

Obergericht Appenzell Ausserrhoden

3. Abteilung

Urteil vom 25. August 2020

Mitwirkende	Obergerichtsvizepräsident W. Kobler Oberrichter H.P. Fischer, F. Windisch, R. Kläger, E. Zingg Obergerichtsschreiber M. Giger
Verfahren Nr.	O3V 19 36
Sitzungsort	Trogen
Beschwerdeführerin	A. vertreten durch: RA AA.
Vorinstanz	IV-Stelle Appenzell Ausserrhoden , Neue Steig 15, Postfach, 9102 Herisau
Gegenstand	Rente der Invalidenversicherung Beschwerde gegen die Verfügung der IV-Stelle Appenzell Ausser- rhoden vom 15. Juli 2019

Rechtsbegehren

a) der Beschwerdeführerin:

1. Die Verfügung der Beschwerdegegnerin vom 15. Juli 2019 sei aufzuheben.
2. Der Beschwerdeführerin sei ab Mai 2017 eine ganze IV-Rente auszurichten.
3. Eventualiter sei über die Beschwerdeführerin ein neues polydisziplinäres Gutachten einzuholen.
4. Unter Kosten- und Entschädigungsfolge zulasten der Beschwerdegegnerin.

b) der Vorinstanz:

Die Beschwerde sei abzuweisen.

Sachverhalt

- A. Die am XX.XX1959 geborene A. (nachfolgend: Versicherte oder Beschwerdeführerin) meldete sich im November 2016 zum Bezug von Leistungen der Invalidenversicherung an (act. 8.2/1). Die IV-Stelle des Kantons Appenzell Ausserrhoden (nachfolgend: IV-Stelle oder Vorinstanz) tätigte die erwerblichen und medizinischen Abklärungen. Im März 2017 veranlasste sie eine polydisziplinäre medizinische Abklärung durch die SMAB AG, Bern (act. 8.2/32). Das betreffende Gutachten vom 9. August 2017, basierend auf den Fachgebieten Psychiatrie, Rheumatologie, Neuropsychologie, Innere Medizin und Neurologie, gelangte zum Ergebnis, dass bei der Beschwerdeführerin sowohl angestammt als auch adaptiert von einer 70%igen Arbeitsfähigkeit auszugehen sei (act. 8.2/46). In der Folge nahm der Regionale Ärztliche Dienst (RAD) am 11. August 2017 zum Gutachten Stellung. Dabei erachtete er die gutachterlichen Schlussfolgerungen zur Arbeitsfähigkeit der Versicherten in ihrer angestammten Tätigkeit in der Pflege nicht für nachvollziehbar und betrachtete die Arbeitsfähigkeit stattdessen als aufgehoben; die Arbeitsfähigkeit adaptiert stützte er im Ergebnis (act. 8.2/47).
- B. Am 30. August 2017 erlitt die Beschwerdeführerin einen Unfall, als sie sich bei einem Sturz über eine Senke an beiden Fussgelenken verletzte. Das Gesundheitszentrum B., in dem die Versicherte vom 30. August bis 18. September 2017 hospitalisiert war, diagnostizierte in seinem Austrittsbericht vom 29. September 2017 in dieser Hinsicht eine trimalleoläre Luxationsfraktur des oberen Sprunggelenks links, eine Talus-Fraktur mit Fusswurzelluxation im Lisfranc Gelenk rechts und Spannungsblasen über frontolateralem OSG mit nekrotischen Anteilen (act. 8.2/57, S. 5 ff.). Die IV-Stelle tätigte neuerliche Abklärungen. Am 10. Juli 2018 erfolgte bei der Beschwerdeführerin vor Ort eine Haushaltsabklärung (vgl. Bericht vom 3.

August 2018; act. 8.2/67). Am 5. September 2018 nahm der RAD zum Verlauf seit der Begutachtung Stellung und gelangte dabei zum Schluss, dass die Versicherte ab sofort mit der im Gutachten attestierten Arbeitsfähigkeit wiedereingliederbar sei (act. 8.2/69). Am 26. September 2018 führte die IV-Stelle mit der Versicherten ein Vorgespräch Eingliederung, wobei diese angab, sich weder physisch noch psychisch in der Lage zu fühlen, sich mit der Integration in den Arbeitsmarkt auseinanderzusetzen (act. 8.2/72). Darauf basierend erliess die IV-Stelle am 2. Oktober 2018 die Mitteilung, dass aktuell keine Eingliederungsmassnahmen angezeigt seien (act. 8.2/73). Nach weiteren medizinischen Abklärungen der IV-Stelle hielt der RAD schliesslich in seiner Beurteilung vom 10. Mai 2019 – in Abweichung der vorerwähnten Stellungnahme vom 11. August 2017 – fest, dass der Versicherten bei adäquater medikamentöser Einstellung die angestammte Tätigkeit zum gutachterlich attestierten Pensum zumutbar sei. Am 27. Mai 2019 erliess die IV-Stelle ihren Vorbescheid, worin sie die Abweisung des Rentenbegehrens in Aussicht stellte (act. 8.2/84). Nachdem die Versicherte am 24. Juni 2019, vertreten durch RA AAA., Einwand erhoben hatte (act. 8.2/87), hielt die IV-Stelle mit Verfügung vom 15. Juli 2019 an der Rentenablehnung fest (act. 2.2).

