

SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2019/91 vom 4. März 2021

Sg Versicherungsgericht, 2021-03-04, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg_publicationen_IV_2019_91

FR: SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2019/91 du 4 mars 2021

IT: SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2019/91 del 4 marzo 2021

Regeste

Art. 7, 8 und 16 ATSG. Art. 28 IVG. Qualifikation als Vollerwerbstätige. Würdigung eines bidisziplinären (orthopädischen und psychiatrischen) Gutachtens und eines psychiatrischen Verlaufsgutachtens. In Bezug auf das Wartejahr ist die Arbeitsfähigkeit in einer (fiktiven) Hilfsarbeiterinnentätigkeit und nicht die Arbeitsfähigkeit in der tatsächlich ausgeübten Tätigkeit als Hausfrau massgebend. Kein Anspruch auf eine Invalidenrente, da bis zum Zeitpunkt des AHV-Rentenbezugs das Wartejahr nicht erfüllt gewesen ist (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 04. März 2021, IV 2019/91).

Volltext

Entscheid vom 4. März 2021 Besetzung Präsident Ralph Jöhl, Versicherungsrichterinnen Monika Gehrler-Hug und Karin Huber-Studerus; Gerichtsschreiberin Viviane Kull
Geschäftsnr. IV 2019/91 Parteien A.____ Beschwerdeführerin, vertreten durch Rechtsanwalt Dr. iur. Markus Züst, Bahnhofstrasse 14, 9430 St. Margrethen, gegen IV-Stelle des Kantons St. Gallen, Postfach 368, 9016 St. Gallen, Beschwerdegegnerin, Gegenstand Rente
Sachverhalt A.____ meldete sich im Juni 2013 unter Hinweis auf "geschwollene Beine, Knie, Fuss, Zehen, Rücken (Bandscheibe), linke Hand geschwollen, beide Arme, rechte Hüfte" zum Bezug von Leistungen der Invalidenversicherung an (IV-act. 1). Sie gab als "erlernten Beruf" Hausfrau an. Der Hausarzt Dr. med. B.____, Allgemeinmedizin FMH, berichtete am 19. August 2013 (IV-act. 11), die Versicherte habe nie gearbeitet. Infolge von LWS-Schmerzen sei sie "rein theoretisch" seit dem 22. März 2013 zu 100% arbeitsunfähig. Er legte mehrere medizinische Berichte bei, insbesondere einen Bericht von Dr. med. Z.____, Facharzt für Rheumatologie FMH, vom 10. Juli 2013 (IV-act. 11-12), auf welchen er hinsichtlich der Befunde und Diagnosen verwies. Dr. Z.____ hatte darin die Diagnosen eines chronischen Schmerzsyndroms, einer Periarthropathia genu bds., einer Grosszehengrundgelenkarthrose rechts und einer unklaren Beinschwellung bds. angegeben. Im Fragebogen zu den Einschränkungen im Haushalt gab die Versicherte am 17. Februar 2014 an (IV-act. 13), ihr Ehemann verrichte praktisch sämtliche Arbeiten. Am 17. März 2014 teilte Dr. B.____ die folgenden Diagnosen mit: Chronisch rezidivierendes "lumb." Schmerzsyndrom, Gonarthrose bds., PHS rechte Schulter, DD Impingement, V.a. Lipödem Beine bds., "aktuell ... li" (Anmerkung: nicht lesbar), Adipositas, arterielle Hypertonie (IV-act. 14). Er gab an, auch bei einer leichten Tätigkeit sei die Versicherte infolge der multiplen Beschwerden kaum mehr arbeitsfähig. Für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit empfehle sich eine Abklärung durch einen Facharzt. Nachdem Dr. med. C.____ vom Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD) am 8. Mai 2014 festgehalten hatte (IV-act. 15), seines Erachtens sei die Versicherte aufgrund der in den medizinischen Berichten enthaltenen Angaben in körperlich leichten, wechselbelastenden Tätigkeiten vollständig arbeitsfähig,

teilte die IV-Stelle mit einem Vorbescheid vom 22. Mai 2014 mit (IV-act. 20), sie sehe vor, das Rentengesuch abzuweisen. Am 9. Juli 2014 verfügte die IV-Stelle entsprechend ihrem Vorbescheid (IV-act. 22). Das Versicherungsgericht des Kantons St. Gallen hiess eine dagegen erhobene Beschwerde teilweise gut. Es hob die angefochtene Verfügung vom 9. Juli 2014 auf und wies die Sache zu weiteren Abklärungen an die IV-Stelle zurück. Es hielt fest, in den medizinischen Berichten hätten Hinweise auf verschiedene relevante Gesundheitsbeeinträchtigungen vorgelegen, denen die IV-Stelle nicht nachgegangen sei. Insbesondere verwies es auf einen Bericht des D.____ vom 31. Dezember 2010, welcher einen Hinweis auf eine psychische Gesundheitsbeeinträchtigung enthalten habe. Im Weiteren führte es aus, dass die Versicherte im fiktiven "Gesundheitsfall" als voll- und hauptberufliche Hilfsarbeiterin zu qualifizieren sei (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 9. April 2015, IV 2014/400, IV-act. 36). Dieser Entscheid erwuchs unangefochten in Rechtskraft. Am 21. Juni 2015 berichtete Dr. B.____ (IV-act. 42), die Versicherte leide an einem lumbospondylogenen Schmerzsyndrom, Polyarthrosen (v.a. Knie) und einer Adipositas. Die Beschwerden seien seit Jahren zunehmend. Er legte zwei Berichte bei: Fachärzte der Y.____ hatten am 2. Februar 2015 die Diagnosen eines chronischen lumbo- und zervikospondylogenen Schmerzsyndroms bei degenerativen Veränderungen und muskulärer Dysbalance, einer Knie TP rechts 23.10.2014 bei Gonarthrose, Arthralgien (Schulter, Ellbogen, Hände) bei Arthrose und muskulärer Dysbalance, einer arteriellen Hypertonie, einer Adipositas und einer Hypovitaminose D mitgeteilt. Fachärzte der E.____ hatten am 11. Mai 2015 über einen stationären Aufenthalt der Versicherten vom 19. März 2015 bis 15. April 2015 berichtet. Sie hatten im Wesentlichen dieselben Diagnosen wie im Bericht der Y.____ vom 2. Februar 2015 angegeben. Zusätzlich hatten sie Lip- und Lymphödeme bds. diagnostiziert. Sie hatten ausgeführt, die Versicherte habe sich von Anfang an motiviert gezeigt und die Therapieeinheiten kognitiv gut umsetzen können. Die Schmerzsymptomatik habe nicht wesentlich beeinflusst werden können. Bei initial ausgeprägter, muskulärer Insuffizienz, Dysbalance und starker allgemeiner Dekonditionierung habe sich keine messbare Kräftigung der Körpermuskulatur gezeigt. In ihrem Alltag habe sich die Versicherte dennoch aktiv und mobil gezeigt. Der RAD-Arzt Dr. C.____ notierte am 28. Juli 2015 (IV-act. 45), gemäss dem Entscheid des Versicherungsgerichts sollte eine gutachterliche Abklärung der Leistungsfähigkeit der Versicherten in den Disziplinen Orthopädie und Psychiatrie erfolgen. Am 23. und 28. September 2015 wurde die Versicherte von der F.____ bidisziplinär (orthopädisch und psychiatrisch) untersucht. Im Gutachten vom 30. Oktober 2015 gaben die Sachverständigen als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine geringe anteromediale Instabilität rechtes Kniegelenk nach Knie-TEP-Implantation am 23. Oktober 2014 und eine medial und retropatellar betonte Gonarthrose links an. Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannten sie: Allgemeine Dekonditionierung bei Adipositas (BMI 36.4 kg/m²), geringes zervikales Schmerzsyndrom beidseits ohne radikuläre Reizung, geringes lumbales pseudoradikuläres Schmerzsyndrom beidseits ohne radikuläre Reizung, Beinschwellung beidseits, DD: Lipödem, Lymphödem, Heberden- und Bouchard-Arthrose beidseits, rechts betont, bei Polyarthrose, Tendovaginitis stenosans De Quervain links, Verdacht auf Epicondylitis humeri radialis links, Senk-Spreiz-Plattfuss beidseits (IV-act. 50-8). Die orthopädische Sachverständige Dr. G.____ führte aus (orthopädisch-/traumatologisches Teilgutachten vom 29. September 2015, IV-act. 50-21 ff.), die klinischen und radiologischen Befunde erklärten gelegentliche belastungsabhängige Schmerzen im Bereich der Hals- und Lendenwirbelsäule

