



**Fall-Nr.:** IV 2017/8  
**Stelle:** Versicherungsgericht  
**Rubrik:** IV - Invalidenversicherung  
**Publikationsdatum:** 20.08.2019  
**Entscheiddatum:** 20.06.2019

### **Entscheid Versicherungsgericht, 20.06.2019**

**Art. 28 IVG. Art. 16 ATSG. Rente. Invalidität. Invaliditätsgrad. Ökonomischer Invaliditätsbegriff. Tabellenlohnabzug (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 20. Juni 2019, IV 2017/8).**

#### **Entscheid vom 20. Juni 2019**

Besetzung

Präsident Ralph Jöhl, Versicherungsrichterinnen Monika Gehrler-Hug und Karin Huber-Studerus; Gerichtsschreiber Tobias Bolt

Geschäftsnr.

IV 2017/8

Parteien

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

**Beschwerdeführerin,**

vertreten durch Rechtsanwalt Dr. iur. Ronald Pedergrana, Rorschacher Strasse 21,  
Postfach 27, 9004 St. Gallen,

gegen

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

**Beschwerdegegnerin,**



Gegenstand

**Rente**

**Sachverhalt**

**A.**

**A.a** A.\_\_\_\_ meldete sich im April 2008 zum Bezug von Leistungen der Invalidenversicherung an (IV-act. 1). Sie gab an, sie habe zuletzt als Einpackerin gearbeitet. Eine berufliche Ausbildung habe sie nicht absolviert. Der Allgemeinmediziner Dr. med. B.\_\_\_\_ teilte im April 2008 telefonisch mit (IV-act. 18), die Versicherte leide an einem chronischen cervico-brachialen und thoraco-vertebralen Syndrom, an einer aktivierten Gonarthrose links und an einer Anpassungsstörung mit einer vorwiegenden Beeinträchtigung von anderen Gefühlen. Die Belastbarkeit sei generell vermindert. Die zwischenzeitlich erfolgte Wiederaufnahme der Arbeit mit einem Pensum von 50 Prozent sei bereits als ein Erfolg zu werten. Im Juni 2008 gab die Psychiaterin Dr. med. C.\_\_\_\_ telefonisch an (IV-act. 32), die Versicherte leide an einer Anpassungsstörung mit einer vorwiegenden Beeinträchtigung von anderen Gefühlen. Zudem bestehe der Verdacht auf einen Status nach einer posttraumatischen Belastungsstörung im Jahr 1992. Die Versicherte sei eine „Kämpfernatur“, die sich permanent überfordere und es nie gelernt habe, sich abzugrenzen. Eine Erhöhung des Arbeitspensums auf mehr als 50 Prozent sei unrealistisch. Die Klinik Valens hatte bereits im April 2008 berichtet (IV-act. 34–5 ff.), eine ergonomische Testung habe die Überlastung der Versicherten am bisherigen Arbeitsplatz gezeigt. Allerdings habe das Ausmass der angegebenen Schmerzbeeinträchtigung und Behinderung nicht gänzlich den objektiven klinischen Befunden entsprochen. Aus rheumatologischer Sicht könne der Versicherten eine leidensadaptierte Tätigkeit zu 50 Prozent zugemutet werden; das Pensum könne im Verlauf auf 75 Prozent gesteigert werden. Im Auftrag der IV-Stelle erstattete die Klinik D.\_\_\_\_ am 13. Januar 2010 ein bidisziplinäres rheumatologisch-psychiatrisches Gutachten (IV-act. 91 f.). Der psychiatrische Sachverständige hielt fest, in der dreieinhalb Stunden dauernden Untersuchung hätten sich keine Störungen der Auffassung, der Aufmerksamkeit, der Konzentrationsfähigkeit, des Gedächtnisses oder des formalen Denkens gezeigt. Der Antrieb sei allenfalls leicht gemindert gewesen. Eine



wesentliche vegetative Symptomatik sei nicht fassbar gewesen. Die Versicherte habe seit der Kindheit wiederholte Traumatisierungen erlebt, was zu einer forciert autonomen und beziehungsarmen Lebensweise mit hohen Leistungsanforderungen an sich selbst geführt habe. In diesem Zusammenhang habe sich auf dem Boden von langsam schleichend sich entwickelnden Beschwerden im Verlauf des Jahres 2008 im Rahmen einer Anpassungsstörung bei multifaktoriellen psychosozialen Belastungen das Beschwerdebild einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung entwickelt. Die anhaltende somatoforme Schmerzstörung sei derzeit mit einem auffälligen Krankheitsverhalten verbunden, das zum Teil auch Ausdruck und Ausgestaltung einer posttraumatischen Störung sein könnte, zum Teil auch appellativ im Sinne eines dissoziativen Verhaltens mit der Ausgestaltung von Versorgungswünschen wirke, die der Versicherten aber nicht bewusst seien. Aus psychiatrischer Sicht könne für leichte Tätigkeiten ohne einen besonderen zeitlichen Druck (Akkord) keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit attestiert werden. Der rheumatologische Sachverständige führte aus, die Versicherte leide an einem chronischen cervico-cephalen und cervico-brachialen Schmerzsyndrom rechts, an einem chronischen Thoracovertebralsyndrom, an einem chronischen Lumbovertebralsyndrom, an einer Coccygodynie, an einer beginnenden Gonarthrose links, an einem beidseitigen Carpaltunnelsyndrom sowie – ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit – an einer Adipositas, an einer arteriellen Hypertonie und an einem Diabetes mellitus Typ II. Im März 2009 habe die Versicherte wegen einem Hausbrand von einem vier Meter hohen Balkon springen müssen, was zu einer Exacerbation der Beschwerden geführt habe. Frakturen habe sie sich dabei keine zugezogen. Die zuletzt ausgeübte Tätigkeit, die ausschliesslich stehend und gehend habe verrichtet werden müssen und bei der die Versicherte repetitiv Gewichte bis 20kg habe hantieren müssen, sei nicht mehr zumutbar. Eine leichte, wechselbelastende Tätigkeit sei der Versicherten dagegen uneingeschränkt zumutbar. Die Ergebnisse im bidisziplinären Konsens deckten sich mit jenen eines im Frühjahr 2009 in Österreich erstellten polydisziplinären Gutachtens. Im Februar 2010 notierte Dr. med. E. \_\_\_ vom IV-internen regionalen ärztlichen Dienst (RAD), das Gutachten der Klinik D. \_\_\_ sei überzeugend (IV-act. 93). Mit einer Verfügung vom 4. Februar 2011 wies die IV-Stelle das Rentenbegehren der Versicherten ab (IV-act. 120).

