



**Fall-Nr.:** IV 2013/270  
**Stelle:** Versicherungsgericht  
**Rubrik:** IV - Invalidenversicherung  
**Publikationsdatum:** 11.05.2020  
**Entscheiddatum:** 16.03.2015

### **Entscheid Versicherungsgericht, 16.03.2015**

**Art. 28 IVG. Rentenanspruch. Würdigung Gutachte. Gutachten beweiskräftig. Kein Tabellenlohnabzug. Kein rentenbegründender Invaliditätsgrad (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 16. März 2015, IV 2013/270).**

Präsidentin Lisbeth Mattle Frei, Versicherungsrichterinnen Karin Huber-Studerus

und Marie-Theres Rüegg Haltinner; Gerichtsschreiber Daniel Furrer

#### **Entscheid vom 16. März 2015**

in Sachen

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

**Beschwerdeführerin,**

vertreten durch Rechtsanwalt lic. iur. Rainer Braun, Oberdorfstrasse 6, Postfach 29,  
8887 Mels,

gegen

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

**Beschwerdegegnerin,**

betreffend

**Rente**



### Sachverhalt:

A.

A.a A.\_\_\_\_ meldete sich am 15. August 2011 wegen Fersen-Schmerzen und einer Depression zum Bezug von IV-Leistungen an (IV-act. 1). Die Versicherte arbeitete zuletzt vom 8. November 2010 bis 9. Mai 2011 (letzter effektiver Arbeitstag: 31. Dezember 2010) als Produktionsmitarbeiterin Verpackung bei der B.\_\_\_\_ AG (IV-act. 6).

A.b Im Bericht der Klinik für Chirurgie und Orthopädie, Spital C.\_\_\_\_, vom 28. Februar 2011 wurde ein Fersensporn beidseits, aktuell links symptomatisch, diagnostiziert. Es wurde eine Stosswellen-Therapie bei Dr. med. D.\_\_\_\_, FMH Physikalische Medizin und Rehabilitation, Manuelle Medizin, empfohlen (IV-act. 12-4). Im Arztbericht vom 21. März 2011 gab Dr. D.\_\_\_\_ an, dass sie die Versicherte schon 2007 wegen den gleichen Beschwerden behandelt habe. Nach lokalen Infiltrationen sei es zu einer Besserung gekommen. Die Versicherte habe eine erneute Therapie mit Infiltration nicht gewünscht und eine Stosswellentherapie habe nicht durchgeführt werden können, da sie auch die minimale Energie nicht ertragen habe (IV-act. 11). Anlässlich des Telefongesprächs zwischen dem RAD-Arzt Dr. med. E.\_\_\_\_, Facharzt für innere Medizin FMH, und Dr. D.\_\_\_\_ vom 23. August 2011 gab diese bei den Diagnosen zusätzlich zur Fascitis plantaris links ein Impingement der linken Schulter (deutlich gebessert nach einer Infiltrationstherapie) an. Bezüglich der Fersenschmerzen attestierte sie der Versicherten eine Arbeitsunfähigkeit in der bisherigen stehenden Tätigkeit als Packerin. In einer wechselbelastenden, vorwiegend im Sitzen ausgeübten Tätigkeit sei die Versicherte ab dem 15. September 2011 in einem 50%igen, im Verlauf von zwei bis drei Monaten steigerbaren Pensum wieder arbeitsfähig (IV-act. 12).

A.c Im Arztbericht vom 6. Januar 2012 diagnostizierte med. prakt. F.\_\_\_\_, Assistenzarzt, Psychiatrie-Zentrum G.\_\_\_\_, eine mittelgradige bis schwere depressive Episode (ICD-10: F33.11), eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10: F45.4) sowie den Verdacht auf eine generalisierte Angststörung (ICD-10: F41.1) und attestierte eine Arbeitsunfähigkeit von 100% für sämtliche Tätigkeiten seit Behandlungsbeginn am 30. August 2011 (IV-act. 21).



