

SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2020/187 vom 7. März 2022

Sg Versicherungsgericht, 2022-03-07, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg_publicationen_IV_2020_187

FR: SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2020/187 du 7 mars 2022

IT: SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2020/187 del 7 marzo 2022

Regeste

Würdigung der Beweiswerte eines polydisziplinären Gutachtens vom Februar 2018 sowie eines ebenfalls polydisziplinären Verlaufsgutachtens vom November 2019, welches - auch retrospektiv - zum Ergebnis einer sehr viel geringfügigeren Arbeitsunfähigkeit gelangte als die erste Expertise (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 7. März 2022, IV 2020/187).

Volltext

Entscheid vom 7. März 2022 Besetzung Versicherungsrichterin Karin Huber-Studerus (Vorsitz), Versicherungsrichterinnen Monika Gehrler-Hug und Corinne Schambeck; Gerichtsschreiberin Fides Hautle Geschäftsnr. IV 2020/187 Parteien A.____, Beschwerdeführerin, vertreten durch Rechtsanwältin lic. iur. Gabriela Grob Hügli, c/o Procap Schweiz, Frohburgstrasse 4, Postfach, 4601 Olten, gegen IV-Stelle des Kantons St. Gallen, Postfach 368, 9016 St. Gallen, Beschwerdegegnerin, Gegenstand Rente Sachverhalt Betreffend A.____ ging am 6. Juli 2015 (IV-act. 4, 7) eine Früherfassungsmeldung bei der Sozialversicherungsanstalt/IV-Stelle des Kantons St. Gallen ein. Sie habe von 2006 bis 2009 eine Lehre gemacht und sei als ___/___ tätig. Wegen körperlichen und psychischen Problemen habe sie seit 2014 wiederholt Absenzen gehabt. Seit 4. März 2015 sei sie voll arbeitsunfähig. - Bei einem Früherfassungsgespräch vom 10. Juli 2015 (IV-act. 3) gab die Versicherte an, vom Arbeitgeber (schon Lehrmeister, [...]) [...] habe sie die verdiente Beförderung nicht bekommen und sei gemobbt worden. Trotz Weiterbildung sei sie degradiert worden und werde wohl die Kündigung erhalten. Vor dem ersten Ohnmachtsanfall habe sie einen hohen Stress im Betrieb gehabt. Sie habe mehrere Anfälle gehabt, meist im Entspannungszustand und etwa alle zwei bis drei Wochen auftretend, am schlimmsten am 30. Dezember 2014 während des Autofahrens. Nach einem weiteren Anfall sei sie im Februar 2015 zum Hausarzt gegangen, der Neurologe habe sie anschliessend arbeitsunfähig geschrieben und ihr für zwei Monate das Autofahren verboten. Bei einem MRI seien Hirnblutungen und Hirnschläge festgestellt worden. - Am 11./14. Juli 2015 (IV-act. 6) meldete sich die Versicherte zum Bezug von Leistungen der Invalidenversicherung an. Seit November 2014 habe sie Kopfschmerzen, seit Dezember 2014 Ohnmachtsanfälle, ausserdem habe sie Schwindel. Gemäss den Akten der Lohnausfallversicherung hatte Dr. med. C.____, Facharzt für Neurologie und für Psychiatrie und Psychotherapie, am 18. März 2015 (Fremd-act. 1-10 ff.) berichtet, es bestünden bei der Versicherten eine vaskuläre Enzephalopathie mit klinisch leichten kognitiven Defiziten und dezenter Ataxie (DD: weniger wahrscheinlich beginnende chronisch entzündliche ZNS-Erkrankung), rezidivierende Synkopen und präsynkopale Zustände, am ehesten vasovagal, und eine bekannte depressive Störung, gegenwärtig teilremittiert unter der

Einnahme von Citalopram und Surmontil. Im EEG habe sich eine leichte Hirnfunktionsstörung bizenroparietal mit steilen Transienten bei erheblicher Schläfrigkeit gezeigt. Ein Schlafentzugs-EEG habe tendenziell eher bessere Befunde mit lediglich leicht ausgeprägter generalisierter Hirnfunktionsstörung und physiologischem Erreichen des Schlafstadiums II gezeigt. Ein Schädel-MRI habe Hinweise auf mehrere kleine gliotische Läsionen, am ehesten mikrovaskulärer Genese, erbracht. Eine Doppler-Duplex-sonographische Untersuchung der hirnversorgenden Arterien sei unauffällig ausgefallen. - In einer Verlaufsdocumentation des Casemanagements der Versicherten (Fremd-act. 5-7 ff.) war festgehalten worden, die Versicherte wisse seit 7. April 2015, dass das Arbeitsverhältnis aufgehoben werde, sobald sie wieder arbeitsfähig sei. - Der Arbeitgeber hatte am __. __ 2015 angegeben, sie habe sich von einem Tag auf den andern krank gemeldet; er wisse nicht warum. Es seien Dinge vorgefallen, die eine Weiterführung des Arbeitsverhältnisses nicht erlaubten (Fremd-act. 5-11). Am __. __ 2015 hatte er in der Folge berichtet, bis vor etwa einem Dreivierteljahr sei das Arbeitsverhältnis gut gewesen und die Versicherte habe sehr gut gearbeitet. Dann sei sie anders geworden. Er habe aber schon länger gedacht, ein Wechsel wäre vielleicht gut. Sie selber habe etwas Neues suchen wollen, habe dann aber doch nicht gewollt, wenn etwas konkret geworden sei (vgl. Fremd-act. 5-10). - Die Klinik für Kardiologie des Departements Innere Medizin am Kantonsspital St. Gallen hatte inzwischen am 15. Mai 2015 (Fremd-act. 1-6 f.) u.a. von rezidivierenden Reflexsynkopen seit 11/2014 berichtet. In der Untersuchung sei es zu einer solchen Synkope gekommen. Die Versicherte sei darauf hingewiesen worden, mögliche Auslöser zu vermeiden, bei Auftreten von Prodromi in liegende Position zu gehen und isometrische Muskelanspannungen zu machen. - Die D. ____ (im Weiteren Klinik D. ____; ärztliche Psychotherapeutin B. ____), berichtete der Lohnausfallversicherung am 20. August 2015 (Fremd-act. 4-2 f.; während stationärem Aufenthalt der Versicherten) u.a. von einer mittelgradigen depressiven Episode bei einer komplexen psychosozialen Belastungssituation und bei Erschöpfungssyndrom und von rezidivierenden Synkopen, am ehesten vasovagalen Reflexsynkopen mit positiver Kipptischuntersuchung, seit November 2014. Es werde eine neuropsychologische Testung durchgeführt werden. Voraussichtlich werde die Versicherte nach Austritt noch mindestens bis Mitte September 2015 voll arbeitsunfähig sein. Im Austrittsbericht vom 14. September 2015 (IV-act. 26; über einen Aufenthalt vom 13. Juli 2015 bis 29. August 2015) hielt der Fachbereich Psychosomatik der Klinik D. ____ fest, es lägen bei der Versicherten eine rezidivierende depressive Störung, derzeit mittelgradig bei multifaktorieller psychosozialer Belastung, mit Entwicklung eines Erschöpfungssyndroms, eine Angst- und Panikstörung, rezidivierende vasovagale Synkopen und eine Adipositas permagna vor. Die Versicherte habe erklärt, sie sei im Heim aufgewachsen. Bei kardiologischen und neurologischen Untersuchungen habe man nichts gefunden, was die Synkopen hätte erklären können. Sie dürfe nicht mehr in die Höhe steigen, weshalb sie eine berufliche Neuorientierung brauche. Es wurde im Bericht festgehalten, Ohnmachtsanfälle seien nicht vorgekommen. Es sei deutlich geworden, dass das Beharren auf ihr Kranksein der Versicherten die Möglichkeit gegeben habe, (vom Weiterarbeiten) zu pausieren, und sie dazu geneigt habe, damit zu manipulieren. Sie habe ihre Sicht der Dinge gehabt und dazu geneigt, diese beliebig zu interpretieren. Auf die Anforderung, sich an den Therapieplan zu halten, habe sie mit Rebellion und wie ein trotziges Kind reagiert, das sich überfordert fühle. Es sei deutlich geworden, dass sie eine Autoritätsperson suche, von der sie sich ernst genommen und geführt fühle. Mit der Zeit habe sie bei bleibendem Widerstand regelmässiger am

Programm teilgenommen. Sie habe in deutlich stabilisiertem psychophysischem Zustand entlassen werden können. - Die Vertrauensärztin der Lohnausfallversicherung hielt am 18. Oktober 2015 (Fremd-act. 5-6) fest, bis zur Klärung der Diagnose sei die Versicherte als ___ arbeitsunfähig. In der Arbeitgeberbescheinigung vom . ___ 2015 (IV-act. 16) war inzwischen angegeben worden, die Versicherte habe im Jahr 2014 Fr. 63' ___.-- und 2013 Fr. 63' ___.-- verdient. - Die Versicherte hatte im August 2009 die Lehre abgeschlossen (IV-act. 19-3) und am . ___ 2011 ein Diplom als B. ___ erworben (IV-act. 19-2). Der Regionale Ärztliche Dienst (RAD) der Invalidenversicherung hielt fest, vorläufig könne anhand der Aktenlage von einer möglichen Präsenzzeit der Versicherten von 50 % ausgegangen werden. Es sei auch eine eingliederungsfachliche Aussage miteinzubeziehen (vgl. IV-act. 30). - In einem Assessmentprotokoll vom 4. Januar 2016 (IV-act. 36) wurde festgehalten, die Versicherte habe erklärt, sie habe Angst vor der Arbeit und vor dem Hineinrutschen in das System und frage sich, ob sie das leisten könne. An den bisherigen Arbeitsplatz zurückzukehren, könne sie sich nicht vorstellen, einerseits wegen des Mobbing, andererseits wegen der Dämpfe und der Anforderung, auf Gerüste steigen zu müssen. Sie wolle zu 50 % als Vorarbeiterin und zu 50 % in administrativen Arbeiten tätig sein, und sich für den Bürobereich umschulen lassen. - Am 20. Januar 2016 (IV-act. 42) wurde ein IV-Eingliederungsplan für Integrationsmassnahmen unterzeichnet und das entsprechende Aufbautraining während der Zeit vom 1. Februar 2016 bis 31. Juli 2016 wurde am 28. Januar 2016 (IV-act. 46; Taggeld IV-act. 48) zugesprochen. Nachdem die mit dem Job-Coaching Beauftragte der betreffenden Institution am 11. Februar 2016 (IV-act. 50-2) darüber informiert hatte, dass die Versicherte mitgeteilt habe, sie sei auf der Intensivstation am Kantonsspital St. Gallen und es habe sich in der Lunge ein Gerinsel gebildet, wurde die berufliche Massnahme abgebrochen (IV-act. 52). Im Schlussbericht über die acht Tage dauernde Tätigkeit (IV-act. 56) wurde erklärt, die Versicherte habe bei der Abmeldung vom 9. Februar 2016 gemäss ihrem Arzt eine Bronchitis gehabt. Später sei sie wegen des Verdachts auf eine Lungenthrombose ins Kantonsspital verlegt worden. - Am 28. Januar 2016 (IV-act. 43) hatte die Versicherte telefonisch mitgeteilt, Dr. C. ___ habe festgestellt, dass sie nachts Atemaussetzer habe. Sie könne deshalb noch am Tag ihres Anrufs ein Sauerstoffgerät bei ihm abholen. Sollte sich der Einsatz positiv auswirken, sei allenfalls nochmals eine Untersuchung im Schlaflabor nötig. - Gemäss Aktennotiz (IV-act. 54) sprach die Versicherte am 29. Februar 2016 wegen ihrer finanziell ungewissen Situation bei der Sozialversicherungsanstalt/IV-Stelle vor. Daraufhin teilte Letztere dem Arbeitgeber mit, er habe die Lohnfortzahlung an die Versicherte wieder aufzunehmen. Sie hielt fest, dieser habe das zugesichert. Die Klinik für Neurologie am Kantonsspital St. Gallen hatte im IV-Arztbericht vom 26. Februar 2016 (IV-act. 58) bekanntgegeben, der neurologische Befund sei unauffällig. Die Versicherte sollte stets die Möglichkeit haben, sich hinzusetzen, und sollte nicht auf Leitern steigen. Die bisherige Tätigkeit sei im Übrigen weiterhin zumutbar. Im beigelegten Bericht vom 7. April 2015 (IV-act. 58-6 f.) war festgehalten worden, der neurologische Untersuchungsbefund sei in detaillierter Prüfung unauffällig gewesen. - Bei einem MRT des Neurokraniums vom 29. Februar 2016 (IV-act. 59) wurde keine Zunahme der vaskulären Läsionen im Verlauf festgestellt. - Dr. med. E. ___, Facharzt FMH für Allgemeinmedizin, gab im IV-Arztbericht vom 7. März 2016 (IV-act. 61) u.a. an, es seien im Februar 2016 bilaterale zentrale Lungenembolien aufgetreten. Er behandle die Versicherte seit Februar 2012. Nicht nur die Synkopen, auch die depressive Symptomatik mit Konzentrationsstörungen und Antriebsproblemen hätten zum Ausfall bei der Arbeit geführt. In der bisherigen Tätigkeit sei sie nicht arbeitsfähig. -

