



**Fall-Nr.:** IV 2022/163  
**Stelle:** Versicherungsgericht  
**Rubrik:** IV - Invalidenversicherung  
**Publikationsdatum:** 09.06.2023  
**Entscheiddatum:** 03.05.2023

### **Entscheid Versicherungsgericht, 03.05.2023**

**Art. 28 IVG. Art. 16 ATSG. Invalidenrente. Invalidität. Würdigung von Administrativgutachten (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 3. Mai 2023, IV 2022/163).**

#### **Entscheid vom 3. Mai 2023**

Besetzung

Präsident Ralph Jöhl, Versicherungsrichterinnen Karin Huber-Studerus und Corinne Schambeck; Gerichtsschreiber Tobias Bolt

Geschäftsnr.

IV 2022/163

Parteien

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

**Beschwerdeführerin,**

gegen

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

**Beschwerdegegnerin,**

Gegenstand



### Rente

### Sachverhalt

#### A.

**A.a.** A.\_\_\_\_ meldete sich im Mai 2012 zum Bezug von Leistungen der Invalidenversicherung an (IV-act. 17). Sie machte keine Angaben zu einer beruflichen Ausbildung. Ihre Arbeitgeberin berichtete Ende Mai 2012 (IV-act. 27), die Versicherte habe seit Dezember 2001 für sie gearbeitet. Sie habe Ende Juni 2011 einen Unfall erlitten. Eine Wiederaufnahme der Arbeit sei nicht absehbar, weshalb das Arbeitsverhältnis per Ende Juli 2012 aufgelöst werde. Die Versicherte habe in einem Pensum von 60 Prozent als „Team Member Bakery“ gearbeitet. Sie habe einen Stundenlohn von 23.75 Franken erhalten. Der Allgemeinmediziner Dr. med. B.\_\_\_\_ teilte der IV-Stelle im Juli 2012 mit (IV-act. 36–1 ff.), die Versicherte leide an einer chronischen Cervicobrachialgie rechts sowie an einem Status nach einer Distorsion des linken Kniegelenks mit einer kompletten Ruptur des vorderen Kreuzbandes und einer lateralen Meniscusläsion. Objektiv sei der Allgemeinzustand insgesamt gut. Anlässlich der letzten Konsultation sei die Versicherte äusserst klagsam gewesen. Inspektorisch sei der rechte Ellbogen unauffällig gewesen. Die Beweglichkeit sei nur bezüglich der Supination im Seitenvergleich diskret eingeschränkt gewesen. Die Versicherte habe aber bei diversen Tests Schmerzen angegeben. Die Handgelenksfunktion sei frei, aber in allen Ebenen schmerzhaft gewesen. Die Handbeschwielung habe „tatsächlich“ gefehlt. Die Umfangmasse des Oberarms, des Unterarms und des Handgelenks seien im Seitenvergleich weitestgehend identisch gewesen. Beim Gehen habe die Versicherte noch ein leichtes Entlastungshinken links gezeigt. Das linke Kniegelenk sei reizlos und nur minimal angeschwollen gewesen. Bezüglich des rechten Armes seien noch weitere Abklärungen angezeigt. Aktuell könne die Versicherte den rechten Arm „unmöglich“ einsetzen, weshalb sie vollständig arbeitsunfähig sei. Im März 2013 berichtete die Psychiaterin Dr. med. C.\_\_\_\_ (IV-act. 56), die Versicherte leide an einer Anpassungsstörung mit einer längeren depressiven Reaktion sowie – ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit – an einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung. Der Gesundheitszustand sei deutlich psychisch überlagert. Die Versicherte zeige eine Aggravations- und Appellationstendenz. Aus



psychiatrischer Sicht wäre ihr rein theoretisch eine maximal vierstündige behinderungsangepasste Tätigkeit möglich. Mit einer Mitteilung vom 24. Mai 2013 wies die IV-Stelle das Begehren um berufliche Eingliederungsmassnahmen ab, nachdem die Versicherte angegeben hatte, dass sie sich subjektiv nicht eingliederungsfähig fühle (IV-act. 68).