aufgrund der Haltungsinsuffizienz, der fehlenden muskulären Konditionierung und der mässigen degenerativen Veränderungen, jedoch nicht in dem von der Versicherten geschilderten Ausmass. Für die fehlende Demonstration der groben Kraft der linken Hand fehle jegliches Korrelat. Die eingeschränkt demonstrierte Fingerstreckung sei schmerzbedingt mit dem Verdacht auf das Vorliegen einer Tendovaginitis stenosans de Quervain und einer Epicondylitis humeri radialis links vereinbar. Passend dazu sei die Angabe von Spritzen alle drei Monate im Bereich des linken Ellenbogens, die vorübergehend eine Linderung bringen würden. Für das Tragen der Handgelenksorthese links bestehe bei einem regelrechten Befund und einer Beweglichkeit des linken Handgelenks keine Indikation. Für die angegebenen Schmerzen im rechten Arm bei der Retroversion fehle jegliches Korrelat bzw. bestehe eine Inkonsistenz zwischen den Angaben der Versicherten und dem klinischen Befund. Die Beweglichkeit beider Schultergelenke sei nahezu identisch. In Bezug auf das rechte Knie habe sich eine geringe anteromediale Instabilität des Kniegelenks bei einer guten Beweglichkeit mit einer Kniegelenksprothese gefunden. Dies erkläre jedoch nicht das betont langsame Gangbild mit einer Unterarmgehstütze rechts aufgrund einer Unsicherheit im rechten Kniegelenk, da eine Unterarmgehstütze rechts nur eine Entlastung des linken Kniegelenks bedinge. Im Vergleich mit dem linken Kniegelenk bestehe mit einer 100° Beugung eine Einschränkung der Beweglichkeit des rechten Kniegelenks sowie eine leichte Instabilität, die eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit für Tätigkeiten im Knien und in der Hocke sowie auf Leitern bedinge. Die medial und retropatellär betonte Gonarthrose links vermindere zudem die Belastbarkeit der Versicherten bei längerem Stehen und Gehen. Die permanent auftretenden massiven Schmerzen im Bereich der linken Grosszehe hätten nicht nachvollzogen werden können. Der Senk-Spreiz-Platffuss beidseits stelle keine die Arbeitsfähigkeit einschränkende Diagnose dar. Insgesamt bestünden erhebliche Diskrepanzen zwischen den angegebenen Schmerzstärken und den dazugehörigen klinischen Befunden. Passend dazu sei, dass sämtliche von der Versicherten angegebenen notwendigen Schmerzmittel im Blut nicht nachweisbar gewesen seien (siehe das psychiatrische Gutachten), also nicht eingenommen würden. Zusammengefasst ergebe sich für die Tätigkeit der Versicherten als Hausfrau eine Einschränkung von 20-30% ohne eine zeitliche Einschränkung. Dies entspreche schätzungsweise dem Anteil der Tätigkeiten im Haushalt, die mit einem Knien, einem Hocken, einem auf Leitern Steigen oder einem längeren Stehen und Gehen verbunden seien. Unter Beachtung des Belastungsprofils, also leichte bis gelegentlich mittelschwere wechselbelastende Tätigkeiten ohne kniebelastende Zwangshaltungen, ohne Steigen auf Leitern und Gerüste sowie ohne repetitives Treppensteigen und unter Vermeidung von ständigem ungünstigem Witterungseinfluss, bestehe für jedwede Verweistätigkeiten keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Retrospektiv habe während der stationären Behandlungen und Rehabilitationsmassnahmen sowie postoperativ für ca. sechs Monate nach der Implantation der Knie-TEP rechts eine vollständige Arbeitsunfähigkeit bestanden. Danach sei in der Tätigkeit als Hausfrau von einer Arbeitsunfähigkeit von 20-30% auszugehen. Unter Beachtung des formulierten Belastungsprofils sei für die vorgenannten Zeitangaben eine volle Arbeitsunfähigkeit sowie sechs Monate nach der Implantation der Knie-TEP rechts eine uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit in einer adaptierten Tätigkeit zu postulieren. Die psychiatrische Sachverständige Dr. H. ___ erklärte (psychiatrisches Teilgutachten vom 8. Oktober 2015, IV-act. 50-29 ff.), die Versicherte sei bewusstseinsklar und zu den Qualitäten von Raum, Zeit, Person sowie der Begutachtungssituation voll orientiert gewesen. Die

Beschwerdeschilderung sei häufig unpräzise gewesen. Hier hätten auch Inkonsistenzen bestanden. Die Versicherte habe häufig angegeben, sich an Daten oder Begebenheiten nicht erinnern zu können, habe aber an anderer Stelle ähnlich gelagerte Fakten problemlos referieren können. Die Versicherte habe durchgehend aufmerksam und konzentriert gewirkt. Der Spannungsbogen habe während des gesamten Gesprächs gehalten werden können. Bei erheblichen subjektiv angeführten mnestischen Störungen hätten sich objektiv keine Einschränkungen des Lang- und Kurzzeitgedächtnisses oder der Merkfähigkeit gefunden. Formale oder inhaltliche Denkstörungen seien nicht erkennbar gewesen. Sprache, Wortwahl, Artikulation und Modulation des Redeflusses seien auch nach Auskunft der Übersetzerin normal gewesen. Die Ich-Funktion sei ungestört gewesen, krankhafte Persönlichkeitsmerkmale hätten nicht vorgelegen. Die Willens- und Antriebsbildung habe keine krankhaften Beeinträchtigungen gezeigt. Mimik, Gestik und körperlicher Gesamtausdruck hätten im Bereich der Norm gelegen. Bei der Beschwerdeschilderung habe die Versicherte zwischenzeitlich geweint. Ansonsten habe eine ausgeglichene, gut schwingungsfähige Affektlage ohne depressive Auslenkung bestanden. Die angegebenen Medikamente (unter anderem Trazodon [Trittico] und Duloxetin [Cymbalta]) seien im aktuellen Spiegel nicht nachweisbar gewesen. In der Beurteilung hielt Dr. H. ___ fest, die psychiatrische Vorgeschichte sei unauffällig. Auch aktuell würden keine störungsspezifischen psychischen Symptome referiert. Die Versicherte klagte im Wesentlichen über Beeinträchtigungen und Schmerzen im Bereich des Bewegungsapparats. Diese würden im orthopädischen Gutachten ausführlich gewürdigt. Sie klagte zudem über Schlafstörungen. Diese fussten aber ebenfalls auf nächtlichen Schmerzen und Bewegungseinschränkungen. Weder auf der Symptomebene noch im psychiatrischen Befund liessen sich Psychopathologika objektivieren. Eine psychiatrische Morbidität könne nicht diagnostiziert werden. Das Schmerzerleben werde nicht durch psychopathologische Faktoren moduliert. Die Arbeitsfähigkeit sei in der bisherigen Tätigkeit als Hausfrau auf dem psychiatrischen Fachgebiet uneingeschränkt. In einer Verweistätigkeit bestehe ebenfalls eine vollständige Arbeitsfähigkeit. Retrospektiv bestehe weder nach den vorliegenden Unterlagen noch nach den Angaben der Versicherten ein Anhalt für eine längerfristige, höhergradige Arbeitsunfähigkeit auf dem psychiatrischen Fachgebiet. In der Konsensbeurteilung gaben Dres. G. ___ und H. ___ an (IV-act. 50-8 ff.), für die Tätigkeit als Hausfrau sei die Versicherte mit voller Arbeitszeit und 70-80%iger Leistung arbeitsfähig. Unter Beachtung des formulierten Belastungsprofils bestehe für jedwede Verweistätigkeit keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Retrospektiv habe während der stationären Behandlungen und Rehabilitationsmassnahmen sowie postoperativ für ca. sechs Monate nach der Implantation der Knie-TEP rechts eine vollständige Arbeitsunfähigkeit bestanden. Danach werde von einer Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 20-30% für die Tätigkeit als Hausfrau ausgegangen. Unter Beachtung des formulierten Belastungsprofils sei für die vorgenannten Zeitangaben eine volle Arbeitsunfähigkeit sowie sechs Monate nach der Implantation der Knie-TEP rechts eine uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit in adaptierten Tätigkeiten zu postulieren. Der RAD-Arzt Dr. C. ___ notierte am 11. November 2015 (IV-act. 51), auf das Gutachten könne abgestellt werden. Mit einem Vorbescheid vom 4. Januar 2016 stellte die IV-Stelle der Versicherten bei einem Invaliditätsgrad von 0% die Abweisung des Begehrens um eine Invalidenrente in Aussicht (IV-act. 57). Am 30. März 2016 reichte der Rechtsvertreter der Versicherten einen Austrittsbericht der E. ___ vom 15. März 2016 ein (IV-act. 60). Er machte geltend, aus dem Bericht gingen Symptome hervor, welche die Ausführungen im Gutachten vom 30. Oktober 2015 widerlegten. Es sei