Dr. med. F.____, Facharzt für Gastroenterologie und für Innere Medizin, berichtete am 31. März 2016 (IV-act. 69-4 f.), die Versicherte habe von Erbrechen, im Verlauf mit Blutbeimengung, berichtet. Es finde sich zurzeit keine Blutungsquelle im oberen Gastrointestinaltrakt; es dürfte ein Mallory-Weiss-Riss vorgelegen haben. Weitere Massnahmen seien nicht nötig. Nebenbefundlich sei eine Refluxoesophagitis Los Angeles A festgestellt worden. - Der RAD hielt am 15. Juni 2016 (IV-act. 70) dafür, ein gewisses Eingliederungspotenzial bzw. eine Arbeitsfähigkeit von etwa 50 % könne angenommen werden. Es sei noch der Austrittsbericht des Kantonsspitals St. Gallen betreffend die Hospitalisation vom 11. bis 16. Februar 2016 einzuverlangen. - Am 18. Juli 2016 (IV-act. 78) wurde in einem IV-Protokoll festgehalten, es bestünden in der angestammten Tätigkeit eine bleibende Einschränkung und daher ein Umschulungsanspruch, am 29. August 2016 (IV-act. 83) wurde erwähnt, davor seien allenfalls Integrationsmassnahmen zu prüfen, um die Arbeitsfähigkeit zu steigern, weil gemäss RAD eine Arbeitsfähigkeit von 50 % mit Leistungsminderung bestehe. - Die Klinik D.____ gab am 16. September 2016 (IV-act. 84) an, gemäss Hausarzt bestehe in der bisherigen Tätigkeit eine volle Arbeitsunfähigkeit. Nebst den psychiatrischen Diagnosen bestünden körperliche Einschränkungen, die eine Wiederaufnahme verunmöglichten. In angepasster Tätigkeit bestehe eine Arbeitsfähigkeit von ca. 50 %. Am 4. November 2016 (IV-act. 87) sprach die Sozialversicherungsanstalt/IV-Stelle der Versicherten Berufsberatung zu, am 23. Januar 2017 (IV-act. 98) eine berufliche Abklärung in der Zeit vom 27. Februar 2017 bis 29. Mai 2017 (mit Taggeld, IV-act. 99). - In einem Schlussbericht vom 22. Mai 2017 (IV-act. 105) gab die betreffende (andere, zweite) Institution an, es sei zur Prüfung des Arbeitspensums und der Belastbarkeit eine Integrationsmassnahme zu empfehlen. Ein geschützter Rahmen sei nötig. Ausserordentlicher Mehraufwand sei zur Aufarbeitung der Fachkenntnisse in den schulischen Bereichen, insbesondere in Deutsch, zu erkennen, ausserdem ein Förderbedarf bei den Selbstkompetenzen (Selbstachtsamkeit, Umgang mit Drucksituationen). - In einem Strategie-Protokoll (IV-act. 107) wurde festgehalten, gemäss RAD sei nicht ganz nachvollziehbar, weshalb die Arbeitsfähigkeit nicht habe gesteigert werden können. - Dr. E.____ erklärte am 1. Juni 2017 (IV-act. 113), die Versicherte sei zu maximal 50 % belastbar. - Die Klinik D.____ gab am 2. Juni 2017 (IV-act. 115) an, seit ca. drei Monaten sei eine zusätzliche Belastung durch sehr schmerzhafte, blutig-rissige Exzeme an beiden Handflächen und Fusssohlen aufgetreten, welche die Alltagsfunktionen deutlich einschränkten. Hinsichtlich der depressiven Symptomatik habe sich seit September 2016 eine Besserung bei noch bestehender verminderter Frustrationstoleranz, Gereiztheit, Migräne, Erbrechen und hohen Leistungsansprüchen an sich selbst gezeigt; Versagens- und Zukunftsangst hätten sich beim Arbeitsversuch immer wieder verstärkt gezeigt. Im Juni 2017 (IV-act. 117) wurde ein Eingliederungsplan für Integrationsmassnahmen für die Zeit vom 30. Mai 2017 bis 30. November 2017 unterzeichnet. Am 14. Juni 2017 (IV-act. 120) teilte die Versicherte mit, sie sei wegen Ekzemen voll arbeitsunfähig geschrieben. Dr. E.____ erklärte zwei Tage später, die Integrationsmassnahme könne vorläufig (trotz der allergie- oder psychisch bedingten Ausschläge) weitergeführt werden. Eher fraglich scheine, ob die Versicherte bei den kognitiven Einschränkungen noch eine verwertbare Ausbildungsfähigkeit erreichen könne. Am 19. Juni 2017 (IV-act. 123) wurde das entsprechende Aufbautraining zugesprochen. Nachdem Dr. E.____ am 23. Juni 2017 (IV-act. 127) mitgeteilt hatte, die Versicherte sei nicht mehr in der Lage, die beruflichen Belastungen der Integration zu erfüllen (ungenügende Konzentration und Aufmerksamkeit, Überforderung, Reaktion mit Schwindel, Übelkeit und Erbrechen), wurde die Massnahme

am 27. Juni 2017 (IV-act. 129; nach zehn Anwesenheitstagen, IV-act. 133, und sechs Absenzen, IV-act. 134-1) abgebrochen. Im Schlussbericht der (zweiten) Institution vom 3. Juli 2017 (IV-act. 134) wurde angegeben, die Versicherte habe erklärt, sich eingliedern und arbeiten zu wollen, woran sie jedoch die pathologische Situation hindern würde. Es wurde weiter erklärt, die physische Situation mit den medizinisch nicht erklärbaren Hautausschlägen wirke sich zunehmend psychisch negativ aus. Es sei eine medizinische Abklärung zu empfehlen. Bei der gesundheitlichen Situation und den wenigen vorhandenen Kenntnissen im Bereich Administration sei für einen Quereinstieg der Versicherten in ein ungelerntes Berufsfeld kein Potenzial zu erkennen. Die Versicherte sei auf die Möglichkeit einer Anmeldung beim Sozialamt hingewiesen worden, worauf sie erwähnt habe, womöglich werde es auch mit den finanziellen Mitteln ihres Partners ausreichen. - Am 7. Juli 2017 teilte die Versicherte mit, sie sei bis auf weiteres wegen Rückenschmerzen voll arbeitsunfähig. Psychisch gehe es ihr auch schlechter. In ihrem polydisziplinären Gutachten vom 12. Februar 2018 (IV-act. 153) gaben die PMEDA Polydisziplinäre Medizinische Abklärungen an, es bestünden als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit vagovasale Synkopen, eine Psoriasis palmoplantaris, DD hyperkeratotisch rhagadiformes Hand- und Fussekzem bei atopischer Diathese, und eine teilremittierte, derzeit leichtgradig ausgeprägte depressive Episode vor dem Hintergrund einer emotional-instabilen Persönlichkeitsstörung vom Borderline-Typ. Ohne Einfluss seien eine Adipositas Grad II/III, ein Status nach Lungenembolie, eine Migräne mit Aura und zervikale myofasziale Triggerpunkte. Die Versicherte sei in keiner Tätigkeit arbeitsfähig, und zwar seit 2015 und vorerst auch noch für ein weiteres Jahr. Die dermatologische und die psychiatrische Erkrankung würden sich hinsichtlich der reduzierten Belastbarkeit additiv auswirken. Zu empfehlen seien eine Gewichtsreduktion und eine Intensivierung der psychiatrischen Behandlung (Aufnahme einer spezifischen psychotherapeutischen Behandlung, z.B. einer Dialektisch-Behaviouralen Therapie). - In einem Anhang wurde dargelegt, in zahlreichen Therapiestudien seien ein positiver Spontanverlauf depressiver Syndrome und ein zusätzlicher positiver Effekt einer leitliniengerechten antidepressiven Medikation nachgewiesen worden. Die Depression sei ein prinzipiell gut behandelbares Krankheitsbild. Bei leitliniengerechter Behandlung trete eine deutliche Symptomreduktion in der Regel innerhalb von vier bis acht Wochen ein, so dass ein gestufter Wiedereinstieg in die Arbeitstätigkeit möglich und sogar sinnvoll sei. Bei zwei Dritteln der Betroffenen sei eine Vollremission zu erwarten. - Der RAD befürwortete das Abstellen auf das Gutachten (vgl. IV-act. 154). Hinweise für namhafte Diskrepanzen und Inkonsistenzen und für eine Incompliance hätten sich nicht ergeben. Die Versicherte nehme die verordnete Medikation ein und begebe sich alle zwei Wochen in psychiatrische Konsultation. Am 28. März 2018 (IV-act. 159) wurde der Versicherten mitgeteilt, ein Anspruch auf (weitere) berufliche Massnahmen bestehe nicht. Diese teilte am 30. Mai 2018 (IV-act. 162) mit, es gehe ihr gesundheitlich nicht gut. - Die Klinik D.____ erklärte am 3. Juli 2018 (V-act. 166) u.a., die Wirkung der Dosiserhöhung von Venlafaxin auf 300 mg sei abzuwarten; das Mittel habe in der Vergangenheit gut gewirkt. Die Versicherte suche sich wegen eines geplanten Wohnortwechsels einen anderen Therapieplatz. - Der RAD hielt am 16. Juli 2018 (IV-act. 170) dafür, eine Schadenminderungspflicht sei nicht aufzuerlegen, weil es wahrscheinlich nicht innert nützlicher Frist zu einer erfolgreichen Besserung kommen werde. - Auf Anfrage (IV-act. 178) teilte die PMEDA der Sozialversicherungsanstalt/IV-Stelle am 23. Oktober 2018 (IV-act. 181) mit, die Gesundheitsstörungen auf dermatologischem und psychiatrischem Fachgebiet wirkten

eigenständig behindern und sich allenfalls noch gegenseitig verstärkend. Die Klinik für Dermatologie/Venerologie/Allergologie am Kantonsspital St. Gallen gab am 27. Dezember 2018 (IV-act. 186) bekannt, es bestünden schmerzhafte Psoriasis-Plaques palmoplantar. Bei einer Tätigkeit im Sitzen sei die Versicherte nicht arbeitsunfähig. Einer Eingliederung stehe Incompliance im Weg. In einem beigelegten Bericht vom 25. August 2017 waren als Diagnosen bezeichnet worden u.a. klinisch Psoriasis palmoplantaris beidseits, der Verdacht auf Psoriasis capitis, Acne papulopustulosa, Adipositas permagna, ein St. n. Lungenembolie und eine Enzephalopathie unklarer Genese sowie Migräne mit Aura. - Am 6. März 2019 (IV-act. 195) teilte die Versicherte mit, sie werde den Dermatologen wechseln.- Dr. E.____ erklärte am 16. Januar 2019 (IV-act. 193), die letzte Gastroskopie sei im Juli 2018 gewesen. Das rezidivierende Erbrechen sei durch die grosse axiale Hiatushernie mit Refluxoesophagitis Los Angeles Typ B bedingt. Der Zustand sei trotz intensiver Therapie weitgehend stationär. Die Arbeitsfähigkeit habe nicht gesteigert werden können; es liege derzeit wegen der Depression, der Rückenbeschwerden und der Psoriasis keine vor. Im Haushalt könne die Versicherte maximal eine Viertelstunde pro Tag arbeiten, dann werde sie sehr müde und es werde ihr schwindelig. Dr. med. G.____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie FMH (unter Mitwirkung der für sie tätigen psychologischen Psychotherapeutin), gab im IV-Arztbericht vom 11. Februar 2019 (IV-act. 194) an, es lägen eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome, bei multifaktorieller psychosozialer Belastung mit Erschöpfungssyndrom, eine Panikstörung, ein V.a. eine emotional-instabile Persönlichkeitsstörung vom Borderline-Typus und eine posttraumatische Verbitterungsstörung (PTED) als spezifische Reaktion auf eine schwere Belastung vor. Die Diagnosen seien teilweise seit 2015 aktenkundig und hätten erneut bestätigt werden können. Die Verbitterungsstörung sei eine spezifische Reaktion auf das existenziell verunsichernde Rentenverfahren und die Enttäuschung über den Misserfolg der somatischen Therapien. Ähnlich habe die Versicherte ehemals das Im-Stich-gelassen-Werden im Betrieb und die Konfrontation mit dem Tod bei der Lungenembolie empfunden. Sie fühle sich äusserst ungerecht und kränkend behandelt. Die Leistung hänge stark von der körperlichen und emotionalen Verfassung ab. Die gesundheitlichen Einschränkungen würden sich durch umfangreiche psychotherapeutische Massnahmen mittel- bis langfristig (mehrjähriger Prozess mit möglichen Rückfällen) vermindern lassen. Die Prognose hänge zudem eng u.a. mit den existenziellen Bedingungen zusammen, die ein wichtiger psychisch destabilisierender Faktor seien. Es sei wichtig, die aktuelle existenzielle Unsicherheit zu beenden. Hierauf scheine die Verschlechterung des psychischen Zustands direkt zurückzuführen zu sein. - Dr. F.____ erklärte am 25. März 2019 (Eingang, IV-act. 201), es bestünden eine Refluxoesophagitis und eine Hiatushernie. Eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit gebe es nicht. - Dr. C.____ gab am 6. Juni 2019 (IV-act. 207) an, die Versicherte sei nicht arbeitsfähig. Es bestünden kognitive und körperliche Funktionseinschränkungen. Zweifel an der Fahreignung bestehe aus neurologischer Sicht nicht. In einem beigelegten Bericht vom 20. Februar 2019 (IV-act. 208) hatte er festgehalten, es bestehe u.a. eine mässig ausgeprägte mikroangiopathische Enzephalopathie, MR-tomographisch konstante Läsionslast seit 03/2015. Die Versicherte habe von einer weiteren Zunahme der Gedächtnisstörungen bei unveränderter Ausprägung der Aufmerksamkeits- und Konzentrationsstörung und von rezidivierenden Sehfähigkeitsminderungen, abwechselnd rechts und links, bis zu 24 Stunden dauernd, berichtet. Es habe keine Hinweise auf eine nennenswerte depressive