**A.b** Im Mai 2012 meldete sich die Versicherte erneut zum Leistungsbezug an (IV-act. 141). Die Psychiaterin Dr. C. \_\_\_ hatte in einem Bericht zuhanden des



Vormundschaftsamtes F.\_\_\_\_ vom 26. Juli 2011 festgehalten (IV-act. 143), die Versicherte leide an schweren persönlichkeitsstrukturellen Defiziten mit narzisstischen, emotional instabilen und zunehmend betonten dissozialen Anteilen. Sie sei nicht in der Lage, sich an die neuen und aktuell schwierigen Lebensumstände anzupassen. Die dissozialen Verhaltensauffälligkeiten äusserten sich in einer deutlichen und andauernden Verantwortungslosigkeit und Missachtung von sozialen Normen, Regeln und Verpflichtungen. Das Verhalten der Versicherten sei im höchsten Mass manipulativ. Auf Kritik reagiere sie kränkend, aggressiv und schuldzuweisend. Die Frustrationstoleranz sei sehr gering. Insgesamt imponiere ein selbstdestruktives Verhalten mit einer zunehmenden agitiert-depressiven Entwicklung. Vor diesem Hintergrund drängten sich vormundschaftliche Massnahmen auf. Die Klinik G.\_\_\_\_ hatte am 4. August 2011 nach einer stationären Behandlung im Zeitraum vom 8. Juni 2011 bis zum 28. Juni 2011 berichtet (IV-act. 154–37 ff.), die Versicherte leide an einer rezidivierenden Depression, aktuell mittelgradig, mit einem somatischen Syndrom, an einer somatoformen Schmerzstörung und an einer Adipositas permagna. Die Klinik für orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates des Kantonsspitals St. Gallen hatte im April 2012 über einen objektiv regulären, subjektiv aber unbefriedigenden Verlauf nach einer im März 2012 erfolgten Discektomie und Fusion C5/6 berichtet (IV-act. 154–10 f.). Im August 2012 kam es zu einem akuten Bandscheibenvorfall (IV-act. 154–6 f.). Im Auftrag der IV-Stelle erstattete die PMEDA am 28. November 2013 ein polydisziplinäres Gutachten (IV-act. 182). Der internistische Sachverständige hielt fest, aufgrund der massiven Adipositas bestehe aus internistischer Sicht nur für körperlich schwere Tätigkeiten eine eingeschränkte Arbeitsfähigkeit. Der neurologische Sachverständige führte aus, die Versicherte leide an einer Adipositas permagna und an einem geringgradigen residuellen Carpaltunnelsyndrom rechts. Möglicherweise liege zusätzlich eine Wurzelirritation L5 rechts vor. Für das von der Versicherten geklagte Ganzkörperschmerzsyndrom habe sich kein hinreichendes Korrelat gefunden. Die reklamierte aktuelle Schmerzintensität sei nicht mit dem klinischen Eindruck einer zumindest deutlich geringeren Beeinträchtigung vereinbar. Aus neurologischer Sicht lasse sich jedenfalls keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit attestieren. Der orthopädische Sachverständige hielt fest, die Versicherte leide an einem Status nach einer cervicalen Spondylodeseoperation C5/6 mit einer geringen Bewegungseinschränkung, an einem