- C. Mit Eingabe vom 16. September 2019 liess die Versicherte durch RA AAA. Beschwerde beim Obergericht erheben und stellte dabei das eingangs zitierte Rechtsbegehren (act. 1). Die Vernehmlassung der Vorinstanz mit dem Antrag auf Beschwerdeabweisung folgte am 21. November 2019 (act. 7). Mit Replik vom 9. Dezember 2019 hielt die Beschwerdeführerin an ihrem Rechtsbegehren fest (act. 10). Die IV-Stelle verzichtete auf ihr Duplikrecht.
- D. Die Parteien verzichteten auf eine mündliche Verhandlung.
- E. Mit Schreiben vom 12. Mai 2020 zeigte RA AA. der Verfahrensleitung an, dass sie im vorliegenden Beschwerdeverfahren die Vertretung der Versicherten übernommen habe (act. 12).

Erwägungen

1. 1.1

Gemäss Art. 57 des Bundesgesetzes vom 6. Oktober 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG, SR 830.1) i.V.m. Art. 28 Abs. 1 lit. b des Justizgesetzes vom 13. September 2010 (JG, bGS 145.31) beurteilt das Obergericht in seiner Funktion als kantonales Versicherungsgericht Beschwerden aus dem Bereich der Sozialversicherungen.

Die örtliche Zuständigkeit ist gemäss Art. 69 Abs. 1 lit. a des Bundesgesetzes vom 19. Juni 1959 über die Invalidenversicherung (IVG, SR 831.20) gegeben.

1.2

Die von Amtes wegen vorzunehmende Prüfung der Prozessvoraussetzungen ergibt, dass letztere sowohl hinsichtlich der Beschwerdeberechtigung als auch hinsichtlich der Form- und Fristenfordernisse erfüllt sind (Art. 1 Abs. 1 und Art. 69 Abs. 1 lit. a IVG, Art. 60 Abs. 1 und Art. 61 lit. b ATSG, Art. 28 lit. b JG sowie Art. 54, Art. 56 und Art. 59 des Gesetzes vom 9. September 2002 über die Verwaltungsrechtspflege [VRPG, bGS 143.1]).

Auf die Beschwerde ist somit einzutreten.

2. 2.1

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Sie kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 IVG). 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).

2.2

Beeinträchtigungen der psychischen Gesundheit können in gleicher Weise wie körperliche Gesundheitsschäden eine Invalidität im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG in Verbindung mit Art. 8 ATSG bewirken. Rechtsprechungsgemäss ist bei psychischen Beeinträchtigungen zu prüfen, ob ein psychischer Gesundheitsschaden mit Krankheitswert besteht, welcher die versicherte Person auch bei Aufbietung allen guten Willens daran hindert, ein rentenaus-schliessendes Erwerbseinkommen zu erzielen (vgl. BGE 139 V 547 E. 5, 131 V 49 E. 1.2, 130 V 352 E. 2.2.1; Urteil des Bundesgerichts 9C_125/2015 vom 18. November 2015 E. 5.4). Die Annahme eines psychischen Gesundheitsschadens im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG sowie Art. 3 Abs. 1 und Art. 6 ATSG setzt eine psychiatrische, lege artis auf die Vorga-ben eines anerkannten Klassifikationssystems abgestützte Diagnose voraus (vgl. BGE 143 V 409 E. 4.5.2, 141 V 281 E. 2.1, 130 V 396 E. 5.3 und E. 6). Eine fachärztlich einwandfrei festgestellte psychische Krankheit ist jedoch nicht ohne weiteres gleichbedeutend mit dem Vorliegen einer Invalidität. In jedem Einzelfall muss eine Beeinträchtigung der Arbeits- und

Erwerbsfähigkeit unabhängig von der Diagnose und grundsätzlich unbesehen der Ätiologie ausgewiesen und in ihrem Ausmass bestimmt sein. Entscheidend ist die nach einem weitgehend objektivierten Massstab zu beurteilende Frage, ob es der versicherten Person zumutbar ist, eine Arbeitsleistung zu erbringen (BGE 143 V 409 E. 4.2.1, 141 V 281 E. 3.7, 139 V 547 E. 5.2, 127 V 294 E. 4c, je mit Hinweisen; vgl. Art. 7 Abs. 2 ATSG).

2.3

Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % besteht Anspruch auf eine Viertelsrente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % auf eine halbe Rente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 60 % auf eine Dreiviertelsrente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 70 % auf eine ganze Rente (Art. 28 Abs. 2 IVG).

2.4

Bei erwerbstätigen Versicherten ist der Invaliditätsgrad gemäss Art. 16 ATSG in Verbindung mit Art. 28a Abs. 1 IVG aufgrund eines Einkommensvergleichs zu bestimmen. Dazu 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 (sog. Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (sog. Valideneinkommen). Der Einkommensvergleich hat in der Regel in der Weise zu erfolgen, dass die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen ziffernmässig möglichst genau ermittelt und einander gegenübergestellt werden, worauf sich aus der Einkommensdifferenz der Invaliditätsgrad bestimmen lässt (sog. allgemeine Methode des Einkommensvergleichs; BGE 130 V 343 E. 3.4.2 mit Hinweisen).

