



**Fall-Nr.:** IV 2017/168  
**Stelle:** Versicherungsgericht  
**Rubrik:** IV - Invalidenversicherung  
**Publikationsdatum:** 07.02.2020  
**Entscheiddatum:** 26.08.2019

### **Entscheid Versicherungsgericht, 26.08.2019**

**Art. 28 IVG. Art. 7 und Art. 8 ATSG. Rentenanspruch. Beweiskraft gutachterlicher Beurteilung. Keine rentenbegründende Invalidität (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 26. August 2019, IV 2017/168).**

#### **Entscheid vom 26. August 2019**

Besetzung

Versicherungsrichterin Michaela Machleidt Lehmann (Vorsitz), Versicherungsrichter Joachim Huber und Versicherungsrichterin Marie-Theres Rüegg Haltinner;  
Gerichtsschreiber Philipp Geertsen

Geschäftsnr.

IV 2017/168

Parteien

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

**Beschwerdeführerin,**

vertreten durch Rechtsanwältin lic. iur. Irja Zuber, c/o Procap Schweiz,  
Frohburgstrasse 4, Postfach, 4601 Olten,

gegen



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

**Beschwerdegegnerin,**

Gegenstand

**Rente**

Sachverhalt

**A.**

**A.a.** A.\_\_\_\_ meldete sich am 7. Januar 2014 wegen einer Psoriasis, die den gesamten Körper angegriffen habe, zum Bezug von IV-Leistungen an (IV-act. 1). Die behandelnde Dr. med. B.\_\_\_\_, Fachärztin für Dermatologie/Allergologie, berichtete am 29. Januar 2014, die Versicherte leide seit ca. 12 Jahren an generalisierter Plaques Psoriasis nach der Geburt ihres zweiten Kinds. Bezogen auf leidensangepasste Tätigkeiten verfüge sie über eine 70%ige Arbeitsfähigkeit (IV-act. 9). Der behandelnde Dr. med. C.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, bescheinigte der Versicherten ab 1. Februar 2014 eine im Wesentlichen durchgehende 100%ige Arbeitsunfähigkeit bezogen auf die angestammte Tätigkeit als Kommissioniererin und sämtliche anderen Tätigkeiten. Mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit diagnostizierte er: eine Dysthymia (ICD-10: F34.1); eine kombinierte Persönlichkeitsstörung mit abhängig-ängstlicher Symptomatik (ICD-10: F61); eine Psoriasis vulgaris mit Osteolyse (Fuss und Handbereich) und Tendopathien; eine Adipositas permagna (BMI 43); einen Uterus descendens, Beckenbodenmuskulaturschwäche mit sekundärer Mischinkontinenz und Rückenschmerzen (Fremd-act. 4, insbesondere Bericht vom 27. Dezember 2014, Fremdact. 4-8 ff.; siehe auch den Bericht vom 20. Oktober 2014 [Datum Posteingang IV-Stelle], IV-act. 31). Die an der Klinik für Rheumatologie am Kantonsspital St. Gallen (KSSG) behandelnden medizinischen Fachpersonen führten im Bericht vom 11. April 2014 aus, die Versicherte leide u.a. an einer Psoriasis vulgaris, Erstdiagnose 2008 mit/ bei Psoriasis-Arthritis. Aktuell bestehe eine erhöhte Krankheitsaktivität. Bei bekannter depressiver Episode sei eine Somatisierung der Schmerzen nicht auszuschliessen (IV-act. 18-1 ff.; zum Bericht der Klinik für Rheumatologie vom 12. Mai 2014 betreffend die



dort vom 28. April bis 12. Mai 2014 stationär durchgeführte multimodale rheumatologische Komplexbehandlung siehe IV-act. 19). Dr. med. D.\_\_\_\_, Ärztin mbF an der Klinik für Neurochirurgie am KSSG, berichtete am 16. Juli 2014, die Versicherte leide an einem recht diffusen Schmerzsyndrom ohne genaue radikuläre Komponente (IV-act. 28-3 f.).

**A.b.** Im Verlaufsbericht der Klinik für Rheumatologie am KSSG vom 18. November 2014 wurde der Zustand als eher verbessert beschrieben. Unter der Neubehandlung mit Ustekinumab seit August 2014 sei eine Besserung des psoriatischen Hautbefundes eingetreten. Die angestammte Tätigkeit sei der Versicherten nicht mehr zumutbar. Aus rheumatologischer Sicht sei sie arbeitsunfähig für eine körperlich schwerstbelastende Tätigkeit. Zudem bestünden Einschränkungen für repetitives Bücken und Wirbelsäulenrotationsbewegungen. Zur Bestimmung der Leistungsfähigkeit wurde eine detaillierte Untersuchung empfohlen (IV-act. 34; siehe auch die Berichte vom 9. Januar 2015, IV-act. 46, und vom 15. April 2015 [Datum Posteingang IV-Stelle], IV-act. 51).