Status nach einer lumbalen Bandscheibendekompression L4/5 links ohne einen Anhalt für ein namhaftes residuelles Defektsyndrom, an einem Status nach einer Carpaltunneldekompression, einem Sehneneingriff und einer Cubitaltunneldekompression am rechten Arm ohne einen Anhalt für ein namhaftes residuelles Defizit, an einer Innenmeniscusreizung im linken Kniegelenk mit einer wahrscheinlichen Gonarthrose sowie an einem Status nach einer Carpaltunneloperation links ohne eine Beeinträchtigung. Im klinischen Befund hätten die Adipositas und die Diskrepanz zwischen den geklagten Beschwerden und den objektivierbaren Einschränkungen dominiert. Gravierende orthopädische Befunde hätten nicht erhoben werden können. Zusammenfassend liessen sich allenfalls qualitative Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit formulieren. Der psychiatrische Sachverständige führte aus, die Versicherte leide an einer Anpassungsstörung mit einer längeren depressiven Reaktion sowie an einer kombinierten Persönlichkeitsstörung mit emotional instabilen und dissoziativen Zügen. Im gesamten klinischen Eindruck sei keine gravierende Depressivität zu erkennen gewesen. Die Versicherte habe auch nicht wesentlich schmerzbeeinträchtigt gewirkt. Der psychiatrische Befund sei nicht derart ausgeprägt gewesen, dass sich eine wesentliche Beeinträchtigung bezüglich der Gestaltungsfähigkeit des Alltags oder der psychischen Erlebnisfähigkeit begründen liesse. Aus psychiatrischer Sicht sei die Versicherte durchaus noch in der Lage, zumindest einfache Tätigkeiten im gegebenen schlichten Bildungsniveau vollschichtig auszuüben. Aus polydisziplinärer Sicht seien der Versicherten leidensadaptierte Tätigkeiten uneingeschränkt zumutbar. Die RAD-Ärztin Dr. med. H.\_\_\_\_ qualifizierte das Gutachten als überzeugend (IV-act. 187). Mit einem Vorbescheid vom 11. Februar 2014 teilte die IV-Stelle der Versicherten mit, dass sie die Abweisung des Leistungsbegehrens um berufliche Massnahmen und Rentenleistungen vorsehe (IV-act. 195). Dagegen wandte die Versicherte am 14. Februar 2014 ein (IV-act. 196), sie sei nicht in der Lage, einer beruflichen Tätigkeit nachzugehen. Sie beantrage deshalb eine nochmalige Prüfung ihres Rentenbegehrens. Am 1. April 2014 erliess die IV-Stelle eine Mitteilung, mit der sie das Begehren um berufliche Massnahmen abwies (IV-act. 209).

**A.c** Am 4. April 2014 ging der IV-Stelle ein Bericht der Klinik für Neurochirurgie des Kantonsspitals St. Gallen zu (IV-act. 211), laut dem die Versicherte am 21. März 2014 an der Lendenwirbelsäule operiert worden war. Die RAD-Ärztin Dr. H.\_\_\_\_ notierte am 17. April 2014, der Gesundheitszustand der Versicherten sei angesichts der gerade



erfolgten Operation noch instabil (IV-act. 212). Am 9. Mai 2014 berichtete die Klinik für Neurochirurgie des Kantonsspitals St. Gallen (IV-act. 213), zwischenzeitlich sei ein extraspinaler Abszess mit Staphylokokkus epidermis aufgetreten, der während einer stationären Behandlung im Zeitraum vom 25. April 2014 bis zum 12. Mai 2014 erfolgreich habe behandelt werden können. Die Allgemeinmedizinerin Dr. med. H.\_\_\_\_ gab im Oktober 2014 einen im Wesentlichen unveränderten Gesundheitszustand an (IV-act. 226). Im März 2015 erfolgte eine arthroskopische subacromiale Dekompression und Acromioplastik, AC-Gelenksresektion, Bicepssehnen-Tenotomie und Rotatorenmanschetten-Rekonstruktion an der rechten Schulter (IV-act. 252). Im Auftrag der IV-Stelle erstattete die SMAB AG am 2. August 2016 ein polydisziplinäres Gutachten (IV-act. 299). Die Sachverständigen hielten fest, die Versicherte leide an einer postoperativen Schulterteilsteife rechts, an einer morbiden Adipositas, an einer Kardiopathie bei einer morbiden Adipositas und Hypertonie sowie – ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit – an psychologischen und Verhaltensfaktoren bei andernorts klassifizierten Krankheiten, an einer Reaktion auf eine schwere Belastung, an einer emotional instabilen und narzisstischen Persönlichkeitsakzentuierung, an einem chronisch rezidivierenden lumbalen pseudo-radikulären Schmerzsyndrom, an anfallsweisen Missempfindungen und Schmerzen an beiden Beinen, an einer Cervicobrachialgie links ohne eine radikuläre Reizung, an einer geringen Arthrose des linken AC-Gelenks, an einem sensiblen Carpaltunnelsyndromrezidiv rechts, an einem Status nach einer Neurolyse des Nervus ulnaris rechts, an einer Hypakusis beidseits, an einem Tinnitus, an Senk-Spreiz-Plattfüssen, an einer Hypertonie, an einem Diabetes mellitus Typ II, an einem erhöhten Augeninnendruck beidseits, an einem obstruktiven Schlafapnoesyndrom sowie an einer Hashimoto-Thyreoiditis. Aus somatischer Sicht sei die Arbeitsfähigkeit der Versicherten für leidensadaptierte Tätigkeiten nur durch die Adipositas beziehungsweise durch die daraus folgende Kardiopathie eingeschränkt. Das zumutbare Pensum betrage 75 Prozent. Aus psychiatrischer Sicht liege keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit vor. Die Schmerzproblematik sei nicht stark ausgeprägt. Die posttraumatische Symptomatik sei in den vergangenen Jahren (auch gemäss den Angaben der Versicherten) abgeklungen und eine eigentliche Persönlichkeitsstörung liege nicht vor. Der orthopädische Sachverständige hatte ausgeführt, bezüglich der Halswirbelsäule seien sowohl die bildgebenden als auch die klinischen Befunde weitgehend unauffällig gewesen, weshalb diesbezüglich keine