**A.b.** Im Auftrag der Unfallversicherung erstattete die IB-Bern am 17. Juli 2017 ein polydisziplinäres Gutachten (Fremdakten). Der orthopädische Sachverständige hielt fest, die Versicherte sei mit einem Unterarmgehstock zur Untersuchung erschienen, den sie – „bei einem massivst schleppenden Gangbild“ – synchron mit dem linken Fuss aufgesetzt habe. Sie habe eine Orthese mit Gelenk am linken Knie getragen und die rechte Hand konstant in der Jackentasche gehalten. Die Begrüssung sei mit der linken Hand erfolgt. Die Versicherte habe angegeben, dass die rechte Hand gebrauchsunfähig sei. Das Entkleiden sei im Sitzen ohne den Einsatz der rechten Hand erfolgt. Dabei habe die Versicherte äusserst umständlich wirkende Verrenkungen des linken Arms durchgeführt. Der objektive klinische Befund sei bezüglich der Wirbelsäule unauffällig gewesen. Auch bezüglich beider Hüften, beider Knie, beider Füsse, beider Schultern, beider Ellbogen und beider Hände hätten objektiv keine Auffälligkeiten festgestellt werden können. Die Versicherte habe zwar über Schmerzen und Bewegungs- bzw. Gebrauchseinschränkungen am linken Knie, der rechten Schulter, des rechten Ellbogens und der rechten Hand geklagt, aber passiv sei die Beweglichkeit dieser Gelenke uneingeschränkt und bei Ablenkung sogar schmerzlos gewesen. Die Umfangmasse seien seitengleich weitestgehend identisch gewesen. Der neurologische Sachverständige führte aus, die Versicherte habe sich in der Untersuchung „ausgeprägt schonend mit einer deutlich demonstrativen Komponente“ verhalten. Die Bewegungsabläufe seien sowohl im Rahmen der neurologischen Untersuchung als auch bei der Beobachtung in der Praxis langsam und zäh gewesen. Bei vielen Bewegungsabläufen und auch bei der Gangprüfung habe sich die Versicherte durch ihren Ehemann unterstützen lassen. Sie habe eine annähernde Plegie des rechten Armes sowie eine schmerzassoziierte Bewegungseinschränkung des linken Beins präsentiert. Objektive neurologische Defizite hätten nicht festgestellt werden können. Bemerkenswerterweise seien die Armumfänge am Ober- und Unterarm sowie an der Hand annähernd seitengleich gewesen. Der Oberarmumfang sei rechts sogar leicht



grösser als links gewesen. Merkmale eines CRPS hätten nicht festgestellt werden können. Die psychiatrische Sachverständige hielt fest, die Versicherte sei stark mit sich selbst beschäftigt und von ihrem Schmerzerleben absorbiert gewesen. Ihre Angaben seien ausgesprochen defizitorientiert gewesen. Sie habe lebhaft mit der linken Hand gestikuliert. Die affektive Modulationsfähigkeit sei im ersten Teil der Untersuchung – bei einer insgesamt dysphorischen Stimmungslage – gut gewesen. Klinisch hätten keine groben Störungen der Auffassung, der Aufmerksamkeit, der Konzentration und der Gedächtnisfunktionen festgestellt werden können. Gegen Ende der Untersuchung habe die Aufmerksamkeit aber abgenommen. Bei der Schilderung der Soziobiographie gegen Ende der Untersuchung sei die Versicherte vorübergehend aufgehellt. Sie habe sich von ihrem Schmerzerleben gelöst und sei deutlich zugänglicher gewesen. Nach der Konsensbesprechung führten die Sachverständigen aus, die Versicherte leide an chronischen, anamnestisch weitgehend bewegungs- und belastungsunabhängigen, diffusen Knieschmerzen links, an chronischen Nacken-Schulter-Armschmerzen rechts, an einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Anteilen sowie an einer sonstigen anhaltenden affektiven Störung im Sinne einer anhaltenden Anpassungsstörung. Leidensadaptierte Tätigkeiten seien ihr zu 80 Prozent zumutbar. Im Oktober 2018 notierte Dr. med. D.\_\_\_\_ vom IV-internen regionalen ärztlichen Dienst (RAD), das Gutachten sei in jeder Hinsicht überzeugend (IV-act. 112).

**A.c.** Mit einem Vorbescheid vom 16. Oktober 2018 teilte die IV-Stelle der Versicherten mit, dass sie die Abweisung des Rentenbegehrens mangels eines rentenbegründenden Invaliditätsgrades vorsehe (IV-act. 116). Die Versicherte liess in der Folge einwenden (IV-act. 122), ihr psychischer Gesundheitszustand habe sich verschlechtert. Seit einiger Zeit leide sie auch immer mehr an Kopfschmerzen mit Erbrechen. Der RAD-Arzt Dr. D.\_\_\_\_ empfahl eine weitere polydisziplinäre Begutachtung (IV-act. 142). Im Auftrag der IV-Stelle erstattete die SMAB AG am 1. April 2020 ein polydisziplinäres Gutachten (IV-act. 152). Der orthopädische Sachverständige hielt fest, die Versicherte habe beim Betreten des Untersuchungszimmers ein langsames Gangbild gezeigt, links eine Unterarmgestütze benutzt und die rechte Hand in der Tasche der Jacke gehalten. Während der Anamneseerhebung habe sie ruhig und mit einem deutlich demonstrierten Leidensdruck auf ihrem Stuhl gesessen. Sie sei mehrfach aufgestanden und habe immer wieder gestöhnt. Die Antworten seien vage und ausweichend



gewesen. Auf Nachfragen hin habe die Versicherte teilweise widersprüchliche Angaben gemacht. Der (im Gutachten detailliert beschriebene) objektive klinische Befund sei, soweit er angesichts der eingeschränkten Kooperation habe erhoben werden können, weitestgehend unauffällig gewesen. Die Ober- und Unterarmmuskulatur sei seitengleich kräftig entwickelt gewesen. Auch die Ober- und Unterschenkelmuskulatur sei seitengleich normal entwickelt gewesen. Das linke Knie habe eine vermehrte mediale Aufklappbarkeit gezeigt; der vordere Schublidentest sei positiv gewesen. Angesichts dieser geringfügigen Instabilität seien gewisse Schmerzen im Bereich des linken Knies nachvollziehbar. Diese nähmen aber keinesfalls das angegebene Ausmass an. Für die von der Versicherten angegebenen Beschwerden seitens des Stütz- und Bewegungsapparates fehle es an einem pathologischen Korrelat. Insbesondere die seitengleich entwickelte Muskulatur sämtlicher Extremitäten hinterliessen starke Zweifel an der demonstrierten Schonung des rechten Armes und des linken Beines. Die Benutzung der Unterarmgehstütze habe einen eher appellativen Charakter. Aufgrund des gezeigten Verhaltens sei von einer erheblichen Schmerzausweitung und Selbstlimitierung auszugehen. Der neurologische Sachverständige führte aus, der objektive klinische Befund sei völlig unauffällig gewesen. Insbesondere sei bezüglich der Trophik der Muskulatur keine Seitendifferenz aufgefallen. Auf dem neurologischen Fachgebiet könne keine Diagnose gestellt werden. Die psychiatrische Sachverständige hielt fest, die Versicherte habe während der Untersuchung leidend gewirkt und wiederholt schmerzverzerrt das Gesicht verzogen. Ein tragfähiger Kontakt habe rasch hergestellt und durchgehend aufrecht erhalten werden können. Die Auffassung sei nicht erschwert gewesen. Während der Untersuchung habe die Versicherte zweimal den Gesprächsfaden verloren. Ansonsten sei die Konzentration nicht eingeschränkt gewesen. Die Versicherte habe mit einer gut modulierten Stimme in einer adäquaten Geschwindigkeit gesprochen. Der formale Gedankengang sei kohärent und geordnet, aber auf die aktuelle Schmerzproblematik eingeengt und klagsam gewesen. Die Merkfähigkeit sowie das Kurz- und Langzeitgedächtnis hätten unbeeinträchtigt gewirkt. Der Antrieb sei leicht reduziert gewesen. Die Gestik, die Mimik und die Psychomotorik seien unauffällig gewesen. In affektiver Hinsicht habe sich die Versicherte ganz überwiegend in einer depressiven Grundstimmung mit einer leicht reduzierten Schwingungsfähigkeit präsentiert. Sie sei affektlabil gewesen und während der Untersuchung wiederholt in Tränen ausgebrochen. Diagnostisch leide die Versicherte



an einer mittelgradigen depressiven Episode, an einer undifferenzierten Schmerzstörung sowie – ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit – an histrionisch akzentuierten Persönlichkeitszügen. Bezüglich der Konsistenz und Plausibilität seien Diskrepanzen zwischen den schweren subjektiven Beschwerden und dem Verhalten in der Untersuchungssituation sowie im Alltag zu erwähnen. Zudem deute der nicht nachweisbare Plasmaspiegel von Citalopram auf eine Non-Compliance hin. Die Angaben der Versicherten seien teilweise vage gewesen. Unter Berücksichtigung einer möglichen Symptomverdeutlichung sei von einer Arbeitsfähigkeit von 60 Prozent auszugehen. Der internistische Sachverständige führte aus, der Untersuchungsbefund sei unauffällig gewesen. Eine Diagnose mit Relevanz für die Arbeitsfähigkeit sei nicht zu stellen. Nach der Konsensbesprechung hielten die Sachverständigen fest, die Versicherte leide an einer posttraumatischen Gonarthrose links, an einer mittelgradigen depressiven Episode, an einer undifferenzierten Schmerzstörung sowie – ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit – an histrionisch akzentuierten Persönlichkeitszügen, an einer Bewegungseinschränkung der Halswirbelsäule ohne ein behinderungsrelevantes Korrelat und an einem Senk-Spreizfuss beidseits. Eine leidensadaptierte Tätigkeit sei ihr zu 60 Prozent zumutbar. In psychiatrischer Hinsicht überzeuge das Gutachten der IB-Bern nicht, weil die Kriterien für eine depressive Episode nicht hinreichend vertieft diskutiert worden seien. Der RAD-Arzt Dr. D.\_\_\_\_ qualifizierte das Gutachten der SMAB AG am 6. April 2020 als in somatischer Hinsicht überzeugend; die RAD-Psychiaterin Dr. med. E.\_\_\_\_ hielt am 8. April 2020 fest, sie könne nicht nachvollziehen, weshalb die psychiatrische Sachverständige trotz der von ihr beschriebenen Diskrepanzen und Inkonsistenzen mehr oder weniger unbesehen auf die Angaben der Versicherten abgestellt habe; ihres Erachtens sei das psychiatrische Teilgutachten der IB-Bern weitaus überzeugender (IV-act. 153). Die IV-Stelle forderte die SMAB AG am 4. September 2020 auf, ausführlich zu begründen, weshalb trotz der beschriebenen zahlreichen Inkonsistenzen, der erheblichen Symptomausweitung und des sekundären Krankheitsgewinns eine mittelgradige Depression diagnostiziert und eine erhebliche Einschränkung der Arbeitsfähigkeit attestiert worden sei (IV-act. 157). Die psychiatrische Sachverständige antwortete am 17. November 2020 (IV-act. 166), die Diagnose sei aufgrund des psychopathologischen Befundes gemäss den ICD 10-Kriterien gestellt worden. Die Arbeitsunfähigkeit ergebe sich aus den psychiatrischen Diagnosen und den damit einhergehenden Einschränkungen im Mini-ICF APP. Der



