesundheitszustand habe sich in den letzten Monaten und Jahren deutlich verschlechtert. Sowohl psychiatrisch als auch körperlich befinde sie sich in einem desolaten Gesundheitszustand und sei zu 100 % arbeitsunfähig. Ihre psychischen Probleme hätten schon in ihrer Jugendzeit begonnen und sich im Erwachsenenalter verstärkt. Trotz mehrjähriger ambulanter Therapie hätten sich ihre Depressionen schwergradig verschlimmert. Sie reicht weitere Arztberichte ein, die teils auch somatische Diagnosen und Befunde enthalten (act. G 1). Weiter bringt sie auch vor, ihre Beschwerden bestünden seit dem Jahr 2009 und seien durch die damalige Observation nicht ausreichend zum Ausdruck gekommen (vgl. insbesondere die entsprechenden Ausführungen in der Replik vom 2. November 2020, act. G 8). Vorbringen, die sich auf den bereits damals vorliegenden, rechtskräftig beurteilten Gesundheitszustand beziehen, können in diesem Verfahren nicht mehr geprüft werden. Einzig massgeblich ist die Entwicklung des Sachverhaltes vom 28. Juli 2015 bis zum Erlass der vorliegend angefochtenen Verfügung vom 18. Juni 2020.

### 4.

**4.1.** Medizinische Grundlage der angefochtenen Verfügung bilden insbesondere die Stellungnahme der IV-Ärztin vom 27. Juli 2019, IV-act. 229, sowie das psychiatrische Gutachten von Dr. B.\_\_\_\_ vom 16. März 2020 (IV-act. 243).



**4.2.** Die Beschwerdeführerin macht zwar geltend, sich auch körperlich in einem desolaten Zustand zu befinden, wurde jedoch ausschliesslich psychiatrisch begutachtet, da für die IV-Ärztin gemäss den aktualisierten medizinischen Akten keine relevante und anhaltende Verschlechterung auf somatischem Gebiet nahegelegen hatte. Die IV-Ärztin hielt fest, zum chronischen lumbalen Schmerzsyndrom würden im Bericht von Dr. C.\_\_\_\_ vom 21. Mai 2019 keine objektiven Befunde aufgeführt. Es dürfe somit davon ausgegangen werden, dass diesen Schmerzen kein somatisches Leiden mit relevanter und anhaltender Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit zugrunde liege (Stellungnahme vom 27. Juli 2019, IV-act. 229).

**4.3.** Vorab ist deshalb zu prüfen, ob die Beschwerdegegnerin zu Recht auf weitergehende Abklärungen betreffend die geltend gemachten somatischen Leiden verzichtet hat und der Sachverhalt hinsichtlich der übrigen medizinischen Fachgebiete ausreichend abgeklärt ist.

**4.3.1.** Mit MRI vom 20. August 2013 wurden degenerative Veränderungen cervical und lumbal sowie eine flachbogige Hernie ohne neurale Kompression erhoben; weiter wurde ein chronisches lumbospondylogenes Schmerzsyndrom bzw. ein chronifiziertes Schmerzsyndrom nach Gerbershagen, Stadium III, diagnostiziert (vgl. Bericht Dr. C.\_\_\_\_ vom 7. April 2016, IV-act. 164; Bericht Schmerzzentrum des KSSG vom 5. Februar 2018, IV-act. 189). Die Klinik für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates des Spitals D.\_\_\_\_ führte im Bericht vom 27. Dezember 2017 aus, die bildgebenden Befunde vom November 2017 seien weitestgehend unverändert zum Ganzkörper-MRT des Jahres 2013 (IV-act. 190). Im Bericht vom 5. Februar 2020 führte die behandelnde Ärztin des Schmerzzentrums aus, sie habe die Beschwerdeführerin zuletzt vor zwei Jahren gesehen. Aktuell zeige sie ein unverändertes Schmerzbild. Hinzugekommen sei eine deutliche Verschlechterung der psychischen Situation. Das Bild habe sich klinisch nicht verändert im Vergleich zu vor zwei Jahren (IV-act. 189). Dr. med. H.\_\_\_\_, Facharzt für u.a. Neurologie, hielt im Bericht vom 13. August 2020 fest, die Beschwerdeführerin habe ihn am 9. Juli 2020 erstmals konsultiert und berichtet, inzwischen verspüre sie Kraftlosigkeit und nachts ein Kribbeln in den Beinen. Die geringen degenerativen Veränderungen tieflumbal seien nur gering progredient zu 2013, weiterhin ohne Nachweis einer Neurokompression. Es bestünden keine Zeichen einer aktivierten Arthrose lumbal und der ISG beidseits. In der klinischen Untersuchung finde sich eine sehr geringe sensible Stand- und Gangataxie bei elektroneurographisch nachgewiesener überwiegend sensibler axonaler und leicht demyelisierender Neuropathie ungeklärter Genese, wobei die elektroneurographischen Messungen zusätzlich ein Übergreifen der Neuropathie auf das motorische System nahelegen und