relevante Einschränkung der Arbeitsfähigkeit attestiert werden könne. Die von der Versicherten angegebenen Schmerzen in den Ellbogen hätten klinisch nicht objektiviert werden können; diesbezüglich sei der Befund unauffällig gewesen. Das rechte Schultergelenk sei als sehr schmerzhaft und in seiner Beweglichkeit massiv eingeschränkt demonstriert worden, aber diese Angaben hätten sich nicht nachvollziehen lassen. Angesichts der objektiven Befunde könne nur eine gewisse Einschränkung für Tätigkeiten attestiert werden, die über Kopf verrichtet werden müssten oder vermehrte Bewegungen des Schultergelenks erforderten. Bezüglich der Lendenwirbelsäule sei der objektive klinische Befund weitgehend unauffällig gewesen. Die bekannten degenerativen Veränderungen könnten zu gelegentlichen Schmerzen führen; bei starken Exacerbationen könnten vorübergehende Arbeitsunfähigkeiten auftreten, aber eine generelle Arbeitsunfähigkeit lasse sich damit nicht begründen. Die Coccygodynie habe sich klinisch nicht nachweisen lassen. Auch für die geltend gemachten Beschwerden in den Sprunggelenken habe sich kein klinisches Korrelat finden lassen. Das rechte Kniegelenk sei medial gering vermehrt aufklappbar gewesen und die Versicherte habe einen Druckschmerz an der lateralen Patellafacette beidseits angegeben. Ansonsten sei der objektive klinische Befund bezüglich der beiden Kniegelenke völlig regelrecht gewesen. Die festgestellten Auffälligkeiten wirkten sich nicht auf die Arbeitsfähigkeit aus. Die neurologische Sachverständige hatte festgehalten, die Untersuchung der Versicherten habe sich sehr mühsam gestaltet, da diese unbeweglich, verspannt und viel zu schwer gewesen sei. Die Reflexe seien äusserst schwierig auslösbar gewesen, da die Versicherte überhaupt nicht entspannt gewesen sei. An den Fingern I–III rechts sei die Oberflächensensibilität etwas vermindert gewesen. Dabei könne es sich um einen Restbefund eines jetzt nur sensiblen Carpaltunnelsyndroms oder allenfalls um eine Neubildung eines Carpaltunnelsyndroms handeln. Im Übrigen habe sich keine neurologische Beeinträchtigung mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit feststellen lassen. Der internistische Sachverständige hatte ausgeführt, die Versicherte habe etwas demonstrativ gewirkt und ihre Beschwerden betont. Sie habe sich mühsam auf zwei Krücken gestützt fortbewegt. Der BMI habe  $43,9\text{kg/m}^2$  betragen und sei folglich seit dem Jahr 2011 unverändert geblieben. Eine Laboruntersuchung habe gezeigt, dass der Diabetes knapp genügend eingestellt gewesen sei; die übrigen Werte seien unauffällig gewesen. Seit dem Jahr 2012 sei eine hypertensive Kardiopathie bekannt, die zu einer



Anstrengungsdyspnoe NYHA II führe. Dies schränke die Arbeitsfähigkeit der Versicherten auch für leichte Tätigkeiten ein. Der psychiatrische Sachverständige hatte festgehalten, bei einer dreistündigen neuropsychologischen Testung hätten sich klinisch keine Hinweise auf eine verminderte Belastbarkeit gezeigt. Die Tests hätten zwar verschiedene neurokognitive Einschränkungen ergeben, aber im Symptomvalidierungsverfahren hätten sich Auffälligkeiten gezeigt, die auf eine verminderte Anstrengungsbereitschaft hingewiesen hätten. Da keine Vergleichsbeziehungsweise Normstichprobe existiere, sei die Beurteilbarkeit der Ergebnisse zusätzlich erschwert. In der psychiatrischen Exploration sei zeitweise ein dysphorisches Verhalten aufgefallen. Die Versicherte habe verschiedene Symptome einer posttraumatischen Belastungsstörung geschildert. Von der Persönlichkeit her hätten sich einerseits emotional instabile und andererseits narzisstische Züge gezeigt. Im Übrigen sei der klinische Befund unauffällig gewesen. Die Schmerzsymptomatik sei für die Diagnose einer somatoformen Schmerzstörung nicht genügend ausgeprägt. Folglich könnten nur psychologische und Verhaltensfaktoren bei andernorts klassifizierten Krankheiten diagnostiziert werden. Die posttraumatische Symptomatik sei nicht so stark ausgeprägt, dass eine posttraumatische Belastungsstörung diagnostiziert werden könnte; es liege nur noch eine Restsymptomatik im Sinne einer Reaktion auf eine schwere Belastung vor. Da die Versicherte über längere Zeit über ein gutes soziales Funktionsniveau verfügt habe, könne auch keine Persönlichkeitsstörung diagnostiziert werden. Aus psychiatrischer Sicht sei die Arbeitsfähigkeit der Versicherten nicht eingeschränkt. Die RAD-Ärztin Dr. H.\_\_\_\_ erachtete das Gutachten als überzeugend (IV-act. 300).

**A.d** Mit einem Vorbescheid vom 25. August 2016 teilte die IV-Stelle der Versicherten mit, dass sie die Abweisung ihres Rentenbegehrens vorsehe (IV-act. 304). Zur Begründung führte sie an, bei einer Arbeitsfähigkeit von 75 Prozent könne die Versicherte gemäss den Ergebnissen der Schweizer Lohnstrukturerhebung (LSE) 2014 ein Erwerbseinkommen von 40'345 Franken erzielen. Im Vergleich mit dem zuletzt erzielten (an die Nominallohnentwicklung bis zum Jahr 2014 angepassten) Erwerbseinkommen von 59'058 Franken resultiere ein nicht rentenbegründender Invaliditätsgrad von 32 Prozent. Am 11. Oktober 2016 liess die nun anwaltlich vertretene Versicherte einwenden (IV-act. 315), das Gutachten der SMAB AG sei widersprüchlich, da der psychiatrische Sachverständige eine posttraumatische



Belastungsstörung beschrieben, aber keine solche diagnostiziert habe. Gemäss einem aktuellen Bericht der Schmerzklinik des Kantonsspitals St. Gallen vom 5. September 2016 (IV-act. 316) liege effektiv eine posttraumatische Belastungsstörung vor. Die Schmerzsymptomatik sei von den Sachverständigen der SMAB AG ebenfalls nicht genügend gewürdigt worden. Am 10. November 2016 liess die Versicherte die vergleichsweise Zuspache einer halben Rente beantragen (IV-act. 318). Die RAD-Ärztin Dr. H. \_\_\_ notierte am 17. November 2016, sie sehe keinen Grund, von der Einschätzung der Sachverständigen der SMAB AG abzuweichen (IV-act. 319). Mit einer Verfügung vom 17. November 2016 wies die IV-Stelle das Rentenbegehren der Versicherten ab (IV-act. 320).