2.5

Bei Versicherten, die nur zum Teil erwerbstätig sind oder die unentgeltlich im Betrieb des Ehegatten oder der Ehegattin mitarbeiten, wird für diesen Teil die Invalidität nach Art. 16 ATSG festgelegt. Waren sie daneben auch im Aufgabenbereich tätig, so wird die Invalidität für diese Tätigkeit nach Art. 28a Abs. 2 IVG festgelegt. In diesem Fall sind der Anteil der Erwerbstätigkeit oder der unentgeltlichen Mitarbeit im Betrieb des Ehegatten oder der Ehegattin und der Anteil der Tätigkeit im Aufgabenbereich festzulegen und der Invaliditätsgrad entsprechend der Behinderung in beiden Bereichen zu bemessen (Art. 28a Abs. 3 IVG; gemischte Methode der Invaliditätsbemessung). Ist bei Versicherten, die nur zum Teil erwerbstätig sind oder die unentgeltlich im Betrieb des Ehegatten oder der Ehegattin mitarbeiten, anzunehmen, dass sie im Zeitpunkt der Prüfung des Rentenanspruches ohne Gesundheitsschaden ganztätig erwerbstätig wären, so ist die Invaliditätsbemessung aus-

schliesslich nach den Grundsätzen für Erwerbstätige zu bemessen (Art. 27^{bis} Abs. 1 der Verordnung vom 17. Januar 1961 über die Invalidenversicherung; IVV, SR 831.201).

2.6

Versicherungsträger und Sozialversicherungsgerichte haben die Beweise frei, das heisst ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Für das Beschwerdeverfahren bedeutet dies, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestatten. Insbesondere darf es bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (BGE 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a). Den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens durch die Behörden eingeholten Gutachten von externen Spezialärzten, welche auf Grund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, ist bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 125 V 351).

3. Im Folgenden ist zunächst die Statusfrage zu klären.

3.1

Ob und gegebenenfalls in welchem zeitlichen Umfang eine in einem Aufgabenbereich tätige versicherte Person (Art. 5 Abs. 1 IVG i.V.m. Art. 8 Abs. 3 ATSG) ohne gesundheitliche Beeinträchtigung erwerbstätig wäre (Statusfrage), ergibt sich aus der Prüfung, was sie bei im Übrigen unveränderten Umständen täte, wenn keine gesundheitliche Beeinträchtigung bestünde (BGE 141 V 15 E. 3.1). Entscheidend ist somit nicht, welches Ausmass der Erwerbstätigkeit der versicherten Person im Gesundheitsfall zugemutet werden könnte, sondern in welchem Pensum sie hypothetisch erwerbstätig wäre (BGE 133 V 504 E. 3.3). Bei im Haushalt tätigen Versicherten im Besonderen (vgl. Art. 27 IVV) sind die persönlichen,

familiären, sozialen und erwerblichen Verhältnisse ebenso wie allfällige Erziehungs- und Betreuungsaufgaben gegenüber Kindern, das Alter, die beruflichen Fähigkeiten und die Ausbildung sowie die persönlichen Neigungen und Begabungen zu berücksichtigen (Urteil des Bundesgerichts 9C_90/2017 vom 4. Juli 2017 E. 5.1 mit Hinweisen).

3.2

Vorliegend hatte die IV-Stelle bei der Versicherten am 10. Juli 2018 eine Haushaltsabklärung durchgeführt. Gemäss dem hierauf erstellten Bericht vom 3. August 2018 (act. 8.2/67) habe die Versicherte damals zum Ausdruck gebracht, dass sie heute wohl 100 % arbeiten würde, wären nicht schon seit Ewigkeiten ihre Einschränkungen dafür verantwortlich, dass sie die Pensen immer nach den noch vorhandenen Ressourcen habe reduzieren müssen. Sie habe ja in jüngeren Jahren trotz der Kinder teilweise in einem 100 %-Pensum gearbeitet, so würde sie dies bei voller Gesundheit ohne Betreuungspflichten sicherlich auch tun (Bericht, S. 4). Die IV-Stelle ging in der Folge – namentlich in der angefochtenen Verfügung – davon aus, die Versicherte sei aus IV-rechtlicher Sicht als Vollerwerbstätige zu qualifizieren. Diese Schlussfolgerung ist aufgrund der Akten nicht zu beanstanden. Sie ist von beschwerdeführerischer Seite in diesem Beschwerdeverfahren auch ausdrücklich gestützt worden.

4. 4.1

In einem nächsten Schritt ist die medizinische Aktenlage darzustellen und zu würdigen. Die in der angefochtenen Verfügung erfolgte Leistungsablehnung basiert letztlich auf dem Gutachten der SMAB AG vom 9. August 2017, basierend auf den Fachgebieten Psychiatrie, Rheumatologie, Neuropsychologie, Innere Medizin und Neurologie.

4.2

Das Gutachten nennt als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (letzte Tätigkeit) eine chronische Depression (ICD-10 F32.8).

