



Fall-Nr.: IV 2019/294
Stelle: Versicherungsgericht
Rubrik: IV - Invalidenversicherung
Publikationsdatum: 01.06.2022
Entscheiddatum: 07.09.2021

Entscheid Versicherungsgericht, 07.09.2021

Art. 7 ATSG; Art. 8 ATSG; Art. 43 ATSG. Ein MEDAS-Gutachten attestierte der Beschwerdeführerin eine Arbeitsunfähigkeit von 50 % aufgrund einer leichten depressiven Episode und einer leichten Intelligenzminderung. Der RAD führte aus, die durch die psychiatrische Gutachterin und die behandelnde Psychiaterin erhobenen Befunde sowie die Aktivitäten der Beschwerdeführerin in ihrem Alltag seien damit unvereinbar und gab ein weiteres psychiatrisches Gutachten in Auftrag. Dieses schätzte eine 100%ige Arbeitsfähigkeit. Die Ausführungen des RAD sind in Anbetracht der Akten überzeugend und wurden im Nachhinein durch das als beweistauglich beurteilte zweite Gutachten bestätigt. Somit ist die Beschwerdegegnerin zu Recht von einer vollen Arbeitsfähigkeit in adaptierten Tätigkeiten ausgegangen (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 7. September 2021, IV 2019/294).

Entscheid vom 7. September 2021

Besetzung

Versicherungsrichterinnen Michaela Machleidt Lehmann (Vorsitz), Marie Löhner und Corinne Schambeck; Gerichtsschreiberin Beatrix Zahner

Geschäftsnr.

IV 2019/294

Parteien

A.____,



St.Galler Gerichte

Beschwerdeführerin,

vertreten durch Rechtsanwalt MLaw Michael Walder, Studer Zahner Anwälte AG,
Hauptstrasse 11a, Postfach 2125, 8280 Kreuzlingen,

gegen

IV-Stelle des Kantons St. Gallen, Postfach 368, 9016 St. Gallen,

Beschwerdegegnerin,

Gegenstand

Rente

Sachverhalt

A.

A.a A.____ (nachfolgend: Versicherte) arbeitete seit 1. April 2015 in einem Pensum von 80 % als Produktionsmitarbeiterin bei der B.____ AG (Arbeitsvertrag, IV-act. 9; Angaben Arbeitgeberin vom 29. Juli 2015, IV-act. 15). Am 25. Juni 2015 wurde sie von Dr. med. C.____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, bei der Invalidenversicherung (IV) zur Früherfassung angemeldet (IV-act. 1). Die Anmeldung zum Leistungsbezug wegen seit langem bestehenden Depressionen und chronischen Schmerzen an Rücken, Gelenken und Magen/Darm erfolgte am 14. Juli 2015 (IV-act. 4).

A.b. Am 29. Juli 2015 erlitt die Versicherte zufolge eines Autounfalls ein Beschleunigungstrauma (QTF Grad 1), eine Thoraxkontusion rechts sowie ein Zervikobrachial-Syndrom rechts, welche während einer bis zum 31. Juli 2015 dauernden Hospitalisation diagnostiziert wurden (IV-act. 18; Schadenmeldung UVG vom 3. August 2015, Fremdakten, act. 2; Unfallschein UVG vom 3. August 2015, Fremdakten, act. 17-2; Arztzeugnis UVG vom 24. August 2015, Fremdakten, act. 20-1; Austrittsbericht Spital D.____ vom 4. August 2015, Fremdakten, act. 14).



A.c. In ihrer Stellungnahme vom 18. August 2015 hielt die RAD-Ärztin Dr. med. E.____, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin, fest, gemäss Angaben der Arbeitgeberin habe die Versicherte zuhanden der Pensionskasse unterschrieben, voll arbeitsfähig zu sein; auch sei der Arbeitgeberin keine gesundheitliche Einschränkung bekannt. Es liege einzig eine unfallbedingte Arbeitsunfähigkeit vom 29. Juli bis 16. August 2015 vor (vgl. IV-act. 22; Arbeitgeberfragebogen vom 29. Juli 2015, IV-act. 15-3 f.). Daraufhin wies die IV-Stelle Ansprüche auf berufliche Massnahmen oder Rente mit Mitteilung vom 19. August 2015 ab (IV-act. 25).

A.d. Dr. C.____ hielt im Arztbericht vom 31. August 2015 fest, die Versicherte leide unter einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10: F33.1) mit Entwicklung eines Erschöpfungssyndroms (ICD-10: Z73), sowie einer unsicheren, abhängigen Persönlichkeitsakzentuierung. Diese führten zu schneller Erschöpfung und Überforderung, Ermüdbarkeit, Unsicherheit, Konzentrationsstörung, reduzierter Aufnahmefähigkeit, reduziertem Antrieb und Schmerzen. Es finde ca. zweimal monatlich eine Gesprächstherapie statt. Aktuell sei die Versicherte seit 29. Juli 2015 bis auf Weiteres zu 100 % arbeitsunfähig. Möglich seien einfach strukturierte Aufgaben ohne Verantwortung. Im geschütztem Rahmen sei die Arbeitsfähigkeit auf 60 % bis 80 % steigerbar (IV-act. 27).

A.e. Die Versicherte ersuchte die IV-Stelle am 3. September 2015 um Erlass einer beschwerdefähigen Verfügung, da sich ihr Allgemeinzustand zwischenzeitlich wesentlich verschlechtert habe und die Abklärungen unvollständig seien (IV-act. 28).

A.f. Dr. med. F.____, Fachärztin für Gastroenterologie (Unterschrift unleserlich, aber identisch mit IV-act. 73-2), hielt im Arztbericht vom 25. September 2015 fest, sie habe die Versicherte vom 30. Juni 2012 bis 2. September 2015 wegen Übelkeit und postprandialer Beschwerden behandelt. Es bestehe ein psychosomatischer Kontext. Aufgrund der schulischen und beruflichen Anamnese habe sie den Verdacht auf bisher nicht abgeklärte erhebliche intellektuelle Defizite (IV-act. 37). Die RAD-Ärztin Dr. E.____ äusserte sich nach Rücksprache mit der behandelnden Psychiaterin Dr. C.____ dahingehend, dass an der Stellungnahme vom 15. August 2015 nicht festgehalten werden könne und keine Arbeitsfähigkeit und kein Eingliederungspotential vorhanden sei (RAD-Stellungnahme vom 28. September 2015, IV-act. 40).



St.Galler Gerichte

A.g. Die IV-Stelle widerrief am 29. September 2015 die Mitteilung vom 19. August 2015, wies gleichentags das Gesuch um berufliche Massnahmen ab, da solche aufgrund des Gesundheitszustandes zurzeit nicht möglich seien und stellte weitere medizinische Abklärungen sowie eine separate Verfügung betreffend den Anspruch auf Rentenleistungen in Aussicht (IV-act. 43 f.).

A.h. Anlässlich eines ambulanten Assessments im Auftrag des Unfallversicherers in der Rehaklinik G.____ am 12. Oktober 2015 zeigten sich bei der strukturierten Befragung über den Umgang mit Schmerzen und Rehabilitationshindernisse mehrere Hinweise auf eine Auffälligkeit im psychischen Bereich (Bericht vom 21. Oktober 2015, Fremdakten, act. 50).

A.i. Im Verlauf einer stationären, integrierten psychosomatisch-sozialmedizinischen Rehabilitationsbehandlung in der Klinik H.____ vom 19. Oktober bis 28. November 2015 wurden eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10: F33. 1) bei multifaktorieller psychosozialer Belastung mit Entwicklung eines Erschöpfungssyndroms (ICD-10: Z73.0), eine Akzentuierung von Persönlichkeitszügen (ICD-10: Z73.1), ein Verdacht auf eine Somatisierungsstörung (ICD-10: F45.0), eine chronische Lumboischialgie, ein chronisches Reizdarmsyndrom und intermittierende Kopfschmerzen VAS (visuelle Analogskala zur Erfassung der subjektiven Schmerzwahrnehmung) 7-10/10 VAS diagnostiziert bzw. erhoben. Gemäss Austrittsbericht vom 8. Dezember 2015 gelang eine Stabilisierung der psychischen Befindlichkeit (IV-act. 55). Eine testpsychologische Untersuchung vom 17. November 2015 ergab eine Schätzung des Intelligenzquotienten zwischen 54 und 61, womit eine leichte Intelligenzminderung gemäss ICD-10 vorliege. Die Versicherte dürfte sowohl im beruflichen wie im psychosozialen Kontext deutlich beeinträchtigt und auch bei wenig komplexen Anforderungen rasch überfordert sein, was von ihr so berichtet werde. Die Depressionstestung ergebe hohe Werte, was für eine schwere depressive Symptomatik spreche. Aktuell zeige sich ein mittelschwer beeinträchtigtes kognitives Leistungsprofil. In der Aufmerksamkeitsleistung, sowohl beim genauen Arbeiten wie auch in der Geschwindigkeitsleistung, zeigten sich deutliche Schwierigkeiten (Bericht vom 25. November 2015, IV-act. 46).



A.j. Dr. med. I.____, Facharzt für Neurologie, hielt in seinem Bericht vom 8. Dezember 2015 fest, aufgrund des klinisch-neurologischen Untersuchungsbefundes habe er bei der Versicherten keine Hinweise für eine radikuläre oder spinale neurologische Ausfallssymptomatik und keine Paresen gefunden. Der Reflexstatus sei regelrecht. Die angegebene diffuse Hypopathie im rechten ventro-lateralen Oberschenkel sei unklar (IV-act. 114).

A.k. Dr. C.____ diagnostizierte gemäss Arztbericht vom 19. Januar 2016 unter anderem eine mittelgradige bis schwere depressive Episode (ICD-10: F33.1), eine abhängige selbstunsichere Persönlichkeitsakzentuierung sowie eine leichte Intelligenzminderung (ICD-10: F70), die Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit hätten. Trotz lang anhaltender Behandlung mit medikamentöser Einstellung sei keine Stabilisierung möglich gewesen. Vom 29. Juli 2015 bis 3. Januar 2016 bestehe eine Arbeitsunfähigkeit von 100 %, vom 19. Januar bis 14. Februar 2016 von 50 %, diese Schätzung sei am oberen Limit. Angepasst seien einfach strukturierte Tätigkeiten ohne Schicht- und Akkordarbeit (IV-act. 47).

A.i. RAD-Ärztin Dr. med. J.____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, führte in einer Stellungnahme vom 19. Februar 2016 aus, da die Versicherte an der letzten, keineswegs adaptierten Arbeitsstelle immerhin fünf Monate unkritisierte Leistung erbracht habe, bevor sie dekompenziert sei, sei an einer adaptierten Arbeitsstelle das Wiedererreichen der vorbestehenden Arbeitsfähigkeit von 80 % anzunehmen. Aktuell betrage die Arbeitsfähigkeit 50 %. Die Unterstützung in der Suche einer adaptierten Tätigkeit sei angezeigt. Zu empfehlen seien eine körperlich adaptierte, leichte Arbeit mit möglichst regelmässigen Arbeitszeiten und ohne häufige Schichtwechsel sowie ein Arbeitsplatzcoaching zur Klärung und gegebenenfalls Bearbeitung der berichteten häufigen Kränkungen am Arbeitsplatz (IV-act. 50).