### **B.**

**B.a** Am 9. Januar 2017 liess die Versicherte (nachfolgend: die Beschwerdeführerin) eine Beschwerde gegen die Verfügung vom 17. November 2016 erheben (act. G 1). Ihr Rechtsvertreter beantragte die Aufhebung der angefochtenen Verfügung, die Zuspache einer vollen (recte: ganzen) Rente mit Wirkung „ab Anmeldung“ und eventualiter die Einholung eines polydisziplinären Gutachtens. Zur Begründung führte er an, das Gutachten der SMAB AG weise diverse Mängel auf: In der Diagnoseliste fehle das Postlaminektomie-Syndrom; die Auswirkungen dieses Syndroms seien von den orthopädischen Sachverständigen nicht hinreichend berücksichtigt worden; der psychiatrische Sachverständige habe die Ergebnisse der neuropsychologischen Testung nicht gewürdigt; keiner der Sachverständigen verfüge über eine schmerztherapeutische oder neurochirurgische Expertise; die Adipositas sei genetisch bedingt und teilweise auch die Folge von Medikamentennebenwirkungen; bei „korrekter Begutachtung“ hätten eine posttraumatische Belastungsstörung und eine mittelgradige Depression diagnostiziert werden müssen. Die Beschwerdeführerin sei gemäss einer aktuellen Einschätzung des behandelnden Arztes des Schmerzzentrums des Kantonsspitals St. Gallen höchstens zu 30 Prozent arbeitsfähig.

**B.b** Die IV-Stelle (nachfolgend: die Beschwerdegegnerin) beantragte am 28. Februar 2017 die Abweisung der Beschwerde (act. G 4). Zur Begründung führte sie an, das Gutachten der SMAB AG sei in jeder Hinsicht überzeugend, weshalb darauf abgestellt werden könne. Die Adipositas bewirke grundsätzlich keine zu Rentenleistungen



## St.Galler Gerichte

berechtigte Invaliderität. Hier liege gemäss dem Gutachten der SMAB AG eine Ausnahme von diesem Grundsatz vor. Die daraus resultierende Arbeitsunfähigkeit von 25 Prozent bewirke aber keinen rentenbegründenden Invalideritätsgrad.

**B.c** Die Beschwerdeführerin liess am 26. Mai 2017 an ihren Anträgen festhalten (act. G 11). Subeventualiter liess sie neu zusätzlich die Erstellung eines psychiatrischen Gutachtens beantragen.

**B.d** Die Beschwerdegegnerin hielt am 27. Juni 2017 ebenfalls an ihrem Antrag fest (act. G 13).

## Erwägungen

### 1.

Wurde ein Rentenbegehren wegen eines zu geringen Invalideritätsgrades abgewiesen, wird eine neue Anmeldung gemäss dem Art. 87 Abs. 3 IVV in Verbindung mit dem Art. 87 Abs. 2 IVV nur geprüft, wenn die versicherte Person glaubhaft gemacht hat, dass sich der für die Bemessung des Invalideritätsgrades massgebende Sachverhalt in einer anspruchrelevanten Weise verändert hat. Die Beschwerdegegnerin hat ein erstes Leistungsbegehren der Beschwerdeführerin mit einer Verfügung vom 4. Februar 2011 abgewiesen. Diese Verfügung ist unangefochten in formelle Rechtskraft erwachsen. Die Beschwerdeführerin hat sich im Mai 2012 erneut zum Leistungsbezug angemeldet. Im Zusammenhang mit dieser Neuanmeldung ist der Beschwerdegegnerin ein Bericht der Klinik G.\_\_\_\_ vom 4. August 2011 betreffend eine dreiwöchige stationäre Behandlung der Beschwerdeführerin im Juni 2011 zugegangen. Mit den Angaben in diesem Bericht ist glaubhaft gemacht gewesen, dass sich der für einen allfälligen Rentenanspruch der Beschwerdeführerin massgebende Sachverhalt nach dem 4. Februar 2011 massgebend verändert gehabt haben könnte. Die Beschwerdegegnerin ist folglich zu Recht auf die Neuanmeldung eingetreten.

### 2.

**2.1** Laut dem Art. 28 Abs. 1 IVG hat eine versicherte Person, die ihre Erwerbsfähigkeit nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder



verbessern kann, die während eines Jahres ohne einen wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 Prozent arbeitsunfähig gewesen ist und die nach dem Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 Prozent invalid ist, einen Anspruch auf eine Rente der Invalidenversicherung. Für die Bemessung der Invalidität wird gemäss dem Art. 16 ATSG das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach dem Eintritt der Gesundheitsbeeinträchtigung und nach der Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei einer ausgeglichenen Arbeitsmarktlage erzielen könnte, in Beziehung zu jenem Erwerbseinkommen gesetzt, das sie erzielen könnte, wenn sie gesund geblieben wäre.