## St.Galler Gerichte

A.d Im Verlaufsbericht vom 17. Januar 2012 attestierte Dr. D.\_\_\_\_ der Versicherten eine Arbeitsfähigkeit von 100% für sitzende Tätigkeiten (IV-act. 22). Im undatierten Arztbericht (Eingang bei der IV-Stelle: 6. März 2012) diagnostizierte Dr. med. H.\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Medizin FMH einen deprimierten Verstimmungszustand mit häufigen Panikattacken, eine arterielle Hypertonie mit hypertensiver Entgleisung und Diabetes mellitus Typ II. Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit diagnostizierte er eine somatoforme Angststörung. Er attestierte der Versicherten eine Arbeitsunfähigkeit von 100% (IV-act. 27).

A.e Am 2. März 2012 erfolgte eine notfallmässige Selbstvorstellung der Versicherten im Spital C.\_\_\_\_ bei Blutdruckentgleisung und thorakalen Schmerzen. Auf dem Notfall sei es zu einer spontanen Normalisierung des Blutdruckes gekommen und nach einmaliger Gabe von 20 Tropfen Novalgin hätten sich die Beschwerden gebessert. Die Versicherte habe eine arterielle Blutgasanalyse und eine stationäre Überwachung zur Abklärung abgelehnt und sei gegen den ärztlichen Rat entlassen worden (IV-act. 29-4 ff.).

A.f Im Verlaufsbericht vom 6. Juli 2012 berichtete Dr. H.\_\_\_\_ über eine Verschlechterung des Gesundheitszustands und führte die somatoforme Angststörung neu als Diagnose mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit auf (IV-act. 29). Im Verlaufsbericht vom 16. August 2012 berichtete med. prakt. F.\_\_\_\_ von einer Verbesserung des Gesundheitszustandes (leichtgradige Stabilisierung im Sinn einer Stimmungsaufhellung) bei unveränderter Diagnose. Er attestierte der Versicherten weiterhin eine Arbeitsunfähigkeit von 100% (IV-act. 31).

A.g Im von der IV-Stelle in Auftrag gegebenen polydisziplinären Gutachten des Swiss Medical Assessment and Business-Center vom 23. Januar 2013 (SMAB-Gutachten) diagnostizierten die Experten mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine leichte bis mittelschwere depressive Episode (ICD-10: F32.1), ein generalisiertes Weichteilschmerzsyndrom mit Dekonditionierung und eine Plantarfaszitis bei plantarem Fersensporn links. Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit diagnostizierten sie eine Diabetes mellitus Typ 2, eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10: F45.4), eine arterielle Hypertonie, eine Osteopenie sowie Übergewicht. In der bisherigen Tätigkeit attestierten die Experten der Versicherten eine Arbeitsfähigkeit von



0%. Eine Verweistätigkeit (leichte und mittelschwere körperliche Arbeiten einfacher geistiger Art mit geringen Verantwortungsbereichen ohne besonderen Zeitdruck und ohne Nachtarbeitsbedingungen) könne die Versicherte 8.5 Stunden täglich mit 30% Minderung der Leistungsfähigkeit ausüben, es bestehe somit eine Arbeitsfähigkeit in der Grössenordnung von 70% (IV-act. 41). Der RAD-Arzt Dr. E.\_\_\_\_ beurteilte das SMAB-Gutachten als umfassend, kohärent und widerspruchsfrei. Die im Konsens zwischen den beteiligten Fachspezialisten ausgearbeitete Beurteilung werde klar ersichtlich und die Schlussfolgerungen hinsichtlich der IV-relevanten Fragen könnten plausibel nachvollzogen werden (Aktennotiz vom 31. Januar 2013, IV-act. 42).

A.h Mit Vorbescheid vom 11. Februar 2013 stellte die IV-Stelle der Versicherten die Abweisung des Leistungsbegehrens in Aussicht. Ausgehend von einer Arbeitsfähigkeit von 70% resultiere anhand des durchgeführten Einkommensvergleichs ein Invaliditätsgrad von 27% (IV-act. 45).