A.m. Dr. C.____ bestätigte am 10. März 2016 gegenüber der SUVA, es liege keine 100%ige Arbeitsfähigkeit vor (Fremdakten, act. 81) und am 26. Juli 2016 gegenüber der IV-Stelle eine volle Arbeitsfähigkeit ab 1. April 2016 sowie eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit ab ____ 2016 wegen der eingetretenen Schwangerschaft (IV-act. 63). Die IV-Stelle wies in der Folge das Gesuch hinsichtlich beruflicher Massnahmen



St.Galler Gerichte

mangels Notwendigkeit ab (Mitteilung vom 26. Juli 2016, IV-act. 65). Am ___ 2016 brachte die Versicherte ihren Sohn zur Welt (IV-act. 71).

A.n. Im Arztbericht vom 10. Januar 2017 führte Dr. C. ___ aus, die Versicherte sei bis zum 4. Februar 2017 im Mutterschaftsurlaub. Die bisherige 80%ige Anstellung mit Schicht- bzw. Akkordarbeit überfordere die Versicherte durch Wechsel und Arbeitstempo. Inwieweit eine 50%ige Tätigkeit langfristig ausgeübt werden könnte, sei derzeit fraglich (IV-act. 72-1 ff.).

A.o. Die RAD-Ärztin Dr. J. ___ hielt am 6. April 2017 weitere Abklärungen für angezeigt (IV-act. 83). Im Abklärungsbericht Haushalt vom 17. Juli 2017 wurde festgehalten, nach der Schutzfrist sei der Versicherten das Arbeitsverhältnis am 29. Juni 2017 auf Ende August 2017 gekündigt worden. Nach ihren Angaben wäre sie ohne Gesundheitsschaden trotz Kleinkind zu 100 % erwerbstätig. Um den vollen Lohn über den bisherigen Arbeitgeber zu erhalten, habe sie Dr. C. ___ überredet, ihr ab 1. Juli 2017 eine volle Arbeitsfähigkeit zu attestieren (IV-act. 91). RAD-Ärztin Dr. J. ___ kam am 25. Januar 2018 zum Schluss, es sei eine polydisziplinäre Begutachtung durchzuführen (IV-act. 122).

A.p. Das Gutachten wurde am 15. August 2018 durch das Zentrum für Medizinische Begutachtung (ZMB) Basel erstattet (Dr. med. K. ___, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin; Dr. med. L. ___, Facharzt für Orthopädie/Handchirurgie; Dr. med. M. ___, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie; Dipl. Psych. N. ___, Fachpsychologin Neuropsychologie FSP/GNP; M.Sc. O. ___, Neuropsychologin; M.Sc. P. ___, Neuropsychologin; Untersuchungen vom 29. und 31. Mai 2018; IV-act. 130). Die Gutachter diagnostizierten als die Arbeitsfähigkeit beeinträchtigend eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte Episode (ICD-10: F32.0), eine leichte Intelligenzminderung (ICD-10: F70) sowie eine Somatisierungsstörung (ICD-10: F45.0; IV-act. 130-5 f.). Sie führten aus, die Versicherte überschätze aufgrund ihrer kognitiven Situation die Bedeutung ihrer körperlicher Beschwerden deutlich und habe keine wirksamen Strategien zu deren Bewältigung zur Verfügung. Die geklagten Symptome und Funktionseinbussen seien jedoch in sich konsistent und plausibel. Auch die Akteninformationen seien nachvollziehbar und deckten sich mit den gutachterlichen eigenen Untersuchungen (IV-act. 130-7 f., 50). Der Intelligenzquotient der Versicherten



liege in einem Konfidenzintervall von 62-70 (IV-act. 130-59). In einer einfach strukturierten, intellektuell nicht anspruchsvollen Tätigkeit sei die Versicherte zu 50 % arbeitsfähig (IV-act. 130-8).

A.q. Die RAD-Ärztin Dr. J.____ veranlasste Rückfragen an die psychiatrische Gutachterin (IV-act. 133 f.). Nach Eingang der Antworten vom 11. Dezember 2018 (IV-act. 136) nahm sie am 18. Januar 2019 im Wesentlichen dahingehend Stellung, dass die Gutachter Inkonsistenzen zwar aufgeführt, aber nicht berücksichtigt hätten. Insgesamt sei die psychiatrisch-gutachterliche Arbeitsfähigkeitsschätzung nicht nachvollziehbar und glaubhaft gemacht (IV-act. 138).

A.r. Die IV-Stelle liess die Versicherte danach durch med. pract. N.____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, begutachten (Gutachten vom 15. Juli 2019, Untersuchungen vom 16./17. April 2019, IV-act. 151). Diese diagnostizierte eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig remittiert (ICD-10: F33.4), umschriebene Entwicklungsstörungen schulischer Fertigkeiten (ICD-10: F81) im Sinne einer „Lernbehinderung“; differenzialdiagnostisch: anamnestisch leichte Intelligenzminderung (ICD-10: F70.0), akzentuierte Persönlichkeitszüge mit ängstlichen (vermeidenden) Anteilen (ICD-10: Z73.1) sowie eine hypochondrische Störung (ICD-10: F45.2), differenzialdiagnostisch Verdacht auf undifferenzierte Somatisierungsstörung (ICD-10: F45.1; IV-act. 151-40). Die Gutachterin hielt im Wesentlichen fest, insgesamt erscheine anhand der Aktenlage (Bericht über die stationäre psychiatrische Behandlung in der Klinik H.____, Bericht über die neuropsychologische Diagnostik des ZMB) und aufgrund der eigenen Untersuchungsergebnisse eine leichte Intelligenzminderung gemäss der ICD-10 (IQ-Bereich von 50-69) eher nicht vorzuliegen (IV-act. 151-41). Eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit wie von Dr. C.____ postuliert und von der Versicherten subjektiv empfunden sei nicht konsistent nachgewiesen bzw. mit ihrer Erwerbsbiographie, den berichteten Befunden, der problemlos möglichen Betreuung ihres Kleinkindes, dem Bestehen der Autofahrprüfung und der raffinierten Vorgehensweise, um vom bisherigen Arbeitgeber eine volle Entschädigung zu erhalten, nicht vereinbar. Es bestünden ein sekundärer Krankheitsgewinn und psychosoziale Belastungsfaktoren (IV-act. 151-50 ff.). Bei der aktuellen Untersuchung hätten keine psychischen Symptome von Krankheitswert festgestellt werden können (IV-



act. 151-51). In einer angepassten angelernten Tätigkeit sei bei der Versicherten keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit anzunehmen und zu erwarten (IV-act. 151-55 f.).

A.s. Die RAD-Ärztin Dr. J.____ befand am 9. August 2019, das Gutachten erfülle die Qualitätsanforderungen (IV-act. 153). Mit Vorbescheid vom 12. August 2019 gewährte die IV-Stelle der Versicherten das rechtliche Gehör zur vorgesehenen Abweisung des Leistungsanspruchs (IV-act. 156). Mit Eingabe vom 14. August 2019 liess sich Dr. C.____ vernehmen, die Versicherte sei aufgrund ihres Krankheitsverlaufs nicht imstande, kontinuierlich einer Tätigkeit von mehr als 50% nachzugehen (IV-act. 157).

A.t. Mit Einwand vom 29. August 2019 machte die Versicherte geltend, beim Gutachten von Dr. N.____ handle es sich um eine andere Beurteilung eines im Wesentlichen gleichen Sachverhaltes, es hätte nicht eingeholt werden dürfen. Es sei daher weiterhin auf das beweistaugliche und inhaltlich überzeugende ZMB-Gutachten vom 15. August 2018 abzustellen, womit eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit ausgewiesen sei (IV-act. 159).

A.u. Die IV-Stelle wies mit Verfügung vom 3. Oktober 2019 das Leistungsbegehren ab. Zur Begründung führte sie im Wesentlichen aus, auch nach den Rückfragen an die Gutachterstelle habe der regionalärztliche Dienst die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit des psychiatrischen Gutachtens insgesamt als nicht nachvollziehbar befunden. Folglich sei ein Obergutachten unabdingbar gewesen. Dieses entspreche formal und inhaltlich den Konventionen. Widersprüche oder Unklarheiten hätten nicht festgestellt werden können, weshalb ihm voller Beweiswert zukomme. Ein Rentenanspruch entfalle infolge fehlender Invalidität. Mit dem Einwand seien keine neuen Tatsachen oder Unterlagen vorgebracht worden, welche zu einem anderen Ergebnis führen würden (IV-act. 160).

B.

B.a. Gegen die Verfügung vom 3. Oktober 2019 lässt A.____ (nachfolgend: Beschwerdeführerin), vertreten durch Rechtsanwalt MLaw M. Walder, am 4. November 2019 Beschwerde erheben. Sie beantragt, die angefochtene Verfügung sei unter Kosten- und Entschädigungsfolge aufzuheben und es seien ihr die ihr zustehenden Leistungen aus IVG zuzusprechen. Eventualiter sei die Angelegenheit zur weiteren Abklärung an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. Subeventualiter sei ein



Gerichtsgutachten einzuholen. Weiter sei ihr die unentgeltliche Prozessführung und die unentgeltliche Prozessverbeiständung zu gewähren. Zur Begründung lässt sie vorbringen, entgegen der Ansicht der Beschwerdegegnerin erfülle das interdisziplinäre ZMB-Gutachten vom 15. August 2018 die rechtsprechungsgemäss erforderlichen Kriterien für eine beweistaugliche medizinische Entscheidungsgrundlage. Die Einholung eines Zweitgutachtens durch die Beschwerdegegnerin sei folglich nicht rechtmässig gewesen (unzulässige "second opinion"). Selbst med. pract. N.____ gehe von der Schlüssigkeit des neuropsychologischen Teilgutachtens des ZMB aus, weshalb alleine aus neuropsychologischer Sicht ein relevanter Invaliditätsgrad gegeben sei. Das psychiatrische Gutachten von med. pract. N.____ erfüllte die Anforderungen an eine beweistaugliche medizinische Entscheidungsgrundlage nicht. Gemäss der einschlägigen Leitlinien sei zur Diagnose einer Intelligenzminderung der klinische Eindruck nicht ausreichend, weshalb zwingend aktuelle testpsychologische Untersuchungen hätten vorgenommen werden müssen. Die Beurteilung bleibe sehr vage und widerspreche derjenigen der behandelnden Ärztinnen. Die Auswirkungen der rezidivierenden depressiven Störung würden nicht ausreichend berücksichtigt. Diese dürfe nicht bereits deshalb als invaliditätsfremd bezeichnet werden, weil sie auf psychosoziale Faktoren zurückgeführt werden könne. Es sei klar ein verselbständigter Gesundheitsschaden gegeben. Die Intelligenzminderung sei schon lange Zeit bestehend, unabhängig von psychosozialen Faktoren. Bei der Rentenbemessung sei zu berücksichtigen, dass es sich vorliegend um einen Fall von Frühinvalidität handle (act. G 1). Mit der Beschwerde wird ein Bericht von Dr. C.____ vom 3. November 2019 eingereicht, in welchem diese darlegt, dass und weshalb die Beschwerdeführerin nach wie vor zu lediglich 50 % arbeitsfähig sei und berufliche Massnahmen wünschenswert wären (act. G 1.3; act. G 2).