**2.2** Die Beschwerdeführerin hat keine berufliche Ausbildung absolviert und ist als Hilfsarbeiterin tätig gewesen. In den Akten finden sich verschiedene Hinweise darauf, dass sie eine zur Überforderung der eigenen Kräfte neigende „Kämpfernatur“ gewesen ist, weshalb davon auszugehen ist, dass sie eher überdurchschnittlich leistungsfähig und folglich in der Lage gewesen ist, ein eher über dem statistischen Zentralwert der Hilfsarbeiterinnenlöhne liegendes Einkommen zu erzielen. Ihr Lohn hat sich gemäss den Angaben der letzten Arbeitgeberin, für die sie 15 Jahre lang tätig gewesen war (IV-act. 17–2), im Jahr 2008 auf 4'440 Franken pro Monat plus 4'130 Franken Gratifikation belaufen (IV-act. 17–3), was einem Jahreslohn von 53'280 Franken entsprochen hat. Gemäss den Ergebnissen der Schweizer Lohnstrukturerhebung (LSE) für das Jahr 2008 hat sich der statistische Zentralwert der Hilfsarbeiterinnenlöhne in jenem Jahr bei einer standardisierten Arbeitszeit von 40 Stunden pro Woche auf 4'116 Franken pro Monat belaufen, was unter Berücksichtigung der betriebsüblichen wöchentlichen Arbeitszeit von 41,6 Stunden im Jahr 2008 einem Jahreslohn von 51'368 Franken entsprochen hat. Damit zeigt sich, dass die Beschwerdeführerin vor dem Eintritt ihrer Gesundheitsbeeinträchtigung tatsächlich einen leicht überdurchschnittlichen Lohn erzielt hat. Angesichts des Umstandes, dass die Beschwerdeführerin damals bereits während 15 Jahren für dieselbe Arbeitgeberin tätig gewesen ist, besteht die plausibelste Validenkarriere in der Weiterführung jenes Arbeitsverhältnisses. Das Valideneinkommen entspricht folglich dem an die Nominallohnentwicklung 2008–2016 angepassten zuletzt erzielten Einkommen. Der Nominallohnindex für Frauen hat sich im Jahr 2008 (Basis 1993 = 100) auf 123,5 Punkte und im Jahr 2016 auf 133,9 Punkte



belaufen. Damit ergibt sich ein Valideneinkommen von 57'767 Franken (= 53'280 Franken  $\div$  123,5  $\times$  133,9).

**2.3** Für die Bestimmung der Invalidenkategorie und des entsprechenden zumutbarerweise erzielbaren Invalideneinkommens ist von massgebender Bedeutung, welche Tätigkeiten der Beschwerdeführerin aus medizinischer Sicht in welchem Umfang noch zugemutet werden können. Die Beschwerdegegnerin hat zur Beantwortung der Frage nach der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin die Berichte der behandelnden Ärzte eingeholt und zwei polydisziplinäre Begutachtungen in Auftrag gegeben. Der zuständige RAD-Arzt hat zwar das erste Gutachten der PMEDA als überzeugend qualifiziert, aber in der Folge hat sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin wesentlich verändert, weshalb das Gutachten nicht mehr aktuell gewesen ist. An sich hätte es in dieser Situation nahe gelegen, die PMEDA mit einer Verlaufsbeurteilung zu beauftragen, aber die Beschwerdegegnerin hat es vorgezogen, eine andere MEDAS, nämlich die SMAB AG, mit der Erstellung eines komplett neuen Gutachtens zu beauftragen. Damit stellt sich nun primär die Frage, ob das Gutachten der SMAB AG eine überzeugende Arbeitsfähigkeitsschätzung enthält. Entgegen der Behauptung des Rechtsvertreters der Beschwerdeführerin basiert das Gutachten der SMAB AG nicht nur auf einer sogenannten „Momentaufnahme“. Dieser Vorwurf, der in ähnlicher Weise regelmässig als Einwand gegen den Beweiswert eines versicherungsmedizinischen Gutachtens vorgebracht wird, trifft in aller Regel nicht zu, weil den Sachverständigen die Berichte aller behandelnden Ärzte sowie allfällige Vorgutachten zur Verfügung gestellt werden und weil die Sachverständigen sich anhand dieser Vorakten ein Bild vom gesamten Krankheitsverlauf machen können. Das erlaubt es ihnen, die anhand der persönlichen Untersuchung gewonnenen Erkenntnisse in den Krankheitsverlauf einordnen und entsprechend anhand der bisherigen Erkenntnisse der behandelnden Ärzte richtig bewerten zu können. Wenn sich also einem Gutachten entnehmen lässt, dass die Sachverständigen die Vorakten eingehend gewürdigt haben, kann der Vorwurf, das Gutachten basiere nur auf einer „Momentaufnahme“, nicht zutreffen. Die Argumentation des Rechtsvertreters der Beschwerdeführerin überzeugt nicht, weil die Sachverständigen die Vorakten gewürdigt und bei ihrer Beurteilung berücksichtigt haben. Entgegen der Ansicht des Rechtsvertreters der Beschwerdeführerin ist den Sachverständigen der SMAB AG also insbesondere bekannt gewesen, dass die behandelnde Psychiaterin Dr. C. \_\_\_ im