festgestellt worden, dass ein depressives Zustandsbild bestehe, welches durch eine beginnende Demenz verstärkt werde. Die Versicherte sei in der I. ___ angemeldet worden. Er beantrage das Abwarten des entsprechenden Berichts. Fachärzte der E. ___ hatten am 15. März 2016 über eine stationäre Behandlung vom 22. Februar 2016 bis 18. März 2016 berichtet (IV-act. 61). Sie hatten folgende Diagnosen angegeben: Fibromyalgie, mittelschwere Demenz unklarer Ätiologie mit/bei MMST 18/30, bei vorwiegend Gedächtnis- und Auffassungsproblemen, zeitlichen und räumlichen Orientierungsproblemen und bei depressiven Symptomen, chronisches panvertebrales Syndrom, belastungsabhängige Knieschmerzen beidseits mit/bei St. n. Knie TEP rechts 10/2014 im Rahmen einer Gonarthrose beidseits, Polyarthrose der Schulter/Ellenbogen, Knie und Hand links, arterielle Hypertonie, Adipositas per magna. Die Fachärzte hatten ausgeführt, eingangs habe sich die Versicherte nicht nur dekonditioniert und schmerzbedingt reduziert, sondern auch in einem depressiven Zustandsbild präsentiert. Sie sei psychosomatisch mit einer Übersetzung betreut worden. Hierbei habe sich vordergründig ein demenzielles Zustandsbild unklarer Ätiologie gezeigt. Die neuropsychologischen Testungen hätten ein MMST von 18/30 mit Defiziten vor allem im Gedächtnis-, Auffassungs- und Orientierungsbereich ergeben. In der häuslichen Umgebung scheine die Problematik durch den Ehemann gut kompensiert zu sein. Im stationären Bereich sei die Problematik aber durch anhaltende Orientierungsprobleme aufgefallen. Die Beinkraft habe gesteigert und das Gangbild verbessert werden können. Am 12. August 2016 beantrage der Rechtsvertreter der Versicherten (IV-act. 65), dieser sei die Gelegenheit zu geben, eine neutrale Gutachterstelle vorzuschlagen, welche die Frage der Arbeitsfähigkeit abkläre. Zur Begründung machte er geltend, die psychiatrische Gutachterin habe ihre Erkenntnis nicht aufgrund eines direkten Gesprächs, sondern mittelbar aufgrund der Übersetzungen geschöpft. Der unmittelbare Eindruck, der für eine psychiatrische Beurteilung zentral sei, habe damit gefehlt. Dieses Vorgehen sei mangelhaft. Es sei bekannt, dass sich Personen aus X. ___ bezüglich psychischer Störungen kaum dazu durchringen könnten, solche zuzugeben, weil dies als Makel der Persönlichkeit angesehen werde. Dies treffe auch auf die Versicherte zu. Am 14. November 2016 ging bei der IV-Stelle ein Bericht der W. ___ vom 7. Juni 2016 ein (IV-act. 71). Die Fachärzte hatten die folgenden Diagnosen mitgeteilt: Ausgeprägte kognitive Defizite, a.e. im Rahmen einer depressiven Entwicklung, zusätzlich mögliche Anteile einer vaskulären Demenz, mittelgradige depressive Episode mit Panikattacken (ICD-10 F32.1), chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41), chronisches lumbo- und zervikospondylogenes Schmerzsyndrom, Polyarthrose (Schulter, Knie, Ellbogen, Hände), Knie TP rechts 23.10.2014 bei Gonarthrose, arterielle Hypertonie, Adipositas, Hypovitaminose D. Die Fachärzte hatten ausgeführt, die Versicherte habe von vielen verschiedenen Schmerzen am gesamten Körper und am Kopf berichtet. Sie habe angegeben, oft nervös und traurig zu sein, viel zu weinen und vieles zu vergessen. Zu etwaigen kognitiven Defiziten habe sie keine Auskünfte geben können. Selbstständig einkaufen würde sie praktisch nicht. Auf die Frage, ob sie koche, habe die Versicherte praktisch keine Auskunft geben können. Offensichtlich bestehe eine Inkontinenz. Zum neurologischen Untersuchungsbefund hatten sie angegeben, die Versicherte sei zu sämtlichen Qualitäten unscharf oder nicht orientiert gewesen (sie habe ihren Namen gewusst, nicht sicher aber das Geburtsdatum, sie habe die Stadt gewusst, aber nicht sicher, dass sie sich im Spital befinde). Im Gespräch habe sie leidend und ausgeprägt verlangsamt gewirkt. Es hätten Aspekte eines depressiven Syndroms, eine Adynamie und eine fragliche

leichtgradige Armparese links bestanden. Am 25. Mai 2016 sei eine neuropsychologische Testung und am 26. Mai 2016 seien eine MRI-Untersuchung des Neurocranium, Laboruntersuchungen und eine Liquordiagnostik durchgeführt worden. Klinisch-neurologisch habe sich eine fragliche leichtgradige Armparese links bei sonst fehlenden wegweisenden pathologischen Befunden gezeigt. Die kraniale MRT habe eine mässige vaskuläre Leukencephalopathie gezeigt. Liquordiagnostisch hätten sich keine Auffälligkeiten ergeben; die Befunde der neurodegenerativen Marker stünden noch aus. In der neuropsychologischen Testung hätten sich in fast allen Bereichen mittelschwere bis schwere Defizite gezeigt, die jedoch keinem typischen Muster eines klassischen demenziellen Syndroms entsprochen hätten, sondern am ehesten der schweren Antriebsminderung und Verlangsamung zuzuschreiben sein dürften. Die Befundkonstellation wäre mit einem subkortikalen Demenzmuster im Sinne einer vaskulären Leukenzephalopathie vereinbar; die Ausprägung der kognitiven Defizite entspreche jedoch einem mittelschweren bis schweren demenziellen Syndrom, was mit dem verhältnismässig noch gut erhaltenen Funktionsniveau im Alltag nicht vereinbar sei. Auch wenn sich hier deutliche Einschränkungen hätten eruieren lassen, so scheine die Versicherte doch noch in der Lage zu sein, verschiedene Alltagsaktivitäten selbstständig und in Eigeninitiative zu verrichten (kleine Einkäufe, Kochen, Telefonieren, Benutzung eines Natels). Zusammenfassend hätten sich diskordante Ergebnisse zum offensichtlich alltäglichen Funktionsniveau ergeben. Hinweise auf eine (neurodegenerative) Demenz bestünden nicht. Im Kontakt bestehe der Eindruck eines ausgeprägten depressiven Syndroms. Am ehesten sei von durchaus ausgeprägten kognitiven Defiziten im Rahmen einer depressiven Störung auszugehen. Differentialdiagnostisch bzw. zusätzlich komme eine beginnende vaskuläre Demenz mit ausgeprägten affektiven (depressiven) Anteilen in Betracht. Der RAD-Arzt Dr. C. ___ notierte am 9. Dezember 2016 (IV-act. 72), wie bereits im Gutachten vom 30. Oktober 2015 hätten sich bei der neurologischen Abklärung im W. ___ deutliche Hinweise auf Inkonsistenzen ergeben. Eine Demenz sei als nicht wahrscheinlich beschrieben und motivationelle Faktoren seien nicht ins Kalkül gezogen worden. Die neurologischerseits gestellte psychiatrische Diagnose gebe es im ICD-10 nicht. Aus dem Bericht könne keine Änderung des Gesundheitszustands mit einer Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit im Vergleich zur Situation, die dem Gutachten zugrunde gelegen habe, abgeleitet werden. Mit einer Verfügung vom 6. Februar 2017 wies die IV-Stelle das Begehren um eine Invalidenrente bei einem Invaliditätsgrad von 0% ab (IV-act. 74). Die Versicherte liess eine Beschwerde gegen die Verfügung vom 6. Februar 2017 erheben (IV-act. 75). Ihr Rechtsvertreter beantragte die Sistierung des Verfahrens bis zur Beendigung der Komplextherapie am W. ___ und dem Ergebnis der Abklärungen der I. ___. Eventuell sei eine halbe Rente, eventuell eine Viertelsrente zuzusprechen. Zur Begründung machte er geltend, es sei befremdend, wenn die Vorinstanz entscheide, ohne das Ergebnis der Therapie und der Abklärungen der I. ___ abzuwarten. Das Versicherungsgericht sistierte das Verfahren am 14. März 2017 (IV-act. 76). Am 27. Juni 2017 liess die Versicherte den Bericht der W. ___ vom 7. Juni 2016 sowie einen Bericht der V. ___ vom 19. April 2017 einreichen (IV-act. 81-6). Fachpersonen der I. ___ der V. ___ hatten berichtet, sie hätten eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige depressive Episode, ein chronisches Schmerzsyndrom und eine Adipositas diagnostiziert. Der Ehemann der Versicherten habe angegeben, dass sich seit ca. vier Jahren Veränderungen in den Gedächtnisleistungen der Versicherten bemerkbar gemacht hätten. Seit ca. einem Jahr hätten sich die Symptome deutlich verschlechtert. Aus neuropsychologischer Sicht

