

SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2019/157 vom 30. März 2021

Sg Versicherungsgericht, 2021-03-30, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg_publicationen_IV_2019_157

FR: SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2019/157 du 30 mars 2021

IT: SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2019/157 del 30 marzo 2021

Regeste

Beweiswürdigung hinsichtlich eines polydisziplinären (einschliesslich psychiatrischen) Gutachtens und eines späteren weiteren monodisziplinären psychiatrischen Gutachtens (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 30. März 2021, IV 2019/157).

Volltext

Entscheid vom 30. März 2021 Besetzung Versicherungsrichterinnen Karin Huber-Studerus (Vorsitz), Monika Gehrler-Hug und Corinne Schambeck; Gerichtsschreiberin Fides Hautle Geschäftsnr. IV 2019/157 Parteien A.____, Beschwerdeführerin, gegen IV-Stelle des Kantons St. Gallen, Postfach 368, 9016 St. Gallen, Beschwerdegegnerin, Gegenstand Rente Sachverhalt A.____ meldete sich am 13./14. September 2004 (IV-act. 1) erstmals zum Bezug von Leistungen der Invalidenversicherung an und beantragte eine Rente (IV-act. 3). Sie sei 1985 in die Schweiz gekommen und habe ____ Kinder, davon ____ minderjährige (das jüngste mit Jahrgang 19__). Sie sei von 1997 bis 1999 erwerbstätig gewesen und sei seither Hausfrau. Seit 1991 leide sie an Rücken- und Nervenproblemen (vgl. IV-act. 1). - Dr. med. B.____, Spezialarzt FMH für Innere Medizin, gab am 12. November 2004 (IV-act. 9-1 f.) an, er behandle die Versicherte seit 1987. Es bestünden bei ihr Spannungskopfschmerzen und chronische Lumbalgien bei Lumboischialgie links, beides seit den 80er Jahren. Ohne Auswirkungen auf ihre Arbeitsfähigkeit seien ein St. n. helicobacter-positiver erosiver Antrumgastritis (erfolgreiche Eradikation), eine Refluxoesophagitis Stadium 0-1, beides seit 1998, und eine depressive Entwicklung im Rahmen einer chronischen familiären Überlastung (schwerst ____, ____, und ____ Ehemann; ____ Kinder, die zahlreiche alltägliche und berufliche Probleme zu bewältigen hätten) seit den 80er Jahren. Die Arbeitsfähigkeit als Hausfrau sei nicht genau quantifizierbar. Die Plexus-choroideus-Zyste rechts könne als irrelevant bezeichnet werden und sei für die Spannungskopfschmerzen sicherlich nicht verantwortlich. Die 2003 kernspintomographisch festgestellte Diskusprotrusion LWK 4/5 vermöge die diffusen und wandernden Rückenschmerzen nicht zu erklären. Dr. med. C.____, Facharzt FMH für Neurochirurgie, hatte am 27. Dezember 2002 (IV-act. 9-4) von einer Diskusprotrusion L4/5 (mit Vorschlag einer Facettengelenksinfiltration), die Klinik für Neurochirurgie am Kantonsspital St. Gallen am 24. April 2003 (IV-act. 9-6 f.) von chronischen Lumbalgien bis Lumboischialgien links, und die Klinik für Neurologie am Kantonsspital St. Gallen am 20. Februar 2004 (IV-act. 9-10) u.a. von einem Hyperventilationssyndrom berichtet. - Dr. med. D.____, Spezialarzt für Psychiatrie und Psychotherapie, erklärte im IV-Arztbericht vom 27. November 2004 (IV-act. 11), es lägen eine Somatisierungsstörung und eine Diskusprotrusion L4/5 mit chronischem lumbospondylogem Schmerzsyndrom vor. Die Versicherte sei seit Jahren zu 20 %

arbeitsunfähig, nun als Hausfrau. Sie habe bis 1999 stundenweise in einem Restaurant gearbeitet und die Arbeit wegen der Kinder aufgeben müssen. In der Zeit, als ihr Ehemann sehr krank und betreuungsbedürftig gewesen sei, habe sie ihr jüngstes Kind geboren, was zu einer massiven psychischen und körperlichen Überforderung und wohl zur Somatisierung geführt habe. Sie habe viel Arbeit bewältigt und trotz Beschwerden - chronische Rückenschmerzen und andere psychosomatische Störungen würden die Arbeitsfähigkeit negativ beeinflussen - ein grosses Leistungspensum erbracht und den Haushalt fast ganz allein gemacht. In letzter Zeit helfe ihr dort die älteste Tochter. An eine Wiedereingliederung ins Erwerbsleben sei nicht zu denken. - Nach einer Abklärung an Ort und Stelle vom 2. Mai 2005 (IV-act. 18) wurde berichtet, die Versicherte habe dabei erklärt, sie wäre ohne Gesundheitsschaden voll als Hausfrau tätig. Die IV-Abklärungsperson erhob anhand der Angaben der Versicherten und unter Annahme einer Mithilfe von zwei Töchtern von je 30 bis 45 Minuten pro Tag eine Einschränkung von 21.92 %. Einschränkungen bestünden vor allem bei rückenbelastenden Tätigkeiten wie Staubsaugen, Boden Aufnehmen, Bügeln, Kochen und Reinigen in der Küche. - Mit Verfügung vom 4. August 2005 (IV-act. 20) wies die Sozialversicherungsanstalt/IV-Stelle des Kantons St. Gallen das Gesuch um eine Rente wegen im Betätigungsvergleich unter 40 % liegenden Invaliditätsgrads ab. Am 15./17. Oktober 2014 (IV-act. 22) meldete sich die Versicherte erneut bei der Invalidenversicherung an. Sie sei seit 1999 voll arbeitsunfähig (vgl. IV-act. 22-3) bzw. seit 2004 krank (vgl. IV-act. 22-5). Von Februar bis April 2014 habe sie versucht, zu 20 % erwerbstätig zu sein. - Auf Aufforderung hin reichte die Versicherte Arztberichte ein. Dr. med. E. ____, Facharzt FMH für Innere Medizin, hatte am 3. Mai 2012 (IV-act. 27-1) erklärt, es bestünden Kopfschmerzen vom Mischtyp (episodischer Spannungskopfschmerz, Migräne, Analgetika-induzierter Kopfschmerz) und eine chronische Lumboischialgie links. Allein die Kopfschmerzsymptomatik verunmögliche, dass die Versicherte einer planbaren und konstanten Tätigkeit nachgehe. Die chronischen LWS-Schmerzen reduzierten die körperliche Leistungsfähigkeit erheblich. Beide Leiden gingen in die 80er bzw. 90er Jahre zurück. Die Arbeitsunfähigkeit sei schwer quantifizierbar, die Frage sei aber wohl rein theoretisch, da kaum eine Arbeitsstelle gefunden werden dürfte. Möglich wäre allenfalls eine Tätigkeit, in welcher die Versicherte selbst Dauer und Intensität des Arbeitseinsatzes bestimmen könnte. - Dr. D. ____, hatte am 10. Mai 2012 (IV-act. 27-2 f.) als Diagnosen eine rezidivierende depressive Störung leichten bis mittelschweren Grades, eine Episode einer schweren depressiven Störung Ende letzten und Anfang des aktuellen Jahres, zurzeit in Remission, und eine Somatisierungsstörung bezeichnet. Die Versicherte sei in ihrer psychosozialen Situation überfordert und habe wenig Ressourcen, um den alltäglichen Anforderungen zu genügen. Sie sei auf die Hilfe der Familienangehörigen angewiesen. Den Grad der Arbeitsunfähigkeit bei der gegebenen chronischen psychischen Verfassung mit deutlicher Verminderung der Arbeitsleistung schätze er auf 50 bis 60 %. Eine Fortsetzung der psychiatrischen Behandlung sei unabdingbar. - Dr. med. F. ____, Innere Medizin und Rheumatologie FMH, hatte in seinem Bericht vom 27. Juni 2014 (IV-act. 27-4 ff.) als Diagnosen angegeben ein chronisches Panvertebralsyndrom mit Schmerzgeneralisierung, eine Tendovaginitis stenosans I rechts, Spreizfüsse und Hallux valgus bds., eine chronische Cephalaea, Nikotinabusus, arterielle Hypertonie, Dyslipidämie und eine psychosoziale Problematik. Die Tendovaginitis stenosans könnte mit Steroiden infiltriert werden, was vorderhand aber nicht gewünscht werde. Auf eine entzündlich-rheumatische Erkrankung habe es keine Hinweise gegeben. Zweifellos habe aber die psychosoziale Situation einen Einfluss auf das

Beschwerdebild und die Beschwerdepräsentation bei der Untersuchung. Die Versicherte sei seit ____ 201_ vom Ehemann getrennt. D__ 1_-jährige [Kind] sei in letzter Zeit wahrscheinlich depressiv gewesen. - Ein am 1. ____ 201_ geschlossener Arbeitsvertrag über eine Haushalthilfetätigkeit in einem Privathaushalt für einen halben Tag pro Woche (vgl. IV-act. 29-1) war der Versicherten am 28. ____ 201_ (IV-act. 29-2) per sofort gekündigt worden. Am 17. November 2014 (IV-act. 34) teilte die Sozialversicherungsanstalt/IV-Stelle des Kantons St. Gallen der Versicherten mit, berufliche Massnahmen seien nicht angezeigt. Am 16. März 2015 (IV-act. 43) unterzeichnete die Versicherte einen ausgefüllten Fragebogen zur Rentenabklärung betreffend Erwerbstätigkeit/Haushalt. Sie sei aus gesundheitlichen Gründen nicht erwerbstätig. Ohne Behinderung würde sie zurzeit keine Erwerbstätigkeit ausüben. Die Einschränkungen im Haushalt bestünden seit 2004. Sie erhalte täglich Unterstützung von ihren Kindern. Dr. med. G.____, Fachärztin für FMH Neurologie, hatte in einem Schreiben über eine konsiliarische Beurteilung vom 18. November 2014 (IV-act. 46) einen Vd. a. ein Restless-Legs-Syndrom (RLS) diagnostiziert, ausserdem ein leichtgradiges sensomotorisches Karpaltunnelsyndrom rechts, ein leichtgradiges, rein sensibles Karpaltunnelsyndrom links und einen wahrscheinlich essenziellen Tremor. Klinisch sei der Eindruck einer Tendenz zur generalisierten Fibromyalgie entstanden. Behandelbare Ursachen der vermuteten Leiden (Eisenmangel, Schilddrüsenfunktionsstörung, metabolische Ursachen) seien auszuschliessen. Dr. E. ____ gab im IV-Arztbericht vom 1. April 2015 (IV-act. 51) an, es liege bei der Versicherten ein psycho-physischer Erschöpfungszustand (Burn-out-Symptomatik) vor. Ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit seien eine Fibromyalgie und eine arterielle Hypertonie. Die Versicherte sei seit 1. Mai 2014 voll arbeitsunfähig. Dr. D. ____ gab in seinem IV-Arztbericht vom 22. Mai 2015 (IV-act. 54) bekannt, es liege seit Jahren eine rezidivierende depressive Störung mittelschweren, aktuell schweren Grades mit Remissionsintervallen vor. Er behandle die Versicherte seit September 2002. Seit seinem Bericht vom Mai 2012 habe sich ihr Zustand stark verschlechtert. Die Versicherte sei dauernd depressiv, wozu u.a. schlechte Verhältnisse beitragen. Ein psychisch kranke_ [Kind] mache Probleme und weigere sich, in die Schule zu gehen, weshalb die Behörden interveniert hätten. Die Versicherte sei seit Anfang 2014 zu 50 % arbeitsunfähig. Gegenwärtig und für längere Zeit sei eine Arbeit unmöglich. - Am 26. Juni 2015 (IV-act. 66) beantwortete der Arzt ergänzende Fragen (IV-act. 58) und legte dar, die Versicherte bekomme zurzeit seit dem 11. März 2014 Venlafaxin 75 mg (2x + Kaps) sowie Saroten ret. 50 mg (1x). Darunter sei sie etwas ruhiger geworden. Das habe ihr ermöglicht, sich mit den vielen familiären Problemen (Krankheit sowie ____ Verhalten des Ehemannes und eines minderjährigen [Kindes], der eine klinische Behandlung benötigt habe) auseinanderzusetzen. Aus dieser Situation hätten eine schwere Überforderung und schliesslich eine Depression resultiert. Eine stationäre Behandlung der Versicherten habe er in Erwägung gezogen, doch sei eine solche wegen der familiären Situation nicht durchführbar. Die Versicherte schätze die psychotherapeutischen Sprechstunden; die Compliance sei sehr gut. Die Medikamentendosen seien nicht hoch, aber wirksam gewesen. Bezüglich deren Einnahme habe die Versicherte glaubwürdig geschienen. - Der Regionale Ärztliche Dienst (RAD) der Invalidenversicherung erklärte am 21. Juli 2015 (IV-act. 67), im Vergleich zu 2004 neu seien die Diagnosen einer Depression, eines CTS und eines RLS, die mutmasslich funktionell Auswirkungen auch auf die Haushaltsarbeitsfähigkeit hätten. In einem radiologischen Bericht vom 14. Oktober 2015 (IV-act. 71) wurde angegeben, es bestehe eine mögliche Irritation der linken C5-Nervenwurzel bzw. der rechten