Symptomatik gegeben. Bei ausreichender migräneprophylaktischer Wirksamkeit von Topiramate 200 mg/Tag sei die Dosis seit 2016 nicht verändert worden. Damals sei die Serumkonzentration niedrig gewesen. - Die Klinik für Neurologie am Kantonsspital St. Gallen hatte am 8. Mai 2019 (IV-act. 209-1 ff.) über eine neuropsychologische Untersuchung berichtet. In einer testpsychologischen Untersuchung vom 12. August 2015 (Klinik D.____) seien gesamthaft durchschnittliche kognitive Leistungen mit einem recht inhomogenen Leistungsprofil beschrieben worden, dabei auch unterdurchschnittliche Leistungen im Lernen und Gedächtnis (im verbalen Bereich bis teilweise mittelschwer gestörte Leistung). Aufgrund der (eigenen) Abklärung vom 25. April 2019 sei von einer leichten bis mittelgradigen neuropsychologischen Störung mit leichten bis mittelschweren kognitiven Störungen und mit leichten bis mittelschweren Auffälligkeiten auf Affekt-, Antriebs- und Verhaltensebene auszugehen. Es würden eine integrierte psychologische Therapie mit Neurofeedback und/oder die Teilnahme an einem strukturierten Gruppeninterventionsprogramm sowie zum Aufbau der körperlichen Belastbarkeit ein Ausdauertraining empfohlen. - Das Spital H.____ berichtete in einem provisorischen Austrittsbericht vom 29. Mai 2019 (IV-act. 219) von akuten Dyspnoeanfällen, die als Asthma bronchiale zu sehen seien. In der Lungenfunktion mit Bronchospasmyolyse sei die Obstruktion deutlich regredient gewesen. In der bei differenzialdiagnostisch möglicher Lungenembolie durchgeführten Lungenszintigrafie habe keine Lungenarterienembolie nachgewiesen werden können. Es hätten sich keine Hinweise auf ein chronisch (wohl:) thrombogenes Geschehen bei Status nach Lungenembolie 2016 ergeben. Bei einer nächtlichen Pulsoxymetrie habe sich eine deutlich vermehrte Tagesmüdigkeit gezeigt. - Die Versicherte teilte am 2. September 2019 (IV-act. 226) mit, sie müsse wegen der Schlafprobleme nun nachts eine Maske tragen. Sie habe keinen Tiefschlaf. In einem interdisziplinären MEDAS-Gutachten des Zentrums für Interdisziplinäre Medizinische Begutachtungen AG (ZIMB) vom 25. November 2019 (IV-act. 231) wurden als Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit (verkürzt wiedergegeben) benannt: (erstens) ein hyperkeratotisch-rhagadiformes Ekzem an Händen und Füßen, (zweitens) eine schwere kombinierte Schlafstörung mit Einschlafinsomnie und teilweise respiratorisch bedingter Schlaffragmentation (Risikofaktor: Diagnose 3, depressive Störung), (drittens) Adipositas und (viertens) Asthma bronchiale (aktuell unter Symbicort asymptomatisch). Ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit seien ein chronisches zerviko-, thorako- und lumbovertebrales Schmerzsyndrom, eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig remittiert, psychologische Faktoren bei andernorts klassifizierten Krankheiten, Migräne, Refluxoesophagitis, obstipationsdominantes Reizdarmsyndrom, Hypercholesterinämie, St. n. bilateralen zentralen Lungenembolien 02/16, Zustand nach vagovasalen Synkopen. In der bisherigen Tätigkeit sei die Versicherte seit spätestens 2018, als eine massive Exazerbation der Hautkrankheit mit Verlust der Nägel aufgetreten sei, nicht mehr arbeitsfähig. Diversen beschriebenen Anforderungen entsprechende Tätigkeiten könne sie an acht bis achteinhalb Stunden pro Tag mit einer leichten - nur allgemeininternistisch quantitativ bedingten - Einschränkung der Leistungsfähigkeit wegen eines erhöhten Pausenbedarfs ausüben. Die Arbeits- und Leistungsfähigkeit mache insgesamt 80 % aus. Diese Einschränkung von 20 % bestehe mit Sicherheit ab August 2019, als die schwere kombinierte Schlafstörung diagnostiziert worden sei. Vorher könne eine länger andauernde, höhergradige Arbeitsunfähigkeit in adaptierten Tätigkeiten weder somatisch noch psychiatrisch bestätigt werden. Vorzuschlagen seien eine adäquate Behandlung der nächtlichen Schlafstörung mittels nCPAP-Geräts und eine Evaluation bariatrischer

Massnahmen sowie die Fortsetzung der dermatologischen Therapie mit intensiv pflegenden Externa. Aufgrund der ausgeprägten Krankheits- und Behinderungsüberzeugung könnten zurzeit keine erfolgversprechenden beruflichen Massnahmen vorgeschlagen werden. - Der RAD befürwortete ein Abstellen auf das Gutachten (vgl. IV-act. 232). Mit Vorbescheid vom 14. Januar 2020 (IV-act. 237) stellte die Sozialversicherungsanstalt/IV-Stelle des Kantons St. Gallen der Versicherten die Abweisung ihres Gesuchs vom Juli 2015 bei einem Invaliditätsgrad von 33 % (Valideneinkommen Fr. 65'177.--, Invalideneinkommen Fr. 43'826.--) in Aussicht. Die Versicherte liess am 18. Februar 2020 (IV-act. 247) durch die procap Einwand erheben und am 18. März 2020 (IV-act. 252) ergänzen, auf das ZIMB-Gutachten könne nicht abgestellt werden. Die Abklärungsstelle unterwändere das vom Bundesgericht eingeführte System der Zufallszuteilung. Die Gutachter an dieser Stelle seien dieselben wie an der Abklärungsstelle ABI. Solche Gutachter, die zudem schweizweit am meisten Gutachten durchführten und dabei meistens zugunsten der IV-Stelle entscheiden würden, könnten keine objektiven Gutachter sein. Dass sich die IV-Stelle St. Gallen an solchen Machenschaften beteilige, sei mehr als stossend. Die Versicherte sei ausserdem immer wieder durch Synkopen geplagt und das Kantonsspital St. Gallen habe kognitive Einschränkungen feststellen müssen. Das ZIMB habe es aber nicht einmal für nötig gehalten, selbst eine neuropsychologische Abklärung durchzuführen. Anscheinend seien die Meinungen schon vor der Begutachtung gemacht gewesen. Gemäss dem beigelegten Bericht der Klinik für Neurologie am Kantonsspital St. Gallen (vom 13. März 2020, IV-act. 252-5 ff., Zwischenbericht der integrierten psychologischen Therapie mit Biofeedback) sei von einer arbeitsbezogenen Leistungsreduktion von 30 bis 50 % auszugehen, also im Mittel von 40 % Arbeitsunfähigkeit. Aus dem beigelegten Bericht des behandelnden Neurologen (Dr. C. ___ vom 3. März 2020, IV-act. 252-9 f.) sei ersichtlich, dass er für unverständlich halte, dass der Gutachter der Neurologie des ZIMB den neuropsychologischen Defiziten aufgrund der vaskulären Enzephalopathie kaum Rechnung getragen habe. Eine Stellungnahme der behandelnden Psychiaterin werde noch nachgereicht werden. Massgebend seien die Einschätzung der PMEDA von 2017 und im Verlauf diejenigen der Behandler. Die Versicherte habe Anspruch auf eine ganze Rente, ein Jahr nach der PMEDA-Begutachtung mindestens auf eine Teilrente. Ferner sei das Valideneinkommen (gemäss beigelegten Lohnangaben für das ___gewerbe) weit höher anzusetzen. Aufgrund ihrer Persönlichkeitsstörung könne sich die Versicherte für ihre Rechte nicht einsetzen und sei in Gefahr, sich - wie bei ihrem Arbeitgeber geschehen - auszunützen und überfordern zu lassen. - Im Bericht vom 13. März 2020 hatte die Klinik für Neurologie am Kantonsspital St. Gallen festgehalten, im April 2019 sei bei der Versicherten eine leichte bis mittelschwere neuropsychologische Störung objektiviert worden, weshalb gemäss den Kriterien zur Bestimmung des Schweregrads davon ausgegangen werden könne, dass die Funktionsfähigkeit im Alltag und unter den meisten beruflichen Anforderungen leicht eingeschränkt sei. Bei Aufgaben mit höheren Anforderungen seien mittelgradige Einschränkungen zu erwarten. Aus rein neuropsychologischer Sicht könne bei einer leichten bis mittelgradigen neuropsychologischen Störung von einer arbeitsbezogenen Leistungsreduktion von 30 bis 50 % ausgegangen werden. Zur versicherungsrechtlichen Absicherung sollte bei der Beurteilung einer IV-Berentung die kognitive Leistungsminderung unbedingt mitberücksichtigt werden. Eine neuropsychologische Begutachtung sei unabdingbar, weil sich solche leichten bis mittelschweren kognitiven Einschränkungen oft nicht sofort in einfachen Gesprächen zeigten. Eine rein psychiatrische Einschätzung ohne

psychometrische Verfahren vermöge solche kognitiven Minderleistungen nicht ausreichend objektiv zu quantifizieren. - Dr. C. ___ hatte am 3. März 2020 über klinisch weiterbestehende mittelgradige kognitive Defizite und eine erhebliche kognitive und körperliche Erschöpfbarkeit berichtet, die sich zumindest auf kognitiver Ebene seit der Erkrankung (Diagnosestellung) nicht geändert habe. Nach der Begutachtung sei es 2020 vorübergehend zu einer deutlichen Verschlechterung der Stimmungslage gekommen. - Am 30. April 2020 (IV-act. 254) liess die Versicherte die angekündigte Stellungnahme von Dr. G. ___ (bzw. der behandelnden Psychotherapeutin) vom 16. März 2020 (IV-act. 255) zum ZIMB-Gutachten einreichen. Darin wurde festgehalten, in Berücksichtigung aller psychiatrischen und somatischen Diagnosen sowie deren Wechselwirkungen sei die Versicherte zurzeit und bis auf weiteres für alle Tätigkeiten auf dem ersten Arbeitsmarkt voll arbeitsunfähig. Eine kleinschrittige Wiedereingliederung via den geschützten Rahmen sei zu empfehlen. Die (zunehmende) Passivität - sie spreche eher für eine Chronifizierung und einen höheren Störungsgrad als für fehlende Veränderungsmotivation und fehlende Compliance - ergebe sich aus der erlernten Hilflosigkeit, den falschen Überzeugungen über Gesundheits- und Krankheitsverhalten, den noch fehlenden funktionaleren Bewältigungsalternativen, der dauerhaften Krisenstimmung und dem ständigen Fokus auf die Krisenbewältigung sowie aus der geringen Reflexionsfähigkeit. Zu einem grossen Teil sei sie auch das Ergebnis der eingeschränkten bzw. nicht vorhandenen finanziellen Mittel, existenziellen Ängste und fehlenden Gegenwarts- und Zukunftsstabilität, was die körperliche und psychische Symptomatik teufelskreisartig verstärke. Das ZIMB antwortete am 15. Juni 2020 (IV-act. 260) auf Anfrage, die Situation der mikroangiopathischen Enzephalopathie sei im Gutachten diskutiert und es sei dabei festgehalten worden, dass davon keine relevante Hirnleistungseinschränkung abgeleitet werden könne. Daher gebe es keine somatische Indikation für eine neuropsychologische Untersuchung. Im Bericht des Kantonsspitals St. Gallen vom 13. März 2020 sei faktisch über psychische Beeinträchtigungen berichtet worden, die im Rahmen einer depressiven Störung eingeordnet werden könnten. Die subjektiven Einschränkungen seien als gegeben erachtet worden, ohne die faktisch kaum eingeschränkte Alltagssituation zu reflektieren. Es würden vor allem subjektive, nicht nachvollziehbare Beschwerden in den Fokus der Behandlung gestellt, weshalb wenig erstaunlich sei, dass sich dadurch wenig ändere. Ähnliches lasse sich zur psychiatrischen Einschätzung sagen, die bei der Begutachtung schon bekannt gewesen sei und am 16. März 2020 durch die Behandler erneut geäussert werde. Neue objektive Befunde seien nicht vorgebracht worden, weshalb keine Verlaufsbegutachtung erforderlich sei. Mit Verfügung vom 1. Juli 2020 (IV-act. 262) wies die Sozialversicherungsanstalt/IV-Stelle des Kantons St. Gallen das Gesuch vom Juli 2015 um eine Rente bei einem Invaliditätsgrad von 33 % ab. Gegen diese Verfügung richtet sich die von Rechtsanwältin lic. iur. Gabriela Grob Hügli, procap Schweiz, für die Betroffene am 3. September 2020 erhobene Beschwerde (act. G 1). Die Rechtsvertreterin der Beschwerdeführerin beantragt, die angefochtene Verfügung sei aufzuheben und der Beschwerdeführerin sei ab 1. März 2016 eine ganze Invalidenrente zuzusprechen, eventualiter ab 1. März 2016 eine ganze und ab 1. Februar 2018 eine halbe Invalidenrente. Subeventualiter sei durch das Gericht ein Obergutachten in Auftrag zu geben, unter Kosten- und Entschädigungsfolgen (zuzüglich MwSt). Das zugesprochene Aufbautraining habe die Beschwerdeführerin wegen einer Lungenembolie abbrechen müssen. Daraufhin habe sie in der angestammten Tätigkeit als ___ keine Arbeitsfähigkeit mehr erreichen können (Gefahr von Schwindel und Ohnmacht, Probleme mit der Lunge). Bei der beruflichen Abklärung