beständen bei der Versicherten insgesamt schwere kognitive Funktionsstörungen. Der MMS-Score betrage 18/29, im Uhrentest erreiche die Versicherte vier von sieben möglichen Punkten. Im Vordergrund stünden Beeinträchtigungen im mnestischen und sprachlichen Bereich. Das kognitive Störungsmuster sei am ehesten gemischter Genese. In der Beurteilung hielten sie zudem fest, in der kranialen MRI-Untersuchung vom 26. Mai 2016 hätten sich mehrere leichte Mikroangiopathien gezeigt. Ein Nachweis einer Hirnatrophie habe sich nicht ergeben. Fremdanamnestisch und während der Untersuchung hätten sich einige Hinweise auf eine Depression gezeigt. Es sei davon auszugehen, dass die schweren kognitiven Funktionsstörungen durch die rezidivierenden depressiven Episoden verursacht seien. Die kognitiven Defizite könnten erst nach einer konsequenten psychiatrischen Behandlung weiter eingeordnet werden. Eine Anmeldung im U.____ sei erfolgt. Der RAD-Arzt Dr. C.____ notierte am 15. August 2017 (IV-act. 85), im Vergleich zur Situation, die dem Gutachten vom 30. Oktober 2015 zugrunde gelegen habe, sei im April 2017 eine mittelschwere depressive Störung beschrieben worden; allerdings scheine es sich nicht um eine fachärztlich-psychiatrisch gestellte Diagnose zu handeln. Er empfahl, beim U.____ einen Bericht einzuholen. Die IV-Stelle widerrief am 23. August 2017 die Verfügung vom 6. Februar 2017 (IV-act. 90). Ein Telefonat mit dem U.____ vom 28. August 2017 ergab, dass die Versicherte dort nicht bekannt war (IV-act. 91). Am 27. September 2017 schrieb das Versicherungsgericht das Beschwerdeverfahren als gegenstandslos ab (IV 2017/107, IV-act. 96). Der Hausarzt Dr. B.____ berichtete am 9. Oktober 2017 (IV-act. 98), der Gesundheitszustand der Versicherten habe sich verschlechtert. Insgesamt hätten die Schmerzen zugenommen; auch der psychische Zustand habe sich verschlechtert. Die Versicherte sei in der Psychiatrie in J.____ in Behandlung. Er legte einen Aufnahmebericht des K.____ vom 14. Februar 2017 und einen Bericht der Y.____ vom 29. März 2017 bei (IV-act. 98-9, 98-14). Eine Fachärztin des K.____ hatte mitgeteilt, bei der Versicherten handle es sich um eine Patientin mit Symptomen einer depressiven Erkrankung, akustischen Halluzinationen sowie deutlichen kognitiven Defiziten, die aktuell am ehesten im Rahmen der depressiven Erkrankung zu erklären seien und differentialdiagnostisch zusätzlich mögliche Anteile einer vaskulären Demenz haben könnten. Fachärzte der Y.____ hatten angegeben, die Versicherte sei vom 28. Februar 2017 bis 14. März 2017 zur multimodalen Schmerztherapie hospitalisiert gewesen. Sie nannten folgende Diagnosen: Chronisches Schmerzsyndrom mit psychischen und somatischen Faktoren, Gonarthrose links, panvertebrales Syndrom, PHS rechts bei degenerativen Veränderungen, ausgeprägte kognitive Defizite, Polyarthrose (Schulter, Knie, Ellbogen, Hände), Knie TP rechts 23.10.2014 bei Gonarthrose, kardiovaskuläre Risikofaktoren (arterielle Hypertonie, Adipositas). Der Rechtsvertreter der Versicherten teilte am 3. Februar 2018 mit (IV-act. 103), die Versicherte sei im U.____ in Behandlung. Ein Telefonat mit U.____ am 23. April 2018 ergab, dass die Versicherte vor ca. einem Jahr lediglich einmal dort in Behandlung gewesen war (IV-act. 106). Am 15. Juni 2018 berichtete der Hausarzt Dr. B.____ über einen stationären Gesundheitszustand (IV-act. 107). Er gab an, die Diagnosen seien unverändert zum Bericht der Y.____ vom 29. März 2017. Er attestierte eine Arbeitsunfähigkeit von 50-100%. Er legte einen Bericht der W.____ vom 6. April 2018 bei (IV-act. 107-5). Fachärzte hatten darin die Diagnose eines moderaten Carpaltunnelsyndroms links genannt. Gestützt auf eine Besprechung zwischen dem RAD-Arzt Dr. C.____, einem Rechtsdienstmitarbeiter und einem Sachbearbeiter vom 4. Juli 2018 (IV-act. 108) teilte die IV-Stelle dem Rechtsvertreter der Versicherten am 29. August 2018 mit (IV-act. 115), dass eine psychiatrische Verlaufsbeurteilung notwendig sei und

dass Dr. med. L.____ von der F.____ damit beauftragt werde. Zusatzfragen könnten bis 10. September 2018 eingereicht werden. Der Rechtsvertreter teilte der F.____ am 6. Oktober 2018 mit, dass er an der Begutachtung teilnehmen wolle. Die F.____ antwortete ihm, dass ein Gutachter im Einzelfall entscheiden könne, ob er dies für erforderlich halte. Vorliegend sei dies nicht der Fall (vgl. die E-Mail-Korrespondenz vom 6./8. Oktober 2018, IV-act. 118). Am 17. Oktober 2018 wurde die Versicherte durch Dr. L.____ von der F.____ psychiatrisch abgeklärt. Im Gutachten vom 28. November 2018 gab Dr. L.____ als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine gemischte Demenz (Alzheimer und vaskulär, ICD-10 F00.2) und eine organische depressive Störung (ICD-10 F06.32) an. Eine Diagnose ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannte er nicht (IV-act. 119-12). Dr. L.____ erklärte (IV-act. 119-8 ff.), die sprachliche Verständigung sei über eine Dolmetscherin erfolgt und ausreichend gegeben gewesen. Die Versicherte sei zurückhaltend, aber ausreichend kooperativ gewesen. Sie habe im Erstkontakt hilf- und ratlos gewirkt. Sie habe die Fragen offen und ohne erkennbare Vorbehalte, aber oft mit einer verzögerten Antwortlatenz beantwortet. Sie habe Schwierigkeiten gehabt, das Explorationsgeschehen durchgehend aufmerksam zu verfolgen. Sie sei zur Person unzureichend, zeitlich nicht, örtlich unsicher und situativ wechselhaft orientiert gewesen. Formalgedanklich sei sie träge, einförmig und streckenweise depressiv gehemmt gewesen. Eindeutige Hinweise auf Halluzinationen hätten nicht vorgelegen; allerdings habe sie zweimal vor sich hingemurmelt. Die Versicherte habe Schwierigkeiten beim Abruf von Informationen (Kurzzeit- und Langzeitgedächtnis) gehabt. Die Antriebslage sei deutlich zum negativen Pol verschoben und spontan gewesen. In der emotional-affektiven Schwingungsfähigkeit habe die Versicherte nicht über das gesamte Ausdrucksspektrum verfügt. Die Urteils- und Kritikfähigkeit seien beeinträchtigt gewesen; die Versicherte sei nicht vollständig handlungsfähig gewesen. Im Mini-Mental-Status-Test (MMST) habe sie 10 von maximal 30 Punkten und im Uhrentest nach Shulman habe sie 3 von maximal 6 Punkten erreicht. Die Blutkonzentration des Antidepressivums Duloxetine habe im Referenzbereich gelegen. Fremdanamnestisch sei der Ehemann der Versicherten befragt worden. Dieser habe mitgeteilt, er müsse immer bei der Versicherten sein. Die Versicherte könne nicht alleine einkaufen gehen, da sie alles vergesse. Bei der Körperpflege benötige sie Unterstützung. Harninkontinenz komme vor. In der Küche vergesse sie Sachen auf dem Kochherd. Sie koche nicht mehr allein, helfe aber beim Kochen durch Kommentare. Sie habe nur einen Hausarzt. Sie rede in der Regel nicht spontan. Ab und zu führe sie Selbstgespräche. Ihr jetziger Zustand bestehe seit vier bis fünf Jahren. Dr. L.____ hielt fest, es stehe ausser Zweifel, dass ein depressives Syndrom vorliege. Dafür sprächen die ausgeprägte dynamische Reduktion im Affekt, Antrieb und Denken. Hierzu passten auch die häufigen "weiss ich nicht" Antworten der Versicherten. Diese stellten vor dem Hintergrund des depressiven Syndroms eine sogenannte depressive Pseudodemenz dar. Andererseits lägen kognitive Störungen vor, die in ihrem Ausmass nicht ausreichend durch das depressive Syndrom erklärbar seien. In diesem Zusammenhang sei insbesondere die zeitliche Orientierungsstörung zu nennen. Auch das Ergebnis der beiden Demenz-Screening-Tests sei mit einer Depression nicht ausreichend erklärbar. Vor allem die Fehler in der Visuokonstruktion und in der Praxie (siehe Uhrentest) liessen in der Zusammenschau mit den anderen kognitiven Beeinträchtigungen, die nicht ausschliesslich oder überhaupt depressiogen sein könnten, an eine demenzielle Entwicklung denken. Hierzu passten auch die fremdanamnestischen Angaben, wonach die Versicherte in den Aktivitäten des täglichen Lebens auf Hilfe angewiesen sei. Das Symptompattern und die