**A.c.** Im Auftrag der IV-Stelle (IV-act. 55) erstattete Prof. Dr. med. E.\_\_\_\_, Facharzt u.a. für Rheumatologie, am 2. Juli 2015 gestützt auf eine persönliche Untersuchung eine konsiliarische Beurteilung der Versicherten. Darin beschrieb er folgende "Hauptprobleme": 1. ein Lumbovertebralsyndrom seit ca. 4 Jahren; 2. Polyarthralgien und 3. eine kutane Psoriasis seit 8 Jahren mit gegenwärtig weitgehender Remission unter Stelara. Hinweise auf das Vorliegen einer entzündlich-rheumatischen Erkrankung hätten sich nicht gezeigt. Der Gesundheitszustand der Versicherten hätte sich durch die erfolgreiche Therapie der kutanen Psoriasis gebessert. Ihr Aktivitäts- und Funktionsniveau sei lediglich durch die Adipositas und die entsprechenden Überlastungsbeschwerden tieflumbal eingeschränkt. Unter Berücksichtigung der klinischen Befundung sei diese Einschränkung allerdings wenig alltagsrelevant. Bezogen auf leidensangepasste Tätigkeiten bestehe keine Arbeitsunfähigkeit (IV-act. 57; zur Würdigung der konsiliarischen Beurteilung durch den RAD-Arzt Dr. med. F.\_\_\_\_, Facharzt für Innere Medizin, siehe dessen Stellungnahme vom 11. August 2015, IV-act. 58).

**A.d.** Dr. C.\_\_\_\_ führte im Verlaufsbericht vom 15. August 2015 aus, der Gesundheitszustand der Versicherten sei unverändert. Im Moment sei aus



psychiatrischer und psychosozialer Sicht auf noch nicht absehbare Zeit von einer 100%igen Behinderung auszugehen (IV-act. 59). Im Bericht vom 19. Oktober 2015 (Datum Posteingang IV-Stelle) gaben die in der Abteilung Neurologie am KSSG behandelnden medizinischen Fachpersonen an, der Beschwerdekomples sei nicht neurologisch-organisch erklärbar, sodass eine funktionelle Genese vermutet werde. Die Arbeitsfähigkeitsbeurteilung obliege deshalb den psychosomatischen/psychiatrischen Kollegen (IV-act. 62).

**A.e.** In der Stellungnahme vom 6. November 2015 vertrat der RAD-Arzt Dr. F.\_\_\_\_ die Auffassung, die Versicherte biete ein somatisches Beschwerdebild dar, das weder durch einen physiologischen Prozess noch durch eine körperliche Störung vollständig erklärt werden könne und dem somit erhebliche somatoforme Anteile innewohnen. Er empfahl eine bidisziplinäre rheumatologisch-(oder orthopädisch-)psychiatrische Begutachtung (IV-act. 65). Am 25. Januar 2016 wurde die Versicherte bidisziplinär (psychiatrisch-orthopädisch) in der SMAB AG, St. Gallen, von Dr. med. G.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, und Dr. med. H.\_\_\_\_, Fachärztin für Orthopädie und Traumatologie bzw. Orthopädische Rheumatologie (D), begutachtet. Diese stellten folgende Diagnosen, denen sie eine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit beimessen: 1. ein rezidivierendes pseudoradikuläres lumbales Schmerzsyndrom beidseits, links stärker als rechts; 2. eine bekannte Raumforderung im Os metakarpale IV der linken Hand (V.a. Enchondrom). Zu keiner Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit führten die Dysthymia (ICD-10: F34.1); die kombinierte Persönlichkeitsstörung mit selbstunsicheren und abhängigen Anteilen (ICD-10: F61.0); die Agoraphobie ohne Angabe einer Panikstörung (ICD-10: F40.00); die HLA-B27 negative periphere Spondyloarthritis mit Psoriasis-Arthritis EM 02/2014 ED 04/2014, aktuell keine entzündliche Aktivität; die Adipositas per magna (BMI 41.3 kg/m<sup>2</sup>) und der mässige Plattfuss beidseits. Die Versicherte habe berichtet, dass die Diagnose einer Multiplen Sklerose im Raum stehe und diesbezüglich weitere Abklärungen vorgesehen seien. Solange eine organische Genese nicht klar ausgeschlossen sei, könne die Diagnose einer gegebenenfalls vorliegenden somatoformen Störung nicht gestellt werden. Abgesehen von der hier noch vorliegenden diagnostischen Unklarheit sei des Weiteren aber auch nicht erkennbar, dass aktuell durch die genannte Symptomatik die Arbeitsfähigkeit beeinträchtigt wäre. Sollte sich im Rahmen der weiteren Abklärungen



allerdings die Diagnose einer Multiplen Sklerose bestätigen, hätte dies einen erheblichen Einfluss auf die längerfristige Prognose (IV-act. 70-12 f.). Der Gutachter und die Gutachterin bescheinigten der Versicherten bezogen auf die angestammte (körperlich schwere) Tätigkeit eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit und bezogen auf leidensangepasste Tätigkeiten eine 100%ige Arbeitsfähigkeit. Zwischen September 2013 und Oktober 2014 sei die Krankheit ausser Kontrolle gewesen. In dieser Zeit habe auch bezogen auf leidensangepasste Tätigkeiten eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit bestanden (IV-act. 70-14 f.; zum Gutachten vom 22. Februar 2016 siehe IV-act. 70).