Sommer 2011 eine Verbeiständung der Beschwerdeführerin beantragt hatte und dass in der Folge die Tochter der Beschwerdeführerin zur Beiständin ihrer Mutter ernannt worden war. Ebenso ist den Sachverständigen der SMAB AG bekannt gewesen, dass der behandelnde Arzt des Schmerzzentrums des Kantonsspitals St. Gallen ein Postlaminektomie-Syndrom diagnostiziert hatte. Dem orthopädischen und dem neurologischen Teilgutachten der SMAB AG lässt sich entnehmen, dass die Sachverständigen der SMAB AG bei ihrer persönlichen Untersuchung der Beschwerdeführerin keine objektiven klinischen Befunde festgestellt hatten, die es erlaubt hätten, die diagnostische Beurteilung des behandelnden Arztes des Schmerzzentrums des Kantonsspitals St. Gallen zu teilen. Diese Diagnose ist also nicht vergessen gegangen, wie der Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin behauptet hat. Aus dem Gutachten der SMAB AG ergibt sich vielmehr, dass die Sachverständigen die Beschwerdeführerin eingehend und umfassend persönlich untersucht haben. Sie haben die subjektiven Klagen der Beschwerdeführerin und die von ihnen erhobenen objektiven klinischen Befunde ausführlich wiedergegeben. Zusammen mit den aus der Würdigung der Vorakten gewonnenen Erkenntnissen haben die Sachverständigen der SMAB AG also über eine umfassende Kenntnis des medizinischen Sachverhaltes verfügt. Daraus haben sie für medizinische Laien nachvollziehbare und überzeugend begründete Schlussfolgerungen hinsichtlich der Diagnosen und der Arbeitsfähigkeit gezogen. Das Gutachten enthält keine Widersprüche. Abweichungen zu den Berichten der behandelnden Ärzte sind von den Sachverständigen der SMAB AG deklariert worden; die Sachverständigen haben überzeugend begründet dargelegt, weshalb sie die entsprechenden Auffassungen der behandelnden Ärzte nicht geteilt haben. Weder im Gutachten der SMAB AG selbst noch in einem anderen medizinischen Bericht findet sich ein Hinweis, der Zweifel an der Überzeugungskraft des Gutachtens der SMAB AG wecken würde. Nur das Attest einer Arbeitsunfähigkeit von 25 Prozent selbst für eine ideal leidensadaptierte Tätigkeit wegen der Adipositas und der dadurch bedingten Kardiopathie erscheint aus der Sicht eines medizinischen Laien als möglicherweise zu hoch gegriffen, da sich die Adipositas und die Kardiopathie bei einer auch diesbezüglich ideal adaptierten Tätigkeit wohl nicht derart stark auf die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin auswirken. Eigentlich müsste diese Unsicherheit mittels weiterer Sachverhaltsabklärungen beseitigt werden, denn die massgebenden Gesetzesbestimmungen können nur auf einen in allen Teilen mit dem erforderlichen



Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit feststehenden Sachverhalt angewendet werden. Allerdings gilt auch bezüglich der Sachverhaltsabklärung der Verhältnismässigkeitsgrundsatz. Der Arbeitsfähigkeitsgrad der Beschwerdeführerin in einer ideal leidensadaptierten Tätigkeit kann überwiegend wahrscheinlich nicht tiefer als 75 Prozent sein. Sollte sich unter Berücksichtigung des maximalen Arbeitsunfähigkeitsgrades von 25 Prozent kein rentenbegründender Invaliditätsgrad von mindestens 40 Prozent ergeben, wären weitere Sachverhaltsabklärungen überflüssig, da sie am Ergebnis nichts ändern könnten.

**2.4** Folglich ist zunächst zu prüfen, wie hoch das zumutbarerweise erzielbare Invalideneinkommen ausgehend von einem Arbeitsunfähigkeitsgrad von 25 Prozent für ideal leidensadaptierte Tätigkeiten ausfällt. Angesichts des *ökonomischen* Invaliditätsbegriffs in den Art. 28 IVG, Art. 7 f. ATSG und Art. 16 ATSG ist für die Bestimmung des zumutbarerweise erzielbaren Invalideneinkommens entscheidend, ob die Beschwerdeführerin einem strikt betriebswirtschaftlich-ökonomisch denkenden Arbeitgeber auf dem ersten Arbeitsmarkt überhaupt zumutbar ist und wie hoch der allein nach ökonomischen Gesichtspunkten festgesetzte Lohn wäre, den ein solcher Arbeitgeber der Beschwerdeführerin gegebenenfalls bezahlen würde. Die Frage der Zumutbarkeit respektive der Verwertbarkeit der Arbeitsfähigkeit auf dem ersten Arbeitsmarkt stellt sich vorliegend insbesondere mit Blick auf die katastrophierende Schilderung des Verhaltens der Beschwerdeführerin im Bericht von Dr. C. \_\_\_ vom 26. Juli 2011 zuhanden des Vormundschaftsamtes F. \_\_\_. Das von Dr. C. \_\_\_ in jenem Bericht beschriebene Verhalten der Beschwerdeführerin mit einer deutlichen und andauernden Verantwortungslosigkeit und Missachtung von sozialen Normen, Regeln und Verpflichtungen würde nämlich eine Anstellung der Beschwerdeführerin durch einen strikt betriebswirtschaftlich-ökonomischen Arbeitgeber ausschliessen, weil ein solcher Arbeitgeber keinesfalls das entsprechende immense Risiko von massiven Störungen der Betriebsabläufe eingehen würde. Allerdings muss es sich beim von Dr. C. \_\_\_ beschriebenen Zustand um eine vorübergehende psychische Dekompensation gehandelt haben. Im Austrittsbericht der Klinik G. \_\_\_ betreffend eine rund einen Monat davor durchgeführte stationäre Behandlung finden sich keine Hinweise auf das von Dr. C. \_\_\_ beschriebene massiv dissoziale Verhalten der Beschwerdeführerin. Der psychiatrische Sachverständige der PMEDA konnte ein gutes Jahr später keine ausgeprägten Einschränkungen hinsichtlich des psychischen Befundes mehr