Hinweise auf eine rechtsseitige Schädigung des sensiblen Anteils des N. medianus im Karpaltunnel geben würden. Er gehe von einem Restless legs-Syndrom (als Hauptdiagnose) und von einer neuropathischen Nervenschädigung ungeklärter Genese aus (act. G 8.2).

**4.3.2.** Die später gestellten neurologischen Diagnosen eines beginnenden Karpaltunnelsyndroms rechts und einer leichten bzw. im Entstehen begriffenen axonalen Neuropathie werden zwar im Bericht von Dr. C.\_\_\_\_ vom 24. Juli 2020 (act. G 4) erwähnt und in demjenigen von Dr. H.\_\_\_\_ vom 13. August 2020 diskutiert (act. G 8.2), fanden jedoch nicht mehr Eingang in den Bericht von Dr. C.\_\_\_\_ vom 27. Oktober 2020, wo zudem ausgeführt wurde, im Vordergrund stehe die psychische Erkrankung (act. G 8.1). Dr. H.\_\_\_\_ erwähnte als Vorbefunde vom 29. März 2017 ein von Dr. I.\_\_\_\_, Fachärztin für Neurologie erhobenes leichtgradiges Karpaltunnelsyndrom rechts sowie den Verdacht auf ein Restless legs-Syndrom. Es handelt sich diesbezüglich demnach um Befunde, die schon seit längerem bestehen und bislang kein Anlass zur Behandlung gaben. Auch aktuell sah die Beschwerdeführerin von einer Behandlung mit dem Medikament Adartel mit Blick auf eine mögliche Einschränkung der Fahrtauglichkeit ab (act. G 8.2), was auf einen eher geringen Leidensdruck durch die Restless legs-Symptomatik hindeutet.

**4.3.3.** Aufgrund der Geringfügigkeit der somatischen Befunde, der vom Schmerzzentrum berichteten Konstanz der klinischen Befunde sowie der guten Behandelbarkeit der jüngsten Leiden ist gemäss Gesagtem mit der IV-Ärztin davon auszugehen, dass sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin in somatischer Hinsicht im relevanten Zeitraum nicht massgeblich verschlechtert hat. Die Beschwerdeführerin wurde aufgrund der rein somatischen Beschwerden denn auch nie krankgeschrieben. Gesamtbetrachtend durfte somit die Beschwerdegegnerin von einer neurologischen und/oder orthopädischen Begutachtung absehen bzw. ist eine solche auch nicht nachzuholen.

## 5.

**5.1.** Es bleibt zu prüfen, ob das psychiatrische Verlaufsgutachten von Dr. B.\_\_\_\_ vom 16. März 2020 beweistauglich ist und ob sich eine Veränderung des psychiatrischen Gesundheitszustandes ergeben hat.