A.i Mit Einwand vom 5. April 2013 machte die Versicherte geltend, dass das SMAB-Gutachten sowohl bei der Diagnosestellung als auch bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit den Angaben des Psychiazentrums G.\_\_\_\_ diametral widerspreche (IV-act. 51). Im nachgereichten Befundbericht vom 5. April 2013 führte med. prakt. F.\_\_\_\_ aus, dass die Versicherte weiterhin die diagnostischen Kriterien für das Vorliegen einer schweren depressiven Episode erfülle. Bei der Durchsicht des psychiatrischen Teils der Begutachtung seien wesentliche Mängel aufgefallen. Es sei der Eindruck entstanden, dass weder sorgfältig noch systematisch gearbeitet worden sei und dass klar definierte Regeln zur Diagnosefindung nicht eingehalten worden seien. Zudem sei die diagnostizierte Panikstörung derart ausgeprägt, dass eine eigenständige Diagnose mit Krankheitswert vorliege und die Symptome nicht als Bestandteil der Depression zu subsumieren seien (IV-act. 54).

A.j In einer Stellungnahme vom 29. April 2013 äusserten sich die Experten der SMAB zu den Vorwürfen dahingehend, dass die Befunderhebung nach den Standards des psychiatrischen Fachgebietes erhoben und entsprechend AMDP dokumentiert worden seien. Wenn die behandelnden Ärzte von einer schweren depressiven Episode ausgingen, so würden sie sich offenbar im Wesentlichen auf die subjektiven Beschwerden der versicherten Person stützen und würden es jedoch unterlassen,



diese auf der Befundebene zu verifizieren. Sie gelangten daher – fehlerhaft – zu einer gravierenderen Einschätzung des Schweregrades der psychischen Störung.

Hinsichtlich der Panikstörung sei festzuhalten, dass der ICD-10 klar feststelle, dass die Panikstörung nicht als Hauptdiagnose verwendet werden solle, wenn die betroffene Person bei Beginn der Panikattacken an einer depressiven Störung leide.

Zusammenfassend lasse sich festhalten, dass sich aus der Kritik der behandelnden Ärzte an dem vorliegenden Gutachten keine neuen Aspekte ergeben würden, welche eine Abänderung der gutachterlichen Einschätzung begründen könnten (IV-act. 57). Dieser Beurteilung schloss sich RAD-Arzt. Dr. E.\_\_\_\_ an (IV-act. 58).

A.k Mit Verfügung vom 21. Mai 2013 wies die IV-Stelle das Leistungsbegehren entsprechend dem Vorbescheid ab (IV-act. 59).

B.

B.a Gegen diese Verfügung richtet sich die vorliegend zu beurteilende Beschwerde vom 19. Juni 2013. Die Beschwerdeführerin beantragt unter Kosten- und Entschädigungsfolge die Aufhebung der Verfügung vom 21. Mai 2013 und die Zusprechung einer Invalidenrente ab Januar 2012. Sie begründet dies im Wesentlichen damit, dass nicht auf die Beurteilung des SMAB-Gutachtens abgestellt werden könne, sondern die Angaben des Psychiatrie-Zentrums G.\_\_\_\_ medizinisch massgebend seien, wonach eine Arbeitsunfähigkeit von 100% bestehe. Allenfalls sei die Frage der psychiatrischen Diagnosen und deren Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit von einem neutralen Gutachter zu klären. Zudem sei beim Einkommensvergleich ein Leidensabzug vorzunehmen (act. G 1).