habe die Beschwerdeführerin wegen der gesundheitlichen Situation und Hinzukommens der Ekzeme die Präsenzzeit nicht über 50 % steigern können und dabei gemäss Bericht eine Leistung von 70 bis 80 % erbracht. Die in der Folge zugesprochenen Integrationsmassnahmen habe sie, wie Dr. E. ___ mitgeteilt habe, trotz grosser Motivation mangels Konzentration und Aufmerksamkeit nicht erfüllen können. Die PMEDA-Gutachter seien zum Schluss gelangt, dass sie seit 2015 nicht mehr arbeitsfähig sei, das ZIMB in der Folge zu jenem, dass sie in der angestammten Tätigkeit seit mindestens 2018 nicht mehr arbeitsfähig sei, in einer adaptierten Tätigkeit seit August 2019 aber zu 80 % arbeitsfähig. Der RAD sei der PMEDA-Auffassung gefolgt, wonach die psychischen und dermatologischen Beeinträchtigungen eine verstärkende Wechselwirkung hätten und die Arbeitsfähigkeit (gemeint wohl: Arbeitsunfähigkeit) noch ein Jahr weiterdauere. Hieran habe er in weiteren Stellungnahmen festgehalten und sich gegen eine medizinische Auflage ausgesprochen, da sie wahrscheinlich keine Verbesserung innert nützlicher Frist erbringen werde. Nach einer Rücksprache mit dem Rechtsdienst und einer Fallbesprechung mit dem RAD sei eine Anfrage an die Gutachter gerichtet und schliesslich nach Einholen weiterer Berichte eine weitere polydisziplinäre Untersuchung veranlasst worden. Für weitere Abklärungen sei Bedingung, dass erhebliche Zweifel bestünden und von zusätzlichen Massnahmen neue wesentliche Erkenntnisse zu erwarten seien. Es gebe aber kein Recht des Versicherungsträgers, eine "second opinion" zu einem bereits in einem Gutachten festgestellten Sachverhalt einzuholen, wenn dieses ihm nicht passe. Dass eine ganz neue Begutachtung in Auftrag gegeben worden sei, sei nicht nachvollziehbar. Denn aufgrund der Aktenlage und der schlüssigen Einschätzungen der PMEDA stehe mit überwiegender Wahrscheinlichkeit fest, dass die Beschwerdeführerin seit März 2015 in allen Tätigkeiten voll arbeitsunfähig sei, so dass ab März 2016 eine ganze Rente zuzusprechen sei. Richtungsweisend sei die psychiatrische Beeinträchtigung der Beschwerdeführerin. Im PMEDA-Gutachten sei nachvollziehbar begründet, dass eine invalidisierende emotional-instabile Persönlichkeitsstörung vom Borderline-Typ vorliege, ausserdem eine depressive Symptomatik, die teilremittiert sei, weshalb nur noch eine Arbeitsunfähigkeit von 50 % attestiert worden sei. Der Gutachter sei davon ausgegangen, dass die Beschwerdeführerin bei entsprechender Therapie und unterstütztem Wiedereinstieg mit gestuften Wiederaufbau nach gut zwölf Monaten wieder voll arbeitsfähig sein werde. Gemäss dem Schlussbericht der Eingliederungs-Institution vom 3. Juli 2017 bestehe wegen der instabilen Situation keine verwertbare Leistungsfähigkeit. Die Beschwerdeführerin sei als motivierte und kooperative Person wahrgenommen worden. Es sei auch nachvollziehbar, dass die psychische und die dermatologische Beeinträchtigung nicht losgelöst voneinander betrachtet werden könnten. Es spreche nichts gegen die Einschätzungen im PMEDA-Gutachten. Wenn die weitere Stellungnahme (von der Beschwerdegegnerin) als nicht (genügend) begründet bezeichnet werde, sei auf das nachvollziehbar begründete Gutachten zu verweisen. Die Behandler hätten ebenfalls eine volle Arbeitsunfähigkeit attestiert. Dr. G. ___, welche die Beschwerdeführerin erst seit August 2018 behandle und daher nicht als vorbefasst zu qualifizieren sei, habe selbst in angepassten Tätigkeiten keine nennenswerte Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin angenommen und zusätzlich zu den bekannten Diagnosen - bei allerdings schwerer Episode der depressiven Störung - eine posttraumatische Verbitterungsstörung festgestellt. Die Verminderung der psychischen Beeinträchtigung sei nach ihrer Beurteilung ein mehrjähriger Prozess. Es sei nirgends ersichtlich, dass die Arbeitsunfähigkeitsfestsetzungen in den jeweiligen Fachdisziplinen der PMEDA (sc. für sich genommen) moniert worden

wären. Ihre additive Arbeitsunfähigkeitsfestsetzung sei offensichtlich der einzige Beweggrund gewesen, ein neues Gutachten in die Wege zu leiten. Lediglich versicherungstechnische bzw. rechnerische Gründe hätten hierzu jedoch nicht genügt. Die Arbeitsfähigkeitsschätzung von 50 % im psychiatrischen Gutachten decke sich mit den Einschätzungen des RAD. Wäre die Arbeitsunfähigkeit nicht additiv zu ermitteln, wäre drei Monate nach der vom PMEDA-Gutachter attestierten Verbesserung vom November 2017, also ab 1. Februar 2018, immerhin eine Invalidenrente bei einem Invaliditätsgrad von rund 58 % zuzusprechen. Die Gutachter des ZIMB seien zu einem ganz anderen Resultat gelangt. Auffallend sei dabei, dass im psychiatrischen Gutachten keine Auseinandersetzung mit den Berichten der behandelnden Ärzte erfolgt sei und das PMEDA-Gutachten ebenfalls lediglich am Rand erwähnt worden sei. Es hätte aber konkret aufgezeigt werden müssen, wo Mängel oder Widersprüchlichkeiten gesehen würden. Ohne nennenswerte Begründung sei der Schluss gezogen worden, eine entsprechende Symptomatik liege nicht vor und die Arbeitsfähigkeit sei psychiatrisch zu keinem Zeitpunkt beeinträchtigt gewesen. Eine solche Vorgehensweise genüge für eine Beweiskraft eines Gutachtens nicht. Vielmehr handle es sich lediglich um eine andere Einschätzung der Arbeitsfähigkeit ab März 2015. Nach der Rechtsprechung des Bundesgerichts (8C_418/2010) sei es namentlich bei psychischen Störungen schwierig, rückwirkend, erst recht für einen weit zurückliegenden Zeitraum, die Arbeitsfähigkeit zuverlässig zu beurteilen. Die Gutachter der PMEDA seien näher am Geschehen gewesen und echtzeitliche Akten hätten deren Auffassung gestützt. Die Schlussfolgerungen des ZIMB-Gutachters widersprüchen sämtlichen Berichten der Behandler und dem Vorgutachter, weshalb darauf nicht abgestellt werden könne. Es sei unerklärlich, wie die Beschwerdegegnerin das dennoch habe tun können. Eine Arbeitsunfähigkeit aus psychiatrischer Sicht sei ausgewiesen. Sollte auf keines der Gutachten abgestellt werden können, sei ein gerichtliches Obergutachten einzuholen. In ihrer Beschwerdeantwort vom 14. Oktober 2020 (act. G 4) beantragt die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde. Die Gesamtarbeitsfähigkeitsschätzung im PMEDA-Gutachten sei für nicht nachvollziehbar gehalten worden und die Rückfrage sei nicht begründet beantwortet worden. Da die Prognose danach zudem recht gut gewesen sei und eine erneute Prüfung in einem Jahr vorgeschlagen worden sei, habe sie festgelegt, nach Einholen der aktuellen medizinischen Unterlagen eine neue Begutachtung in Auftrag zu geben. Der Beweis für eine lang andauernde und erhebliche Arbeitsunfähigkeit sei erst erbracht, wenn die umfassende Indikatorenprüfung ein stimmiges Gesamtbild einer Einschränkung in allen Lebensbereichen belege. Der ZIMB-Gutachter der Psychiatrie habe unter Bezugnahme auf den Austritts- und den Arztbericht der Klinik D.____, das PMEDA-Gutachten und den Arztbericht von Dr. G.____ festgehalten, es hätten sich keine Hinweise für vorbestehende psychosoziale Belastungen, für eine manifeste Depression, für Angst oder Panik oder für eine Borderline-Persönlichkeitsstörung gezeigt. Die Beschwerdeführerin gestalte den Alltag aktiv, habe erfolgreich eine berufliche Ausbildung absolviert und mehrere Jahre ohne nennenswerte Schwierigkeiten mit Mitarbeitenden, Vorgesetzten oder Kunden auf dem Beruf gearbeitet. Sie neige auch im privaten Bereich nicht dazu, sich in Händel und Auseinandersetzungen zu verstricken. Die von Dr. G.____ diagnostizierte schwergradige Depression werde nicht aus entsprechenden psychopathologischen Befunden, sondern aus den subjektiven Klagen abgeleitet. Die PMEDA habe nicht nachvollziehbar dargelegt, weshalb die Beschwerdeführerin an einer erheblich invalidisierenden Persönlichkeitsstörung leiden sollte, obwohl sie von August 2006 bis August 2009

erfolgreich eine Lehre habe absolvieren und 2011 eine sechsmonatige Weiterbildung als ___leiterin mit Erfolg habe abschliessen können und im Lauf der beruflichen Karriere als ___ auch als Vorarbeiterin gearbeitet habe. Die Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung könne ebenfalls nicht bestätigt werden, da die Beschwerdeführerin keinen traumatischen Erfahrungen ausgesetzt gewesen sei und auch nicht unter angstbesetzten Träumen oder Flashbacks leide. Aufgrund des erhobenen relativ harmlosen psychiatrischen Befunds sei der Beschwerdeführerin, was nachvollziehbar sei, keine psychiatrische Diagnose mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit gestellt worden. Das ZIMB habe sich auch ausführlich genug mit den Berichten der behandelnden Stellen auseinandergesetzt und die Abweichung schlüssig begründet. Weder die Berichte der Klinik D. ___ noch jene von Dr. G. ___ würden Gesichtspunkte enthalten, welche gegen die Zuverlässigkeit des ZIMB-Gutachtens sprächen, und auch das PMEDA-Gutachten sei insofern nicht schlüssig, als es bei der Beschwerdeführerin eine Persönlichkeitsstörung diagnostiziert habe. Abzustellen sei auf das Gutachten des ZIMB, wo die geltend gemachten Einschränkungen der Beschwerdeführerin ausführlich und widerspruchsfrei abgeklärt worden seien. Weitere medizinische Abklärungen seien nicht angezeigt. Da nicht ersichtlich sei, dass sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin in der Zeit vom Januar 2016 (ein halbes Jahr nach der IV-Anmeldung) bis zur Begutachtung durch das ZIMB wesentlich verändert hätte, gelte dessen Arbeitsfähigkeitsschätzung auch rückwirkend. In ihrer Replik vom 14. Dezember 2020 (act. G 8) hält die Rechtsvertreterin der (inzwischen im ___ 20__ verheirateten, act. G 6) Beschwerdeführerin daran fest, dass die Auseinandersetzung mit dem psychiatrischen Vorgutachten nicht rechtsgenügend gewesen sei. Der ZIMB-Gutachter habe sich mit der Feststellung begnügt, es hätten keine Hinweise für die genannten Diagnosen vorgelegen, habe sich aber mit den diagnostischen Kriterien nicht oder nur rudimentär auseinandergesetzt. Ebenfalls nicht auseinandergesetzt habe er sich mit der Frage, inwiefern sich die Belastung durch die dermatologische und die psychiatrische Erkrankung additiv auswirkten und wie und ob sich die Beeinträchtigungen gegenseitig verstärkten, wie es die Vorgutachter postuliert hätten. Der Argumentation der Beschwerdegegnerin folgend, wonach sich seit Januar 2016 keine wesentliche Veränderung gezeigt habe, sei auch nicht ersichtlich, dass sich der Gesundheitszustand verbessert haben sollte. Die Gutachter der PMEDA hätten die Einschätzungen diverser behandelnder Ärzte unterstützt. Inwiefern (sc. beim ZIMB) ernsthaft eine Indikatorenprüfung durchgeführt worden sei, erschliesse sich weder aus der Beschwerdeantwort noch aus dem ZIMB-Gutachten. Die dortigen Feststellungen widersprüchen den Aussagen der Beschwerdeführerin selber, die (dort) angegeben habe, der Haushalt werde vor allem durch ihre ___ erledigt und sie könne aus gesundheitlichen Gründen nur wenig mithelfen, das Kochen übernehme der Freund (nunmehr Ehemann), sie sei meist zuhause und treffe auch Freunde nur dort. Gemäss Dr. G. ___ habe die Beschwerdeführerin eine deutliche Tendenz, sich in besserem Licht darzustellen, und weise die von den Gutachtern postulierte gute Beziehung zum Partner Risse auf, von denen die Beschwerdeführerin aus Scham, Angst vor dem Verlassenwerden und einem Abhängigkeitsverhältnis nur in grossem Vertrauen berichten könne. Die sozialen Kontakte bestünden nur noch aus zwei Freundinnen.

