

SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2018/161 vom 7. Juli 2020

Sg Versicherungsgericht, 2020-07-07, DE

Quelle: https://mcp.opencaselow.ch/entscheid/sg_publicationen_IV_2018_161

FR: SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2018/161 du 7 juillet 2020

IT: SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2018/161 del 7 luglio 2020

Regeste

Art. 49 Abs. 3 ATSG. Art. 7, 8 und 16 ATSG. Art. 28 IVG. Keine Verletzung der Begründungspflicht. Würdigung eines polydisziplinären Gutachtens. Einkommensvergleich. Kein Anspruch auf eine Invalidenrente in der Zeit, in welcher eine vollständige Arbeitsfähigkeit bestanden hat. Mangels Erfüllung des Wartejahres auch kein Anspruch auf eine befristete Invalidenrente in den vier Monaten, in welchen eine vollständige Arbeitsunfähigkeit bestanden hat (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 7. Juli 2020; IV 2018/161).

Volltext

Entscheid vom 7. Juli 2020 Besetzung Präsident Ralph Jöhl, Versicherungsrichterinnen Monika Gehrler-Hug und Karin Huber-Studerus; Gerichtsschreiberin Viviane Kull Geschäftsnr. IV 2018/161 Parteien A.____, Beschwerdeführerin, vertreten durch Rechtsanwalt lic. iur. Dieter Studer, Studer Anwälte AG, Hauptstrasse 11a, 8280 Kreuzlingen, gegen IV-Stelle des Kantons St. Gallen, Postfach 368, 9016 St. Gallen, Beschwerdegegnerin, Gegenstand Rente Sachverhalt A.____ wurde im Dezember 2014 von der Klinik B.____ wegen eines Herzinfarkts, eines Niereninfarkts und Hirnstreifungen bei der Invalidenversicherung (IV) zur Früherfassung gemeldet (IV-act. 1). Im Januar 2015 meldete sich die Versicherte zum Bezug von Leistungen an (IV-act. 6). Sie gab an, sie leide seit Anfang Oktober 2014 an folgenden gesundheitlichen Beeinträchtigungen: Blutgerinnungsstörung mit schweren Komplikationen, Herzinfarkt, Niereninfarkt, zwei Streifungen, Gefühlsstörungen in der linken Hand, Vergesslichkeit, Schwindel, Müdigkeit, Gehschwierigkeiten, Hüftschmerzen, "Leisten", Schwierigkeiten mit Lesen. Sie habe eine Ausbildung zur technischen Operatrice absolviert. Seit Juli 2013 sei sie als Vertriebsassistentin bei der C.____ tätig und verdiene in einem Vollzeitpensum Fr. 4'700.-- brutto monatlich. Gemäss dem beigelegten Lebenslauf mit den zugehörigen Unterlagen (IV-act. 9) hatte die Versicherte von 1991 bis 2001 und ab 2013 bei verschiedenen Arbeitgebern eine Tätigkeit als Büroangestellte (Telefonistin, Sachbearbeiterin) ausgeübt. Dazwischen hatte sie infolge Mutterschaft einige Jahre nicht gearbeitet und war anschliessend als Tagesmutter sowie als Mitarbeiterin in einer Einzieherei erwerbstätig gewesen. Der Hausarzt Dr. med. D.____, FMH Allgemeine Innere Medizin, berichtete am 30. Januar 2015 (IV-act. 13), die Versicherte leide an einem Morbus embolicus bei einem grossen Thrombus im linken Ventrikel, einer Thrombophilie, einem St. n. subakutem Myokardinfarkt 9/14, einer generalisierten obliterierenden Arteriopathie, einer aortalen Verschlusskrankheit und einem Erschöpfungszustand. Sie sei seit dem 29. Oktober 2014 vollständig arbeitsunfähig. Er reichte dazu folgende Unterlagen ein: Bericht der Klinik für Angiologie des Kantonsspitals St. Gallen vom 23. Januar 2015 betreffend eine

Verlaufskontrolle nach einem rechtsseitigen Nierenteilinfarkt im Oktober 2014 (IV-act. 13-3), Bericht des Kantonsspitals St. Gallen vom 16. Januar 2015 betreffend eine kardiologische Untersuchung (IV-act. 13-8) und Austrittsbericht der Klinik B.____ vom 22. Dezember 2014 betreffend einen stationären kardiologischen Rehabilitationsaufenthalt vom 20. November 2014 bis zum 22. Dezember 2014 (IV-act. 13-12). Die Fachärzte der Klinik B.____ hatten eine vollständige Arbeitsunfähigkeit bis auf Weiteres attestiert. In einem Arbeitgeberbericht teilte die C.____ am 30. Januar 2015 mit (IV-act. 16), die Versicherte sei seit Juli 2013 als Mitarbeiterin in der Vertriebsadministration tätig. Diese Tätigkeit umfasse normale Büroarbeiten mit Arbeiten am Bildschirm und mit dem Führen von Telefonaten. Sie könne überwiegend sitzend ausgeübt werden. Die Anforderungen an die Konzentration/Aufmerksamkeit, das Durchhaltevermögen, die Sorgfalt und das Auffassungsvermögen seien gross. Der letzte Arbeitstag sei der 29. Oktober 2014 gewesen. Das Arbeitsverhältnis sei per 30. April 2015 gekündigt worden. Der AHV-beitragspflichtige Lohn habe ab Juli 2014 bei einer Wochenarbeitszeit von 40 Stunden Fr. 4'600.-- pro Monat bzw. Fr. 61'800.-- im Jahr betragen (einschliesslich eines Bonus von Fr. 2'000.--). Die IV-Stelle teilte der Versicherten am 4. Februar 2015 mit (IV-act. 20), dass aufgrund des Gesundheitszustands zurzeit keine beruflichen Massnahmen möglich seien. Fachärzte der Klinik für Kardiologie des Kantonsspitals St. Gallen berichteten am 12. Februar 2015 (IV-act. 26), die Versicherte sei vom 9. Februar 2015 bis zum 12. Februar 2015 hospitalisiert gewesen. Ihr sei im Bereich des Truncus brachiocephalicus rechts ein Stent eingelegt worden. Der Austritt sei bei einem deutlich gebesserten Gesamtbefinden erfolgt. Bei einem BMI von 39.1 kg/m² sei die Versicherte in einem adipösen Ernährungszustand. Dr. med. E.____ von der psychosomatischen Abteilung der Reha F.____ gab am 26. Mai 2015 an (IV-act. 30), die Versicherte sei vom 19. Februar 2015 bis zum 18. März 2015 hospitalisiert gewesen. Die folgenden Diagnosen seien erhoben worden: Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10 F33.1), Anpassungsstörung (vorwiegend Angst, bestehend seit Herbst 2014, ICD-10 F43.23), schwerer Erschöpfungszustand (ICD-10 Z73). Aufgrund von Konzentrationsproblemen, einem reduzierten Kurzzeitgedächtnis, einer schnellen kognitiven und körperlichen Ermüdbarkeit und einer geringen Belastbarkeit sei die Versicherte vom 19. Februar 2015 bis zum 8. April 2015 vollständig arbeitsunfähig. Er legte den Austrittsbericht vom gleichen Tag bei. Dr. med. G.____ vom Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD) notierte am 3. Juni 2015 (IV-act. 32), aufgrund der eingegangenen Unterlagen seien die psychiatrischen Diagnosen führend. Aus medizinischer Sicht bestehe zum Zeitpunkt des Austritts aus der Reha F.____ eine maximal 50%ige Arbeitsunfähigkeit. Wie stark körperlich belastend die Tätigkeit als Vertriebsassistentin sei, müsse noch abgeklärt werden. Für eine körperlich leichte, wechselbelastende Tätigkeit ohne das Heben und Tragen von Lasten über zehn Kilogramm und ohne Zwangshaltungen bestehe eine maximal 50%ige Arbeitsunfähigkeit. Dr. D.____ berichtete am 23. Juni 2015 (IV-act. 36), die Versicherte sei weiterhin vollständig arbeitsunfähig. Sie sei noch nicht belastbar. Es sei in einem Arbeitsversuch zu ermitteln, welche Arbeitsfähigkeit effektiv bestehe. Nach Abschluss der operativen Sanierung der Aorta könne mit einer Wiederaufnahme der beruflichen Tätigkeit gerechnet werden. Am 30. Juni 2015 teilte Dr. med. H.____ vom Psychiatrischen Zentrum I.____ mit (IV-act. 40), die Versicherte sei seit April 2015 bei ihr in Behandlung. Diese leide seit dem Herbst 2014 an einer mittelgradigen depressiven Episode mit einem somatischen Syndrom (ICD-10 F33.11). Als Befunde nannte Dr. H.____ eine depressive Grundstimmung, Zukunfts- und Existenzängste, eine rasche Ermüdbarkeit, einen

sozialen Rückzug und eine leichte Antriebsminderung. Die Prognose sei auf längere Sicht als positiv zu bezeichnen. Sie attestierte eine vollständige Arbeitsunfähigkeit vom 10. April 2015 bis zum 30. Juni 2015 und eine voraussichtlich 80%ige Arbeitsunfähigkeit ab dem 1. Juli 2015. Zudem gab sie an, die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit richte sich an und für sich nach dem körperlichen Gesundheitszustand. Die Behandlung wurde anschliessend nicht weitergeführt (vgl. IV-act. 53). Am 2. Juli 2015 berichteten Fachärzte der Klinik für Angiologie des Kantonsspitals St. Gallen (IV-act. 42), bei der Versicherten sei im Rahmen einer stationären Hospitalisation vom 22. Juni 2015 bis zum 24. Juni 2015 eine Stent-Angioplastie der distalen Aorta abdominalis durchgeführt worden. Der RAD-Arzt Dr. G.____notierte am 8. Juli 2015 (IV-act. 44), die psychische Situation habe sich gemäss dem Bericht von Dr. H.____nicht verschlechtert. Daraus gehe hervor, dass die somatische und nicht die psychische Situation im Vordergrund stehe. Aufgrund der Stent-Einlage in der distalen Aorta abdominalis sei postoperativ bei einem ungestörten Verlauf von einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit für maximal vier Wochen auszugehen. Am 8. September 2015 teilte Dr. D.____ mit (IV-act. 50), die Leistungsintoleranz und die Ermüdbarkeit hätten sich deutlich gebessert. Aktuell stehe eine Visusminderung im Vordergrund. Eine Katarakt-Operation sei geplant. Die Arbeitsfähigkeit betrage ab dem 1. September 2015 50%. Es sei damit zu rechnen, dass die Versicherte wieder normalen Arbeiten werde nachgehen können. Am 1. und 13. Oktober 2015 wurde die Versicherte an beiden Augen operiert (vgl. die Berichte der Augenklinik des Kantonsspitals St. Gallen vom 1. Oktober 2015 und vom 16. Oktober 2015, IV-act. 58). Im Rahmen eines Assessment-Gesprächs vom 23. September 2015 hatte die Versicherte angegeben (IV-act. 60), dass sie gerne wieder im Bürobereich arbeiten würde. Sie leide noch unter Ängsten, dass es zu einem erneuten Vorfall kommen könnte. Die Gesprächsteilnehmenden waren sich einig, dass ein Start im zweiten Arbeitsmarkt sinnvoll sei. Am 18. November 2015 erteilte die IV-Stelle eine Kostengutsprache für ein Aufbautraining bei der P.____ vom 9. November 2015 bis zum 10. Mai 2016 (IV-act. 64). Ab dem 9. November 2015 arbeitete die Versicherte mit einem 50%-Pensum im J.____. Am 19. Februar 2016 wurde die berufliche Massnahme aufgrund vieler krankheitsbedingter Fehltage abgebrochen (vgl. den Schlussbericht vom 16. Februar 2016, IV-act. 73, sowie die Mitteilung der IV-Stelle vom 21. Juni 2016, IV-act. 93). Die Eingliederungsverantwortliche notierte am 3. März 2016, auf dem ersten Arbeitsmarkt bestehe keine verwertbare Arbeitsleistung mehr; die Versicherte sei vollständig arbeitsunfähig (IV-act. 71). Der Hausarzt Dr. D.____ hatte am 26. Februar 2016 eine vollständige Arbeitsunfähigkeit ab dem 19. Februar 2016 attestiert (IV-act. 72). Am 21. März 2016 gingen bei der IV-Stelle Unterlagen des Krankentaggeldversicherers ein (IV-act. 80). Am 30. Juli 2015 hatte die ehemalige Arbeitgeberin der Versicherten, die C.____, eine Tätigkeitsbeschreibung erstellt (IV-act. 80-37). Sie hatte angegeben, die Tätigkeit der Versicherten habe in der Erfassung von Aufträgen (30%), in der Betreuung des Vertriebsaussendienstes (10%), in der Betreuung der Händler (10%), in allgemeinen Bürotätigkeiten (20%) und in der Betreuung der Vertriebsgebiete (Mailings, PreSales, Kundenzufriedenheit etc., 30%) bestanden. Der Arbeitsplatz sei ein Sitz-/Bildschirmarbeitsplatz gewesen. Es habe sich um eine komplexe Tätigkeit in Ergebnisverantwortung und der Fähigkeit zur Konfliktlösung sowie zur eigenständigen Problemlösung mit täglichen Kontakten gehandelt. Dr. D.____ berichtete am 7. April 2016 (IV-act. 85), die Versicherte leide an einer schweren Belastungsstörung. Der Eingliederungsversuch in den Arbeitsprozess sei wegen invalidisierenden psychovegetativen Beschwerden gescheitert. Eine Anmeldung zur stationären