B.b Mit Beschwerdeantwort vom 23. August 2013 beantragt die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde. Insgesamt vermöge der Bericht des Psychiatrie-Zentrums G.\_\_\_\_ nicht, am Gutachten Zweifel zu wecken oder gar die Angaben im Gutachten zu widerlegen und selbst zu überzeugen. In Bezug auf die Angaben der Behandler sei festzuhalten, dass diese in erster Linie als Therapeuten agieren würden und ihre Stellungnahmen dadurch geprägt seien. Es könne ohne weiteres auf das SMAB-Gutachten abgestellt werden. Zudem sei das im Gutachten diagnostizierte generalisierte Weichteilschmerzsyndrom unter der Rechtsprechung zur Fibromyalgie



und somit unter den Grundsätzen der somatoformen Schmerzstörung zu würdigen. Die leichte depressive Episode erfülle das Kriterium der psychiatrischen Komorbidität von erheblicher Schwere und Dauer nicht. Auch die Foerster-Kriterien seien nicht hinreichend erfüllt. Aufgrund der aktuell geltenden Rechtsprechung müsse daher das Vorliegen eines invalidisierenden Gesundheitsschadens verneint werden und die Verfügung sei im Ergebnis zu schützen (act. G 3).

B.c Mit Replik vom 19. September 2013 hält die Beschwerdegegnerin unverändert an ihrer Beschwerde fest (act. G 8). Der Replik war ein Schreiben des Psychiatrie-Zentrums G.\_\_\_\_ beigelegt, in welchem erneut verschiedene Mängel am SMAB-Gutachten geltend gemacht und dessen Beweistauglichkeit in Frage gestellt wurde (act. G 8.1). Die Beschwerdeführerin verzichtete am 14. Oktober 2013 auf die Einreichung einer Duplik (act. G 10).

### **Erwägungen:**

1.

Zwischen den Parteien umstritten und nachfolgend zu prüfen ist der Rentenanspruch der Beschwerdeführerin.

2.

2.1 Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG; SR 830.1]). Die Invalidität kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung [IVG; SR 831.20]). Die Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG).

2.2 Nach Art. 28 Abs. 2 IVG besteht Anspruch auf eine ganze Invalidenrente, wenn die versicherte Person mindestens zu 70%, derjenige auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie



wenigstens zu 60% invalid ist. Liegt ein Invaliditätsgrad von mindestens 50% vor, so besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40% auf eine Viertelsrente.

2.3 Um das Ausmass der Arbeitsunfähigkeit beurteilen und somit 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. Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 125 V 261 E. 4 mit Hinweisen). Für das gesamte Verwaltungs- und Verwaltungsgerichtsbeschwerdeverfahren gilt der Grundsatz der freien Beweiswürdigung. Danach haben Versicherungsträger und Sozialversicherungsgericht 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 des Experten begründet sind (BGE 125 V 352 E. 3a mit Hinweisen).

2.4 Die Rechtsprechung hat es mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung als vereinbar erachtet, in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten Richtlinien für die Beweiswürdigung aufzustellen (BGE 125 V 351 E. 3b). Das im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholte Gutachten von externen Spezialärzten, die aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, besitzt bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 125 V 351 E. 3b/bb).

3.



3.1 Vorab ist die Frage zu beantworten, ob die medizinische Aktenlage eine rechtsgenügende Beurteilung der Restarbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin erlaubt. Die Beschwerdegegnerin stützt sich in medizinischer Sicht in der angefochtenen Verfügung vom 21. Mai 2013 auf das SMAB-Gutachten vom 23. Januar 2013 (IV-act. 41) und auf die Stellungnahme des SMAB vom 29. April 2013 (IV-act. 57). Die Beschwerdeführerin hält den psychiatrischen Teil des Gutachtens aus verschiedenen Gründen für mangelhaft (act. G 1 und G 8) und stützt sich dabei vor allem auf die Ausführungen des Psychiatrie-Zentrums G.\_\_\_\_ (act. G 1.4 und 8.1).