**5.2.** Der psychiatrische Gutachter schilderte die Beschwerdeführerin im Befund psychomotorisch ungeduldig, angespannt. Der Antrieb sei nicht beeinträchtigt. Die Beschwerdeführerin zeige sich über Fragen nach ihrer Familie reizbar, sei im Affekt während der gesamten Untersuchung sehr lebhaft, wechselnd klagsam, vorwurfsvoll,



reizbar, stimmungsindestabil (IV-act. 242-24). Gemäss ICD-10 seien die Diagnosekriterien für eine leichte depressive Episode erfüllt (dargelegt in IV-act. 242-33 f.). Zur Diagnose der anhaltend somatoformen Schmerzstörung führte der Gutachter aus, unverändert seien funktionelle Störungen vorhanden mit vorwiegender Schmerzäusserung am Rücken, oberen Brustbereich, Bauch, verbunden mit Übelkeit, Erbrechen, und gebückter Körperhaltung. Es bestehe ein schwerwiegender, in sich verfestigter, entscheidender und für die Schmerzstörung ursächlicher neurotischer Konflikt mit Wunsch nach unbeeinträchtigtter Lebensführung, aber nicht vorhandener Anstrengungsbereitschaft hinsichtlich Gesundheitsmassnahmen, Interessenspflege oder einschleichendem Training von Tagesstruktur und Arbeitstraining (IV-act. 242-34). Zur Persönlichkeitsakzentuierung hielt er fest, in der Anamnese der letzten fünf Jahre, in der klinischen Beobachtung während der mehrtägigen Testungen sowie anhand der Testergebnisse sei auf eine durchgängig sehr vermeidende, emotional instabile, passiv aggressive und willentlich symptomverstärkende Verhaltensweise hinsichtlich Arbeit, soziale Kontakte und Verantwortungsübernahme für sich selbst zu schliessen (IV-act. 242-25 f.). Ein Vermeidungsverhalten hinsichtlich Ausbildung, Spracherwerb, und kontinuierlicher Beschäftigungslage in der Entwicklung sei durchgängig beschrieben (IV-act. 242-35). Klinisch und testpsychologisch übereinstimmend bestehe keine Persönlichkeitsstörung, zu bestätigen sei jedoch eine vermeidend histrionische Persönlichkeitsakzentuierung (IV-act. 242-25 f.).

**5.3.** Zur Ausprägung der depressiven Symptome befand der Gutachter, Interessen, Freudlosigkeit, Desinteresse und Ausdauer seien gegenüber dem Referenzzeitpunkt gleichbleibend vorhanden bzw. vermindert (IV-act. 242-33). Die funktionellen Auswirkungen der somatoformen Schmerzstörung im Sinne von Mobilitätshemmung, Ausdauerhemmung und Belastung sozialer Beziehungen seien gering bis mässig (IV-act. 242-34). Die Valium-Medikation bzw. Abhängigkeit führe zu kontinuierlichen On Off Phänomenen und Wirkungsverlust u.a. mit Krampfanfällen als Komplikation und in Frage zu stellender Fahreignung (IV-act. 242-36 f.). Nach der ICF APP zeigten sich keine bis geringe Einschränkungen hinsichtlich Einhaltung von Regeln und Routineplanung und Strukturierungsfähigkeit, Flexibilität und Umstellungsfähigkeit, Kompetenz- und Wissensanwendungen, Entscheidungs- und Urteilsfähigkeit, Gruppenfähigkeit, sowie der Fähigkeit zu dyadischen Beziehungen. Leichte bis mässige Einschränkungen seien vorhanden in der Widerstands- und Durchhaltefähigkeit, in der Selbstbehauptung, hinsichtlich der Pro- und Spontanaktivität, in Konversation und Kontaktfähigkeit zu Dritten, in der Selbstpflege und in der Mobilität und Verkehrsfähigkeit (IV-act. 242-31 ff., 40). Hinsichtlich der funktionellen Auswirkungen zeige sich (somit) wiederum nur ein leichter bis mässiger



Ausprägungsgrad, ausgenommen eines mittelgradigen bzw. mässig ausgeprägten Beeinträchtigungsgrades in der Durchhaltefähigkeit (Schmerzen) und Konversations- und Kontaktfähigkeit (Klagsamkeit) sowie in der Verkehrsfähigkeit (Valiumabusus; IV-act. 242-36).

**5.4.** Bezüglich der Persönlichkeit werde eine histrionische und vermeidende niederstrukturierte Konstitution mit niedrigem Organisationsgrad hinsichtlich Identität, Abwehr, Aggression und Mangel an internalisierten Werten deutlich (IV-act. 242-35).