Erwägungen Im Streit liegt die Verfügung vom 1. Juli 2020, mit welcher die Beschwerdegegnerin einen Rentenanspruch der Beschwerdeführerin abgewiesen hat. Sie lässt (materiell gesehen) einzig Rentenleistungen beantragen. Am 27. Juni 2017 waren letztmals berufliche Massnahmen abgebrochen worden, weil Dr. E. ___ berichtet hatte, die Beschwerdeführerin sei zu entsprechenden Belastungen nicht in der Lage. Ergäbe sich

jedoch, dass ohne Eingliederungsmassnahmen ein Rentenanspruch 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 Abs. 2 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG, SR 831.20; in der vorliegend anwendbaren, bis 31. Dezember 2021 in Kraft gewesenen Fassung, vgl. BGE 132 V 215 E.3.1.1) 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. 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). 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. schon BGE 102 V 165). - Sämtliche psychischen Erkrankungen sind 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. 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. In medizinischer Hinsicht lässt sich dem Sachverhalt entnehmen, dass der Gesundheitszustand und die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin im Oktober/November 2017 polydisziplinär (internistisch, neurologisch, dermatologisch, orthopädisch und psychiatrisch) durch die PMEDA begutachtet wurden (Gutachten vom 12. Februar 2018). Im Einzelnen ergab sich bei der internistischen Begutachtung, dass bei der Beschwerdeführerin eine Adipositas, ein Status nach Lungenembolie und Reflexsynkopen bestünden. Arbeiten mit Gefahrenpotenzial (Baugewerbe, Arbeit in der Höhe, mit gefährlichen Maschinen, Autofahren) wurden als nicht zumutbar bezeichnet (vgl. IV-act. 153-19). Bei der Beschreibung der neurologischen Exploration wurde festgehalten, der letzte Ohnmachtsanfall sei vor etwa einem Jahr (d.h. November 2016) aufgetreten. Neurologisch betrachtet sei wiederholt ein klinisch unauffälliger Befund beschrieben worden, elektroenzephalographisch habe sich kein wegweisender Befund gezeigt. Kernspintomographische Kopfuntersuchungen hätten mit Ausnahme einzelner unspezifischer Glioseherde keine krankhaften Auffälligkeiten gezeigt. Der neurologische Befund sei in allen Einzelheiten regelrecht (vgl. IV-act. 153-24 f.) Mit der (nicht leitliniengerecht dokumentierten) Migräne liege eine grundsätzlich gut behandelbare Krankheit vor, die nicht zu einer dauerhaften und namhaften Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit führe. Die Synkopen seien ebenfalls nicht dokumentiert (vgl. jedoch Fremd-act. 1-6 f.), machten aber doch Arbeit in Höhen, auf Leitern und Gerüsten für die Beschwerdeführerin ungeeignet und vorerst bestehe keine Eignung zum Führen von Kraftfahrzeugen (vgl. IV-act. 153-25). Über die dermatologische Begutachtung wurde berichtet, eine genaue diagnostische Einordnung der Hauterkrankung sei nicht möglich. Massgeblich seien jedoch die daraus sich ergebenden Funktionseinschränkungen, nämlich

eine Einschränkung der Geh- und Stehfähigkeit durch Schmerzen, die aus den Wunden und Entzündungen an den Füßen resultierten, und ebensolche betreffend die Gebrauchsfähigkeit der Hände (vgl. IV-act. 153-29). Es hätten sich ausgeprägte Hyperkeratosen sowie Rhagaden gezeigt, die Ferse sei blutverschmiert gewesen, ausserdem habe eine ausgeprägte Dystrophie fast aller Fingernägel mit Ausnahme der Nägel 2, 3 und 5 bestanden (vgl. IV-act. 153-28). Bei regelmässigem Kontakt zu ____, Lösungsmitteln und Wasser sei keine Arbeitsfähigkeit mehr gegeben, wahrscheinlich seit Mitte 2016 (vgl. IV-act. 153-29). In angepassten Tätigkeiten (u.a. ohne hautbelastende Kontakte, überwiegend im Sitzen) wie z.B. an Rezeptionen oder in Telefondiensten betrage die Arbeitsfähigkeit 80 % (innerhalb eines Pensums von 100 %; vgl. IV-act. 153-29 f.). Orthopädisch gesehen wurden cervical myofasziale Triggerpunkte vorgefunden, die sich nach Beurteilung des Gutachters durch physiotherapeutische Behandlung zeitnah bessern liessen. Eine erhebliche strukturelle Veränderung, die eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit zu begründen vermöchte, wurde nicht gefunden (vgl. IV-act. 153-35). Bei der psychiatrischen Begutachtung erklärte die Beschwerdeführerin, sie leide an Magenschmerzen, einem Brechreiz und einem Druckgefühl im Kopf. Wenn sie etwas wolle, so mache sie es, neige jedoch dazu, die Aktivitäten dann zu übertreiben. Sie mache sich Sorgen um die Finanzen und die Zukunft, habe Versagensängste, häufig innere Unruhe und Anspannung (bisweilen habe sie sich in solchen Zuständen durch Ritzen selber verletzt), dann auch Grübeln und Gedankenkreisen, zeitweise lebensmüde Gedanken, Schuldgefühle, ein Gefühl von Sinnlosigkeit. Das Gedächtnis sei nicht sehr gut, das Konzentrationsvermögen vermindert, was sie ängstige (vgl. IV-act. 153-35). Die Kindheit erinnere sie als sehr belastet durch die Heimaufenthalte, die Trennung von der Mutter sowie Gewalt oder Missbrauch. Sie gab weiter an, vor zwei oder drei Monaten einen "Zusammenbruch" erlitten zu haben und da auch suizidal gewesen zu sein, worauf sie während sieben Wochen stationär psychiatrisch behandelt worden sei (vgl. IV-act. 153-36). Der Appetit sei reduziert, dennoch habe sie um etwa 25 kg zugenommen. Ihre Mutter beziehe inzwischen eine Invalidenrente. Bis zum 18. Lebensjahr sei sie (die Beschwerdeführerin) in Heimen gewesen und habe lediglich am Wochenende Kontakt zu ihr pflegen können (vgl. IV-act. 153-37). - Der Gutachter der Psychiatrie hielt fest, es bestünden (zwar keine intrusiven Phänomene betreffend erlebte Gewalt und erlebtes sexuell grenzüberschreitendes Verhalten, aber) Phänomene affektiver Instabilität, eine Störung der Emotionsregulation, ein Auftreten von innerer Leere, lebensmüder Gedanken, selbstverletzenden Verhaltens. Die Symptomatik sei bis in die Kindheit und Jugend zurückzuverfolgen und sei teilweise durch hohen Leistungsanspruch, Selbstüberforderung und Verausgabung bei der Arbeit überkompensiert worden. In diesem Zusammenhang sei dann das Auftreten von Ohnmachtsanfällen und dissoziativen Derealisationen herausgearbeitet gewesen. Die zu stellende Diagnose einer emotional-instabilen Persönlichkeitsstörung vom Borderline-Typ sei gekennzeichnet durch das Vorliegen einer deutlichen Unausgeglichenheit in den Einstellungen, im Verhalten, in mehreren Funktionsbereichen wie Affektivität, Antrieb, Impulskontrolle, Wahrnehmen und Denken und in den Beziehungen zu anderen. Das abnorme Verhaltensmuster sei andauernd und nicht auf Episoden begrenzt. Es sei tiefgreifend und in vielen persönlichen und sozialen Situationen eindeutig unpassend. Die Störungen begannen in der Kindheit und in der Jugend und manifestierten sich auf Dauer im Erwachsenenalter. Sie seien meistens mit deutlichen Einschränkungen der beruflichen und sozialen Leistungsfähigkeit verbunden (vgl. IV-act. 153-40). Aufgrund der affektiven und vegetativen Beeinträchtigungen sei die

Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin auf 50 % reduziert. Für die letzten zwei Jahre sei retrospektiv aufgrund der depressiven Episode eine aufgehobene Arbeitsfähigkeit anzunehmen. Das Scheitern der Integrationsmassnahmen sei überwiegend wahrscheinlich auf das nun teilremittierte depressive Syndrom zurückzuführen. Die Beschwerdeführerin nehme ein ausreichend dosiertes Antidepressivum ein und es sei von Wirksamkeit der Behandlung berichtet worden (vgl. IV-act. 153-41). Empfohlen wurde die Aufnahme einer spezifischen psychotherapeutischen Behandlung, z.B. einer Dialektisch-Behavioralen Therapie, am besten in Form einer Gruppentherapie (vgl. IV-act. 153-41). Die Prognose der depressiven Erkrankung sei überwiegend günstig. Bezüglich der Beeinträchtigungen im Rahmen der Persönlichkeitsstörung sei ebenfalls überwiegend eine positive Prognose zu stellen, zumal eine Behandlung wie genannt bisher nicht angewendet worden sei. Mit einer vollen Arbeitsfähigkeit sei nicht vor Ablauf von zwölf Monaten zu rechnen. Zu empfehlen seien ein unterstützter Wiedereinstieg mit gestuftem Belastungsaufbau unter rehabilitativen Bedingungen und das Einholen regelmässiger Behandlungsberichte. Die Mitwirkung bei der Therapieintensivierung sei der Beschwerdeführerin gut zumutbar (vgl. IV-act. 153-41). Polydisziplinär wurde festgehalten, die Biographie und die weitere psychiatrische Exploration hätten einen deutlichen Anhalt für eine in Kindheit und Jugend beginnende psychische, das Verhalten mit negativen sozialen Folgen störende Auffälligkeit ergeben. Die Ressourcen für eine Arbeitstätigkeit seien zurzeit noch nicht gegeben (vgl. IV-act. 153-44). Der rezente nichtmedizinische Bericht beschreibe schlüssig die nicht gegebene Belastbarkeit. Soziale Belastungen mit negativen Folgen seien nicht zu erkennen (vgl. IV-act. 153-45). Die Belastungen durch die dermatologische und die psychiatrische Erkrankung wirkten additiv, sich gegenseitig verstärkend, und sie würden eine Arbeitstätigkeit nicht zulassen (vgl. IV-act. 153-42), und zwar seit 2015 und vorerst auch noch für ein weiteres Jahr nicht (vgl. IV-act. 153-48). Diese Schlussfolgerung voller Arbeitsunfähigkeit für alle Tätigkeiten erscheint - bei Würdigung des PMEDA-Gutachtens für sich allein genommen - schwer nachvollziehbar. Das gilt insofern, als die Beurteilung einer Arbeitsunfähigkeit von 50 % aus psychiatrischen Gründen mit Blick auf die gestellte Diagnose einer teilremittierten, derzeit leichtgradig ausgeprägten depressiven Episode (vor dem Hintergrund einer emotional-instabilen Persönlichkeitsstörung vom Borderline-Typ; vgl. zu diesem Aspekt der Persönlichkeitsstörung im Einzelnen auch unten E. 5.6) näher erklärungsbedürftig erscheint. Das ist erst recht der Fall, weil diesbezüglich keine schwerwiegenden Beeinträchtigungen beschrieben worden sind (die Beschwerdeführerin habe psychisch insgesamt phasenweise beeinträchtigt gewirkt, vgl. IV-act. 153-38, die Stimmung habe leichtgradig zum depressiven Pol verschoben gewirkt, Insuffizienzerleben sei vorhanden, der Antrieb habe leichtgradig vermindert gewirkt, Mimik und Gestik etwas zurückgenommen, vgl. IV-act. 153-39; im Zusammenhang mit dem psychiatrischen Befund wurde allerdings teilweise auch direkt auf Angaben der Beschwerdeführerin hingewiesen, wonach sie Zukunfts- und Versagensängste und das Auftreten von lebensmüden Gedanken geschildert habe, vgl. IV-act. 153-39). Die weiteren Gutachter (nebst dem Gutachter der Psychiatrie) hielten auch etwa fest, die Beschwerdeführerin habe nicht schmerzgequält oder anderweitig namhaft beeinträchtigt gewirkt (vgl. IV-act. 153-17, 153-21, 153-23 f.). Die gutachterlich psychiatrische Feststellung, beeinträchtigt seien Selbständigkeit, Selbstversorgung, soziale Integration und Aktivität der Beschwerdeführerin (vgl. IV-act. 153-44), wurde im PMEDA-Gutachten kaum nachvollziehbar gemacht. Es wurde - soweit ersichtlich - kein Vergleich gezogen mit dem Aktivitätsniveau der Beschwerdeführerin gemäss der Alltagsbeschreibung (vgl. IV-act. 153-17), das nicht auf

eine Beeinträchtigung schliessen lässt, welche eine Arbeitstätigkeit (wie im interdisziplinären Ergebnis schliesslich angenommen) vollkommen ausschliessen müsste. Trotz der angegebenen Einnahme von Surmontil wurden bei der Abklärung offenbar keine trizyklischen Antidepressiva gefunden (vgl. IV-act. 153-56; das - wohl nicht trizyklische - Antidepressivum Venlafaxin wurde im Laborbericht - soweit ersichtlich - nicht namentlich erwähnt; der Gutachter ging aber davon aus, dass die Beschwerdeführerin ein ausreichend dosiertes Antidepressivum einnehme, IV-act. 153-41). Das polydisziplinäre Begutachtungsergebnis stützte sich ferner gemäss der Begründung des Gutachtens wesentlich auf das Ergebnis der beruflichen Abklärung ab (vgl. IV-act. 153-42), während allerdings nicht dargelegt wurde, inwiefern eine objektivierende Würdigung aus medizinischer Sicht, wie sie erforderlich wäre, erfolgt ist. Soziale Belastungen mit negativen Folgen wurden gemäss PMEDA-Gutachten nicht benannt, während etwa die Vertrauensärztin der Lohnausfallversicherung eine psychosoziale Belastungssituation angenommen hatte. Ferner wurde im Gutachten vom Februar 2018 aufgrund einer depressiven Episode retrospektiv für die letzten zwei Jahre eine aufgehobene Arbeitsfähigkeit angenommen (vgl. IV-act. 153), obwohl Dr. C.____ schon am 18. März 2015 von einer unter Citalopram und Surmontil teilremittierten depressiven Störung ausgegangen war und die Klinik D.____ (zwar am 14. September 2015 von einer rezidivierenden depressiven Störung, derzeit mittelgradig, aber) am 2. Juni 2017 von einer seit September 2016 eingetretenen Besserung der depressiven Symptomatik berichtet hatte. Zudem war dort auf die psychosoziale Belastung der Beschwerdeführerin hingewiesen worden (vgl. dazu auch unten E. 5.6). Im Weiteren war die Beschwerdeführerin selbst nach Angaben der behandelnden Ärzteschaft nicht voll (wie gemäss dem polydisziplinären PMEDA-Ergebnis), sondern gemäss etwa der Beurteilung der Klinik D.____ vom 16. September 2016 zu ca. 50 % bzw. gemäss jener von Dr. E.____ vom 1. Juni 2017 zu (allerdings "mindestens") 50 % arbeitsunfähig. Der Umstand allein, dass die Arbeitsunfähigkeitsgrade gemäss PMEDA aus einzelnen Fachdisziplinen polydisziplinär addiert wurden, erscheint zwar unüblich und eine blosser Addition wäre rechtsprechungsgemäss nicht zulässig (vgl. Bundesgerichtsurteil vom 20. Juni 2013, 9C_295/2013 E. 4.4), anders verhält es sich aber mit einer als Resultat einer medizinischen Synthese durch ärztliche Gesamtbeurteilung bestimmten (additiv bemessenen) Arbeitsunfähigkeit. Dass eine Hauterkrankung sich auf die psychische Befindlichkeit einer versicherten Person erschwerend auswirken kann, kann sich allenfalls plausibel erklären lassen. Indessen fragt sich bei der Beurteilung dieses Aspekts, welcher Art die gutachterlich bereits aus psychiatrischen Gründen mit 50 % bemessene Arbeitsunfähigkeit ist bzw. wie sich diese konkret auf die Zumutbarkeit einer Erwerbstätigkeit auswirkt. Eine ergänzende Begründung wäre sachdienlich gewesen. Auffällig erscheint des Weiteren, dass die polydisziplinäre Arbeitsunfähigkeitsschätzung der PMEDA auch noch prospektiv auf ein weiteres Jahr hinaus attestiert wurde, obwohl ausdrücklich auf meist gute Behandelbarkeit depressiver Störungen (in der Regel innert vier bis acht Wochen) hingewiesen wurde. Unter den genannten Gesichtspunkten enthält das PMEDA-Gutachten somit Anhaltspunkte für namhafte Zweifel, woran die RAD-Stellungnahme vom 7. März 2018 nichts zu ändern vermag. - Eine spätere weitere Begutachtung war aber auch deswegen nicht unangebracht, weil bereits die PMEDA selber eine nochmalige Bewertung in einem Jahr empfohlen hatte (vgl. IV-act. 153-42). - Es wurde beim Begutachtungsauftrag insofern keine unzulässige "second opinion" veranlasst. Die weitere polydisziplinäre Begutachtung erfolgte am 24. September 2019 durch das ZIMB (Gutachten vom 25. November 2019; somit fast zwei