C6-Nervenwurzel bei jeweils kleinen Diskushernien. Am 21. Oktober 2015 (IV-act. 73) erfolgte eine weitere Abklärung an Ort und Stelle. Die Versicherte habe angegeben, d___ [Kind] sei in die Klinik H.___, im Jahr 2013 in den I.___ und ausserdem ins J.___ eingewiesen worden. Man habe ihr die Obhut entziehen wollen. Ihr [Kind] habe Suizid begehen wollen. ___ habe nun einen Beistand. Am __. __. 2015 habe sie als MitfahrerIn in einem Bus, dessen Chauffeur stark habe bremsen müssen, ein Schleudertrauma erlitten. Seither hätten die Schmerzen zugenommen. Ohne gesundheitliche Beeinträchtigung würde sie zu 20 bis 50 % einem Erwerb nachgehen, weil das sie von ihren Problemen ablenken würde. Es gebe Tage, an denen sie im Haushalt nichts erledigen könne, dann sei es ihr wieder möglich, für eine Stunde im Haushalt mitzuhelfen. Der Sohn und die Tochter unterstützten sie in der Haushaltstätigkeit. Die IV-Abklärungsperson berichtete, es seien nur noch drei Personen im Haushalt. Es fielen pro Tag 4.16 Stunden Arbeit an. Es werde eine Einschränkung von 80 % (Arbeitsfähigkeit für eine Stunde machte 75 % aus; das sei nicht immer möglich) angenommen, unter Berücksichtigung einer Mithilfe von Sohn und Tochter von zusammen zwei Stunden bzw. abgerundet 50 % resultiere eine Einschränkung von 30 %. Diese werde auf die Differenz zwischen (dem Mittelwert von 20 und 50 % für die Erwerbstätigkeit von somit) 35 % und 100 %, somit auf 65 % Haushaltstätigkeit bezogen, was einen Teilinvaliditätsgrad von 19.5 % ergebe. Die Einschränkung im Erwerbsteil wurde nicht bezeichnet. Dr. E.___ berichtete am 4. Dezember 2015 (IV-act. 75), es sei neu eine koronare Eingefässerkrankung mit seriell schweren RIVA-Stenosen [Ramus interventricularis anterior-Stenosen] diagnostiziert worden und es habe eine erfolgreiche PCI [perkutane koronare Intervention] mit Einlage von zwei Stents stattgefunden. Es bestehe eine chronische Stressbelastung und sei eine Verschlechterung eingetreten. Eine Arbeitsfähigkeit sei nach wie vor nicht gegeben. - Dr. med. K.___, Facharzt für Innere Medizin und Kardiologie, hatte am 10. November 2015 (IV-act. 78) vom V.a. eine koronare Herzkrankheit und von kardiovaskulären Risikofaktoren berichtet, Dr. med. L.___, Facharzt für Neurochirurgie, am 12. November 2015 (IV-act. 76) von einer Fibromyalgie (polytope Schmerzsymptomatik), einer mässigen bis deutlichen Bandscheibendegeneration C4/5 und C5/6 (ohne Bedrängung nervaler Strukturen) und einer flachen linkskonvexen Skoliose thoracolumbal. Eine medikamentöse Therapie der Fibromyalgie wäre empfehlenswert, doch müsste die Versicherte davon noch überzeugt werden. In einem Austrittsbericht der Klinik für Kardiologie am Kantonsspital St. Gallen vom 3. Dezember 2015 (IV-act. 77-1 ff.) war die Erstdiagnose einer koronaren Eingefässerkrankung gestellt worden. Die Versicherte habe am 2. Dezember 2015 in gutem Allgemeinzustand entlassen werden können (Eintritt 30. November 2015). - Der RAD hielt am 4. Januar 2016 (IV-act. 79) dafür, aus den bekannten Gesundheitsschäden könne gesamthaft keine dauerhafte und erhebliche Minderung des Leistungsvermögens in Haushalt und Erwerb abgeleitet werden. Mit Vorbescheid vom 5. Januar 2016 (IV-act. 82) stellte die Sozialversicherungsanstalt/IV-Stelle der Versicherten eine Abweisung ihres Rentenanspruchs (kein Invaliditätsgrad) in Aussicht. Die Geschäfts- und regionale Fachstelle der Procap wandte am 5. Februar 2016 (IV-act. 86) für die Versicherte ein, die Invalidität sei nochmals zu prüfen und nach der Methode für Vollerwerbstätige zu berechnen. Die Restarbeitsfähigkeit der Versicherten sei noch nicht abschliessend geklärt. Sie leide seit Jahren an einer rezidivierenden depressiven Störung mittelschweren bis schweren Ausmasses und stehe ebenfalls seit Jahren in adäquater psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlung. Die Erkrankung sei sicherlich chronifiziert. Im Mai 2015 sei sie gemäss dem Psychiater wieder schwer ausgeprägt

gewesen. Der RAD-Arzt habe sich jedoch im Januar 2016 vor allem auf die Aussage des Hausarztes fokussiert. Bezüglich der kardialen Beschwerden, die wieder zugenommen hätten, stehe die Versicherte zurzeit in weiteren Abklärungen bei Dr. K.____. Seit der Trennung vom Ehemann im ____ 201_ müsste und würde die Versicherte als Gesunde als Hilfsarbeiterin im Niedriglohnsegment zu 100 % erwerbstätig sein (sie würde diesfalls keine Karriere als Sozialhilfebezügerin anstreben). Das habe sie längst bewiesen, habe sie doch ____ Kinder mehrheitlich selbst grossgezogen und sich daneben noch um den kranken Ehemann gekümmert. Zurzeit lebten nur noch d__ erwachsene selbständige [Kind] und d__ jüngste [Kind] bei ihr. Sie sei bei der Abklärung gefragt worden, wieviel sie an der letzten Arbeitsstelle gearbeitet hätte. Bei jener Tätigkeit als Hausangestellte in einem privaten Haushalt sei sie schon längst gesundheitsbedingt eingeschränkt gewesen. Selbst wenn sie nach der Trennung allenfalls nur zu 80 % einer Tätigkeit nachgegangen wäre, um sich um d__ ebenfalls gesundheitlich beeinträchtigt__ [Kind] kümmern zu können, hätte sie das Pensum spätestens mit der Aufnahme von beruflichen IV-Massnahmen für dies__ auf 100 % gesteigert, denn die anderen Kinder unterstützten sie bei der Betreuung des [Kindes]. Dr. K.____ teilte in einem IV-Arztbericht vom 29. März 2016 (IV-act. 90) mit, bei der Versicherten liege eine koronare Herzkrankheit vor. Sie sei wegen der Diskrepanz zwischen Beschwerden und objektiven Befunden nochmals ans Kantonsspital St. Gallen gewiesen worden. Er (der Arzt) könne die Beschwerden nicht reproduzieren. Sie seien deutlich psychisch überlagert. Die Versicherte habe extreme Angst vor einem drohenden Infarkt bei positiver Familienanamnese. Eine Arbeitsunfähigkeit bestehe nicht (der Beruf sei nicht bekannt); eine Tätigkeit sollte möglich sein. Am 13. Oktober 2016 (IV-act. 100) erstattete das Zentrum für Interdisziplinäre Medizinische Begutachtungen AG (ZIMB) sein interdisziplinäres Gutachten. Bei der Versicherten liege als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode mit psychotischen Symptomen, vor. Aus rein somatischer Sicht sei sie in der Arbeitsfähigkeit nicht eingeschränkt (vgl. IV-act. 100-60 und IV-act. 100-63). Es hätten sich diesbezüglich wenig pathologische Befunde objektivieren lassen (vgl. IV-act. 100-62). Psychiatrisch gesehen seien aber die diagnostischen Kriterien einer schweren Episode einer rezidivierenden depressiven Störung mit psychotischen Symptomen erfüllt (vgl. IV-act. 100-63). Deswegen sei die Versicherte für eine ausserhäusliche Tätigkeit zurzeit voll arbeitsunfähig. Die am 12. November 2015 (bzw. 21. Oktober/13. November 2015) ermittelte Einschränkung von 30 % im Haushaltsbereich sei plausibel (vgl. IV-act. 100-63). Aufgrund ihrer Beschwerden habe die Versicherte Schwierigkeiten, den Haushalt zu führen und sei in der Freizeitgestaltung erheblich beeinträchtigt. Ihr ganzer Tag bestehe daraus, entweder im Bett zu liegen und an die Wand zu starren oder auf der Couch zu liegen (vgl. IV-act. 100-68). Sie behaupte, der Zustand bestehe seit mehr als zehn Jahren. Sie sei nicht krankheitsbedingt unfähig zu Therapieadhärenz. Aus psychiatrischer Sicht sei sie seit Mai 2015 nicht mehr arbeitsfähig (vgl. IV-act. 100-68). Sie habe nie Selbsteingliederungsbemühungen getätigt (vgl. IV-act. 100-67). Anhaltspunkte für eine bewusstseinsnahe Aggravation oder Simulation von Beschwerden hätten sich nicht gefunden (vgl. IV-act. 100-63). Es seien Diskrepanzen zwischen dem Ausmass der subjektiven Beschwerden und den zu objektivierenden somatischen Befunden zu beobachten gewesen, bei der kardiologischen Untersuchung zudem eindeutige Hinweise auf eine Selbstlimitierung. Die spirometrischen Parameter hätten auf eine fehlende Motivation, sich auszubelasten, hingewiesen. Der Abbruch sei wegen Angabe von müden und schmerzhaften Beinen, weniger wegen Dyspnoe, vorzeitig erfolgt. Bei der Kontrolle bei