Kenntnis des MRT-Befundes aus dem Jahre 2016 (mässige vaskuläre Leukenzephalopathie) liessen am ehesten an eine gemischte Ätiologie – Alzheimer und vaskuläre Komponente (chronische Durchblutungsstörung der hirnversorgenden Gefässe) – denken. Somit ergäben sich das Bild einer demenziellen Entwicklung und dasjenige einer Depression. Nun könnten verschiedene Erklärungsmodelle diskutiert werden. Aus gutachterlicher Sicht werde, auch unter Berücksichtigung der bisher ausgebliebenen Wirkung der antidepressiven Medikation, eine Kombination aus einer Demenz und einer organischen Depression favorisiert. In der Beurteilung gab Dr. L.____ an, es liege ein Rückzug aus sozialen Bereichen vor, der krankheitsbedingt zu verstehen sei. Das unmittelbare soziale Umfeld sei intakt. Äusserst irritierend sei, dass die Versicherte nicht neurologisch/psychiatrisch betreut werde. Offensichtlich habe die bisherige antidepressive Medikation keinen durchgreifenden Effekt gezeigt. Dieser Behandlungsansatz müsse ergänzt oder modifiziert werden. In Bezug auf die Konsistenz hielt er fest, es bestehe eine gleichmässige Einschränkung des Aktivitätsniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen. Die Versicherte habe ihre Autonomie weitgehend verloren und sei auf Unterstützung angewiesen. Bemerkenswert sei, dass bereits im F.____-Gutachten vom 30. Oktober 2015 häufige Schwierigkeiten der Versicherten angegeben worden seien, sich an Daten oder Begebenheiten zu erinnern, wobei diese an anderer Stelle offenbar problemlos hätten referiert werden können. Bisher seien die kognitiven Defizite vor dem Hintergrund der Depression interpretiert worden. Allerdings sei nicht nachvollziehbar, dass z.B. im Bericht der V.____ vom 19. April 2017 von rezidivierenden depressiven Episoden die Rede sei. Diese liessen sich anamnestisch, fremdanamnestisch und aktenanamnestisch nicht verifizieren. Vielmehr handle es sich um ein chronisches depressives Syndrom. Immerhin sei im Bericht der W.____ vom 7. Juni 2016 die Überlegung angestellt worden, dass zusätzlich eine vaskuläre Demenz vorliegen könnte. Dies könne nach der aktuellen Exploration bestätigt werden. Vor diesem Hintergrund würden auch die seinerzeit festgestellten neuropsychologischen Defizite in fast allen Bereichen nachvollziehbar. Das damals noch verhältnismässig gut erhaltene Funktionsniveau im Alltag sei aktuell nicht mehr vorhanden. Die Ressourcen der Versicherten seien erheblich eingeschränkt und für ein selbstständiges Leben nicht mehr ausreichend. Die fremdanamnestischen Angaben, wonach die Versicherte seit vier bis fünf Jahren an den aktuellen Beeinträchtigungen leide, seien unzutreffend. Im Rahmen der Begutachtung im Jahr 2015 seien diese nicht festgestellt worden. Aber bereits ein Jahr später (Mitte 2016) sei von ausgeprägten kognitiven Defiziten gesprochen worden und auch die Depression scheinere mittelschwer vorgelegen zu haben. Es sei davon auszugehen, dass es seitdem zu einer schrittweisen Verschlechterung der psychischen und kognitiven Funktionen gekommen sei. Dr. L.____ attestierte eine vollständige Arbeitsunfähigkeit in der Tätigkeit als Hausfrau sowie in adaptierten Tätigkeiten. Er gab an, retrospektiv dürften die kognitiven Beeinträchtigungen seit Anfang 2016 vorliegen. Bereits wenig später seien diese als ausgeprägt eingeschätzt und eine mittelschwere Depression sei diagnostiziert worden. Es sei davon auszugehen, dass die Arbeitsfähigkeit seit Anfang 2016 praktisch aufgehoben sei. Der RAD-Arzt Dr. C.____ schlug am 11. Dezember 2018 vor, auf das Verlaufsgutachten abzustellen (IV-act. 120). Mit einem Vorbescheid vom 24. Januar 2019 stellte die IV-Stelle der Versicherten die Abweisung des Begehrens um eine Invalidenrente in Aussicht (IV-act. 123). Zur Begründung gab sie an, die F.____ habe am 30. Oktober 2015 ein Gutachten erstattet. Am 6. Februar 2017 sei das Leistungsbegehren aufgrund einer vollständigen Arbeitsfähigkeit in adaptierten Tätigkeiten abgewiesen worden. Nachdem die Verfügung widerrufen worden

sei, sei eine Verlaufsbeurteilung erfolgt. Gemäss dem Gutachten der F.____ vom 28. November 2018 liege eine vollständige Erwerbsunfähigkeit seit Anfang 2016 (1. Januar 2016) vor. Der Beginn des Wartejahres sei per 1. Januar 2016 anzusetzen, nachdem die angestammte Tätigkeit im Gutachten vom 30. Oktober 2015 noch mit 70-80% beurteilt worden sei (adaptiert 100%). Damit sei keine Arbeitsunfähigkeit von mindestens 40% während eines Jahres ausgewiesen. Die Abklärungen bei der zuständigen Ausgleichskasse hätten ergeben, dass die Versicherte seit dem 1. Juni 2016 eine AHV-Altersrente beziehe. Damit sei das Wartejahr nicht erfüllt und das Gesuch um Rentenleistungen werde abgewiesen. Die Versicherte liess dagegen keinen Einwand erheben. Mit einer Verfügung vom 11. März 2019 wies die IV-Stelle das Rentenbegehren ab (IV-act. 126). Die Versicherte (nachfolgend: Beschwerdeführerin) liess am 11. April 2019 eine Beschwerde gegen die Verfügung vom 11. März 2019 erheben (act. G 1). Ihr Rechtsvertreter beantragte die Aufhebung der Verfügung und die Zusprache einer ganzen Rente. Eventualiter sei eine halbe Rente, subeventualiter eine Viertelsrente zuzusprechen. Zudem beantragte er die Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung und Rechtsverteidigung und einer Frist zur Nachreichung einer Begründung. Zur Begründung machte er geltend, Dr. L.____ habe seine Praxis in T.____ und sei eigens für die Untersuchung in die Schweiz eingeflogen worden. Er habe verlangt, bei der Untersuchung anwesend zu sein, was ihm durch die F.____ nicht bewilligt worden sei. Er habe weiter verlangt, Ergänzungsfragen stellen zu können. Dies sei nicht möglich gewesen, weil der Gutachter nach der Untersuchung wieder nach Deutschland zurückgekehrt sei. Die F.____ habe – wie von ihm verlangt – eine Übersetzerin beigezogen. Diese habe mit der Beschwerdeführerin aber nicht gehörig kommunizieren können und dementsprechend seien verschiedene Fragen nicht verstanden worden. Er rüge dieses Vorgehen sowohl bezüglich der Übersetzung wie auch des Gutachters. Es sei schleierhaft, weshalb eine Person mit Praxis in T.____ für die Begutachtung beigezogen werde. Weiter werde beanstandet, dass keine Möglichkeit bestanden habe, dem Gutachter Fragen zu stellen. Am 24. Mai 2019 reichte er eine Beschwerdeergänzung ein (act. G 5). Er hielt an den gestellten Anträgen fest. Zusätzlich beantragte er die Abnahme der von ihm beantragten Beweise. Ergänzend machte er geltend, Dr. L.____ habe einseitig und kritiklos auf die Angaben im Gutachten vom 30. Oktober 2015 abgestellt. Es sei eine Tatsache, dass Personen aus X.____ die Frage, ob sie psychisch krank seien, deutlich verneinten. Dies sei ihm bei diversen Gesprächen mit der Beschwerdeführerin aufgefallen. Dabei sei schon im Jahr 2015 eine schwere Depression auch für Laien feststellbar gewesen. Ihre äusserst melancholische Grundstimmung sei auch der Umgebung, namentlich dem Ehemann und dem Sohn aufgefallen. Der Ehemann und der Sohn seien als Zeugen zu befragen. Auch dem Hausarzt Dr. B.____ sei aufgefallen, dass bei der Beschwerdeführerin schon im Sommer 2015 ein schweres psychisches Leiden vorhanden gewesen sei. Bei Dr. B.____ sei ein ergänzender Bericht einzuholen. Die IV-Stelle (nachfolgend: Beschwerdegegnerin) beantragte am 25. Juli 2019 die Abweisung der Beschwerde (act. G 9). Zur Begründung verwies sie auf die Verfügung, die Stellungnahme Fachbereich und die RAD-Stellungnahmen. In der Stellungnahme des Fachbereichs vom 21. Juni 2019 hatte ein Sachbearbeiter festgehalten (IV-act. 134), bei der vorliegenden Aktenlage (vgl. das Gutachten vom 30. Oktober 2015) sei in keiner Weise nachvollziehbar, dass bereits im Jahr 2015 eine schwere Depression vorgelegen haben sollte (keine Behandlung, keine Medikation). Das Versicherungsgericht des Kantons St. Gallen wies das Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege wegen fehlender Prozessarmut am 17. September 2019 (formlos) ab (act. G 14). Die Beschwerdeführerin verzichtete auf eine Replik (vgl. act.