Jahre nach der Erstbegutachtung vom Oktober/November 2017). - Wie sich aus dem Folgenden ergibt, wurden dabei die von der Beschwerdeführerin geklagten Beschwerden erfragt und die Befunde (wiederum in den relevanten Disziplinen) erhoben. Dem Teilgutachten in (fallführender) allgemein-internistischer Disziplin ist zu entnehmen, dass die Beschwerdeführerin dabei als aktuelle Hauptbeschwerden Gedächtnis- und Konzentrationsstörungen beklagt habe (erstmalig aufgefallen vor zwei bis drei Jahren). Daneben habe sie Schlafstörungen (mit gegen Nachmittag auftretenden Sprachstörungen und Stottern mit zwischendurch Einschlafen), Rückenbeschwerden im thorako-lumbalen Bereich, bitemporale Kopf- und Nackenschmerzen (mit zweimal pro Woche auftretenden Attacken bei Stress), vermehrtes Aufstossen (vor allem im Schlaf, mit Erstickungsanfällen), im Sommer 2019 vermehrt Atemnot (derzeit aber weder Dyspnoe noch Husten oder Auswurf) sowie eine Inappetenz und Schmerzen im Kieferbereich (ohne Auftreten eines Gewichtsverlusts, im Gegenteil habe sie zurzeit 124 kg, nach Zunahme von 44 kg in den letzten vier Jahren) angegeben (vgl. IV-act. 231-36 f.). Sie fühle sich aufgrund ihrer Schwäche, Schmerzen und Müdigkeit nicht arbeitsfähig, könne sich berufliche Massnahmen allerdings in einem bis zwei Jahren vorstellen (vgl. IV-act. 231-40). - Der Gutachter der Allgemeinen Inneren Medizin nahm die jüngsten Untersuchungen am Kantonsspital I.____ (Echokardiographie vom 1. Juli 2019, Gastroskopie und Koloskopie vom 15. August 2019 und pneumologische Abklärung mit Polysomnographie) und ihre Ergebnisse auf (vgl. IV-act. 231-35 f.), erhob die Befunde und diagnostizierte in der Folge hauptsächlich (erstens) eine schwere kombinierte Schlafstörung, (zweitens) Adipositas und (drittens) ein Asthma bronchiale (aktuell unter Symbicort asymptomatisch). Die letzte Episode einer Reflexsynkope habe 2016 stattgefunden. Was die Lungenembolie betreffe, habe sich echokardiographisch kein Hinweis auf eine Rechtsherzbelastung finden lassen. Die Refluxoesophagitis könne behandelt werden und führe ebenfalls nicht zu einer Arbeitsunfähigkeit. Eine leichtgradige Einschränkung der Arbeitsfähigkeit könne aufgrund der Adipositas nachvollzogen werden (vgl. IV-act. 231-43). Die bisherige Tätigkeit auf dem Bau sei wegen der noch unbehandelten Schlafstörung und des Asthma bronchiale zurzeit nicht zumutbar, und zwar seit Mai 2019, spätestens seit August 2019 (Diagnostizierung Asthma und Schlafstörung). In einer angepassten Arbeit bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 80 %, reduziert aufgrund eines erhöhten Pausenbedarfs (vgl. IV-act. 231-43 f.). Bei der neurologischen Untersuchung nannte die Beschwerdeführerin als Hauptproblem wiederum Gedächtnisstörungen, Migräne, die Schlafstörung, eine Refluxsymptomatik und Nacken- und Rückenschmerzen (vgl. IV-act. 231-65). Durchschnittlich ca. zweimal wöchentlich komme es zu Migränekopfschmerzen. Sie habe auch ein eingeschränktes Schmerzempfinden (vgl. IV-act. 231-66). Sie wolle heiraten. Sie fahre Auto. Bezüglich Zukunftsvorstellungen fühle sie sich zu kaum etwas in der Lage (vgl. IV-act. 231-67). - Der Gutachter der Neurologie erklärte, die bisherigen neurologischen Untersuchungsbefunde seien (mit Ausnahme einer von Dr. C.____ 2015 erwähnten Ataxie, bei zeitnah unauffälligem Befund gemäss Kantonsspital St. Gallen) immer regelrecht ausgefallen, ebenso der aktuelle Status (vgl. IV-act. 231-68 f.). Gedächtnisstörungen hätten sich nicht gezeigt. Bezüglich der subjektiven Vergesslichkeit seien die Dauermedikation mit Venlafaxin, die emotionale Instabilität sowie u.a. eine verminderte psychophysische Belastbarkeit zu berücksichtigen, die im neuropsychologischen Bericht vom 8. Mai 2019 erwähnt worden sei und sich auch aus den Berichten des Kantonsspitals H.____ ergebe, die von einer Dekonditionierung sprächen, ausserdem die Schlafstörung (vgl. IV-act. 231-69). Die Teilnahme am Strassenverkehr spreche gegen eine mittelschwere kognitive Störung

(vgl. IV-act. 231-70). Die als "12 Hirnblutungen" erwähnten MRI-Befunde entsprächen unspezifischen Glioseherden (bei unwahrscheinlicher Differentialdiagnose kleiner migränöser Infarkte, was aber ohne funktionelle Auswirkung und ohne Relevanz bleibe). Das Rauchen sei dringend einzustellen, was sich u.a. auch auf die Schlafstörung auswirken würde (vgl. IV-act. 231-69). Der Verlauf sei geprägt von zunehmenden Abklärungsbedürfnissen und Somatisierung (vgl. IV-act. 231-69). Die Beschwerden seien auf dem Hintergrund einer Belastungssituation einfühlbar, aber ohne wesentliches organisches Korrelat (vgl. IV-act. 231-69). Körperlich leichte Tätigkeiten ohne Absturzgefahr seien voll zumutbar (vgl. IV-act. 231-70). Dem dermatologischen Teilgutachten lässt sich entnehmen, dass die Beschwerdeführerin über weiterhin rezidivierende, aber nicht mehr so ausgeprägte Läsionen im Bereich der Hände und Füsse, vor allem in Stresssituationen, bei vermehrtem Schwitzen und bei mechanischer Belastung der Haut berichtet habe. Zurzeit sei der Befund jedoch stabil (vgl. IV-act. 231-73). Aus rein dermatologischer Sicht erachte sie sich als im Stande, einer nicht hautbelastenden beruflichen Tätigkeit nachzugehen (vgl. IV-act. 231-73). - Die Gutachterin der Dermatologie erklärte, die Diagnostik habe keine Hinweise für Kontaktsensibilisierungen ergeben. Die Erkrankung erscheine jedoch chronisch und es könne zu Exazerbationen kommen (vgl. IV-act. 231-74). Zurzeit sei der Befund recht stabil, die Läsionen seien im Bereich der Hände leicht, an den Füssen etwas stärker (vgl. IV-act. 231-74). Als ___/___leiterin sei die Beschwerdeführerin zurzeit nicht mehr arbeitsfähig, das könnte sich jedoch noch verbessern. Für leichte Tätigkeiten ohne mechanische Belastung der Haut, ohne Schwitzen und ohne Kontakt zu sensibilisierenden Stoffen bestehe eine volle Arbeitsfähigkeit (vgl. IV-act. 231-75). 2018 seien die seit mehreren Jahren rezidivierenden Hautveränderungen stark exazerbiert (vgl. IV-act. 231-74). Anlässlich der orthopädischen Exploration gab die Beschwerdeführerin gemäss dem entsprechenden Teilgutachten an, sie sei gerade müde, habe etwas Rücken- und beginnende Kopfschmerzen und sie leide an Gedächtnisproblemen, Migräne, Reflux, Schlafstörungen, Asthma und Luftnot. Auf Befragen nach weiteren Beschwerden habe sie eine Liste zur Hand genommen und eine Schuppenflechte der Hände und Füsse, die sie aber ziemlich im Griff habe, erwähnt. Ausserdem habe sie Nackenschmerzen mit beidseitiger Ausstrahlung entlang der Rippenbögen, häufiges Erbrechen und Appetitlosigkeit sowie Kieferschmerzen benannt (vgl. IV-act. 231-55 f.). Da sie nachts hunderte Male erwache, stehe eine Abklärung bevor (vgl. IV-act. 231-56). Sie könne keine berufliche Zukunft für sich erkennen, da sie nicht einmal eine halbe Stunde lang ohne Übelkeit, Zittern der unteren Extremitäten und Schwindel, der sie zum Sitzen zwingt, im Haushalt etwas verrichten könne, das Gedächtnis nicht mitspielt und die Schlafstörung sie bedrücke (vgl. IV-act. 231-57). - Der Gutachter der Orthopädie hielt fest, wie bei der PMEDA-Untersuchung habe keine erhebliche strukturelle Veränderung vorgelegen, die eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit - für körperlich leichte bis mittelschwere Verrichtungen unter Wechselbelastung, ohne wiederholtes Heben und Tragen von Lasten über 15 kg - begründen könnte (vgl. IV-act. 231-61, Ziff. 7.3.1, 7.4 und 8.1.1). Es zeigte sich eine deutliche nicht-organische Komponente (vgl. IV-act. 231-61; vgl. IV-act. 231-60, vgl. IV-act. 231-56). Bei der psychiatrischen Teil-Begutachtung beklagte die Beschwerdeführerin ebenfalls in erster Linie eine Vergesslichkeit, daneben eine Migräne (derentwegen sie regelmässig - in inzwischen schon reduzierter Dosis - Topiramate einnehmen müsse), ferner Risse und Blasen an Händen und Füssen (die sich seit der Behandlung deutlich gebessert hätten). Sie nehme regelmässig 300 mg Venlafaxin morgens ein (vgl. hierzu IV-act. 231-81), ausserdem