Dr. K.____ vom 13. Juni 2016 habe die Versicherte ausserdem auffälligerweise mehr als das Doppelte von dem bei der aktuellen Begutachtung Gezeigten geleistet (vgl. IV-act. 100-67 f.; nämlich dort 85 Watt). Die Kooperationsbereitschaft der Versicherten bei der Therapie müsse angezweifelt werden; sie habe sich bisher geweigert, sich stationär psychiatrisch behandeln zu lassen. Ausserdem hätten die gemessenen Medikamentenspiegel für Amitriptylin bzw. Nortriptylin deutlich unter der Nachweisgrenze gelegen, was für eine schlechte Compliance sprechen könnte. Ferner rauche die Versicherte trotz nachgewiesener koronarer Herzkrankheit und entsprechender Aufklärung über die von andauerndem Nikotinkonsum ausgehende Gefahr immer noch täglich zehn Zigaretten (vgl. IV-act. 100-66). Zu empfehlen sei als Schadenminderungsmassnahme dringend eine Intensivierung der (gegenwärtig völlig insuffizienten) psychiatrischen Therapie, unter Umständen im stationären Setting, mit Ausbau der antidepressiven Medikation - mit Kontrolle der Plasmaspiegel - und psychiatrischer Reevaluation in einem Jahr (vgl. IV-act. 100-66 f.). Mit Schreiben vom 3. März 2017 an die Procap (IV-act. 108) forderte die Sozialversicherungsanstalt/IV-Stelle die Versicherte unter Androhung einer Kürzung oder Verweigerung von Leistungen im Unterlassungsfall dazu auf, sich bis spätestens 31. August 2017 in eine psychiatrische Klinik zu begeben. - Die Procap teilte am 28. April 2017 (IV-act. 109) mit, die Versicherte sei durch den Hausarzt zu einem teilstationären Aufenthalt in der Tagesklinik eines Psychiatrischen Zentrums angemeldet worden. Eine stationäre Massnahme in der Klinik M.____ sei im Jahr 2016 von der Krankenkasse abgelehnt worden. - Am 10. November 2016 (Fremd-act. 3) hatte die Krankenversicherung Dr. E.____ geschrieben, ihr Vertrauensarzt habe die Informationen zur Belastungssituation der Familie der Versicherten aufgrund von kardiovaskulären Erkrankungen zur Kenntnis genommen, stütze sich bei der Beurteilung des Wiedererwägungsgesuchs betreffend einen stationären Aufenthalt in der Klinik M.____ aber in erster Linie auf die medizinischen Angaben über die Versicherte. Die Massnahmen zur Anpassung deren Lifestyles (z.B. Physiotherapie, Psychotherapie, Raucherentwöhnung, Gewichtsreduktion) könnten im ambulanten Rahmen erfolgen. - Am 7. September 2017 (IV-act. 117) reichte die Procap den Austrittsbericht der Psychiatrischen Tagesklinik vom 21. August 2017 (IV-act. 118; über den Aufenthalt der Versicherten vom 3. bis 18. Juli 2017) ein. Dr. med. N.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, habe darin dringendst eine vollstationäre Therapie empfohlen, worauf sich die Versicherte nicht habe einlassen können. Mit der Empfehlung der neu behandelnden Psychiaterin Dr. med. O.____, in die Klinik M.____ einzutreten, sei die Versicherte einverstanden. - Dr. N.____ hatte in dem Bericht eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradig depressive Episode mit somatischem Syndrom, und eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung diagnostiziert. Die tägliche Anreise sei mit sehr viel Aufwand verbunden gewesen, so dass die Versicherte jeweils in erschöpftem Zustand erschienen und nicht in der Lage gewesen sei, am regulären Therapieprogramm teilzunehmen. Sie habe die meiste Zeit im Ruheraum verbracht. Da die Sinnhaftigkeit der teilstationären Therapie, an welcher die Versicherte wegen des Schweregrads depressiver Symptome zurzeit nicht teilnehmen könne, in Frage zu stellen sei, werde dringendst eine vollstationäre Therapie empfohlen. - Am 22. Dezember 2017 (IV-act. 127) reichte die Procap einen Kurzaustrittsbericht der Klinik M.____ vom 13. Dezember 2017 (IV-act. 128) ein. Darin war über den (stationären) Aufenthalt der Versicherten vom 15. November bis 12. Dezember 2017 berichtet worden. Es lägen eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode, eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung, eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren, eine koronare

1-Gefässerkrankung, chronische Spannungskopfschmerzen, eine Verspannung der Rückenmuskulatur, eine chronische Dyspepsie, eine Reizblase mit Urge-Inkontinenz, ein leichtgradiges sensomotorisches Karpaltunnelsyndrom rechts und ein Hallux valgus bds. vor. Die Versicherte sei in klinisch gutem Zustand nach Hause entlassen worden. Sie habe affektstabil gewirkt und sich von Suizidalität distanziert. Bis zum 26. Dezember 2017 sei sie noch voll arbeitsunfähig (vgl. auch Austrittsbericht vom 17. Januar 2018, IV-act. 130). Dr. O.____ berichtete im IV-Arztbericht vom 14. März 2018 (IV-act. 131) von den Diagnosen einer rezidivierenden depressiven Störung, ggw. mittelgradige Episode, einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren und chronischen Spannungskopfschmerzen. Die Intensivierung der psychiatrischen Therapie habe keine Resultate erbracht. Eine weitere Besserung sei nicht zu erwarten. Die Versicherte sei seit 19. Juli 2017 (Aufnahme Behandlung) voll arbeitsunfähig. - Dr. med. P.____, Facharzt FMH für Allgemeinmedizin, teilte Dr. E.____ am 1. Mai 2018 (IV-act. 137) mit, beim klinischen Untersuchen der Versicherten seien eine Einschränkung der Hüftrotation links und eine Einschränkung der HWS-Rotation beidseits aufgefallen. Die HWS-Rotation habe sofort normalisiert werden können. Ein Beckenübersichtsbild habe eine beginnende Coxarthrose links gezeigt. Dysfunktionen seien zwar vorhanden, würden bei der generalisierten Schmerzhaftigkeit aber nur einen kleineren Teil des Krankheitsbildes ausmachen. Das Vollbild einer Fibromyalgie finde sich nicht. Nach seiner Behandlung habe die Versicherte an zwei bis drei Tagen eine leichte Besserung gehabt, "um" schnell wieder ins alte Muster zurückzufallen. - In einem radiologischen Bericht vom 7. März 2018 (IV-act. 138) war u.a. von rechtsbetonten Facettengelenksarthrosen polysegmental und initialen Osteochondrosen, allerdings ohne signifikante Höhenminderung der interponierten Bandscheibenfächer, berichtet worden. Am 12. Oktober 2018 (IV-act. 150) erstattete für das ZIMB ____ Dr. med. Q.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, das in Auftrag gegebene psychiatrische Gutachten. Eine psychiatrische Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit liege bei der Versicherten nicht vor. Eine (rezidivierende) depressive Störung, gegenwärtig remittiert, und die Entwicklung körperlicher Symptome aus psychischen Gründen beeinflussten die Arbeitsfähigkeit nicht. Bei der vorangegangenen psychiatrischen Begutachtung sei eine schwere depressive Episode festgestellt worden. In Anbetracht der erheblichen Aggravation bei der aktuellen Begutachtung sei das nicht ganz nachvollziehbar; eine eingehende Klärung der Frage, ob die Beschwerden tatsächlich im angegebenen Ausmass vorgelegen hätten, sei damals offenbar noch nicht durchgeführt worden. Mit Vorbescheid vom 3. Dezember 2018 stellte die Sozialversicherungsanstalt/IV-Stelle des Kantons St. Gallen der Procap eine Abweisung des Rentengesuchs der Versicherten vom Oktober 2014 in Aussicht. Eine Invalidität liege bei dieser nicht vor, da im Erwerb wie im Haushalt volle Arbeitsfähigkeit bestehe. - Die Procap wandte am 18. Februar 2019 (IV-act. 160) ein, die Invalidität sei nochmals zu prüfen. Die Versicherte wolle das Gutachten noch mit ihrer behandelnden Ärztin besprechen. Am 15. Februar 2019 (IV-act. 162) reichte sie für die Versicherte ergänzend die Stellungnahme von Dr. O.____ vom 5. Februar 2019 (IV-act. 162-2 ff.) zum Gutachten und ausserdem weitere medizinische Berichte zu somatischen Erkrankungen ein. Diese seien durch den RAD zu prüfen und allenfalls sei die Stellungnahme von Dr. O.____ dem Gutachter zuzustellen. - Dr. O.____ hatte der Rechtsvertretung der Versicherten gegenüber dargelegt, im Gutachten werde dieser vorgeworfen, sie habe sich keinen intensiven psychotherapeutischen Behandlungen unterzogen. Sie sei aber in der Klinik M.____ gewesen. Weder dort noch in den Angaben der Tagesklinik sei von einer Verweigerung durch die Versicherte berichtet

worden; vielmehr sei diese zur Beteiligung wegen der Schmerzen und der Erschöpfung nicht in der Lage gewesen. Sie (die Ärztin) frage sich, wie der Gutachter zum Schluss gekommen sei, dass die betreffenden Symptome zwar geschildert worden seien, aber nicht hätten nachvollzogen werden können. Die Nachvollziehbarkeit sei nämlich irrelevant, massgeblich sei eine Objektivierung. Sei ein objektiver Befund nicht möglich, seien Tests durchzuführen, was der Gutachter nicht getan zu haben scheine. Der gutachterliche Fokus sei vorwiegend auf allfällige Aggravations- und Simulationszeichen gerichtet gewesen und es entstehe der Eindruck, dass bei der kurzen Dauer der Untersuchung (von 12.55 bis 14.20 Uhr mit Pause) auf wichtige Themen nicht eingegangen worden sei, nämlich auf die Sorgen und einschneidenden Erlebnisse der Versicherten. Sie (Dr. O.____) erlebe etwa den Nervenzusammenbruch nach dem Suizidversuch des [Kindes] als für die Versicherte einschneidend, weil sie darüber mit authentischen Begleitgefühlen wie ausgeprägter Angst und Traurigkeit berichte. Der Gutachter sei auf die chronischen Kopfschmerzen nicht eingegangen, deren Grund die Versicherte in ihren schwierigen Verhältnissen sehe (Familienanamnese, Kinder- und Jugendzeit, Ehe mit seit __ Jahren eine Rente beziehendem Mann). Die Summe aus Venlafaxin und O-Desmethylvenlafaxin liege mit 171 ng/ml im Normbereich. Sie (die Ärztin) habe die Dosis wegen der bei kardialen Vorerkrankungen gebotenen Vorsicht nicht erhöht. Die Diagnose einer chronischen Schmerzstörung habe der Gutachter zwar als nachvollziehbar beschrieben, aber nicht gestellt. Die Ausprägung der psychisch bedingten Beschwerden der Versicherten habe sich im Lauf des Schmerzchronifizierungsprozesses verstärkt. Es bestehe eine Intensivierungs- und Ausweitungstendenz durch die ständige Interaktion (dieser psychisch bedingten Beschwerden) mit den körperlichen und psychosozialen Belastungsfaktoren. Durch die Schmerzen habe sich die Versicherte schon übermässig Massnahmen auferlegt, was zu einer Dekonditionierung und einem Verlust der Fähigkeiten geführt habe. Die Kriterien der Diagnose "chronische Schmerzen mit somatischen und psychischen Anteilen" seien erfüllt. Würden aber - wie gemäss dem Gutachter - bei der Versicherten weder eine Depression noch eine chronische Schmerzstörung vorliegen, frage sich, weshalb die Therapieoptionen geändert werden sollten. Zu ihrem (der Psychiaterin) Bericht vom 14. März 2018 habe der Gutachter im Übrigen nicht Stellung genommen. - Des Weiteren war in einem beigelegten Bericht des Instituts für Pathologie am Kantonsspital St. Gallen vom 29. August 2018 (IV-act. 162-23) von einer akuten Appendizitis mit Periappendizitis (keine Malignität) der Versicherten berichtet worden. In einem Austrittsbericht der Klinik für Allgemein-, Viszeral- Endokrin- und Transplantationschirurgie am Kantonsspital St. Gallen vom 11. September 2018 (IV-act. 162-20 ff.) waren nebst der akuten Appendizitis die koronare Eingefässerkrankung, eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung, eine rezidivierende depressive Störung, eine Reizblase mit Urge-Inkontinenz und eine Fibromyalgie angegeben worden, in den Berichten der Klinik für Endokrinologie, Diabetologie, Osteologie und Stoffwechselerkrankungen am Kantonsspital St. Gallen vom 1. Oktober 2018 (IV-act. 162-14 ff.) und vom 29. Januar 2019 (IV-act. 162-6 ff.) ausserdem ein Verdacht auf eine familiäre Hypercholesterinämie. Dr. K.____ hatte am 26. November 2018 (IV-act. 162-11 ff.) berichtet, aktuell bestehe kein Hinweis auf eine Belastungskoronarinsuffizienz bis 84 Watt und die links- und rechtsventrikuläre Funktion sei erhalten (LVEF 53 %). Die Belastbarkeit sei im Vergleich zu Dezember 2017 gleich geblieben. Es persistierten atypische Thoraxbeschwerden. Bei den extrakardialen Vorerkrankungen erwähnte er u.a. eine Belastungs-Harninkontinenz (TVT-Band 12/16), eine Knieverletzung links, die OP eines Karpaltunnelsyndroms links sowie eine