feststellen. Er hat zwar – wie Dr. C.\_\_\_\_ – eine kombinierte Persönlichkeitsstörung mit emotional instabilen und dissoziativen Zügen diagnostiziert, aber gleichzeitig festgehalten, diese Störung sei nicht derart ausgeprägt, dass sie die Gestaltungsfähigkeit des Alltags oder der psychischen Erlebnisfähigkeit einschränken würde. Aus psychiatrischer Sicht sei die Beschwerdeführerin durchaus noch in der Lage, sich wieder in den Arbeitsprozess zu integrieren und zumindest einfache Tätigkeiten im gegebenen schlichten Bildungsniveau vollschichtig auszuüben. Auch der psychiatrische Sachverständige der SMAB konnte keine wesentlichen Beeinträchtigungen hinsichtlich des psychischen Befundes feststellen. Der insofern weitgehend unauffällige psychische Befund hat ihn sogar dazu bewogen, das Vorliegen einer Persönlichkeitsstörung zu verneinen. Vor diesem Hintergrund müssen die Angaben von Dr. C.\_\_\_\_ als überholt und (längst) nicht mehr massgebend qualifiziert werden. Zusammenfassend sind keine Gründe ersichtlich, die gegen eine Verwertbarkeit der medizinisch zumutbaren Arbeitsfähigkeit im ersten Arbeitsmarkt sprechen würden.

**2.5** Für die Bestimmung des zumutbarerweise erzielbaren Invalideneinkommens ist von einem Arbeitsunfähigkeitsgrad von 25 Prozent für ideal leidensadaptierte Tätigkeiten auf dem ersten Arbeitsmarkt auszugehen. Da kein statistischer Nachweis dafür existiert, dass körperlich leichte Hilfsarbeiten relevant tiefer als körperlich anstrengende Hilfsarbeiten entlohnt würden, ist der statistische Zentralwert aller Hilfsarbeiterinnenlöhne als Ausgangswert für das zumutbarerweise erzielbare Invalideneinkommen heranzuziehen. Auf das zuletzt erzielte, höhere Einkommen kann nicht abgestellt werden, weil die Beschwerdeführerin als Folge ihrer Gesundheitsbeeinträchtigung mit überwiegender Wahrscheinlichkeit keine „Kämpfernatur“ mehr sein kann, was bedeutet, dass sie nicht mehr in der Lage ist, einen überdurchschnittlichen Lohn zu erzielen. Der massgebende statistische Zentralwert der Hilfsarbeiterlöhne hat sich im Jahr 2016 auf 54'581 Franken belaufen. Die Anstellung der Beschwerdeführerin hätte im Vergleich zu einer gesunden zu 75 Prozent beschäftigten Hilfsarbeiterin für den Arbeitgeber aber verschiedene Nachteile, die betriebswirtschaftlich-ökonomisch betrachtet als höhere indirekte Lohnkosten zu qualifizieren wären. Die Beschwerdeführerin würde nämlich eine besondere Rücksichtnahme seitens der Vorgesetzten, der Arbeitskollegen und gegebenenfalls anderer Mitarbeiter benötigen, sie wäre unfähig, bei einem betrieblichen Bedarf



vorübergehend zu 100 Prozent oder sogar darüber hinaus tätig zu sein oder sich vorübergehend an einem nicht adaptierten Arbeitsplatz einsetzen zu lassen und längerfristig betrachtet bestünde das Risiko von vermehrten krankheitsbedingten Absenzen. Geht man bei der Ermittlung der Vergleichseinkommen konsequent von einem *ökonomischen* Invaliditätsbegriff aus, muss man wegen diesen Nachteilen der Beschwerdeführerin auf dem ersten Arbeitsmarkt, die – für jeden auch nur über rudimentäre betriebswirtschaftliche Kenntnisse verfügenden Rechtsanwender ersichtlich – zwingend (als zusätzliche Verluste) zu einem Minderlohn führen, unbedingt einen Tabellenlohnabzug von wenigstens zehn Prozent berücksichtigen. Denn nur so kann ein Soziallohnanteil ausgeschlossen werden. Unter Berücksichtigung dieses Tabellenlohnabzuges und des zumutbaren Pensums von maximal 75 Prozent ergibt sich ein zumutbarerweise erzielbares Invalideneinkommen von maximal 36'842 Franken. Verglichen mit dem Valideneinkommen von 57'767 Franken resultiert ein maximaler Invaliditätsgrad von 36,22 Prozent. Das bedeutet, dass die Beschwerdeführerin selbst dann keinen Anspruch auf eine Rente der Invalidenversicherung hätte, wenn von einer Arbeitsunfähigkeit von 25 Prozent für ideal leidensadaptierte Tätigkeiten ausgegangen würde. Bei diesem Ergebnis erübrigen sich weitere Sachverhaltsabklärungen. Die angefochtene Verfügung erweist sich im Ergebnis als rechtmässig.

### 3.

Die Beschwerde ist abzuweisen. Die Gerichtskosten von 600 Franken sind der unterliegenden Beschwerdeführerin aufzuerlegen. Sie sind durch den von dieser geleisteten Kostenvorschuss von 600 Franken gedeckt. Die unterliegende Beschwerdeführerin hat keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung.

### Entscheid

im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP

### 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen.



### 2.

Die Beschwerdeführerin hat die Gerichtskosten von 600 Franken zu bezahlen; diese sind durch den von ihr geleisteten Kostenvorschuss von 600 Franken gedeckt.