B.b. Mit Beschwerdeantwort vom 6. Januar 2020 beantragt die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde. Zur Begründung wird auf die Stellungnahmen der RAD-Ärztin Dr. J.____ verwiesen. Das ZMB-Gutachten enthalte viele Unstimmigkeiten, weshalb zu Recht ein separates monodisziplinäres psychiatrisches Gutachten bei med. pract. N.____ angeordnet worden sei. Diese habe das Vorliegen einer Intelligenzminderung nach dreistündiger Untersuchung, bei der keine Einschränkungen der Aufmerksamkeit aufgefallen seien, verneint. Aufgrund des Verhandlungsgeschicks, der absolvierten Fahrprüfung, des raffinierten Vorgehens zum Erhalt eines



St.Galler Gerichte

Lohnersatzes, der Übernahme von Behördengängen für ihren Ehemann und der Versorgung ihres Sohnes sei die im ZMB-Gutachten attestierte Intelligenzminderung nicht nachvollziehbar (act. G 6).

B.c. Die vorsitzende Richterin bewilligt am 10. Januar 2020 die unentgeltliche Rechtspflege unter Anrechnung des von der Beschwerdeführerin geleisteten Kostenvorschusses von Fr. 1'000.-- (Befreiung von den Gerichtskosten und unentgeltliche Rechtsverteidigung; act. G 7).

B.d. Mit Replik vom 10. Februar 2020 lässt die Beschwerdeführerin vorbringen, die Therapie der Depression habe verringert werden können, nachdem letztere bereits im Zeitpunkt des ZMB-Gutachtens vom 15. August 2018 nicht mehr im Vordergrund gestanden habe. Med. pract. N.____ habe das Vorliegen einer Intelligenzminderung nicht klar verneint und die neuropsychologische Begutachtung des ZMB als nachvollziehbar erachtet. Aufgrund der Ausführungen von Dr. C.____ sei die Diagnose einer Intelligenzminderung klar nachvollziehbar. Das angeführte "raffinierte" Erhältlichmachen des Lohnersatzes sei nicht von ihr selbst geplant worden. Die der Arbeitsfähigkeitsschätzung des ZMB zugrundeliegenden Einschränkungen seien entgegen der Beschwerdegegnerin nicht leichtgradig, die neuropsychologische Einschätzung entspreche den Leitlinien. Die rechtsprechungsmässigen Voraussetzungen einer Aggravation seien nicht gegeben; allfällige Verdeutlichungstendenzen seien im Licht der Diagnose zu betrachten (act. G 9).

B.e. Die Beschwerdegegnerin verzichtet stillschweigend auf eine Duplik (act. G 11).

C.

Auf die Vorbringen der Verfahrensbeteiligten zur Begründung ihrer Anträge sowie die Akten wird, soweit für den Entscheid relevant, in den nachstehenden Erwägungen eingegangen.

Erwägungen

1.



Ansprüche auf berufliche Massnahmen oder andere Eingliederungsmassnahmen bilden nicht Gegenstand der angefochtenen Verfügung vom 3. Oktober 2019. Darin wurde einzig über das Rentengesuch abschlägig entschieden (IV-act. 160). Mangels Zusprache einer Rente bildete die Frage betreffend berufliche Massnahmen oder andere Eingliederungsmassnahmen auch nicht im Rahmen des Grundsatzes "Eingliederung vor Rente" (Art. 28 Abs. 1 lit. a des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung [IVG; SR 831.20]) notwendigerweise Gegenstand der Rentenverfügung.

2.

2.1. Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) umschreibt Invalidität als voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit. Erwerbsunfähigkeit ist der durch die gesundheitliche Beeinträchtigung verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG).

2.2. Ein invalidenversicherungsrechtlich relevanter Gesundheitsschaden setzt eine auf objektivierten Beschwerden beruhende fachärztlich gestellte Diagnose nach einem wissenschaftlich anerkannten Klassifikationssystem voraus (BGE 141 V 289 E. 3.2). Erforderlich ist zudem, dass die geltend gemachten Beschwerden objektiviert werden können und sich auf die Arbeits- bzw. Erwerbsfähigkeit auswirken (vgl. BGE 143 V 427 E. 6). Für somatisch unklare Beschwerdebilder (somatoforme Schmerzstörung und gleichgestellte Diagnosen), psychische Erkrankungen wie namentlich Depressionen und Abhängigkeitserkrankungen ist der Beweis nach dem strukturierten Verfahren mittels Indikatoren zu führen (vgl. dazu BGE 145 V 226 E. 6; BGE 143 V 429 E. 7.2; BGE 141 V 294 f., E. 3.5 f. und S. 298, E. 4.2). Der Beweis für eine lang andauernde und erhebliche gesundheitsbedingte Arbeitsunfähigkeit kann nur dann als geleistet betrachtet werden, wenn die Prüfung der massgeblichen Beweisthemen im Rahmen einer umfassenden Betrachtung ein stimmiges Gesamtbild einer Einschränkung in allen Lebensbereichen (Konsistenz) für die Bejahung einer Arbeitsunfähigkeit zeigt (BGE 143 V 427, E. 6 a. E.).



2.3. Nach Art. 28 Abs. 2 IVG besteht Anspruch auf eine ganze Invalidenrente, wenn die versicherte Person mindestens zu 70 %, auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie wenigstens zu 60 %, auf eine halbe Rente, wenn sie mindestens zu 50 %, und auf eine Viertelsrente, wenn sie mindestens zu 40 % invalid ist. Für die Bestimmung des Invaliditätsgrades wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Valideneinkommen, Art. 16 ATSG).

2.4. Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung und im Beschwerdefall das Gericht auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist (BGE 132 V 93 E. 4 mit Hinweisen). Die urteilenden Instanzen haben die Beweise frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Fachperson begründet sind (BGE 125 V 352 E. 3a mit Hinweisen). Rechtsprechungsgemäss ist den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten Gutachten von externen Spezialärzten und -ärztinnen, welche aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 137 V 227 E. 1.3.4; Urteil des Bundesgerichts vom 13. Februar 2019, 8C_801/2018, E. 4.3).

2.5. Im Sozialversicherungsrecht gelten der Untersuchungsgrundsatz und der Grundsatz der freien Beweiswürdigung (Art. 61 lit. c ATSG). Verwaltung und Sozialversicherungsgericht haben von sich aus für die richtige und vollständige Abklärung des rechtserheblichen Sachverhaltes zu sorgen. Rechtserheblich sind alle Tatsachen, von deren Vorliegen es abhängt, ob über den streitigen Anspruch so oder anders zu entscheiden ist. In diesem Rahmen haben Verwaltungsbehörden und das



Versicherungsgericht zusätzliche Abklärungen stets dann vorzunehmen oder zu veranlassen, wenn hierzu aufgrund der Parteivorbringen oder anderer sich aus den Akten ergebenden Anhaltspunkte hinreichender Anlass besteht (Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, 4. Aufl., Bern/St. Gallen/Zürich 2020, Art. 61 N 107).

2.6. Der Versicherungsträger hat nach den allgemeinen Regeln des Sozialversicherungsrechts den rechtserheblichen Sachverhalt abzuklären. Er ist laut dem in Art. 43 Abs. 1 ATSG statuierten Untersuchungsgrundsatz verpflichtet, die notwendigen Abklärungen von Amtes wegen vorzunehmen und die erforderlichen Auskünfte einzuholen. Die für die Beurteilung des Leistungsanspruchs von Amtes wegen durchzuführenden notwendigen Abklärungen beinhalten nicht das Recht des Versicherungsträgers, eine "second opinion" zum bereits in einem Gutachten festgestellten Sachverhalt einzuholen, wenn dieser nicht seinen Vorstellungen entspricht. Die Notwendigkeit der Anordnung eines weiteren Gutachtens ergibt sich aus der Beantwortung der Frage, ob bereits bei den Akten liegende Gutachten die praxisgemässen inhaltlichen und beweismässigen Anforderungen an eine zu erstattende ärztliche Expertise erfüllen (Urteil des Bundesgerichts vom 7. März 2019, 9C_57/2019, E. 3.2, mit weiteren Verweisen).

2.7. Im Sozialversicherungsrecht hat das Gericht seinen Entscheid, sofern das Gesetz nicht etwas Abweichendes vorsieht, nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu fällen (vgl. BGE 126 V 353 E. 5b; BGE 125 V 193 E. 2, je mit Hinweisen).

3.

3.1. Vorliegend hat die Beschwerdegegnerin in Bezug auf das Gutachten der ZMB vom 15. August 2018 dem psychiatrischen Teilgutachten den Beweiswert abgesprochen, bei med. pract. N.____ ein neues psychiatrisches Gutachten vom 15. Juli 2019 eingeholt und gestützt auf dieses mit angefochtener Verfügung vom 3. Oktober 2019 das Leistungsbegehren der Beschwerdeführerin abgewiesen (IV-act. 160). Die Beschwerdeführerin lässt vorbringen, das Gutachten der ZMB sei beweistauglich. Die Expertise von med. pract. N.____ stelle eine unzulässige "second opinion" dar und sei überdies nicht beweiskräftig. Als erstes ist zu prüfen, ob das ZMB-Gutachten, insbesondere das psychiatrische Teilgutachten, beweiskräftig ist.

3.2. Unbestritten und nachvollziehbar erscheint, dass für die von der Beschwerdeführerin angegebenen Schmerzen kein somatisch-organisches Korrelat gefunden und aus internistischer sowie orthopädischer Sicht keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit attestiert werden konnte. So hielt der orthopädische Gutachter



insbesondere fest, die als seit dem 1_. Altersjahr bestehend geschilderten cervikothoracalen Rückenbeschwerden seien bildgebend nicht erklärbar. Die nach dem Unfall im Juli 2015 aufgetretenen Beschwerden seien abgeklungen und der Unfall habe nicht zu einer Verschlimmerung der vorbestehenden Rückenbeschwerden geführt (IV-act. 130-29; IV-act. 130-35 ff.).

3.3.