**5.5.** Der Gutachter legte weiter dar, es bestehe keine durchgängige antidepressive oder konsequente stationäre Behandlung (IV-act. 242-34). Seit 2015 sei keine stationäre oder tagesklinische psychiatrische Behandlung aktenkundig (IV-act. 242-37). Gemäss med. pract. E.\_\_\_\_ fanden im Jahr 2018 etwa 10 und im Jahr 2019 21 ganztägige Therapiesitzungen bei ihm statt (IV-act. 242-29 f.). Dazu hält der Gutachter nachvollziehbar fest, die Therapie sei für eine schwere Depression bezüglich Medikation, iatrogenem Valium-Abusus und fehlender stationärer Therapie nicht lege artis (IV-act. 242-39). Es sei auch nicht nachvollziehbar, dass med. pract. E.\_\_\_\_ in Anbetracht des von ihm beschriebenen schwer depressiven, infausten Endzustandes auf eine labormedizinische Überprüfung der Medikamenteneinnahme verzichtet habe. Es fehle zudem eine Koordination der Behandlung mit der Hausärztin (IV-act. 242-37; vgl. auch IV-act. 242-27). Der Leidensdruck sei unter Berücksichtigung der histrionischen Ausformung und Darstellung als gering bis mässig zu beurteilen (IV-act. 242-43).

**5.6.** Gemäss dem Gutachter gestaltete sich die Anamneseerhebung trotz Übersetzung äusserst schwierig und mühevoll; die Angaben der Beschwerdeführerin waren durchgängig sehr ungenau und nur durch langes Nachfragen präzisierbar (IV-act. 242-16, 40). Ein Symptomvalidierungstest ergab, dass sich die Beschwerdeführerin wenig angestrengt und möglicherweise willentlich ihr Testergebnis schlecht dargestellt habe (IV-act. 242-54). Zur Konsistenz führte der Gutachter weiter aus, diese sei hinsichtlich der Inanspruchnahme therapeutischer Massnahmen grundsätzlich gering (vgl. IV-act. 242-34). Hier besteht Übereinstimmung mit den fremdanamnestischen Angaben von med. pract. E.\_\_\_\_, der sich gegenüber dem Gutachter dahingehend äusserte, die Beschwerdeführerin habe eine Rentenneurose und die Depression sei nicht sehr schwer, aber sie verhalte sich demonstrativ nervend gegenüber jeder Person und ihrer Familie (IV-act. 242-29). Sie komme alle zwei Wochen agitiert-depressiv zu ihm und klage mit viel Druck aggressiv ihre Leiden. Den Haushalt bewältige sie mit wenig Hilfe, sicher zu 50 %, selbständig (IV-act. 242-30). Diese Aussage ist völlig inkonsistent zu seinen Berichten, wonach die