3.2 Die Beschwerdeführerin macht geltend, dass das SMAB-Gutachten in der Einleitung des psychiatrischen Teils bereits in der Eingangsformulierung suggeriere, dass die Beschwerdeführerin eine Simulantin sei, dabei sei der Gutachter nicht in der Lage, sein subjektives Urteil durch objektive Untersuchungsbefunde zu belegen. Zudem sollte die Beurteilung, inwieweit ein auffälliges Gangbild auf körperliche Beschwerden zurückzuführen sei, einem orthopädisch fachärztlichen Kollegen überlassen werden. Damit dokumentiere der Gutachter, dass es ihm weniger um die Wahrheitsfindung als um die Kundenpflege gehe, um auch zukünftig vom Auftraggeber profitieren zu können (act. G 8, S. 2 und G 8.1, S. 1).

3.2.1 Der psychiatrische Gutachter hält unter dem Punkt Beobachtungen im Verhalten der versicherten Person folgendes fest: "Die Versicherte verbringt eine kurze Wartezeit in der Wartzone sitzend, in sich zusammengesunken, den Blick auf den Boden gerichtet. Beim Aufruf zur Exploration erhebt sich die Versicherte sehr zögernd, stöhnend. Mit skurril wirkendem Gangbild, welches eine Entlastung der Fersen und des Rückens dokumentieren soll, folgt die Versicherte ins Untersuchungszimmer. Die Versicherte nimmt sodann auf dem Besucherstuhl Platz, nimmt dabei aber sofort wieder eine schlaaffe Schonhaltung ein, welche sie im Verlauf der Exploration mehrfach verändert" (IV-act. 41-10).

3.2.2 Die Verhaltensbeobachtung gehört zum Kernstück einer psychiatrischen Begutachtung (vgl. Leitlinien der Schweizerischen Gesellschaft für Versicherungspsychiatrie für die Begutachtung psychischer Störungen, in: Schweizerische Ärztezeitung, 2004; 85: Nr. 20, S. 1050). Es ist nicht ersichtlich, weshalb die Ausführungen des psychiatrischen Gutachters zum Verhalten der



Beschwerdeführerin vor der eigentlichen Untersuchung den Beweiswert des Gutachtens schmälern sollten, zumal er – entgegen den Ausführungen der Beschwerdeführerin – keine Rückschlüsse über die körperlichen Beschwerden vornimmt.

3.3 Weiter bringt die Beschwerdeführerin vor, dass die Abklärungen im psychiatrischen Teil des SMAB-Gutachtens weder sorgfältig noch systematisch erfolgt und klar definierte Regeln zur Diagnosefindung nicht eingehalten worden seien (act. G 1, S. 6 f. und G 1.4, S. 2). Der Gutachter erfasse bei seiner Anamneseerhebung eine Symptomatik, welche die Diagnose einer schweren Depression nahelege, ohne allerdings diese Symptomatik anhand der diagnostischen Leitlinien auszuwerten. Wenn diese Auswertung richtig wäre, sei die Diagnose einer schweren Depression zwingend. Die diagnostischen Kriterien nach ICD-10 würden im gesamten Gutachten mit keinem Wort erwähnt, was ebenfalls den Verdacht nahelege, dass dem Gutachter vor allem daran gelegen gewesen sei, eine vorgefasste Diagnose wortreich zu untermauern (act. G 8, S. 2 f. und G 8.1, S. 1).

3.3.1 Wie die Gutachter in der Stellungnahme vom 29. April 2013 erklärten (vgl. IV-act. 57-2), wurde die Befunderhebung entsprechend AMDP dokumentiert. Aus dem Gutachten ergeben sich keine Anhaltspunkte, dass die Anamnese- und die Befunderhebung nicht sorgfältig und systematisch erfolgt sei.