G 16). Am 20. Januar 2021 bat das Versicherungsgericht die Beschwerdegegnerin um die Zustellung der AHV-Rentenverfügung der Beschwerdeführerin (act. G 17). Am 8. Februar 2021 sandte die Beschwerdegegnerin die AHV-Rentenverfügung vom 4. April 2016 zu. Gemäss dieser Verfügung bezog die Beschwerdeführerin seit dem 1. Juni 2016 eine AHV-Rente (act. G 18, 18.1). Erwägungen Die Beschwerdegegnerin hat mit der angefochtenen Verfügung vom 11. März 2019 einen Rentenanspruch der Beschwerdeführerin verneint. Sie hat dies damit begründet, dass das Wartejahr bis zum Zeitpunkt des AHV-Rentenbezugs am 1. Juni 2016 nicht erfüllt gewesen sei. Strittig ist somit, ob die Beschwerdeführerin einen 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). Ein Rentenanspruch erlischt mit der Entstehung des Anspruchs auf eine Altersrente der Alters- und Hinterlassenenversicherung oder mit dem Tod des Berechtigten (Art. 30 IVG). Die Beschwerdeführerin hat sich im Juni 2013 zum Leistungsbezug angemeldet. Gemäss Art. 29 Abs. 1 IVG kann ein Rentenanspruch frühestens nach Ablauf von sechs Monaten nach der Anmeldung, vorliegend also am 1. Dezember 2013, entstehen. Da ein Rentenanspruch mit der Entstehung des Anspruchs auf eine Altersrente der Alters- und Hinterlassenenversicherung erlischt und da die Beschwerdeführerin seit dem 1. Juni 2016 eine AHV-Rente bezieht (act. G 18.1), ist im Folgenden lediglich zu prüfen, ob die Beschwerdeführerin in der Zeit vom 1. Dezember 2013 bis zum 31. Mai 2016 einen Anspruch auf eine Invalidenrente hat. Das Versicherungsgericht hat im Entscheid vom 9. April 2015 festgehalten, die Beschwerdeführerin wäre im fiktiven "Gesundheitsfall" zu 100% als Hilfsarbeiterin erwerbstätig (IV 2014/400, E. 1.2, IV-act. 36). Die Beschwerdegegnerin hat dies zu Recht als verbindliche Vorgabe im Sinne von Art. 56 Abs. 2 des Gesetzes über die Verwaltungsrechtspflege (VRP, sGS 951.1) interpretiert und die Beschwerdeführerin in der Folge als Vollerwerbstätige eingestuft (vgl. die am 23. August 2017 widerrufenen Verfügung vom 6. Februar 2017, IV-act. 74). In der angefochtenen Verfügung vom 11. März 2019 hat die Beschwerdegegnerin nur deshalb keinen Einkommensvergleich vorgenommen, weil sie den Rentenanspruch mit der Begründung, das Wartejahr sei bis zum Zeitpunkt des AHV-Rentenbezugs nicht erfüllt

gewesen, verneint hat. Anhaltspunkte dafür, dass sich an der finanziellen Situation der Beschwerdeführerin und damit an der Notwendigkeit, im fiktiven "Gesundheitsfall" zu 100% erwerbstätig zu sein, etwas geändert hätte, bestehen nicht. Die Beschwerdeführerin ist also nach wie vor als Vollerwerbstätige einzustufen. Da sie keinen Beruf erlernt hat, besteht die Validenkariere in einer Tätigkeit als Hilfsarbeiterin. Um das zumutbare Invalideneinkommen ermitteln zu können, muss der verbliebene Arbeitsfähigkeitsgrad der Beschwerdeführerin mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit feststehen. Die Beschwerdegegnerin hat dazu die F.____ im Jahr 2015 mit der Erstellung eines bidisziplinären (orthopädischen und psychiatrischen) Gutachtens und im Jahr 2018 mit der Erstellung eines psychiatrischen Verlaufsgutachtens beauftragt. Strittig und im Folgenden zu prüfen ist, ob den beiden Gutachten voller Beweiswert zukommt, das heisst, ob es die 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, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge sowie der medizinischen Situation einleuchtet und die Schlussfolgerungen der Experten begründet sind (BGE 125 V 352 E. 3a). Notwendig ist zudem, dass die psychiatrischen Gutachter die vom Bundesgericht in Bezug auf anhaltende somatoforme Schmerzstörungen und vergleichbare psychosomatische Leiden geschaffenen und später auf alle psychischen Erkrankungen, insbesondere auf leichte bis mittelschwere depressive Störungen, anwendbar erklärten Standardindikatoren berücksichtigt haben (vgl. BGE 141 V 281; 143 V 409 und 143 V 418). In einem ersten Schritt ist zu prüfen, ob die Einwände des Rechtsvertreters der Beschwerdeführerin Zweifel am Beweiswert des psychiatrischen Teilgutachtens von Dr. H.____ vom 8. Oktober 2015 wecken. Er hat geltend gemacht, Dr. H.____ habe ihre Erkenntnis nicht aus einem direkten Gespräch, sondern mittelbar aus den Übersetzungen geschöpft. Der unmittelbare Eindruck, der für eine psychiatrische Beurteilung zentral sei, habe damit gefehlt. Bekannt sei, dass sich Personen aus dem X.____ bezüglich psychischer Störungen kaum dazu durchringen könnten, solche zuzugeben, weil dies als Makel der Persönlichkeit angesehen werde. Dies treffe auch auf die Beschwerdeführerin zu. Betreffend die Übersetzung des Gesprächs ist festzuhalten, dass diese durch eine professionelle Übersetzerin erfolgt ist (IV-act. 50-26). Anhaltspunkte dafür, dass bei der Übersetzung Schwierigkeiten aufgetreten wären, bestehen nicht. Im Weiteren bestehen auch keine Anhaltspunkte dafür, dass sich die Beschwerdeführerin aufgrund des Beizugs einer professionellen Übersetzerin gegenüber Dr. H.____ nicht hätte öffnen können und dadurch eine lege artis durchzuführende psychiatrische Begutachtung nicht möglich gewesen wäre. Zu berücksichtigen ist auch, dass für eine psychiatrische Beurteilung nicht nur die verbalen, sondern auch die nonverbalen Äusserungen relevant sind. Dr. H.____ hat also durchaus einen unmittelbaren Eindruck gewinnen können. Die Behauptung des Rechtsvertreters, dass sich Personen aus dem X.____ kaum dazu durchringen könnten, psychische Störungen zuzugeben, lässt sich nicht belegen. Im Übrigen wäre damit nicht erstellt, dass dies auch auf die Beschwerdeführerin zutreffen würde. Die Einwände des Rechtsvertreters wecken damit keine Zweifel am Beweiswert des psychiatrischen Teilgutachtens vom 8. Oktober 2015 und damit am Gutachten der F.____ vom 30. Oktober 2015. Im Folgenden ist das Gutachten vom 30. Oktober 2015 auf seinen Beweiswert zu prüfen. Dr. H.____ und die orthopädische Sachverständige Dr. G.____ haben umfassende Kenntnis von den Vorakten gehabt und diese gewürdigt. Sie haben die Beschwerdeführerin persönlich untersucht, die subjektiven Klagen

aufgenommen und die erhobenen objektiven Befunde im Gutachten wiedergegeben. Dr. G.____ hat als die Arbeitsfähigkeit einschränkende Diagnosen eine geringe anteromediale Instabilität des rechten Kniegelenks nach einer Knie-TEP-Implantation am 23. Oktober 2014 sowie eine medial und retropatellar betonte Gonarthrose links genannt. Den weiteren im Gutachten aufgeführten Diagnosen hat sie keine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit zugemessen. Dr. G.____ hat insbesondere auf erhebliche Diskrepanzen zwischen den angegebenen Schmerzstärken und den dazugehörigen klinischen Befunden hingewiesen. Auch sind sämtliche von der Beschwerdeführerin angegebenen Schmerzmittel im Blut nicht nachweisbar gewesen. In Anbetracht der objektiv festgestellten Bewegungseinschränkung des rechten Knies und der verminderten Belastbarkeit des linken Knies ist das von ihr formulierte Belastungsprofil (leichte bis gelegentlich mittelschwere wechselbelastende Tätigkeiten ohne kniebelastende Zwangshaltungen, ohne Steigen auf Leitern und Gerüste sowie ohne repetitives Treppensteigen und unter Vermeidung von ständigem ungünstigem Witterungseinfluss) überzeugend. Ebenso überzeugt die Attestierung einer vollständigen Arbeitsfähigkeit für adaptierte Tätigkeiten. Ob die Berichte des Y./W.____ vom 29. März 2017 (IV-act. 98) und vom 6. April 2018 (IV-act. 107), worin die im Gutachten vom 30. Oktober 2015 nicht aufgeführten Diagnosen eines PHS rechts bei degenerativen Veränderungen und eines moderaten Carpaltunnelsyndroms links genannt worden sind, eine relevante Verschlechterung des Gesundheitszustands mit einem Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit belegen, kann offengelassen werden. Diese Berichte betreffen nämlich einen Zeitraum, als die Beschwerdeführerin bereits eine AHV-Rente bezogen hat und damit ein allfälliger Anspruch auf eine Invalidenrente ohnehin erloschen wäre. Retrospektiv hat Dr. G.____ während der stationären Behandlungen und Rehabilitationsmassnahmen sowie postoperativ für ca. sechs Monate nach der Implantation der Knie-TEP rechts am 23. Oktober 2014 eine vollständige Arbeitsunfähigkeit attestiert. Anschliessend hat in einer dem formulierten Belastungsprofil angepassten Tätigkeit eine vollständige Arbeitsfähigkeit bestanden. Zur Arbeitsfähigkeit in adaptierten Tätigkeiten für die Zeit vor dem 23. Oktober 2014 hat sich Dr. G.____ nicht explizit geäussert; eine stationäre Behandlung hat lediglich im Dezember 2010 im D.____ stattgefunden (IV-act. 11-7). Bei einer sorgfältigen Interpretation ihrer Angaben ist jedoch davon auszugehen, dass Dr. G.____ nur gemeint haben kann, dass damals eine vollständige Arbeitsfähigkeit in adaptierten Tätigkeiten bestanden hat. Dr. G.____ hat sich nämlich primär zu den Zeiträumen geäussert hat, in welchen eine Arbeitsunfähigkeit bestanden hat; e contrario hat in den übrigen Zeiträumen eine vollständige Arbeitsfähigkeit bestanden. Auch die retrospektive Arbeitsfähigkeitsschätzung ist deshalb überzeugend. Dr. H.____ hat aufgezeigt, dass sie anlässlich der Untersuchung keine Psychopathologika hat objektivieren können. Auch die psychiatrische Vorgeschichte ist unauffällig gewesen. Im Weiteren sind die von der Beschwerdeführerin angegebenen Medikamente im Spiegel nicht nachweisbar gewesen. Dr. H.____ hat deshalb festgehalten, dass sie keine psychiatrische Morbidität diagnostizieren könne. Sie hat keine Diagnose mit oder ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gestellt und hat eine vollständige Arbeitsfähigkeit in der Tätigkeit als Hausfrau und in einer Verweistätigkeit attestiert. Auch retrospektiv hat kein Anhalt für eine längerfristige, höhergradige Arbeitsunfähigkeit bestanden. Eine Prüfung der Standardindikatoren ist nicht erfolgt. In Anbetracht dessen, dass keine psychiatrische Diagnose hat gestellt werden können, ist eine Prüfung der Standardindikatoren für die Arbeitsfähigkeitsschätzung auch nicht nötig gewesen. Die Arbeitsfähigkeitsschätzung von Dr. H.____ ist damit überzeugend. Der Rechtsvertreter hat die Abnahme von neuen