**A.f.** In der Stellungnahme vom 2. Mai 2016 hielt der RAD-Arzt Dr. F.\_\_\_\_ fest, die neurologischen Fachpersonen des KSSG hätten gemäss ihrem Bericht vom 29. März 2016 (IV-act. 73) für die von der Versicherten gezeigten Symptome keine organische Ursache erkennen können. Insbesondere seien sie nicht in der Lage, die auch von den Gutachtern beschriebenen Phänomene einer Multiplen Sklerose zuzuordnen. Für diese Einschätzung sei den neurologischen Fachpersonen schon vor der Begutachtung eine hinsichtlich der MS-Diagnostik negativ verlaufene Liquorpunktion (siehe hierzu IV-act. 73-10 f.) vorgelegen. Da die Versicherte an keiner Multiplen Sklerose leide, könne auf die gutachterliche Arbeitsfähigkeitsschätzung abgestellt werden (IV-act. 78).

**A.g.** Mit Vorbescheid vom 2. Mai 2016 zeigte die IV-Stelle der Versicherten an, ihr Rentengesuch abzuweisen (IV-act. 80). Diese stellte am 13. Juni 2016 einen "Antrag auf Revision der Rentenablehnung vom 2. Mai 2016" und machte geltend, dass sich ihr Gesundheitszustand massiv verschlechtert habe (IV-act. 85). Dr. med. I.\_\_\_\_, Ärztin an der Klinik J.\_\_\_\_, berichtete am 9. Juni 2016, die Versicherte befinde sich dort seit dem 26. Mai 2016 in stationärer Behandlung. Die Zuweisung sei aufgrund einer Exazerbation einer vorbestehenden Depression, von phobischen Ängsten sowie einer verstärkten Symptomatik bei vorbestehender Ess-Brechsucht erfolgt. Es bestünden eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10: F33.1); spezifische (isolierte) Phobien (ICD-10: F40.2) und ein Diabetes mellitus, Typ 2, ohne Komplikationen (ICD-10: E11.90; IV-act. 86). Im Austrittsbericht vom 4. August 2016 betreffend die stationäre Behandlung vom 26. Mai bis 16. Juni 2016 bescheinigte Dr. I.\_\_\_\_ eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit bis zwei Wochen nach Entlassung. In Anbetracht der bestehenden körperlichen Erkrankungen und der ausgeprägten psychischen Symptomatik mit massiver Einengung des Aktionsradius und



Beeinträchtigung der Alltagskompetenzen sei die Leistungsfähigkeit für Tätigkeiten des ersten Arbeitsmarkts längerfristig nicht gegeben (IV-act. 89). Nach einer Rücksprache mit der RAD-Ärztin Dr. med. K.\_\_\_\_, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, gelangte der RAD-Arzt Dr. F.\_\_\_\_ zur Auffassung, die in der Klinik J.\_\_\_\_ gestellte Diagnose einer mittelgradigen depressiven Episode sei als Ausdruck einer Anpassungsstörung zu interpretieren, die sich ihrerseits als Reaktion auf den negativen Rentenvorbescheid entwickelt habe (Stellungnahme vom 23. September 2016, IV-act. 90). Dr. C.\_\_\_\_ bescheinigte im Verlaufsbericht vom 13. Januar 2017 einen im Vergleich mit dem Zustand von Mitte August 2015 stationären Gesundheitszustand. Im Moment sei aus psychiatrischer und psychosozialer Sicht auf noch nicht absehbare Zeit von einer 100%igen Behinderung auszugehen (IV-act. 92). Nach einer Würdigung dieses Verlaufsberichts vertrat die RAD-Ärztin Dr. K.\_\_\_\_ den Standpunkt, dass die Hospitalisation in der Klinik J.\_\_\_\_ als vorübergehende Verschlechterung zu beurteilen sei und keine relevante anhaltende Verschlechterung des psychischen Gesundheitszustands vorliege (Stellungnahme vom 21. März 2017, IV-act. 93). Am 21. März 2017 verfügte die IV-Stelle die Abweisung des Rentengesuchs (IV-act. 94).

### **B.**

**B.a.** Gegen die Verfügung vom 21. März 2017 richtet sich die vorliegende Beschwerde vom 8. Mai 2017. Die Beschwerdeführerin beantragt darin deren Aufhebung und die Zusprechung einer Invalidenrente. Eventualiter sei die Angelegenheit zu weiteren Abklärungen an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen; alles unter Kosten- und Entschädigungsfolgen (act. G 1). In der Beschwerdeergänzung vom 22. Juni 2017 weist die Beschwerdeführerin zunächst darauf hin, dass sich die Diagnose einer Multiplen Sklerose glücklicherweise nicht bestätigt habe. Sie bringt gestützt auf die abweichende Arbeitsfähigkeitsbeurteilung der behandelnden medizinischen Fachpersonen im Wesentlichen vor, die gutachterliche Beurteilung sei nicht beweiskräftig. Einigkeit herrsche bezüglich der vollständigen Arbeitsunfähigkeit im Zeitraum vom September 2013 bis Oktober bzw. November 2014. Diesen Teil der gutachterlichen Arbeitsfähigkeitsbeurteilung scheine die Beschwerdegegnerin nicht berücksichtigt zu haben. Bezüglich der Bestimmung des Invalideneinkommens fordert sie einen Tabellenlohnabzug von 20% (act. G 5).