3.3.1. Die psychiatrische Gutachterin der ZMB diagnostizierte eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte Episode (ICD-10: F32.0), eine leichte Intelligenzminderung (ICD-10: F70) sowie eine Somatisierungsstörung (ICD-10: F45.0; IV-act. 130-5 f.). Die neuropsychologischen Gutachterinnen untersuchten die Beschwerdeführerin zweimal und stellten dabei eine Verbesserung der Stimmung und, damit einhergehend, der Konzentration fest. Eine Konzentrationsabnahme sei nach etwa einer Stunde sichtbar geworden. Aufgefallen seien weiter ein eher langsames Arbeitstempo, eine erhöhte Ermüdbarkeit und deutliche Schwierigkeiten beim strategischen Planen einer Aufgabe (IV-act. 130-57). Sie stellten eine leichte bis mittelgradige neuropsychologische Störung mit deutlichen Beeinträchtigungen der Verarbeitungsgeschwindigkeit, der Aufmerksamkeit (Daueraufmerksamkeit, Impulskontrolle, geteilte Aufmerksamkeit) und der Exekutivfunktionen fest. Bei Aufgaben mit erhöhten kognitiven Anforderungen und erforderlichen adäquaten Handlungsstrategien habe die Beschwerdeführerin Schwierigkeiten. Beeinträchtigt seien sodann die Merkfähigkeit, das Kurz- und das Arbeitsgedächtnis. Die rezidivierende depressive Symptomatik (gegenwärtig leichte depressive Episode) bewirke eine sekundäre Verstärkung der beschriebenen kognitiven Einschränkungen (IV-act. 130-64). Weder testpsychologisch noch in der klinischen Verhaltensbeobachtung hätten sich Hinweise auf eine mangelhafte Leistungsbereitschaft, Selbstimitierung, Symptomverdeutlichung oder Aggravation gezeigt (IV-act. 130-63). Weiter resultierte ein Intelligenzquotient im Konfidenzintervall von 62-70, entsprechend einer leichten Intelligenzminderung nach ICD-10 (IV-act. 130-59). Auch hier beschrieben die Gutachterinnen einen Einfluss der sekundären Verstärkung: Die Testung vom 17. November 2015 habe noch einen Intelligenzquotienten von 54 bis 61 ergeben (vgl. IV-act. 55). Die damals teilweise deutlich ausgeprägten Defizite seien insgesamt durch die damals vorliegende schwere depressive Episode erklärbar. Es sei davon auszugehen, dass ohne sekundäre Verstärkung der Intelligenzquotient zwischen 70 und 84 (Bereich einer Lernbehinderung) liegen würde (IV-act. 130-65). Die psychiatrische Gutachterin übernahm die neuropsychologische Beurteilung (IV-act. 130-49), führte jedoch die



neuropsychologische Störung nicht unter den psychiatrischen Diagnosen auf (IV-act. 130-47). Im von ihr erhobenen Befund führte die psychiatrische Gutachterin aus, der Antrieb der Beschwerdeführerin sei objektiv vermindert, sie wirke entschlossenunfähig, gehemmt und emotional verarmt, ausdrucksarm, mimisch wenig mitschwingend. Sie spreche sehr leise, der Wortschatz sei eher klein. Der Wille sei beeinträchtigt, die Beschwerdeführerin wirke unentschlossen und willensschwach. Das Denken sei formal zwar einfach strukturiert, jedoch nicht beeinträchtigt. Inhaltliche Denkstörungen im engeren Sinn fänden sich keine, jedoch falsche Zuschreibungen ihrer psychischen und körperlichen Symptomatik. In Stimmung und Affekt sei die Beschwerdeführerin depressiv verstimmt, affektarm, gedrückt wirkend. Die mnestischen Funktionen seien im Gespräch nicht grob beeinträchtigt. Psychische Werkzeugstörungen bestünden keine, jedoch sei der schriftliche Ausdruck der Versicherten sicherlich nur grenzwertig als dem Durchschnitt entsprechend zu werten. Das Ergebnis des Hamilton-Depressionstests entspreche einer leichten depressiven Episode (IV-act. 130-45 f.). Diese Diagnose - und mit ihr auch ihre von den neuropsychologischen Gutachterinnen postulierte Auswirkung auf die Intelligenztestung - erscheint in Anbetracht der Befunde nachvollziehbar.

3.3.2. Zu den Auswirkungen der Intelligenzminderung legte die psychiatrische Gutachterin dar, diese führe dazu, dass die Beschwerdeführerin auftretende körperliche Symptome ängstlich besetze und nicht einordnen könne. Dies führe zu einer Schonhaltung und zur unbewussten Entwicklung weiterer psychosomatischer Symptome und zu einer deutlich schnelleren Überforderung als bei einer durchschnittlich intelligenten Person (IV-act. 130-49). Die Beschwerdeführerin sei in ihrer Fähigkeit zur Anpassung an Regeln und Routinen mittelgradig beeinträchtigt. Dies vor allem aufgrund ihrer Intelligenzminderung. Komplexe Zusammenhänge vermöge sie nicht zu erfassen. Auch in der Planung und Strukturierung von Aufgaben sei sie aufgrund der fehlenden Abstraktionsfähigkeit mittelgradig beeinträchtigt. Die Flexibilität und Umstellungsfähigkeit sei aufgrund der Erschöpfbarkeit leicht beeinträchtigt. Die Anwendung fachlicher Kompetenzen, die bereits vor der Erkrankung vorhanden gewesen seien, sei nicht beeinträchtigt, jedoch sei sie nicht in der Lage, ihrem Alter und ihrer Erfahrung entsprechende fachliche Anforderungen zu erfüllen. Die Entscheidungs- und Urteilsfähigkeit sei aufgrund des sehr schwachen Selbstvertrauens leicht- bis mittelgradig beeinträchtigt. Die Durchhaltefähigkeit sei subjektiv schwer beeinträchtigt, was dadurch relativiert werde, dass sie in der Lage sei, ihren kleinen Sohn eigenhändig zu betreuen (IV-act. 130-50 f.). An ihren Arbeitsstellen sei die Beschwerdeführerin vermutlich jeweils intellektuell schnell überfordert gewesen. Neue



Zusammenhänge hätten ihr nur schwer vermittelt werden können. Auf Überforderung habe sie teils mit psychosomatischen Beschwerden, meistens in Form von Kopfschmerzen oder Rückenschmerzen oder einem Druck auf der Brust, zusätzlich auch mit Erschöpfbarkeit und Ermüdbarkeit reagiert und sei der Arbeit ferngeblieben. Aufgrund ihrer häufigen Krankheitsabwesenheiten habe sie diverse Arbeitsstellen bereits nach kurzer Zeit verloren (IV-act. 130-48). Die Einschränkungen der Beschwerdeführerin beträfen die Berufstätigkeit mehr als die Arbeit bei der Betreuung ihres Kindes und im Haushalt. Die Beschwerdeführerin überschätze aufgrund ihrer kognitiven Situation die Bedeutung ihrer körperlichen Beschwerden deutlich und habe keine wirksamen Strategien zu deren Bewältigung zur Verfügung. Es sei gut vorstellbar, dass diese in ihr immer wieder Ängste auslösten. Die geklagten Symptome und Funktionseinbussen seien jedoch in sich konsistent und plausibel. Auch die Akteninformationen seien nachvollziehbar und deckten sich mit den gutachterlichen Befunden (IV-act. 130-50). In der bisherigen Tätigkeit als Produktionsmitarbeiterin sei die Beschwerdeführerin aus psychiatrischer Sicht aufgrund vermehrter Erschöpfbarkeit, der Antriebsstörung sowie der Somatisierungsneigung mit psychosomatischer Symptommanifestation bei Belastung in ihrem Rendement - bezogen auf ein Pensum von 100 % - zu 50 % eingeschränkt. Dies sei namentlich durch die eingeschränkte Intelligenz bedingt und begründe sich mit einem langsameren Arbeitstempo, einer langsameren Auffassungsgabe sowie einer (stark) eingeschränkten Fähigkeit zur Planung und Strukturierung ihres Lebens sowie der Flexibilität und Umstellungsfähigkeit bei neuen Aufgaben (IV-act. 130-51; IV-act. 136).

3.3.3. Den Akten ist unter anderem zu entnehmen, dass der Beschwerdeführerin attestiert wurde, sie sei eine fleissige Mitarbeiterin, die sauber arbeite und die strengen Hygienerichtlinien genau einhalte (IV-act. 7-4, Arbeitszeugnis Q.____ AG vom 31. August 2013), sowie dass an ihrer letzten Arbeitsstelle bei der B.____ AG nichts von einem gesundheitlichen Problem bekannt war und sie dort zudem im Schichtbetrieb gearbeitet hat, ohne dass es zu Absenzen gekommen wäre (RAD-Stellungnahme vom 18. August 2015, IV-act. 22). An einem durch die SUVA veranlassten ambulanten Assessment in der Rehaklinik G.____ gab die Beschwerdeführerin auf direkte Anfrage hin an, sie sei unzufrieden und unterfordert am Arbeitsplatz. Sie habe Angst vor einer Kündigung, falls ihre Arbeitsunfähigkeit länger fortbestehe. Eine Arbeitslosigkeit würde die junge Familie auch in eine schwierige finanzielle Situation bringen und dadurch würde sehr wahrscheinlich eine intrafamiliäre Konfliktsituation entstehen (Bericht Ambulantes Assessment Rehaklinik G.____ vom 21. Oktober 2015, Fremdakten, act. 50-3). Zudem erhielt sie gemäss Austrittsbericht der Klinik H.____ vom 8. Dezember



2015 in der Firma B.____ offenbar Unterstützung durch einen Vorgesetzten. Ihr wurden die Umsetzung innerhalb des Betriebes zugesagt und die Ausbildungsmöglichkeiten im Unternehmen dargestellt, was zu einer psychophysischen Entlastung der Beschwerdeführerin geführt habe. Auch habe sie offenbar ihrem Ehemann vermitteln können, dass es sie belaste, dass sie aufgrund seiner unzureichenden Sprachkenntnisse sehr viel für ihn oder mit ihm gemeinsam erledigen müsse (IV-act. 55-5). Weiter fällt auf, dass sie die Sekundarschule im 200_, zwar in einer Kleinklasse, abschliessen konnte (IV-act. 72), gemäss ihren eigenen Angaben auch mit guten Noten (IV-act. 130-40). Schliesslich gab die Beschwerdeführerin anlässlich der Haushaltklärung an, dass für sie mit einem Kind nur noch eine geregelte Tagesarbeit in Frage komme, sie alles daran gesetzt habe, die Autoprüfung zu bestehen, was sie am 15. Juni 2017 geschafft habe, und sie nun die für eine Erwerbstätigkeit nötige Mobilität habe (IV-act. 91-4). Insgesamt lässt dies einerseits Zweifel an einer massgeblichen, die Arbeits- sowie Ausbildungsfähigkeit einschränkenden Intelligenzminderung sowie auch am grundsätzlichen Vorliegen einer höheren Arbeitsunfähigkeit aufkommen.

3.4.