Unter den Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (letzte Tätigkeit) sind aufgeführt:

1. ADHS (ICD-10: F90.0)
2. Generalisiertes Weichteilschmerzsyndrom (myofaszielles Schmerzsyndrom, fibromyalgieformes Schmerzsyndrom)
3. Cannabisabusus (ICD-10: F12.1)

4. Status nach arthroskopischer subacromialer Dekompression und Defilée-Erweiterung wegen Impingementsyndrom links 2000
5. Anamnestisch subacromiales Impingementsyndrom rechts
6. Oligosymptomatische Fazettenirritationssymptomatik L3 bis S1
7. Adipositas (BMI 31.6 kg/m²)
8. Arterielle Hypertonie
9. Dyslipidämie
10. Reizdarmsyndrom
11. Obstruktives Schlafapnoesyndrom (ED 03/2017)
12. Asthma bronchiale, wahrscheinlich allergischer Genese
13. Restless Legs-Syndrom
14. Verdacht auf Trigeminus-Neuralgie links

4.3

In der versicherungsmedizinischen Beurteilung (Gutachten, S. 15) wird erörtert, bei der Versicherten stehe die Depression im Vordergrund. Diese habe offenbar jahrelang medikamentös gut behandelt werden können. Unter einer kombinierten antidepressiven Medikation habe die Explorandin auch jahrelang in ihrem beruflichen Alltag funktioniert. Retrospektiv betrachtet sei sie grenzkompenziert gewesen. Aufgrund ihrer Primärpersönlichkeit mit perfektionistischen Zügen sei sie letztlich lange den Anforderungen im beruflichen Alltag gerecht worden, was aber im Verlauf zu einer Überstrapazierung ihrer Kompensationsmöglichkeiten und psychomentalen Ressourcen geführt habe. Im Vordergrund stünden Stimmungslabilität, Grübelneigung, anhaltende latente Ängste und Sorgen, sozialer Rückzug, verminderte Stress- und Frustrationstoleranz und eingeschränkte psychomentale Ausdauer und Belastbarkeit. Das Zusammenspiel dieser Beeinträchtigungen lasse eine Einschränkung der Leistungsfähigkeit im persönlichen und beruflichen Alltag durchaus ableiten. Unter Berücksichtigung der noch vorhandenen Funktionsfähigkeit in den sonstigen Bereichen und der Tagesgestaltung sei hier von einer Arbeitsfähigkeit von 70 % auszugehen.

In der neuropsychologischen Testung zeigten sich (unter Ritalin-Medikation) keine Anhaltspunkte für eine eingeschränkte Aufmerksamkeitsleistung. Unter Berücksichtigung rein kognitiver Aspekte bestehe also keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit.

Internistisch sei v.a. ein generalisiertes Weichteilschmerzsyndrom, vereinbar mit einem Fibromyalgie-Syndrom, festzustellen, das nicht mit alltagsrelevanten Funktionseinbussen einhergehe.

Seitens des Rheumatologen ergebe sich lediglich eine leichtgradige Einschränkung der zumutbaren Leistungsfähigkeit, dies infolge des chronischen und weitgehend therapieresistenten Schmerzsyndroms und des dadurch verursachten Trainingsdefizites. Die Einschränkung der Leistungsfähigkeit dürfte bei maximal 15 % liegen, sei aber medizinisch-theoretisch durch ein gezieltes kardiovaskuläres Training grösstenteils korrigierbar.

Neurologisch bestünden weiterhin RLS-Symptome. Eine Tagesmüdigkeit werde nicht angegeben, sei auch aufgrund der beschriebenen zuverlässigen Wirkung der RLS-Medikation nicht wahrscheinlich. Die bisher nicht aktenkundige, aber anamnestisch seit vielen Jahren bestehende, rezidivierende Trigeminusalgie habe ebenso keine Relevanz für die Arbeitsfähigkeit.

Quintessenz aus dem Fachgutachten: Einzig die psychiatrische Haupterkrankung sei für die Frage der Arbeitsfähigkeit relevant. Das rheumatologische Leiden falle dabei nicht ins Gewicht, auf den anderen Fachgebieten sei keine für die Arbeitsfähigkeit relevante Erkrankung feststellbar. Folgende psychischen Symptome stünden dabei im Vordergrund und definierten die Beeinträchtigung der Leistungsfähigkeit im privaten und beruflichen Alltag: Stimmungslabilität, anhaltende latente Ängste und Sorgen, verminderte Stress- und Frustrationstoleranz, eingeschränkte psychomentale Ausdauer und Belastbarkeit, subjektives Insuffizienzgefühl. Dadurch seien die pro Zeiteinheit mögliche Leistungsfähigkeit und das Rendement krankheitsbedingt reduziert.

Zusammenfassend ergebe sich somit eine Arbeitsfähigkeit von 70 %.

4.4

Im Folgenden ist zu prüfen, inwieweit auf die gutachterlichen Einschätzungen abgestellt werden kann. Die Beschwerdeführerin erachtet es als nicht vertretbar, dass die IV-Stelle dem Gutachten für das vorliegende Rentenprüfungsverfahren vollen Beweiswert zuerkannte.

4.4.1 Betrachtet man vorliegend zunächst die vom Gutachten gestellten Diagnosen, so wurde darin eine Aufteilung in Diagnosen mit und ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit vorgenommen. Dabei hatten die Gutachter aus interdisziplinärer Sicht nur bezüglich der chronischen Depression eine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit anerkannt; sämtliche übrigen 14 Diagnosen sind als Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit eingestuft. Im Sinne der Kritik der Beschwerdeführerin sowie dem Bericht der RAD-Ärztin Dr. C. vom 11. August 2017 (act. 8.2/47) erscheint dies jedoch fragwürdig. Es steht dies namentlich im Widerspruch zum adaptierten Arbeitsprofil, welches die Gutachter für die Versicherte fest-