## St.Galler Gerichte

**B.b.** Die Beschwerdegegnerin beantragt in der Beschwerdeantwort vom 7. September 2017 die Abweisung der Beschwerde. Sie hält die gutachterliche Arbeitsfähigkeitsbeurteilung für beweiskräftig. Insbesondere sei eine dermatologische Begutachtung nicht erforderlich gewesen und eine andauernde relevante Verschlechterung seither nicht eingetreten (act. G 9).

**B.c.** Mit Verfügung vom 11. September 2017 wird dem Gesuch der Beschwerdeführerin um Bewilligung der unentgeltlichen Rechtspflege (Befreiung von den Gerichtskosten und Bewilligung der unentgeltlichen Rechtsverteidigung) entsprochen (act. G 10).

**B.d.** In der Replik vom 13. November 2017 hält die Beschwerdeführerin unverändert an den gestellten Anträgen fest. Sie weist nochmals darauf hin, dass der Gutachter und die Gutachterin eine vollständige Arbeitsunfähigkeit im Zeitraum vom September 2013 bis Oktober bzw. November 2014 festgestellt hätten. Gestützt darauf stehe ihr eine ganze Rente zu. Dazu und zu den Ausführungen bezüglich des Einkommensvergleichs habe sich die Beschwerdegegnerin nicht geäußert (act. G 14).

**B.e.** Die Beschwerdegegnerin verzichtet auf eine Duplik (act. G 16).

## Erwägungen

### 1.

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

**1.1** Anspruch auf eine Rente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG; SR 831.20) Versicherte, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wiederherstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a), während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40% arbeitsunfähig gewesen sind (lit. b) und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40% invalid sind (lit. c). Als Invalidität gilt laut Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit.



Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG).

**1.2** Für die Bestimmung des Invaliditätsgrads 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, in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Art. 16 ATSG).

**1.3** 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 mindestens zu 60% invalid ist. Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50% besteht ein Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40% ein Anspruch auf eine Viertelsrente.

**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 125 V 261 E. 4). Hinsichtlich des Beweiswerts eines Arztberichts ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten begründet sind (BGE 125 V 352 E. 3a).



### 2.

Zunächst ist zu prüfen, ob der Sachverhalt in medizinischer Hinsicht spruchreif abgeklärt worden ist und eine verlässliche Grundlage für die Beurteilung des umstrittenen Rentenanspruchs besteht. Die Beschwerdegegnerin stützt sich in der angefochtenen Verfügung auf das bidisziplinäre Gutachten der SMAB vom 22. Februar 2016. Die Beschwerdeführerin hält dieses für mangelhaft.

**2.1** Die Beschwerdeführerin bringt gegen die gutachterliche Beurteilung die davon abweichenden Einschätzungen der behandelnden medizinischen Fachpersonen vor (act. G 5, S. 4 f.).

**2.1.1** In diesem Zusammenhang ist darauf hinzuweisen, dass ein den Beweisanforderungen grundsätzlich genügendes medizinisches Gutachten (BGE 125 V 351 f. E. 3a und b) nicht in Frage gestellt werden kann und nicht Anlass zu weiteren Abklärungen besteht, wenn und sobald die behandelnden medizinischen Fachpersonen nachher zu einer unterschiedlichen Beurteilung gelangen oder an vorgängig geäußerten abweichenden Auffassungen festhalten. Anders verhält es sich nur, wenn objektiv feststellbare Gesichtspunkte vorgebracht werden, die im Rahmen der Begutachtung unerkannt geblieben waren und die geeignet sind, zu einer anderen Beurteilung zu führen (Urteil des Bundesgerichts vom 29. Juli 2008, 9C\_830/2007, E. 4.3 mit Hinweisen). Ferner kann eine psychiatrische Exploration von der Natur der Sache her nicht ermessensfrei erfolgen. Sie eröffnet der begutachtenden psychiatrischen Fachperson daher praktisch immer einen gewissen Spielraum, innerhalb dessen verschiedene medizinisch-psychiatrische Interpretationen möglich, zulässig und zu respektieren sind, sofern der Experte oder die Expertin lege artis vorgegangen ist (Urteil des Bundesgerichts vom 5. März 2009, 8C\_694/2008, E. 5.1.1).

**2.1.2** Bei der Würdigung der Einschätzung von Dr. C. \_\_\_ fällt auf, dass ihr nicht bloss die psychischen, sondern auch die somatischen Beschwerden zugrundeliegen. Dies geht insbesondere aus dem von ihm angegebenen Diagnosekatalog hervor, worin er u.a. eine Psoriasis vulgaris mit Osteolyse, eine Adipositas permagna, einen Uterus descendens, Beckenmuskulaturschwäche mit sekundärer Mischinkontinenz und Rückenschmerzen erwähnt verbunden mit dem Hinweis: "Alle Diagnosen beeinflussen