3.4.1. Zu Recht kritisierte die RAD-Ärztin Dr. J.____ in ihrer Stellungnahme vom 4. September 2018 unter anderem, die psychologische Testung habe lediglich leichte Einschränkungen bei einfachen Anforderungen und mittelgradige Einschränkungen bei hohen Anforderungen erheben können. Die Einschätzung, wonach die Beschwerdeführerin aufgrund ihres Intelligenzdefizits nicht in der Lage sei, das Konzept einer somatoformen Schmerzstörung zu verstehen und aktive Bewältigungsstrategien zu erwerben, lasse sich in der Gesamtsicht ihrer Angaben und der erhobenen Befunde nicht verifizieren. Ein deutlicher sekundärer Krankheitsgewinn, psychosoziale Faktoren und festgestellte Inkonsistenzen seien nicht diskutiert bzw. berücksichtigt worden. Als Fazit sei die Argumentationskette der gutachterlichen Arbeitsfähigkeitsschätzung, wonach Somatisierungssymptome rasch bei jeder Überforderung aufträten und diese Beschwerden wegen des IQ-Defizits nicht überwindbar seien, nicht haltbar (IV-act. 133).

3.4.2. Die RAD-Ärztin veranlasste Nachfragen zu den angegebenen Behandlungsoptionen, der Berücksichtigung IV-fremder Gründe, der Diskussion von Widersprüchlichkeiten sowie zur Begründung der fehlenden Mentalisierungsfähigkeit (IV-act. 133-3). Zu den Auswirkungen von Konditionstraining und einer neuropsychologischen Therapie führten die Gutachter aus, diese könnten einer



Progredienz Einhalt gebieten, die Arbeitsfähigkeit jedoch nicht erhöhen. Die psychosozialen Gründe seien bei der Beurteilung ausgeklammert worden. Die Reduktion der Arbeitsfähigkeit ergebe sich aus den verminderten kognitiven Fähigkeiten, die im neuropsychologischen Status deutlich objektiviert worden seien. Die neuropsychologischen Defizite resultierten aus der Kombination und einer ungünstigen Konstellation von Restbefunden der depressiven Störung und vor allem der Intelligenzminderung. Es sei davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin aufgrund der geringen kognitiven Leistungsfähigkeit immer wieder schnell an ihre Grenzen gekommen und deshalb oft krankgeschrieben worden sei. Die Beschwerdeführerin habe bezüglich der Einnahme der Antidepressiva Angaben gemacht, die durch die Laboruntersuchung nicht gestützt werden könnten. Die Malcompliance habe jedoch keinen Einfluss auf die attestierte Arbeitsunfähigkeit. Ob die Beschwerdeführerin zuhause Deutsch oder R.____-isch spreche, spiele für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit keine Rolle. Zum im Gutachten erwähnten Einfluss der fehlenden Mentalisierungsfähigkeit führten sie aus, die Einschränkungen in den kognitiven Fähigkeiten der Beschwerdeführerin seien in der neuropsychologischen Untersuchung objektiviert. Die intellektuelle Leistungsfähigkeit liege in einem homogenen Leistungsprofil insgesamt im sehr deutlich unterdurchschnittlichen Bereich ihrer Altersgruppe. Die Beschwerdeführerin zeige eine Tendenz zur Überschätzung ihrer Fähigkeiten, wodurch sie eine Aufgabe teilweise unstrukturiert und ohne sorgfältige Planung beginne. Zu von der RAD-Ärztin aufgezeigten Hinweisen für eine Fähigkeit der Beschwerdeführerin zu einer differenzierten Selbstwahrnehmung führten die Gutachter aus, die neuropsychologische Untersuchung zeige zwar eine "intraindividuelle Stärke" bei der "kognitiven Verarbeitungsgeschwindigkeit" sowie bei "sprachgebundenen Aufgaben, welche Sach- und Faktenwissen sowie das Verständnis sozialer Regeln und Normen überprüfen", hierbei handle es sich jedoch um eine Teilleistungstärke, von der nicht auf sämtliche Mentalisierungsfunktionen geschlossen werden könne. Zur Diskrepanz zwischen gezeigten Emotionen und dem Vorliegen einer somatoformen Schmerzstörung an Stelle einer adäquaten emotionalen Reaktion erklärten die Gutachter, dieses Konzept treffe bei der Beschwerdeführerin gerade nicht zu. Sie sei eindeutig in der Lage, ihren Emotionen Ausdruck zu geben, leide aber trotzdem an einer somatoformen Störung. Zum Hinweis der RAD-Ärztin, dass sich die Beschwerdeführerin über körperliche Mängel beklage, was auf eine adäquate emotionale Selbstwahrnehmung hindeute, nahm die Gutachterin Stellung, die Bedeutung dieser Frage sei ihr nicht klar. Insgesamt verfüge die Beschwerdeführerin über praktisch keine Ressourcen, um auf belastende Ereignisse adäquat zu reagieren. Ihre Fähigkeiten zu Planung und Strukturierung ihres Lebens sowie die Flexibilität und



Umstellungsfähigkeit seien stark beeinträchtigt. Durch die eingeschränkte Intelligenz sei das Rendement auf die Hälfte reduziert. Dies begründe sich mit einem langsameren Arbeitstempo, einer langsameren Auffassungsgabe sowie einer eingeschränkten Flexibilität und Umstellungsfähigkeit bei neuen Aufgaben. An der Einschätzung der Arbeitsfähigkeit werde festgehalten (IV-act. 136).

3.4.3. Am 18. Januar 2019 nahm die RAD-Ärztin Dr. J.____ Stellung, die Ausführungen der Gutachter vermöchten die Fragen nicht zu klären. Insbesondere aus neuropsychologisch-gutachterlicher Sicht seien die Defizite bei gegebener Motivation therapierbar. Die psychosozialen Belastungsfaktoren würden lediglich angeführt, aber nicht diskutiert. Die im 18. Lebensjahr geschlossene arrangierte (diesen Umstand verneinte die Beschwerdeführerin in der späteren Begutachtung durch med. pract. N.____, vgl. IV-act. 151-32) Ehe mit einem (später) straffällig gewordenen Ehemann, der nicht Deutsch spreche, so dass die Beschwerdeführerin die Kommunikation mit den Behörden übernommen habe, ausserdem schwere partnerschaftliche Probleme, Betreibungen und fehlende Ausbildung seien so bedeutsam, dass allein deswegen ab dem 18. Lebensjahr keine berufliche Karriere mehr zu erwarten (gewesen) sei. Entsprechend liege ein Arbeitszeugnis vor, welches der Beschwerdeführerin bis zum 17 7/12 Lebensjahr eine einjährige gute Arbeitsfähigkeit bestätige. Die Gutachter diskutierten nicht, was Falschaussagen eines Begutachteten bedeuteten. Die Aussage der Beschwerdeführerin, die deutsche Sprache besser zu beherrschen als ihre Mutter- und Umgangssprache, sei nicht glaubwürdig. Sie sei auch wesentlich, da sprachliche Defizite eine psychologische Testung in deutscher Sprache negativ verzerrten. Andererseits sei bei objektivierbaren Falschaussagen die Glaubwürdigkeit generell - auch bzgl. Anstrengungsbereitschaft - und prinzipiell fraglich. So habe die Beschwerdeführerin auch falsche Angaben zur Medikamenteneinnahme gemacht. Der Widerspruch zwischen den Hinweisen auf eine korrekte Selbstwahrnehmung und der von den Gutachtern angenommenen fehlenden Mentalisierungsfähigkeit werde nicht bemerkt. Insgesamt sei die Einschätzung Arbeitsfähigkeit der psychiatrischen Gutachterin nicht nachvollziehbar und glaubhaft gemacht (IV-act. 138).

3.5.

3.5.1. Zwar handelt es sich bei der ZMB AG um eine MEDAS, von der als solche grundsätzlich erwartet werden kann, dass sie vorhandene psychosoziale und soziokulturelle Belastungsfaktoren sowie Diskrepanzen und Inkonsistenzen versicherungsmedizinisch zu würdigen und einzuordnen weiss. Dies verneinen der RAD



und die Beschwerdegegnerin jedoch vorliegend, wie im Folgenden aufzuzeigen sein wird, zu Recht:

3.5.2. Die Beschwerdeführerin trat am 1. April 2015 eine Stelle als Produktionsmitarbeiterin im 80 %-Pensum an, wobei die Arbeitgeberin angab, gesundheitliche Beeinträchtigungen seien ihr nicht bekannt und von der Beschwerdeführerin auch gegenüber der Pensionskasse nicht angegeben worden (Angaben vom 29. Juli 2015, IV-act. 15; vgl. auch IV-act. 14). Den Anforderungen dieser Arbeitsstelle war sie offenbar bis zum Unfall vom 29. Juli 2015 bestens gewachsen (vgl. E. 3.3.3). Während des stationären Aufenthaltes in der Klinik H.____ vom 19. Oktober bis 28. November 2015 konnte die psychische Befindlichkeit stabilisiert werden (Austrittsbericht vom 8. Dezember 2015, IV-act. 55). Obwohl Dr. C.____ - und ihr folgend die psychiatrische Gutachterin - darlegten, die Beschwerdeführerin sei zur psychoedukativen Verarbeitung ihrer Beschwerden nicht in der Lage, gelang es der Beschwerdeführerin erfolgreich, die Verarbeitung psychosozialer Belastungen durch das unter anderem durch dessen Straffälligkeit belastete Verhältnis zum Ehemann sowie empfundene Misserfolge und Kränkungen anzugehen (Austrittsbericht vom 8. Dezember 2015, IV-act. 55). Nach der Geburt ihres Sohnes konnte sie von einem Babyschreikurs profitieren (IV-act. 130-44; IV-act. 151-29) und war folglich in der Lage, ein Problem zu erkennen, sich entsprechende Hilfe zu organisieren oder anzunehmen und auch ihr Verhalten anschliessend zu ändern. Sodann bezeichnete sie die Behandlung durch Dr. C.____ als hilfreich (IV-act. 130-48), was ebenfalls darauf hindeutet, dass die Intelligenzminderung eine Verarbeitung der psychosomatischen Symptomatik nicht grundsätzlich entgegensteht.

3.5.3. Die Neuropsychologinnen führten nachvollziehbar aus, die Testung vom 17. November 2015, welche einen Intelligenzquotienten von 54 bis 61 ergab (IV-act. 46), habe zu einem Zeitpunkt stattgefunden, in welchem die Beschwerdeführerin unter einer mittelgradigen depressiven Episode gelitten habe (vgl. Austrittsbericht Klinik H.____ vom 8. Dezember 2015, IV-act. 55). Aktuell sei die Depression noch leichtgradig und der Intelligenzquotient liege im Bereich von 62 bis 70. Ohne sekundäre Verstärkung durch die depressive Symptomatik wäre von einem Intelligenzquotienten von 70 bis 84 auszugehen (IV-act. 130-59, 64 f.). Dieser Aspekt, der von der psychiatrischen Gutachterin weder diskutiert noch berücksichtigt wurde, spricht zusätzlich gegen eine massgeblich einschränkende Intelligenzminderung.