Rehabilitation in der Klinik K.____ sei erfolgt. Am 26. April 2016 attestierte er eine weiterhin bestehende vollständige Arbeitsunfähigkeit seit dem 19. Februar 2016 (IV-act. 90). Vom 2. Mai 2016 bis zum 13. Juli 2016 war die Versicherte in der Klinik K.____, hospitalisiert. Die Fachärzte berichteten am 27. Juli 2016 (IV-act. 96), die Versicherte leide an einer mittelgradigen depressiven Episode (ICD-10 F32.2; im beigelegten Austrittsbericht vom gleichen Tag nannten sie eine schwere depressive Episode, ICD-10 F32.2), einer generalisierten obliterierenden Arteriopathie, einer Thrombophilie (ED 10/2014), einer koronaren Gefässerkrankung und einer benignen kortikalen Nierenzyste links. Sie führten aus, die Versicherte habe sich bei Eintritt mit einer mittelgradigen bis schweren depressiven Episode mit Grübelneigung, ausgeprägtem Morgentief, reduzierten Vitalgefühlen, Müdigkeit, Kraftlosigkeit und Antriebsminderung präsentiert. Konzentrationsfähigkeit, Anpassungsfähigkeit und Belastbarkeit seien deutlich eingeschränkt gewesen. Unter der Behandlung sei es zu einer deutlichen Verbesserung der Schlafqualität und -quantität gekommen. Die Belastbarkeit habe gesteigert werden können und die Angst- und Panikzustände hätten abgenommen. Auch die morgendliche Abgeschlagenheit und Antriebslosigkeit hätten sich gebessert. Aus psychiatrischer Sicht sei mit grosser Wahrscheinlichkeit eine Erhöhung der Arbeitsfähigkeit zu erreichen; limitierend seien jedoch die bestehenden somatischen Diagnosen und Folgeerscheinungen. Aktuell wäre die Wiederaufnahme einer ausserhäuslichen Tätigkeit noch verfrüht. Sie empfahlen eine tagesklinische Weiterbehandlung und attestierten eine vollständige Arbeitsunfähigkeit vom 2. Mai 2016 bis zum 15. August 2016. Am 10. Januar 2017 berichtete Dr. med. L.____ von der Tagesklinik M.____ (IV-act. 106), die Versicherte sei seit dem 15. August 2016 in Behandlung. Sie gab, nach einer Auflistung der bekannten somatischen Diagnosen, folgende psychiatrischen Diagnosen an: Sonstige somatoforme Störungen, Übelkeit/Brechen in Belastungssituationen (ICD-10 F45.8), eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte Episode (ICD-10 F33.0), und eine Panikstörung (ICD-10 F41.0). Sie führte aus, die Versicherte habe zu Beginn die gleichen Symptome wie in der Klinik K.____ gezeigt. Sie sei überhaupt nicht belastbar gewesen und habe aufgrund einer vermehrten Übelkeit und Erbrechen viele Fehlzeiten gehabt. Im Verlauf habe sich dies gebessert. Im Vordergrund stehe nach wie vor die Angst, die aufgrund der schweren körperlichen Erkrankung begründet sei. Die körperlichen Symptome stünden deutlich im Vordergrund; die psychiatrischen Symptome hätten sich sekundär entwickelt. Dr. L.____ attestierte eine vollständige Arbeitsunfähigkeit vom 2. Mai 2016 bis zum 15. August 2016. Der RAD-Arzt Dr. G.____ notierte am 20. Januar 2017 (IV-act. 108), aus psychiatrischer Sicht bestehe ein Eingliederungspotential. Aufgrund des langen Krankheitsverlaufs sei anfänglich von einer maximal 50%igen Arbeitsfähigkeit auszugehen. Bezüglich der somatischen Situation seien aktuelle Berichte einzuholen. Am 2. März 2017 gingen bei der IV-Stelle neue Berichte ein (IV-act. 110). Fachärzte des Kantonsspitals St. Gallen hatten am 18. September 2015 mitgeteilt (IV-act. 110-44), die Untersuchung vom 14. September 2015 sei zur kardiologischen Verlaufskontrolle bei einer koronaren Eingefässerkrankung mit St. n. einem subakuten Myokardinfarkt und einer Revaskularisation/DES-Implantation einer mittleren RIVA-Stenose 11/14 bei einer hereditären Thrombophilie sowie einer generalisierten Arteriosklerose erfolgt. Die Versicherte habe sich normoton und kardiopulmonal kompensiert präsentiert. Die Ergometrie habe im Vergleich zur letzten Messung eine Zunahme der weiterhin unterdurchschnittlichen Leistungsfähigkeit gezeigt. Bei fehlenden pektanginösen Beschwerden im Alltag und der zunehmenden Leistungsfähigkeit in der Ergometrie sei von einem stabilen Verlauf der koronaren

Herzerkrankung auszugehen. Am 24. September 2015 hatten Fachärzte der Klinik für Angiologie des Kantonsspitals St. Gallen angegeben (IV-act. 110-40), drei Monate nach der Stent-Angioplastie der Aorta abdominalis hätten sich anamnestisch, klinisch und in den einfach-apparativen Messungen sowie duplexsonographisch weitgehend normale Befunde präsentiert. Die Versicherte habe keine Claudicatio intermittens mehr verspürt. Somit sei von einem anhaltend erfolgreichen Interventionsergebnis auszugehen. Nach der Sechsmonatskontrolle vom 10. Dezember 2015 hatten die Fachärzte derselben Klinik am 15. Dezember 2015 über einen anhaltenden Interventionserfolg berichtet (IV-act. 110-36). Anlässlich der Jahreskontrolle vom 30. August 2016 hatte eine Fachärztin am 8. September 2016 mitgeteilt (IV-act. 110-22), es habe sich ein stabiler Befund mit einer normalen arteriellen Perfusion der unteren und oberen Extremitäten beidseits gezeigt. Passend dazu sei die Versicherte bezüglich belastungsabhängiger Beinschmerzen, Armermüdung und Schwindel bei Armarbeit vollständig beschwerdefrei, so dass weiterhin ein konservatives Vorgehen angezeigt sei. Am 28. September 2016 hatte ein Facharzt des Kantonsspitals St. Gallen über eine kardiologische Verlaufskontrolle berichtet (IV-act. 110-18). Er hatte angegeben, klinisch habe sich die Versicherte kardiopulmonal kompensiert präsentiert. In der Echokardiographie habe sich eine leichtgradig eingeschränkte LV-Funktion (wohl: linker Ventrikel) mit 49% gezeigt. In der Fahrradergometrie habe sich weiterhin eine deutlich eingeschränkte Leistungsfähigkeit gezeigt. Der Abbruch sei wegen einer limitierenden Dyspnoe erfolgt. Im Vergleich zur Voruntersuchung habe die Leistungsfähigkeit etwas abgenommen. Hinweise für eine Progression der koronaren Herzkrankheit hätten sich keine gefunden; die Dyspnoe sei am ehesten im Rahmen einer Dekonditionierung zu werten. Der RAD-Arzt Dr. med. N. ___ notierte am 8. März 2017 nach Telefonaten mit Dr. D. ___ und Dr. L. ___ (IV-act. 117), in somatischer Hinsicht habe sich der Gesundheitszustand der Versicherten markant verbessert. Aus der Sicht von Dr. D. ___ sei die Versicherte zu 50% arbeitsfähig. Psychiatrisch werde die Versicherte seit Mitte Januar 2017 ambulant durch Dr. O. ___ vom Psychiatrie-Zentrum M. ___ betreut. Dr. L. ___ gehe nicht davon aus, dass die Versicherte im Laufe dieses Jahres in der Lage sein werde, eine wirtschaftlich verwertbare Arbeitsfähigkeit wahrzunehmen. Dr. N. ___ hielt eine Begutachtung für angezeigt, da der Gesundheitszustand der Versicherten als stabil zu bezeichnen sei und sich im Fall "nichts mehr bewege". Am 3. Mai 2017 teilte die IV-Stelle der Versicherten mit (IV-act. 112), dass eine polydisziplinäre medizinische Untersuchung notwendig sei. Am 31. Mai 2017 gab sie an (IV-act. 121), die Neurologie Toggenburg AG sei mit der Begutachtung beauftragt worden. Am 5. Juli 2017 wurde die Versicherte im Kantonsspital St. Gallen im Auftrag der Neurologie Toggenburg AG kardiologisch untersucht. Ein Facharzt berichtete am 7. Juli 2017 (IV-act. 126), der BMI liege bei 43.0 kg/m². Klinisch habe sich die Versicherte kardiopulmonal kompensiert präsentiert. In der Fahrradergometrie habe sich eine leichte Verbesserung der Leistungsfähigkeit im Vergleich zur letzten Kontrolle vor gut neun Monaten gezeigt. Insgesamt handle es sich um eine weiterhin eingeschränkte Leistungsfähigkeit. Bezüglich einer Ischämie sei die Untersuchung aussagekräftig. Die beklagten thorakalen Beschwerden hätten nicht reproduziert werden können. Zusammenfassend sei von einem stabilen Verlauf der Herzkrankheit auszugehen. Am 13./26. Juni 2017 und am 17. Juli 2017 wurde die Versicherte durch die Neurologie Toggenburg AG polydisziplinär (internistisch, kardiologisch, angiologisch und psychiatrisch) untersucht. Im Gutachten vom 22. September 2017 gaben die Sachverständigen an (IV-act. 129-53), sie hätten keine Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit erhoben. Als Diagnosen ohne

Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannten sie eine koronare Eingefässerkrankung (St. n. subakutem Myokardinfarkt 09/2014, Rekanalisation einer 95%igen Stenose des mittleren RIVA mittels DES 11/2014, Echokardiographie 09/2016: LVEF 49% [echokardiographisch biplan] bei einer anterioren, anteroseptalen und mittventrikulären Akinesie sowie einer apikalen Dyskinesie, Ergometrie 07/2017: Kein Hinweis für eine Belastungskoronarinsuffizienz bei einer eingeschränkten Leistungsfähigkeit), ein St. n. Morbus embolicus (bei Thrombus im linken Ventrikel mit Teilinfarkt der rechten Niere, zwei Lakunen parietal und frontal rechts, zwei postischämischen Läsionen Gyrus prae- und postcentralis rechts sowie einer möglichen transienten Sigmalschämie), eine generalisierte Arteriosklerose (St. n. Stent-PTA des Truncus brachiocephalicus rechts mit anhaltend sehr gutem Interventionsergebnis [02/2015], periphere arterielle Verschlusskrankheit, klinisches Stadium I nach Fontaine mit St. n. Stent-PTA der distalen Aorta abdominalis [06/2015]), eine Adipositas Grad III (BMI 41.8, 111 kg bei 163 cm), eine arterielle Hypertonie, eine Hyperlipidämie, eine Lipoprotein a-Erhöhung, eine Prädiabetes, eine Thrombophilie mit heterozygoter Prothrombin-Gen-Mutation, ein St. n. einer gedeckt perforierten Sigmadivertikulitis Hanson Stock IIa 10/2014, eine rezidivierend depressive Störung, gegenwärtig leichte depressive Episode (ICD-10 F33.0) und eine Agoraphobie mit Panikstörung (ICD-10 F41.0). Der internistische Gutachter führte aus (IV-act. 129-14 f.), die Versicherte habe über eine tägliche Übelkeit, die regelmässig zum Erbrechen führe, geklagt. Diese trete besonders dann auf, wenn sich die Versicherte unter Zeitdruck oder Stress fühle. Belastungsabhängige Brustkorbenge oder Kurzluftigkeit im Alltag, Palpitationen oder Synkopen beständen nicht. Wenn die Versicherte sich aufrege oder sich sehr anstrengte, werde es ihr manchmal "trümmelig". Das Laufen sei viel besser geworden; die Claudicatio-Symptomatik bestehe nicht mehr. In der Beurteilung hielt er fest, neben der wahrscheinlich durch psychogene Faktoren ausgelösten häufigen Übelkeit mit Erbrechen und dem angegebenen Schwindelgefühl liefere die Anamnese der Versicherten keinen sicheren Anhalt für eine somatische Erkrankung. Bei der klinischen Untersuchung seien jedoch eine morbid Adipositas und ein hypertoner Blutdruck aufgefallen. Darüber hinaus spreche der HbA1c-Wert von 6.0% für eine prädiabetische Stoffwechsellage. Zudem sei die Hypercholesterinämie mit der derzeitigen medikamentösen Therapie unzureichend kontrolliert. Neben einer morbid Adipositas bestehe aus rein allgemeinmedizinisch-internistischer Sicht ohne die Berücksichtigung der kardiologischen und angiologischen Diagnosen keine versicherungsmedizinisch relevanten Erkrankungen. In der bisherigen Tätigkeit als Vertriebsassistentin bzw. als technische Operatrice, entsprechend einer körperlich sehr leichten, überwiegend im Sitzen ausgeübten Tätigkeit, bestehe seit jeher eine vollständige Arbeitsfähigkeit. Der internistische Gutachter war zugleich auch der kardiologische Gutachter. Im kardiologischen Teilgutachten hielt er fest (IV-act. 129-21 ff.), die Versicherte sei im Alltag ohne kardiale Beschwerden. Bei der zuletzt im September 2016 durchgeführten Echokardiographie habe sich die linksventrikulierte Ejektionsfraktion mit 49% im Vergleich zu den Voruntersuchungen leicht verbessert gezeigt. Auch die aktuell durchgeführte Ergometrie habe eine im Verlauf leicht verbesserte Belastungskapazität ohne Anhalt für eine Belastungskoronarinsuffizienz gezeigt. Die eingeschränkte ergometrische Leistungsfähigkeit sei am ehesten im Rahmen einer Dekonditionierung bei einer massiven Adipositas zu sehen. Insgesamt ergebe sich kein Anhalt für einen Progress der koronaren Eingefässerkrankung. Mit Ausnahme einer befristeten Arbeitsunfähigkeit vom 29. Oktober 2014 bis zum 31. Dezember 2014 aufgrund der akuten Erkrankung und der sich anschliessenden stationären Rehabilitation sowie von

kurzzeitigen Arbeitsunfähigkeiten im Februar 2015 und im Juni 2015 aufgrund der elektiven angioplastischen Eingriffe bestehe seit jeher und fortdauernd für die Tätigkeit als Vertriebsassistentin bzw. als technische Operatrice entsprechend einer körperlich sehr leichten, überwiegend im Sitzen ausgeübten Tätigkeit eine vollständige Arbeitsfähigkeit. Der angiologische Gutachter erklärte (IV-act. 129-32 ff.), in der Zeit von Januar 2014 bis zum Juli 2015 hätten der Versicherten aufgrund der Durchblutungsstörung im Bereich der Beine keine längeren Gehstrecken zugemutet werden können. Bis im Februar 2015 seien zudem das Heben von Gewichten über drei Kilogramm sowie das Überkopfarbeiten mit dem rechten Arm nicht möglich gewesen. Seit den Interventionen im Februar 2015 und im Juli (recte: Juni) 2015 sei die Versicherte durch die Arteriosklerose nicht mehr beeinträchtigt. Die peripheren Embolisationen in die Niere und das Gehirn hätten zu keinen versicherungsmedizinisch relevanten Beeinträchtigungen geführt. In der Familienanamnese hielt er ausserdem fest, die Versicherte sei adoptiert worden. Der angiologische Gutachter kam zum Schluss, dass in der Tätigkeit als Vertriebsassistentin seit jeher eine vollständige Arbeitsfähigkeit bestehe. Die in der Zeit von Januar 2014 bis Juli 2015 bestehenden funktionellen Beeinträchtigungen seitens der oberen und unteren Extremität seien für die angestammte Tätigkeit nicht von Relevanz. Die Versicherte habe zuletzt eine ganz überwiegend sitzende, ganz vereinzelt auch stehende Tätigkeit ausgeübt. Der psychiatrische Gutachter gab an (IV-act. 129-36 ff.), die Versicherte habe als aktuelle Beschwerden Übelkeit, Erbrechen, Schwindel, eine hypochondrische Neigung und eine wiederkehrende Ohnmacht genannt. Sie fühle sich vollständig arbeitsunfähig. Nach der Erledigung der Morgentoilette rede sie mit ihrem Ehemann; dieser gehe einkaufen. Sie koche zum Teil allein und zum Teil mit seiner Unterstützung. Nach dem Mittagessen müsse sie abliegen. Am Nachmittag halte sie sich im Garten auf; sie bemale Steine und erledige Gartenarbeiten, soweit dies ohne Bücken möglich sei. Dann komme eine Freundin zum Kaffee oder sie lese etwas. Um ca. 17.00 Uhr komme die Tochter nach Hause. Ihr helfe sie bei den Hausaufgaben. Abends schaue sie fern. Die Hobbies seien Schwimmen und Lesen. Der psychiatrische Gutachter führte aus, die Beschwerdeführerin sei anlässlich der Untersuchung in einer subdepressiven Mittellage und vermindert schwingungsfähig gewesen. Die Mimik und die Gestik seien psychomotorisch reduziert gewesen. Die Konzentrationsfähigkeit sei demgegenüber ungestört gewesen, ebenso das Kurzzeit- und das Langzeitgedächtnis. Das formale Denken sei durchgehend geordnet und gut strukturiert gewesen; inhaltliche Denkstörungen seien nicht festzustellen gewesen. Eine ausgeprägte Tendenz zur Selbstbeobachtung körperlicher Vorgänge im Sinne einer Aufmerksamkeitsfokussierung habe bestanden. Das Mini-ICF habe ergeben, dass die Flexibilität/Umstellungsfähigkeit leichtgradig und die Durchhaltefähigkeit leicht- bis mittelgradig eingeschränkt seien. Eine Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit könne nicht gestellt werden. Als Diagnose ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ergäben sich eine rezidivierende depressive Episode (ICD-10 F22.0) und eine Panikstörung (ICD-10 F41.0). Die Symptombeschreibung der Versicherten sei differenziert und die Versicherte lasse sich medizinisch behandeln. Dennoch ergäben sich aus der Diskrepanz zwischen der schweren subjektiven Beeinträchtigung und dem weitgehend intakten psychosozialen Funktionsniveau bei der Alltagsbewältigung Hinweise auf eine mangelnde Leistungsbereitschaft und auf eine Selbstlimitierung. Das Scheitern der Wiedereingliederungsmassnahme sei überwiegend nicht durch das psychische Störungsbild begründet. Die Fähigkeit zur Anpassung an Regeln und Routinen und zur Planung und Strukturierung von Aufgaben, die Kontaktfähigkeit zu Dritten und die