Beweismitteln beantragt. Er hat geltend gemacht, schon im Jahr 2015 sei bei der Beschwerdeführerin auch für Laien eine schwere Depression feststellbar gewesen. Er hat beantragt, den Ehemann und den Sohn der Beschwerdeführerin als Zeugen zu befragen sowie bei Dr. B.____ einen ergänzenden Bericht einzuholen. Auf die Einholung dieser Beweismittel ist im Sinne einer antizipierenden Beweiswürdigung zu verzichten. Von der Befragung des Ehemannes und des Sohnes der Beschwerdeführerin als Zeugen ist nämlich kein Beweisfortschritt zu erwarten, da der Ehemann und der Sohn aufgrund des nahen Verwandtschaftsverhältnisses als befangen zu qualifizieren sind und da wegen des langen Zeitablaufs mit keinen verlässlichen Aussagen über den Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin im Sommer 2015 zu rechnen ist. Auch von der Einholung eines ergänzenden Berichts von Dr. B.____ ist kein Beweisfortschritt zu erwarten, da auch er keine verlässlichen Angaben über den psychischen Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin im Sommer 2015 mehr zu liefern vermöchte. Zudem wäre 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). Im Folgenden ist das psychiatrische Verlaufsgutachten der F.____ vom 28. November 2018 auf seinen Beweiswert zu prüfen. Vorab ist zu klären, ob die nachfolgend aufgeführten Einwände des Rechtsvertreters der Beschwerdeführerin Zweifel am Beweiswert des Verlaufsgutachtens wecken: Der Rechtsvertreter hat geltend gemacht, der psychiatrische Gutachter Dr. L.____ habe seine Praxis in T.____ und sei eigens für die Untersuchung in die Schweiz eingeflogen worden. Er (der Rechtsvertreter) habe verlangt, bei der Untersuchung anwesend zu sein, was ihm durch die F.____ nicht bewilligt worden sei. Er habe weiter verlangt, Ergänzungsfragen stellen zu können. Dies sei nicht möglich gewesen, weil der Gutachter nach der Untersuchung wieder nach Deutschland zurückgekehrt sei. Die F.____ habe – wie von ihm verlangt – eine Übersetzerin beigezogen. Diese habe mit der Beschwerdeführerin aber nicht gehörig kommunizieren können und dementsprechend seien verschiedene Fragen nicht verstanden worden. Zum letzten Vorbringen ist festzuhalten, dass Dr. L.____ im Gutachten ausdrücklich festgehalten hat, die sprachliche Verständigung sei über eine Dolmetscherin erfolgt und sie sei ausreichend gegeben gewesen. Der Rechtsvertreter hat nicht näher ausgeführt, inwiefern die Kommunikation zwischen der Dolmetscherin und der Beschwerdeführerin nicht gehörig gewesen sein und welche Fragen die Beschwerdeführerin nicht verstanden haben soll. Diese pauschale Kritik vermag deshalb keine Zweifel an der Angabe von Dr. L.____, die Kommunikation sei ausreichend gewesen, zu wecken. Ob Dr. L.____ eine Praxis in T.____ hat, kann offengelassen werden. Selbst wenn dies zutreffen sollte, ist nicht ersichtlich, inwiefern dies die Qualität des Gutachtens vom 28. November 2018 beeinträchtigt haben könnte. Für eine gutachterliche Tätigkeit ist keine Praxistätigkeit in der Schweiz erforderlich. Massgebend ist vielmehr, dass ein Gutachter über das notwendige medizinische Fachwissen und über eine ausreichende Praxiserfahrung auf dem entsprechenden Fachgebiet sowie über die für eine korrekte Abwicklung des Gutachtauftrags notwendigen versicherungsmedizinischen Kenntnisse verfügt (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 19. Mai 2020, 8C_767/2019, E. 3.3). Dr. L.____ ist gemäss der Angabe im Gutachten Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie (und Facharzt für Neurologie). Es ist damit davon auszugehen, dass er über das nötige Fachwissen und die nötige Praxiserfahrung auf dem Fachgebiet der Psychiatrie verfügt. Anhaltspunkte dafür,

dass er nicht über die notwendigen versicherungsmedizinischen Kenntnisse verfügen würde, finden sich weder im Gutachten noch in den dem Gericht vorliegenden übrigen Akten. Die Beschwerdegegnerin hat dem Rechtsvertreter am 29. August 2018, also vor der Begutachtung, die Gelegenheit gegeben, Ergänzungsfragen zu stellen (IV-act. 115). Der Rechtsvertreter hat diese Gelegenheit nicht genutzt. Die Beschwerdegegnerin hat damit den Anspruch auf das Stellen von Ergänzungsfragen (vgl. Art. 55 ATSG in Verbindung mit Art. 19 des Bundesgesetzes über das Verwaltungsverfahren [VwVG, SR 172.021] und Art. 57 des Bundesgesetzes über den Bundeszivilprozess [BZP, SR 273]) ausreichend gewahrt. Ein Anspruch des Rechtsvertreters darauf, an einer Begutachtung teilzunehmen, besteht gemäss der überzeugend begründeten bundesgerichtlichen Auffassung nicht (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 8. August 2007, I 874/06, E. 4.1.2; BGE 132 V 446, E. 3.4 f.). Zusammenfassend ist festzuhalten, dass diese Einwände des Rechtsvertreters keine Zweifel am psychiatrischen Verlaufsgutachten der F.____ vom 28. November 2018 wecken. Dr. L.____ hat anlässlich der Begutachtung vom 17. Oktober 2018 im Rahmen einer eingehenden persönlichen Untersuchung der Beschwerdeführerin eindeutig depressive Symptome feststellen können. Im Gutachten vom 28. November 2018 hat er nämlich festgehalten, es stehe ausser Zweifel, dass ein depressives Syndrom vorliege; er ist sich diesbezüglich also sicher gewesen. Im Weiteren hat er kognitive Störungen festgestellt, die in ihrem Ausmass jedoch nicht durch das depressive Syndrom erklärbar gewesen sind. Er hat die kognitiven Störungen mit dem Bestehen einer zeitlichen Orientierungsstörung und den Ergebnissen der beiden Demenz-Screening-Tests (Mini-Mental-Status-Test und Uhrentest nach Shulman) begründet. Dr. L.____ hat erklärt, vor allem die Fehler in der Visuokonstruktion und in der Praxie (siehe Uhrentest) liessen in der Zusammenschau mit den anderen kognitiven Beeinträchtigungen, die nicht ausschliesslich oder überhaupt depressiogen sein könnten, an eine demenzielle Entwicklung denken. Die fremdanamnestic Angaben des Ehemannes der Beschwerdeführerin, wonach die Beschwerdeführerin in den Aktivitäten des täglichen Lebens auf Hilfe angewiesen sei, hat er als zu einer demenziellen Entwicklung passend beurteilt. Im Weiteren hat er das Resultat der MRI-Untersuchung vom 26. Mai 2016 (mässige vaskuläre Leukenzephalopathie) berücksichtigt und er ist zum Schluss gelangt, das Symptompattern und der Befund der MRI-Untersuchung liessen am ehesten an eine gemischte Ätiologie – Alzheimer und vaskuläre Komponente (chronische Durchblutungsstörung der hirnversorgenden Gefässe) – (gemeint wohl: der demenziellen Entwicklung) denken. Dieser Befund einer demenziellen Entwicklung stimmt mit den Angaben im Bericht vom 7. Juni 2016 der W.____ (IV-act. 71) überein. Die Fachärzte hatten darin nämlich festgehalten, dass – nebst der depressiven Störung – differentialdiagnostisch bzw. zusätzlich eine beginnende vaskuläre Demenz als Ursache für die (bereits damals im Rahmen einer neuropsychologischen Testung festgestellten mittelschweren bis schweren) kognitiven Defizite in Betracht komme. Weil das alltägliche Funktionsniveau der Beschwerdeführerin zu diesem Zeitpunkt noch verhältnismässig gut gewesen war, hatten die Fachärzte aber festgehalten, im Untersuchungsbefund hätten sich diskordante Ergebnisse zum offensichtlichen alltäglichen Funktionsniveau gezeigt. Im Zeitpunkt der Begutachtung durch Dr. L.____ (17. Oktober 2018) ist die Beschwerdeführerin in den Alltagsaktivitäten im Vergleich zum Mai 2016 auf mehr Unterstützung angewiesen gewesen. Beispielsweise hat sie nicht mehr alleine kochen oder (kleine) Einkäufe tätigen können (vgl. die Angaben des Ehemannes anlässlich der Begutachtung, IV-act. 119-10 f., und die Angaben im Bericht vom 7. Juni 2016, IV-act. 71). In Anbetracht dessen ist die Einschätzung von Dr. L.____, dass nebst einem