3.5.4. Ab 1. April 2016 attestierte Dr. C.____ der Beschwerdeführerin eine volle Arbeitsfähigkeit und ab Juni 2016 eine solche von 50 % wegen der Schwangerschaft



(Verlaufsprotokoll/Abschluss Eingliederung vom 26. Juli 2016, IV-act. 63). Nach der Geburt des Sohnes am .___ 2016 (IV-act. 71) kam es gemäss der Beschwerdeführerin zu Eheproblemen (IV-act. 130-42) und einer (weiteren) schweren depressiven Episode (IV-act. 130-44). Übereinstimmend damit attestierte Dr. C. ___ im Arztbericht vom 10. Januar 2017 eine schwere depressive Episode und berichtete von einer Medikation mit 30 mg Citalopram und 30 mg Mirtazapin (IV-act. 72). Am 16. Juni 2017 stellte sie der Beschwerdeführerin ein Arztzeugnis aus, wonach diese ab 17. Juni 2017 zu 60 % (von 80 %), ab 24. Juni zu 90 % (von 80 %) und ab 1. Juli 2017 zu 100 % (von 80 %) arbeitsfähig sei (IV-act. 91-14). Dies hielt die psychiatrische Gutachterin der ZMB AG im Gutachten fest (IV-act. 130-41). Hierzu äusserte sich die Beschwerdeführerin dahingehend, sie habe dieses Attest von Dr. C. ___ erbeten, weil sie von der Arbeitgeberin freigestellt worden sei und sich vollen Lohnersatz gewünscht habe (Abklärungsbericht Haushalt vom 3. August 2017, IV-act. 91-4). Im Arztbericht vom 7. September 2017 hielt Dr. C. ___ als Diagnose u.a. nach wie vor eine schwere depressive Episode und eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % fest, was aber im Widerspruch zum Zeugnis vom 16. Juni 2017 steht und diskrepant zur angegebenen Reduktion der Medikation auf noch 10 mg Citalopram erscheint (vgl. IV-act. 100). Später bestätigte Dr. C. ___ jeweils eine Arbeitsfähigkeit von (höchstens) 50 % (Eingabe vom 14. August 2019, IV-act. 157; Stellungnahme vom 3. November 2019, act. G 2.1). Die von Dr. C. ___ attestierten Arbeitsunfähigkeiten sind nicht stimmig bzw. lassen insbesondere den Schluss zu, dass eine einer mittelgradigen Depression entsprechende Einschränkung nach dem Unfall vom 29. Juli 2015 und nach der Geburt des Sohnes .___ 2016 lediglich vorübergehend bestand und mit den seinerzeitigen ausserordentlichen Belastungssituationen in Verbindung stand. So fielen wohl gerade nach dem Unfall viele administrative Arbeiten für den Ehemann an, und nach der Geburt bestand eine Belastung durch das Schreien des Kindes und durch Konflikte mit dem Ehemann. Insgesamt erscheinen die von Dr. C. ___ und der psychiatrischen Gutachterin angenommenen Auswirkungen der von ihnen diagnostizierten leichten Intelligenzminderung nicht konsistent und die von ihnen attestierte Arbeitsunfähigkeit von 50 % nicht nachvollziehbar.

3.5.5. Zusammenfassend ist der RAD-Ärztin Dr. J. ___ insoweit zu folgen, als die attestierte Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 50 % nicht plausibel erscheint. Demnach ergibt die gerichtliche Überprüfung, dass das psychiatrische Teilgutachten die Anforderungen an die Beweistauglichkeit aus den genannten Gründen nicht erfüllt. Zu Recht hat die Beschwerdegegnerin zeitnah eine weitere psychiatrische Begutachtung angeordnet und ist damit ihrer Abklärungspflicht nachgekommen. In



einem nächsten Schritt ist die Beweistauglichkeit des psychiatrischen Gutachtens von med. pract. N. ___ zu prüfen.

4.

4.1. Bei der Anamneseerhebung durch med. pract. N. ___ fällt auf, dass sie stets nach Konkretisierungen der Angaben der Beschwerdeführerin fragte; das detaillierte Protokoll umfasst über sechs Seiten (IV-act. 151-30 ff.). Dabei - so die Gutachterin - seien die Angaben der Beschwerdeführerin über ihre Schmerzen bzw. auch Sorgen an einer schweren Krankheit zu leiden relativ konkret gewesen, diejenigen zu den psychischen Beschwerden hingegen vage, unklar und wiederholt stereotyp ("immer traurig, weinerlich, erschöpft und überfordert"; IV-act. 151-38). An beiden Untersuchungstagen habe bei der Beschwerdeführerin stets eine normal lebhaft Mimik und Gestik beobachtet werden können. Sie habe mit einer normal lauten und gut modulierten Stimme gesprochen. Es hätten sich keine Anzeichen in Mimik, Gestik und Verhalten beobachten lassen, welche auf eine Erschöpfung, Ermüdung oder eine aktuelle Schmerzproblematik hindeuteten. Die Beschwerdeführerin habe nicht traurig, sondern ausgeglichen gewirkt (IV-act. 151-38). Die sprachliche Verständigung sei unauffällig, bzw. problemlos gewesen bei einem einfachen und eher kleinen Wortschatz in deutscher Sprache. Während der zwei Untersuchungen von insgesamt vier Stunden seien Aufmerksamkeit und Konzentration nach dem klinischen Eindruck stets gleichbleibend gut geblieben, die Auffassung habe etwas eingeschränkt gewirkt. Die aktuellen mnestischen Funktionen (Kurzzeit- und Langzeitgedächtnis, Zeitgitter) seien gut gewesen. Die kognitiven bzw. intellektuellen Fähigkeiten lägen nach dem klinischen Eindruck im unteren Normbereich. Der klinische Eindruck einer Intelligenzminderung habe sich aber aktuell nicht ergeben. Im inhaltlichen Denken habe die Beschwerdeführerin ein eigenwillig anmutendes subjektives Krankheitskonzept einer dauerhaften Erschöpfungsdepression und Schmerzen präsentiert. Die Stimmungslage sei ausgeglichen gewesen. In ihrer emotionalen Resonanzfähigkeit habe die Beschwerdeführerin angepasst und adäquat gewirkt. Der Antrieb und die Psychomotorik seien aktuell regelrecht gewesen (Initiative, Spontaneität, Mimik, Gestik, Sprachmelodie). Ein aktueller sozialer Rückzug, krankheitswertige Störungen der vitalen Funktionen (Schlaf, Appetit) oder Störungen der Impulskontrolle hätten nicht eruiert oder festgestellt werden können (IV-act. 151-39).

4.2. Gestützt auf diese Befunde, die erhobene Anamnese und die medizinischen Vorakten diagnostizierte med. pract. N. ___ eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig remittiert (ICD-10: F33.4), umschriebene Entwicklungsstörungen schulischer Fertigkeiten (ICD-10: F81) im Sinne einer „Lernbehinderung“,



differenzialdiagnostisch eine leichte Intelligenzminderung (ICD-10: F70.0), akzentuierte Persönlichkeitszüge mit ängstlichen (vermeidenden) Anteilen (ICD-10: Z73.1) und eine hypochondrische Störung (ICD-10: F 45.2), differenzialdiagnostisch erhob sie den Verdacht auf eine undifferenzierte Somatisierungsstörung (ICD-10: F45.1; IV-act. 151-40). Sie führte dazu aus, die geltend gemachten vermehrte Ermüdbarkeit/ Traurigkeit/Weinerlichkeit liessen sich nicht mit den Angaben der Beschwerdeführerin zu ihrer aktuellen sozialen Anamnese einschliesslich der Angaben zum Tagesablauf vereinbaren (IV-act. 151-38). Während ihres Aufenthaltes in der Psychosomatischen Klinik H.____ im Herbst 2015 sei eine mittelgradige depressive Episode diagnostiziert worden. Die damalige depressive Symptomatik habe erfolgreich behandelt werden können im Sinne einer weitestgehenden Remission. Nach einer beruflichen Wiedereingliederung habe die Beschwerdeführerin wieder in Vollzeit arbeiten können. Nachfolgend sei es im Zusammenhang mit einer ungeplanten Schwangerschaft - gemäss der Aktenlage - erneut zur Entwicklung von depressiven Beschwerden und gegebenenfalls Symptomen gekommen. Eine weitere depressive Episode, leichtgradig ausgeprägt, habe bei der Beschwerdeführerin - gemäss der Aktenlage - im Sommer 2018 vorgelegen. Die von der ambulant behandelnden Psychiaterin Dr. C.____ bei der Beschwerdeführerin wiederholt diagnostizierte "schwere depressive Episode" lasse sich weder anhand der jeweiligen psychopathologischen Befunde noch anhand des ambulanten Behandlungssettings nachvollziehen. Seit Herbst 2015 sei bei der Beschwerdeführerin keine stationäre psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung erforderlich gewesen (IV-act. 151-40). Die antidepressive Medikation habe im Verlauf reduziert werden können. Im Verlauf der rezidivierenden Störung hätten sich vor allem leichte bis kurzzeitig mittelgradige depressive Episoden eruieren lassen. Aktuell sei die depressive Symptomatik vollständig remittiert (IV-act. 151-41). Die von Dr. C.____ in ihrem IV-Arztbericht vom Januar 2016 aufgeführte Diagnose (mittelgradige bis schwere depressive Episode) lasse sich - vor dem Hintergrund der Ergebnisse der Klinikbehandlung - nicht nachvollziehen, zumal sie von keiner neu aufgetretenen Verschlechterung des psychischen Zustandes ihrer ambulanten Patientin berichtet habe (IV-act. 151-48). Die Beschwerdeführerin habe sich - gemäss ihren Angaben und gemäss der Aktenlage - ab dem Zeitpunkt der Geburt ihres Kindes im .____ 2016 adäquat und bald auch liebevoll um ihr Kind kümmern können. Beim tatsächlichen Vorliegen einer schweren depressiven Episode-(gemäss den Kriterien der ICD-10) wäre eine adäquate körperliche und emotionale Versorgung eines Säuglings/Kleinkindes nicht möglich gewesen (IV-act. 151-49). Im Längsschnittverlauf liessen sich bei der Beschwerdeführerin folgende Persönlichkeitsmerkmale eruieren: Persönliche Kontakte pflege sie nur, wenn Sicherheit bestehe, gemocht zu werden, und sie sei überzeugt, selbst sozial unbeholfen, unattraktiv oder minderwertig im Vergleich mit anderen zu