gelegt hatten. Demnach müssten aus rheumatologischer Sicht Tätigkeiten rückenkonform durchgeführt werden können und der Versicherten die Möglichkeit zur Einnahme von Wechselpositionen erlauben. Zu vermeiden seien das wiederholte Bücken und Aufrichten, das Anheben und Tragen von Gewichten über 10 kg, Arbeitstätigkeiten in der chronischen Vorneigehaltung des Rumpfes, in kniender und kauender Position sowie mit repetitiven Einsätzen der oberen Extremitäten über der Horizontalen. Aufgrund des RLS sollten Schichtarbeiten oder Arbeiten zur Nacht vermieden werden (Gutachten, S. 16). Im Sinne dieser Anforderungen wirkt es nicht überzeugend, wenn das Gutachten insbesondere das generalisierte Weichteilschmerzsyndrom oder eben das Restless Legs-Syndrom im Ergebnis bei den Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit einordnen. Nach der Systematik des Gutachtens wird auf einer Ebene eine Auswirkung fraglicher Diagnosen auf die Arbeitsfähigkeit verneint und auf einer anderen Ebene wieder bejaht. Ein weiterer Widerspruch in diesem Zusammenhang ist ausserdem innerhalb der versicherungsmedizinischen Beurteilung (Gutachten, S. 15) zu erkennen. Die „Quintessenz“ (sic!) des Fachgutachtens sei, dass sich einzig die psychiatrische Haupterkrankung für die Frage der Arbeitsfähigkeit als relevant darstelle. Das rheumatologische Leiden falle dabei nicht ins Gewicht. Weiter oben findet sich hingegen die bereits erwähnte Angabe, dass infolge des chronischen und weitgehend therapieresistenten Schmerzsyndroms und des dadurch verursachten Trainingsdefizites eine Einschränkung der Leistungsfähigkeit von rund 15 % bestehe, wobei diese Einbusse medizinisch-theoretisch durch ein gezieltes kardiovaskuläres Training grösstenteils korrigierbar sei. Daraus ist abzuleiten, dass im Zeitpunkt der Begutachtung anscheinend eben doch eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit aus somatischer Sicht bestanden hat. Soweit die betreffende Leistungseinbusse durch das vorgeschlagene Training korrigierbar sein soll, erscheint dies im Sinne der beschwerdeführerischen Kritik als unzureichend plausibilisiert, gerade etwa weil laut psychiatrischem Teilgutachten eine Wechselwirkung zwischen Depression und dem Fibromyalgiesyndrom bestehe (Gutachten, S. 37). Davon abgesehen muss man sich auch fragen, ob die Versicherte überhaupt in der Lage gewesen wäre, ein solches Training – gegebenenfalls im Rahmen einer seitens der IV-Stelle auferlegten Schadenminderungspflicht – zu absolvieren, da sie ja am 30. August 2017, also nur drei Wochen nach Erstattung des Gutachtens, einen Unfall mit den damit verbundenen langwierigen gesundheitlichen Folgen erlitten hatte. In der Tat wurde die Frage nach der Erforderlichkeit eines kardiovaskulären Trainings von der IV-Stelle vor Verfügungserlass gar nicht mehr geprüft; die nunmehr zuständige RAD-Ärztin D. hatte sich damit nicht mehr auseinandergesetzt, obschon die RAD-Ärztin C. am 11. August 2017 noch ausdrücklich auf diesen Faktor hingewiesen hatte.

4.4.2 Weitere Ungereimtheiten ergeben sich vor allem auch mit Blick auf die gutachterlich letztlich bescheinigte Arbeitsfähigkeit. Die SMAB AG war zum Schluss gelangt, dass für die