Panprax gegen die Refluxbeschwerden, daneben wegen gelegentlicher Nacken- und Rückenbeschwerden Ibuprofen. Der Neurologe habe ihr eine Neurofeedback-Behandlung empfohlen, die sie einmal wahrgenommen habe. Ein- bis zweimal pro Woche müsse sie erbrechen; sie habe wenig Appetit und sei - seit der Einnahme vieler Medikamente ab 2015 - dennoch übergewichtig (vorher 80 kg; vgl. IV-act. 231-47). Sie sei in einem ___heim aufgewachsen bzw. in Heimen betreut worden, wo sie sich nicht wohl gefühlt habe und auch einmal von einem Erzieher gemobbt worden sei. Sie sei eine gute Schülerin gewesen. Bis 201_ habe sie beim Lehrmeister gearbeitet. Sie habe mit ihm eine gute Beziehung gehabt und sehr gern gearbeitet. Er habe aber seine Unternehmung vergrössert und sei in den letzten Jahren oft gereizt gewesen (vgl. IV-act. 231-47 f.). Bei der Arbeit habe sie früher nie Probleme gehabt. Sie habe mit den Kollegen, dem Chef und den Kunden immer eine gute Beziehung gehabt. Mit ihren Kollegen und Kolleginnen verstehe sie sich gut; es sei nie zu heftigen Auseinandersetzungen gekommen (vgl. IV-act. 231-49). Anfangs 201_ habe sie vorübergehend mit einer Kollegin zusammengelebt, mit der sie nicht gut ausgekommen sei, worauf sie zur Mutter zurückgekehrt sei. Seit 2015 lebe sie in einer eigenen Wohnung, seit einem Jahr zusammen mit dem Freund, und vor kurzem seien sie drei zusammengezogen (vgl. IV-act. 231-48). Mit ihrem Freund sei sie seit 201_ zusammen, die Beziehung sei sehr gut (vgl. IV-act. 231-48). Arbeiten sei nicht möglich, da sie keine Energie habe, schnell müde werde und Mühe habe, sich zu konzentrieren (vgl. IV-act. 231-48, vgl. -49). Sie erwache nachts bei Kleinigkeiten und habe dann Mühe, wieder einzuschlafen. Das Aufstehen sei problemlos möglich. Sie sei aber mittags müde und lege sich nach dem Essen für eine bis zwei Stunden hin (vgl. IV-act. 231-49). - Der Gutachter der Psychiatrie erhob und beschrieb den psychiatrischen Befund. Die Beschwerdeführerin habe einen aktiven Eindruck gemacht und habe sich differenziert und anschaulich ausgedrückt, die Stimmung sei ausgeglichen gewesen, die Psychomotorik lebhaft, der Antrieb nicht vermindert, Merkfähigkeit und Gedächtnisleistungen seien intakt gewesen, Zeichen von Konzentrationsschwäche hätten sich nicht gezeigt (vgl. IV-act. 231-50). Sie könne einigermassen gut schlafen, habe am Morgen keine Mühe, aufzustehen (vgl. IV-act. 231-50). Polydisziplinär wurde ausgeführt, in einer diversen Kriterien (vgl. IV-act. 231-11) entsprechenden Tätigkeit sei die Beschwerdeführerin zu 80 % arbeitsfähig (vgl. IV-act. 231-13). Vor August 2019 könne eine länger andauernde höhergradige Arbeitsunfähigkeit in adaptierten Tätigkeiten weder somatisch noch psychiatrisch bestätigt werden (vgl. IV-act. 231-13). Bei diesen Gegebenheiten lässt sich festhalten, dass die zweite polydisziplinäre Begutachtung bedeutend zu der erforderlichen Klärung des medizinischen Sachverhalts im gesamten vorliegend relevanten Beurteilungszeitraum beigetragen hat. - Vorweg kann darauf hingewiesen werden, dass Übereinstimmung der Gutachten insofern besteht, als die Beschwerdeführerin in der bisherigen Tätigkeit als nicht mehr arbeitsfähig betrachtet wurde. In adaptierter Tätigkeit wurde der Beschwerdeführerin im ZIMB-Gutachten eine (allein) aus allgemeininternistischen Gründen um 20 % eingeschränkte Arbeitsfähigkeit attestiert, und zwar wie erwähnt aufgrund der - damals unbehandelten - schweren kombinierten Schlafstörung sowie des neu diagnostizierten Asthma bronchiale, welches bei der Begutachtung asymptomatisch war (vgl. IV-act. 231-10 f.). Gemäss dem PMEDA-Gutachten war die Beschwerdeführerin ehemals allgemeininternistisch betrachtet nicht eingeschränkt gewesen. Zur Schlafstörung ist indessen zu erwähnen, dass nach der Aktenlage Dr. C. ___ der Beschwerdeführerin bereits am 28. Januar 2016 ein Sauerstoffgerät abgegeben hat, was im Hinblick auf die Frage der Compliance auffällt. - In rein

allgemeininternistischer Hinsicht hat sich den Arbeitsfähigkeitsschätzungen nach zu schliessen eine Verschlechterung im Zeitablauf (nicht rentenrelevanten Ausmasses, vgl. unten E. 6) ergeben. Dermatologisch ist von einer relevanten Gesundheitsbeeinträchtigung der Beschwerdeführerin auszugehen, welche bei der Expertise 2017 von der PMEDA mit einer Arbeitsunfähigkeit von 20 % bewertet wurde, im ZIMB-Gutachten von 2019 unter den Adaptationskriterien nicht mit Arbeitsunfähigkeit. In diesem Zusammenhang ist darauf hinzuweisen, dass mit letzterer Beurteilung auch bereits jene der Klinik für Dermatologie/Venerologie/Allergologie am Kantonsspital St. Gallen vom 27. Dezember 2018 übereinstimmt (dort nämlich: keine Arbeitsunfähigkeit der Beschwerdeführerin für eine Tätigkeit im Sitzen). - Unter rein dermatologischem Aspekt wurden die Beeinträchtigungen gemäss ZIMB als weniger schwerwiegend beschrieben als ehemals vom Gutachter der Dermatologie der PMEDA. Am weitesten zurück reichen medizinische Berichte aus dem Bereich der Neurologie. Bereits im Jahr 2009 (mehrere Jahre vor der Arbeitsaufgabe) sind diesbezügliche Abklärungen bei der Beschwerdeführerin getroffen worden. Gemäss einem Bericht vom 16. Januar 2009 (IV-act. 58-8 f.) der Klinik für Neurologie am Kantonsspital St. Gallen sind damals rezidivierende Synkopen (eine konvulsive Synkope am 11.11.2008, vasovagale Synkopen in der Vorgeschichte) sowie eine Eisenmangelanämie diagnostiziert worden. Klinisch-neurologisch und in einem EEG hat sich ein unauffälliger bzw. ein Normalbefund gezeigt. Zu Beginn der vorliegend relevanten attestierten Arbeitsunfähigkeit hat Dr. C.____ am 18. März 2015 zwar eine vaskuläre Enzephalopathie mit klinisch leichten kognitiven Defiziten und dezenter Ataxie als Diagnose angegeben. Die Vertrauensärztin der Lohnausfallversicherung hatte am 18. Oktober 2015 festgehalten, die Diagnose sei zurzeit noch unklar; die heftige Reaktion mit Bewusstseinsstörung auf dem Kipptisch spreche für ein Leiden, das auf jeden Fall weiter geklärt werden müsse. Neurologische Defizite wurden jedoch in der Folge nicht bestätigt. Schon am 26. Februar 2016 hatte die Klinik für Neurologie am Kantonsspital St. Gallen einen neurologisch unauffälligen Befund beschrieben. Nach einem MRT des Neurokraniums vom 29. Februar 2016 (vgl. IV-act. 59) und einem Schädel-MRI von 2018 (vgl. dazu den Bericht von Dr. C.____, IV-act. 208-1) waren in einem solchen vom 24. Januar 2019 (IV-act. 210) eine im Verlauf stationäre T2 Läsionslast und damals keine aktiven Läsionen beschrieben worden. - Nicht nur das ZIMB hat kein wesentliches neurologisches Korrelat für die Beschwerden gefunden, sondern auch die PMEDA ist nicht von (für eine adaptierte Tätigkeit) namhaften neurologischen Befunden ausgegangen. Gleiches gilt für die beklagten Gedächtnisstörungen (vgl. IV-act. 231-51); sie sind klinisch verschiedentlich nicht aufgefallen. Wie dem Bericht der Klinik für Neurologie am Kantonsspital St. Gallen vom 8. Mai 2019 zu entnehmen ist, waren bei der neuropsychologischen Untersuchung durch die Klinik D.____ vom 12. August 2015 gesamthaft durchschnittliche kognitive Leistungen und ein recht inhomogenes Leistungsprofil beschrieben worden. Bei der Untersuchung am Kantonsspital selbst (vom 25. April 2019) wurde eine leichte bis mittelgradige neuropsychologische Störung mit leichten bis mittelschweren kognitiven Störungen und mit leichten bis mittelschweren Auffälligkeiten auf Affekt-, Antriebs- und Verhaltensebene festgestellt. Aus dieser Erhebung wurde zwar im jüngeren Bericht vom 13. März 2020 auf eine arbeitsbezogene Leistungsreduktion von 30 bis 50 % geschlossen. Dabei wurden aber offenbar allgemeine Kriterien zur Bestimmung des Schweregrads einer neuropsychologischen Störung und der Zuordnung zur Funktions- und Arbeitsfähigkeit herangezogen. Eine Symptomvalidierung wurde nicht beschrieben. Angeraten wurden der Beschwerdeführerin eine integrierte

psychologische Therapie mit Neurofeedback oder/und die Teilnahme an einem strukturierten Gruppeninterventionsprogramm Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR). Dr. C.____ beanstandete am 3. März 2020, dass den neuropsychologischen Defiziten bei der ZIMB-Begutachtung kaum Rechnung getragen worden und keine eigene neuropsychologische Untersuchung veranlasst worden sei. Er hatte allerdings am 6. Juni 2019 (wie Dr. E.____ am 7. März 2016, vgl. IV-act. 61-5) aus neurologischer Sicht keine Zweifel etwa an der Fahreignung der Beschwerdeführerin geäussert (vgl. IV-act. 207-4), im Unterschied zur PMEDA, welche diese Eignung im November 2017 vorderhand ausgeschlossen hatte (vgl. IV-act. 153-25). Das ZIMB seinerseits schloss im November 2019 ein berufsbedingtes Führen von Fahrzeugen aus, solange die Schlafstörung nicht adäquat behandelt werde (vgl. IV-act. 231-13). Dr. C.____ berichtete am 3. März 2020 (vgl. IV-act. 252-9 f.) ausserdem, es bestünden bei der Beschwerdeführerin mittelgradige kognitive Defizite und eine erhebliche kognitive und körperliche Erschöpfbarkeit weiter, die sich zumindest auf kognitiver Ebene seit der Erkrankung - wie erwähnt - kaum geändert habe (die Läsionslast der mässig ausgeprägten mikroangiopathischen Enzephalopathie sei seit März 2015 konstant). - Die ZIMB-Gutachter erklärten am 15. Juni 2020 nachvollziehbar, ein somatischer Anlass zu einer neuropsychologischen Begutachtung habe nicht bestanden und gemäss dem Bericht der Klinik für Neurologie am Kantonsspital St. Gallen vom 13. März 2020 seien subjektive Einschränkungen - faktisch einzuordnen im Rahmen einer depressiven Störung - ohne Auseinandersetzung mit dem Umstand kaum eingeschränkter Alltagssituation angenommen worden (vgl. zum neuropsychologischen Aspekt namentlich auch die Darlegungen anlässlich der neurologischen PMEDA-Exploration, IV-act. 153-23 f.). - Bei dieser konkreten Sachlage vermag der Einwand, eine rein psychiatrische Einschätzung - basierend auf dem klinischen Eindruck, ohne psychometrische Objektivierung - vermöge leichte bis mittelschwere kognitive Minderleistungen, die sich oft nicht sofort im einfachen Gespräch zeigten, nicht ausreichend objektiv zu quantifizieren, nicht durchzuschlagen. Angemerkt werden kann, dass die Vertrauensärztin der Lohnausfallversicherung am 18. Oktober 2015 erklärt hatte, eine neuropsychologische Abklärung ohne spezifische neurologische Diagnose sei nicht aussagekräftig, weil die Beschwerden unspezifisch seien und durch verschiedene Leiden bzw. auch durch tageszeitliche Schwankungen, Müdigkeit, Ängste usw. ausgelöst oder beeinflusst werden könnten. Was insbesondere den psychiatrischen Aspekt betrifft, erscheint wiederum die Beurteilung im ZIMB-Gutachten einleuchtend begründet. Die Annahme einer emotional-instabilen Persönlichkeitsstörung der Beschwerdeführerin im PMEDA-Gutachten erscheint anhand der Aktenlage dagegen wie erwähnt nicht ohne weiteres nachvollziehbar, denn die Beschwerdeführerin ist vor Eintritt der Arbeitsunfähigkeit jahrelang einer Erwerbstätigkeit nachgegangen, hat nach der Lehre auch eine Weiterbildung gemacht und hat dabei ein (im Vergleich zu den Arbeiten des Kompetenzniveaus 1 der Schweizerischen Lohnstrukturerhebung des Bundesamtes für Statistik) überdurchschnittliches Einkommen erzielt. Zwar ist zu erwähnen, dass es sich dabei (abgesehen von zwei geringfügigen anderweitigen IK-Einträgen) lediglich um ein einziges Anstellungsverhältnis gehandelt hat, von welchem die Beschwerdeführerin zudem berichtete, [...]. Über die Integrationsmassnahme vom Juni 2017 war aber berichtet worden, die Beschwerdeführerin habe sich an die betrieblichen Strukturen und Vorgaben gehalten, habe mit den Teamleitenden transparent kommuniziert und im Mitarbeitenden-Team rasch Anschluss gefunden (vgl. IV-act. 134-2). Eine Persönlichkeitsstörung hat bei der Beschwerdeführerin zudem namentlich weder Dr. C.____ noch die Klinik D.____ festgestellt,