Beschwerdeführerin aufgrund eines schwer depressiven Endzustandes andauernd vollständig arbeitsunfähig sei. Auch fällt in diesem Zusammenhang auf, dass med. pract. E. \_\_\_ im Arztbericht vom 18. Juli 2019 festhielt, ein Arbeitsversuch in einem G. \_\_\_ sei aufgrund der schweren depressiven Symptomatik bereits nach wenigen Tagen gescheitert (IV-act. 228). Die Beschwerdeführerin gab anlässlich der Begutachtung an, während drei Monaten von Montag bis Freitag während drei Stunden täglich dort gearbeitet zu haben (fälschlicherweise entsprechend acht Stunden wöchentlich; vgl. IV-act. 242-19), was eine Fremdanamnese beim Vorgesetzten bestätigte. Dieser führte aus, die Arbeitsleistung sei tadellos gewesen, die Beschwerdeführerin habe nicht so schnell gearbeitet wie andere Mitarbeitende, aber keine ersichtlichen Krankheitszeichen gezeigt oder beklagt. Die Krankschreibung sei - gleich wie bei ihrer ebenfalls im Betrieb arbeitenden Tochter - unvermittelt erfolgt (IV-act. 242-28). Die Beschwerdeführerin machte indes geltend, sie habe unter Krämpfen gelitten und Hilfe benötigt. Selbst leichte Arbeiten wären ihr schwergefallen. Sie sei zu langsam gewesen und schliesslich sei "es nicht mehr gegangen" (IV-act. 242-19). Der Gutachter hielt sodann fest, dass die Tochter der Beschwerdeführerin ein eingeschränkteres Funktionsniveau schildere als diese selbst (IV-act. 242-29). Entgegen den von der Beschwerdeführerin dargestellten Veränderungen lasse sich keine weitergehende Veränderung in den sozialen Kontakten ausmachen. Die Beschwerdeführerin habe weiterhin regen sozialen Kontakt innerhalb der Familie und mit Besuchern und nehme an den ausserhäuslichen Aktivitäten (Einkäufe, Arztbesuche, Urlaube, selbständiges Autofahren für Erledigungen) weiterhin teil (IV-act. 242-43). Aufgrund der vorhandenen Inkonsistenzen ist eine Symptomausweitung oder Aggravation nachvollziehbar. Der Gutachter äusserte sich dahingehend, ein bewusstes Täuschungsverhalten könne nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit bestätigt werden, wohl aber sei im Rahmen von gegebener Persönlichkeitsakzentuierung und Aggravation ein Täuschungsverhalten vorhanden (IV-act. 242-46). In diesen Zusammenhang sind auch seine Aussagen zu stellen, es bestehe eine histrionische Verzerrung der Testergebnisse hinsichtlich der Schwere der Depression (IV-act. 242-34), und die Schmerzen seien bedingt durch die komorbid vorhandene depressive Störung und die Persönlichkeitsakzentuierung nicht überwindbar (IV-act. 242-34).

**5.7.** Das Gutachten beruht auf ausserordentlich umfangreichen Abklärungen, insbesondere Testungen und Anamnesen. Angaben und Befunde werden vollständig und nachvollziehbar gewürdigt. Insbesondere berücksichtigt der Gutachter einerseits die Unzulänglichkeiten der Behandlung beziehungsweise deren fehlende Adäquanz zu einer schweren Depression und andererseits den Umstand, dass das Verhalten der



Beschwerdeführerin teilweise ihrer Persönlichkeit zuzuschreiben ist. Die gestellten Diagnosen, die genannten Adaptionskriterien (vgl. Sachverhalt A.d) sowie die attestierte Arbeitsfähigkeit von 75 % erscheinen in Anbetracht dessen und mit Blick auf die Situation im Zeitpunkt der Verfügung vom 28. Juli 2015 einleuchtend. Die IV-Ärztin würdigte das Gutachten in ihrer Stellungnahme vom 26. März 2020 zudem ausführlich, kam ebenfalls zum Schluss, dass auf dieses abgestellt werden könne und bestätigte gesamthaft, dass sich keine relevante und anhaltende Veränderung des Gesundheitszustandes ergeben habe. Weder in diagnostischer Hinsicht noch auf Befundebene oder bezüglich des Funktionsniveaus seien versicherungsmedizinisch relevante Veränderungen eingetreten. Wegen der andauernden, belegten Valium-Abhängigkeit mit neu aufgetretenen Symptomen wie Krämpfen, Panikattacken und Schweissausbrüchen werde aus gutachterlicher Sicht die Überprüfung der Fahreignung empfohlen. In diesem Zusammenhang sei zu betonen, dass es sich bei den neu berichteten Symptomen um eine im Rahmen der langjährigen Valium-Abhängigkeit stehende Symptomatik und nicht um ein eigenständiges Krankheitsbild handle (IV-act. 243).

### 6.

**6.1.** Es verbleibt, den Invaliditätsgrad der Beschwerdeführerin zu bestimmen.

**6.2.** Die Beschwerdeführerin absolvierte in ihrer Heimat eine zweijährige Ausbildung zur Kindergärtnerin und arbeitete in der Schweiz bis zur Geburt ihrer Tochter und in den Jahren 1998 bis 2010 an verschiedenen Stellen als Küchenhilfe in Restaurants, in der Produktion und im Hausdienst (IV-act. 97-13 f.), wobei die verrechneten Einkommen auf einen geringen Beschäftigungsgrad schliessen lassen (Auszug aus dem individuellen Konto [IK], IV-act. 59). Insoweit ist nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin mangels einer zuverlässigen Validenbasis einen so genannten Prozentvergleich vorgenommen und ohne Tabellenlohnabzug einen Invaliditätsgrad von 25 % ermittelt hat (IV-act. 250-5). Um einen rentenbegründenden Invaliditätsgrad von 40 % zu erreichen, wäre demnach ein Tabellenlohnabzug von 20 % erforderlich.