erlernte und zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Pflegefachfrau eine Arbeitsfähigkeit von 70 % bestehe. Eine Differenzierung zwischen der angestammten letzten Tätigkeit und einer leistungsangepassten Tätigkeit sei nicht sinnvoll, da die hier beschriebenen krankheitsbedingten (psychiatrischen) Beeinträchtigungen und Funktionseinschränkungen für jede Art von Tätigkeit relevant und behindernd gewesen wäre. Was das Arbeitsprofil betrifft, hatten die Gutachter nebst den bereits zitierten rheumatologischen Kriterien aus psychiatrischer Sicht festgehalten, es müssten Tätigkeiten mit hohem Stresspegel vermieden werden. Die Ausdauer und Fähigkeit unter Zeitdruck zu arbeiten, wären ebenfalls reduziert. Der Leistungs- und Zeitdruck sollte angemessen sein. Es bestehe ein erhöhter Regenerationsbedarf. Multitasking wäre nicht zumutbar (Gutachten, S. 16 f.). Soweit vorliegend namentlich hinsichtlich des von der Beschwerdeführerin zuletzt ausgeübten Pflegeberufs angeblich bloss eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 30 % bestehen soll, erscheint dies schwer nachvollziehbar. Es kann an dieser Stelle auf die Einschätzung der RAD-Ärztin C. vom 11. August 2017 verwiesen werden. Demnach verlange eine Tätigkeit in der Pflege mehr als andere Tätigkeiten Verantwortungsübernahme, Stressresistenz, Ausdauer etc., besonders in leitender Funktion. Der Pflegeberuf gehe mit körperlich schweren Arbeitsanteilen einher; die meiste Berufszeit habe die Versicherte in leitender Positionen gearbeitet, sie sei erst aufgrund ihrer gesundheitlichen Beeinträchtigung ins Team zurückgetreten (act. 8.2/47). Diese Einschätzungen werden gestützt durch den Fragebogen für Arbeitgebende der letzten Arbeitgeberin der Versicherten (act. 8.2/13, S. 6 ff), worin detailliert beschrieben ist, dass die damalige Tätigkeit der Beschwerdeführerin mit hohen körperlichen und geistigen Anforderungen verbunden war. Anzumerken ist, dass die Beschwerdeführerin – entgegen der RAD-Ärztin C. – bei dieser Anstellung offenbar durchaus eine leitende Funktion innehatte, da sie als Pflegefachfrau mit Tagesverantwortung angestellt war, wie dies in der Beschwerdeschrift eingehend erläutert wurde und des Weiteren bereits im Assessment-Protokoll vom 13. Februar 2017 (act. 8.2/19) sowie im auf den 30. April 2016 datierten Lebenslauf der Beschwerdeführerin (act. 8.2/21) dokumentiert ist. In der Beschwerdeschrift wurde etwa beschrieben, dass die Versicherte damals Medikamente gerichtet, ärztliche Verordnungen ausgeführt und die ärztlichen Visiten begleitet, bei Notfällen die Situation beurteilt und gegebenenfalls einen Arzt aufgebeten oder Angestellte in Ausbildung geleitet habe. Ist im Ergebnis also festzustellen, dass der von der Versicherten im Rahmen ihrer letzten Arbeit wahrgenommene Aufgabenbereich hohe körperliche und geistige Voraussetzungen bedingte, bleibt nur die Schlussfolgerung, dass diesem Umstand im SMAB-Gutachten schlicht nicht genügend Rechnung getragen wurde. Wohl konnten die Darlegungen zum Belastungs-/Ressourcenprofil plausibel machen, welche Art von Tätigkeiten vermieden werden müssten (vgl. oben E. 4.4.1). Dass aber trotz dieser Erkenntnisse immer noch eine Arbeitsfähigkeit von 70 % in der bisherigen Tätigkeit angenommen wurde, erscheint nicht haltbar. Darauf kann für die vorliegenden Belange nicht abgestellt werden. Was im Übrigen

noch die Frage nach der Arbeitsfähigkeit in einer Verweistätigkeit betrifft, wurde diese im Gutachten wie erwähnt ebenfalls auf 70 % beziffert. Die eindeutig mangelhafte Einschätzung der Arbeitsfähigkeit angestammt begründet indes auch konkrete Indizien am Fehlen der Zuverlässigkeit der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit in einer dem Leiden angepassten Tätigkeit. Vor allem sei an dieser Stelle erneut auf den oben dargelegten Widerspruch zwischen Adaptionsprofil und Diagnoseliste hingewiesen (vgl. E. 4.4.1 a. A.). An der fehlenden Nachvollziehbarkeit einer Arbeitsfähigkeit adaptiert von 30 % ändert nichts, dass die betreffende Einschätzung zunächst von der RAD-Ärztin C. und später auch von der RAD-Ärztin D. gestützt worden war. Erstere hatte augenscheinlich einfach 1:1 ausgeführt, was schon im Gutachten stand. Die Beurteilung der RAD-Ärztin D. ist insofern mangelhaft, als jene – bezogen auf die im Einwand vom 24. Juni 2019 geäusserte Kritik an der „Diskrepanz zwischen den RAD-Ärzten“ – festhielt, es kämen beide Ärztinnen nach sorgfältiger Prüfung zum Ergebnis einer 70%igen Arbeitsfähigkeit (act. 8.2/90, S. 47 ff.). Eine Übereinstimmung ist hier offensichtlich nur hinsichtlich der betreffenden Annahme einer 30%igen Arbeitsunfähigkeit adaptiert gegeben. Hingegen hatte die RAD-Ärztin D. am 10. Mai 2019 argumentiert, dass bei adäquater medikamentöser Einstellung die im Gutachten attestierte Arbeitsfähigkeit bezüglich der bisherigen Pflege Tätigkeit zumutbar sei, wenn das gutachterlich beschriebene Anforderungsprofil beachtet werde (act. 8.2/82). So wenig schlüssig diese Kurzbeurteilung gemäss vorherigen Ausführungen erscheint, so widersprüchlich präsentiert sie sich auch im Vergleich zu jener von Dr. C..

4.5

Zusammenfassend weist das Gutachten der SMAB AG aus versicherungsmedizinischer Sicht erhebliche Mängel auf, welche es in Bezug auf das vorliegende Verfahren als unverwertbar erscheinen lassen. Es ist eine neue medizinische Abklärung bzw. Begutachtung angezeigt.

4.6

4.6.1 Die Beschwerdeinstanz hat gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung in der Regel ein Gerichtsgutachten einzuholen, wenn sie im Rahmen der Beweiswürdigung zum Schluss kommt, ein bereits erhobener medizinischer Sachverhalt müsse (insgesamt oder in wesentlichen Teilen) noch gutachterlich geklärt werden oder eine Administrativexpertise sei in einem rechtserheblichen Punkt nicht beweiskräftig. Eine Rückweisung an die IV-Stelle bleibt hingegen möglich, wenn es darum geht, zu einer bisher vollständig ungeklärten Frage ein Gutachten einzuholen. Ebenso steht es dem Versicherungsgericht frei, eine Sache zurückzuweisen, wenn allein eine Klarstellung, Präzisierung oder Ergänzung von gutachterlichen Ausführungen erforderlich ist (BGE 139 V 99 E. 1.1 S. 100; 137 V 210 E. 4.4.1.4 S. 264; Urteil des Bundesgerichts 8C_580/2017 vom 9. Februar 2018 E. 3.1).