RAD-Psychiater Dr. med. F.\_\_\_\_ hielt am 16. Februar 2021 fest, diese Ausführungen überzeugten nicht; in psychiatrischer Hinsicht sei auf das Gutachten der IB-Bern abzustellen (IV-act. 167).

**A.d.** Am 11. Oktober 2021 erteilte die IV-Stelle der MEDAS Zürich GmbH einen Auftrag für eine polydisziplinäre Begutachtung (IV-act. 202). Das Gutachten wurde am 8. März 2022 erstattet (IV-act. 220). Der internistische Sachverständige hielt fest, das Ausmass und die Intensität der geschilderten Beschwerden seien „sehr heftig“ gewesen. Die Versicherte habe ein „sehr auffälliges“ Verhalten gezeigt. Sie habe „sehr schwer leidend“ gewirkt, sich hinkend fortbewegt und beim Entkleiden den rechten Arm nur als Hilfsarm eingesetzt. Eine „ausgeprägte nicht-somatische Komponente“ habe im Vordergrund gestanden. In internistischer Hinsicht könne keine Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gestellt werden. Der orthopädische Sachverständige führte aus, wie bereits bei den früheren Begutachtungen habe ein – im Gutachten detailliert beschriebener – inspektorisch unauffälliger und symmetrischer Befund erhoben werden können. Insbesondere die Tatsache, dass das Muskelrelief seitengleich gewesen sei, erlaube den begründeten Verdacht, dass eine erhebliche Aggravation bei einem möglichen sekundären Krankheitsgewinn vorliege. Als Hinweis für eine ausreichend gute Steh- und Gehfähigkeit sei die seitengleich kräftig ausgeprägte Wadenmuskulatur zu qualifizieren, da diese physiologisch die Hauptmuskulatur für das Stehen und Gehen sei. Die von der Versicherten demonstrierte und angegebene Einschränkung der Steh- und Gehfähigkeit deute deshalb auf eine Aggravation hin. Auch die Ausführungen in den Vorakten, die mittlerweile einen Zeitraum von zehn Jahren abdeckten, sprächen für eine erhebliche Aggravation. Als Beeinträchtigung mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit sei lediglich eine Funktionseinschränkung des linken Kniegelenks mit residuellen Restbeschwerden zu diagnostizieren. Diese Funktionseinschränkung sei mittelschwer ausgeprägt und verunmögliche die Wiederaufnahme der letzten Erwerbstätigkeit. Eine leichte, vorwiegend sitzende Tätigkeit mit der Möglichkeit, auch kurzfristig im Stehen zu arbeiten oder kurzfristig Tätigkeiten im Stehen und Gehen ausführen zu können, sei der Versicherten dagegen aus orthopädischer Sicht uneingeschränkt zumutbar. Der neurologische Sachverständige hielt fest, die Versicherte habe von Beginn an einen Leidensdruck demonstriert. Sie habe ängstlich und verunsichert gewirkt. Die



Bewegungsmuster seien vorsichtig und unphysiologisch gewesen. Die Versicherte habe immer wieder Schwierigkeiten gehabt, Fragen konkret zu beantworten. Sie sei ausgewichen und von einem Thema zum nächsten gesprungen. Die Untersuchung habe stark strukturiert werden müssen, aber regulär abgeschlossen werden können. Der objektive klinische Befund sei weitgehend unauffällig gewesen, habe aber auf ein mögliches CRPS hingedeutet. Die Kriterien für die Diagnose eines CRPS seien aber nicht sicher erfüllt. Mit einer wiederholten Röntgenuntersuchung könnte der Verdacht allenfalls erhärtet werden. Die Beschwerden könnten allerdings auch auf eine somatoforme Schmerzstörung zurückzuführen sein. Dafür sprächen die angegebenen wiederkehrenden Schwindelattacken und Kopfschmerzen sowie der psychisch deutlich alterierte Eindruck, den die Versicherte hinterlassen habe. Sollte sich ein CRPS nicht erhärten lassen und sollte auch eine somatoforme Schmerzstörung die geklagten Beschwerden nicht ausreichend erklären können, liege – gerade auch unter Berücksichtigung der Ausführungen im orthopädischen Teilgutachten – überwiegend wahrscheinlich eine Aggravation vor. Sollte die Versicherte tatsächlich an einem CRPS leiden, läge ein „hochgradiges Hemmnis“ infolge der Schmerzen und Beweglichkeitseinschränkung vor, das de facto nicht nur zu einer Einhändigkeit, sondern auch zu starken Beeinträchtigungen sämtlicher Aktivitäten des täglichen Lebens führen würde. Solange diese Diagnose nicht gesichert sei, könne aus neurologischer Sicht aber keine Gesundheitsbeeinträchtigung mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit attestiert werden. Die psychiatrische Sachverständige führte aus, die Versicherte sei vollständig orientiert gewesen. Die Aufmerksamkeit und die Konzentration seien normal gewesen. Die Fragen seien umständlich beantwortet worden, was auf ein grosses Mitteilungsbedürfnis zurückzuführen sei. Hinweise auf Grübeln oder pathologische Veränderungen des Denkens hätten nicht objektiviert werden können. Die Stimmung sei vor dem Gespräch misstrauisch und ablehnend, während des Gesprächs gedrückt, klagsam und nicht auslenkbar gewesen. Die Versicherte sei distanziert, sehr nervös und psychomotorisch unruhig gewesen. Diagnostisch leide sie an einer chronischen Schmerzstörung mit psychischen und somatischen Faktoren. Insgesamt habe sich am klinischen Bild seit der ersten Begutachtung im Jahr 2017 kaum etwas geändert. Die Versicherte zeige sich nach wie vor in ihrer Wahrnehmung als schwer kranke Frau fixiert. Die Motivation zu einer medikamentösen Behandlung sei damals wie aktuell nicht vorhanden. Das