Selbstbehauptungsfähigkeit sowie die Fähigkeit zu ausserberuflichen Aktivitäten und die Kommunikationsfähigkeit stellten ebenso wie das soziale Netzwerk und das Ausbildungsniveau mobilisierbare Ressourcen dar. Aus rein psychiatrischer Sicht sei eine sofortige Wiedereingliederung in die angestammte Tätigkeit möglich und medizinisch zumutbar. Wegen der längeren Arbeitsabstinenz sei eine stufenweise Wiedereingliederung beginnend mit einem 50%-Pensum und einer Steigerung um 10% monatlich zu empfehlen. Retrospektiv sei eine rezidivierend depressive Störung mit einem unterschiedlichen Schweregrad der einzelnen Episoden nachvollziehbar, ebenso eine Panikstörung, da die Versicherte Panikattacken bejaht habe. Ein somatisches Syndrom sei nicht anzunehmen, weil die Versicherte adäquate somatische Befunde habe, welche ihre körperlichen Beschwerden erklärten. Von Februar 2015 bis Juni 2015 und von Mai 2016 bis August 2016, also während der stationären Aufenthalte und der anschliessenden Weiterbehandlung, denen die Diagnose einer mittelgradigen bzw. einer mittel- bis schwergradigen depressiven Episode im Rahmen einer rezidivierend depressiven Störung zugrunde gelegen hätten, habe eine vollständige Arbeitsunfähigkeit vorgelegen. In den übrigen Zeiten und ab dem Untersuchungstag bis auf Weiteres sei eine vollständige Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit anzunehmen, weil die Versicherte insgesamt nur geringe Einschränkungen in der sozialen Teilhabe habe und weil die somatische Komorbidität bei den Einschätzungen der Arbeitsfähigkeit immer wieder erwähnt worden sei. In der Konsensbeurteilung gaben die Gutachter an, als wesentlicher Gesundheitsschaden liessen sich die koronare Eingefässerkrankung mit einem stattgehabten subakuten Vorderwandinfarkt, eine generalisierte obliterierende Arteriosklerose, eine morbide Adipositas und eine rezidivierende depressive Störung ausweisen. Diese Erkrankungen seien derzeit nicht derart ausgeprägt, dass sie die Leistungsfähigkeit der Beschwerdeführerin in ihrer bisherigen Tätigkeit wesentlich einschränken würden. Eine vollständige Arbeitsunfähigkeit habe vom 29. Oktober 2014 bis zum 31. Dezember 2014 aufgrund der akuten Erkrankung und der sich anschliessenden stationären Rehabilitation sowie von Februar 2015 bis Juni 2015 und von Mai 2016 bis August 2016 aufgrund von mittel- bis schwergradigen depressiven Episoden bestanden. Für die Zeiträume vor Oktober 2014, von Juli 2015 bis April 2016 und seit September 2016 fortdauernd könne eine vollständige Arbeitsfähigkeit für die Tätigkeit als Vertriebsassistentin bzw. als technische Operatrice entsprechend einer körperlich sehr leichten, überwiegend im Sitzen ausgeübten Tätigkeit ausgewiesen werden. Eine sofortige Wiedereingliederung in die angestammte Tätigkeit sei medizinisch möglich und zumutbar. Aus psychiatrischer Sicht sei wegen der längeren Arbeitsabstinenz eine stufenweise Eingliederung, beginnend mit einem 50%-Pensum und einer Steigerung um 10% monatlich zu empfehlen. Der RAD-Arzt Dr. N. ___ notierte am 7. November 2017 (IV-act. 130), das Gutachten sei umfassend und widerspruchsfrei und die versicherungsmedizinischen Schlussfolgerungen könnten nachvollzogen werden. Mit einem Vorbescheid vom 21. November 2017 stellte die IV-Stelle der Versicherten bei einem IV-Grad von 0% die Abweisung des Begehrens um eine Rente in Aussicht (IV-act. 136). Zur Begründung hielt sie fest, gemäss dem medizinischen Gutachten sei die Versicherte in der angestammten Tätigkeit als Vertriebsassistentin wie in jeder anderen adaptierten Tätigkeit vollständig arbeitsfähig. Lediglich in der Zeit vom 29. Dezember 2014 (recte: 29. Oktober 2014) bis zum 31. Dezember 2014 habe eine vorübergehende Arbeitsunfähigkeit bestanden. Die Versicherte wandte am 8. Februar 2018 dagegen im Wesentlichen ein (IV-act. 143), das Profil der angestammten Tätigkeit sei im Gutachten vom 22. September 2017 unvollständig

berücksichtigt worden. Die Gutachter seien von einer "sehr leichten" Tätigkeit ausgegangen, obwohl sie den Gutachtern gegenüber angegeben habe, dass sie auch auf Messen gearbeitet und Meetings vorbereitet habe, wobei sie teilweise den ganzen Tag habe stehen müssen. Ausserdem sei die Tätigkeit mit grossem Stress und Zeitdruck bei gleichzeitig hohen Anforderungen an die Konzentrationsfähigkeit verbunden gewesen. Der Wiedereingliederungsversuch vom 9. November 2015 bis zum 19. Februar 2016 sei aus gesundheitlichen Gründen gescheitert. Die IV-Stelle habe selber festgehalten, es bestehe keine verwertbare Arbeitsleistung im ersten Arbeitsmarkt. Dieses Resultat sei objektiv erstellt. Damit bestehe ein Widerspruch zur Arbeitsfähigkeitsschätzung der Gutachter. Die Gutachter hätten sich auch gar nicht mit diesem Arbeitsversuch auseinandergesetzt. Zudem hätten sie der Wechselwirkung der verschiedenen Diagnosen keine Rechnung getragen. Dies gelte auch für den Umstand, dass eine Adipositas nicht ohne weiteres invaliditätsfremd sei (Urteile des Bundesgerichts vom 19. September 2012, 8C_496/2012, E. 2.2; vom 24. Mai 2006, I 787/05, E. 4.1; vom 17. August 2004, U 313/03, E. 2.1). Die Arbeitsfähigkeitsschätzung im Gutachten widerspreche den Akten. Die Versicherte verwies auf vom Hausarzt Dr. D.____ attestierte Arbeitsunfähigkeiten. Der RAD-Arzt Dr. N.____ notierte am 12. März 2018 im Wesentlichen (IV-act. 145), am Gutachten sei festzuhalten. Mit einer Verfügung vom 16. März 2018 wies die IV-Stelle, entsprechend dem Vorbescheid, das Rentenbegehren ab (IV-act. 146). Zu den Einwänden hielt sie fest, sie habe diese dem RAD vorgelegt. Sie verwies auf die beigelegte Stellungnahme vom 12. März 2018. Demnach sei am Gutachten festzuhalten. Ein genauer Beschrieb der Tätigkeit als Vertriebsassistentin liege vor, wobei eine uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit habe bestätigt werden können. Mit der Vollständigkeit des Gutachtens sei auch zu begründen, weshalb nicht auf die anderslautenden Angaben des Hausarztes abzustellen sei. Zu den Äusserungen der Eingliederungsberaterin sei festzuhalten, dass deren Einschätzung der Arbeitsfähigkeit zu einem Zeitpunkt erfolgt sei, zu dem noch kein unabhängiges Gutachten vorgelegen habe. Die Versicherte (nachfolgend: Beschwerdeführerin) erhob am 3. Mai 2018 eine Beschwerde (act. G 1). Sie beantragte die Aufhebung der Verfügung vom 16. März 2018 und die Zusprache einer ganzen Rente mit Wirkung ab 1. Juli 2015. Eventualiter sei die Sache zur Vornahme ergänzender Abklärungen und zur anschliessenden Neuverfügung über den Leistungsanspruch an die IV-Stelle (nachfolgend: Beschwerdegegnerin) zurückzuweisen. Zudem beantragte sie die Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung und Rechtsverbeiständung. Ergänzend zu den Einwänden im Vorbescheidverfahren machte die Beschwerdeführerin im Wesentlichen geltend, die Beschwerdegegnerin habe in der Verfügung auf die Stellungnahme vom RAD-Arzt Dr. N.____ verwiesen. Sie habe es somit Dr. N.____ überlassen, sich zu den Einwänden zu äussern. Diese Begründung sei ungenügend und vermöge nicht zu überzeugen. Des Weiteren sei Dr. N.____ gemäss dem Medizinalberuferegister des Bundesamts für Gesundheit Facharzt für Allgemeine Innere Medizin FMH. Er sei damit nicht Facharzt für die ihre gesundheitlichen Beeinträchtigungen betreffenden massgebenden Disziplinen. Seine Abschlussbeurteilung vom 12. März 2018 stelle daher lediglich eine Meinung dar. Zwischen den während des Abklärungsverfahrens von der Beschwerdegegnerin und vom RAD objektiv festgestellten gesundheitlichen Beeinträchtigungen und der Arbeitsfähigkeitsschätzung der Gutachter bestehe ein Widerspruch. Der angefochtene Entscheid setze sich damit nicht hinreichend auseinander. Die Beschwerdegegnerin habe im November 2015 ein sechsmonatiges Aufbautraining von 50% veranlasst. Der RAD habe festgehalten, ihre Arbeitsfähigkeit müsse erprobt werden, ihr Gesundheitszustand könne

sich jederzeit verschlechtern. Mit überwiegender Wahrscheinlichkeit habe damals also noch keine verwertbare Resterwerbsfähigkeit bestanden. Das Aufbautraining sei schliesslich aus gesundheitlichen Gründen abgebrochen worden, wobei die Beschwerdegegnerin explizit festgehalten habe, es bestehe keine verwertbare Arbeitsleistung im ersten Arbeitsmarkt. Die Beschwerdegegnerin habe im angefochtenen Entscheid ausgeführt, diese Beurteilung sei durch die Sachbearbeiterin erfolgt, ohne dass ein unabhängiges Gutachten vorgelegen habe. Sie habe hierbei übersehen, dass im ganzen Verlauf des Abklärungsverfahrens und der Eingliederungsmassnahme sowohl der RAD als auch interne und externe Fachspezialisten der Eingliederung mitgewirkt hätten und die Resultate des Eingliederungsversuchs nicht einfach von einer einzelnen Bürosachbearbeiterin im Sinne einer Meinungsäusserung festgehalten worden sei. Die Verfügung erweise sich auch vor diesem Hintergrund als unbegründet. Im angefochtenen Entscheid sei auch nichts dagegen vorgebracht worden, dass sich die Gutachter mit den Ergebnissen der Eingliederungsmassnahme nur ganz oberflächlich befasst hätten. Die Beschwerdegegnerin habe lediglich darauf hingewiesen, dass das Gutachten schlüssig und nachvollziehbar sei und dass anderslautende Angaben des Hausarztes an der uneingeschränkten Arbeitsfähigkeit nichts änderten. Die im Gutachten behauptete volle Arbeitsfähigkeit könne vor dem Hintergrund der Berichte des Hausarztes nicht nachvollzogen werden. Auch in diesem Punkt sei der angefochtene Entscheid nicht begründet. Der psychiatrische Gutachter habe ausser Acht gelassen, dass sie als Kind adoptiert worden sei und zu ihren leiblichen Eltern keinen Kontakt gehabt habe (vgl. das angiologische Teilgutachten). Dieser relevante Umstand, unter welchem sie bis heute leide, hätte psychiatrischerseits nicht ungewürdigt bleiben dürfen. Die Beschwerdegegnerin habe sich im angefochtenen Entscheid nicht zur IV-Relevanz der Adipositas Grad III geäussert. Sie habe sich auch nicht zum Beginn und zur Dauer der Arbeitsunfähigkeit gemäss Art. 28 IVG i.V.m. Art. 6 ATSG geäussert. Gemäss einem Bericht von Dr. med. O.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 27. März 2018 habe kein deutliches depressives Zustandsbild mehr bestanden. Dennoch habe er weiterhin ein neurasthenisches Syndrom im Zusammenhang mit der schweren körperlichen Krankheit bestätigt. Dr. O.____ habe zur Feststellung der konkreten Einschätzung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit allenfalls ein gut strukturiertes Belastbarkeitstraining vorgeschlagen. Demnach stehe keine verwertbare Resterwerbsfähigkeit fest. Dr. O.____ habe sie am 11. April 2018 erneut in eine stationäre psychiatrische Behandlung einweisen müssen. Ein dauerhaft stabiler Zustand sei somit nach wie vor nicht gegeben. Die Beschwerdeführerin reichte den besagten Bericht ein. Dr. O.____ hatte darin ausgeführt (act. G 1.4), aktuell bestehe kein deutliches depressives Zustandsbild. Die Beschwerdeführerin zeige jedoch weiterhin ein seit der somatischen Erkrankung vorhandenes neurasthenisches Syndrom in der Form von Dünnhäutigkeit, geringer Belastbarkeit mit Erschöpfbarkeit schon durch relativ geringfügige körperliche und psychische Beanspruchung, Schwindel, Übelkeit und Erbrechen sowie Unsicherheit und Ängste bezüglich ihrer somatischen Situation. Diese Symptomatik sei primär auf die schwere körperliche Erkrankung zurückzuführen, äussere sich aber auch auf psychischer Ebene, was in der Begutachtung nicht berücksichtigt worden sei. Die bisherigen medizinischen Abklärungen dürften für eine Feststellung der organischen Befunde ausreichen. Zur Feststellung der damit verbundenen Fähigkeitsstörungen wäre jedoch ein gut strukturiertes berufliches Belastbarkeitstraining notwendig. Die Beschwerdegegnerin beantragte am 18. Juni 2018 die Abweisung der Beschwerde (act. G 5). Zur Begründung führte sie im Wesentlichen an, die Beschwerdeführerin habe keine konkreten Gründe vorgebracht, um die Zuverlässigkeit des Gutachtens in Zweifel zu ziehen. Die Berichte der