in welcher sie stationär behandelt worden war. Die PMEDA-Begutachtung enthält keine diesbezügliche Auseinandersetzung mit den Vorberichten. Insbesondere aber hat später auch die behandelnde Ärztin Dr. G.____ am 11. Februar 2019 eine Borderline-Persönlichkeitsstörung lediglich als Verdachtsdiagnose (sie sei im Gutachten von 2017 gestellt worden) aufgenommen und erklärt, die erforderlichen Kriterien seien entweder in Intensität/Anzahl oder Zeitkriterium nicht erfüllt. Sie hat für die Diagnose sprechende Elemente (u.a. emotionale Instabilität, Schwierigkeit, negative Emotionen auszuhalten, Probleme in den zwischenmenschlichen Kontakten, Angst, verlassen zu werden, was aber teilweise im Licht der schwierigen existenziellen und gesundheitlichen Lage zu sehen sei) und dagegen sprechende Aspekte erwogen. Dagegen sprächen bei der Beschwerdeführerin ihr negatives, aber relativ stabiles Selbstbild und die Stabilität der Ziele, Präferenzen und Beziehungen. Es fehlten Hinweise auf Impulsivität der Entscheidungen und des Verhaltens (u.a. zehn Jahre Ausbildung und Arbeit). Die wichtigsten Ressourcen der Beschwerdeführerin seien paradoxerweise ihr Ehrgeiz sowie Zielstrebigkeit, Ausdauerfähigkeit, Belastbarkeit und Verantwortungsgefühl. Im Bericht vom 16. März 2020 relativierte Dr. G.____ zwar später die Bedeutung der früheren beruflichen Tätigkeit der Beschwerdeführerin und legte ferner dar, es bestünden nur noch wenige soziale Kontakte und die Beziehung zum Freund weise Risse auf, von denen die Beschwerdeführerin nur in grossem Vertrauen berichten könne, sie scheine ihr Leiden zu bagatellisieren und die zunehmende Passivität ergebe sich u.a. aus einer erlernten Hilflosigkeit, falschen Überzeugungen über Gesundheits- und Krankheitsverhalten und geringer Reflexionsfähigkeit. Sie legte aber auch dar, zu einem grossen Teil sei diese Passivität auch ein Ergebnis der eingeschränkten finanziellen Mittel und existenziellen Ängste (vgl. IV-act. 255-2 ff.). Schon am 11. Februar 2019 hatte sie erwähnt, auf die existenzielle Unsicherheit scheine die Verschlechterung des psychischen Zustands direkt zurückzuführen zu sein (vgl. IV-act. 194-10). Hierzu ist zu erwähnen, dass psychosoziale Belastungsfaktoren nach der Rechtsprechung ausser Acht bleiben, soweit sie direkt negative funktionelle Folgen zeitigen (vgl. Bundesgerichtsurteil vom 20. Januar 2020, 8C_559/2019 E. 3.2; vgl. BGE 143 V 409 E. 4.5.2; BGE 141 V 281 E. 4.3.3). Dass die soziale und Aktivitäts-Lage durch das ZIMB gutachterlich unzutreffend gewürdigt worden wäre, ist nicht anzunehmen (vgl. etwa den gutachterlichen Hinweis auf die affektive Regung der Beschwerdeführerin beim Bericht über die bevorstehende Heirat, IV-act. 231-67). Im Übrigen ist auch nicht etwa ausser Acht gelassen worden, dass sich die Beschwerdeführerin gemäss den Gutachten früher durch Ritzen Narben zugefügt hatte (vgl. blande Narben an Bauch, rechtem Oberschenkel und Vorderarm, vgl. IV-act. 231-57 f., bzw. kleine Narbe oberhalb des Nabels, vgl. IV-act. 153-17). Dr. G.____ erachtete die Beschwerdeführerin zwar am 11. Februar 2019 infolge u.a. einer rezidivierenden depressiven Störung, damals schwere depressive Episode, als voll arbeitsunfähig (vgl. IV-act. 194-7 und IV-act. 194-10). Dr. C.____, der ebenfalls Facharzt für Psychiatrie ist, hat - kurz darauf - am 20. Februar 2019 indessen erklärt, es habe keine Hinweise auf eine nennenswerte depressive Symptomatik gegeben (vgl. IV-act. 208-2; die Beschwerdeführerin habe leicht deprimiert, aber schwingungsfähig gewirkt; die Genese der subjektiv als zunehmend empfundenen kognitiven Störungen sei ungeklärt geblieben). Der ZIMB-Gutachter der Psychiatrie fand wie erwähnt (gemäss Gutachten vom November 2019) ebenfalls keine Hinweise auf eine manifeste Depression (vgl. IV-act. 231-51; vgl. zu diesem Aspekt auch oben E. 3.8.2). - Insgesamt ist kein Aspekt ersichtlich, der im ZIMB-Gutachten zu Unrecht unbeachtet geblieben wäre. Dass die Auseinandersetzung des ZIMB-Gutachters der Psychiatrie mit den

Vorberichten ungenügend gewesen wäre, lässt sich nicht bestätigen. Anhaltspunkte für eine mangelnde Unvoreingenommenheit der konkret mit der Begutachtung betrauten ZIMB-Gutachter sind im Übrigen nicht ersichtlich. Der diesbezüglich beanstandete Umstand eines Absehens von einer neuropsychologischen Begutachtung ist sachlich begründet worden. Auch wenn einzuräumen ist, dass eine retrospektive Arbeitsunfähigkeitsbeurteilung im Vergleich zu echtzeitlichen Feststellungen im Beweiswert im Allgemeinen zurücksteht, lässt sich das doch nach dem oben Dargelegten bei der vorliegenden Aktenlage nicht annehmen. Die Beurteilung im ZIMB-Gutachten erscheint überzeugend, auch was die Retrospektive betrifft. Damit ergibt sich zusammenfassend mit überwiegender Wahrscheinlichkeit, dass die Beschwerdeführerin in der bisherigen Tätigkeit spätestens ab 2018, nach der massiven Exazerbation der Hautkrankheit mit einem Verlust der Nägel (gemäss ZIMB), nicht mehr arbeitsfähig ist. Für eine verschiedenen Adaptationskriterien entsprechende Tätigkeit bestand jedoch gemäss dem beweiskräftigen ZIMB-Gutachten retrospektiv für die Zeit vor August 2019, dem Zeitpunkt der Diagnosestellung der schweren kombinierten Schlafstörung, weder somatisch noch psychiatrisch betrachtet eine längere Zeit andauernde Arbeitsunfähigkeit von mehr als 20 %. Nach der Aktenlage war eine Schlafstörung offenbar namhafter Ausprägung zwar bereits im Januar 2016 festgestellt (und ein Sauerstoffgerät abgegeben) worden. Bei der PMEDA-Begutachtung vom November 2017 war der rein allgemeininternistische Gesundheitszustand allerdings noch als ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit bezeichnet worden, die dermatologische Beeinträchtigung für sich allein dagegen mit einer Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit in adaptierter Tätigkeit von 20 %. Im Dezember 2018 wurde von der Klinik für Dermatologie am Kantonsspital St. Gallen und im November 2019 vom ZIMB-Gutachten dem dermatologischen Aspekt keine (quantitative) Arbeitsunfähigkeit mehr zugeschrieben. Zur ZIMB-Begutachtungszeit war die Beschwerdeführerin aus allgemeininternistischen Gründen (bei vollschichtiger Leistungsfähigkeit) zu 20 % arbeitsunfähig. Nach Art. 16 ATSG (vgl. Art. 28a Abs. 1 Satz 1 IVG) wird für die Bestimmung des Invaliditätsgrads 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 (Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Valideneinkommen). Nach der Aktenlage kann nicht ohne weiteres davon ausgegangen werden, dass die Beschwerdeführerin ohne Eintritt des Gesundheitsschadens an der bisherigen Stelle verblieben wäre. Es rechtfertigt sich aber die Annahme, dass sie ohne Gesundheitsschaden (auch an einer anderen Stelle wieder) ein mit dem ehemaligen Verdienst vergleichbares Einkommen erreicht hätte. Es kann demnach auf ein Valideneinkommen (2017) gemäss der angefochtenen Verfügung von Fr. 65'177.-- abgestellt werden. Bei der Bemessung des Invalideneinkommens ist, wie in Art. 16 ATSG angeordnet, eine ausgeglichene Arbeitsmarktlage anzunehmen. Dieser theoretische und abstrakte ausgeglichene Markt (vgl. BGE 134 V 64, BGE 129 V 480 E. 4.2.2) hat rein hypothetischen Charakter und dient ausserdem dazu, die Risiken von Arbeitslosigkeit und Invalidität voneinander abzugrenzen (vgl. Bundesgerichtsurteil vom 23. September 2014, 9C_192/2014 E. 3.1; BGE 110 V 276 E. 4b, vgl. auch BGE 134 V 64, BGE 129 V 480 E. 4.2.2). Was die verlangten beruflichen und intellektuellen Voraussetzungen wie auch den körperlichen Einsatz angeht, weist er einen Fächer verschiedenster Tätigkeiten auf (vgl. Bundesgerichtsentscheide vom 5. November 2018, 9C_304/2018 E. 5.1.1, und vom

10. April 2019, 8C_811/2018 E. 4.4.1). Nach der Rechtsprechung des Bundesgerichts umfasst er selbst sogenannte Nischenarbeitsplätze, also Stellen- und Arbeitsangebote, bei welchen gesundheitlich Beeinträchtigte mit einem sozialen Entgegenkommen von Seiten des Arbeitgebers rechnen können (vgl. Bundesgerichtsurteile vom 18. Dezember 2019, 9C_693/2019 E. 5.1.3, und vom 28. November 2014, 9C_485/2014). Realitätsfremde Einsatzmöglichkeiten dürfen bei der Invaliditätsbemessung aber nicht berücksichtigt werden. Von einer zumutbaren Tätigkeit im Sinn von Art. 16 ATSG kann insbesondere dort nicht gesprochen werden, wo sie nur in so eingeschränkter Form möglich ist, dass sie der allgemeine Arbeitsmarkt praktisch nicht kennt, oder dass sie nur unter nicht realistischem Entgegenkommen eines durchschnittlichen Arbeitgebers möglich wäre und das Finden einer entsprechenden Stelle deshalb von vornherein als ausgeschlossen erscheint (vgl. Bundesgerichtsurteile vom 8. Oktober 2015, 8C_582/2015, und vom 25. September 2018, 8C_290/2018 E. 5.4, ZAK 1991 S. 318 E. 3b). Eine für die Beschwerdeführerin adaptierte Tätigkeit setzt diverse Adaptationskriterien voraus. Sie hat körperlich leicht bis mittelschwer zu sein, unter Wechselbelastung auszuüben, ohne wiederholtes Heben und Tragen von Lasten über 15 kg, ohne Absturzgefahr (Leitern, Gerüste), ohne (sc. die Hände und Füße) mechanisch belastende Arbeiten, die zu starkem Schwitzen führen oder mit Kontakt zu sensibilisierenden Stoffen verbunden sind, ohne selbst- und fremdgefährdende Tätigkeiten, ohne Schichtarbeiten, ohne berufsbedingte Notwendigkeit zum Führen von Fahrzeugen und ohne Exposition gegenüber Rauch, Kälte und Staub (vgl. IV-act. 231-11). Der frühere Arbeitgeber erachtete eine Stelle in der Beratung, im Verkauf von ____, eventuell auch im Aussendienst als für die Beschwerdeführerin passend (vgl. Fremd-act. 5-10), wo die Beschwerdeführerin ihre Fachkenntnisse allenfalls weiterhin einsetzen könnte. Allerdings soll sie nicht berufsmässig im Strassenverkehr unterwegs sein. In Erwägung gezogen worden waren auch Hauswartung, Kleinteilmontage und kreativer Bereich (vgl. IV-act. 36-5). Es kann insgesamt davon ausgegangen werden, dass die Arbeitsfähigkeit von 80 % auf einem ausgeglichenen Arbeitsmarkt verwertbar ist. Es rechtfertigt sich, diesbezüglich auf die Tabellenlöhne der Schweizerischen Lohnstrukturerhebung (LSE) des Bundesamtes für Statistik (vgl. Anhang 2 der Textausgabe Invalidenversicherung, Allgemeiner Teil des Sozialversicherungsrechts, Gesetze und Verordnungen, 2019, herausgegeben von der Informationsstelle AHV/IV, S. 228) abzustellen. Bei einem Vergleich mit dem untersten möglichen Kompetenzniveau 1 (einfache Tätigkeiten körperlicher oder handwerklicher Art) bleiben die allenfalls weiterhin einsetzbaren Fachkenntnisse dabei ausser Acht. Im Jahr 2017 betrug der betreffende Tabellenwert für Frauen Fr. 54'783.--. Bei einer Arbeitsunfähigkeit von 20 % ergibt sich ein Betrag von rund Fr. 43'826.--. Bestehen im Einzelfall Anhaltspunkte dafür, dass die versicherte Person ihre gesundheitlich zumutbare verbleibende (Rest-) Arbeitsfähigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt nur mit unterdurchschnittlichem erwerblichem Erfolg verwerten kann, ist ein Abzug von den Tabellenlöhnen zu machen. Bei der Bestimmung der Höhe des Abzuges ist der Einfluss aller in Betracht fallenden Merkmale auf das Invalideneinkommen unter Würdigung der Umstände im Einzelfall gesamthaft zu schätzen und insgesamt auf höchstens 25 % des Tabellenlohnes zu begrenzen (vgl. BGE 134 V 322 E. 5.2 und BGE 126 V 75). - Die gesundheitlichen Beeinträchtigungen der Beschwerdeführerin sind in den medizinischen Schätzungen berücksichtigt. Dass keine die Hände mechanisch belastenden Arbeiten zumutbar sind, stellt eine gewisse Erschwernis dar. Bei den Arbeiten des Kompetenzniveaus 1, von welchen bei der Bemessung ihres Invalideneinkommens wie dargelegt ausgegangen wird, sind indessen keine besonderen

Voraussetzungen erforderlich und es werden davon wie erwähnt verschiedenste Tätigkeiten erfasst. Dass die Beschwerdegegnerin keinen Abzug von den Tabellenlöhnen gewährt hat, lässt sich vorliegend nicht beanstanden. Damit ergibt sich (bei einem Invalideneinkommen von Fr. 43'826.-- und einem Valideneinkommen von Fr. 65'177.--) ein Invaliditätsgrad von 33 %, der einen Rentenanspruch ausschliesst. Angesichts der vollen Arbeitsunfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit und einer Arbeitsunfähigkeit von 20 % in adaptierten Arbeiten könnte allenfalls ein Anspruch auf (weitere) berufliche Massnahmen in Frage stehen, falls die Beschwerdeführerin sich nicht subjektiv als zu weitreichend arbeitsunfähig betrachtet und zur Mitwirkung bereit ist. Da kein Rentenanspruch besteht, gehört er allerdings nicht zum vorliegenden Streitgegenstand. Im Sinn der vorstehenden Erwägungen ist die Beschwerde abzuweisen. Nach Art. 69 Abs. 1 bis IVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten über 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. Als unterliegende Partei hat die Beschwerdeführerin die Gerichtskosten zu bezahlen (vgl. Art. 95 Abs. 1 des st. gallischen Gesetzes über die Verwaltungsrechtspflege [VRP/SG; sGS 951.1]). Diese sind ermessensweise auf Fr. 600.-- zu veranschlagen. Mit dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe ist die geschuldete Gerichtsgebühr getilgt. Eine Parteientschädigung ist bei diesem Verfahrensausgang nicht zuzusprechen. Entscheid Die Beschwerde wird abgewiesen. Die Beschwerdeführerin hat die Gerichtskosten von Fr. 600.-- zu bezahlen, unter Anrechnung des bezahlten Kostenvorschusses in gleicher Höhe.

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