psychiatrische Teilgutachten aus dem Jahr 2020 überzeuge nicht. Aus psychiatrischer Sicht sei nicht nachvollziehbar, weshalb die im Gutachten aus dem Jahr 2017 korrekt und kriterienorientiert gestellte Diagnose einer chronischen Schmerzstörung nur als Differentialdiagnose angeführt und durch eine andere Diagnose (depressive Störung) ersetzt worden sei, die den Kontext der Schmerzverarbeitungsproblematik ausgeklammert habe. Zur eigentlichen Frage nach der geltend gemachten Beschwerden-Veränderung habe die Sachverständige nicht Stellung genommen. Die Ausprägung der chronischen Schmerzverarbeitungsstörung sei leicht bis mittelgradig. Sollte sich ein CRPS nicht bestätigen, bestehe darüber hinaus eine Aggravation. Die angestammte Tätigkeit sei der Versicherten zu 80 Prozent respektive zu 6,72 Stunden (= 8,4 Stunden × 80 Prozent) zumutbar. Eine leidensadaptierte Tätigkeit sei zu 90 Prozent respektive zu 6,72 Stunden zumutbar. Gemäss den ICF-Kriterien sei die angestammte Tätigkeit als mässig und eine Verweistätigkeit als leicht anfordernd zu qualifizieren. Nach der Konsensbesprechung hielten die Sachverständigen fest, die Versicherte leide an einer Funktionseinschränkung des linken Knies mit residuellen Restbeschwerden, an einer chronischen Schmerzstörung mit psychischen und somatischen Faktoren sowie – ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit – an einem cervico-thoracalen Schmerzsyndrom, an einem möglichen CRPS und an einer möglichen komorbiden Migräne ohne Aura. Die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Hilfsköchin sei ihr nicht mehr zumutbar. Eine ideal leidensadaptierte Tätigkeit sei zu 90 Prozent zumutbar. Der RAD-Arzt Dr. F.\_\_\_\_ qualifizierte das Gutachten als überzeugend (IV-act. 221).

**A.e.** Mit einem Vorbescheid vom 13. April 2022 teilte die IV-Stelle der Versicherten mit, dass sie die Abweisung des Rentenbegehrens mangels eines rentenbegründenden Invaliditätsgrades vorsehe (IV-act. 224). Dagegen liess die Versicherte am 31. Mai 2022 einwenden (IV-act. 231), der neurologische Sachverständige habe bezüglich der Diagnosen einer Migräne und eines CRPS weitere Abklärungen angeregt, weshalb die IV-Stelle solche hätte durchführen müssen. Der Sachverhalt sei ungenügend abgeklärt. Die IV-Stelle müsse eine weitere neurologische Begutachtung in Auftrag geben. In psychiatrischer Hinsicht habe sich der Gesundheitszustand der Versicherten seit der Begutachtung verschlechtert. Der behandelnde Psychiater Dr. med. G.\_\_\_\_ hielt am 21. Juni 2022 fest (IV-act. 233–8 ff.), das psychiatrische Teilgutachten sei seines Erachtens



unrealistisch. Es entspreche nicht dem aktuellen Zustand der Versicherten. Als ambulant behandelnder Psychiater qualifiziere er den psychischen Zustand aufgrund des Zusammenwirkens der somatischen Störungen, einer Depression und einer posttraumatischen Belastungsstörung als „sehr kompliziert und schwierig“. Er habe verschiedene Tests durchgeführt, die eine schwere Traumatisierung durch den Unfall und die anschliessenden Operationen belegt hätten. Auch die Kriterien für die Diagnose einer mittelgradigen depressiven Störung seien erfüllt. Die Versicherte sei nur zu maximal 50 Prozent arbeitsfähig. Der RAD-Arzt Dr. F.\_\_\_\_ notierte im Juli 2022 (IV-act. 234), die von den Sachverständigen der MEDAS Zürich vorgenommene Einordnung der komorbiden Migräne und des CPRS als „möglich“, aber eindeutig ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit sei „ohne vernünftigen Zweifel nachvollziehbar“. Aus der Stellungnahme von Dr. G.\_\_\_\_ ergäben sich keine konkreten Hinweise auf eine Verschlechterung des psychischen Gesundheitszustandes nach der Begutachtung. Mit einer Verfügung vom 14. September 2022 wies die IV-Stelle das Rentenbegehren ab (IV-act. 236).