depressiven Syndrom auch das Bild einer demenziellen Entwicklung vorliege, überzeugend. Im Weiteren ist Dr. L. ___ in einer sorgfältigen Würdigung verschiedener Erklärungsmodelle zum Schluss gelangt, dass er eine Kombination aus einer Demenz und einer organischen Depression favorisiere. Gestützt darauf hat er die Diagnosen einer gemischten Demenz (Alzheimer und vaskulär, ICD-10 F00.2) und einer organischen depressiven Störung (ICD-10 F06.32) gestellt. Schliesslich hat sich Dr. L. ___ zu den Standardindikatoren, insbesondere zur Konsistenz und zu den Ressourcen, geäussert. Er hat dargelegt, dass die Beschwerdeführerin ihre Autonomie weitgehend verloren habe und auf Unterstützung angewiesen sei. Die Erhebung der Befunde und die gestützt darauf gestellten Diagnosen überzeugen. Ebenso überzeugt die Attestierung einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit in der Tätigkeit als Hausfrau sowie in jeglichen Verweistätigkeiten im Zeitpunkt der Begutachtung. In Bezug auf den Verlauf der Arbeitsfähigkeit seit dem Erstgutachten der F. ___ vom 30. Oktober 2015 hat Dr. L. ___ angegeben, damals seien die kognitiven und psychischen Beeinträchtigungen noch nicht festgestellt worden. Bereits Mitte 2016 sei von ausgeprägten kognitiven Defiziten gesprochen worden und auch die Depression scheine mittelschwer vorgelegen zu haben. Es sei davon auszugehen, dass es seitdem zu einer schrittweisen Verschlechterung der psychischen und kognitiven Funktionen gekommen sei. Unter Berücksichtigung der Aktenlage dürften die kognitiven Beeinträchtigungen bereits seit Anfang 2016 vorgelegen haben. Er hat eine "praktisch aufgehobene" Arbeitsfähigkeit seit Anfang 2016 attestiert. In Anbetracht des Berichts der E. ___ vom 15. März 2016 über einen stationären Aufenthalt vom 22. Februar 2016 bis 18. März 2016 (IV-act. 60), worin über Defizite vor allem im Gedächtnis-, Auffassungs- und Orientierungsbereich berichtet worden ist, ist diese Einschätzung von Dr. L. ___ überzeugend. Ob seit dem Beginn des Jahres 2016 eine vollständige oder eine teilweise Arbeitsunfähigkeit vorgelegen hat, kann offenbleiben, da, selbst wenn eine so hohe Arbeitsunfähigkeit bestanden hat, dass daraus ein Rentenanspruch resultiert hätte, mangels Erfüllung des Wartjahres kein Anspruch auf eine Invalidenrente bestanden hat (vgl. E. 5.5). Aus diesem Grund kann auch offenbleiben, aufgrund von welchen verschlechterten objektiven Befunde und Symptomen die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin im Zeitraum nach der ersten psychiatrischen Begutachtung vom 23. September 2015 bis Anfang des Jahres 2016 praktisch vollständig aufgehoben worden ist; an sich wäre dies von Dr. L. ___ zu erklären gewesen. Das Wartjahr ist erfüllt, wenn während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich eine mindestens 40%ige Arbeitsunfähigkeit bestanden hat (Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG). Ein wesentlicher Unterbruch der Arbeitsunfähigkeit liegt vor, wenn die versicherte Person an mindestens 30 aufeinanderfolgenden Tagen voll arbeitsfähig war (Art. 29 ter IVV). Da die Beschwerdeführerin im fiktiven "Gesundheitsfall" als Hilfsarbeiterin erwerbstätig gewesen wäre (vgl. E. 4), ist in Bezug auf das Wartjahr die Arbeitsunfähigkeit in einer (fiktiven) Hilfsarbeiterinnentätigkeit und nicht die Arbeitsunfähigkeit in der tatsächlich ausgeübten Tätigkeit als Hausfrau massgebend. Gemäss dem überzeugenden Gutachten der F. ___ vom 30. Oktober 2015 ist die Beschwerdeführerin bis zum 22. Oktober 2014 in adaptierten Tätigkeiten vollständig arbeitsfähig gewesen. Ab dem 23. Oktober 2014 (Implantation der Knie-TEP rechts) ist sie für ca. sechs Monate vollständig arbeitsunfähig gewesen. Anschliessend, also ab dem 1. Mai 2015, hat in einer dem formulierten Belastungsprofil angepassten Tätigkeit, also in einer körperlich leichten bis gelegentlich mittelschweren wechselbelastenden Tätigkeit ohne kniebelastende Zwangshaltungen, ohne Steigen auf Leitern und Gerüste sowie ohne repetitives Treppensteigen und unter Vermeidung von

ständigem ungünstigem Witterungseinfluss, eine vollständige Arbeitsfähigkeit bestanden. Da es auf dem allgemeinen und ausgeglichenen Arbeitsmarkt eine Vielzahl von Stellen für Hilfsarbeiterinnen mit diesem Tätigkeitsprofil gibt, ist davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin fiktiv eine solche adaptierte Tätigkeit ausgeübt hätte. Die Arbeitsfähigkeitsschätzung im Gutachten vom 30. Oktober 2015 in Bezug auf eine adaptierte Hilfsarbeiterinnentätigkeit ist somit auch massgebend zur Beurteilung der Erfüllung des Wartejahres. Selbst wenn die Beschwerdeführerin ab dem 1. Mai 2015 aufgrund der Kniebeschwerden noch nicht vollständig arbeitsfähig gewesen wäre, hat im Zeitpunkt der Begutachtung im September 2015 gemäss der überzeugenden Beurteilung der Dres. G.____ und H.____ eine vollständige Arbeitsfähigkeit in adaptierten Tätigkeiten bestanden. Damit ist es überwiegend wahrscheinlich, dass es nach dem Ende der rehabilitationsbedingten Arbeitsunfähigkeit eine mehr als 30 Tage dauernde Phase gegeben hat, in welcher die Beschwerdeführerin vollständig arbeitsfähig gewesen ist. Das Wartejahr ist damit unterbrochen gewesen. Ob bereits ab dem Oktober 2015 eine mindestens 20%ige Arbeitsunfähigkeit bestanden hat, die das Wartejahr von Neuem hätte auslösen können (vgl. Ulrich Meyer/Marco Reichmuth, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, 3. Auflage, Zürich/Basel/Genf 2014, Art. 28 Rz 32 mit Verweis auf die Rechtsprechung), kann offengelassen werden. Denn selbst wenn das Wartejahr ab dem Oktober 2015 erneut zu laufen begonnen hätte, wäre es bis zum AHV-Rentenbezug ab dem 1. Juni 2016 nicht erfüllt gewesen. Daraus folgt, dass mangels Erfüllung des Wartejahrs kein Rentenanspruch bestanden hat. Die Beschwerdegegnerin hat den Anspruch auf eine Invalidenrente damit zu Recht verneint. 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.-- erweist sich als angemessen. Dem Ausgang des Verfahrens entsprechend ist sie vollumfänglich der Beschwerdeführerin aufzuerlegen. Sie ist durch den von dieser geleisteten Kostenvorschuss von Fr. 600.-- gedeckt. Entscheid im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP Die Beschwerde wird abgewiesen. Die Beschwerdeführerin hat die Gerichtsgebühr von Fr. 600.-- zu bezahlen; diese sind durch den von ihr geleisteten Kostenvorschuss von Fr. 600.-- gedeckt.

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