3.3.2 Bei der Befunderhebung im SMAB-Gutachten sind einige Abweichungen zur Befunderhebung des behandelnden Psychiaters feststellbar. So hält der behandelnde Psychiater fest, dass die Aufmerksamkeit, die Konzentration sowie das Selbstwertgefühl herabgesetzt bzw. vermindert seien (IV-act. 54-1 und 21-3). Demgegenüber wird im SMAB-Gutachten festgehalten, dass die Beschwerdeführerin das Explorationsgeschehen durchaus aufmerksam und attent verfolge. Das Konzentrationsvermögen sei durchaus erhalten, sie nehme die gestellten Fragen auf, könne sich den jeweiligen Gesprächsinhalten widmen, verharre aber dabei stets in einer klagsam-jammernden Grundhaltung. Vor diesem Hintergrund sei die Fähigkeit der Beschwerdeführerin, sich auf wechselnde Gesprächsthemen rasch einzurichten viskos, die höheren kognitiven Leistungen wie problemlösendes Denken und Handeln seien nur schlicht differenziert (IV-act. 41-11). Weiter hält der behandelnde Psychiater fest,



dass eine deutliche Antriebsminderung vorliege (IV-act. 54-1, 31-1 und 21-3). Demgegenüber wird im SMAB-Gutachten ausgeführt, dass die Willenskräfte durchaus zielgerichtet und strukturiert seien, die Beschwerdeführerin verfolge spürbar durchgehend das Ziel, ihr Leiden ausdrucksvoll und kraftvoll darzustellen. Die Antriebslage sei ausreichend erhalten. Ambivalenz oder Ambitendenz liege nicht vor (IV-act. 41-11). Der behandelnde Psychiater berichtet zudem über einen Verlust von Freude und Interesse sowie ein ausgeprägtes Rückzugsverhalten (IV-act. 54-1 und 31-1). Im SMAB-Gutachten wird demgegenüber festgehalten, dass die Fähigkeit Freude zu empfinden reduziert sei, es bestehe ein partieller Interessenverlust, jedoch kein vollständiges Erlöschen von Interessen. Immerhin nehme die Beschwerdeführerin doch interessiert Anteil am familiären Werdegang und Schicksal und sei auch nicht sozial vollkommen zurückgezogen (IV-act. 41-12). Entgegen dem behandelnden Psychiater (vgl. IV-act. 54-1 f., und 21-3) wird im SMAB-Gutachten auch festgehalten, dass keine Suizidalität vorliege (IV-act. 41-12).

3.3.3 Aufgrund dieser Unterschiede in der Befunderhebung ist die im SMAB-Gutachten gestellte Diagnose einer leichten bis mittelschweren depressiven Episode (ICD-10: F 32.1) nachvollziehbar. Diesbezüglich ist auch zu berücksichtigen, dass der behandelnde Psychiater im Arztbericht vom 6. Januar 2012 unter anderem eine mittelgradige bis schwere depressive Episode (ICD-10: F33.11) diagnostizierte. Obwohl er sowohl im Verlaufsbericht vom 16. August 2012 eine Verbesserung des Gesundheitszustandes geltend machte und von einer leichtgradigen Stabilisierung im Sinne einer Stimmungsaufhellung berichtete als auch im Befundbericht vom 5. April 2013 eine leichte Stabilisierung der Beschwerdeführerin erwähnte, stellte er in diesen beiden Berichten die Diagnose einer schweren depressiven Episode (ICD-10: F33.2). Diese Verschlechterung in der Diagnose trotz der ausgeführten gesundheitlichen Verbesserung bzw. Stabilisierung ist, im Gegensatz zur gutachterlichen Diagnose, nicht nachvollziehbar.

3.4 Weiter bringt die Beschwerdeführerin vor, dass die diagnostizierte Panikstörung derart ausgeprägt sei, dass eine klare Co-Morbidität bestehe und die Symptome nicht als Bestandteil der Depression zu subsumieren seien (act. G 1, S. 6 und G 1.4, S. 2). Im SMAB-Gutachten sei die Panikstörung nur am Rande erwähnt worden, obwohl sie



mehrfach zu notfallmässigen Hospitalisationen der Beschwerdeführerin geführt habe (act. G 8, S. 3 und G 8.1, S. 2).

3.4.1 Im SMAB-Gutachten wird unter der Würdigung der Arztberichte festgehalten, dass weder eine generalisierte Angststörung noch eine Panikstörung ohne Agoraphobie bestehe, weil die Angstsymptome in engem Zusammenhang mit einer depressiven Episode aufgetreten seien, so dass die von der Beschwerdeführerin geschilderten Ängste unter das depressive Krankheitsbild zu subsumieren seien (IV-act. 41-17). Wie die Gutachter in der Stellungnahme vom 29. April 2013 festhalten (IV-act. 57-2), soll die Panikstörung nicht als Hauptdiagnose verwendet werden, wenn der Betroffene bei Beginn der Panikattacken an einer depressiven Störung leidet. Unter diesen Umständen sind die Panikattacken wahrscheinlich sekundäre Folge der Depression (vgl. H. Dilling/H.J. Frey-berger [Hrsg.], Taschenführer zur ICD-10-Klassifikation psychischer Störungen, 7. Aufl. Bern 2014). Vor diesem Hintergrund hätten die Gutachter auf die Diagnose der Panikstörung als gesonderte Diagnose verzichtet (IV-act. 57-2).

3.4.2 Die Begründung der Gutachter, dass eine Panikstörung nicht als Hauptdiagnose zu verwenden sei, wenn die betroffene Person bei Beginn der Panikattacken an einer depressiven Störung leidet, überzeugt. Die anderslautende Meinung des behandelnden Arztes vermag deshalb keine Zweifel an der gutachterlichen Beurteilung zu wecken.

3.5 Bezüglich der Kritik des behandelnden Psychiaters am SMAB-Gutachten gilt es zudem zu berücksichtigen, dass rechtsprechungsgemäss unter Beachtung der Divergenz von medizinischem Behandlungs- und Abklärungsauftrag es nicht angehen kann, eine medizinische Administrativ- oder Gerichtsexpertise stets dann in Frage zu stellen und zum Anlass weiterer Abklärungen zu nehmen, wenn die behandelnden medizinischen Fachpersonen nachher zu unterschiedlichen Einschätzungen gelangen oder an solchen vorgängig geäusserten abweichenden Auffassungen festhalten. Anders verhält es sich hingegen, wenn die behandelnden medizinischen Fachpersonen objektiv feststellbare Gesichtspunkte vorbringen, die im Rahmen der Begutachtung unerkannt geblieben und die geeignet sind, zu einer abweichenden Beurteilung zu führen (Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG; seit 1. Januar 2007: Sozialrechtliche Abteilung des Bundesgerichts] vom 13. März 2006, I 676/05, E. 2.4 mit



Hinweisen). Weiter ist zu beachten, dass – behandelnde und begutachtende – Psychiater, die mit der gleichen Person als Patientin oder Explorandin in verschiedenen Zeitpunkten und Situationen konfrontiert, zu unterschiedlichen Beurteilungen der psychischen Beeinträchtigungen und – invalidenversicherungsrechtlich entscheidend – deren Schweregrades mitsamt den sich daraus ergebenden Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit gelangen können. Diese in der Natur der Sache begründete, weitgehend fehlende Validierbarkeit ("Reliabilität") psychiatrischer Diagnosen kann nicht automatisch zu Beweisweiterungen bei sich widersprechenden psychiatrischen Berichten und Expertisen führen, wenn die gutachtliche Einschätzung die Anforderungen an beweiskräftige Gutachten erfüllt (Urteil des Bundesgerichts vom 29. September 2009, 9C\_661/09, E. 3.2).

3.6 Zusammenfassend bestehen keine Zweifel an dem auf umfassenden Untersuchungen beruhenden, in Kenntnis der vollständigen Aktenlage und in Berücksichtigung des gesamten Leidensbildes ergangenen, nachvollziehbaren SMAB-Gutachten vom 23. Januar 2013. Auch aus den Einwänden des behandelnden Psychiaters und der Beschwerdeführerin ergeben sich weder objektiven Gesichtspunkte, welche im Gutachten ausser Acht gelassen worden wären, noch konkrete Indizien, welche gegen die Zuverlässigkeit des Gutachtens sprechen würden. Gestützt darauf ist davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin für adaptierte Arbeiten auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt 70% arbeitsfähig ist. Es besteht kein Bedarf für die Vornahme weiterer medizinischer Abklärungen.

4.

4.1 Die Beschwerdeführerin macht geltend, dass beim Einkommensvergleich ein Leidensabzug hätte vorgenommen werden müssen. Die Leistungseinbusse von 30% werde im SMAB-Gutachten nicht näher umschrieben. Zudem seien ihr nicht sämtliche leichten und mittelschweren körperlichen Arbeiten möglich. Vielmehr müssten die Arbeiten einfacher geistiger Art mit geringen Verantwortungsbereichen ohne besonderen Zeitdruck und ohne Nachtarbeitsbedingungen sein. Ein durchschnittliches Einkommen könne damit nicht erzielt werden (act. G 1, S. 7).



4.2 Im SMAB-Gutachten wird festgehalten, dass die Beschwerdeführerin in der Lage sei, leichte und mittelschwere körperliche Arbeiten einfacher geistiger Art mit geringen Verantwortungsbereichen ohne besonderen Zeitdruck, ohne Nachtarbeitsbedingungen zu verrichten. Solche Verweistätigkeiten könne sie 8.5 Stunden täglich bei einer Minderung der Leistungsfähigkeit um 30% ausüben (IV-act. 41-17).

4.3 Gemäss der bundesgerichtlichen Rechtsprechung rechtfertigt der Umstand, dass die versicherte Person zwar ganztags arbeitsfähig, hierzu aber nur reduziert leistungsfähig ist, grundsätzlich keinen Abzug vom Tabellenlohn (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 28. Januar 2014, 9C\_796/2013, E. 3.1.2, Urteil des Bundesgerichts vom 16. August 2012, E. 3.2, je mit Hinweisen).

4.4 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. Sind hingegen leichte bis mittelschwere Arbeiten zumutbar, ist allein deswegen auch bei eingeschränkter Leistungsfähigkeit noch kein Abzug gerechtfertigt, weil der Tabellenlohn im Anforderungsniveau 4 bereits eine Vielzahl von leichten und mittelschweren Tätigkeiten umfasst (Urteil des Bundesgerichts vom 21. Dezember 2009, 9C\_722/2009, E. 3.3 mit Hinweisen).

4.5 Die Einschränkung auf Tätigkeiten ohne besonderen Zeitdruck und ohne Nachtarbeitsbedingungen rechtfertigt gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung ebenfalls keinen Tabellenlohnabzug (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 22. Januar 2015, 8C\_693/2014, E. 4.2.2 mit Hinweisen). Die Voraussetzung von Tätigkeiten einfacher geistiger Art mit geringen Verantwortungsbereichen schränkt die Einsatzmöglichkeiten im niedrigsten Anforderungsniveau zudem auch nicht weiter ein.

4.6 Zusammenfassend ist festzuhalten, dass vorliegend die Voraussetzungen für einen Tabellenlohnabzug nicht erfüllt sind. Damit bleibt es beim in der angefochtenen Verfügung vorgenommenen Einkommensvergleich und somit bei einem nicht rentenbegründenden Invaliditätsgrad von 27%.

5.



Nach dem Gesagten ist die Beschwerde vom 19. Juni 2013 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<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. Der geleistete Kostenvorschuss von Fr. 600 ist ihr daran anzurechnen. Ausgangsgemäss hat die Beschwerdeführerin keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung.

Demgemäss hat das Versicherungsgericht

im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP

### **entschieden:**

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Die Beschwerdeführerin bezahlt eine Gerichtsgebühr von Fr. 600.--. Der geleistete Kostenvorschuss wird angerechnet.