### **B.**

**B.a.** Am 17. Oktober 2022 erhob die Versicherte (nachfolgend: die Beschwerdeführerin) eine Beschwerde gegen die Verfügung vom 14. September 2022 (act. G 1). Sie beantragte die Aufhebung der angefochtenen Verfügung, die Zusage mindestens einer halben Rente ab dem 29. Juni 2012 sowie eventualiter die Einholung eines neutralen neurologischen und psychiatrischen Gutachtens. Zur Begründung führte sie aus, das Gutachten der MEDAS Zürich überzeuge nicht. Der behandelnde Psychiater Dr. G.\_\_\_\_ habe aufgezeigt, dass die Beschwerdeführerin an einer depressiven Störung und an einer posttraumatischen Belastungsstörung leide. Der neurologische Sachverständige habe weitere Abklärungen empfohlen. Die IV-Stelle (nachfolgend: die Beschwerdegegnerin) habe diese Abklärungen nicht durchgeführt und damit ihre Untersuchungspflicht verletzt. Seit dem 1. Juli 2022 sei die Beschwerdeführerin wieder erwerbstätig. Das Arbeitspensum betrage 40 Prozent. Mehr könne sie nicht leisten. Zudem übernehme sie nur die leichten Arbeiten. Sie arbeite als Unterhaltsreinigerin.

**B.b.** Die Beschwerdegegnerin beantragte am 5. Dezember 2022 die Abweisung der Beschwerde (act. G 4). Zur Begründung führte sie an, das Gutachten der MEDAS



Zürich sei in jeder Hinsicht überzeugend. Die Rügen der Beschwerdeführerin und des behandelnden Psychiaters Dr. G.\_\_\_\_ seien oberflächlich gehalten.

**B.c.** Die Beschwerdeführerin hielt am 20. Februar 2023 an ihren Anträgen fest (act. G 8). Die Beschwerdegegnerin hielt am 23. März 2023 ebenfalls an ihrem Antrag fest (act. G 10).

### Erwägungen

#### 1.

Da sich der Zweck dieses Beschwerdeverfahrens in der Überprüfung der angefochtenen Verfügung auf deren Rechtmässigkeit erschöpft, muss sein Gegenstand jenem des vorangegangenen Verwaltungsverfahrens entsprechen. Dieses hat sich nach der Abweisung des Begehrens um berufliche Eingliederungsmassnahmen am 24. Mai 2013 auf die Prüfung des Rentenbegehrens vom Mai 2012 und damit auf die Frage beschränkt, ob die Beschwerdeführerin ab dem 1. November 2012 (vgl. Art. 29 Abs. 1 IVG) einen Anspruch auf eine Rente der Invalidenversicherung gehabt hat.

#### 2.

**2.1.** 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, hat gemäss dem Art. 28 Abs. 1 IVG einen Anspruch auf eine Rente der Invalidenversicherung. Für die Bemessung der Invalidität wird 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 (Art. 28a Abs. 1 IVG i.V.m. Art. 16 ATSG).

**2.2.** Die Beschwerdeführerin hat keine Berufsausbildung abgeschlossen. Bis zum Unfall im Sommer 2011 ist sie als Hilfsköchin tätig gewesen, das heisst sie hat eine typische Hilfsarbeit verrichtet. Das Erwerbseinkommen, das sie bei dieser Tätigkeit erzielt hat, ist leicht tiefer als der statistische Zentralwert der Hilfsarbeiterinnenlöhne gewesen, was aber überwiegend wahrscheinlich nicht auf eine unterdurchschnittliche



Leistungsfähigkeit der Beschwerdeführerin, sondern auf Zwänge des invalidenversicherungsrechtlich irrelevanten tatsächlichen Arbeitsmarktes zurückzuführen ist. Hätte sich der Beschwerdeführerin die Gelegenheit geboten, an eine andere Arbeitsstelle zu wechseln, an der sie einen durchschnittlichen Lohn erhalten hätte, hätte sie davon Gebrauch gemacht. Das Valideneinkommen entspricht folglich dem statistischen Zentralwert der Hilfsarbeiterinnenlöhne.