die Arbeitsfähigkeit!" (Fremd-act. 4-9; zu den von ihm mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gestellten Diagnosen siehe auch den Bericht vom 15. August 2015, IV-act. 59-2, sowie den Verlaufsbericht vom 13. Januar 2017, IV-act. 92). Ausserdem vertrat Dr. C.\_\_\_\_ die Auffassung, sämtliche subjektiv beklagten Beschwerden hätten in allen Bereichen, psychisch und somatisch, objektiviert werden können (siehe den Bericht vom 27. Dezember 2014, Fremd-act. 4-9 unten). Damit enthält seine Beurteilung zu einem wesentlichen Teil auch eine somatische Einschätzung, wozu er als Psychiater nicht berufen ist. Zumindest bezüglich der objektiven Beurteilung der somatischen Beschwerden fehlt ihm nicht nur die Fachkompetenz, sondern auch eine schlüssige Begründung für seine Sichtweise, die sich zudem mit der übrigen Aktenlage nicht vereinbaren lässt. So steht etwa seine Beurteilung der Psoriasis in Widerspruch zur Beurteilung der am KSSG behandelnden Dermatologin, die ausdrücklich eine Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit verneinte (Bericht vom 17. Dezember 2014, IV-act. 36-2). Aus rheumatologischer Sicht legte Prof. E.\_\_\_\_ nachvollziehbar dar, dass keine Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit für leidensangepasste Tätigkeiten bestehe (IV-act. 57-2). Dr. med. L.\_\_\_\_, Fachärztin für Allgemeinmedizin, verneinte, dass die Stressinkontinenz zu einer Arbeitsunfähigkeit führe (Bericht vom 14. November 2014, IV-act. 33-6).

**2.1.3** Hinzu kommt, dass weder Dr. C.\_\_\_\_ noch die in der Klinik J.\_\_\_\_ behandelnden psychiatrischen Fachpersonen die Selbsteinschätzung der Beschwerdeführerin und deren Leidensangaben objektiv-kritisch geprüft haben. Sowohl aus der gutachterlichen Beurteilung als auch aus dem Konsilium von Prof. E.\_\_\_\_ vom 2. Juli 2015 ergeben sich mehrere Hinweise auf eine Aggravation und Inkonsistenzen, denen im Rahmen einer beweiskräftigen Arbeitsfähigkeitsbeurteilung ebenfalls Rechnung zu tragen ist. Prof. E.\_\_\_\_ erwähnte in der Diagnosestellung u.a. einen sekundären Krankheitsgewinn (IV-act. 57-1). Des Weiteren hielt er fest: Auffallend sei das Schmerzverhalten bei der Anamneseerhebung gewesen. Es habe mit einer freien Beweglichkeit und Belastbarkeit beim Aus- und Anziehen bzw. beim Aufstehen von der Liege kontrastiert. Auch die Einschränkung an der linken Schulter seien rein funktioneller Natur (IV-act. 57-2). Die orthopädische Gutachterin begründete nachvollziehbar die von ihr festgestellten Inkonsistenzen und zahlreichen Hinweise auf eine Aggravation (IV-act. 70-39 oben; IV-act. 70-44). U.a. waren 4 von 5 Waddell-Zeichen positiv (IV-act. 70-44). Hiermit haben sich Dr. C.\_\_\_\_ und die medizinischen Fachpersonen der Klinik J.\_\_\_\_ jedoch nicht



(zumindest nicht in erkennbarer Weise) auseinandergesetzt. Auch aus diesem Grund vermag deren Arbeitsfähigkeitsbeurteilung die gutachterliche Einschätzung nicht in Zweifel zu ziehen.

**2.1.4** Bezüglich der Einschätzung der medizinischen Fachpersonen der Klinik J.\_\_\_\_ vom 4. August 2016 (IV-act. 89) hat die RAD-Ärztin Dr. K.\_\_\_\_ in der Stellungnahme vom 21. März 2017 überzeugend und in mit der Verlaufsbeurteilung von Dr. C.\_\_\_\_ vom 13. Januar 2017 (IV-act. 92; siehe auch die RAD-Stellungnahme vom 23. September 2016, IV-act. 90) übereinstimmender Weise dargelegt, dass darin keine relevante andauernde Verschlechterung des psychischen Gesundheitszustands erblickt werden könne. So führte Dr. C.\_\_\_\_ mit Blick auf den ab Mitte August 2015 eingetretenen Sachverhalt ebenfalls aus, dass der Gesundheitszustand stationär geblieben sei. Er diagnostizierte kein depressives Leiden, sondern - wie der psychiatrische SMAB-Gutachter (IV-act. 70-12 und -30) - eine Dysthymia (ICD-10: F34.1) und berichtete lediglich von im Verlauf weiterhin aufgetretenen "depressiven Phasen". Bezüglich der Hospitalisation in der Klinik J.\_\_\_\_ gab er an, dass diese wegen Erschöpfung und wiederkehrenden Krisen erfolgt sei (IV-act. 92-1). Im Übrigen liegen auch der Arbeitsfähigkeitsschätzung der psychiatrischen Fachpersonen der Klinik J.\_\_\_\_ ausdrücklich auch die "körperlichen Erkrankungen" zugrunde (IV-act. 89-2 Mitte), welche zu beurteilen diese mangels entsprechender Fachkompetenz nicht berufen sind.