entsprechende Infiltration rechts, sowie eine Appendektomie 2018. Der RAD hielt am 11. März 2019 (IV-act. 163) dafür, bekannt geworden seien nun noch die im August 2018 durchgemachte akute Blinddarmentzündung, eine medikamentös schwierig einstellbare Fettstoffwechselstörung und atypische Thoraxbeschwerden der Versicherten. Die ergometrische Belastbarkeit von Ende 2018 sei mit jener von Ende 2017 vergleichbar. Es könne im Grossen und Ganzen von einem bezüglich der Arbeitsfähigkeit gleichgebliebenen Gesundheitszustand ausgegangen werden. Die Stellungnahme der Behandlerin sei dem Gutachter vorzulegen. Der Gutachter der Psychiatrie ___ Dr. Q. ___ hielt in seiner Entgegnung vom 11. April 2019 (IV-act. 165) auf die Stellungnahme von Dr. O. ___ nach Auseinandersetzung mit den Einwänden an seiner gutachterlichen Einschätzung fest. Die Versicherte sei in klinisch gutem Zustand aus der Klinik M. ___ entlassen worden. Ob die Psychiatrische Tagesklinik den beschriebenen erschöpften Zustand der Versicherten objektiv wahrgenommen habe oder das in erster Linie deren eigene Erklärung gewesen sei, sei fraglich. Angesichts des sehr kurzen Wegs (wesentlich kürzer als jener zur Behandlerin) sei der hohe Anreiseaufwand nicht erklärbar. Die Versicherte habe ausserdem diverse ärztlich empfohlene therapeutische Massnahmen nicht oder nur zögerlich wahrgenommen und sich erst nach Auflage in stationäre Behandlung begeben. Eine depressive Störung habe nicht diagnostiziert werden können, weil entsprechende Symptome zwar geschildert bzw. demonstriert worden seien, aber nicht authentisch gewesen seien. Es müsse davon ausgegangen werden, dass hieran auch Tests nichts geändert hätten. Diese könnten eine Depression nicht objektiv nachweisen und seien kein objektives Messinstrument, sondern vor allem für die Verlaufskontrolle von Interesse. Die Authentizitätsprüfung dürfe nicht an einem einzelnen Kriterium festgemacht werden, sondern es sei eine Zusammenschau erforderlich, die sich auf mehrere Informationsquellen und Erhebungsmethoden stütze. Es werde nicht in Abrede gestellt, dass bei der Versicherten einige sogenannte Life-events vorlägen, die grundsätzlich dazu geeignet seien, eine Depression auszulösen. Für eine Diagnose komme es aber nicht darauf an, ob und wie viele und wie schwere Stressoren vorlägen, sondern diagnostisch werde zwischen depressiven Episoden und rezidivierenden depressiven Störungen sowie dem jeweiligen Schweregrad der Störung differenziert. Die Untersuchungszeit sei des Weiteren ausreichend gewesen. Mit dem Hinweis auf die Problematik der Höherdosierung von Venlafaxin habe die behandelnde Psychiaterin nicht unrecht, die Risiken seien jedoch wesentlich geringer als jene von Saroten (Amitriptylin), das bis Oktober 2016 verordnet worden sei. Es sei für ihn aber ohnehin nicht verständlich, weshalb Venlafaxin weiter verordnet werde, da die Versicherte erkläre, davon nicht zu profitieren. Was damit gemeint sei, dass sich die Versicherte schon übermässig Massnahmen auferlegt habe, sei nicht ersichtlich. Es habe viele Hinweise auf deutlich geringeren als den geschilderten Leidensdruck gegeben. Das Schreiben von Dr. O. ___ sei im Gutachten gewürdigt worden. Mit Verfügung vom 17. Mai 2019 (IV-act. 167) wies die Sozialversicherungsanstalt/IV-Stelle des Kantons St. Gallen das Rentengesuch der Versicherten wie angekündigt ab. Auf das psychiatrische Gutachten könne abgestellt werden. Eine Verschlechterung des somatischen Gesundheitszustands sei nicht anzunehmen. Gegen diese Verfügung richtet sich die am 6. Juni 2019 (IV-act. 169) bei der Beschwerdegegnerin erhobene und von dieser am 12. Juni 2019 (IV-act. 170) zuständigkeitshalber dem Versicherungsgericht des Kantons St. Gallen überwiesene Beschwerde. Die Beschwerdeführerin erklärt, die bisherigen Abklärungen würden ihren Gesundheitszustand in keiner Art und Weise richtig wiedergeben. Körperlich gesehen sei sie durch ihre koronare Herzerkrankung sicherlich eingeschränkt. Trotz ihres noch nicht

fortgeschrittenen Alters sei bereits eine Intervention mit Dilatation der wichtigsten grossen Arterie nötig gewesen. Viele ihrer Geschwister hätten einen Herzinfarkt erlitten oder seien gar daran verstorben. Nach Einschätzung von Dr. E.____ könne sie zudem wegen eines psycho-physischen Erschöpfungszustands keine konstante planbare Arbeit leisten. Möglicherweise habe ihre Selbstbeherrschung bei den (sc. wohl begutachtenden) Ärzten den Eindruck erweckt, es gehe ihr gut. Sie ersuche daher dringend um eine Neubeurteilung.

- In der Beschwerdeschrift vom 13. Juni 2019 (act. G 2) bringt die Beschwerdeführerin weiter vor, es sei nicht nachvollziehbar, weshalb die Beschwerdegegnerin ihr nicht einmal eine befristete Rente gewähre, habe doch bei der MEDAS-Begutachtung vom Juni 2016 eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % aus psychiatrischen Gründen bestanden. Obwohl sie seither alles für eine Verbesserung Nötige unternommen habe und seit Jahren in engmaschiger psychiatrisch/psychotherapeutischer - auch stationärer - Behandlung stehe, sei eine solche nicht eingetreten. Daher sei ihr nicht verständlich, weshalb auf das Gutachten vom Oktober 2018 und nicht auf die Einschätzung ihrer behandelnden Psychiaterin abgestellt werde. Des Weiteren sei sie mit der vorgenommenen Qualifikation (Aufteilung in zwei Anteile von 65 % und 35 %) nicht einverstanden. Wäre sie gesund, so würde und müsste sie einer vollzeitlichen Erwerbstätigkeit nachgehen, zumal sie als ungelernte Arbeitnehmerin Tätigkeiten im Hilfsarbeitssektor ausüben müsste. Es sei ihr zudem die unentgeltliche Prozessführung zu bewilligen und sie sei von der Pflicht zur Leistung eines Kostenvorschusses zu befreien. In ihrer Beschwerdeantwort vom 20. August 2019 beantragt die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde. Somatische Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit seien im Gutachten vom Oktober 2016 nicht festgestellt worden. Die im Einwandverfahren geltend gemachten Einschränkungen bedeuteten gemäss der RAD-Stellungnahme vom 11. März 2019 keine dauernde bzw. keine relevante Verschlechterung des Gesundheitszustands, weshalb auf weitere Abklärungen in somatischer Hinsicht verzichtet werden könne. Gemäss dem Gutachten vom Oktober 2018 sei von einer Aggravation, wenn nicht sogar teilweise von Simulation auszugehen. Damit falle gemäss der Rechtsprechung des Bundesgerichts eine versicherte Gesundheitsschädigung ausser Betracht. Ein Anspruch auf eine befristete Rente entfalle wegen der festgestellten Aggravation der Beschwerdeführerin ebenfalls. Aus dem Gutachten vom Oktober 2016 könne auch deshalb keine Erwerbsunfähigkeit abgeleitet werden, weil der Gesundheitszustand instabil gewesen sei. Denn eine solche setze nach Art. 7 Abs. 1 ATSG einen nach zumutbarer Behandlung verbleibenden Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt voraus. Die Qualifikation als Teilerwerbstätige spiele, da keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit für Erwerb und Haushalt vorliege, keine Rolle. Es sei aber bei der Statusfrage zu Recht auf die Aussagen der Beschwerdeführerin der ersten Stunde abgestellt worden, wonach sie einer Erwerbstätigkeit von 20 bis 50 % nachginge. Am 27. August 2019 ist dem Gesuch um Bewilligung der unentgeltlichen Rechtspflege (Befreiung von den Gerichtskosten) entsprochen worden. Mit Replik vom 20. September 2019 legt die Beschwerdeführerin dar, die Beschwerdegegnerin unterstelle ihr, dass sie ihre psychischen Beschwerden verdeutliche und sich ungenügend behandeln lasse. Sie stehe aber bereits seit 2004 in fachärztlicher psychiatrischer Behandlung und nehme auch immer die verordneten Medikamente ein, leider ohne dass sich dadurch die Erkrankung wesentlich verbessert hätte. Sie gehe von einer Chronifizierung aus. Die Unterstellung sei für sie ein Hohn. Der Sachverständige habe sich, wie die sie seit immerhin 2017 behandelnde Ärztin Dr. O.____ in ihrer Stellungnahme vom 5. Februar 2019 erwähnt habe, in seinem Gutachten zu deren

Bericht nicht geäussert. So wie er ihr (der Beschwerdeführerin) etwas unterstelle, so könnte sie ihm unterstellen, ein Gutachten zugunsten der Invalidenversicherung erstellt und keine objektive, unabhängige Beurteilung vorgenommen zu haben. Die Beschwerdegegnerin hat am 23. Oktober 2019 auf die Erstattung einer Duplik verzichtet. Erwägungen Im Streit liegt die Verfügung vom 17. Mai 2019, mit welcher die Beschwerdegegnerin das Rentengesuch der Beschwerdeführerin vom Oktober 2014 abgewiesen hat. Die Beschwerdeführerin beantragt eine Neubeurteilung ihres Anspruchs. Angesichts der Geltendmachung einer vollen Arbeitsunfähigkeit ist anzunehmen, es würden sinngemäss einzig Rentenleistungen beantragt. Ergäbe sich jedoch, dass ohne Eingliederungsmassnahmen ein solcher Anspruch in Frage stünde, so gehörte zum Streitgegenstand notwendigerweise auch die Frage, ob die Beschwerdegegnerin den Grundsatz "Eingliederung vor Rente" beachtet und eine allfällige Pflicht der Beschwerdeführerin zu Massnahmen ausreichend 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. 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). Der Gesundheitszustand und die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin wurden im Rahmen der Neuanschuldung vom Oktober 2014 im Juni 2016 durch das ZIMB polydisziplinär (somatisch und psychiatrisch) begutachtet. Der psychiatrische Aspekt (dazu vgl. unten E. 5 ff.) wurde später im Juli 2018 nochmals gutachterlich exploriert. Was zunächst den somatischen Gesundheitszustand als solchen betrifft, ergab sich Folgendes: Bei der polydisziplinären Begutachtung zeigte sich diesbezüglich gemäss dem ZIMB-Gutachten vom 13. Oktober 2016 keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin. Festgestellt wurden allerdings (erstens) eine koronare Eingefässerkrankung mit/bei Status nach zweimaliger PCA einer seriellen RIVA-Stenose Mitte und distal mit Implantation von zwei medikamentenbeschichteten Stents in Kissing Balloon Technik zum ersten Diagonalast am 01.12.2015, umschriebener kleiner reversibler Ischämie inferior apikal in der Stress-Kardio-MRI-Untersuchung vom 09.03.2016, normaler linksventrikulärer Funktion in der Echokardiographie vom 24.08.2016 (EF 60 bis 65 %), fehlender Motivation, sich spirometrisch suffizient auszubelasten, und kardiovaskulären Risikofaktoren (positive Familienanamnese, arterielle Hypertonie, Hyperlipidämie, Nikotinabusus, Prä-Diabetes), (zweitens) chronische Spannungstypkopfschmerzen, (drittens) eine asymptomatische zystische Veränderung des Plexus choroideus auf Höhe des Hinterhorns des rechten Seitenventrikels mit geringer Liquorzirkulationsstörung, (viertens) eine chronische Dyspepsie (verkürzt wiedergegeben), (fünftens) eine Reizblase mit Urge-Inkontinenz, (sechstens) ein chronisches multilokuläres Schmerzsyndrom ohne anatomisches Korrelat, (siebtens) ein leichtgradiges sensomotorisches Karpaltunnelsyndrom rechts und (siebtens) ein Hallux valgus beidseits. Im Einzelnen hat sich anlässlich der allgemein-internistischen Begutachtung bei der Untersuchung des Bewegungsapparats ein unauffälliges spontanes Bewegungsmuster gezeigt, bei der klinischen Untersuchung jedoch eine deutliche Selbstlimitierung (Sperren und massive Abwehr bei Beweglichkeitsprüfung; alle Waddell-Zeichen positiv, diffuse vertebrale und paravertebrale Druckdolenz ohne palpablen Muskelhartspann; FBA 40 cm bei aber problemlosem Langsitz auf der Untersuchungsfläche; Angabe massiver Schmerzen

bei Schulterbeweglichkeitsprüfung bei passiv freier Beweglichkeit; keine Atrophie an oberen und unteren Extremitäten; vgl. IV-act. 100-37). Bei der neurologischen Untersuchung stellte der Gutachter der Allgemeinen Inneren Medizin einen intermittierenden Ruhetremor der Hände fest (vgl. IV-act. 100-37). Das Ruhe-EKG war unauffällig, ohne Hinweise auf eine Hypertrophie oder Ischämie gewesen (vgl. IV-act. 100-38). Eine kleine Lungenfunktionsprüfung ergab eine normale Lungenfunktion ohne Anhaltspunkte für eine obstruktive oder restriktive Ventilationsstörung (vgl. IV-act. 100-38). Die Werte des Medikamentenspiegels für Amitriptylin und für Nortriptylin (sowie die Summe beider Werte) lagen unter der Nachweisgrenze, diejenigen für Venlafaxin und für O-Desmethylvenlafaxin lagen bei 60 und bei 122, die Summe also bei 182 µg/l, und damit innerhalb des angegebenen therapeutischen Bereichs von 100 bis 400. Bei der kardiologischen Begutachtung wurde festgestellt, die Beschwerdeführerin habe bei der Spiro-Ergometrie lediglich 32 % des Solls geleistet. Die spirometrischen Parameter/Kriterien einer suffizienten Ausbelastung hätten klar auf eine fehlende Motivation hingedeutet; die anaerobe Schwelle sei keinesfalls erreicht worden. Die Befunde seien kongruent zu den Vorbefunden aus den Jahren 2015 bis 2016 und würden keine andauernde Arbeitsunfähigkeit begründen. Eine relevante kardiale Ischämie werde - trotz fehlender Ausbelastung - aufgrund der anamnestischen Angaben als wenig wahrscheinlich erachtet (vgl. IV-act. 100-39). Eine Arbeitsfähigkeit liege für Arbeit bis zu einer mittelschweren bzw. wechselnd leichten bis mittelschweren Belastung vor, schwere körperliche Belastung dagegen sei für die Beschwerdeführerin aufgrund der Dekonditionierung ungeeignet. Bei der rheumatologischen Begutachtung konnten im Bereich der Wirbelsäule und der Gelenke keine funktionellen Einschränkungen und Störungen festgestellt werden. Die Beschwerdeführerin habe zwar beim Untersuch der Wirbelsäulenbeweglichkeit gegengespannt, doch hätten spondylogene oder radikuläre Zeichen gefehlt. Die Schmerzen (an Gesamtwirbelsäule und oberen und unteren Extremitäten) seien dem multilokulären Schmerzsyndrom zuzuordnen. Ein entzündlich-rheumatisches Geschehen, insbesondere eine Kollagenose oder eine Myopathie, seien ausgeschlossen (vgl. IV-act. 100-42 f.). Zur neurologischen Untersuchung hielt der Gutachter der Rheumatologie fest, das Reflexbild an oberen und unteren Extremitäten sei seitengleich und prompt gewesen, Defizite der Motorik hätte nicht ausgemacht werden können. Bei der Prüfung der Sensibilität habe sich eine inkonstante Hyposensibilität des rechten Unterschenkels gezeigt (vgl. IV-act. 100-42). Das Ergebnis einer vollen Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin in wechselnd leicht bis mittelschwer belastenden, alters- und habitusentsprechenden Tätigkeiten (vgl. IV-act. 100-57 ff.) unter somatischen Gesichtspunkten ist damit auf entsprechende Untersuchungen gestützt. Wie sich dem Gutachten vom 13. Oktober 2016 entnehmen lässt, sind anlässlich der interdisziplinären Begutachtung auch die Vorakten zur Kenntnis genommen worden (vgl. IV-act. 100-2 bis 24). Die Gutachter befassten sich mit dem Verlauf (vgl. IV-act. 100-26 bis 31), erfragten die Anamnese, dabei namentlich auch die geklagten Beschwerden (vgl. IV-act. 100-31 ff., 100-34 f.), und sie erhoben die jeweiligen Befunde. Das erwähnte Ergebnis zur somatisch betrachteten Arbeitsfähigkeit ist begründet und erscheint stichhaltig. Nach der Begutachtung vom Juni 2016 fand im November/Dezember 2017 noch ein stationärer Aufenthalt der Beschwerdeführerin in der Klinik M.____ statt. Die dort genannten somatischen Diagnosen erweisen sich insofern als bekannt, als sie bereits bei der Begutachtung festgestellt und gewürdigt worden waren. - Ein Beckenübersichtsbild zeigte nach Angaben von Dr. P.____ vom 1. Mai 2018 des Weiteren eine beginnende Coxarthrose

links. Der Arzt erwähnte allerdings, Dysfunktionen seien zwar vorhanden, doch würden sie bei der generalisierten Schmerzhaftigkeit nur einen kleineren Teil des Krankheitsbildes ausmachen. - Im August 2018 machte die Beschwerdeführerin nach der Aktenlage eine akute Appendizitis mit Periappendizitis durch; es erfolgte eine laparoskopische Appendektomie (vgl. IV-act. 162-21). Die Klinik für Endokrinologie, Diabetologie, Osteologie und Stoffwechselerkrankungen am Kantonsspital St. Gallen äusserte in Berichten vom 1. Oktober 2018 und vom 29. Januar 2019 einen Verdacht auf eine familiäre Hypercholesterinämie. - Dr. K.____ berichtete am 26. November 2018, aktuell bestehe kein Hinweis auf eine Belastungskoronarinsuffizienz bis 84 Watt und die links- und rechtsventrikuläre Funktion sei erhalten. Klinisch hätten keine Zeichen kardio-respiratorischer Insuffizienz vorgelegen; es handle sich um ein gutes postinterventionelles Langzeitergebnis. Er erwähnte unklare Thoraxbeschwerden. - Diese medizinische Sachlage erachtete der RAD am 11. März 2019 als bezüglich der Arbeitsfähigkeit im Grossen und Ganzen unveränderten Zustand. Dieser Beurteilung kann gefolgt werden; sie erscheint überwiegend wahrscheinlich. - Angemerkt werden kann, dass daneben eine Knieverletzung links erwähnt worden und dass bekannt geworden ist, dass die Belastungs-Harninkontinenz (durch ein TVT-Band 12/16) und das Karpaltunnelsyndrom beidseits (links durch OP, rechts durch Infiltration) behandelt worden sind (vgl. die entsprechenden Angaben von Dr. K.____ zu extrakardialen Vorerkrankungen). Die Beschwerdeführerin erwähnt in ihrer Beschwerde zum somatischen Aspekt namentlich ihre koronare Herzerkrankung als - sc. stärker als beurteilt - einschränkend und risikoreich. Ihr diesbezüglicher gesundheitlicher Zustand ist indessen abgeklärt und der Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit ist ausreichend berücksichtigt worden (wobei nach der Aktenlage keine relevante Veränderung seit Juni 2016 anzunehmen ist), so dass sich diesbezüglich kein Grund zur Beanstandung ergibt. In Bezug auf den psychiatrischen Gesundheitszustand und die betreffende Arbeitsfähigkeit ist zunächst festzuhalten, dass sämtliche psychischen Erkrankungen nach der bundesgerichtlichen Rechtsprechung (vgl. BGE 143 V 418 E. 7.1 f.) grundsätzlich (bei Ausnahmen nach dem jeweiligen Beweisbedarf) einem strukturierten Beweisverfahren nach BGE 141 V 281 zu unterziehen sind. Die funktionellen Folgen der Gesundheitsschädigung sind danach qualitativ zu erfassen und quantitativ einzuschätzen. Für die Beurteilung des funktionellen Leistungsvermögens sind 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). Die funktionellen Folgen von Gesundheitsschädigungen werden auch mit Blick auf psychosoziale und soziokulturelle Belastungsfaktoren abgeschätzt, welche den Wirkungsgrad der Folgen einer Gesundheitsschädigung beeinflussen. Soweit diese Belastungsfaktoren direkt negative funktionelle Folgen zeitigen, bleiben sie ausser Acht. Hingegen können sie mittelbar zur Invalidität beitragen, wenn und soweit sie zu einer ausgewiesenen Beeinträchtigung der psychischen Gesundheit als solcher mit Einschränkung der Arbeitsfähigkeit geführt haben, wenn sie also einen verselbständigten Gesundheitsschaden aufrechterhalten oder den Wirkungsgrad seiner - unabhängig von den invaliditätsfremden Elementen bestehenden - Folgen verschlimmern (vgl. Bundesgerichtsurteil vom 20. Januar 2020, 8C_559/2019 E. 3.2). Eine durch belastende Lebensumstände begründete fachärztliche Diagnose genügt nach der Rechtsprechung für einen Leistungsanspruch für sich allein noch nicht, sondern es ist eine krankheitswertige, d.h. von den reaktiven, invaliditätsfremden Geschehen bei psychosozialen Belastungsfaktoren abgrenzbare psychische Störung vorausgesetzt, die sich auf die Arbeitsfähigkeit der versicherten Person auswirkt (vgl. Bundesgerichtsurteil vom 22. August 2018, 9C_262/2018 E. 4.2.1). Es ist also eine Abgrenzung zu reaktivem, invaliditätsfremdem Geschehen aufgrund von psychosozialen Belastungen erforderlich (so bezüglich depressiver Leiden BGE 143 V 409 E. 4.5.2). Beim strukturierten Beweisverfahren geht es um die Frage, ob die funktionellen Auswirkungen medizinisch im Licht der normativen Vorgaben widerspruchsfrei und schlüssig mit (zumindest) überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sind. Der Beweis für eine lang andauernde und erhebliche gesundheitsbedingte Arbeitsunfähigkeit ist nur dann erbracht, wenn die Prüfung der massgeblichen Beweisthemen im Rahmen einer umfassenden Betrachtung ein stimmiges Gesamtbild für eine Einschränkung in allen Lebensbereichen (Konsistenz) zeigt (vgl. BGE 145 V 361 E. 3.2.2). 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 (vgl. BGE 145 V 361 E. 4.3). Es ist Aufgabe des medizinischen Sachverständigen, gegebenenfalls (beispielsweise) 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). Anlässlich der polydisziplinären Begutachtung vom Juni 2016 gab die Beschwerdeführerin dem Gutachter der Psychiatrie an, sie könne sich zurzeit nicht mehr konzentrieren und könne maximal zwei Stunden schlafen. Teilweise werde an der Tür gerüttelt und ihr Name gerufen. Morgens brauche sie zwei bis drei Stunden, um aufstehen zu können (vgl. IV-act. 100-46), bzw. drei bis vier Stunden, bis sie sich bewegen könne (vgl. IV-act. 100-47). Sie wache auf und ihr ganzer Körper zittere (vgl. IV-act. 100-46). Morgens sei es so schlimm, dass sie zittere und nicht einmal eine Kaffeetasse halten könne. Sie stehe dann auf und mache sich parat. Mittags esse sie teilweise, meist auch nicht. Sie könne nicht einmal mehr staubsaugen und auch nicht Kochen. Die Wäsche könne sie noch teilweise sortieren, einkaufen noch einfache Sachen wie Brot und Milch; das andere nicht.