**6.3.** Nach der Rechtsprechung können die statistischen Löhne um bis zu 25 % gekürzt werden, um dem Umstand Rechnung zu tragen, dass versicherte Personen mit einer gesundheitlichen Beeinträchtigung in der Regel das durchschnittliche Lohnniveau nicht erreichen (RKUV 1999 Nr. U242 S. 412 E. 4b/bb) bzw. ihre Restarbeitsfähigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt nur mit einem unterdurchschnittlichen erwerblichen Erfolg zu verwerten in der Lage sind. Dabei handelt es sich um einen allgemeinen behinderungsbedingten Abzug (BGE 146 V 16 E. 4.1). Nach der Rechtsprechung hängt



die Frage, ob und in welchem Ausmass Tabellenlöhne herabzusetzen sind, von sämtlichen persönlichen und beruflichen Umständen - auch von invaliditätsfremden Faktoren - des konkreten Einzelfalles ab (namentlich leidensbedingte Einschränkung, Alter, Dienstjahre, Nationalität/Aufenthaltskategorie und Beschäftigungsgrad), die nach pflichtgemäsem Ermessen gesamthaft zu schätzen sind. Eine schematische Vornahme des Leidensabzuges ist unzulässig (BGE 126 V 79 E. 5b, bestätigt in AHl 2002 S. 62 und BGE 129 V 481 E. 4.2.3 mit Hinweisen). Die Rechtsprechung gewährt insbesondere dann einen Abzug auf dem Invalideneinkommen, wenn eine versicherte Person selbst im Rahmen körperlich leichter Hilfsarbeitertätigkeit in ihrer Leistungsfähigkeit eingeschränkt ist (BGE 146 V 16 E. 4.1). Sind hingegen leichte bis mittelschwere Arbeiten zumutbar, ist allein deswegen auch bei eingeschränkter Leistungsfähigkeit noch kein Abzug gerechtfertigt, weil der Tabellenlohn Kompetenzniveau 1 bereits eine Vielzahl von leichten und mittelschweren Tätigkeiten umfasst (Urteil des Bundesgerichts vom 22. März 2017, 8C\_805/2016, E. 3.4.2).

**6.4.** Vorliegend sind sämtliche gesundheitlichen Einschränkungen mit der Arbeitsfähigkeitsschätzung berücksichtigt. Mangelnde Sprachkenntnisse rechtfertigen nach der bundesgerichtlichen Rechtsprechung keinen Tabellenlohnabzug, da für Hilfsarbeiten keine (guten) Kenntnisse der deutschen Sprache erforderlich sind (Urteile des Bundesgerichts vom 19. Februar 2020, 9C\_550/2019, E. 4.8 und vom 25. Oktober 2018, 9C\_898/2017, E. 3.4). Gründe für einen Tabellenlohnabzug in der für einen Rentenanspruch notwendigen Höhe sind weder ersichtlich noch werden sie geltend gemacht. Demnach bleibt es gemäss vorstehenden Erwägungen bei der Abweisung des Rentenanspruches.

## 7.

**7.1.** Nach dem Gesagten ist die Beschwerde abzuweisen.

**7.2.** 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<sup>bis</sup> IVG). Eine Gerichtsgebühr von Fr. 600.-- erscheint in der vorliegend zu beurteilenden Angelegenheit als angemessen. Dem Ausgang des Verfahrens entsprechend ist sie vollumfänglich der Beschwerdeführerin aufzuerlegen und durch den von ihr geleisteten Kostenvorschuss von Fr. 600.-- gedeckt.

## Entscheid



im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP

**1.**

Die Beschwerde wird abgewiesen.

**2.**

Die Beschwerdeführerin hat eine Gerichtsgebühr von Fr. 600.-- zu bezahlen; diese ist durch den in gleicher Höhe geleisteten Kostenvorschuss gedeckt.