sein. Eine ängstliche (vermeidende) Persönlichkeitsstörung liege nicht vor. Die entsprechenden Kriterien der ICD-10 eines tiefgreifenden, unangepassten, bzw. auch andauernden und gleichförmigen Erfahrungs- und Verhaltensmusters seien nicht erfüllt. Die Beschwerdeführerin habe das Erleben als Aussenseiterin in der Primarschule mit der Zeit selbst revidieren können, zumal sie dann in der Sekundarschule in die Gruppe der Gleichaltrigen gut integriert gewesen sei (IV-act. 151- 42 f.). Die depressive Problematik habe sich auf dem Boden der persönlichkeitsstrukturellen Vulnerabilität entwickelt (IV-act. 151-39, 41). Die tiefen Ergebnisse bei der ersten testpsychologischen Untersuchung im November 2015 (Intelligenzquotient im Bereich 54-61) liessen sich nicht nachvollziehen. Die Ergebnisse der neuropsychologischen Untersuchung im Rahmen der polydisziplinären medizinischen Begutachtung des ZMB vom August 2018 (Intelligenzquotient im Bereich von 62-70) liessen sich besser nachvollziehen, zumal die damals vorliegende leichte depressive Symptomatik der Beschwerdeführerin bei der Beurteilung des Intelligenzquotienten entsprechend diskutiert worden sei. Die Annahme der Neuropsychologinnen, dass ohne sekundäre Verstärkung der Intelligenzquotient im Bereich einer Lernbehinderung (74 bis 84) anzusiedeln wäre (vgl. dazu E. 3.5.3), sei sehr gut nachvollziehbar (IV-act. 151-41). Insgesamt scheine anhand der Aktenlage (Bericht über die stationäre psychiatrische Behandlung in der Klinik H.____, Bericht über die neuropsychologische Diagnostik des ZMB) und aufgrund der eigenen Untersuchungsergebnisse eine leichte Intelligenzminderung gemäss der ICD-10 (IQ-Bereich von 50-69) eher nicht vorzuliegen (IV-act. 151-41). Die somatoforme Beschwerdeproblematik der Beschwerdeführerin sei weniger durch eine Fokussierung auf körperliche Beschwerden, sondern vielmehr durch eine „beharrliche Beschäftigung mit der Möglichkeit, an einer oder mehreren schweren körperlichen Erkrankungen zu leiden“, charakterisiert. Dies sei das typische Merkmal einer hypochondrischen Störung gemäss der ICD-10 (F45.2). Das Vollbild einer Somatisierungsstörung gemäss der ICD-10 (Kriterien A-E) habe bei der Beschwerdeführerin noch nie vorgelegen. Auch andere psychische Störungen könnten anhand der beschriebenen Untersuchungsbefunde aktuell ausgeschlossen werden (IV-act. 151-42).

4.3. Med. pract. N.____ machte weitere Ausführungen zur Konsistenz der Auswirkungen der diagnostizierten Gesundheitsbeeinträchtigungen auf die Arbeitsfähigkeit: Die im Juni 2017 bestandene Autofahrprüfung weise auf eine Remission der depressiven Symptomatik hin und lasse sich mit einer leichten Intelligenzminderung nicht vereinbaren (IV-act. 151-49). Im Rahmen der Haushaltsabklärung habe der Mitarbeiter der Beschwerdegegnerin auf ein „raffiniertes Kalkül der Beschwerdeführerin, um maximale Geldleistungen zu generieren“ aufmerksam gemacht ("Gefälligkeitszeugnis").



Diese „raffinierte“ und zielgerichtete Vorgehensweise passe nicht zu der bei ihr angenommenen „leichten Intelligenzminderung“ und in zwischenmenschlichen Interaktionen zu beobachtenden Verhandlungsgeschick seien nicht mit der von der Vorgutachterin angenommenen beeinträchtigten Mentalisierungsfähigkeit vereinbar. Auch die Beschreibung der Beziehungen der Beschwerdeführerin, insbesondere der Beziehung zu ihrem Sohn, sei mit einer geringen Mentalisierungsfähigkeit nicht vereinbar. Die weitere Annahme, dass die „vorliegende Intelligenzminderung, eine psychoedukative Therapie in ihren Erfolgen schmälert“ lasse sich ebenfalls nicht mit den Ergebnissen der einzigen psychosomatischen Behandlung der Beschwerdeführerin in der Klinik H.____ vereinbaren (IV-act. 151-49 f.). Nach ihren Angaben sei die Beschwerdeführerin in der Familie für die Finanzen zuständig, zumal sie „vernünftig mit Geld umgehen könne“. Sie erledige den Haushalt weitgehend selbständig. Lediglich bei schwereren Arbeiten lasse sie sich von ihrer 5_-jährigen Mutter helfen. Seit der Geburt des inzwischen knapp dreijährigen Sohnes sei die Beschwerdeführerin für dessen Betreuung selbst zuständig (IV-act. 151-44). Die Arbeitsverhältnisse in Vollzeit würden darauf hinweisen, dass sie sich bei einer guten Motivation an die Erfordernisse der neuen Arbeitssituation/Arbeitsstelle jeweils rasch und recht gut habe anpassen können. Gemäss ihren aktuellen Angaben seien ihre körperlichen Beschwerden bzw. die Sorgen um die Gesundheit je nach Arbeitsstelle aufgetreten, dabei frühestens erst nach etwa ein bis zwei Monaten der Beschäftigung. Allfällige kognitive, mnestiche und Lernprobleme bedingt gegebenenfalls durch eine leichte Intelligenzminderung hätten sich insbesondere jeweils zu Beginn einer neuen Anstellung bemerkbar machen müssen (IV-act. 151-46). Ein Leidensdruck in Bezug auf psychische Probleme sei bei der Beschwerdeführerin nicht wirklich spürbar gewesen. Ihr Leidensdruck habe vor allem verschiedene psychosoziale Belastungsfaktoren betroffen. Eine Motivation in Bezug auf adäquate berufliche Eingliederungsmassnahmen (Vollzeittätigkeit) habe aktuell nicht festgestellt werden können (IV-act. 151-40). Insgesamt habe die Beschwerdeführerin mit einem eigenwilligen subjektiven Krankheitskonzept mit einer Fokussierung auf körperliche Beschwerden und Befindlichkeitsschwankungen imponiert. Daraus resultierend habe sich ein inadäquates Krankheits-, Schon- und Vermeidungsverhalten ergeben, welches sich vor allem auf eine Erwerbstätigkeit bezogen habe. Es sei der Eindruck von Verdeutlichungstendenzen der Beschwerden beim beschriebenen eigenwilligen subjektiven Krankheitskonzept und einem hohen sekundären Krankheitsgewinn entstanden. Aggravationstendenzen könnten nicht mit Sicherheit ausgeschlossen werden. Der Eindruck von Simulationstendenzen habe sich aktuell nicht ergeben (IV-act. 151-39). Während der Serumspiegel von Escitalopram und Desmethylcitalopram über bzw. im therapeutischen Bereich lag, war dies für Paracetamol nicht der Fall (IV-act. 151-40).



4.4. Sodann hob med. pract. N.____ zu Recht Zusammenhänge zu psychosozialen Belastungsfaktoren hervor, so ein Migrationshintergrund, eine eher geringe Schulbildung, keine Berufsausbildung, Konflikte an der letzten Arbeitsstelle, partnerschaftliche Probleme bedingt durch Delinquenz und wiederholt zeitweilige Arbeitslosigkeit des Ehemannes, häufiger Wohnortwechsel, Geburt des Kindes im ____ 2016 mit seither mangelnder Motivation zur Erwerbstätigkeit und Fokussierung auf die Aufgaben als Hausfrau und Mutter, inzwischen eingetretene körperliche und psychische Dekonditionierung in Bezug auf eine Erwerbstätigkeit, eine schwierige finanzielle Situation mit Schulden und Beteiligungen, der Wunsch nach sozialer Absicherung durch soziale Sicherungssysteme sowie ein anzunehmender Rentenwunsch (IV-act. 151-52). Diesbezüglich gab die Beschwerdeführerin an, da ihr Ehemann kaum über Deutschkenntnisse verfüge, unterstütze sie ihn bei sämtlichen Behördengängen und habe ihm auch bei seinen Bewerbungsgesprächen geholfen. Im Jahr 201_ sei der Ehemann straffällig geworden (Einbruch, Diebstahl) und zu einer bedingt vollziehbaren Freiheitsstrafe verurteilt worden. Es bestünden massive finanzielle Probleme und Beteiligungen, welche Schritt für Schritt abbezahlt würden (IV-act. 151-44). Wenn auch diese psychosozialen Belastungsfaktoren einen invalidenversicherungsrechtlich relevanten Gesundheitsschaden nicht von vornherein ausschliessen, sind sie dennoch bei der Arbeitsfähigkeitsschätzung auszuklammern (vgl. BGE 141 V 243, E. 3.4.2.1; Urteil des Bundesgerichts vom 15. März 2017, 8C_14/2017, E. 5.3).

4.5. Zur Arbeitsfähigkeitsschätzung hielt die Gutachterin fest, der von Dr. C.____ beschriebene psychische Befund sei rudimentär. Vor diesem Hintergrund lasse sich die attestierte Arbeitsunfähigkeit von 100% bis 3. Januar 2016 und von 50% ab 4. Januar 2016 nicht nachvollziehen (IV-act. 151-48). Insgesamt seien aus rein psychiatrischer Sicht bei der Beschwerdeführerin nur minime bis leichte qualitative Einschränkungen ausgewiesen. Diese seien durch neurokognitive Einschränkungen bedingt (IV-act. 155). Es leuchte nicht ein, weshalb die behandelnde Ärztin der Beschwerdeführerin bei unveränderter Diagnose einer schweren depressiven Episode neu eine Arbeitsunfähigkeit von 50 % ab Juli 2017 attestiert habe (IV-act. 151-49). Bei einer angepassten, angelernten Tätigkeit sei die Beschwerdeführerin trotz ihrer intellektuellen Einschränkungen voll und auch längerfristig arbeitsfähig gewesen, was ihrem beruflichen Lebenslauf zu entnehmen sei (IV-act. 151-51). Die aktuelle subjektive Einschätzung der Beschwerdeführerin, wonach sie nur „50 % arbeitsfähig“ sei, lasse sich nicht nachvollziehen. Bei dieser Selbsteinschätzung der Arbeitsfähigkeit seien neben eines eigenwilligen subjektiven Krankheitskonzeptes und des daraus resultierenden maladaptiven Krankheits-, Schon- und Vermeidungsverhaltens auch