Manchmal, teilweise einmal in der Woche, gehe sie in ein Café (vgl. IV-act. 100-47). Der ganze Tag bestehe aus innerer Unruhe, sie grüble den ganzen Tag lang nur immer (vgl. IV-act. 100-46). Ihr ganzer Tag bestehe daraus, entweder im Bett zu liegen und an die Wand zu starren oder auf der Couch zu liegen (vgl. IV-act. 100-47). Der Gutachter der Psychiatrie erhob den psychopathologischen Befund (vgl. IV-act. 100-47 f.). Er schloss, die Beschwerdeführerin sei vollständig zurückgezogen, könne weder einkaufen noch eigene Dinge erledigen. Es fänden sich zusätzlich mindestens drei Haupt- und fast alle Nebensymptome der schweren depressiven Erkrankung, somit alle Symptome einer schweren depressiven Episode. Die schwere Ausprägung der Symptome liege, soweit anamnestisch abfragbar, seit mindestens zwei bis drei Jahren, wenn nicht länger, vor. Die Beschwerdeführerin selber gebe an, seit mindestens zehn Jahren an diesen schlimmen Symptomen zu leiden. Das sei allerdings mit den vom Psychiater (Dr. D.____) dokumentierten Befunden nicht kongruent. Dieser gehe erst für die Zeit ab Mai 2015 von einer erneuten Verschlechterung gegenüber dem Zustand von 2012 aus. Der Gutachter empfahl eine Intensivierung der psychiatrischen Therapie, unter Umständen im stationären Setting mit Ausbau der antidepressiven Medikation (samt Kontrolle der Plasmaspiegel) sowie eine Reevaluation in einem Jahr. Die Arbeitsunfähigkeit der Beschwerdeführerin für eine ausserhäusliche Arbeit wurde im Gutachten mit 100 %, jene im Haushalt mit 30 % beurteilt (vgl. IV-act. 100-59 und -61). Aus den Wiedergaben in den übrigen Teilgutachten zeigt sich allerdings, dass die Beschwerdeführerin zum Tagesablauf auch angegeben hatte, sie versuche, nach dem Frühstück etwas Haushaltarbeit zu machen, müsse aber schon nach 10 bis 15 Minuten eine Pause machen. Anschliessend gehe sie zu Fuss oder mit dem Bus in einen Grossverteiler einkaufen. Danach bereite sie etwas zum Mittagessen für sich und ihr [Kind] vor. Am Nachmittag müsse sie dann zwei bis drei Stunden im Bett verbringen. Später stehe sie wieder auf und bereite sich einen Kaffee zu. Anschliessend gehe sie kurz spazieren, manchmal allein, manchmal in Begleitung [des Kindes] oder des (von ihr getrennten) Ehemannes. Abends esse sie etwas und lese dann meistens Zeitung oder schaue selten fern (vgl. IV-act. 100-32 f.). - Diese Schilderungen scheinen weniger Einschränkungen aufzuzeigen als jene gegenüber dem Gutachter der Psychiatrie. Im Begutachtungsgespräch mit dem Gutachter der Allgemeinen Inneren Medizin erschienen zudem ihre mnestischen und kognitiven Funktionen intakt. Auch dieser Gutachter erwähnte jedoch, das formale und inhaltliche Denken sei auffällig gewesen, stark auf die Beschwerden und Defizite fokussiert. Die Beschwerdeführerin sei sehr weinerlich und in ihrer affektiven Schwingungsfähigkeit deutlich eingeschränkt gewesen. Die Grundstimmung sei deprimiert und gleichgültig, die Vitalgefühle seien vermindert gewesen. Es hätten passive Todeswünsche bestanden (vgl. IV-act. 100-36). Insgesamt ist indessen davon auszugehen, dass der damals begutachtende Experte der Psychiatrie teilweise von einer allzu weitreichenden Beeinträchtigung der Beschwerdeführerin ausgegangen ist, nahm er doch (aufgrund ihrer Angaben) wie erwähnt etwa an, sie sei vollständig zurückgezogen, könne weder einkaufen noch eigene Dinge erledigen und tue nichts mehr als zuhause sitzen (vgl. IV-act. 100-59). - Wenn zum Schweregrad der Befunde erklärt wurde, die diagnostischen Kriterien einer schweren Episode einer rezidivierenden depressiven Störung mit psychotischen Symptomen seien erfüllt und dies bedinge eine volle Arbeitsunfähigkeit für ausserhäusliche Tätigkeiten (vgl. IV-act. 100-63), ist das entsprechend zu relativieren. Des Weiteren fällt auf, dass die im Gutachten festgestellten Diskrepanzen zwischen dem Ausmass der subjektiven Beschwerden und den bei der Beschwerdeführerin zu objektivierenden somatischen Befunden sowie die eindeutigen

Hinweise auf eine Selbstlimitierung der Beschwerdeführerin bei Hinweisen auf eine fehlende Motivation (vgl. IV-act. 100-67) im psychiatrischen Teil des Gutachtens soweit ersichtlich keine Berücksichtigung bzw. keine ausdrückliche Würdigung fanden, obwohl sie Anlass zu besonderem Augenmerk auf eine Objektivierung der angegebenen psychischen Beschwerden geboten hätten. Das gilt erst recht, weil im Gutachten ausserdem festgehalten wurde, die Kooperationsbereitschaft der Beschwerdeführerin bei der Therapie müsse - bei nicht krankheitsbedingter Unfähigkeit dazu (vgl. IV-act. 100-68) - angezweifelt werden. Sie habe eine stationäre psychiatrische Behandlung bisher verweigert, die Medikamentenspiegel für Amitriptylin bzw. Nortriptylin hätten deutlich unter der Nachweisgrenze gelegen, was für eine schlechte Compliance sprechen könnte (vgl. IV-act. 100-66), und die Beschwerdeführerin habe nie irgendwelche Selbsteingliederungsbemühungen getätigt (vgl. IV-act. 100-67). - Was die Ablehnung der stationären Behandlung betrifft, ist anzumerken, dass dafür nach der Aktenlage familiäre Gründe vorgebracht wurden und einmal eine Ablehnung durch die Krankenversicherung erfolgt war (vgl. unten E. 7.2.4). Des Weiteren ist auf den Umstand hinzuweisen, dass die Beschwerdeführerin geltend gemacht hat, der damalige Zustand habe bereits seit mehr als zehn Jahren bestanden (vgl. IV-act. 100-68). Das wurde im Gutachten - in nachvollziehbarer Weise - als nicht kongruent mit den vom behandelnden Psychiater dokumentierten Befunden betrachtet. Von einer schweren depressiven Erkrankung und voller Arbeitsunfähigkeit wurde gutachterlich in der Folge ab Mai 2015 ausgegangen (vgl. IV-act. 100-60). Dr. D.____ als behandelnder Psychiater hatte damals berichtet, eine - auch angepasste - Arbeit sei der Beschwerdeführerin zurzeit nicht möglich, in mehreren Monaten dann theoretisch zu 50 % (wie im Übrigen bereits im Jahr 2012 attestiert, vgl. IV-act. 27-3). - Im Gutachten wurde ausserdem festgehalten, die Beschwerdeführerin habe bereits bei der Haushaltabklärung vom 12. November 2015 (recte: 21. Oktober 2015) als schwer depressiv gegolten (vgl. IV-act. 100-61). Dies hat die Abklärungsperson indessen - soweit ersichtlich - nicht zu einer entsprechenden Bemerkung veranlasst. Im Gutachten wurde schliesslich dargelegt, es habe sich eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit im Haushaltsbereich von lediglich 30 % ergeben, was jedoch plausibel erscheine (vgl. IV-act. 100-60). Nach dem Gutachten vom Oktober 2016 zu schliessen, wurde demnach davon ausgegangen, die schwere depressive Erkrankung habe für eine Dauer von mehr als einem Jahr angehalten. Dass ein schwer depressiver Zustand so lange ohne stationäre oder teilstationäre Behandlung bleibt, erscheint allerdings - auch wenn die familiäre Konstellation mitberücksichtigt wird - kaum plausibel. Zum schwer depressiven Zustand der Beschwerdeführerin wurde im Gutachten zudem festgehalten, es handle sich um einen instabilen Gesundheitszustand, der dank adäquater Therapie verbesserbar wäre (vgl. IV-act. 100-60). Es sei nicht von einer dauerhaften Einschränkung der Arbeitsfähigkeit auszugehen (vgl. a.a.O.). Eine Würdigung der gutachterlichen Darlegungen zu den Standardindikatoren ergibt zusammenfassend eine gewisse, nicht unbedeutende Diskrepanz zum Ergebnis der damaligen psychiatrisch-gutachterlichen Beurteilung einer vollen Arbeitsunfähigkeit der Beschwerdeführerin in Erwerbstätigkeiten. Am 6. Juli 2018 erfolgte die zweite psychiatrische Begutachtung. Auch dieser Gutachter nahm die Vorakten zur Kenntnis, befragte die Beschwerdeführerin zu ihrem Leiden und zur Anamnese und erhob den Befund. Die Beschwerdeführerin hat ihm gemäss dem Gutachten erklärt, sie leide seit Jahren an Kraftlosigkeit, habe keine Energie und keinen Willen mehr und ihr ganzer Körper sei "kaputt". Sie leide an Schmerzen. Auf diesbezügliche Nachfrage hat sie gemäss dem Gutachten erklärt, sie habe überall ein wenig Schmerzen; zurzeit liege der Schmerzgrad auf

der visuellen Analogskala (von 0 bis 10) bei 9. Sie nehme Schmerzmittel. Als ihre Zukunftsvorstellungen erwähnte sie, wieder gesund werden und wieder Kraft erhalten zu wollen. Zurzeit habe sie jedoch kein Ziel; es sei ihr alles egal, es wäre auch egal, morgen zu sterben. Sie frage sich, wofür ihr Leben noch Sinn mache. Sie habe in der Vergangenheit alle möglichen Therapien bekommen, doch habe keine dieser Behandlungen zu einer Linderung geführt. Des Weiteren gab sie u.a. an, es gehe ihr gesundheitlich deutlich schlechter. Sie habe ständige Kopfschmerzen, die von Sehstörungen begleitet seien, ausserdem Magenschmerzen und chronische Rückenbeschwerden. Sie leide an einer Drang- und Stressinkontinenz und an Ein- und Durchschlafstörungen sowie Angstattacken (vgl. IV-act. 150-13 f.). Eine Ergo- oder Physiotherapie mache sie zurzeit nicht, weil keine der so zahlreichen früheren Therapien zu einer Besserung geführt habe (vgl. IV-act. 150-14). Der Gutachter der Psychiatrie berichtete, bei der grob neurologisch orientierenden Untersuchung habe die Beschwerdeführerin bei der groben Kraftprüfung in beiden Händen, Schultern und Oberarmen eine nicht nachvollziehbare Kraftminderung demonstriert. Es sei ein leichter Tremor zu beobachten gewesen (vgl. IV-act. 150-19). Beim psychiatrischen Status legte der Gutachter dar, die Beschwerdeführerin habe mit guter Stimme, aber wenig moduliert und einsilbig gesprochen. Sie sei dem Gespräch bzw. der Exploration sehr genau gefolgt, habe jedoch verlangsamt geantwortet. Wahrnehmung und Aufmerksamkeit seien weder in Umfang noch Intensität herabgesetzt, das Konzentrationsvermögen sei nicht reduziert gewesen. Die Beschwerdeführerin habe sich der Exploration ausdauernd widmen können und das Gedächtnis habe keine Denk- oder Merkfähigkeitsstörungen aufgewiesen. Der formale Denkablauf sei inhaltlich etwas auf die Schmerzproblematik eingeeengt gewesen. Es werde von nächtlichen Ängsten berichtet. Störungen der Affektivität seien nicht nachweisbar gewesen; die Beschwerdeführerin sei im Affekt auslenkbar und durchaus in der Lage gewesen, emotional positiv zu reagieren. Der Antrieb sei als erheblich herabgesetzt geschildert worden, was aufgrund der Verhaltensbeobachtung im geschilderten Ausmass nicht nachvollziehbar sei. Die angegebene Störung der circadianen Rhythmik könne naturgemäss nicht überprüft werden (vgl. IV-act. 150-19 f.). Der Sachverständige der Psychiatrie erörterte, die Hauptsymptome einer in Frage kommenden depressiven Störung, nämlich eine Störung der Affektivität im Sinn einer depressiven Stimmung, ein Interessens- oder Freudeverlust sowie ein verminderter Antrieb oder eine gesteigerte Ermüdbarkeit würden zwar von der Beschwerdeführerin geschildert, könnten aber nicht nachvollzogen werden. Denn sie habe sich schwingungsfähig gezeigt, bei Gelegenheit durchaus agil gewirkt und einen lebhaften Eindruck gemacht. Die Schilderung fast absoluter Untätigkeit im Tagesablauf und vollständigen Interessensverlusts sei nicht nachvollziehbar, denn bei der aktuellen Begutachtung sei selbst von den kleinen Aktivitäten gemäss Vorgutachten (gelegentlich einen Kaffee trinken gehen, mittags das Essen zubereiten, Zeitung lesen, selten fernsehen) nicht mehr die Rede gewesen, obwohl die Beschwerdeführerin einen weniger kranken Eindruck gemacht habe als damals (sc. beschrieben). Dass sie nach Drittauskunft in den Urlaub fahren werde, spreche gegen einen Aktivitäts- und Interessensverlust. Einschränkungen von Konzentration und Aufmerksamkeit, mit denen Depressionen regelmässig einhergingen, hätten sich nicht feststellen lassen. Auch ein häufig damit verbundener Appetitverlust bzw. eine entsprechende Gewichtsabnahme lasse sich den Akten nicht entnehmen. Psychotische Symptome und Stimmenhören seien nicht mehr geschildert worden (vgl. IV-act. 150-22 ff.). Die Entwicklung einer somatoformen Schmerzstörung wäre zwar nachvollziehbar, doch bestünden verschiedene Indikatoren, die für eine Aggravation

sprächen (vgl. IV-act. 150-25 f.). Diese (auch über die bereits erwähnten hinausgehenden) Indikatoren beschrieb der Gutachter im Einzelnen (vgl. IV-act. 150-33 ff.; vgl. unten E. 7.2.7). Das Begutachtungsergebnis, wonach die Beschwerdeführerin kein psychiatrisches Leiden mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit aufweist (vgl. IV-act. 150-22), erscheint daher begründet. Die Beschwerdeführerin lässt indessen diverse Einwände erheben, denen der Gutachter entgegnet hat. So weist sie auf eine Stellungnahme von Dr. O. ___ hin, worin diese vorbrachte, der Gutachter habe zu ihrem Bericht vom 14. März 2018 keine Stellung genommen. Er hat den Inhalt des Berichts allerdings wiedergegeben und sich mit den entsprechenden Beschwerden der Beschwerdeführerin befasst, was als ausreichend zu betrachten ist. Die behandelnde Psychiaterin wendet weiter ein, ob die Beschwerden der Beschwerdeführerin hätten nachvollzogen werden können oder nicht, sei nicht relevant. Sei ein objektiver Befund nicht möglich, könnten Testergebnisse eine allfällige depressive Störung bestätigen. Dass der Gutachter auf Tests verzichtet hat, ist als in seinem Ermessen stehendes Vorgehen nicht zu beanstanden. Bei schwer objektivierbaren Beschwerden ist der Einsatz geeigneter Tests zur Evaluation der Leistungsfähigkeit und der Leistungsbereitschaft der Exploranden bzw. der Validität der geklagten Symptome nach den Qualitätsleitlinien der Schweizerischen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie SGPP für versicherungspsychiatrische Gutachten (3. A. vom 16. Juni 2016, in SZS 2016 435 ff., 446) zu prüfen. Die Verfahren haben danach aber keinen eigenständigen gutachterlichen Charakter, sondern sind Zusatzbefunde, die in die psychiatrisch-gutachterliche Gesamtbeurteilung einfließen (vgl. Rz 4.3.2.2 der Leitlinien; vgl. auch Bundesgerichtsurteil vom 12. April 2019, 9C_752/2018 E. 5.3).

Neuropsychologische Test-Untersuchungsergebnisse sind im Rahmen einer gesamthaften Beweiswürdigung auch nur insoweit bedeutsam, als sie überprüf- und nachvollziehbar sind und sich in die übrigen medizinischen Abklärungsergebnisse schlüssig einfügen (vgl. Bundesgerichtsurteil vom 7. August 2009, 8C_261/2009; BGE 119 V 340 E. 2b/bb). Eine Objektivierung der Beschwerden ist allerdings erforderlich. Der Gutachter hat beschrieben, was er dabei berücksichtigt hat. Des Weiteren wird vorgebracht, die Beschwerdeführerin habe gemäss dem Bericht der Klinik M. ___ über ständige Schmerzen geklagt und sie habe sich ausserdem wegen der Schmerzen (u.a. würden von ihr auch Kopfschmerzen beklagt), der Erschöpfung und der Müdigkeit am Programm in der Tagesklinik nicht beteiligen können (vgl. IV-act. 162-2). Es bestünden chronifizierte Schmerzen. - Diesbezüglich ist allerdings darauf hinzuweisen, dass die Beschwerdeführerin zwar angab, dreimal täglich 1 g Paracetamol und Novalgin (nicht erinnerlicher Dosierung) einzunehmen (vgl. IV-act. 150-14), dass Paracetamol aber nicht nachweisbar gewesen war und der Spiegel des Metabolits von Novalgin unter der Nachweisgrenze gelegen hatte (vgl. IV-act. 150-20). Ausserdem wies der Gutachter darauf hin, dass die Beschwerdeführerin verschiedene angebotene Schmerzbehandlungen nicht habe vornehmen lassen wollen (vgl. IV-act. 150-27 f., etwa eine Facetteninfiltration, vgl. IV-act. 9-4; eine Infiltration wegen Tendovaginitis stenosans, vgl. IV-act. 27-8; Medikamente gegen Fibromyalgie, vgl. IV-act. 76-3; eine Behandlung betreffend RLS, Intensivierung Physiotherapie), was dafür spreche, dass der Leidensdruck jeweils nicht so stark ausgeprägt gewesen sei (vgl. IV-act. 150-26 f.). Die Beschwerdeführerin habe angegeben, Schmerzmittel einzunehmen, obwohl sie aber gleichzeitig erklärt habe, gegen die Schmerzen helfe ihr nichts (vgl. IV-act. 150-27). Bei Dr. F. ___ habe die Beschwerdeführerin allerdings eine gewisse Wirksamkeit für Paracetamol angegeben (vgl. IV-act. 150-34). Es erscheine zudem prinzipiell nicht plausibel, dass ihr überhaupt nichts zu helfen vermöge (vgl.

IV-act. 150-34). - Anzumerken ist allerdings, dass die Beschwerdeführerin nach der Aktenlage (nebst der Appendektomie 2018) im Dezember 2016 die Belastungs-Harninkontinenz durch ein TVT-Band und ausserdem das CTS (Karpaltunnelsyndrom) links operativ und dasjenige rechts durch eine Infiltration hat behandeln lassen (vgl. IV-act. 162-11). Des Weiteren wurde für die Beschwerdeführerin vorgebracht, sie leide schon jahrelang an einer rezidivierenden depressiven Störung mittelschweren bis schweren Ausmasses und stehe seit Jahren in adäquater psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlung. Bezüglich der Mitwirkung der Beschwerdeführerin bei der teilstationären Behandlung erscheint allerdings die gutachterliche Stellungnahme begreiflich, wonach der angegebene hohe Anreiseaufwand in die Tagesklinik nicht erklärbar und der beschriebene erschöpfte Zustand der Beschwerdeführerin nicht objektivierend begründet worden ist (vgl. IV-act. 165-2). Der Gutachter erwähnte, die Beschwerdeführerin habe einen stationären Aufenthalt zunächst abgelehnt (vgl. IV-act. 150-31); ein solcher war im Juni 2015 wegen der familiären Situation von Dr. D. ___ als nicht durchführbar bezeichnet worden (vgl. IV-act. 66; vgl. auch E. 6.2.4). Doch war 2016 einmal ein Antrag auf eine stationäre Behandlung gestellt und von der Krankenversicherung abgelehnt worden. Die Ablehnung war damit begründet worden, dass die erforderlichen Massnahmen zur Anpassung des Lifestyles (wie Physiotherapie, Psychotherapie, Raucherentwöhnung, Gewichtsreduktion) ambulant erfolgen könnten. Die Begründung lässt auch darauf schliessen, dass das Gesuch mit der familiären kardiovaskulären Vorbelastung begründet worden ist. Es ist anzunehmen, dass der Vertrauensarzt die Beschwerden der Beschwerdeführerin als nicht so schwerwiegend erachtete, dass eine stationäre Aufnahme gerechtfertigt gewesen wäre. Was die psychiatrische medikamentöse Behandlung betrifft, erklärte der Gutachter, gegen die Angabe der Beschwerdeführerin, es vermöge ihr nichts zu helfen, spreche der Umstand, dass ihr das Antidepressivum Venlafaxin schon über mehrere Jahre hinweg verordnet und die Medikation nicht geändert worden sei (vgl. IV-act. 150-35), denn hätte sie in der Behandlung erklärt, das Mittel helfe nicht, wäre eine Änderung zu erwarten gewesen. Die Beschwerdeführerin habe auch angegeben, das Antidepressivum einzunehmen (vgl. IV-act. 150-35). Der Gutachter legte dar, gemessen am therapeutischen Bereich zwischen 200 und 400 ng/ml habe der Medikamentenspiegel bei der Beschwerdeführerin (mit 179, 162 und 171; einmal aber 426) mehrfach unter dem Bereich gelegen (vgl. IV-act. 150-20). Im ersten Gutachten, auf dem Laborblatt (vgl. IV-act. 135) und von Dr. O. ___ wurde als Referenzbereich allerdings eine tiefer beginnende Spanne zwischen 100 und 400 ng/ml (vgl. IV-act. 162-3) bezeichnet. Wenn der Gutachter allerdings schliesst, obwohl die Beschwerdeführerin von einer Einnahme von 150 mg (Efexor, vgl. IV-act. 150-14) pro Tag - in der Regel der Höchstdosis der Arznei im ambulanten Bereich - berichtet habe, sei der entsprechende Blutserumspiegel des Wirkstoffs Venlafaxin und seines Metaboliten relativ niedrig gewesen (vgl. IV-act. 150-35), dürfte ihm in Anbetracht der Bandbreite gefolgt werden können. - Er weist weiter darauf hin, dass trotz Auflage der Beschwerdegegnerin weder in der Tagesklinik noch in der Klinik M. ___ ein Ausbau der antidepressiven Medikation erfolgt sei. Das spreche dafür, dass der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin dort ebenfalls objektiv als weniger gravierend eingeschätzt worden sei, als sie selbst ihn beschrieben habe (vgl. IV-act. 150-35). Auch wenn der Gutachter anerkennt, dass eine Höherdosierung bei der Beschwerdeführerin wegen der kardialen Vorerkrankungen problematisch sei, lässt sich Letzteres insofern bestätigen, als von den behandelnden Institutionen eine - allerdings doch immerhin noch - mittelgradige depressive

Episode der Beschwerdeführerin diagnostiziert worden war. Dem Kurzaustrittsbericht der Klinik M. ___ vom 13. Dezember 2017 über den Aufenthalt der Beschwerdeführerin vom 15. November bis 12. Dezember 2017 ist jedoch auch zu entnehmen, dass sie in klinisch gutem Zustand nach Hause entlassen worden sei und affektstabil gewirkt habe. Die behandelnde Psychiaterin wies am 5. Februar 2019 auf die Rolle der psychosozialen Situation der Beschwerdeführerin hin. Diese selber hatte ihre Beschwerden anlässlich der früheren polydisziplinären Begutachtung auf ihr schweres Leben zurückgeführt (vgl. IV-act. 100-57). Als psychosoziale Belastungsfaktoren waren damals im Gutachten die jahrelange Belastung als sozusagen alleinerziehende Mutter von ___ Kindern und diejenige durch den psychisch kranken Ehemann und die zwei ebenfalls psychisch auffälligen [Kinder] genannt worden (vgl. IV-act. 100-65). Die persönlichen Ressourcen waren als wenige beschrieben worden. Die Beschwerdeführerin habe keine abgeschlossene Berufsausbildung und habe seit 1999 nicht mehr (sc. ausserhäuslich) gearbeitet (vgl. IV-act. 100-64). Vor allem erhalte sie aber Unterstützung durch die zwei noch mit ihr zusammenwohnenden Kinder (vgl. IV-act. 100-65). In seiner Stellungnahme vom 11. April 2019 zum Einwand erklärte der als Zweiter psychiatrisch begutachtende Sachverständige, es sei nicht in Abrede zu stellen, dass bei der Beschwerdeführerin lebensgeschichtliche Geschehnisse aufgetreten seien, die eine Depression auszulösen vermöchten. Seine Beurteilung, dass keine die Arbeitsfähigkeit tangierende Diagnose zu stellen sei, begründete er sinngemäss mit dem vorgefundenen Schweregrad an Beeinträchtigungen (vgl. IV-act. 165-5). Letzterem ist zu folgen. Die behandelnde Psychiaterin hält dafür, der Gutachter habe seinen Fokus hauptsächlich auf eine allfällige Aggravation und Simulation der Beschwerdeführerin gerichtet. Er selbst hält dagegen, die Authentizitätsprüfung habe eine Zusammenschau mehrerer Quellen erfordert (vgl. IV-act. 165-4 f.). - Der Gutachter stützte seine Beurteilung auf seine Beobachtungen bei der Exploration (etwa eines durchgehend deutlich appellativen, klagenden und etwas theatralischen Beschwerdevortrags der Beschwerdeführerin, vgl. IV-act. 150-26). Er berücksichtigte die Diskrepanzen (nämlich ein nicht plausibles Ausmass der geschilderten Beeinträchtigungen im Alltag, IV-act. 150-33; keine Einschränkung von Beweglichkeit und Energie beobachtet, im Ausmass nicht nachvollziehbare Kraftminderung, nicht nachvollziehbarer Beschrieb von Appetits- und Gewichtsverlust, trotz Auflage kein verordneter Ausbau der antidepressiven Medikation, niedriger Spiegel von Venlafaxin, kein Nachweis der Schmerzmittel Paracetamol und Metamizol, IV-act. 150-34 f.; keine weiteren therapeutischen Massnahmen trotz angegebener massiver Beschwerden, stationäre Behandlung erst nach Auflage, IV-act. 150-36; vage und diffuse Beschreibung der Schmerzen, IV-act. 150-38; keine Atrophie der oberen Extremitäten trotz Angabe massiver Schulterbeschwerden bei der Vorbegutachtung und ungenügende Ausbelastung bei damaliger Spiroergometrie, IV-act. 150-33). Dies entspricht einer erforderlichen Objektivierung nach den Standardindikatoren. Auf das volle Ausmass der Schilderung der Beeinträchtigungen in den Tagesaktivitäten durch die Beschwerdeführerin stellte der Gutachter anhand seiner Explorationsergebnisse schliesslich nicht ab. Das erscheint nach der Aktenlage - namentlich auch mit Blick auf den anzunehmenden Verzicht der Beschwerdeführerin auf eine Einnahme von Schmerzmitteln (bei hingegen nachweislichem, wenn auch relativ niedrigem, Spiegel antidepressiver Medikation) - nachvollziehbar. Angesichts der diagnostizierten Leiden ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit erscheint es nicht widersprüchlich, wenn der Gutachter darlegte, welches therapeutische Vorgehen sinnvoll wäre. Auch wenn die diversen vorgefundenen Auffälligkeiten im Gutachten insgesamt

wiederholt beschrieben werden, ist dem genannten Einwand der Beschwerdeführerin nicht zu folgen. Konkrete Hinweise auf eine Befangenheit des Gutachters gibt es schliesslich nicht. Angemerkt werden kann, dass auch die behandelnde Psychiaterin bei der Beschwerdeführerin eine Intensivierungs- und Ausweitungstendenz feststellte (vgl. IV-act. 162-4), die sie einer Interaktion von psychisch bedingten Beschwerden mit körperlichen und psychosozialen Belastungsfaktoren zuschrieb. Als gutachterlicher Beurteilung, welche keinen von den behandelnden Ärzten dargelegten medizinischen Aspekt ausser Acht lässt, kommt dem Gutachten zusammenfassend massgeblicher Beweiswert (vgl. hierzu Bundesgerichtsurteil vom 14. Februar 2014, 8C_847/2013 E. 5.1.2; BGE 137 V 210 E. 2.2.2 und 1.3.4) zu. Es ist mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin bei der Begutachtung vom Juli 2018 weder in der Tätigkeit als Hausfrau noch in einer anderweitigen Tätigkeit im Erwerbsbereich aus psychiatrischen Gründen in der Arbeitsfähigkeit eingeschränkt war (vgl. IV-act. 150-38 f.). Die insgesamt ausreichend nachvollziehbare gutachterlich-psychiatrische Würdigung der Diskrepanzen im zweiten Gutachten stellt das Ergebnis der Vorbegutachtung - im Sinn der oben bereits aufgezeigten Aspekte - weiter in Frage. Der (als Zweiter begutachtende) Experte vermisste denn auch eine eingehendere Objektivierung der bei der polydisziplinären Begutachtung angegebenen Beschwerden und erachtete die damalige Qualifikation des Leidens als schwere depressive Episode in Anbetracht der eigenen Feststellungen als nicht ganz nachvollziehbar (vgl. IV-act. 150-39). Es sei auch davon auszugehen, dass die - offenbar somit zumindest allenfalls vorhanden gewesene - schwere depressive Episode von vorübergehender Dauer gewesen sei (vgl. IV-act. 150-24). Das war wie erwähnt bereits im polydisziplinären Gutachten erwartet worden (vgl. IV-act. 100-60). Mit überwiegender Wahrscheinlichkeit ist nach dem Dargelegten, obwohl die Beschwerdeführerin nach der Aktenlage intermittierend an diversen Gesundheitsschädigungen gelitten hatte (z.B. dem CTS links, den RIVA-Stenosen, der Appendizitis, der depressiven Störung), nicht von einer für eine allfällige Wartezeit von einem Jahr relevanten Arbeitsunfähigkeit der Beschwerdeführerin während der vorliegend zu beurteilenden Zeit auszugehen. Da sich diese Feststellung sowohl auf die Arbeitsmöglichkeiten der Beschwerdeführerin im Erwerb als auch auf die Betätigungsfähigkeiten im Haushalt beziehen lässt, ist die Statusfrage vorliegend nicht von Bedeutung und kann dahingestellt bleiben. Es ist davon auszugehen, dass die volle Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin im Erwerbsbereich auch verwertbar ist. In einem Einkommensvergleich ergibt sich selbst unter Berücksichtigung eines Abzugs kein rentenbegründendes Ausmass, da auch kein den statistischen Durchschnitt der Löhne für einfache Tätigkeiten übersteigendes Valideneinkommen zu verzeichnen ist. - Die einen Rentenanspruch ablehnende angefochtene Verfügung erweist sich demnach als rechtmässig. Im Sinn der vorstehenden Erwägungen ist die Beschwerde abzuweisen. Nach Art. 69 Abs. 1 bis IVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von 200 bis 1000 Franken festgelegt. Die Beschwerdeführerin ist im Verfahren unterlegen, weshalb ihr die Gerichtskosten in der Höhe von Fr. 600.-- aufzuerlegen sind. Zuzufolge der Bewilligung der unentgeltlichen Prozessführung (Befreiung von den Gerichtskosten) am 27. August 2019 ist sie jedoch von deren Bezahlung zu befreien. - Wenn ihre wirtschaftlichen Verhältnisse es ihr gestatten, kann sie jedoch zur Nachzahlung der Gerichtskosten verpflichtet werden (vgl. Art. 123 ZPO i.V.m. Art. 99

Abs. 2 VRP/SG). Entscheid im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP Die Beschwerde wird abgewiesen. Die Beschwerdeführerin wird im Sinn der Erwägungen von der Bezahlung der Gerichtsgebühr von Fr. 600.-- befreit.

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