

SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2017/301 vom 29. April 2020

Sg Versicherungsgericht, 2020-04-29, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg_publicationen_IV_2017_301

FR: SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2017/301 du 29 avril 2020

IT: SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2017/301 del 29 aprile 2020

Regeste

Neuanmeldung nach Abschreibung eines ersten IV-Gesuchs. Beweiswürdigung betreffend ein polydisziplinäres Gutachten. Rückwirkende stufenweise Rentenzusprache bei zu berücksichtigender rentenrelevanter Veränderung des Sachverhalts im Zeitablauf (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 29. April 2020, IV 2017/301).

Volltext

Entscheid vom 29. April 2020 Besetzung Versicherungsrichterinnen Karin Huber-Studerus (Vorsitz), Monika Gehrler-Hug und Michaela Machleidt Lehmann; Gerichtsschreiberin Fides Hautle Geschäftsnr. IV 2017/301 Parteien A.____, Beschwerdeführerin, vertreten durch Rechtsanwältin lic. iur. Bettina Surber, Oberer Graben 44, 9000 St. Gallen, gegen IV-Stelle des Kantons St. Gallen, Postfach 368, 9016 St. Gallen, Beschwerdegegnerin, Gegenstand Rente Sachverhalt A.____ meldete sich am 9. Juli 2010 (vgl. IV-act. 6-1; Antrag dieses Datums selber soweit ersichtlich nicht bei den Akten) erstmals bei der [ausländischen] Rentenversicherung zum Bezug einer Rente wegen Erwerbsminderung an. Der Antrag wurde am 19. November 2010 (IV-act. 6-1 bis 4) abgelehnt und die Versicherung überwies den Entscheid gleichentags der Schweizerischen Ausgleichskasse (IV-act. 2). Die schweizerische IV-Stelle für Versicherte im Ausland holte u.a. die Arbeitgeberbescheinigung der schweizerischen Arbeitgeberin ein, bei welcher die Versicherte während der Zeit vom 1. November 2005 bis 31. Juli 2007 als Mitarbeiterin im Verkauf im Pensum von 80 % angestellt gewesen war. Die Versicherte habe aus gesundheitlichen Gründen gekündigt; sie habe während der Anstellung den Anforderungen entsprechen können (vgl. IV-act. 11, Bescheinigung vom 23. Februar 2011). - In einem weiteren Fragebogen für Arbeitgeber (in Verbindung mit einem beigelegten Arbeitsvertrag) gab - nach der Aktenlage - die Versicherte selbst am 4. April 2011 (IV-act. 17-2 f.) an, sie habe ehemals vom 1. April 2008 bis zum 31. Dezember 2008 (Betriebsaufgabe) an 20 Stunden pro Woche (50 %-Pensum) als Bedienung im (Restaurations-) Betrieb des Ehemannes [im Ausland] gearbeitet. Sie vermerkte, ihr psychischer und körperlicher Zustand habe sich durch einen Autounfall vom 19. Januar 2011 mit starkem Schleudertrauma wegen HWS- und BWS-Beschwerden, starken Kopf- und Rückenschmerzen und Alpträumen ziemlich stark verschlechtert (vgl. IV-act. 17). - Die IV-Stelle liess die Versicherte ausserdem Fragebögen betreffend Erwerbstätigkeit (IV-act. 10-1 bis 4) und betreffend Haushaltstätigkeit (IV-act. 10-6 ff.) ausfüllen. - In einer Stellungnahme vom 24. Mai 2011 (IV-act. 20-1 f.) gab (wohl) der Ärztliche Dienst (RAD) der schweizerischen Invalidenversicherung (Dr. med. B.____) aufgrund eines ärztlichen Entlassungsberichts über eine stationäre Therapie der Versicherten vom 26. Mai bis

22. Juni 2010 einer [ausländischen] Klinik an, es lägen bei ihr eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode, ohne somatisches Syndrom, eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung und ein Kopfschmerz vom Spannungstyp vor. Die Versicherte sei als voll arbeitsfähig (sc. aus der stationären Therapie) entlassen worden. Trotz Einschränkungen der körperlichen und psychischen Belastbarkeit gebe es sicherlich Tätigkeiten, in denen sie voll arbeitsfähig sei. Bei den erwähnten Diagnosen handelte es sich um die schon in der [ausländischen] Ablehnungsverfügung dargelegten Gesundheitsschädigungen (vgl. IV-act. 6-1; der Entlassungsbericht selber ist soweit ersichtlich nicht vorhanden, aber teils wiedergegeben in IV-act. 23-8 f. und in IV-act. 133-4; dort datiert auf 2. Juli 2010; die Versicherte war danach als zu sechs Stunden und mehr leistungsfähig in der Tätigkeit als Bedienung bzw. vollschichtig beruflich leistungsfähig auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt beurteilt worden). - In einem Gutachten vom 30. Juli 2011 (IV-act. 23-7 ff.) für die [ausländische] Rentenversicherung - veranlasst im Widerspruchsverfahren gegen den [ausländischen] Entscheid - gab Dr. med. C.____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, an, es bestünden bei der Versicherten eine rezidivierende depressive Störung im Sinn einer reaktiven Reaktion, gegenwärtig mittelgradig bis schwer, eine Somatisierungsstörung im Sinn einer Schmerzstörung, eine anhaltende Belastungsstörung und schwerwiegende psychosoziale Faktoren. Für den Beruf der Serviererin und in der Bedienung sowie auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt sei sie für weniger als drei Stunden arbeitsfähig. Die schwere psychische Störung sei als Antwort auf die erlebten, für sie traumatischen Veränderungen im privaten Umfeld zu erklären. Die Versicherte habe angegeben, 2008 das eigene Geschäft verloren, einen enormen Existenzkampf geführt und eine starke Verschuldung sowie im Versagen - auch in der partnerschaftlichen Beziehung - eine Kränkung erlitten zu haben. Sie habe berichtet, sie sei seit 2010 von ihrem Ehemann getrennt (IV-act. 23-9; bzw. geschieden, IV-act. 23-11) und habe keinen Kontakt mehr zu ihm, und gleichzeitig, dass sie bei ihm wohne (vgl. IV-act. 23-9 f.). Aufgrund der Persönlichkeitsstruktur und der Biographie sei die Versicherte nicht in der Lage, allein adäquate Bewältigungsstrategien aufzunehmen. Es bestehe eine erhebliche Überforderung im psychosozialen Umfeld. Daneben habe sich eine somatische Störung entwickelt. - In einer (fachärztlichen, auch psychiatrischen) sozialmedizinischen Stellungnahme einer [ausländischen] Abteilung Reha-Management zuhanden der Auslandsrentenabteilung gleicher Stelle vom 9. September 2011 (IV-act. 25) wurde dargelegt, diese Arbeitsfähigkeitsschätzung sei nicht nachvollziehbar; es gebe ausser einer eventuellen Trennung keine im Vergleich zum oben erwähnten Entlassungsbericht neuen Faktoren, es habe keine fundierte psychiatrische oder psychotherapeutische Behandlung der Versicherten stattgefunden (bei welcher sowohl die depressiven wie die schmerzfehlverarbeitenden Symptome gänzlich abklingen könnten) und selbst bei Annahme einer quantitativen Einschränkung des Leistungsvermögens sei diese nicht andauernd, weshalb weiterhin eine Leistungsfähigkeit für sechs und mehr Stunden bestehe (IV-act. 25 f.). - Daraufhin zog die Versicherte das Gesuch gegenüber der [ausländischen] Rentenversicherung am 16. September 2011 zurück, worauf das Verfahren bei der schweizerischen IV-Stelle für Versicherte im Ausland zufolge Gegenstandslosigkeit abgeschrieben wurde (vgl. IV-act. 32, 27 ff.). Am 14./21. Dezember 2012 (IV-act. 33) meldete sich die Versicherte bei der Sozialversicherungsanstalt/IV-Stelle des Kantons St. Gallen an. Sie, seit 1995 Schweizer Bürgerin, habe die Sekundarschule im Herkunftsland gemacht. Von März 2008 bis September 2011 habe sie sich [im Ausland] aufgehalten und dort von April bis Dezember 2008 zu 50 % gearbeitet. Seit Oktober 2011

sei sie hierzulande zu 50 % angestellt. Seit Oktober 2009 leide sie an einer psychischen Beeinträchtigung. Seit 8. August 2012 erhalte sie bei voller Arbeitsunfähigkeit Krankentaggelder. Der IK-Auszug (IV-act. 44) wies ab 1983 Einträge auf. - Die Arbeitgeberin (gleicher Betrieb wie von 2005 bis 2007) bescheinigte am 28. Januar 2013 (IV-act. 48), dass die Versicherte seit 1. Oktober 2011 im Stundenlohn als Mitarbeiterin im Verkauf tätig sei und im Jahr 2011 bei rund 243 Stunden Arbeit rund Fr. 6'565.-- und im Jahr 2012 (Januar bis August) bei rund 481 Stunden Arbeit rund Fr. 12'377.-- verdient habe. In einem Bericht vom 14. März 2013 (IV-act. 50) gab die Klinik D.____ (Psychiatrie-Dienste E.____) nach einer stationären Behandlung der Versicherten vom 7. Januar bis 1. März 2013 und tagesklinischer Behandlung vom 5. bis 14. März 2013 gegenüber Dr. med. F.____, Allgemeine Medizin FMH, bekannt, es lägen eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode mit psychotischen Symptomen, eine posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) und eine Fibromyalgie vor. In der Anamnese fänden sich multiple Psychotraumata. Arbeitsfähig sei die Versicherte nicht. Sie habe auf die Therapien gut angesprochen und die Klinik in psychophysisch stabilisiertem Gesamtzustand verlassen. Med. prakt. G.____, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, gab im IV-Arztbericht vom 25. April 2013 (IV-act. 51) - abgesehen von den psychotischen Symptomen - die gleichen Diagnosen an. Er behandle die Versicherte seit dem 7. September 2012. Er verweise vor allem auf seinen Zuweisungsbericht vom 14. Dezember 2012 (soweit ersichtlich nicht aktenkundig). Die depressive Symptomatik der Versicherten habe sich nach der stationären Behandlung leicht zurückgebildet. Es stünden noch Suizidgedanken im Vordergrund. Objektiv zeige sich ein eindrückliches klinisches Bild einer Depression mit eingefallener, in Mimik und Gestik erheblich reduziert wirkender, erschöpfter Versicherter. Sie sei zurzeit wieder in der Tagesklinik integriert, dort aber aufgrund einer Verschlechterung der Depression in der ersten Behandlungsepisode überfordert gewesen. Sie sei seit 7. September 2012 voll arbeitsunfähig und befinde sich in einer frühen Phase beginnender Remission. Seine (des Psychiaters) Angaben basierten auf den Äusserungen der Versicherten ihm - in seiner Rolle als Behandler, nicht als Gutachter - gegenüber. - In einem Verlaufsbericht vom 2. September 2013 (IV-act. 57) erklärte med. prakt. G.____, der Gesundheitszustand der Versicherten sei stationär. Am 13. Juni 2013 sei sie aus der Tagesklinik ausgetreten, in jenem Monat sei es zu einem leichten Rückgang der depressiven Symptomatik gekommen (von ihm als mögliches Ansprechen auf eine Lithiumaugmentation interpretiert), schon im Juli 2013 aber wieder zu einer anhaltenden Verschlechterung. Bei einer weiteren Zunahme erwäge er die Zuweisung in eine erneute stationäre Behandlung in der Klinik D.____. Es bestünden eine ständige Erschöpftheit, Kraft- und Energielosigkeit, Antriebs- und Konzentrationsstörungen und eine stark eingeschränkte affektive Modulationsfähigkeit. Es stelle sich auch die Frage der Zumutbarkeit für einen Arbeitgeber. Das Leiden beeinträchtige die gesamte Lebensführung der Versicherten. - Im beigelegten Bericht vom 15. Juli 2013 (IV-act. 57-7 f.) hatte das Psychiatrie-Zentrum H.____ (Psychiatrie-Dienste E.____) angegeben, die Versicherte sei vom 18. März bis 13. Juni 2013 in der Tagesklinik behandelt worden und in relativ verbessertem Zustand ausgetreten. Einmal wöchentlich wolle sie nebst der Betreuung durch med. prakt. G.____ noch die ambulanten Gruppentherapien am Zentrum besuchen. Nachdem der RAD demgemäss von einer nicht verwertbaren Arbeitsfähigkeit ausgegangen war (vgl. IV-act. 58-3), wies die Sozialversicherungsanstalt/IV-Stelle des Kantons St. Gallen einen Anspruch auf berufliche Massnahmen am 12. September 2013 (IV-act. 61; wie vorläufig bereits am 22. Mai 2013,