behandelnden Ärzte seien grundsätzlich nicht geeignet, den Beweiswert des Gutachtens zu erschüttern. Die Gutachter hätten insbesondere eine Adipositas Grad III und eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig eine leichte Episode, diagnostiziert. Die Beschwerdeführerin habe geltend gemacht, die Adipositas habe als invalidisierend zu gelten. Die Gutachter hätten der Adipositas ausdrücklich keine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit zugemessen. Die Gewichtsabnahme sei von den Gutachtern auch als zumutbar und erfolgsversprechend gewertet worden. In Bezug auf die Diagnose der depressiven Störung sei das Indikatorenverfahren gemäss BGE 141 V 281 zu beachten. Dieses verdeutliche "keinerlei Einschränkung des funktionellen Schweregrads und Inkonsistenzen", sodass von keinem invalidisierenden Gesundheitsschaden ausgegangen werden könne. Das Versicherungsgericht bewilligte am 19. Juni 2018 das Gesuch um die unentgeltliche Rechtspflege (Befreiung von den Gerichtskosten und Bewilligung der unentgeltlichen Rechtsverteidigung) für das Beschwerdeverfahren (act. G 6). Die Beschwerdeführerin machte in der Replik vom 7. September 2018 im Wesentlichen ergänzend geltend (act. G 11), sie bestreite, dass sie keine konkreten Gründe vorgebracht habe, um die Zuverlässigkeit des Gutachtens in Zweifel zu ziehen. Sie verwies auf verschiedene Ausführungen in der Beschwerdeschrift. Des Weiteren führte sie aus, die Diagnose Adipositas Grad III sei im Gutachten isoliert und nicht im gesamten Kontext aller gesundheitlichen Störungen betrachtet worden. Die Annahme, diese Diagnose wirke sich nicht auf ihre Arbeitsfähigkeit aus, sei unbegründet. Ihr körperlicher und psychischer Gesundheitszustand sei instabil, was auch der weitere Krankheitsverlauf aufzeige. Anfang Februar 2018 sei infolge des Todes ihrer Mutter eine Verschlechterung des psychischen Gesundheitszustands eingetreten. Auch ihr körperlicher Zustand habe sich verschlechtert. Sie reichte dazu verschiedene Arztberichte ein. Sie machte gestützt darauf geltend, die Gutachter hätten den Gesundheitsschaden zu oberflächlich und zu optimistisch eingeschätzt. Gemäss einem Bericht vom 9. April 2018 (act. G 11.1) hatte Dr. O.____ die Beschwerdeführerin der Klinik K.____ zur stationären Behandlung zugewiesen. Er hatte festgehalten, nach dem Austritt aus der Tagesklinik sei die depressive Symptomatik über lange Zeit deutlich gebessert gewesen. Die Beschwerdeführerin habe jedoch weiterhin ein neurasthenisches Syndrom gezeigt. Die Erledigung der Hausarbeit sei weitgehend selbstständig möglich gewesen und es seien auch punktuelle Sozialkontakte ausserhalb der Familie erfolgt. Der Beginn der aktuellen Verschlechterung der Depression mit einer in den letzten zwei Wochen erheblichen Zunahme des Antriebsmangels falle mit dem Tod der Mutter vor zwei Monaten zusammen. In den letzten Tagen habe sich die Beschwerdeführerin ganz zurückgezogen. Vom 11. April 2018 bis zum 13. Juni 2018 hatte sich die Beschwerdeführerin in der Klinik K.____ aufgehalten. Die Fachpersonen hatten am 10. Juli 2018 als psychiatrische Diagnose eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig eine mittelgradige Episode (ICD-10 F33.1), und eine absichtliche Selbstbeschädigung (ICD-10 X84.9) angegeben (act. G 11.5). Sie hatten festgehalten, die depressive Episode habe nach dem Tod der Mutter im Herbst 2017 begonnen. Im Verlauf habe sich eine Besserung gezeigt. Am 25. Mai 2018 hatte eine Fachärztin der Klinik für Angiologie des Kantonsspitals St. Gallen berichtet (act. G 11.2), die Beschwerdeführerin habe angegeben, dass sie seit Oktober 2017 schleichend wieder mehr Beschwerden im Bereich der unteren Extremitäten habe. Seit Januar 2018 hätten die Beschwerden stark zugenommen und seit zwei Wochen hätten sich diese nochmals verstärkt. Aktuell müsse sie nach zehn bis zwanzig Metern "Laufen" eine Pause einlegen. Die Fachärztin hatte als Befund einen Verdacht auf eine hochgradige Rezidivstenose im Bereich der Aorta

abdominalis mit einer distal schweren, aber nicht kritisch eingeschränkten arteriellen Perfusion festgehalten. Am 20. Juni 2018 hatte eine Fachärztin der Klinik für Gefässchirurgie des Kantonsspitals St. Gallen die Diagnose einer hochgradigen Rezidivstenose der Aorta abdominalis auf dem Boden einer In-Stent Stenose, welche schwer symptomatisch sei, mitgeteilt (act. G 11.3). Die Beschwerdeführerin habe in der Untersuchung vom 14. Juni 2018 über nochmals verstärkte Beinschmerzen berichtet. Gemäss einem Austrittsbericht der Klinik für Gefässchirurgie des Kantonsspitals St. Gallen vom 26. Juli 2018 (act. G 11.4) war die Beschwerdeführerin am 20. Juli 2018 an der Aorta operiert worden. Die Beschwerdegegnerin verzichtete am 9. Oktober 2018 auf eine Duplik (act. G 13). Erwägungen Die Beschwerdegegnerin hat mit der angefochtenen Verfügung vom 16. März 2018 einen Rentenanspruch der Beschwerdeführerin bei einem IV-Grad von 0% verneint. Strittig ist somit, ob die Beschwerdeführerin Anspruch auf eine Invalidenrente hat. Einen Anspruch auf eine Rente der Invalidenversicherung haben Versicherte, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wiederherstellen, erhalten oder verbessern können, während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40% arbeitsunfähig gewesen sind und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40% invalid sind (Art. 28 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung, IVG, SR 831.20). Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG, SR 830.1). Erwerbsunfähigkeit ist der durch eine 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). Gemäss Art. 28a Abs. 1 IVG i.V.m. Art. 16 ATSG ist die Invalidität grundsätzlich durch einen Einkommensvergleich zu ermitteln. Dabei 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 (zumutbares Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Einkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Valideneinkommen). Die Beschwerdeführerin hat in verschiedener Hinsicht gerügt, die Verfügung sei unzureichend begründet. Sie hat damit implizit eine Verletzung von Art. 49 Abs. 3 ATSG geltend gemacht. Des Weiteren hat sie vorgebracht, die Beschwerdegegnerin habe in der Verfügung auf die Stellungnahme vom RAD-Arzt Dr. N.____ verwiesen und es damit Dr. N.____ überlassen, sich zu den Einwänden zu äussern. Diese Begründung sei ungenügend und vermöge nicht zu überzeugen. Des Weiteren sei Dr. N.____ gemäss dem Medizinalberuferegister des Bundesamts für Gesundheit Facharzt für Allgemeine Innere Medizin FMH. Er sei damit nicht Facharzt für die bezüglich der gesundheitlichen Beeinträchtigungen massgebenden Disziplinen. Seine Abschlussbeurteilung vom 12. März 2018 stelle daher lediglich eine Meinung dar. Im Folgenden ist zunächst zu prüfen, ob die Beschwerdegegnerin die Begründungspflicht verletzt hat. Eine Begründung muss wenigstens kurz die Überlegungen nennen, von denen sich die Behörde hat leiten lassen und auf welche sich ihr Entscheid stützt. Dabei ist es nicht erforderlich, dass sie sich mit allen Parteistandpunkten einlässlich auseinandersetzt und jedes einzelne Vorbringen widerlegt. Sie kann sich vielmehr auf die für den Entscheid wesentlichen Punkte beschränken. Die Begründung muss also so abgefasst sein, dass sich die betroffene Person