**2.3.** Für die Bestimmung des zumutbarerweise erzielbaren Invalideneinkommens ist massgebend, welche Tätigkeiten der Beschwerdeführerin aus medizinischer Sicht in welchem Umfang noch zugemutet werden können. Die Beschwerdeführerin ist insgesamt dreimal polydisziplinär begutachtet worden. Das aktuellste Gutachten ist von der MEDAS Zürich am 8. März 2022 erstattet worden. Die Sachverständigen der MEDAS Zürich haben die Beschwerdeführerin persönlich internistisch, orthopädisch, neurologisch und psychiatrisch untersucht und sie haben die Vorakten eingehend gewürdigt. Nichts deutet darauf hin, dass sie eine wesentliche Tatsache übersehen oder ignoriert hätten. Das internistische Gutachten ist von der Beschwerdeführerin nicht beanstandet worden und gibt auch keinen Anlass zur Diskussion, zumal nie eine internistische Gesundheitsbeeinträchtigung mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit im Raum gestanden hat. Das orthopädische Gutachten zeichnet sich durch eine geradezu akribische Erhebung und Schilderung der massgebenden objektiven klinischen Befunde, durch eine detaillierte Stellungnahme zu den vom Sachverständigen festgestellten Diskrepanzen und Inkonsistenzen sowie durch eine eingehende Würdigung der Vorakten aus. Der orthopädische Sachverständige hat anschaulich, nachvollziehbar und überzeugend aufgezeigt, dass sich bis auf eine leichte Funktionsbeeinträchtigung des linken Knies (bei einem Status nach der Implantation einer Totalendoprothese) keine Beeinträchtigungen des Bewegungsapparates haben objektivieren lassen und dass die seitengleich kräftig ausgeprägte Muskulatur an den Armen und an den Waden eindeutig gegen die geltend gemachte Gebrauchsunfähigkeit des rechten Armes und gegen die geltend gemachte Einschränkung der Steh- und Gehfähigkeit gesprochen hat. Seine Schlussfolgerung, der Beschwerdeführerin seien nicht kniebelastende Tätigkeiten uneingeschränkt zumutbar, überzeugt, stimmt völlig mit den beiden Vorgutachten aus den Jahren 2017 und 2020 überein und ist denn auch von der Beschwerdegegnerin nicht in Frage gestellt worden. Auch der neurologische Sachverständige hat einen weitestgehend unauffälligen objektiven klinischen Befund erhoben. Seine Schlussfolgerung, die Beschwerdeführerin sei aus rein neurologischer Sicht uneingeschränkt arbeitsfähig, überzeugt. Allerdings hat er den Vorbehalt angebracht, dass von einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit für sämtliche Tätigkeiten ausgegangen werden müsste, sofern sich



der von ihm geäusserte Verdacht auf ein CRPS erhärten sollte. Dieser Vorbehalt ist nicht nachvollziehbar. Für die Arbeitsfähigkeitsschätzung ist nämlich nicht die Diagnose, sondern der objektive klinische Befund ausschlaggebend. Eine reine Änderung der Diagnose kann deshalb einen Wechsel von einer uneingeschränkten Arbeitsfähigkeit zu einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit nicht rechtfertigen. Selbst wenn der neurologische Sachverständige („definitiv“) ein CRPS diagnostiziert hätte, wäre der objektive klinische Befund in neurologischer Hinsicht weitestgehend unauffällig gewesen, was dem Attest einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit entgegen gestanden hätte. Unabhängig von der genauen Diagnose ist entscheidend, dass die Muskulatur des rechten Armes – wie bereits in den Jahren 2012, 2017 und 2020 – gleich ausgebildet gewesen ist wie jene des linken Armes. Hätte die Beschwerdeführerin ihren rechten Arm tatsächlich zehn Jahre so geschont, wie sie es bei den Begutachtungen demonstriert und behauptet hat, hätte bereits bei der ersten Begutachtung im Jahr 2017, aber natürlich auch bei den späteren Begutachtungen eine deutliche Muskelatrophie festgestellt werden müssen. Eine wesentliche Schonung des rechten Armes im Alltag (aus welchem Grund auch immer) muss angesichts der seitengleich kräftig ausgebildeten Armmuskulatur als überwiegend wahrscheinlich ausgeschlossen qualifiziert werden. Das Vorliegen eines CRPS, das eine wesentliche Gebrauchseinschränkung des rechten Armes begründen könnte, ist daher sehr unwahrscheinlich, weshalb die Beschwerdegegnerin diesbezüglich zu Recht keine weiteren Abklärungen durchgeführt hat. Auch bezüglich der geltend gemachten Migräne ist nicht einzusehen, inwiefern weitere *diagnostische* Abklärungen zu einem anderen Resultat bezüglich der Arbeitsfähigkeitsschätzung führen könnten. Ausgehend vom detailliert und anschaulich beschriebenen weitestgehend unauffälligen objektiven klinischen Befund ist die Beschwerdeführerin in neurologischer Hinsicht überwiegend wahrscheinlich uneingeschränkt arbeitsfähig gewesen. Das psychiatrische Teilgutachten enthält nicht nur eine ausführliche Befundschilderung, sondern auch einen gerichtsnotorisch selten anzutreffenden Umfang an Ausführungen zur Diagnosestellung sowie zur Würdigung der Vorakten. Die Sachverständige hat anschaulich aufgezeigt, dass die Beschwerdeführerin weder an einer („eigenständigen“) depressiven Störung noch an einer posttraumatischen Belastungsstörung gelitten hat. Die Behauptung des behandelnden Psychiaters, er habe eine posttraumatische Belastungsstörung nachweisen können, überzeugt nicht, weil er diesbezüglich nur auf Tests hat verweisen können, die massgeblich auf einer Selbstbeurteilung beruht haben und daher wesentlich von der subjektiven Überzeugung beziehungsweise der Aggravationstendenz der Beschwerdeführerin beeinflusste Ergebnisse geliefert haben. Zudem ist nicht einzusehen, wie der harmlose Arbeitsunfall oder die nachfolgenden Operationen als ein – vom ICD-10 zwingend