**2.1.5** Auch der Bericht von Dr. med. M.\_\_\_\_, Arzt an der Klinik für Rheumatologie am KSSG, vom 15. April 2015 (Datum Posteingang IV-Stelle) vermag die gutachterliche Beurteilung nicht in Zweifel zu ziehen. Denn die darin enthaltene Arbeitsfähigkeitsschätzung (100%ige Arbeitsunfähigkeit) erfolgte nicht vorbehaltlos. Vielmehr wurde eine detaillierte Abklärung zur exakten Bestimmung empfohlen (IV-act. 51-4). Es ist auch nicht erkennbar, dass die ausdrücklich mit einem Vorbehalt versehene Arbeitsfähigkeitsschätzung auf einer objektiv-kritischen Beurteilung der Leidensangaben der Beschwerdeführerin erfolgte. Im Übrigen hielt er im Bericht vom 18. November 2014 noch eine 25%ige Arbeitsfähigkeit bezogen auf leidensangepasste Tätigkeiten für zumutbar (IV-act. 34-3).



**2.1.6** Gegen die von den behandelnden medizinischen Fachpersonen bescheinigte vollständige Arbeitsunfähigkeit spricht des Weiteren die doch noch recht aktive Alltagsgestaltung der Beschwerdeführerin (siehe IV-act. 70-25 und -36): Sie stehe zwischen 05:00 Uhr und 6:00 Uhr morgens auf. Anschliessend gehe sie ins Bad, verrichte ihre Körperhygiene und kleide sich an. Danach müsse sie erst einmal an die frische Luft und mache einen Spaziergang von 15 bis 20 Minuten. Dabei rauche sie auch. Wenn sie zurückkehre, nehme sie ihr Frühstück zusammen mit den Kindern ein. Danach (nach dem Wegräumen des Frühstücks, IV-act. 70-36) lege sie sich dann eine halbe Stunde auf das Bett und lese dabei jeweils eine halbe bis eine Stunde. Im Laufe des Tages besorge sie ihren Haushalt ("wie z.B. Wäsche waschen und die Geschirrspülmaschine ein- und ausräumen", IV-act. 70-36), wobei ihr Ehemann die schwereren Arbeiten übernehme. Am späten Vormittag koche sie. Sie koche sehr gerne. Manchmal mache sie zwischen 14:00 Uhr bis 15:00 Uhr einen Mittagsschlaf. Am Nachmittag gehe sie noch ein paar Mal hinaus und mache kurze Spaziergänge. Teilweise gehe sie auch in das Internet, recherchiere dort und lese Gesundheitstipps durch. Das Nachtessen nehme sie zwischen 17:00 Uhr und 18:00 Uhr ein. Danach würde sie sich Zeit für die Familie nehmen, gelegentlich erneut spazieren gehen. Sie schaue wenig fern. Gegen 20:30 Uhr und 21:00 Uhr gehe sie zu Bett. Einmal in der Woche fahre sie entweder nach N.\_\_\_\_ ins Thermalbad oder nach O.\_\_\_\_ in das Hallenbad.

**2.2** Des Weiteren rügt die Beschwerdeführerin, dass "die im Vordergrund stehende Psoriasis nicht von einem Fachgutachter" beurteilt worden sei. Die Einschränkungen aus dieser Erkrankung seien im Gutachten nicht berücksichtigt (act. G 5, S. 4). Zunächst legt die Beschwerdeführerin weder konkret dar noch ist erkennbar, welche Einschränkungen aus der Psoriasis die Gutachter zu Unrecht ausser Acht gelassen hätten. Bereits die am KSSG behandelnde Dermatologin Dr. med. P.\_\_\_\_ wies im Bericht vom 17. Dezember 2014 darauf hin, dass das Hauptproblem nicht die Haut, sondern die extrem ausgeprägten Gelenkschmerzen seien (IV-act. 36-4). Der Psoriasis mass sie ausdrücklich keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit zu (IV-act. 36-2; zur sehr guten dermalen Seite siehe auch den Bericht der Klinik für Rheumatologie vom 9. Januar 2015, IV-act. 46-2). Aus den weiteren Akten ergeben sich keine Hinweise auf eine Verschlechterung. Im Bericht der Klinik für Dermatologie/Allergologie am KSSG vom 2. März 2015 wurde vielmehr eine Verbesserung durch die aufgenommene



Behandlung bestätigt (IV-act. 42-2). Gegenüber Prof. E.\_\_\_\_ gab die Beschwerdeführerin am 2. Juli 2015 an, dass sich durch die erfolgreiche Therapie der kutanen Psoriasis der Gesundheitszustand erheblich gebessert habe (IV-act. 57-1 unten und -2 unten). Die eingetretene gesundheitliche Verbesserung des psoriatischen Hautbefunds fand ausserdem Eingang in die gutachterliche Beurteilung (IV-act. 70-35). Im Übrigen verwiesen auch die neurologischen Fachpersonen des KSSG zur Beurteilung des Beschwerdekomplessex ausschliesslich auf eine Einschätzung durch Kollegen aus dem psychosomatischen/psychiatrischen Bereich (IV-act. 62-2). Die medizinischen Fachpersonen der Klinik für Rheumatologie am KSSG wiesen im Bericht vom 11. April 2014 ebenfalls auf eine Somatisierung der Schmerzen hin (IV-act. 18-4). Nach dem ausführlichen rheumatologischen Konsilium von Prof. E.\_\_\_\_ vom 2. Juli 2015 (IV-act. 57) bestand überdies kein weiterer fachrheumatologischer Abklärungsbedarf. Die Beschwerdeführerin benennt denn auch nicht konkret Mängel am rheumatologischen Konsilium oder Gesichtspunkte, die für einen weiteren fachrheumatologischen Abklärungsbedarf sprechen. Der Einschätzung von Prof. E.\_\_\_\_ wurde zudem von der orthopädischen Gutachterin Rechnung getragen (IV-act. 70-45) und es ist namentlich nicht zu beanstanden, dass die Gutachter der Diagnose "HLA-B27 negative periphere Spondylarthritis mit Psoriasis-Arthritis EM [Erstmanifestation] 02/2014 ED [Erstdiagnose] 04/2014, aktuell keine entzündliche Aktivität" keine Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit zumassen (IV-act. 70-12).

**2.3** Bei der Würdigung der gutachterlichen Beurteilung fällt zudem ins Gewicht, dass sie auf vollständigen klinischen Untersuchungen beruht, die von der Beschwerdeführerin geklagten Leiden berücksichtigt, eine umfassende Konsistenz- und Ressourcenprüfung enthält. Zudem leuchten die in Diskussion mit den Vorakten gezogenen Schlussfolgerungen bezüglich der Arbeitsfähigkeit bzw. deren Beeinträchtigung - abgesehen von der retrospektiven Beurteilung des Zeitraums von September 2013 bis Oktober bzw. November 2014 (siehe hierzu nachstehende E. 2.4) - ein.

**2.4** Aus der Sicht der Beschwerdeführerin ist es ausserdem unrealistisch, dass - nachdem die orthopädische SMAB-Gutachterin bezogen auf den Zeitraum von September 2013 bis Oktober 2014 eine vollständige Arbeitsunfähigkeit bescheinigte - von einem Tag auf den anderen eine vollständige Arbeitsfähigkeit gegeben gewesen



sei. Das Gutachten sei in diesem Punkt nicht begründet und die Angaben seien unklar (act. G 5, S. 4).

**2.4.1** Die orthopädische Gutachterin begründete ihre retrospektive Verlaufsbeurteilung damit, dass nach dem Wirkungseintritt der zusätzlichen Behandlung mit Ustekinumab (Stelara), d.h. gestützt auf den Verlaufsbericht der Klinik für Rheumatologie am KSSG vom 18. November 2014 ab ca. November 2014 von einer vollen Arbeitsfähigkeit bezogen auf leidensangepasste Tätigkeiten ausgegangen werden könne. Vorher sei die Krankheit "nicht unter Kontrolle gewesen", weshalb für die Zeit vom September 2013 bis Oktober 2014 auch in angepasster Tätigkeit von einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit auszugehen sei (IV-act. 70-45).

**2.4.2** In der Tat leuchtet die retrospektive Bescheinigung einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit für sämtliche Tätigkeiten nicht ein. Denn wie sich aus dem von der orthopädischen Gutachterin referenzierten Bericht von Dr. M.\_\_\_\_ vom 18. November 2014 ergibt, führte die Neubehandlung mit Ustekinumab ausschliesslich zu einer Besserung des "psoriatischen Hautbefundes" (IV-act. 34). Folglich wurden mit dieser Behandlung die dermatologischen Symptome "unter Kontrolle" gebracht (siehe auch die Ausführungen unter vorstehender E. 2.2). In damit zu übereinstimmender Weise führte Prof. E.\_\_\_\_ in der konsiliarischen Beurteilung vom 2. Juli 2015 nachvollziehbar aus, die Therapie mit Stelara habe einen hervorragenden Effekt auf die Hautproblematik gehabt. Zum Zeitpunkt der Untersuchung hätten sich dementsprechend nur sehr wenig spezifische Alterationen und intertriginös bräunliche Verfärbungen finden lassen (IV-act. 57-1). Unter Stelara habe sich die Hautproblematik enorm verbessert. "Betreffend Gelenke und Knieschmerzen hingegen wäre Stelara wirkungslos" (IV-act. 57-3). Er legte zudem ausführlich und nachvollziehbar dar, dass er weder in der Anamnese noch in den Unterlagen oder anlässlich der klinischen Untersuchung Hinweise für das Vorliegen einer entzündlich rheumatischen Erkrankung gefunden habe (IV-act. 57-1 unten). Die am KSSG seit 21. Januar 2014 (siehe den Bericht vom 23. Januar 2014, IV-act. 18-5 f.) behandelnde Dermatologin Dr. P.\_\_\_\_ wiederum verneinte, dass die Psoriasis einen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit habe und wies darauf hin, dass das Hauptproblem nicht die Haut, sondern die extrem ausgeprägten Gelenkschmerzen seien (Bericht vom 17. Dezember 2014, IV-act. 36; zur zunehmend diffusen Schmerzsymptomatik siehe den Bericht der Klinik für



Neurochirurgie am KSSG vom 16. Juli 2014, IV-act. 28-3 f.). Im Übrigen wurden die Arbeitsunfähigkeitsatteste vom psychiatrisch behandelnden Dr. C.\_\_\_\_ ausgestellt (E-Mail vom 14. Mai 2014, IV-act. 15). Demgegenüber bescheinigte Dr. B.\_\_\_\_ der Beschwerdeführerin aus dermatologischer Sicht im Bericht vom 13. November 2013 (fremd-act. 1-5 ff.) für leidensangepasste Tätigkeiten grundsätzlich eine 100%ige Arbeitsfähigkeit (Fremd-act. 1-6). Die später im Bericht vom 29. Januar 2014 lediglich noch bescheinigte 70%ige Arbeitsfähigkeit für leidensangepasste Tätigkeiten (IV-act. 9-2) beruht nicht auf medizinischen Gründen. Vielmehr hielt Dr. B.\_\_\_\_ eine 70%ige Arbeitsfähigkeit - bzw. wohl eher eine 70%ige Erwerbstätigkeit - für "optimal", da die Beschwerdeführerin "dann Beruf und Familie gut vereinigen" könne (siehe hierzu den Bericht vom 13. November 2013, Fremd-act. 1-6). Vor diesem Hintergrund ist auch rückwirkend eine relevante andauernde Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit bezogen auf leidensangepasste Tätigkeiten nicht dargetan. Von weiteren Abklärungen sind mit Blick auf den bereits weit zurückliegenden Zeitraum vom September 2013 bis Oktober 2014 keine neuen Erkenntnisse zu erwarten.

### 3.

Nach dem Gesagten verbleibt die Bestimmung des Invaliditätsgrads auf der Grundlage einer 100%igen Arbeitsfähigkeit für leidensangepasste Tätigkeiten. Dabei kann offenbleiben, ob und gegebenenfalls in welchem Umfang der Beschwerdeführerin ein Tabellenlohnabzug bei der Bestimmung des Invalideneinkommens zu gewähren ist. Denn selbst wenn zu Gunsten der Beschwerdeführerin, bezüglich derer keine Hinweise auf ein im Vergleich zu den LSE-Hilfsarbeiterinnenlöhne erhöhte Erwerbsfähigkeit im Gesundheitsfall besteht (siehe zum IK-Auszug IV-act. 7 bzw. zu den Lohnangaben der Arbeitgeberin vom 11. Februar 2014 IV-act. 12), ein Prozentvergleich vorgenommen und der nach der Rechtsprechung höchstzulässige Abzug von 25% (BGE 126 V 75) gewährt würde, resultierte ein nicht rentenbegründender Invaliditätsgrad von 25%.

### 4.

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



**4.2** 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). Gerichtskosten von Fr. 600.-- erscheinen in der vorliegend zu beurteilenden Angelegenheit als angemessen. Die vollständig unterliegende Beschwerdeführerin hat die gesamten Gerichtskosten von Fr. 600.-- zu tragen. Zuzugewährt unentgeltlicher Rechtspflege (act. G 9) ist sie von der Bezahlung zu befreien.

**4.3** Ausgangsgemäss hat die Beschwerdeführerin keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung. Der Staat bezahlt zufolge unentgeltlicher Rechtsverteidigung die Kosten der Rechtsvertretung der Beschwerdeführerin. Die Parteientschädigung wird vom Versicherungsgericht festgesetzt und ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache und nach der Schwierigkeit des Prozesses bemessen (Art. 61 lit. g ATSG). In der Verwaltungsrechtspflege beträgt das Honorar vor Versicherungsgericht nach Art. 22 Abs. 1 lit. b der Honorarordnung (HonO; sGS 963.75) pauschal Fr. 1'500.-- bis Fr. 15'000.--. Die Rechtsvertreterin der Beschwerdeführerin hat keine Kostennote eingereicht. In der vorliegend zu beurteilenden Angelegenheit erscheint mit Blick auf vergleichbare Fälle (vgl. etwa den Entscheid des Versicherungsgerichts vom 22. März 2019, IV 2018/205, E. 3.3) eine pauschale Parteientschädigung von Fr. 3'500.-- angemessen. Diese ist um einen Fünftel zu kürzen (Art. 31 Abs. 3 des Anwaltsgesetzes, sGS 963.70). Somit hat der Staat die Rechtsvertreterin der Beschwerdeführerin pauschal mit Fr. 2'800.-- (einschliesslich Barauslagen und Mehrwertsteuer) zu entschädigen.

**4.4** Eine Partei, der die unentgeltliche Rechtspflege gewährt wurde, ist zur Nachzahlung verpflichtet, sobald sie dazu in der Lage ist (Art. 123 der Schweizerischen Zivilprozessordnung [ZPO; SR 272] i.V.m. Art. 99 Abs. 2 des Gesetzes über die Verwaltungsrechtspflege [VRP; sGS 951.1]).

### Entscheid

im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP

#### 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen.



### 2.

Die Beschwerdeführerin wird von der Bezahlung der Gerichtsgebühr in der Höhe von Fr. 600.-- zufolge unentgeltlicher Rechtspflege befreit.

### 3.

Der Staat entschädigt die Rechtsvertreterin der Beschwerdeführerin zufolge unentgeltlicher Rechtsverteisterung mit Fr. 2'800.-- (einschliesslich Barauslagen und Mehrwertsteuer).