über die Tragweite des Entscheids Rechenschaft ablegen und die Verfügung sachgerecht anfechten kann (BGE 136 I 236, E. 5.2; 133 I 277, E. 3.1). Vorliegend hat die Beschwerdegegnerin in der angefochtenen Verfügung vom 16. März 2018 Ausführungen zum Resultat der medizinischen und der erwerblichen Abklärungen gemacht. Sie hat sich zur Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin geäussert und einen Einkommensvergleich vorgenommen. Des Weiteren hat sie zu den Einwänden im Vorbescheidverfahren – im Gutachten sei das Tätigkeitsprofil der angestammten Tätigkeit unvollständig berücksichtigt worden, die Beschwerdegegnerin habe selber festgehalten, es bestehe keine verwertbare Arbeitsleistung auf dem ersten Arbeitsmarkt und die Arbeitsfähigkeitsschätzung der Gutachter widerspreche den Akten – Stellung genommen. Die Beschwerdegegnerin hat zudem nochmals ausdrücklich festgehalten, dass auf das Gutachten abzustellen sei. Sie hat damit dem Einwand, die Gutachter hätten den Wechselwirkungen der Diagnosen keine Rechnung getragen, was auch für den Umstand gelte, dass eine Adipositas nicht ohne weiteres invaliditätsfremd sei, die Überzeugungskraft des Gutachtens gegenübergestellt. Der Verweis auf die Stellungnahme des RAD-Arztes Dr. N.____ vom 12. März 2018 hat sich also nur auf dessen Würdigung der Überzeugungskraft des Gutachtens bezogen. Zusammenfassend ist der Beschwerdeführerin die sachgerechte Anfechtung der Verfügung ohne weiteres möglich gewesen. Die Beschwerdegegnerin hat die Begründungspflicht also nicht verletzt. Der Einwand der Beschwerdeführerin, dass die Abschlussbeurteilung des RAD vom 12. März 2018 lediglich eine Meinungsäusserung darstelle, ist zutreffend, denn es ist die Aufgabe des RAD, ein von der Beschwerdegegnerin in Auftrag gegebenes Gutachten aus medizinischer Sicht auf seinen Beweiswert zu würdigen. Die Beschwerdeführerin vermag aus diesem Einwand deshalb nichts zu ihren Gunsten abzuleiten. Die Beschwerdeführerin hat eine Ausbildung zur technischen Operatrice gemacht und anschliessend während knapp zehn Jahren eine Bürotätigkeit (Telefonistin, Sachbearbeiterin) ausgeübt. Infolge Mutterschaft ist sie dann einige Jahre nicht erwerbstätig gewesen. Nach einer mehrjährigen Tätigkeit als Tagesmutter und als Mitarbeiterin in einer Einzieherei hat sie ab Juli 2013 wieder eine Bürotätigkeit ausgeübt und zwar als Vertriebsassistentin bei der C.____. Der letzte Arbeitstag ist am 29. Oktober 2014 und somit an dem Tag, an welchem die Beschwerdeführerin notfallmässig in das Kantonsspital St. Gallen, eingetreten ist, gewesen. Das in der Invalidenversicherung versicherte Gut, die "Validität", entspricht der Erwerbsfähigkeit der versicherten Person, das heisst deren Erwerbsmöglichkeiten auf dem allgemeinen und ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG e contrario). Aufgrund der Ausbildung und der langjährigen Bürotätigkeit entspricht die Erwerbsfähigkeit der Beschwerdeführerin einer Tätigkeit als Büroangestellten. Damit ist es überwiegend wahrscheinlich, dass die Beschwerdeführerin ohne die gesundheitlichen Beeinträchtigungen weiterhin eine Tätigkeit als Büroangestellte ausgeübt hätte. Diese Tätigkeit stellt die Validenkarriere dar. Als Valideneinkommen ist deshalb das bei der C.____ zuletzt erzielte Jahreseinkommen von Fr. 61'800.-- abzüglich des Bonus von Fr. 2'000.--, also von Fr. 59'800.--, einzusetzen. Der Bonus bildet nicht Bestandteil des Valideneinkommens, da er keinen Zusammenhang mit der erwerblichen Leistungsfähigkeit der Beschwerdeführerin gehabt hat, sondern allein vom Unternehmenserfolg abhängig gewesen ist. Um das zumutbare Invalideneinkommen ermitteln zu können, ist massgebend, ob und falls ja in welchem Ausmass die Beschwerdeführerin in ihrer Arbeitsfähigkeit eingeschränkt ist. Der verbliebene Arbeitsfähigkeitsgrad muss also mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit feststehen. Die Beschwerdegegnerin hat dazu die Neurologie

Toggenburg AG mit der Erstellung eines polydisziplinären Gutachtens (internistisch, kardiologisch, angiologisch und psychiatrisch) beauftragt. Im Gutachten vom 22. September 2017 haben die Sachverständigen angegeben (IV-act. 129-56), eine vollständige Arbeitsunfähigkeit habe vom 29. Oktober 2014 bis zum 31. Dezember 2014 aufgrund der akuten Erkrankung und der sich anschliessenden stationären Rehabilitation sowie von Februar 2015 bis Juni 2015 und von Mai 2016 bis August 2016 aufgrund von mittel- bis schwergradigen depressiven Episoden bestanden. In den Zeiträumen vor Oktober 2014, von Juli 2015 bis April 2016 und ab September 2016 habe eine vollständige Arbeitsfähigkeit in der Tätigkeit als Vertriebsassistentin bzw. als technische Operatrice entsprechend einer körperlich sehr leichten, überwiegend im Sitzen ausgeübten Tätigkeit bestanden. Strittig und im Folgenden zu prüfen ist, ob dem Gutachten voller Beweiswert zukommt, ob es also die angegebene Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit belegt. Ein Gutachten hat vollen Beweiswert, wenn es für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge sowie der medizinischen Situation einleuchtet und wenn die Schlussfolgerungen der Experten begründet sind (BGE 125 V 352, E. 3a). Notwendig ist zudem, dass der psychiatrische Gutachter die vom Bundesgericht in Bezug auf anhaltende somatoforme Schmerzstörungen und vergleichbare psychosomatische Leiden aufgestellten und später auf alle psychischen Erkrankungen, insbesondere auf leichte bis mittelschwere depressive Störungen, anwendbar erklärten Standardindikatoren berücksichtigt hat (vgl. BGE 141 V 281; 143 V 409 und 143 V 418). Alle Sachverständigen der Neurologie Toggenburg AG haben die Beschwerdeführerin persönlich untersucht und deren subjektive Klagen aufgenommen. Sie haben die objektiven klinischen Befunde wiedergegeben, umfassende Kenntnis von den Vorakten gehabt und diese gewürdigt. Gestützt auf ihre Befunde haben sie die Diagnosen gestellt und ihre Beurteilung zur Arbeitsfähigkeit, inklusive eine Konsensbeurteilung, abgegeben. Das Gutachten weist keine Widersprüche auf. Insbesondere haben alle Sachverständigen nachvollziehbar dargelegt, dass sie keine Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit haben erheben können. Der internistische Gutachter hat als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine Adipositas Grad III, eine arterielle Hypertonie, einer Hyperlipidämie, eine Lipoprotein a-Erhöhung und einen Prädiabetes angegeben. Da die Tätigkeit als Büroangestellte einer körperlich sehr leichten Tätigkeit entspricht, ist es ohne weiteres nachvollziehbar, dass diese Diagnosen keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit bewirkt haben. Der internistische Gutachter, der auch die kardiologische Untersuchung durchgeführt hat, hat im Weiteren schlüssig dargelegt, dass aus kardiologischer Sicht im Untersuchungszeitpunkt kein Anhalt für einen Progress der koronaren Eingefässerkrankung bestanden hat und dass die Beschwerdeführerin im Alltag ohne kardiale Beschwerden gewesen ist. Aus kardiologischer Sicht ist der Gesundheitszustand also stabil gewesen. Damit ist auch seine Arbeitsfähigkeitsschätzung, wonach die Beschwerdeführerin mit Ausnahme einer befristeten Arbeitsunfähigkeit vom 29. Oktober 2014 bis zum 31. Dezember 2014 aufgrund der akuten Erkrankung und der sich anschliessenden stationären Rehabilitation sowie von kurzzeitigen Arbeitsunfähigkeiten im Februar 2015 und im Juni 2015 aufgrund der elektiven angioplastischen Eingriffe seit jeher und fortdauernd für die Tätigkeit als Vertriebsassistentin bzw. als technische Operatrice entsprechend einer körperlich sehr leichten, überwiegend im Sitzen ausgeübten Tätigkeit vollständig arbeitsfähig gewesen ist,

nachvollziehbar. Der angiologische Gutachter hat ebenfalls plausibel erklärt, dass die Beschwerdeführerin seit den Interventionen im Februar 2015 und im Juni 2015 durch die Arteriosklerose nicht mehr beeinträchtigt gewesen ist und dass in der Tätigkeit als Vertriebsassistentin aus angiologischer Sicht seit jeher eine vollständige Arbeitsfähigkeit bestanden hat. Der psychiatrische Gutachter hat schliesslich nachvollziehbar festgehalten, dass die Beschwerdeführerin im Untersuchungszeitpunkt an einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig einer leichten Episode (ICD-10 F33.0), und an einer Panikstörung (ICD-10 F41.0) gelitten hat. Im Weiteren hat er auf eine Diskrepanz zwischen der subjektiven Krankheitsüberzeugung der Beschwerdeführerin und dem weitgehend intakten psychosozialen Funktionsniveau bei der Alltagsbewältigung hingewiesen und erklärt, dies weise auf eine mangelnde Leistungsbereitschaft und eine Selbstlimitierung hin. Er hat sich auch zu den Standardindikatoren, insbesondere zu den Ressourcen und zur Konsistenz, geäussert. Im Rahmen der Würdigung der Vorakten hat er erklärt, retrospektiv sei eine rezidivierende depressive Störung mit einem unterschiedlichen Schweregrad der einzelnen Episoden nachvollziehbar. Ebenso sei eine Agoraphobie mit einer Panikstörung nachvollziehbar, da die Beschwerdeführerin Panikattacken bejaht habe, wenn viele Menschen anwesend seien und wenn sie alleine unterwegs sei. Auch wenn die Ausführungen betreffend die Vorakten relativ kurz ausgefallen sind, ist davon auszugehen, dass der psychiatrische Gutachter alle Vorakten sorgfältig gewürdigt hat. In Bezug auf die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin hat er festgehalten, von Februar 2015 bis Juni 2015 und von Mai 2016 bis August 2016, also während der stationären Aufenthalte und der anschliessenden Weiterbehandlung, denen die Diagnose einer mittelgradigen bzw. einer mittel- bis schwergradigen depressiven Episode im Rahmen einer rezidivierend depressiven Störung zugrunde gelegen hätten, habe eine vollständige Arbeitsunfähigkeit vorgelegen. In den übrigen Zeiten und ab dem Untersuchungstag bis auf Weiteres sei eine vollständige Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit anzunehmen, weil die Beschwerdeführerin insgesamt nur geringe Einschränkungen in der sozialen Teilhabe habe und weil (wohl von den behandelnden Psychiatern) die somatische Komorbidität bei den Einschätzungen der Arbeitsfähigkeit immer wieder erwähnt worden sei. Diese Ausführungen des psychiatrischen Gutachters sind schlüssig, zumal sich die Beschwerdeführerin im Zeitraum vom Juli 2015 bis zum April 2016 nicht in einer psychiatrischen Behandlung befunden hat. Damit ist auch die in der Konsensbeurteilung abgegebene Arbeitsfähigkeitsschätzung nachvollziehbar. Zu prüfen bleibt, ob die Einwände der Beschwerdeführerin Zweifel am Gutachten zu wecken vermögen. Die Beschwerdeführerin hat geltend gemacht, im Gutachten sei das Profil der angestammten Tätigkeit unvollständig berücksichtigt worden. Die Gutachter seien von einer "sehr leichten" Tätigkeit ausgegangen, obwohl sie den Gutachtern gegenüber angegeben habe, dass sie auch auf Messen gearbeitet und Meetings vorbereitet habe, wobei sie teilweise den ganzen Tag habe stehen müssen. Ausserdem sei die Tätigkeit mit grossem Stress und Zeitdruck bei gleichzeitig hohen Anforderungen an die Konzentrationsfähigkeit verbunden gewesen. Aus dem Arbeitgeberbericht der C. __ vom 30. Januar 2015 ist ersichtlich (IV-act. 16), dass die Tätigkeit normale Büroarbeiten mit Arbeiten am Bildschirm und dem Führen von Telefonaten umfasst hat. Dies hat die Beschwerdeführerin überwiegend sitzend ausüben können. Auch aus der Tätigkeitsbeschreibung vom 30. Juli 2015 ergibt sich (IV-act. 80-37), dass die Beschwerdeführerin an einem Sitz-/ Bildschirmarbeitsplatz gearbeitet hat. Eine Messetätigkeit ist nicht genannt worden. Selbst wenn sie an einigen Messen im Jahr ganztägig hat stehen müssen oder zur Vorbereitung von Meetings vermehrt hat gehen

müssen, ist dies in Bezug auf die Arbeitsfähigkeit nicht relevant, weil es bei einer Jahresarbeitszeit von circa 230 Tagen und einer Messetätigkeit von einigen Tagen im Jahr unverhältnismässig wäre, der möglichen Überforderung an den Messen bei der Arbeitsfähigkeitsschätzung Raum zu geben. An Messen gibt es im Übrigen nach der allgemeinen Lebenserfahrung immer wieder die Gelegenheit abzusitzen. Warum sich die Beschwerdeführerin bei der Vorbereitung von Meetings nicht immer wieder sollte hinsetzen können, ist nicht einzusehen. Dass die Konzentrationsfähigkeit und das Kurzzeit- und das Langzeitgedächtnis nicht eingeschränkt sind, ergibt sich aus den überzeugenden Ausführungen im Gutachten. Dieser Einwand der Beschwerdeführerin ist damit nicht stichhaltig. Die Beschwerdeführerin hat des Weiteren vorgebracht, es bestehe ein Widerspruch zwischen den während des Abklärungsverfahrens von der Beschwerdegegnerin und vom RAD objektiv festgestellten gesundheitlichen Beeinträchtigungen und der Arbeitsfähigkeitsschätzung der Gutachter. Im November 2015 sei ihr eine Kostengutsprache für ein sechsmonatiges Aufbautraining von 50% erteilt worden. Der RAD habe festgehalten, ihre Arbeitsfähigkeit müsse erprobt werden, ihr Gesundheitszustand könne sich jederzeit verschlechtern. Mit überwiegender Wahrscheinlichkeit habe damals also noch keine verwertbare Resterwerbsfähigkeit bestanden. Das Aufbautraining sei schliesslich aus gesundheitlichen Gründen abgebrochen worden, wobei die Beschwerdegegnerin explizit festgehalten habe, es bestehe keine verwertbare Arbeitsleistung im ersten Arbeitsmarkt. Die Gutachter hätten sich mit den Ergebnissen der Eingliederungsmassnahme auch nur ganz oberflächlich befasst. Soweit die Beschwerdeführerin damit geltend machen will, die Arbeitsfähigkeitsschätzung der Gutachter widerspreche der im Arbeitsversuch demonstrierten Arbeitsfähigkeit, ist dem entgegenzuhalten, dass unabhängig davon, was das Ziel der beruflichen Eingliederungsmassnahme gewesen sein mag, eine solche Massnahme bei einer bestehenden subjektiven Arbeitsunfähigkeitsüberzeugung für die Bemessung der Arbeitsfähigkeit nie ein objektives Resultat liefern kann. Dieser Arbeitsversuch ist somit nicht geeignet gewesen, die damals bestehende objektive Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin zu belegen. Damit ist es für die Gutachter auch nicht nötig gewesen, sich im Detail mit dieser Eingliederungsmassnahme auseinanderzusetzen. Auf die von der Eingliederungsverantwortlichen nach dem Abbruch des Aufbautrainings geäusserte Einschätzung kann demzufolge nicht abgestellt werden. Die Beschwerdeführerin hat des Weiteren auf vom Gutachten abweichende Arbeitsfähigkeitsschätzungen des Hausarztes Dr. D. ___ hingewiesen. Diese Arbeitsfähigkeitsschätzungen vermögen die verbliebene Arbeitsfähigkeit jedoch nicht mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu belegen, denn es ist der Erfahrungstatsache Rechnung zu tragen, dass behandelnde Ärzte aufgrund ihrer auftragsrechtlichen Vertrauensstellung im Zweifel eher zugunsten ihrer Patienten auszusagen pflegen und dazu neigen, die pessimistischen Beschwerdeschilderungen ihrer Patienten als objektiv ausgewiesen zu qualifizieren (vgl. BGE 125 V 353, E. 3b.cc; Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts vom 5. April 2004, I814/03, E. 2.4.2). Die Beschwerdeführerin hat eingewendet, die Gutachter hätten der Wechselwirkung der verschiedenen Diagnosen keine Rechnung getragen. Dies gelte auch für den Umstand, dass eine Adipositas nicht ohne weiteres invaliditätsfremd sei. Der psychiatrische Gutachter habe zudem nicht berücksichtigt, dass sie als Kind adoptiert worden sei und zu ihren leiblichen Eltern keinen Kontakt pflege. Auch diese Einwände der Beschwerdeführerin vermögen den Beweiswert des Gutachtens nicht zu erschüttern: Die Gutachter sind im Rahmen einer Konsensbeurteilung zum Ergebnis gelangt, dass die

gesundheitlichen Beeinträchtigungen nicht derart ausgeprägt seien, dass sie die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin in ihrer bisherigen Tätigkeit wesentlich einschränken würden. Sie haben sich also im Rahmen einer Gesamtbetrachtung mit den verschiedenen Diagnosen auseinandergesetzt. Insbesondere hat der psychiatrische Gutachter seine Beurteilung in Kenntnis der somatischen Diagnosen abgegeben. Sie haben damit dem Aspekt der möglichen Wechselwirkung von Diagnosen Rechnung getragen. Die Tatsache, dass der psychiatrische Gutachter die Adoption der Beschwerdeführerin nicht erwähnt hat, weckt keine Zweifel am Beweiswert des psychiatrischen Teilgutachtens, denn es ist ohne weiteres davon auszugehen, dass der psychiatrische Gutachter das angiologische Teilgutachten gelesen hat und damit über die Adoption und über das (fehlende) Verhältnis zu den leiblichen Eltern informiert gewesen ist, dem aber in Bezug auf den psychischen Gesundheitszustand keine Bedeutung beigemessen hat. Zum Vorbringen, dass eine Adipositas in gewissen Fällen zu einer Invalidität führen könne, ist Folgendes festzuhalten: Nach der Auffassung des Bundesgerichts bewirkt eine Adipositas grundsätzlich keine zu Rentenleistungen berechtigende Invalidität, wenn sie nicht körperliche oder geistige Schäden verursacht und nicht die Folge von solchen Schäden ist. Liegen diese Voraussetzungen nicht vor, ist sie unter Berücksichtigung der besonderen Gegebenheiten des Einzelfalls dennoch als invalidisierend zu betrachten, wenn sie weder durch geeignete Behandlung noch durch zumutbare Gewichtsabnahme auf ein Mass reduziert werden kann, bei welchem das Übergewicht in Verbindung mit allfälligen Folgeschäden keine voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde Beeinträchtigung der Erwerbsfähigkeit zur Folge hat (Urteil des Bundesgerichts vom 19. September 2012, 8C_496/2012, E. 2.2). Der erste Satz kann nur so verstanden werden, dass ein Gesundheitsschaden in der Form einer Adipositas nur invalidisierend sein kann, wenn er eine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit hat (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 24. Mai 2006, I 787/05, E. 4.1). Massgebend ist also stets, dass die Adipositas zu einer Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit geführt hat. Vorliegend besteht die der Beschwerdeführerin zumutbare Erwerbstätigkeit nach wie vor in einer Tätigkeit als Büroangestellten und damit in einer körperlich sehr leichten, überwiegend sitzend ausgeübten Tätigkeit. Die Einschätzung der Gutachter, dass die morbid Adipositas keinen Einfluss auf die verbliebene Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin hat, überzeugt deshalb ohne weiteres. Im Übrigen hat bereits im Zeitpunkt der Hospitalisation vom 29. Oktober 2014 eine Adipositas bestanden (vgl. IV-act. 110-86), also zu einem Zeitpunkt, in dem die Beschwerdeführerin noch voll-erwerbstätig gewesen ist. Dass sich die Adipositas auf die weiteren somatischen Erkrankungen in der Zukunft ungünstig auswirken könnte und deshalb eine Gewichtsreduktion anzustreben ist, vermag daran offensichtlich nichts zu ändern. Die Beschwerdeführerin hat im Rahmen des Beschwerdeverfahrens mehrere Arztberichte eingereicht. Sie hat gestützt darauf geltend gemacht, ihr Gesundheitszustand sei instabil respektive er habe sich verschlechtert. Die Gutachter hätten den Gesundheitsschaden somit zu oberflächlich und zu optimistisch eingeschätzt. Im Folgenden ist zu prüfen, ob mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit vor dem Erlass der angefochtenen Verfügung vom 16. März 2018 eine Verschlechterung des Gesundheitszustands eingetreten ist, die eine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin haben könnte. Aus dem Bericht von Dr. O. ___ vom 27. März 2018 (act. G 1.4) ergibt sich, dass zu diesem Zeitpunkt bei der Beschwerdeführerin kein deutliches depressives Zustandsbild bestanden hat. Die Beschwerdeführerin hat vielmehr ein neurasthenisches Syndrom in der Form von Dünnhäutigkeit, geringer Belastbarkeit mit

Erschöpfbarkeit schon durch relativ geringfügige körperliche und psychische Beanspruchung, Schwindel, Übelkeit und Erbrechen sowie Unsicherheit und Ängste bezüglich ihrer somatischen Situation gezeigt. Am 9. April 2018 hat Dr. O.____ die Beschwerdeführerin der Klinik K.____ zur erneuten Hospitalisation zugewiesen (act. G 11.1). Gemäss diesem Bericht ist die depressive Symptomatik nach dem Austritt aus der Tagesklinik über lange Zeit gebessert gewesen. Erst mit dem Tod der Mutter der Beschwerdeführerin im Februar 2018 hat sich die depressive Symptomatik zu verschlechtern begonnen. Der Antriebsmangel hat zwei Wochen vor der Berichterstellung erheblich zugenommen; in den letzten Tagen vor dem Eintritt in die Klinik K.____ hat sich die Beschwerdeführerin ganz zurückgezogen. Im Bericht der Klinik K.____ vom 10. Juli 2018 (act. G 11.5) haben die Fachpersonen die Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig eine mittelgradige Episode (ICD-10 F33.1), aufgeführt. Als Beginn dieser depressiven Episode haben sie den Tod der Mutter der Beschwerdeführerin im Herbst 2017 angegeben. Gestützt auf diese Berichte ist eine mögliche Verschlechterung des psychischen Gesundheitszustands mit einer potentiellen Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erst nach dem Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung vom 16. März 2018 eingetreten, nämlich frühestens zwei Wochen vor dem 9. April 2018, also am 26. März 2018, als der Antriebsmangel begonnen hat zuzunehmen und sich die Beschwerdeführerin schliesslich ganz zurückgezogen hat. Die Angabe im Bericht der Klinik K.____, wonach die Mutter der Beschwerdeführerin im Herbst 2017 verstorben sei, muss ein Versehen sein, denn die Beschwerdeführerin hat angegeben (act. G 11 Seite 6), ihre Mutter sei Anfang Februar 2018 verstorben. Anzuführen bleibt, dass die im Bericht vom 27. März 2018 von Dr. O.____ geäusserte Kritik am Gutachten, wonach die Gutachter nicht berücksichtigt hätten, dass die neurasthenische Symptomatik primär auf die schwere körperliche Erkrankung zurückzuführen sei, sich aber auch auf psychischer Ebene äussere, mangels weiterführender Erklärung nicht nachvollziehbar ist. In somatischer Hinsicht haben die Beschwerden im Bereich der unteren Extremitäten gemäss den Selbstangaben der Beschwerdeführerin anlässlich einer angiologischen Untersuchung im Kantonsspital St. Gallen vom 22. Mai 2018 seit Oktober 2017 schleichend zugenommen; seit Januar 2018 hätten diese stark zugenommen und in den zwei Wochen vor der Untersuchung hätten sich diese nochmals verstärkt. Die schmerzfreie Gehstrecke habe im Untersuchungszeitpunkt zehn bis zwanzig Meter betragen (act. G 11.2). Die Fachärztin hat im Bericht vom 25. Mai 2018 einen Verdacht auf eine hochgradige Rezidivstenose im Bereich der Aorta abdominalis festgehalten. Gemäss den weiteren Berichten des Kantonsspitals St. Gallen vom 20. Juni 2018 und 26. Juli 2018 (act. G 11.3, 11.4) hat sich der Verdacht bestätigt und die Beschwerdeführerin ist am 20. Juli 2018 an der Aorta operiert worden. Gestützt auf diese Berichte ist eine mögliche Verschlechterung des Gesundheitszustands der Beschwerdeführerin frühestens seit der Untersuchung vom 22. Mai 2018 und damit nach dem Erlass der angefochtenen Verfügung objektiv ausgewiesen. Anhaltspunkte dafür, dass die Beschwerden im Bereich der unteren Extremitäten bereits im Zeitpunkt des Erlasses der angefochtenen Verfügung so stark gewesen wären, dass die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin eingeschränkt gewesen wäre, bestehen nicht, zumal die Beschwerdeführerin diese Beschwerden weder im Einwand zum Vorbescheid vom 8. Februar 2018 (IV-act. 143) noch in der Beschwerde vom 3. Mai 2018 (act. G 1) erwähnt hat. Damit ist mit überwiegender Wahrscheinlichkeit vor dem Erlass der angefochtenen Verfügung vom 16. März 2018 keine Verschlechterung des somatischen