gefordertes – „belastendes Ereignis oder eine Situation kürzerer oder längerer Dauer, mit aussergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophenartigem Ausmass, die bei fast jedem eine tiefe Verzweiflung hervorrufen würde“ (vgl. ICD-10 F43.1), qualifiziert werden könnte. Die psychiatrische Sachverständige hat überzeugend aufgezeigt, dass die typischen Kriterien für die Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung nicht erfüllt gewesen sind. Ebenso überzeugend hat sie dargelegt, weshalb das psychiatrische Teilgutachten der SMAB AG aus dem Jahr 2020 nicht aussagekräftig ist. Ihre Beurteilung, der psychische Gesundheitszustand bei der im Frühjahr 2022 durchgeführten Begutachtung habe jenem bei der Begutachtung im Jahr 2017 entsprochen, leuchtet ohne Weiteres ein. Angesichts des weitestgehend unauffälligen objektiven klinischen Zustandes überzeugt das Attest einer nur minimal eingeschränkten Arbeitsfähigkeit. Das Gutachten enthält zwar einen Widerspruch, weil das Attest eines zumutbaren Arbeitspensums von 6,72 Stunden pro Tag für leidensadaptierte Tätigkeiten nicht einem Arbeitspensum von 90 Prozent, sondern einem solchen von 80 Prozent entspricht, aber das schadet nicht. Die psychiatrische Sachverständige hat nämlich eingehend dargelegt, dass die zuletzt ausgeübte Tätigkeit, für die sie eine Arbeitsfähigkeit von 80 Prozent respektive von 6,72 Stunden pro Tag attestiert hat, nicht ideal leidensadaptiert gewesen ist, weshalb das Attest einer leicht höheren Arbeitsfähigkeit von 90 Prozent für eine ideal leidensadaptierte Tätigkeit überzeugt. Die Angabe eines zumutbaren Arbeitspensums von 6,72 Stunden pro Tag für eine ideal leidensadaptierte Tätigkeit ist deshalb als ein reiner Verschrieb zu qualifizieren, dem für die Beweiswürdigung keine Bedeutung zukommt. Zusammenfassend steht also gestützt auf das in jeder Hinsicht überzeugende Gutachten der MEDAS Zürich mit dem erforderlichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit fest, dass die Beschwerdeführerin im gesamten hier massgebenden Zeitraum für ideal leidensadaptierte Tätigkeiten zu (mindestens) 90 Prozent arbeitsfähig gewesen ist. Weitere Abklärungen sind nicht erforderlich, weshalb der Eventualantrag der Beschwerdeführerin, es seien weitere medizinische Abklärungen durchzuführen, abzuweisen ist.

**2.4.** Der massgebende allgemeine und ausgeglichene Arbeitsmarkt stellt leidensadaptierte Hilfsarbeiten zur Verfügung, weshalb die Beschwerdeführerin eine leidensadaptierte Hilfsarbeit hätte ausüben können. Der Ausgangswert des zumutbarerweise erzielbaren Invalideneinkommens entspricht folglich dem statistischen Zentralwert der Hilfsarbeiterinnenlöhne und damit dem Valideneinkommen. Der Betrag kann bei der Berechnung des Invaliditätsgrades mathematisch keine Rolle spielen. Der Invaliditätsgrad ist also anhand eines sogenannten Prozentvergleichs zu ermitteln, was bedeutet, dass er dem



Arbeitsunfähigkeitsgrad, korrigiert um einen allfälligen dem sogenannten Tabellenlohnabzug analogen Abzug, entspricht. Bei einem Arbeitsunfähigkeitsgrad von lediglich zehn Prozent kann selbst bei der Berücksichtigung des maximalen (dem Tabellenlohnabzug analogen) Abzuges von 25 Prozent, der hier keineswegs gerechtfertigt wäre, kein rentenbegründender Invaliditätsgrad von mindestens 40 Prozent resultieren, weshalb die Beschwerdegegnerin das Rentenbegehren der Beschwerdeführerin zu Recht abgewiesen hat.

### 3.

Die Beschwerde ist folglich abzuweisen. Angesichts des als durchschnittlich zu qualifizierenden Verfahrensaufwandes sind die Gerichtskosten praxisgemäss auf 600 Franken festzusetzen. Sie sind durch den von der Beschwerdeführerin geleisteten Kostenvorschuss von 600 Franken gedeckt. Die unterliegende und nicht anwaltlich vertretene 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.

### 3.

Das Begehren um eine Parteientschädigung wird abgewiesen.