IV-act. 53) ab, weil diese wegen des Gesundheitszustands der Versicherten nicht möglich seien. In einem Verlaufsbericht vom 5. Dezember 2013 (IV-act. 67) ging med. prakt. G.____ von einem stationären, unveränderten Zustand der Versicherten aus und wies darauf hin, dass sie inzwischen im Auftrag der Krankentaggeldversicherung untersucht worden sei. In seiner medizinischen Kurzbeurteilung vom 18. November 2013 (IV-act. 73-4 ff.) zuhanden der Krankentaggeldversicherung hatte Dr. med. I.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie und für Psychosomatische und Psychosoziale Medizin, die Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode mit somatischem Syndrom, gestellt, daneben jene eines ausgeprägten psycho-physischen Erschöpfungszustands (IV-act. 73-6). Das depressive Syndrom bewirke zurzeit vollumfängliche Arbeitsunfähigkeit. Die subjektiv beklagten Beschwerden würden damit korrelieren. Es hätten weder Simulations- noch Aggravationstendenzen bestanden. Vielmehr bestehe der Eindruck einer überdurchschnittlichen Verausgabungsbereitschaft und eher einer Dissimulation. Nennenswerte psychosoziale bzw. sozio-kulturelle Belastungsfaktoren mit Einfluss auf die Schwere der depressiven Erkrankung seien nicht eruierbar gewesen. Zurzeit und für voraussichtlich weitere acht Wochen sei die Versicherte nicht arbeitsfähig. Die verschiedenen eingesetzten Psychopharmaka hätten bis anhin keine ausreichende Verbesserung bewirken können. Die Prognose sei deutlich eingeschränkt (vgl. IV-act. 73-7, ad 5). Es könne grundsätzlich mit einer namhaften Besserung gerechnet werden (vgl. IV-act. 73-7, ad 6). Eine mehrwöchige stationäre psychosomatische Rehabilitation sei zu befürworten. Beim Befund wurden vollumfängliche Einschränkungen bei Problemlösung, Pünktlichkeit, Reaktionsfähigkeit, Selbständigkeit, Sorgfalt, Teamarbeit, Umstellungsfähigkeit, Verantwortung, Antrieb, Auffassung, Aufmerksamkeit, Ausdauer, Durchsetzung, Kontaktfähigkeit, Konzentration und Frustrationstoleranz beschrieben (vgl. IV-act. 73-8). - Der RAD schloss sich am 10. Februar 2014 (IV-act. 70) an. Am 9. Januar 2014 (IV-act. 69) hatte med. prakt. G.____ die Versicherte der Klinik D.____ (Z.____; IV-act. 69) zugewiesen. Diese Klinik gab im Austrittsbericht vom 4. Februar 2014 (IV-act. 73-9 ff.) an, die Versicherte sei ab dem 14. Januar 2014 behandelt worden. Nach 17 Tagen (am 31. Januar 2014) habe sie die Klinik wegen verschlechterter Schmerzproblematik verlassen. Sie habe sich für eine ambulante Weiterbehandlung in einer Tagesklinik und durch med. prakt. G.____ entschieden. Bis 14. Februar 2014 werde sie noch arbeitsunfähig geschrieben. Diagnostiziert worden waren (nebst der PTBS) eine mittelgradige rezidivierende depressive Störung und die Fibromyalgie mit mehreren Lokalisationen. Am 27. März 2014 (IV-act. 77) fand eine Abklärung an Ort und Stelle statt. Im Bericht vom 25. April 2014 (IV-act. 77) wurde festgehalten, die Versicherte mache glaubhaft geltend, sie wäre ohne Behinderung vollzeitlich erwerbstätig. Gemäss RAD bestehe eine eigenständige depressive Störung auf dem Hintergrund einer PTBS mit voller Arbeitsunfähigkeit, doch rechtsprechungsgemäss begründe das keine Invalidität. Es sei von einem vorübergehenden Leiden auszugehen. Auf einen ablehnenden Vorbescheid vom 13. Mai 2014 (IV-act. 80) hin wandte die Versicherte schliesslich am 17. Juni 2014 mithilfe der Pro Infirmis (IV-act. 87) ein, vor einer abschliessenden Entscheidung sei ihr die Möglichkeit einzuräumen, die empfohlene stationäre Behandlung abzuschliessen, die sie wegen einer Verschlechterung des Gesundheitszustands abgebrochen habe. Allenfalls sei ein zusätzliches Gutachten einzuholen. Es sei eine eigenständige depressive Störung mit PTBS vorhanden, weshalb die Begründung einer Ablehnung nicht nachvollziehbar sei. - Am 8. Juli 2014 trat die Versicherte (wie später den Beilagen einer Beschwerde gegen eine Verfügung, vgl. unten, zu entnehmen war) wieder in die Klinik D.____ ein (vgl.

IV-act. 93-12 ff., Austrittsbericht vom 7. August 2014 an med. prakt. G.____ über den Aufenthalt bis 30. Juli 2014). Mit Verfügung vom 10. Juli 2014 (IV-act. 88) wies die Sozialversicherungsanstalt/ IV-Stelle des Kantons St. Gallen das Leistungsgesuch der Versicherten ab. Eine mittelgradige depressive Episode sei ein vorübergehendes Leiden, das gemäss dem Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 17. Oktober 2007, IV 2006/154 E. 4c, eine vollumfängliche Überwindung der subjektiven Arbeitsunfähigkeitsüberzeugung erlaube. Eine PTBS setze, wie die bundesgerichtliche Rechtsprechung festhalte, ein traumatisierendes Ereignis von aussergewöhnlicher Schwere voraus und sei nicht per se invalidisierend, und eine Fibromyalgie sei danach ebenfalls überwindbar. Ausserdem sei die Versicherte nach der angeblichen Traumatisierung weiterhin einer Erwerbstätigkeit nachgegangen, weshalb diese nicht aussergewöhnlich schwer gewesen sein könne. - Am 6. August 2014 (IV-act. 89) schrieb Dr. F.____ dem RAD, die Versicherte sei wegen chronischer Schmerzen im Bauch und Rücken an einer regelmässigen Arbeit verhindert. Als Verkäuferin sei sie voll arbeitsunfähig. - Die Versicherte erhob Beschwerde gegen die Verfügung vom 10. Juli 2014 und beantragte eine (allenfalls gerichtliche) Begutachtung (IV-act. 91-2 f.). Sie reichte unter anderem ein (älteres) Sozialmedizinisches Gutachten einer [ausländischen] Beratungsstelle vom 7. April 2010 (IV-act. 93-1 bis 4) ein, wonach sie aus medizinischer Sicht auf Zeit arbeitsunfähig sei. - Am 25. November 2014 (IV-act. 106) widerrief die Sozialversicherungsanstalt/IV-Stelle des Kantons St. Gallen die angefochtene Verfügung (Abschreibung IV-act. 107). Prof. Dr. med. J.____, Neurologie FMH, gab im IV-Arztbericht vom 19. Januar 2015 (IV-act. 113) bekannt, auf neurologischem Fachgebiet bestehe bei der Versicherten keine Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit, daneben aber ein Kopfschmerz vom Spannungstypus. Die Versicherte habe berichtet, die Kopfschmerzen seien seit einem Autounfall von 2010 mit Schleudertrauma verstärkt (IV-act. 113-3). - Dr. F.____ gab am 20. Januar 2015 (IV-act. 114) an, es bestünden ein Fibromyalgie-Syndrom (ED 2006) und eine Depression. Er behandle die Versicherte seit 17. September 2012. Die Arbeitsunfähigkeit von 100 % als Verkäuferin bestehe seit damals. Es sei eine Verschlechterung zu erwarten. - Med. prakt. G.____ berichtete am 30. Januar 2015 (IV-act. 116; unter Hinweis wiederum auf seine Rolle als Behandler, nicht als Gutachter), trotz fortlaufender psychopharmakologischer und psycho- und ergotherapeutischer Behandlung samt vollstationärer Behandlungen habe sich keine wesentliche Befundveränderung ergeben. Dass eine Tätigkeit nicht mehr zumutbar sei, sei durch den ausserordentlichen Ausprägungsgrad des affektiven Leidens begründet, das sich auf die gesamte Alltagsgestaltung bezüglich der Planungs- und Handlungskompetenz stark limitierend auswirke. - Die Klinik D.____ teilte im IV-Arztbericht vom 10. März 2015 (IV-act. 119) unter anderem mit, die Versicherte sei nach einem Suizidversuch im Jahr 2010 in einer [ausländischen] Klinik gewesen. Psychisch sei die Versicherte durch Depressions- und Traumafolgesymptome chronisch beeinträchtigt, körperlich leide sie an Fibromyalgie- und Unterleibsschmerzen psychosomatischer Genese. Der RAD hielt zunächst am 24. März 2015 (IV-act. 120) dafür, es sei nicht zu erwarten, dass weitere medizinische Abklärungen zu einer wesentlich anderen Beurteilung führen würden. - Nach Beizug der Akten der IV-Stelle für Versicherte im Ausland (IV-act. 123) veranlasste die Sozialversicherungsanstalt/IV-Stelle eine polydisziplinäre Begutachtung der Versicherten. In einer Stellungnahme vom 1. Juli 2015 (IV-act. 130) war festgehalten worden, die medizinischen Unterlagen würden sich bezüglich der Diagnosen widersprechen und diverse Hinweise darauf enthalten, dass vorwiegend die psychosozial schwierige Situation im

Vordergrund stehe. Das Dossier enthalte zu viele Diskrepanzen, als dass ohne Abklärung eine Rente gesprochen werden könnte. Das Swiss Medical Assessment- and Business-Center (SMAB) gab im Gutachten vom 18. März 2016 (IV-act. 133) an, als Hauptdiagnose (mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit) liege eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode, vor. Ohne Auswirkung seien eine Reaktion auf schwere Belastung, nicht näher bezeichnet, sowie psychologische und Verhaltensfaktoren bei andernorts klassifizierten Krankheiten, Polyarthralgien der unteren und oberen Extremitäten ohne wesentliche degenerative Veränderungen und ohne eingeschränkte Funktion, ein chronisches Cervicovertebralsyndrom mit chronisch rezidivierenden Myalgien ohne Zeichen einer radiculären Defizitsymptomatik, ein chronisches lumbovertebrales Schmerzsyndrom ohne radiculäre Defizitsymptomatik, vasomotorische Kopfschmerzen, ein Verdacht auf NSAR-induzierte Gastritis, Übergewicht, Nikotinabusus, Status nach Commotio cerebri und nach Distorsionstrauma der HWS (19.01.2011) und nach OP einer Dermoidzyste sakral 2007 und nach TE 1984. In der bisherigen Tätigkeit sei die Versicherte zu 40 % arbeitsfähig. Bei der Rückkehr in die Schweiz im Oktober 2011 habe keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit bestanden. Im Zusammenhang mit einer Arbeitsplatzkonfliktsituation habe sich allmählich eine depressive Symptomatik entwickelt. Nach einem Überfall im August 2012 sei die Versicherte voll arbeitsunfähig geschrieben gewesen, was nachvollziehbar sei, und zwar bis Anfang 2015. Danach habe sich die Depression zunehmend gebessert. Spätestens ab August 2015 dürfte die derzeitige Arbeitsfähigkeit von 40 % vorgelegen haben. Der retrospektive Verlauf der Arbeitsfähigkeit in einer leidensadaptierten Tätigkeit sei gleich charakterisiert, aber mit einer um 20 % höheren Arbeitsfähigkeit, am Ende mit 60 % Arbeitsfähigkeit. Da nach relativ langjährigem Verlauf eine Besserung eingetreten sei und die Versicherte motiviert sei, wieder einer beruflichen Tätigkeit nachzugehen, und sich längerfristig in einem Arbeitspensum von 100 % sehe, scheine die Prognose günstig. Eine Re-Evaluation scheine in etwa einem Jahr sinnvoll. - Der RAD schloss sich am 13. Juni 2016 (IV-act. 147) an. In der Klinik D.____ war die Versicherte nach dem 30. Juli 2014 bis zu einem Berichtsdatum vom 12. September 2016 (IV-act. 136) nicht mehr gewesen. - Med. prakt. G.____ berichtete im IV-Verlaufsbericht vom 6. Oktober 2016 (IV-act. 139), im Vordergrund stünden nach wie vor ein schweres depressives Syndrom und ein ständiges Schmerzerleben. Die früher ausgeprägte posttraumatische Symptomatik habe sich etwas zurückgebildet. Die Versicherte führe nach ihrer Beschreibung des Alltags eine Lebensweise mit Zurückgezogenheit, spärlichen sozialen Kontakten, enger Begleitung durch die Tochter und Distanzierung in der ehelichen Beziehung. Auf Vorlage des Verlaufsberichts von med. prakt. G.____ vom 6. Oktober 2016 hin teilte das SMAB am 10. März 2017 (IV-act. 150) mit, dessen Darstellung des Verlaufs zwischen Januar 2015 und Oktober 2016, wonach in der ganzen Zeit eine schwere depressive Episode vorgelegen haben solle, sei nicht plausibel, wäre doch dann kaum nachvollziehbar, dass keine teil- oder vollstationären Massnahmen in die Wege geleitet worden seien. Der Arzt sehe ausserdem offensichtlich weiterhin das Vollbild einer PTBS, während im Gutachten ausführlich begründet worden sei, dass eine solche nicht vorliege. Nach einer Stellungnahme des Rechtsdienstes (IV-act. 151-4 f.) stellte die Sozialversicherungsanstalt/IV-Stelle des Kantons St. Gallen der Versicherten am 20. März 2017 (IV-act. 154) eine Abweisung ihres Gesuchs in Aussicht. Leichte bis mittelgradige depressive Störungen würden nach der bundesgerichtlichen Rechtsprechung nur als invalidisierende Krankheit in Betracht fallen, wenn sie erwiesenermassen therapieresistent seien, denn solche Leiden seien im allgemeinen

therapeutisch gut angebar. Aufgrund des Gutachtens könne nicht von einer relevanten Therapieresistenz gesprochen werden. Mit Schreiben vom 9. Juni 2017 (IV-act. 160) liess die Versicherte einwenden, der Gesundheitszustand sei nochmals abzuklären. Auf ein Gutachten, das einen Besserungsverlauf beschreibe, der aufgrund sämtlicher Arztberichte nicht vorstellbar sei, könne nicht abgestellt werden. Würde auf das Gutachten abgestellt, wäre nach Beendigung des Wartejahres bis August 2015 eine ganze Rente und nach der überraschenden Zustandsverbesserung auf dieses Datum hin eine Viertelsrente zuzusprechen. Die vorliegende Störung sei eine hartnäckige. Wenn der Gutachter schreibe, es sei dennoch zu einem Behandlungserfolg gekommen, erkläre er damit nicht gleichzeitig, dass auch mit einer künftigen weiteren Steigerung zu rechnen sei. Allein der Wunsch der Versicherten sage darüber nichts aus. An einem vollständigen Therapieerfolg müsse erheblich gezweifelt werden. Sollte er möglich sein, könnte die Rente in einem Anpassungsverfahren geprüft werden. Mit Verfügung vom 23. Juni 2017 (IV-act. 161) wies die Sozialversicherungsanstalt/IV-Stelle des Kantons St. Gallen das Leistungsgesuch der Versicherten vom Dezember 2012 ab. Von Therapieresistenz könne nicht gesprochen werden. Gegen diese Verfügung richtet sich die von Rechtsanwältin lic. iur. Bettina Surber für die Betroffene am 29. August 2017 erhobene Beschwerde. Die Rechtsvertreterin der Beschwerdeführerin beantragt, die angefochtene Verfügung sei aufzuheben und der Beschwerdeführerin sei ab 1. Januar 2013 eine ganze Rente zuzusprechen, eventualiter sei die Beschwerdegegnerin anzuweisen, den Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin in einem Gutachten nochmals umfassend abzuklären. Der im Gutachten beschriebene Verlauf der gesundheitlichen Beeinträchtigung der Beschwerdeführerin ab Anfang 2015 lasse sich nicht mit dem gut dokumentierten schwerwiegenden Verlauf in der Vergangenheit und mit den Feststellungen des behandelnden Facharztes in Übereinstimmung bringen. Im Bericht der Klinik D. ___ vom 10. März 2015 werde die Beeinträchtigung der Beschwerdeführerin gut zusammengefasst. Neben der depressiven Störung sei es offensichtlich die anhaltende Traumasymptomatik, welche die Beschwerdeführerin stark beeinträchtige. In den aktuellen Arztberichten werde die vom Gutachter beschriebene ganz erhebliche Zustandsverbesserung in keiner Art bestätigt. Sie hätte auch rapid erfolgt sein müssen, sei doch bei Klinikaustritt im Juli 2014 eine Wiederaufnahme der Arbeit nicht absehbar gewesen. Dass innert einem Jahr danach bereits eine Arbeitsfähigkeit von 60 % vorliegen sollte, lasse sich nicht annehmen, zumal med. prakt. G. ___ keine wesentliche Zustandsbesserung beschrieben habe. Die Gutachter hätten sich bei der entsprechenden Beurteilung auf die Angaben der Beschwerdeführerin gestützt, wonach sie wieder angefangen habe Auto zu fahren. Sollte es tatsächlich zu einer Verbesserung der Symptomatik gekommen sein, müsse inzwischen wieder von einer Verschlechterung ausgegangen werden; die Beschwerdeführerin fahre nicht mehr Auto und auch nicht allein Zug und ihre Kinder müssten sie zu Terminen zum Psychiater begleiten. Es gelte zu beachten, dass sich die Beschwerdeführerin den begutachtenden Personen gegenüber offenbar als belastbarer zeige, als sie es sei. Daher sei den Berichten der Ärzte zu folgen, die sie regelmässig sähen und die Beeinträchtigung über einen längeren Zeitraum hinweg beurteilen könnten. Die Beschwerdeführerin habe sich am 21. Dezember 2012 angemeldet und das Wartejahr sei daher am 21. Dezember 2013 erfüllt gewesen. Der Anspruch bestehe ab 1. Januar 2013; die Arbeitsunfähigkeit der Beschwerdeführerin betrage seit dem Anmeldezeitpunkt 100 %. Sollte nicht auf die Arbeitsunfähigkeitsschätzung von med. prakt. G. ___ abgestellt werden, werde eine nochmalige umfassende Abklärung des Gesundheitszustands beantragt. Würde auf das Gutachten abgestellt, wäre für die Zukunft

eine Viertelsrente zuzusprechen. Wie der RAD am 23. März 2015 festgestellt habe, liege bei der Beschwerdeführerin eine depressive Störung vor, die kein vorübergehendes Leiden darstelle. Es handle sich um eine hartnäckige Störung. Der Gutachter habe mit der Feststellung eines Behandlungserfolgs nicht auch gesagt, dass mit einer künftigen weiteren Steigerung der Arbeitsfähigkeit zu rechnen sei. Aufgrund sämtlicher Berichte in den Akten sowie der langen Dauer und der Intensität der Beeinträchtigung müsse ein vollständiger Therapieerfolg erheblich bezweifelt werden. Im andern Fall könnte eine Anpassung erfolgen. Werde auf das Gutachten abgestellt, sei vom Januar 2013 bis August 2015 eine ganze Rente und ab November 2015 eine Viertelsrente zu gewähren. In ihrer Beschwerdeantwort vom 11. Oktober 2017 beantragt die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde. Nach dem überzeugenden und voll beweiskräftigen Gutachten sei die Beschwerdeführerin in somatischer Hinsicht für angepasste Tätigkeiten unbestrittenermassen uneingeschränkt arbeitsfähig. Dem Einwand, der im Gutachten beschriebene psychiatrische Verlauf lasse sich mit dem aktenkundigen Verlauf und den Feststellungen des behandelnden Facharztes nicht in Übereinstimmung bringen, könne nicht gefolgt werden. Der Gutachter habe sich eingehend mit dem Krankheitsverlauf auseinandergesetzt. Nach ihrer Rückkehr in die Schweiz im Oktober 2011 habe danach eindeutig keine depressive Symptomatik der Beschwerdeführerin vorgelegen. Im Rahmen des Arbeitsverhältnisses sei es dann zu einer Konfliktsituation gekommen. Vermutlich habe sich eine eher noch mässig ausgeprägte depressive Symptomatik entwickelt, die sich massiv verstärkt habe, nachdem sie im August 2012 überfallen worden sei. Ab Anfang 2015 sei es zu einer Besserung, ab August/September 2015 zu einer deutlichen Verbesserung gekommen. Der Auffassung, die Beschwerdeführerin gebe sich gegenüber begutachtenden Personen belastbarer, als sie es sei, könne ebenfalls nicht gefolgt werden. Zum einen könne ein Administrativ- oder Gerichtsgutachten nicht stets in Frage gestellt werden, wenn die behandelnden Ärzte zu einer anderslautenden Einschätzung gelangten. Das sei nur bei Vorbringen unerkannter oder ungewürdigt gebliebener Aspekte der Fall. Vorliegend sei nicht ersichtlich, inwiefern die psychiatrisch-klinische Untersuchung ungenügend gewesen sein sollte. Im Gegenteil sei sie lege artis erfolgt. Zum andern sei in der Stellungnahme vom 10. März 2017 einleuchtend erklärt worden, dass die beschriebenen Tagesaktivitäten gegen eine solche Annahme (einer zu positiven Beschreibung) sprächen. Die anderslautende Einschätzung von med. prakt. G. ___ hingegen habe sich mit den gutachterlichen Feststellungen nicht auseinandergesetzt. Gestützt auf das psychiatrische Gutachten sei davon auszugehen, dass im August/ September 2015 eine deutliche Verbesserung der vormals teilweise schweren depressiven Symptomatik eingetreten sei und seither noch eine depressive Störung höchstens mittelschweren Ausmasses vorliege. Psychische Störungen dieser Art seien nur als invalidisierend zu betrachten, wenn sie schwer und therapeutisch nicht (mehr) angebar seien, was voraussetze, dass keine therapeutische Option mehr, sondern Behandlungsresistenz bestehe. Die gutachterlichen Feststellungen sprächen trotz der längere Zeit bestehenden depressiven Störung immer noch für deren therapeutische Annehmbarkeit. Eine seit mehreren Jahren und trotz adäquater Therapie behandlungsresistente, invalidisierende Depression liege nicht vor. Die mittelschwere Depression stelle keinen massgebenden Gesundheitsschaden im Sinn der Rechtsprechung dar. Die Episode schweren Grades sei vorübergehender Natur gewesen. Eine andauernde schwere Depression habe nicht vorgelegen. Am 13. Oktober 2017 hat die Gerichtsleitung dem Gesuch um Bewilligung der unentgeltlichen Rechtspflege (Befreiung von den Gerichtskosten und Bewilligung der unentgeltlichen Rechtsverteidigung) entsprochen. In

ihrer Replik vom 4. Dezember 2017 hält die Rechtsvertreterin der Beschwerdeführerin daran fest, dass das Gutachten deren Gesundheitszustand nicht ausreichend erfasse und deshalb nicht zu überzeugen vermöge. Die RAD-Ärztin habe am 23. März 2015 festgehalten, es liege nicht eine mittelgradige depressive Episode, sondern eine rezidivierende depressive Störung vor, somit also kein vorübergehendes Leiden. Die depressive Symptomatik sei chronifiziert. Wie sich dann plötzlich der Zustand so verbessert haben sollte, dass schon im August 2015 eine Arbeitsfähigkeit von 60 %, nach Auffassung der Beschwerdegegnerin gar eine solche von 100 % vorgelegen habe, sei nicht nachvollziehbar. Der Arztbericht von med. prakt. G. ___ könne nicht unberücksichtigt bleiben. Die Gutachter seien ja nicht der Meinung, es habe die erhebliche Beeinträchtigung nie bestanden, sondern sie würden von einer plötzlichen Verbesserung ausgehen, und zwar offenbar insbesondere, weil sich keine Arztberichte mehr in den Akten fänden. Die Beschwerdeführerin habe sich aber ununterbrochen beim Psychiater in Behandlung befunden; er könne umfassend über die Entwicklung des Zustands Auskunft geben. Wenn er der Meinung sei, der Zustand sei nicht wesentlich verbessert, so müsse das massgeblich sein. Die Beschwerdeführerin habe bei der Begutachtung angegeben, sie würde gern wieder zu arbeiten versuchen, doch sei sie dazu effektiv nicht in der Lage. Sie könne auch nicht mehr mit dem Auto fahren. Die Beschwerdegegnerin hat am 12. Dezember 2017 am Antrag festgehalten und auf die Erstattung einer Duplik verzichtet. Erwägungen Im Streit liegt die Verfügung vom 23. Juni 2017, mit welcher die Beschwerdegegnerin das Gesuch der Beschwerdeführerin vom Dezember 2012 abwies. Es handelte sich bei diesem Gesuch um eine neue Anmeldung nach der Abschreibung eines ersten IV-Gesuchs vom Juli 2010 (mit dem die Beschwerdeführerin Leiden seit Oktober 2009 geltend gemacht hatte) durch Verfügung vom 29. November 2011 (nach einem Rückzug des Gesuchs). - Die Beschwerdeführerin lässt mit der Beschwerde die Ausrichtung einer ganzen Rente ab 1. Januar 2013 beantragen (für den Fall des Abstellens auf das Gutachten eine ganze Rente von Januar 2013 bis August 2015 und eine Viertelsrente ab November 2015), im Eventualstandpunkt eine weitere Begutachtung durch die Beschwerdegegnerin. - Streitgegenstand bildet zunächst der allfällige Rentenanspruch. Ergäbe sich allerdings, dass ohne Eingliederungsmassnahmen ein Rentenanspruch in Frage stünde, so gehörte zum Streitgegenstand notwendigerweise auch die Frage, ob die Verwaltung den Grundsatz "Eingliederung vor Rente" beachtet und eine allfällige Pflicht der Beschwerdeführerin zu Massnahmen korrekt in Anspruch genommen habe. Nach Art. 28 IVG besteht der Anspruch auf eine ganze Invalidenrente, wenn die versicherte Person mindestens zu 70 %, derjenige auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens zu 60 % invalid ist. Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % Anspruch auf eine Viertelsrente. - Nach Art. 29 Abs. 1 IVG (in der Fassung seit 1. Januar 2008) entsteht der Rentenanspruch frühestens nach Ablauf von sechs Monaten nach Geltendmachung des Leistungsanspruchs nach Art. 29 Abs. 1 ATSG. Eine allfällige Rentenauszahlung (im Unterschied zum allfälligen Eintritt des Versicherungsfalls Rente) steht demnach vorliegend frühestens ab 1. Juni 2013 in Frage. Nach Art. 8 Abs. 1 ATSG gilt als Invalidität die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit. Diese wird gemäss Art. 7 Abs. 1 ATSG verstanden als der durch die Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung oder Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt. - 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, vgl. auch BGE 102 V 165). Nach der bundesgerichtlichen Rechtsprechung (BGE 143 V 418 E. 7.1 f.) sind grundsätzlich (bei Ausnahmen nach dem jeweiligen Beweisbedarf) sämtliche psychischen Erkrankungen einem strukturierten Beweisverfahren nach BGE 141 V 281 zu unterziehen, denn bei sämtlichen psychischen Störungen bestehen trotz variierender Prägnanz der erheblichen Befunde im Wesentlichen vergleichbare Beweisprobleme. Für die Beurteilung des funktionellen Leistungsvermögens sind nach dem genannten BGE 141 V 281 in der Regel diverse Standardindikatoren beachtlich, die in zwei Kategorien systematisiert werden, nämlich einerseits in der Kategorie des funktionellen Schweregrads und andererseits in jener der Konsistenz. Zum funktionellen Schweregrad sind die Komplexe "Gesundheitsschädigung" (mit den Aspekten der Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde, des Behandlungs- und Eingliederungserfolgs oder der entsprechenden Resistenz und der Komorbiditäten), "Persönlichkeit" (mit Persönlichkeitsdiagnostik und persönlichen Ressourcen) und "Sozialer Kontext" zu berücksichtigen. In der Kategorie der Konsistenz geht es um Gesichtspunkte des Verhaltens, namentlich um eine gleichmässige Einschränkung des Aktivitätenniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen und um behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesenen Leidensdruck (vgl. BGE 141 V 281 E. 4.1.3). Soweit die festgestellte Leistungseinschränkung auf Aggravation oder einer ähnlichen Erscheinung beruht oder unter dem Einfluss der Folgen der Erzielung eines sekundären Krankheitsgewinns steht (der rechtlich grundsätzlich unbeachtlich zu bleiben hat, vgl. BGE 130 V 352), liegt nach der Rechtsprechung regelmässig keine versicherte Gesundheitsschädigung vor. Hinweise darauf ergeben sich (im Zusammenhang mit einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung entwickelt) namentlich, wenn: eine erhebliche Diskrepanz zwischen den geschilderten Schmerzen und dem gezeigten Verhalten oder der Anamnese besteht; intensive Schmerzen angegeben werden, deren Charakterisierung jedoch vage bleibt; keine medizinische Behandlung und Therapie in Anspruch genommen wird; demonstrativ vorgetragene Klagen auf den Sachverständigen unglaubwürdig wirken; schwere Einschränkungen im Alltag behauptet werden, das psychosoziale Umfeld jedoch weitgehend intakt ist (BGE 141 V 281 E. 2.2). - Störungen fallen unabhängig von ihrer Diagnose bereits dann als rechtlich bedeutsame Komorbidität in Betracht, wenn ihnen konkret ressourcenhemmende Wirkung beizumessen ist (vgl. BGE 143 V 418 E. 8.1; vgl. auch Bundesgerichtsurteil vom 3. Mai 2018, 9C_909/2017 E. 4.1). Die Prüfung nach diesen systematisierten Indikatoren erlaubt zusammenfassend - unter Berücksichtigung von leistungshindernden äusseren Belastungsfaktoren einerseits und von Kompensationspotentialen (Ressourcen) andererseits - das tatsächlich erreichbare rechtlich relevante Leistungsvermögen einzuschätzen (vgl. Bundesgerichtsurteil vom 3. Mai 2018, 9C_909/2017 E. 4.2). Im Rahmen der Standardindikatorenprüfung stellen Verlauf und Ausgang von Therapien wichtige Schweregradindikatoren dar (vgl. Bundesgerichtsurteil 9C_909/2017 E. 4.2). - Die Therapierbarkeit eines Leidens steht dem Eintritt einer rentenbegründenden Invalidität nicht absolut entgegen. Denn die Behandelbarkeit, für sich allein betrachtet, sagt nichts über den invalidisierenden Charakter einer psychischen Störung aus (Bundesgerichtsurteil 9C_909/2017 E. 4.1, vgl. BGE 143 V 409 E. 4.2.1). - Eine leistungs-, insbesondere rentenbegründende Invalidität setzt zunächst jedenfalls eine psychiatrische, lege artis gestellte Diagnose voraus. Das ist vor allem mit Blick darauf bedeutsam, dass auch bei einem depressiven Leiden soziale Belastungen, die direkt

negative funktionelle Folgen zeitigen, auszuklammern sind, und eine Abgrenzung zu reaktivem, invaliditätsfremdem Geschehen aufgrund von psychosozialen Belastungen hin erforderlich ist (vgl. BGE 143 V 409 E. 4.5.2; vgl. auch unten E. 3.3.5). - Es ist Aufgabe des medizinischen Sachverständigen, gegebenenfalls nachvollziehbar aufzuzeigen, weshalb trotz leichter bis mittelschwerer Depression und an sich guter Therapierbarkeit der Störung im Einzelfall funktionelle Leistungseinschränkungen resultieren, die sich auf die Arbeitsfähigkeit auswirken (vgl. BGE 143 V 409 E. 4.5.2). Ärztlicherseits ist substantiiert darzulegen, aus welchen medizinisch-psychiatrischen Gründen die erhobenen Befunde das funktionelle Leistungsvermögen und die psychischen Ressourcen in qualitativer, quantitativer und zeitlicher Hinsicht zu schmälern vermögen. Es genügt beispielsweise nicht, dass der medizinisch-psychiatrische Sachverständige von einem diagnostizierten depressiven Geschehen direkt auf eine Arbeitsunfähigkeit, welchen Grades auch immer, schliesst; vielmehr hat er darzutun, dass, inwiefern und inwieweit wegen der von ihm erhobenen Befunde (Traurigkeit, Hoffnungslosigkeit, Antriebsschwäche, Müdigkeit, Konzentrations- und Aufmerksamkeitsstörungen, verminderte Anpassungsfähigkeit usw.) die beruflich-erwerbliche Arbeitsfähigkeit eingeschränkt ist, und zwar - zu Vergleichs-, Plausibilisierungs- und Kontrollzwecken - unter Miteinbezug der sonstigen persönlichen, familiären und sozialen Aktivitäten der rentenansprechenden Person (vgl. BGE 145 V 361 E. 4.3). - Durch den Versicherungsträger und im Beschwerdefall durch das Gericht ist zu prüfen, ob und inwieweit die ärztlichen Experten ihre Arbeitsunfähigkeitsschätzung unter Beachtung der massgebenden Indikatoren (Beweisthemen) hinreichend und nachvollziehbar begründet haben (vgl. BGE 145 V 361 E. 4.3). Kommen die medizinischen Experten der oben erwähnten Aufgabe unter Berücksichtigung der durch BGE 141 V 281 normierten Beweisthemen überzeugend nach, wird die medizinisch-psychiatrische Folgenabschätzung auch aus der juristischen Sicht des Rechtsanwenders - Durchführungsstelle oder Gericht - Bestand haben. Andernfalls liegt ein triftiger Grund vor, der rechtlich ein Abweichen davon gebietet (vgl. BGE 145 V 361 E. 4.3). Dabei gilt als Leitschnur, dass die ärztliche Beurteilung - von der Natur der Sache her unausweichlich - Ermessenszüge aufweist, die auch den Rechtsanwender begrenzen (vgl. BGE 145 V 361 E. 4.3). Der Gesundheitszustand und die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin wurden nach der Aktenlage zuletzt im Januar und Februar 2016 polydisziplinär durch das SMAB begutachtet (Gutachten vom 18. März 2016). Das Gutachten basiert auf einer Kenntnisnahme von den Vorakten (IV-act. 133-3 ff.). Es erfolgte eine psychiatrische Begutachtung (federführend) unter Einbezug von Konsilien in internistischer, neurologischer und orthopädisch/traumatologischer Hinsicht, bei welchen jeweils die Anamnese und die geklagten Beschwerden erfragt wurden. Zum somatischen Zustand der Beschwerdeführerin zeigte sich bei der Begutachtung im Einzelnen Folgendes: Unter internistischem Gesichtspunkt wurden keine für die Arbeitsfähigkeit relevanten Diagnosen erhoben. Es ergäben sich keine Hinweise darauf, dass die Arbeitsfähigkeit diesbezüglich jemals eingeschränkt gewesen sein könnte (vgl. IV-act. 133-43). - Die Beschwerdeführerin hatte unter anderem angegeben, sie leide an besonders starken Schmerzen im rechten Handgelenk und in den Gelenken der linken Körperhälfte. Ein Nackenkopfschmerz sei seit einem Autounfall im Jahr 2010 (IV-act. 133-40, vgl. auch IV-act. 113-3; bzw. Januar 2011, IV-act. 17-2) [im Ausland] eingetreten. Wegen Überfällen auf den dortigen Betrieb seien sie 2011 wieder in die Schweiz gekommen. Seit einem Überfall in der ersten Augustwoche 2012 habe sie Angst vor Menschen (vgl. IV-act. 133-40 f.). Anlässlich der neurologischen Untersuchung konnten normale Befunde erhoben werden und es bestand ebenfalls keine

Diagnose mit Relevanz für die Arbeitsfähigkeit. Der intermittierende Tremor sei inkonstant gewesen und als funktionell zu taxieren (vgl. IV-act. 133-49). Nach dem aktenkundigen Autounfall von 2011 sei eine Schonungszeit von maximal drei Monaten anzunehmen (IV-act. 133-50). - Die Beschwerdeführerin hatte angegeben, die Brandstiftung im Jahr 2006 sei bei ihr Auslöser für sehr viele Beschwerden gewesen. Die Familie sei hernach [ins Ausland] emigriert. Dort habe sie (die Beschwerdeführerin) am 19. Januar 2011 einen Unfall (Kollision von rechts frontal) erlitten. Seither habe sie den Eindruck, die allgemeinen Schmerzen seien schlimmer geworden. Seit ein bis zwei Jahren komme es zu Zittern auf der rechten Seite, und zwar immer, wenn sie belastet sei. Im Arbeitsverhältnis in der Schweiz ab Oktober 2011 sei es zu Mobbing gekommen, weshalb sie ihr Pensum reduziert habe (vgl. IV-act. 133-45 f.). Bei der orthopädisch-traumatologischen Begutachtung wurde ebenfalls keine (Haupt-) Diagnose erhoben. Nach einer im Gutachten detailliert beschriebenen Befunderhebung wurde dargelegt, im Bereich der HWS seien die Bewegungen der Beschwerdeführerin leicht- bis mittelgradig, im Bereich der LWS leichtgradig eingeschränkt gewesen. Zeichen einer radikulären Defizitsymptomatik hätten sich nicht nachweisen lassen. Auch seitendifferente Umfangsverminderungen an Armen und Beinen hätten nicht nachgewiesen werden können. Die Funktionen der Schulter-, Ellenbogen-, Hand-, Finger-, Hüft-, Knie- und Sprunggelenke seien uneingeschränkt demonstrierbar gewesen. Es hätten sich weder Deformierungen noch Zeichen einer Rötung, Überwärmung oder Schwellung gezeigt. Weder die Arbeitsfähigkeit in der bisherigen noch diejenige in einer angepassten Arbeit sei eingeschränkt. Das Belastungsprofil umfasse körperlich leichte bis zeitweilig mittelschwere Tätigkeiten mit Heben und Tragen von Lasten bis maximal 15 kg. Tätigkeiten in ständiger Zwangshaltung (Vorbeugehaltung) oder Überkopfarbeiten sollten vermieden werden, ebenso Tätigkeiten unter extremen Temperaturschwankungen, Hitze, Kälte, Nässe oder Zug. - Die Beschwerdeführerin hatte Schmerzen im Bereich vieler Körpergelenke, namentlich in den Schulter-, Ellenbogen-, Hand-, Finger-, Knie-, Sprung- und Zehengelenken beklagt, ausserdem Schmerzen im Achsenorgan, insbesondere im Bereich der unteren LWS und im Bereich der HWS sowie auf der Vorderfläche beider Oberschenkel. Sie könne maximal 15 Minuten gehen. Zusammenfassend kann unter somatischem Aspekt aufgrund der überzeugend erscheinenden Ergebnisse der drei Begutachtungen demnach davon ausgegangen werden, dass kein die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin beeinträchtigendes Leiden vorliegt. Zum psychiatrischen Zustand der Beschwerdeführerin ergab sich bei der SMAB-Begutachtung des Weiteren Folgendes. Als (einzige) Hauptdiagnose wurde eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode, festgestellt (IV-act. 133-33). - Der Gutachter setzte sich aber mit weiteren früher benannten oder in Frage kommenden Diagnosen auseinander. Dabei legte er dar, ob eine posttraumatische Belastungsstörung nach der Verstärkung der (nach einem Übergriff im Jahr 1985 mässigen, fluktuierenden diesbezüglichen) psychischen Symptomatik anlässlich der schweren äusseren psychosozialen Belastung infolge des Brandanschlags mit fortgesetzter Bedrohungssituation im Jahr 2006 vorgelegen habe, lasse sich nicht mehr klären. Erstmals 2012 - und danach noch wiederholt - sei diese Diagnose (PTBS) mitgeteilt worden. Eine solche Störung, wie sie in der ICD-10 definiert sei, liege nicht mehr vor. Offensichtlich sei es zu einer Besserung gekommen. Es sei (ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit) die Diagnose einer Reaktion auf schwere Belastung, nicht näher bezeichnet, zu erheben. - Die Diagnose einer Agoraphobie sei, was nachvollziehbar sei, nie gestellt worden und sei, da bei der Beschwerdeführerin die Depression das Bild beherrsche, bei den eher mässig ausgeprägten beschriebenen agoraphobischen Ängsten nicht zu stellen.

- Die Diagnose einer anhaltenden Schmerzstörung sei einmal (von Dr. C.____) gestellt worden. Sie setze unter anderem einen Mindestschweregrad im Sinn eines andauernden, schweren und quälenden Schmerzes voraus. Angesichts unter anderem der Alltagsaktivitäten sei diese Diagnose nicht gegeben. Es sei aber eine psychogene Überlagerung der Schmerzen aufgrund psychosozialer Belastung, insbesondere der Partnerschaftsproblematik, und damit die Diagnose (ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit) psychologischer Faktoren und Verhaltensfaktoren bei andernorts klassifizierten Krankheiten anzunehmen (IV-act. 133-34). Was den Schweregrad und den Verlauf der Leiden bzw. der Hauptdiagnose betrifft, führte der SMAB-Gutachter der Psychiatrie aus, zu depressiven Episoden sei es möglicherweise bereits nach einem schweren sexuellen Übergriff Mitte der 1980er Jahre und nach einem Brandanschlag auf das Geschäft des Ehemannes der Beschwerdeführerin im Jahr 2006 gekommen. Ausreichend dokumentiert sei eine solche Störung aber erst seit 2010, nämlich gemäss einem Sozialmedizinischen Gutachten vom 7. April 2010. In der Folge habe sich die Depression gebessert; insbesondere habe nach der Rückkehr in die Schweiz im Oktober 2011 eindeutig keine depressive Symptomatik vorgelegen. Die Beschwerdeführerin habe damals zu 100 % arbeiten wollen, aber nur ein Pensum von 50 % angeboten bekommen. Sie habe deshalb viele Überstunden gemacht. Im Rahmen des Arbeitsverhältnisses sei es zu einer Arbeitsplatzkonfliktsituation gekommen, welche die Beschwerdeführerin als Mobbing erlebt habe. Es habe sich eine vermutlich eher noch mässig ausgeprägte depressive Symptomatik entwickelt, die sich massiv verstärkt habe, nachdem die Beschwerdeführerin im August 2012 überfallen worden sei. Es habe sich (damals) eine sehr hartnäckige, relativ schwer ausgeprägte depressive Symptomatik - im Ausprägungsgrad einer mittelschweren bis schweren, zum Teil auch eindeutig schweren, depressiven Episode - entwickelt. Nach der Beschreibung der Beschwerdeführerin sei erst ab Anfang 2015 eine Besserung, ab August/September 2015 eine deutliche Besserung, eingetreten. Zurzeit liege eine eher mässig ausgeprägte mittelgradige depressive Episode vor. Die Beschwerdeführerin sei nun wieder zukunftsorientiert und fahre wieder Auto, um sich auf eine spätere berufliche Tätigkeit vorzubereiten. Sie sei nicht mehr hoffnungs- und perspektivlos und verzweifelt, wie das gemäss den Unterlagen ab August 2012 für längere Zeit der Fall gewesen sei (vgl. IV-act. 133-33 f.). In Bezug auf allfällige Komorbiditäten ist darauf hinzuweisen, dass die neben der (Hauptdiagnose der) depressiven Störung erhobenen, oben erwähnten Störungen (Reaktion auf schwere Belastung, nicht näher bezeichnet; und psychologische Faktoren und Verhaltensfaktoren bei andernorts klassifizierten Krankheiten) nach der Beurteilung im psychiatrischen Gutachten ressourcenmindernd sind (vgl. IV-act. 133-35). Als Ressourcen vorhandene Umstände wurden nicht ausdrücklich bezeichnet. Festgehalten wurde allerdings im entsprechenden Zusammenhang (Komplex "Persönlichkeit" [Persönlichkeitsdiagnostik, persönliche Ressourcen]), dass unter Berücksichtigung der Biographie bzw. der Krankheitsentwicklung von einer sehr stabilen Primärpersönlichkeit der Beschwerdeführerin auszugehen sei. Es bestünden in keiner Art Hinweise auf eine Persönlichkeitsakzentuierung oder -störung (vgl. IV-act. 133-35). Was die psychosozialen Faktoren betrifft (Komplex "Sozialer Kontext" der Kategorie des Schweregrads), berücksichtigte der SMAB-Gutachter der Psychiatrie, dass die soziale Situation der Beschwerdeführerin durch eine gravierende Partnerschaftsproblematik belastet sei (vgl. IV-act. 133-35). Es sei eine psychogene Überlagerung der Schmerzen aufgrund psychosozialer Belastung (insbesondere Partnerschaftsproblematik) anzunehmen (vgl. IV-act. 133-34). - Das Beschwerdebild mitprägende psychosoziale und soziokulturelle

Belastungsfaktoren, soweit sie unmittelbar (direkt) die Symptomatik beeinflussen und nicht bloss mittelbar eine (verselbstständigte) Gesundheitsschädigung aufrechterhalten oder ihre (unabhängig von den invaliditätsfremden Elementen bestehenden) Folgen verschlimmern, sind nach der Rechtsprechung als nicht invalidisierende und damit nicht versicherte Faktoren auszuschneiden. Ein invalidisierender psychischer Gesundheitsschaden kann nur gegeben sein, wenn das klinische Beschwerdebild nicht einzig in psychosozialen und soziokulturellen Umständen seine Erklärung findet, sondern davon psychiatrisch unterscheidbare Befunde umfasst (vgl. Bundesgerichtsurteil vom 15. März 2017, 8C_14/2017 E. 5.3). - Im Gutachten wurde diesbezüglich eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode, diagnostiziert. Allerdings wurde erwähnt, zurzeit liege eine (eher mässig ausgeprägte) mittelgradige depressive Episode vor (vgl. IV-act. 133-33; zum Befund vgl. unten E. 3.4.1 f.). Zur Kategorie der Konsistenz hielt der Gutachter der Psychiatrie fest, dass sich die Beschwerdeführerin zu einer beruflichen Tätigkeit nur an zwei bis drei Stunden zweimal pro Woche in der Lage sehe, sei diskrepant zu ihren Aktivitätenniveaus in den Bereichen Haushalt und Freizeit (vgl. IV-act. 133-35). Der Beschreibung des Tagesablaufs und der Freizeitgestaltung (IV-act. 133-26 f.) lässt sich entnehmen, dass die Beschwerdeführerin berichtete, Spaziergänge zu machen, Auto zu fahren, zu lesen, zu basteln, Radio zu hören und fernzusehen und Hausarbeiten zu erledigen. Die Divergenz wurde gutachterlich also berücksichtigt. Der Gutachter der Psychiatrie hielt dafür, ein behandlungsanamnestisch ausgewiesener Leidensdruck (als Aspekt der Konsistenz des Verhaltens der Beschwerdeführerin) liege eindeutig vor (vgl. IV-act. 133-36; Eingliederungsmassnahmen seien bisher nicht getroffen worden, vgl. a.a.O.). Zum Aspekt des Behandlungserfolgs bzw. der Behandlungsresistenz (als Gesichtspunkt des Schweregrads der Gesundheitsschädigung) wurde erwähnt, es seien intensive ambulante und stationäre psychotherapeutische Massnahmen erfolgt, welche die Hartnäckigkeit und lange Dauer insbesondere der depressiven Störung belegten. Inzwischen sei es aber zu einer Besserung gekommen. Insofern sei von einem ausreichenden Behandlungserfolg auszugehen (vgl. IV-act. 133-35). - Bezüglich der Behandlungen (bzw. des behandlungsanamnestisch anzunehmenden Leidensdrucks) ist festzuhalten, dass in der ersten Hälfte 2013 denn auch stationäre und tagesklinische Behandlungen stattgefunden hatten. Im Januar 2014 war eine weitere Klinikzuweisung erfolgt. Es fällt allerdings auf, dass die Beschwerdeführerin die Psychiatrische Klinik gemäss deren Bericht am 31. Januar 2014 (nach gut zwei Wochen Behandlung) wegen einer verschlechterten Schmerzproblematik verlassen und einer ambulanten Weiterbehandlung den Vorzug gegeben hat. Diese Begründung der Beschwerdeführerin erscheint in sich nicht ohne weiteres nachvollziehbar. Anzumerken ist diesbezüglich im Übrigen, dass bei der Begutachtung ein somatisches Leiden mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit nicht erhoben worden ist. (Erst) auf einen ablehnenden Vorbescheid hin ersuchte die Beschwerdeführerin am 17. Juni 2014 dann darum, die empfohlene stationäre (psychiatrische) Behandlung abzuschliessen (bzw. wieder aufzunehmen). Vom 8. bis 30. Juli 2014 wurde sie in der Folge stationär behandelt; gemäss dem Bericht der Klinik D.____ vom 7. August 2014 (IV-act. 93-12 ff., vgl. auch IV-act. 133-11, Ziff. 42) erfolgte dies infolge einer Zustandsverschlechterung bei Zunahme der sozialen Belastungssituation. Gemäss dieser Schilderung handelte es sich demnach dabei um ein psychisches Geschehen als Reaktion auf eine soziale Belastung (die Beschwerdeführerin hatte von einer Reaktion auf ein Gespräch mit dem Ehemann über ihre sexuellen Gewalterfahrungen berichtet). Da allerdings die Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig schwere

Episode mit psychotischen Symptomen, gestellt worden war, ist davon auszugehen, dass nicht lediglich Folgen der psychosozialen Umstände zu behandeln gewesen waren. Im Bericht genannt wurden zunehmende Ängste, deprimierte Grundstimmung und suizidale Gedanken. - Gemäss der Beurteilung des Gutachters der Psychiatrie war die depressive Störung im Übrigen nicht nur vorübergehend, sondern wie erwähnt hartnäckig und von langer Dauer (IV-act. 133-35). Das SMAB wies im Gutachten wie erwähnt auf die Diskrepanz von eigener Arbeitsfähigkeitsschätzung und Alltagsaktivitäten sowie auf den inkonstanten (funktionellen) neurologischen Tremor hin. Des Weiteren wurde als Abweichung (bzw. als zu präzisierend) festgehalten, dass keine ausgeführten Suizidversuche erfolgt seien (vgl. IV-act. 133-36). Die Beschwerdeführerin hatte Dr. I.____ gegenüber im November 2013 angegeben, dass sie zwei Suizidversuche gemacht habe (vgl. IV-act. 73-5: einmal durch einen Sprung in den K.____, einmal mit Tabletten). Auch die Klinik D.____ hatte am 14. Februar 2014 berichtet, anamnestisch seien zwei Suizidversuche bekannt (nach 2006 Ertrinkungsversuch und Tabletten; vgl. IV-act. 119-14). Die Klinik gab am 10. März 2015 an, nach einem Suizidversuch 2010 sei die Beschwerdeführerin in einer [ausländischen] Klinik behandelt worden (IV-act. 119-3; der ärztliche Entlassungsbericht über die stationäre Therapie vom 26. Mai bis 22. Juni 2010 wurde im Gutachten von Dr. C.____ zusammengefasst, über Anamnese lässt sich allerdings nichts ersehen). Aus einem Bericht der Klinik D.____ vom 14. März 2013 war (betreffend einen erwähnten Suizidversuch aus dem Jahr 2010) jedoch ersichtlich, dass die Beschwerdeführerin damals schon angegeben hatte, von einer Brücke springen gewollt, das jedoch nicht getan zu haben (vgl. IV-act. 50-2). Daneben gibt es diverse zeitliche Ungenauigkeiten oder allfällige Diskrepanzen in den Angaben der Beschwerdeführerin bzw. den aktenkundigen Wiedergaben der Anamnese, trotz derer sich die Vorgeschichte soweit erforderlich mit überwiegender Wahrscheinlichkeit zusammenfügen lässt. So hatte die Beschwerdeführerin gemäss deren Gutachten Dr. C.____ gegenüber angegeben, sie sei vom Ehemann getrennt bzw. geschieden bzw. sie wohne bei ihm bzw. habe mit ihm keinen Kontakt. Sie hatte auch angegeben, im Herkunftsland geboren worden und bis zum 17. Lebensjahr in der Schweiz aufgewachsen zu sein (vgl. IV-act. 23-9 ff.), während sie bei der IV-Anmeldung und bei der Begutachtung angab, die Sekundarschule (vgl. IV-act. 33) bzw. neun Jahre Schulzeit (vgl. IV-act. 133-47) in ihrem Herkunftsland verbracht zu haben. Nach Angaben gegenüber der SMAB-Gutachterin reiste sie 1983 in die Schweiz ein (vgl. IV-act. 133-47); im IK-Auszug sind denn auch Einträge ab diesem Jahr erfasst. Gemäss dem Bericht der Klinik D.____ vom 14. März 2013 hatte die Beschwerdeführerin angegeben, sie habe 1990 geheiratet und habe zusammen mit dem Ehemann in der Schweiz eine Bäckerei aufgebaut (vgl. IV-act. 50-3). Gemäss dem IK-Auszug war sie von März bis November 2000 beim Ehemann angestellt gewesen und hatte vom Dezember 2000 bis Januar 2003 ein Einkommen aus selbständiger Erwerbstätigkeit erzielt (IV-act. 44-3). Bei der IV-Abklärung an Ort und Stelle beschrieb sie, sie habe in der Schweiz von 2000 bis 2003 selbständig ein Restaurant geführt und dieses aufgegeben, weil sie sich damals schon bedroht gefühlt habe, wenn sie abends allein noch gearbeitet habe (IV-act. 77-1). Dr. C.____ gegenüber gab sie an, der Ehemann habe 2003 eine Bäckerei aufgemacht; im Jahr 2007 sei diese ausgebrannt und 2008 die Insolvenz eingetreten. 2008 habe sie selbst kurzfristig als Verkäuferin in dieser Bäckerei gearbeitet (vgl. IV-act. 23-10). Gemäss dem Bericht der Klinik D.____ hat sie erklärt, nachdem die Bäckerei [in der Schweiz] durch einen Brandanschlag zerstört worden sei, seien sie im Jahr 2006 nach [Ausland] ausgewandert, wo ihr Ehemann eine Pizzeria aufgebaut habe, die jedoch ebenfalls durch Anschläge zerstört worden sei (vgl. IV-act. 50-3). Nach Angaben in

der IV-Anmeldung lag der Auswanderungszeitpunkt nach [Ausland] im März 2008 (vgl. IV-act. 33-2), im Jahr 2008 auch gemäss der Anamnese im Bericht von Dr. C.____. Bei der IV-Abklärung an Ort und Stelle erklärte die Beschwerdeführerin, in die [im Ausland] geführte Pizzeria sei dreimal eingebrochen worden (IV-act. 77-1). Gemäss den ältesten aktenkundigen anamnestischen Beschrieben (im [ausländischen] Sozialmedizinischen Gutachten vom 7. April 2010, IV-act. 93-2 f.) hatte die Beschwerdeführerin damals angegeben, aus voller Gesundheit heraus im Winter [2009/2010] recht plötzlich an dem seelischen Leiden erkrankt zu sein. Auslöser sei eine Partnerschaftskrise gewesen. Der Ehemann habe seinen Betrieb verkauft und einen neuen gründen wollen. Es habe sich aber gezeigt, dass die Perspektiven dafür schlecht gewesen seien. Nun wolle ihr Ehemann zurück in die Schweiz und wolle sich von ihr trennen. Seit November 2008 sei sie arbeitslos. Zuvor habe sie in einer Pizzeria gearbeitet, davor viele Jahre als Verkäuferin (IV-act. 133-3). Gemäss dem IK-Auszug hatte die Beschwerdeführerin im November 2007 noch Arbeitslosenentschädigung bezogen (IV-act. 44-1). Danach kam - nach der Aktenlage zufolge der Auslandsabwesenheit - der Unterbruch in den IK-Einträgen (bis zum Arbeitsverhältnis ab Oktober 2011). Aus dem Bericht der Klinik D.____ vom 14. März 2013 geht hervor, dass die Beschwerdeführerin 2011 in die Schweiz zurückgekehrt sei (vgl. IV-act. 50-3). In der für den Ehemann unterzeichneten Arbeitgeberbescheinigung vom April 2011 erwähnte die Beschwerdeführerin einen Autounfall vom 19. Januar 2011 (IV-act. 17-2; später auch auf 2010 datiert, IV-act. 113-3, 133-40). Bei der SMAB-Begutachtung erklärte sie weiter, sie habe nach der Rückkehr in die Schweiz wieder bei der früheren Arbeitgeberin gearbeitet, und zwar in einem Pensum von 50 %. Sie habe eigentlich vollzeitlich arbeiten wollen, doch habe es eine entsprechende Stelle nicht gegeben. Deshalb habe sie sehr viele Überstunden gemacht, so dass sie unter dem Strich doch zu 100 % tätig gewesen sei (IV-act. 133-28). Im Arbeitsvertrag war nach der Aktenlage eine Arbeit im Stundenlohn an durchschnittlich 28 Stunden pro Monat [entsprechend einem Pensum von etwa 15 %] abgemacht gewesen (vgl. IV-act. 133-6, im Gutachten wiedergegebener Rapport über einen Kundenbesuch der Krankenversicherung vom 19. September 2012). Gemäss der Arbeitgeberbescheinigung hatte die Beschwerdeführerin in den drei Monaten 2011 schliesslich rund 243 Stunden und in den acht Monaten 2012 rund 481 Stunden (IV-act. 48-3) gearbeitet, was etwa einem Pensum von 46 % und von 34 % entspricht (vgl. Pensum von 50 % erwähnt von Care Management, vgl. IV-act. 133-7). - Die SMAB-Gutachter haben festgehalten, Differenzen zwischen den anamnestischen Angaben der Beschwerdeführerin in den Gutachten beruhten auf subjektiven Aussagen der Beschwerdeführerin. Sie (die Gutachter) haben darauf verzichtet, die Angaben anlässlich eines erneuten Gesprächs mit der Beschwerdeführerin bzw. einer erneuten Untersuchung zu verifizieren, weil sie auf die Arbeitsfähigkeit (bzw. auf ihre ärztliche Beurteilung der zumutbaren Arbeitsfähigkeit) der Beschwerdeführerin keine Auswirkung hätten (vgl. IV-act. 133-23), also nicht relevant seien. Dieser Auffassung kann gefolgt werden. Weder die oben erwähnten gutachterlichen Feststellungen zum Leidensdruck, die zu relativieren sind, noch die (oben erörterten) zeitlichen Ungenauigkeiten bzw. Diskrepanzen erscheinen demnach insofern von ausschlaggebender Bedeutung, als dass sie das Begutachtungsergebnis des SMAB insgesamt in Frage stellen würden. Die Prüfung der Standardindikatoren ist durch den Gutachter der Psychiatrie ausreichend stichhaltig vorgenommen worden. Wenn das SMAB-Gutachten eine volle Arbeitsunfähigkeit der Beschwerdeführerin ab einem Überfall im August 2012 (nach der Rückkehr in die Schweiz) annahm, so kann diese gutachterliche Beurteilung schliesslich

aufgrund der Aktenlage nachvollzogen werden. Bei dem damaligen Überfall handelte es sich nach der Beschreibung der Beschwerdeführerin um einen versuchten Entreissdiebstahl (ein Mann habe ihr abends auf dem Nachhauseweg die Handtasche entreissen wollen, vgl. IV-act. 133-28). In den frühesten zeitlich darauf folgenden Therapieberichten wurde ein solcher Überfall zwar soweit ersichtlich nicht ausdrücklich erwähnt, so wenig wie eine geltend gemachte Mobbing-situation im Arbeitsverhältnis durch Arbeitspflicht in den Abendstunden, obwohl bekannt gewesen sei, dass sie abends in der Dunkelheit nicht gern unterwegs sei (vgl. IV-act. 133-28). Bei der Abklärung an Ort und Stelle hatte die Beschwerdeführerin diesbezüglich zudem angegeben, sie sei im August 2012 während der Arbeit zusammengebrochen. Sie habe damals ihre Vorgesetzte angegriffen, weil sie sich bedroht gefühlt habe. Seither habe sie ihre Tätigkeit bei der betreffenden Arbeitgeberin nicht mehr aufnehmen können (vgl. IV-act. 77-2). - Wiederum liegen somit unterschiedliche anamnestische Schilderungen vor, die sich aber nicht ausschliessen. Nach der Aktenlage begab sich die Beschwerdeführerin jedenfalls ab dem 7. September 2012 in psychiatrische Behandlung (durch med. prakt. G.____) und es folgte ab 7. Januar 2013 wie erwähnt eine rund zweimonatige stationäre Behandlung in der Klinik D.____ (mit anschliessender tagesklinischer Behandlung - mit kurzem Unterbruch - bis Mitte Juni 2013). Auch Dr. I.____ stellte im November 2013 zuhanden der Krankentaggeldversicherung fest, die depressive Symptomatik der Beschwerdeführerin bewirke zurzeit eine volle Arbeitsunfähigkeit. Im Juli 2014 fand (nach dem ablehnenden Vorbescheid) eine weitere stationäre psychiatrische Behandlung statt. Med. prakt. G.____ hatte noch im Januar 2015 von einem ausserordentlichen Ausprägungsgrad des affektiven Leidens berichtet, das sich auf die gesamte Alltagsgestaltung stark limitierend auswirke. Die damalige gesundheitliche Situation der Beschwerdeführerin wurde vom SMAB gutachterlich als eine volle Arbeitsunfähigkeit begründend betrachtet. - Die von der IV-Sachbearbeitung aufgeworfenen Fragen (IV-act. 130-1: Sozialmedizinisches Gutachten einer [ausländischen] Beratungsstelle vom 7. April 2010 habe als Auslöser Partnerschaftskrise angegeben; in übrigen Akten als Auslöser sexueller Übergriff von [1985 oder] 1986, Handtaschendiebstahl [2012] und Bedrohungssituation [im Ausland] nach Anschlag auf Geschäft [muss nach der Aktenlage zwischen Dezember 2007 und September 2011 gewesen sein]) erklären sich teilweise dadurch, dass die genannten Ereignisse erst nach dem betreffenden Bericht vom 7. April 2010 stattfanden, andererseits können sie sich auch dadurch erklären, dass sie zuvor lediglich noch nicht ausdrücklich oder nur teilweise thematisiert worden sind. - Die Gutachter erachteten die Differenzen wie erwähnt als für die Beurteilung der objektiv zumutbaren Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin nicht relevant. Die Beschwerdegegnerin hat in ihrer Beschwerdeantwort zu Recht dargelegt, es sei nicht ersichtlich, inwiefern die gutachterliche psychiatrisch-klinische Untersuchung ungenügend gewesen sein sollte. Die Exploration durch den psychiatrischen Gutachter sei vielmehr lege artis erfolgt und habe den erforderlichen Einblick in den psychischen Zustand der Beschwerdeführerin verschafft (vgl. Beschwerdeantwort S. 6 Ziff. 5 unten). Die Beschwerdegegnerin stellte weiter fest, vor August/September 2015 (als eine deutliche Verbesserung des Gesundheitszustands der Beschwerdeführerin eingetreten sei, vgl. dazu unten E. 3.4) habe eine teilweise schwere depressive Symptomatik vorgelegen (vgl. Beschwerdeantwort S. 7 Ziff. 6). Nach Angaben im Gutachten kam es in der Folge (ab Anfang 2015) zu einer Besserung des Gesundheitszustands. Die bei der Begutachtung festgestellte Arbeitsunfähigkeit von noch 40 % dürfte danach spätestens ab August 2015 vorgelegen haben (vgl. IV-act. 133-35 f.). Diese Arbeitsunfähigkeit von 40 % wird im

psychiatrischen SMAB-Gutachten dadurch begründet, dass bei der Beschwerdeführerin relevante Fähigkeitsstörungen in den Bereichen Strukturierung von Aufgaben, Flexibilität sowie Umstellungs-, Durchhalte-, Selbstbehauptungs- und Durchsetzungsfähigkeit bestünden (vgl. IV-act. 133-36). In der Beschreibung des (klinisch) erhobenen psychiatrischen Befundes (vgl. IV-act. 133-30 ff.) werden solche Einschränkungen allerdings kaum ersichtlich, wurden dort doch namentlich keine Beeinträchtigung der Konzentration, ausreichend strukturierte regelrechte Willenskräfte und keine auffällige Beeinträchtigung des Antriebs gefunden und war die Urteils- und Kritikfähigkeit erhalten geblieben. Nebst der Beschreibung leichter agoraphobischer Ängste durch die Beschwerdeführerin war allerdings unter dem Aspekt der Affektivität gutachterlich auch festgehalten worden, die Beschwerdeführerin habe sich in bedrückter Grundstimmung gezeigt, das Selbstvertrauen sei vermindert und die affektive Schwingungsfähigkeit sei reduziert gewesen. Die Fähigkeit, Freude zu empfinden, sei vermindert gewesen. Es bestünden aber keine Interesselosigkeit und kein ausgewiesener Rückzug. - Dass die angenommenen Beeinträchtigungen etwa auf (ergänzenden) Erhebungen wie etwa Mini-ICF-APP, Hamilton Depressionsskala, Beck Depression-Fragebogen oder GAF (wie etwa bei der Untersuchung durch Dr. I. ___ eingesetzt) basieren könnten, lässt sich aus dem Gutachten nicht ersehen. - Nebst der klinischen Befunderhebung wurden jedoch auch die Blutserumspiegel von Duloxetin und von Trimipramin gemessen (vgl. IV-act. 133-32). Der erste Wert lag über dem Referenzrahmen, der zweite (für das trizyklische Antidepressivum Trimipramin, ein Mittel gegen Depressionen und schwere chronische Schmerzzustände) lag unter 0.02 (bei einem Referenzrahmen von 0.51 bis 1.02). Der Gutachter der Psychiatrie hielt dazu fest, dieses Ergebnis der Medikamentenspiegel entspreche den anamnestischen Angaben der Beschwerdeführerin (Bedarfsmedikation; IV-act. 133-32). Die Beschwerdeführerin hatte ihm erklärt, bei Bedarf 6 bis 10 Tropfen Trimipramin zur Nacht einzunehmen (IV-act. 133-29; vgl. IV-act. 133-40: 0/0/1; IV-act. 133-47: bis 15 Tropfen täglich; vgl. IV-act. 133-53). Die Gutachter haben schliesslich auch gewürdigt, dass die Beschwerdeführerin sich den indizierten therapeutischen Massnahmen unterzogen hat, und diese auch Erfolg gezeigt haben, indem sich eine Verbesserung des gesundheitlichen Zustands eingestellt hat. Als gutachterlicher, in Kenntnis des Sachverhalts abgegebener Einschätzung ist dieser Beurteilung zusammenfassend zu folgen. Das hat auch der RAD in seiner Stellungnahme vom 13. Juni 2016 (IV-act. 147) getan. Zusätzlich gestützt wird dieses Beweisergebnis, weil sich die SMAB-Gutachter (auf Empfehlung des RAD) nachträglich auch noch mit dem IV-Verlaufsbericht von med. prakt. G. ___ vom 6. Oktober 2016 (IV-act. 139) auseinandergesetzt haben, der einen seit seinem letzten Bericht vom 30. Januar 2015 (IV-act. 116) nicht relevant veränderten Sachverhalt geschildert und immer noch dieselben Diagnosen (weiterhin anhaltende schwere Episode der rezidivierenden depressiven Störung und PTBS) gestellt und eine volle Arbeitsunfähigkeit attestiert hatte (er hatte allerdings auch erwähnt, die früher ausgeprägte posttraumatische Symptomatik habe sich etwas zurückgebildet). In ihrer Stellungnahme legten die SMAB-Gutachter nachvollziehbar dar, dass ein so ungünstiger Verlauf (fast zwei Jahre lang schwere depressive Episode) selten vorkomme und diesfalls zu erwarten wäre, dass eine teil- oder vollstationäre Therapiemassnahme ergriffen werde, was hier nicht der Fall gewesen sei. Ausserdem habe die Beschwerdeführerin selber mitgeteilt, ab Anfang 2015 eine allmähliche und ab August/September 2015 eine deutliche Verbesserung erfahren zu haben. Die Beschwerdeführerin habe dabei nicht etwa ihre Situation selber zu positiv dargestellt; das zeige sich daran, dass ihre bei der Begutachtung detailliert beschriebenen üblichen

Tagesaktivitäten nicht entfernt dem Bild einer schweren depressiven Episode entsprechen. An der gutachterlichen Beurteilung (vom 18. März 2016) werde festgehalten (vgl. IV-act. 150-1 f.). Hierauf kann wie erwähnt abgestellt werden. Was die Arbeitsfähigkeitsschätzung des SMAB betrifft, ist abschliessend darauf hinzuweisen, dass der Gutachter der Psychiatrie eine Re-Evaluation in etwa einem Jahr befürwortete. Denn weil nach relativ langem Verlauf eine Besserung eingetreten sei und die Beschwerdeführerin motiviert sei, wieder einer beruflichen Tätigkeit nachzugehen und sie sich längerfristig in einem Arbeitspensum von 100 % sehe, erachtete er die Prognose als günstig (vgl. IV-act. 133-37). Da gemäss dem Gutachten im August 2012 eine volle Arbeitsunfähigkeit der Beschwerdeführerin eintrat (die lange Zeit ohne wesentlichen Unterbruch anhielt), ist davon auszugehen, dass im August 2013 eine einjährige Wartezeit nach Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG mit damals weiterhin andauerndem rentenbegründendem Invaliditätsgrad - vollen Ausmasses - (vgl. Art. 28 Abs. 1 lit. c IVG i.V.m. Art. 28 Abs. 2 IVG) erfüllt war. Die Beschwerdegegnerin hatte am 12. September 2013 - gemäss der vorliegenden Aktenlage zu Recht - berufliche Massnahmen abgelehnt, weil sie angesichts des Gesundheitszustands der Beschwerdeführerin nicht möglich seien. Angesichts der Anmeldung vom Dezember 2012 steht Art. 29 Abs. 1 IVG dem somit auf den 1. August 2013 festzulegenden Rentenanspruchsbeginn nicht im Weg. Gemäss der gutachterlichen Beurteilung lag spätestens ab August 2015 - und noch zur Begutachtungszeit sowie zur Zeit des Berichts von med. prakt. G.____ vom Oktober 2016 - wieder eine Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin für angepasste Tätigkeiten von 60 % vor (vgl. IV-act. 133-36 und 133-17). Im Fall einer rückwirkenden Rentenfestsetzung ist es unter Umständen notwendig, den Invaliditätsgrad für verschiedene zurückliegende Zeitabschnitte nach Massgabe der jeweiligen Erwerbsunfähigkeit unterschiedlich hoch zu bemessen (vgl. BGE 106 V 16; BGE 109 V 125). Zu ihren erwerblichen Betätigungen gab die Beschwerdeführerin in ihrem Lebenslauf (vgl. IV-act. 77-8 ff.) an, sie habe mehrfach als Verkäuferin oder im Service (und einmal als in einem Restaurant Selbständigerwerbende) gearbeitet. Zuletzt war sie gemäss Arbeitgeberbescheinigung im Stundenlohn angestellt gewesen. Dass sie unverändert in diesem Arbeitsverhältnis verblieben wäre, erscheint angesichts des Umstands, dass der IK-Auszug früher immer wieder auf diverse umfangreichere Anstellungen hinweist, nicht überwiegend wahrscheinlich. Welche Tätigkeit sie im Gesundheitsfall ausüben würde, lässt sich demnach nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit feststellen, so dass auf die statistischen Durchschnittseinkommen abzustellen ist. Gleiches gilt für die Basis des zu bestimmenden Invalideneinkommens. Bei solchen Verhältnissen entspricht der Invaliditätsgrad dem Grad der Arbeitsunfähigkeit unter Berücksichtigung eines allfälligen Abzugs vom Tabellenlohn gemäss BGE 126 V 75 (vgl. Bundesgerichtsentscheide vom 22. Juni 2018, 9C_680/2017 E. 6.3, und vom 20. April 2010, 9C_215/2010 E. 5.2). - Ein ausreichender Grund für einen Abzug vom Tabellenlohn bei der Bemessung des Invalideneinkommens ist vorliegend nicht ersichtlich. - Angesichts der gemäss dem Gutachten zumutbaren Arbeitsunfähigkeit von 40 % für adaptierte Tätigkeiten ergibt sich demnach ein entsprechender Invaliditätsgrad. Bei einer Verbesserung der Erwerbsfähigkeit ist die anspruchsbeeinflussende Änderung nach Art. 88a Abs. 1 IVV für die Herabsetzung oder Aufhebung der Leistung von dem Zeitpunkt an zu berücksichtigen, in dem angenommen werden kann, dass sie voraussichtlich längere Zeit dauern wird. Sie ist in jedem Fall zu berücksichtigen, nachdem sie ohne wesentliche Unterbrechung drei Monate angedauert hat und voraussichtlich weiterhin andauern wird. - Vorliegend besteht demnach ab 1. Dezember 2015 (drei Monate nach der spätestens

eingetretenen Verbesserung vom August 2015) Anspruch auf eine Viertelsrente. Von einer Verschlechterung nach der SMAB-Begutachtung bis zum vorliegend zu beurteilenden Zeitpunkt vom 23. Juni 2017 ist nach der Aktenlage nicht auszugehen. Eine massgebliche Veränderung beschrieb med. prakt. G. ___ in seinem Verlaufsbericht vom Oktober 2016 wie erwähnt nicht und der Stellungnahme des SMAB vom 10. März 2017 kann gefolgt werden. Eine weitere Veränderung des Anspruchs ist daher im vorliegend massgeblichen Zeitraum nicht vorzunehmen (ob allenfalls danach - wie gutachterlich empfohlen - eine medizinische Re-Evaluation stattfand, ist nicht aktenkundig geworden). Es steht der Beschwerdeführerin frei, sich bezüglich ihrer verbliebenen Arbeitsfähigkeit für eine allfällige Arbeitsvermittlungsunterstützung bei der Beschwerdegegnerin zu melden. Im Sinn der vorstehenden Erwägungen ist die Beschwerde unter Aufhebung der angefochtenen Verfügung vom 23. Juni 2017 teilweise gutzuheissen und der Beschwerdeführerin ist von 1. August 2013 bis 30. November 2015 eine ganze und ab 1. Dezember 2015 eine Viertelsrente zuzusprechen. Es rechtfertigt sich, bei diesem Ausgang des Verfahrens für die Kosten von einem vollen Obsiegen der Beschwerdeführerin auszugehen und die Gerichtskosten, die nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert festgelegt werden (Art. 69 Abs. 1 bis IVG), gesamthaft der Beschwerdegegnerin aufzuerlegen (vgl. Art. 95 Abs. 1 VRP/SG). Eine Entscheidegebühr von Fr. 600.-- erscheint angemessen. - Die Bewilligung der unentgeltlichen Prozessführung (Befreiung von den Gerichtskosten und Bewilligung der unentgeltlichen Rechtsverteidigung) für die Beschwerdeführerin vom 13. Oktober 2017 braucht damit nicht in Anspruch genommen zu werden. Die Beschwerdeführerin hat bei diesem Ausgang des Verfahrens gegenüber der Beschwerdegegnerin Anspruch auf Ersatz der Parteikosten, die vom Gericht ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache und nach der Schwierigkeit des Prozesses bemessen werden (Art. 61 lit. g ATSG; vgl. auch Art. 98 ff. VRP/SG, sGS 951.1). Der Bedeutung der Streitsache und dem Aufwand angemessen erscheint eine Parteientschädigung von Fr. 3'500.-- (einschliesslich Barauslagen und Mehrwertsteuer). Entscheid im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP Die Beschwerde wird unter Aufhebung der angefochtenen Verfügung vom 23. Juni 2017 im Sinn der Erwägungen teilweise gutgeheissen und der Beschwerdeführerin wird für die Zeit von 1. August 2013 bis 30. November 2015 eine ganze und ab 1. Dezember 2015 eine Viertelsrente zugesprochen. Die Beschwerdegegnerin hat eine Gerichtsgebühr von Fr. 600.-- zu bezahlen. Die Beschwerdegegnerin hat der Beschwerdeführerin eine Parteientschädigung von pauschal Fr. 3'500.-- (einschliesslich MwSt und Barauslagen) zu bezahlen.

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.