Gesundheitszustands mit einer potentiellen Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin eingetreten. Soweit die Beschwerdeführerin aus einer möglichen Verschlechterung des Gesundheitszustands auf einen bereits zu einem früheren Zeitpunkt bestehenden, instabilen Gesundheitszustand schliesst, ist festzuhalten, dass keine Indizien bestanden haben, die auf eine Verschlechterung des Gesundheitszustands in der Zeit zwischen der Erstellung des Gutachtens und dem Erlass der angefochtenen Verfügung hingedeutet hätten. Die von der Beschwerdeführerin eingereichten Unterlagen belegen ebenfalls keine Verschlechterung des Gesundheitszustands. Die Beschwerdegegnerin ist in der angefochtenen Verfügung vom 16. März 2018 also zu Recht davon ausgegangen, dass der Gesundheitszustand im Verfügungszeitpunkt gleich gewesen ist wie im Zeitpunkt der Begutachtung. Damit hat am 16. März 2018 kein arbeitsfähigkeitsrelevanter instabiler Gesundheitszustand vorgelegen. Zusammenfassend ist festzuhalten, dass die Einwände der Beschwerdeführerin keine Zweifel am Gutachten der Neurologie Toggenburg AG vom 22. September 2017 zu wecken vermögen. Vor dem Erlass der angefochtenen Verfügung vom 16. März 2018 ist zudem überwiegend wahrscheinlich keine Verschlechterung des Gesundheitszustands eingetreten, die potentiell Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin gehabt hätte. Damit ist mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erstellt, dass die Beschwerdeführerin im Verfügungszeitpunkt in ihrer angestammten Tätigkeit als Büroangestellte, also in einer körperlich sehr leichten, überwiegend im Sitzen ausgeübten Tätigkeit, vollständig arbeitsfähig gewesen ist. Retrospektiv hat vom 29. Oktober 2014 bis zum 31. Dezember 2014 aufgrund der akuten Erkrankung und der sich anschliessenden stationären Rehabilitation sowie von Februar 2015 bis zum Juni 2015 und von Mai 2016 bis zum August 2016 aufgrund von mittel- bis schwergradigen depressiven Episoden eine vollständige Arbeitsunfähigkeit bestanden. In den Zeiträumen vor Oktober 2014, von Juli 2015 bis April 2016 und von September 2016 bis 16. März 2018 hat eine vollständige Arbeitsfähigkeit bestanden. Im Folgenden ist der Einkommensvergleich durchzuführen. Die Validen- und die Invalidenkarriere bestehen in einer Tätigkeit als Büroangestellte. Der Beschwerdeführerin ist es möglich und zumutbar, ein Invalideneinkommen in der gleichen Höhe wie das bei der C. ___ zuletzt ausgerichtete Einkommen zu erzielen. In der Zeit, in welcher eine vollständige Arbeitsfähigkeit bestanden hat, besteht bei einem Invaliditätsgrad von 0% also kein Anspruch auf eine Invalidenrente. Von Oktober 2014 bis zum Dezember 2014, von Februar 2015 bis zum Juni 2015 und von Mai 2016 bis zum August 2016 ist die Beschwerdeführerin vollständig arbeitsunfähig gewesen. Sie hat sich im Januar 2015 zum Leistungsbezug angemeldet. Unter Berücksichtigung der sechsmonatigen Wartefrist gemäss Art. 29 Abs. 1 IVG ist der potentielle Rentenbeginn somit frühestens am 1. Juli 2015 gewesen. Zu prüfen ist deshalb einzig, ob die Beschwerdeführerin für den Zeitraum vom Mai 2016 bis zum August 2016 einen Anspruch auf eine Invalidenrente hat. Das Versicherungsgericht des Kantons St. Gallen hat im Jahr 2019 gesamtgerichtlich in Anwendung von Art. 54 des Gerichtsgesetzes (sGS 941.1) eine neue Praxis geschaffen, laut der Versicherte, die während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens zu 40% arbeitsunfähig gewesen sind und die nach Ablauf dieses Jahres weiterhin zu mindestens 40% arbeitsunfähig sind, grundsätzlich Anspruch auf eine Rente haben, obwohl zumutbare Eingliederungsmassnahmen, welche ihre Arbeitsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, wiederherstellen erhalten oder verbessern können, nicht abgeschlossen sind. Es hat damit aus Art. 28 Abs. 1 lit. b und c IVG abgeleitet, dass mit dem Ablauf des Wartjahres (vgl. Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG) in jedem Fall sofort ein

Rentenanspruch entstehen muss, wenn eine versicherte Person weiterhin zu mindestens 40% arbeitsunfähig ist, auch wenn die Invaliditätsdefinition gemäss Art. 8 Abs. 1 ATSG, auf welche Art. 28 Abs. 1 lit. c IVG ausdrücklich verweist, noch nicht erfüllt ist, weil noch eine medizinische Eingliederungsmassnahme läuft oder weil die Sachverhaltsabklärung (im Hinblick auf eine Eingliederung oder aber auch im Hinblick auf eine Invalidenrente) noch nicht abgeschlossen ist (vgl. etwa den rechtskräftigen Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 23. September 2019, IV 2016/328, E. 2.2). Ob die Beschwerdeführerin gestützt auf diese Praxis des Versicherungsgerichts für den Zeitraum von Mai 2016 bis August 2016 einen Anspruch auf eine Invalidenrente hat, obwohl sie sich in diesem Zeitraum aus IV-rentenrechtlicher Sicht in einer medizinischen Eingliederung in der Klinik K.____ und in der Tagesklinik des Psychiatrie-Zentrums M.____ befunden hat, kann offengelassen werden. Voraussetzung für einen Anspruch auf eine – auch befristete – Invalidenrente ist nämlich die Erfüllung des Wartejahres (vgl. Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG). Ob dieses unmittelbar vor dem Zeitpunkt des potentiellen Rentenbeginns erfüllt gewesen sein muss oder bereits zu einem früheren Zeitpunkt erfüllt gewesen sein kann, kann vorliegend ebenfalls offengelassen werden. Die Beschwerdeführerin ist nämlich von Oktober 2014 bis April 2016 nicht während zwölf Monaten ohne wesentlichen Unterbruch zu durchschnittlich 40% arbeitsunfähig gewesen, da mit der vollständigen Arbeitsfähigkeit vom Juli 2015 bis zum April 2016 das Wartejahr unterbrochen worden ist (vgl. Art. 29 IVV). Das Wartejahr ist damit nicht erfüllt gewesen. Damit besteht von vornherein kein Anspruch auf eine befristete Invalidenrente. Zusammenfassend ist festzuhalten, dass die Beschwerdeführerin keinen Anspruch auf eine Invalidenrente hat. Die Beschwerde ist demnach abzuweisen. Im Sinne eines obiter dictum ist festzuhalten, dass sich aufgrund der im Beschwerdeverfahren eingereichten Arztberichte der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin in psychischer und in somatischer Hinsicht nach dem Erlass der angefochtenen Verfügung möglicherweise verschlechtert hat. Die Beschwerde könnte daher gleichzeitig als Neuanschuldung zu qualifizieren sein, womit die Beschwerdegegnerin verpflichtet wäre, den Sachverhalt für die Zeit ab dem 17. März 2018 abzuklären. Das Beschwerdeverfahren ist kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festgelegt (Art. 69 Abs. 1 bis IVG). Eine Gerichtsgebühr von Fr. 600.-- erscheint in der vorliegend zu beurteilenden Angelegenheit als angemessen. Dem Ausgang des Verfahrens entsprechend ist sie vollumfänglich der Beschwerdeführerin aufzuerlegen. Zuzufolge unentgeltlicher Rechtspflege ist sie von der Bezahlung zu befreien. Der Staat bezahlt zuzufolge unentgeltlicher Rechtsverteidigung die Kosten der Rechtsvertretung der Beschwerdeführerin. Die Parteientschädigung wird vom Versicherungsgericht festgesetzt und ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache und nach der Schwierigkeit des Prozesses bemessen (Art. 61 lit. g ATSG). In der Verwaltungsrechtspflege beträgt das Honorar vor Versicherungsgericht nach Art. 22 Abs. 1 lit. b der Honorarordnung (sGS 963.75) pauschal Fr. 1'500.-- bis Fr. 15'000.--. Der Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin hat keine Honorarnote eingereicht. In einem durchschnittlich aufwändigen Beschwerdeverfahren betreffend eine Invalidenrente wie dem vorliegenden spricht das Versicherungsgericht praxisgemäss eine pauschale Parteientschädigung von Fr. 3'500.-- zu. Diese ist um einen Fünftel zu kürzen (Art. 31 Abs. 3 des Anwaltsgesetzes, sGS 963.70). Somit entschädigt der Staat den Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin mit Fr. 2'800.-- (einschliesslich Barauslagen und Mehrwertsteuer). Eine Partei, der die unentgeltliche Rechtspflege gewährt wurde, ist zur Nachzahlung der

Gerichtskosten und zur Rückerstattung der Parteientschädigung verpflichtet, sobald sie dazu in der Lage ist (Art. 123 der Schweizerischen Zivilprozessordnung [ZPO, SR 272] i.V.m. Art. 99 Abs. 2 des Gesetzes über die Verwaltungsrechtspflege [VRP, sGS 951.1]).
Entscheid im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP Die Beschwerde wird abgewiesen.
Die Beschwerdeführerin wird zufolge unentgeltlicher Rechtspflege von der Bezahlung der Gerichtskosten von Fr. 600.-- befreit. Der Staat entschädigt den Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin zufolge unentgeltlicher Rechtsverteidigung mit Fr. 2'800.-- (einschliesslich Barauslagen und Mehrwertsteuer).

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