4.6.2 Vorliegend ist festzustellen, dass bei der Beschwerdeführerin kurz nach Erstattung des Gutachtens neue medizinische Probleme auftraten. Konkret erlitt sie am 30. August 2017 einen Unfall, indem sie sich bei einem Sturz über eine Senke an beiden Fussgelenken verletzte. Das Gesundheitszentrum B., in dem die Versicherte operiert wurde bzw. vom 30. August bis 18. September 2017 hospitalisiert war, diagnostizierte in seinem Austrittsbericht vom 29. September 2017 in dieser Hinsicht eine trimalleoläre Luxationsfraktur des oberen Sprunggelenks links (...), eine Talus-Fraktur mit Fusswurzelluxation im Lisfranc Gelenk rechts (...) und Spannungsblasen über frontolateralem OSG mit nekrotischen Anteilen, als Folge von Diagnose 2 (act. 8.2/57, S. 5 ff.). Nach diesem Aufenthalt hatte die Beschwerdeführerin sodann offenbar noch während einer bestimmten Zeit ambulante Physiotherapie in Anspruch genommen; letztmalig wurde vom Hausarzt Dr. E. anscheinend am 23. April 2018 eine entsprechende Verordnung über eine Anzahl von 9 Behandlungen ausgestellt (act. 8.2/75, S. 9). Am 23. Oktober 2018 war im Gesundheitszentrum B. schliesslich die Metallentfernung erfolgt (act. 8.2/75, S. 16). Im Übrigen wurden auch Arbeitsunfähigkeiten dokumentiert. So hatte das Gesundheitszentrum B. am 23. Februar 2018 ein ärztliches Zeugnis ausgestellt, gemäss welchem bei der Beschwerdeführerin ab dem Datum des Unfalls vom 30. August 2017 bis 22. November 2017 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit bestanden habe (act. 8.2/60, S. 4). Sodann hatte Dr. E. am 5. März 2018 eine seit dem 20. September 2017 bis auf weiteres bestehende Arbeitsunfähigkeit von 100 % bescheinigt (act. 8.2/60, S. 2). Darüber hinaus hatte auch die behandelnde Psychiaterin am 23. Februar 2018 bzw. 13. Juli 2018 eine bis auf weiteres bestehende Arbeitsunfähigkeit von 100 % angegeben (act. 8.2/60, S. 3; act. 8.2/68). Die IV-Stelle hatte die vom Unfallversicherer zugestellten Akten schliesslich der RAD-Ärztin D. zur Stellungnahme vorgelegt. Diese hatte gestützt auf einen Arztbericht von Dr. E. vom 28. November 2018 die Einholung eines aktuellen Berichts des Fussorthopäden Dr. F. angeregt. Nachdem Dr. F. folglich am 21. Januar 2019 angab, die Beschwerdeführerin lediglich zweimal – letztmals am 5. April 2018 – gesehen zu haben, schloss die RAD-Ärztin Dr. D. schliesslich im oberwähnten Bericht vom 10. Mai 2019 auf eine 70%ige Arbeitsfähigkeit angestammt, was dann zu der verfügungsweise erfolgten Ablehnung des Rentengesuchs der Beschwerdeführerin führte.

4.6.3 Das Vorgehen der IV-Stelle erscheint in verschiedener Hinsicht fragwürdig. Zunächst ist es nicht haltbar, dass jene schlussendlich auf eine RAD-Kurzbeurteilung abstellte, welche ein schon in sich widersprüchliches Gutachten schützte und darüber hinaus auch in klarem Widerspruch zu einer wesentlich fundierteren früheren RAD-Stellungnahme stand. Davon abgesehen wurde dem tatsächlichen Verlauf ab dem Zeitpunkt der Gutachtenerstattung bis zum Verfügungszeitpunkt unzureichend Rechnung getragen. Die gutachterlichen Untersuchungen durch die SMAB AG fanden im Juni/Juli 2017 statt, derweil der ange-

fochtene Entscheid erst zwei Jahre später erfolgte. In der fraglichen Zeitspanne war der Gesundheitszustand der Versicherten wesentlich durch die Folgen des Unfalls vom 30. August 2017 mitgeprägt. Wohl ist zutreffend, dass die erlittenen Frakturen schlussendlich grundsätzlich gut verheilt waren. Ebenso, dass nach April 2018 keine fachärztlichen orthopädischen Behandlungen mehr dokumentiert sind. Gleichwohl liefern die Akten Hinweise für auch noch danach bestehende unfallbedingte gesundheitliche Beeinträchtigungen. So hatte die behandelnde Psychiaterin in ihrem Bericht vom 13. Juli 2018 festgehalten, dass als Folge der Fussverletzungen massive Einschränkungen in Bezug auf die Beweglichkeit bestünden und die Versicherte „nicht gut auf den Füßen“ sei (act. 8.2/66, S. 3). Sodann liegt ein Bericht des Hausarztes Dr. E. vom 28. November 2018 zuhanden des Unfallversicherers bei den Akten, worin immer noch vorliegende Schmerzen und Schwellungen in beiden Unterschenkeln und beiden Fusssohlen angegeben sind. Auch von der Möglichkeit des Beginns eines Morbus Sudeck ist die Rede (act. 8.2/75, S. 21). Daneben bestehen aufgrund des Berichts der behandelnden Psychiaterin vom 20. März 2018 (act. 8.2/87, S. 9) Hinweise, dass das Unfallereignis auch aus psychiatrischer Sicht relevant (gewesen) sein könnte, wurde darin doch beschrieben, dass die Versicherte auf jede negative Veränderung wieder mit vermehrten depressiven Symptomen reagiere.

4.6.4 Gesamthaft ist somit festzustellen, dass in den zwei Jahren nach der Begutachtung bis zum Verfügungszeitpunkt wesentliche neue medizinische Tatsachen eingetreten sind bzw. Anhaltspunkte für eine gesundheitliche Verschlechterung bestehen. Es wäre die Pflicht der IV-Stelle gewesen, den komplexen Verlauf einer neuerlichen externen Abklärung zu unterziehen; die versicherungsinterne Beurteilung der RAD-Ärztin D. erwies sich für eine zuverlässige Beurteilung wie gesehen als klar ungenügend. Da letztlich gar keine hinreichende Erfüllung der Abklärungspflicht im Sinne von Art. 43 Abs. 1 ATSG durch die IV-Stelle vorliegt, kann auch nicht davon gesprochen werden, dass man es nur mit einem bereits erhobenen medizinischen Sachverhalt zu tun hat, der insgesamt oder in wesentlichen Teilen noch gutachterlich geklärt werden muss. Aus diesem Grund ist in diesem Verfahren kein Gerichtsgutachten einzuholen, sondern die Sache an die Vorinstanz zurückzuweisen, damit sie eine neue Begutachtung veranlasse.

4.7

Zusammenfassend ist in teilweiser Gutheissung der Beschwerde die angefochtene Verfügung aufzuheben und die Sache zur Einholung eines neuen Gutachtens und anschliessender neuen Verfügung an die IV-Stelle zurückzuweisen.

Nach Art. 69 Abs. 1^{bis} IVG sind Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder Verweigerung von Leistungen der Invalidenversicherung kostenpflichtig. Dem Verfahrensausgang entsprechend sind vorliegend keine Kosten zu erheben, da die Rückweisung der Sache zu erneuter Abklärung für die Frage der Auferlegung der Gerichtskosten als vollständiges Obsiegen gilt (vgl. z.B. BGE 141 V 281 E. 11.1) und der IV-Stelle in Anwendung von Art. 22 Abs. 1 VRPG keine Gerichtskosten auferlegt werden.

5.2

Gemäss Art. 61 lit. g ATSG hat die obsiegende beschwerdeführende Partei Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Wird eine Sache zur weiteren Abklärung an die Vorinstanz zurückgewiesen, stellt dies für die versicherte Person ein vollständiges Obsiegen dar (BGE 132 V 215 E. 6.1 S. 235). In diesem Sinne hat die Vorinstanz der Beschwerdeführerin eine Parteientschädigung auszurichten. Letztere ist vom Versicherungsgericht festzusetzen, wobei die Bemessung ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache sowie nach der Schwierigkeit des Prozesses erfolgt (Art. 61 lit. g ATSG). Im Übrigen ist die Bemessung der Parteientschädigung dem kantonalen Recht überlassen (Urteil des Bundesgerichts 8C_11/2016 vom 22. Februar 2016 E. 3.1). In Sozialversicherungsverfahren vor Obergericht ist das anwaltliche Honorar pauschal zu bemessen (Art. 13 Abs. 1 lit. c der Verordnung über den Anwaltstarif vom 14. März 1995 [AT; bGS 145.53]). Vorliegend handelt es sich um einen durchschnittlich leichten Fall. Unter diesen Umständen ist das Honorar der beschwerdeführerischen Rechtsvertreterin AA. als Grundlage der Parteientschädigung auf Fr. 2'500.--, zuzüglich Barauslagen von 4 % und Mehrwertsteuer von 7.7 %, total Fr. 2'800.20 festzulegen.

Das Obergericht erkennt:

1. In teilweiser Gutheissung der Beschwerde von A. wird die angefochtene Verfügung aufgehoben und die Sache zwecks neuer Begutachtung und anschliessender neuen Verfügung an die IV-Stelle zurückgewiesen.
2. Es werden keine Kosten erhoben.
3. Der Beschwerdeführerin wird zulasten der Vorinstanz eine Parteientschädigung von Fr. 2'800.20 zugesprochen.
4. **Rechtsmittel:**
Gegen dieses Urteil kann innert 30 Tagen seit der Zustellung Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten erhoben werden. Die Zulässigkeit einer solchen Beschwerde richtet sich nach Art. 82 ff. Bundesgerichtsgesetz (BGG, SR 173.110). Die Beschwerde ist beim Schweizerischen Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, schriftlich einzureichen. Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift zu enthalten; der angefochtene Entscheid sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind - soweit vorhanden - beizulegen (Art. 42 BGG). Die Beschwerde hat in der Regel keine aufschiebende Wirkung (Art. 103 BGG).
5. Zustellung an die Beschwerdeführerin über deren Anwältin, die Vorinstanz und das Bundesamt für Sozialversicherungen.

Im Namen der 3. Abteilung des Obergerichts

Der Obergerichtsvizepräsident:

lic. iur. Walter Kobler

Der Obergerichtsschreiber:

lic. iur. Marc Giger

versandt am: 28. August 2020