eine Verdeutlichungstendenz der Beschwerden sowie ein hoher sekundärer Krankheitsgewinn festzustellen (IV-act. 151-52). Es liessen sich mehrere Ressourcen in Form von recht guten Gedächtnisleistungen, guten sozialen Kompetenzen einschliesslich einer guten Kontaktfähigkeit und eines guten Verhandlungsgeschicks, einer hohen Überzeugungskraft, einer guten Anpassungs- und Umstellungsfähigkeit, in Form von kreativen Fähigkeiten und Fertigkeiten sowie in Form einer guten Ausdauer bei der Verfolgung der eigenen Wünsche und Ziele feststellen (IV-act. 151-55). In Bezug auf Anpassung an Regeln und Routinen, in der Flexibilität und Umstellungsfähigkeit, hinsichtlich der Kompetenz und Wissensanwendung, in der Entscheidungs- und Urteilsfähigkeit, in der Proaktivität und den Spontanaktivitäten, hinsichtlich der Widerstands- und Durchhaltefähigkeit, der Selbstbehauptungsfähigkeit, der Konversations- und Kontaktfähigkeit, der Gruppenfähigkeit, der Fähigkeit zu engen dyadischen Beziehungen, der Fähigkeit zur Selbstpflege und Selbstversorgung sowie hinsichtlich der Mobilität und Verkehrstauglichkeit liessen sich keine Einschränkungen feststellen. In der Planung und Strukturierung der Aufgaben seien leichte Einschränkungen anzunehmen (IV-act. 151-55). Diese hätten bei einer angepassten Tätigkeit keine quantitativen Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit zur Folge (IV-act. 151-55). Die im Rahmen der neuropsychologischen Begutachtung bei der Beschwerdeführerin festgestellten leichten bis mittelschweren neurokognitiven Einschränkungen (Einschränkungen der Verarbeitungsgeschwindigkeit, der Daueraufmerksamkeit und der geteilten Aufmerksamkeit sowie der exekutiven Funktionen) könnten sich je nach Arbeitsplatzbeschreibung auf ihre Arbeitsfähigkeit auswirken. Bei einer angepassten angelernten Tätigkeit ohne hohe Anforderungen an die Verarbeitungsgeschwindigkeit und die Aufmerksamkeit (Daueraufmerksamkeit, geteilte Aufmerksamkeit) bzw. ohne Anforderungen an ein selbständiges Arbeiten (Handlungsplanung, Handlungskontrolle, Problemlösung) und ohne besonderen Anforderungen an exekutive Funktionen sei bei der Beschwerdeführerin keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit anzunehmen und zu erwarten (IV-act. 151-54). Eine solche sei in der freien Wirtschaft möglich, ein geschützter Rahmen sei mit Sicherheit nicht erforderlich (IV-act. 151-56).

4.6. Entgegen der Behauptung der Beschwerdeführerin übernimmt med. pract. N.____ das neuropsychologische Teilgutachten des ZMB nicht. Sie erachtet lediglich den Schluss der Neuropsychologin des ZMB für nachvollziehbar, dass das kognitive Potential ohne sekundäre Verstärkung durch die psychische Symptomatik im Bereich einer Lernbehinderung anzusiedeln sei. Eine Intelligenzminderung liegt aus ihrer Sicht nicht vor (IV-act. 151-41). Überdies gelangt sie zur Ansicht, dass die im Rahmen der neuropsychologischen Begutachtung festgestellten leichten bis mittelschweren



neurokognitiven Einschränkungen sich je nach Arbeitsplatzbeschreibung auf ihre Arbeitsfähigkeit auswirken können (IV-act. 151-54). Diese Einschränkungen haben aber lediglich qualitative und nicht quantitative Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit zur Folge (IV-act. 151-55).

4.7. Med. pract. N.____ nimmt ausführlich zu den in den Akten liegenden Behandlerberichten Stellung, so auch zu den Berichten von Dr. C.____ (IV-act. 151-53). Sie weist darauf hin, dass die behandelnde Psychiaterin sowohl in Bezug auf die diagnostische Einschätzung als auch in Bezug auf die von ihr attestierte Arbeitsunfähigkeit vor allem, wenn nicht sogar ausschliesslich auf die subjektiven Angaben der Beschwerdeführerin abstelle. Zudem sei zu vermuten, dass die Behandlerin die psychosozialen Belastungsfaktoren in der Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit miteinbezogen habe. Die Stellungnahme zum Gutachten von Dr. C.____ vom 3. November 2019 bringt keine neuen medizinischen Erkenntnisse und vermag auch unter Berücksichtigung der unterschiedlichen Natur von Behandlungsauftrag des therapeutisch tätigen (Fach-)Arztes einerseits und Begutachtungsauftrag des amtlich bestellten fachmedizinischen Experten andererseits (vgl. statt vieler: Entscheide des Bundesgerichts vom 3. Mai 2021, 8C_164/2021, E. 3.2.1, und vom 17. Februar 2021, 8C_783/2020, E. 5.2, je mit Hinweisen) nichts an den gutachterlichen Feststellungen von med. pract. N.____ zu ändern.

4.8. Die Beschwerdeführerin macht das Vorliegen einer Frühinvalidität geltend, da ihr aufgrund der Intelligenzminderung keine Berufsausbildung möglich gewesen sein soll. Dafür finden sich in den vorliegenden Akten keine Hinweise. Einerseits wurde das Vorliegen einer Intelligenzminderung im Gutachten von med. pract. N.____ verneint. Andererseits liegen verschiedene Bestätigungen von früheren Arbeitgeberinnen vor, die eine gute Arbeitsleistung der Beschwerdeführerin beschreiben und nicht an der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin zweifelten (Arbeitszeugnisse, IV-act. 7, Arbeitgeberbericht B.____, IV-act. 15). Es ist deshalb nicht von einer Frühinvalidität auszugehen.

4.9. Zusammengefasst kommt med. pract. N.____ im Wesentlichen aus denselben Gründen wie bereits zuvor die RAD-Ärztin Dr. J.____ zum Schluss, dass sich eine länger dauernde 50%ige (oder höhere) Arbeitsunfähigkeit bei der Beschwerdeführerin nicht begründen lasse. Ergänzend ist festzuhalten, dass sich die Beschwerdeführerin an die Gutachterin wandte mit der Bitte um einen möglichst zeitnahen Untersuchungstermin. Aufgrund eines Missverständnisses wurde ein solcher für lediglich eine Stunde vereinbart. Gemäss der Gutachterin zeigte die Beschwerdeführerin nach Aufklärung des Missverständnisses ein gutes Verhandlungsgeschick und reagierte nicht



überfordert. Ab Beginn der Untersuchung war sie initiativ und mitteilend (IV-act. 151-38). Nach der Untersuchung teilte sie der Gutachterin in einer E-Mail mit, ihre Bewältigungsstrategien seien Ablenkung mit Musik hören, wenn sie Schmerzen habe, mache sie Entspannungsübungen, Dehnungsübungen oder nutze eine Wärmeflasche oder ein Entspannungsbad. Bei Magenschmerzen trinke sie Tee. Bei Depressionen rede sie mit einer Kollegin oder mit ihrer Schwester. Bei Überforderung hole sie sich Ratschläge. Wenn sie traurig sei, ziehe sie sich meistens zurück und die Natur tue ihr gut. Im Alltag lege sie sehr viele Pausen ein. Zur weiteren Entlastung habe sie den Sohn seit Oktober 2018 für einen Tag in die Kita angemeldet, damit sie Zeit für sich habe, für die Psychotherapiegespräche, Physiotherapie (IV-act. 151-37; vgl. auch IV-act. 151-36, wonach ihr Sohn zur Entlastung montags in der Kita sei und sie diesen Tag für Termine wie Coiffeur und Therapien nutze, was ihr gut tue). Diese Vorgänge rund um die Begutachtung bestätigen nochmals, dass sich die Beschwerdeführerin für ihre Anliegen einsetzen kann und sich zu helfen weiss. Das Gutachten von med. pract. N.____ ist bezüglich der hier strittigen Frage nach den Auswirkungen der Lernbehinderung auf die Arbeitsfähigkeit umfassend, berücksichtigt die relevanten Vorakten und ist hinsichtlich Diagnostik nachvollziehbar. Der Einfluss psychosozialer Belastungsfaktoren wird bei der Arbeitsfähigkeitsschätzung ausgeschieden. Es erfüllt im Übrigen sämtliche bundesgerichtlichen Anforderungen für die Beweistauglichkeit. Mit dem RAD (Stellungnahme vom 9. August 2019, IV-act. 153) ist das Gutachten von med. pract. N.____ als beweistauglich zu erachten. Eine invalidisierende Beeinträchtigung durch intellektuelle Einbussen erscheint nicht überwiegend wahrscheinlich, so dass med. pract. N.____ zu Recht auf eine weitere Intelligenztestung verzichtet hat. Somit ist von einer 100%igen Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin in einer adaptierten Tätigkeit auszugehen, was unter Vornahme des hier anzuwendenden (und nicht bestrittenen) Prozentvergleichs einen Rentenanspruch (selbst unter Gewährung des Maximalabzugs vom Tabellenlohn beim Invalideneinkommen) ausschliesst. Die angefochtene Verfügung erging folglich zu Recht.

5.

5.1. Nach dem Gesagten ist die Beschwerde abzuweisen.

5.2. Das Beschwerdeverfahren ist kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festgelegt (Art. 69 Abs. 1^{bis} IVG). Eine Gerichtsgebühr von Fr. 600.-- erscheint in der vorliegend zu beurteilenden Angelegenheit als angemessen. Der unterliegenden Beschwerdeführerin sind die Gerichtskosten vollumfänglich



St.Galler Gerichte

aufzuerlegen. Zuzolge unentgeltlicher Rechtspflege ist sie von der Bezahlung zu befreien.

5.3. Der Staat bezahlt zuzolge unentgeltlicher Rechtsverteistandung die Kosten der Rechtsvertretung der Beschwerdeführerin unter Anrechnung des geleisteten Kostenvorschusses von Fr. 1'000.-- (act. G 7). Die Parteientschädigung wird vom Versicherungsgericht festgesetzt und ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache und nach der Schwierigkeit des Prozesses bemessen (Art. 61 lit. g ATSG). In der Verwaltungsrechtspflege beträgt das Honorar vor Versicherungsgericht nach Art. 22 Abs. 1 lit. b der Honorarordnung des Kantons St. Gallen (HonO; sGS 963.75) pauschal Fr. 1'500.-- bis Fr. 15'000.--. Der Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin hat keine Kostennote eingereicht. In der vorliegend zu beurteilenden Angelegenheit erscheint mit Blick auf vergleichbare Fälle eine pauschale Parteientschädigung von Fr. 4'000.-- angemessen. Diese ist um einen Fünftel zu kürzen (Art. 31 Abs. 3 des Anwaltsgesetzes, sGS 963.70). Somit hat der Staat den Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin - unter Anrechnung des eingangs erwähnten Kostenvorschusses - pauschal mit Fr. 2'200.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) zu entschädigen.

5.4. Eine Partei, der die unentgeltliche Rechtspflege gewährt wurde, ist zur Nachzahlung verpflichtet, sobald sie dazu in der Lage ist (Art. 123 der Schweizerischen Zivilprozessordnung [ZPO; SR 272] i.V.m. Art. 99 Abs. 2 des Gesetzes über die Verwaltungsrechtspflege [VRP; sGS 951.1]).

Entscheid

im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Die Beschwerdeführerin wird von der Bezahlung der Gerichtsgebühr in der Höhe von Fr. 600.-- zuzolge unentgeltlicher Rechtspflege befreit.
3. Der Staat entschädigt den Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin zuzolge unentgeltlicher Rechtsverteistandung mit Fr. 2'200.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer).