



**Fall-Nr.:** IV 2019/67  
**Stelle:** Versicherungsgericht  
**Rubrik:** IV - Invalidenversicherung  
**Publikationsdatum:** 20.08.2021  
**Entscheiddatum:** 16.02.2021

### **Entscheid Versicherungsgericht, 16.02.2021**

**Art. 61 lit. b ATSG. Art. 87 Abs. 2 und 3 IVV. Art. 7, 8 und 16 ATSG. Art. 28 IVG. Eintreten auf Beschwerde. Eintreten auf Neuanschuldung. Würdigung eines bidisziplinären (orthopädischen und psychiatrischen) Gutachtens. Einkommensvergleich. Keine rentenbegründende Invalidität (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 16. Februar 2021, IV 2019/67).**

#### **Entscheid vom 16. Februar 2021**

Besetzung

Präsident Ralph Jöhl, Versicherungsrichterinnen Monika Gehrler-Hug und Karin Huber-Studerus; Gerichtsschreiberin Viviane Kull

Geschäftsnr.

IV 2019/67

Parteien

**A.\_\_\_\_**

**Beschwerdeführerin,**

vertreten durch Rechtsanwalt lic. iur. Reinhold Nussmüller, Weinfelderstrasse 23,  
Postfach 1473, 8580 Amriswil

gegen



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

**Beschwerdegegnerin,**

Gegenstand

**Rente**

**Sachverhalt**

**A.**

**A.a.** A.\_\_\_\_ meldete sich im Juni 2010 wegen psychischen und somatischen Beeinträchtigungen bei der IV-Stelle des Kantons Thurgau zum Bezug von beruflichen Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung (IV) an (IV-act. 1). Sie gab an, bei der C.\_\_\_\_ eine Anlehre als Verkäuferin absolviert zu haben. Von August 2006 bis März 2008 habe sie in einem 50%-Pensum als Lagermitarbeiterin bei der D.\_\_\_\_ AG gearbeitet. Von April 2008 bis April 2010 habe sie Arbeitslosengelder bezogen.

**A.b.** Nach dem Einholen von medizinischen Berichten wurde die Versicherte am 16./17. Juni 2011 und am 14./28. Juli 2011 durch das Z.\_\_\_\_ bidisziplinär (rheumatologisch und psychiatrisch) untersucht und es wurde eine Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit durchgeführt. Nachdem der Regionale Ärztliche Dienst (RAD) die Einschätzung im Gutachten vom 22. September 2011 (IV-act. 86) als nicht nachvollziehbar beurteilt hatte (vgl. die Einträge im Case Report der IV-Stelle vom 10./11. Oktober 2011, IV-act. 103), teilte die IV-Stelle des Kantons Thurgau der Versicherten am 19. Oktober 2011 mit, dass eine erneute medizinische Abklärung notwendig sei (IV-act. 88). Am 20./23. Februar 2012 wurde die Versicherte durch die Medas Ostschweiz bidisziplinär (rheumatologisch und psychiatrisch) untersucht. Im Gutachten vom 14. Juni 2012 gaben die Sachverständigen folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit an (IV-act. 96-17 f.): Chronifiziertes panvertebrales Schmerzsyndrom mit Schmerzausweitungstendenz im Sinne eines generalisierten, diffusen Schmerzsyndroms, lumbale Hyperlordose, akzentuierte BWS-Kyphose, 18/18 druckdolente fibromyalgiespezifische Tender points, muskuläre Dekonditionierung, initiale Spondylose L4 und L5 sowie Th1/2, patellofemorales Schmerzsyndrom Knie



## St.Galler Gerichte

links nach anamnestisch Kniekontusion links 1998 und 07/2011. Als Diagnosen ohne wesentliche Einschränkung der Arbeitsfähigkeit nannten sie: Somatisierungsstörung, St. n. rezidivierender depressiver Störung, leichte Episode, aktenkundig 22. September 2011 (ICD-10 F33.01), DD Dysthymia (ICD-10 F34.1), St. n. Tod des Ehemannes durch Suizid 2007 (ICD-10 Z63.4), längere Arbeitslosigkeit (ICD-10 Z73.3), Adipositas Grad II, normozytäre, hypochrome Anämie, DD Eisenmangel, Vitamin D-Insuffizienz, Lipödeme beidseits, funktionelle Magen-/Darmbeschwerden. Der rheumatologische Sachverständige führte aus (IV-act. 96-20 ff.), bei einer global uneingeschränkten, harmonischen und schmerzfreien Beweglichkeit aller Wirbelsäulenabschnitte seien von der Versicherten diffuse, lumbal betonte panvertebrale Druckdolenz, Druckdolenz an sämtlichen 18/18 fibromyalgiespezifischen Tender points sowie darüber hinaus an multiplen Lokalisationen am ganzen Körper geäußert worden, vereinbar mit einem chronifizierenden, lumbal betonten, panvertebralen Schmerzsyndrom mit einer Schmerzausweitungstendenz im Sinne eines generalisierten, diffusen Schmerzsyndroms. Radikuläre Reiz- oder sensomotorische Ausfallsymptome seien nicht fassbar gewesen. Auch für die anamnestisch geschilderten Sensibilitätsstörungen in den Händen und Fingern beidseits habe sich kein adäquates klinisches Korrelat gefunden. Im peripheren Gelenkstatus seien von der Versicherten vor allem diffuse Druckdolenz im gesamten Kniebereich links geschildert worden. Es hätten sich weder Hinweise für entzündliche Veränderungen der peripheren Gelenke noch des Achsenskeletts ergeben. Die von der Versicherten geschilderten polytopen muskuloskelettalen Beschwerden unter Betonung der Lumbalregion und des linken Kniegelenks stimmten zwar mit den klinisch festgestellten Schmerzlokalisationen überein; das subjektiv invalidisierende Schmerzausmass korreliere jedoch nicht mit den objektivierbaren pathologischen klinischen oder radiologischen Befunden. Es hätten sich auch Hinweise für eine nichtorganische Krankheitskomponente bei einer sehr tiefen Selbsteinschätzung der körperlichen Leistungsfähigkeit ergeben. Eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit könne lediglich für ausschliesslich mittelschwere und schwere Tätigkeiten, für das Heben und Tragen von Lasten über zehn Kilogramm (repetitiv) bzw. über 15 Kilogramm (vereinzelt), für längere Arbeiten in ausgesprochenen Wirbelsäulenzwangshaltungen sowie für kniend oder in der Hocke auszuführende Arbeiten bestätigt werden. In körperlich adaptierten Tätigkeiten könne keine quantitative Einschränkung der Arbeitsfähigkeit begründet werden. Der psychiatrische



Sachverständige hielt fest (IV-act. 96-14 ff.), die Versicherte sei in ungünstigen soziefamiliären Verhältnissen aufgewachsen. Der Vater habe die Familie verlassen und die Mutter habe arbeiten müssen, weshalb die Versicherte bei Pflegeeltern aufgewachsen sei. Mit dem Erreichen der Volljährigkeit habe sie zur Mutter zurückgehen können und habe eine zweijährige Anlehre als Verkäuferin absolviert. Begleitend zu somatischen Beschwerden seien rezidivierende depressive Episoden aufgetreten, weswegen sie sich seit 1999, mit Unterbrechungen, in psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlung befinde. Ihr Ehemann habe sich im Jahr 2007 suizidiert. Danach hätten Gefühle der Überforderung und der Leistungsinsuffizienz zugenommen, ebenso seien Momente der Traurigkeit mit plötzlichem Weinen sowie eine Verschlimmerung der Schmerzempfindung aufgetreten. Durch eine geeignete psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung und nach einem Klinikaufenthalt in E.\_\_\_\_ (laut Akten vom 20. Mai 2010 bis 13. Juli 2010) hätten sich die depressiven Symptome gebessert, nicht jedoch die Schmerzen und die weiteren somatischen Beschwerden. Nach dem Tod ihres Ehemannes sei die Versicherte eine neue Partnerschaft eingegangen. Dass die Versicherte an schwankenden Verstimmungen bis hin zu depressiven Episoden gelitten habe, sei nachvollziehbar. Nach dem tragischen Tod ihres Ehemannes habe sie eine Trauerphase durchlitten, die jedoch kein psychopathologisches Ausmass erreicht habe. Bei den Beschwerden der Versicherten handle es sich um seit Jahren bestehende, multiple, wiederholt auftretende und häufig wechselnde körperliche Symptome. Die Versicherte befinde sich nicht zuletzt deswegen in psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlung. Trotz der Versicherung mehrerer Ärzte, dass für viele ihrer Symptome keine körperlichen Erklärungen zu finden seien, zeige die Versicherte Mühe, dies anzunehmen. Die Versicherte leide an einer Somatisierungsstörung. Depressive Symptome begleiteten eine chronifizierte Schmerzstörung sehr häufig, seien vorliegend aber nicht als eigenständiges Krankheitsbild im Sinne einer Komorbidität zu werten. Die Willensanstrengung zur adäquaten Überwindung des syndromalen Zustands sei der Versicherten zumutbar. Aus psychiatrischer Sicht bestehe weder für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Lagermitarbeiterin noch für körperlich adaptierte Tätigkeiten eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. In der bidisziplinären Beurteilung gaben die Sachverständigen an, in körperlich leichten bis gelegentlich mittelschweren, wechselbelastenden Tätigkeiten ohne das Heben und Tragen von Lasten über zehn Kilogramm (repetitiv) bzw. über 15



## St.Galler Gerichte

Kilogramm (vereinzelt), ohne längere Arbeiten in ausgesprochenen Wirbelsäulenzwangshaltungen, ohne kniend oder in der Hocke auszuführende Arbeiten könne keine Arbeitsunfähigkeit begründet werden.

**A.c.** Mit einer Verfügung vom 3. September 2012 wies die IV-Stelle des Kantons Thurgau das Leistungsbegehren ab (IV-act. 101). Das Verwaltungsgerichts des Kantons Thurgau trat am 30. Januar 2013 auf eine dagegen erhobene Beschwerde nicht ein (VV. 2012.325/E, IV-act. 105). Dieser Entscheid erwuchs unangefochten in Rechtskraft.

### **B.**

Am 26. Februar 2014 meldete sich die Versicherte wegen psychischen und somatischen Problemen erneut bei der IV-Stelle des Kantons Thurgau zum Leistungsbezug an (IV-act. 108). Am 9. April 2014 ging ein Austrittsbericht der E.\_\_\_\_ vom 1. April 2014 betreffend einen stationären Aufenthalt der Versicherten vom 28. Januar 2014 bis 20. März 2014 ein (5. Hospitalisation, IV-act. 117). Darin waren folgende Diagnosen aufgeführt: Komplexe posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10 F43.1), kombinierte Persönlichkeitsstörung mit ängstlich-vermeidenden, dependenten und histrionischen Zügen (ICD-10 F61.0), rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte Episode (ICD-10 F33.01). Fachpersonen hielten fest, die Versicherte sei für ein Intervall einer störungsspezifischen Traumatherapie auf die Traumastation gekommen. Ein weiteres Intervall sei ab Anfang 2015 geplant. Sie attestierten eine vollständige Arbeitsunfähigkeit bei Austritt. Mit einer Verfügung vom 10. Dezember 2014 trat die IV-Stelle des Kantons Thurgau auf das Leistungsbegehren nicht ein (IV-act. 121). Das Verwaltungsgericht des Kantons Thurgau wies eine dagegen erhobene Beschwerde am 24. Juni 2015 ab (VV.2015.20/E, IV-act. 127). Dieser Entscheid erwuchs unangefochten in Rechtskraft.

### **C.**

**C.a.** Am 31. Oktober 2016/2. November 2016 meldete sich die Versicherte bei der IV-Stelle des Kantons St. Gallen zum Leistungsbezug an (IV-act. 132). Sie reichte einen Austrittsbericht der E.\_\_\_\_ vom 14. Juli 2016 betreffend einen stationären Aufenthalt vom 30. Mai 2016 bis 11. Juli 2017 ein (10. Hospitalisation, IV-act. 131). Fachärzte hatten die Diagnosen einer komplexen posttraumatischen Belastungsstörung (ICD-10 F43.1), einer kombinierten Persönlichkeitsstörung mit ängstlich-vermeidenden, dependenten und histrionischen Zügen (ICD-10 F61.0) und einer rezidivierenden



depressiven Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10 F33.1), genannt. Sie hatten berichtet, zu Beginn der Behandlung sei ein zum depressiven Pol ausgelenktes Stimmungsbild mit einem verminderten Antrieb und mit Stimmungsschwankungen im Vordergrund gestanden. Die Versicherte habe vom Aufenthalt sehr profitieren können, der Antrieb und die Stimmung hätten sich verbessert und stabilisiert. Beim Austritt hätten noch ein leicht zum depressiven Pol ausgelenkter Affekt sowie leichte Rückzugstendenzen bestanden. Der Hausarzt Dr. med. F.\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Medizin FMH, berichtete am 24. November 2016 (IV-act. 146), seit dem Jahr 2012 sei eine deutliche Verschlechterung des Gesundheitszustands der Versicherten festzustellen. Allein die Tatsache, dass die Versicherte ab März 2013 während mehrerer Hospitalisationen rund 21 Wochen in der Klinik E.\_\_\_\_ verbracht habe, seien Indiz genug, wie schlecht es ihr von psychischer Seite her ergangen sei. In der genannten Zeit und bis auf weiteres könne der Versicherten keine verwertbare Arbeitstätigkeit zugemutet werden. Er legte mehrere Berichte der E.\_\_\_\_ bei: Am 15. November 2016 hatten Fachärzte der E.\_\_\_\_ mitgeteilt, die Versicherte sei vom 5. Oktober 2016 bis 1. November 2016 hospitalisiert gewesen (11. Hospitalisation, IV-act. 147). Zu Beginn der Behandlung hätten psychopathologisch eine zum depressiven Pol ausgelenkte Stimmung sowie formalgedanklich eine monothematische Einengung im Vordergrund gestanden. Intendierte Gedanken hätten nur mit Mühe zu Ende geführt werden können. Diagnostisch seien die vordiagnostizierte komplexe posttraumatische Belastungsstörung, die rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode, und die kombinierte Persönlichkeitsstörung mit ängstlich-vermeidenden, dependenten und histrionischen Zügen verifiziert worden. In einer neuropsychologischen Testung sei eine insgesamt leichte bis mittelschwere Beeinträchtigung in den Aufmerksamkeits- und Gedächtnisleistungen sowie in den Exekutivfunktionen festgestellt worden. Beim Austritt habe noch ein leicht depressiver Affekt mit formalen Denkstörungen und mit einer Grübelneigung bestanden. Am 8. August 2013 hatten Fachpersonen der E.\_\_\_\_ über einen stationären Aufenthalt der Versicherten vom 25. Juli 2013 bis 6. August 2013 berichtet (4. Hospitalisation, IV-act. 152). Sie hatten folgende Diagnosen genannt: Komplexe posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10 F43.1), vordiagnostizierte kombinierte Persönlichkeitsstörung mit ängstlich-vermeidenden, dependenten und histrionischen Zügen (ICD-10 F61.0), rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte Episode



## St.Galler Gerichte

(ICD-10 F33.01). Sie führten aus, die Versicherte sei auf die Traumastation für ein erstes Intervall einer störungsspezifischen, ätiologieorientierten Traumatherapie eingetreten. Sie habe bald beschlossen, wieder auszutreten, da es nicht der richtige Zeitpunkt dafür gewesen sei. Am 10. Juni 2013 hatten Fachärzte der E.\_\_\_\_ über einen stationären Aufenthalt der Versicherten vom 18. März 2013 bis 29. April 2013 berichtet (3. Hospitalisation, IV-act. 153). Sie hatten eine vordiagnostizierte kombinierte Persönlichkeitsstörung mit ängstlich-vermeidenden, dependenten und histrionischen Zügen (ICD-10 F61.0) bei/mit einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtige Episode leicht- bis mittelgradig (ICD-10 F33.1), und einer komplexen posttraumatischen Belastungsstörung, Diagnosestellung im Februar 2013 in domo (ICD-10 F43.1), angegeben. Sie hatten ausgeführt, am 27. Februar 2013 sei ein psychotraumatologisches Konsilium durchgeführt worden. Zur Traumaanamnese hatten sie festgehalten, die Versicherte habe sich in ihrer Kindheit sehr unsicher gefühlt. Die Mutter habe gearbeitet und sich wenig um sie gekümmert. Sie sei deshalb bei der Grossmutter untergebracht gewesen. Im Kindergarten habe sie nicht geredet. Nach einem Jahr in einem Heim sei sie zu Pflegeeltern gekommen. Sie habe sich dort wohlfühlt, aber sie habe nicht verstanden, weshalb sie weggegeben worden sei. Ihre Schwester habe zuhause bleiben dürfen. In der Schule habe sie sich als Aussenseiterin gefühlt und sie sei gehänselt worden. In der Ehe habe sie sich auch einsam gefühlt. Durch den Suizid ihres Ehemannes – sie habe ihn erschossen aufgefunden – sei sie in eine Krise geraten. In einer späteren Beziehung habe sie kein Verständnis gefunden, der Mann habe sie abgewertet und aggressiv behandelt. Zum Hospitalisationsverlauf hatten die Fachärzte angegeben, beim Eintritt habe ein mittelgradiges depressives Störungsbild im Vordergrund gestanden. Im Zuge der Behandlung habe die Versicherte mehr psychische Stabilität und Euthymie entwickelt.

**C.b.** Dr. med. G.\_\_\_\_, Psychiatrie und Psychotherapie FMH, teilte am 5. Januar 2017 mit (IV-act. 156), die Versicherte sei bereits elfmal in der Klinik E.\_\_\_\_ hospitalisiert gewesen, zuletzt im Oktober/November 2016. Der Zuweisungsgrund sei (wie auch in den Jahren zuvor) die Exazerbation der depressiven Störung gewesen. Die stationären Aufenthalte seien jeweils zur Stabilisierung des Zustandsbilds erfolgt. Der Beginn der Problematik sei in die Kindheit der Versicherten zurückzudatieren. Die Diagnostik bezüglich ihrer Traumatisierung habe erst Anfang des Jahres 2013 in der Klinik E.\_\_\_\_ stattgefunden.



## St.Galler Gerichte

Eine Arbeits- und Leistungsfähigkeit für den allgemeinen Arbeitsmarkt sei momentan und bis auf weiteres nicht gegeben.

**C.c.** Der RAD-Arzt Dr. med. H.\_\_\_\_ notierte am 16. Januar 2017 nach einer Durchsicht der medizinischen Akten (IV-act. 159), das in den Gutachten festgehaltene diagnostische Muster habe sich aus der Sicht der behandelnden Ärzte im Längsschnitt quantitativ hinsichtlich eines ausgeprägteren Schweregrades insbesondere der depressiven Störung verstärkt. Qualitativ stehe eine posttraumatische Problematik im Vordergrund. Eine Verschlechterung sei vorderhand glaubhaft gemacht.

**C.d.** Mit einer Mitteilung vom 17. Januar 2017 wies die IV-Stelle das Begehren um berufliche Massnahmen ab (IV-act. 163).

**C.e.** Die IV-Stelle holte bei der E.\_\_\_\_ weitere Austrittsberichte ein: Vom 23. Oktober 2012 betreffend einen stationären Aufenthalt der Versicherten vom 18. September 2012 bis 9. Oktober 2012 (2. Hospitalisation, IV-act. 170), vom 12. Januar 2015 betreffend einen stationären Aufenthalt vom 30. Dezember 2014 bis 12. Januar 2015 (6. Hospitalisation, IV-act. 171), vom 18. Februar 2015 betreffend einen stationären Aufenthalt vom 15. Januar 2015 bis 18. Februar 2015 (7. Hospitalisation, IV-act. 172), vom 20. März 2015 betreffend einen stationären Aufenthalt vom 4. März 2015 bis 20. März 2015 (8. Hospitalisation, IV-act. 173) und vom 10. November 2015 betreffend einen stationären Aufenthalt vom 6. Oktober 2015 bis 29. Oktober 2015 (9. Hospitalisation, IV-act. 174).

**C.f.** Die Versicherte gab am 10. Mai 2017 im Fragebogen zur Rentenabklärung betreffend Erwerbstätigkeit/Haushalt an (IV-act. 180), dass sie ohne eine gesundheitliche Beeinträchtigung zu 100% als Lagermitarbeiterin arbeiten würde.

**C.g.** Dr. G.\_\_\_\_ teilte am 6. Juni 2017 mit (IV-act. 186), sie behandle die Versicherte seit dem Jahr 2010. Sie nannte die folgenden Diagnosen: Komplexe posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10 F43.1), rezidivierende depressive Störung mit zumeist mittelgradigen, teilweise auch schweren Episoden (ICD-10 F33.1), kombinierte Persönlichkeitsstörung mit ängstlich vermeidenden, dependenten und histrionischen Zügen (ICD-10 F61.0), leichte bis mittelschwere neuropsychologische Funktionsstörung, Fibromyalgie-Syndrom und schmerzhafte Ansatz tendonopathia



patellae. Dr. G.\_\_\_\_ attestierte eine vollständige Arbeitsunfähigkeit für Tätigkeiten auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt seit dem Jahr 2010. Am 7. Juni 2017 berichteten Fachpersonen der E.\_\_\_\_ über einen stationären Aufenthalt der Versicherten vom 13. April 2017 bis 23. Mai 2017 (12. Hospitalisation, IV-act. 185). Sie gaben dieselben Diagnosen wie im Bericht vom 15. November 2016 an. Sie führten aus, die Versicherte sei zum dritten Intervall der störungsspezifischen und ätiologieorientierten Traumatherapie eingetreten. Es bestehe eine komplexe posttraumatische Belastungsstörung im Sinne einer posttraumatischen Entwicklungsstörung mit einer emotionalen Vernachlässigung und einem unsicher ambivalenten Bindungsmuster. Der Hausarzt Dr. F.\_\_\_\_ gab am 29. Juni 2017 an (IV-act. 188), die Versicherte sei durch Jugenderlebnisse und durch den Suizid ihres Ehemannes seelisch schwer traumatisiert. Diese Belastung habe auch körperliche Symptome im Sinne einer somatoformen Schmerzkomponente zur Folge, nämlich ein chronisches Panvertebralsyndrom, muskuläre Dysbalancen, eine leichte Fehlf orm, eine mässiggradige Osteochondrose L5/S1, Spondylarthrosen L4/5 und L5/S1 sowie praktisch chronische Knieschmerzen links bei St. n. Arthroskopie 1998. Er attestierte eine vollständige Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit und in adaptierten Tätigkeiten.

**C.h.** Die IV-Stelle bat die Versicherte um eine detaillierte Beschreibung, weshalb sie heute bei einer vollen Gesundheit einer 100%igen Erwerbstätigkeit nachgehen würde. Die Versicherte gab am 11. Oktober 2017 an (IV-act. 194), dass sie dann genug belastbar wäre, um einer vollen Erwerbstätigkeit nachzugehen, und dass sie alleinstehend sei und bei einem vollen Lohn gut leben könnte. Sie habe zuletzt nur noch in Teilzeit gearbeitet, weil sich ihr Gesundheitszustand immer mehr verschlechtert habe und sie nicht mehr zu 100% arbeiten können.

**C.i.** Fachärzte der E.\_\_\_\_ berichteten am 3. November 2017 über einen stationären Aufenthalt der Versicherten vom 11. September 2017 bis 29. September 2017 (13. Hospitalisation, IV-act. 197). Sie gaben die folgenden Diagnosen an: Komplexe posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10 F43.1), rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichtgradige Episode (ICD-10 F33.0), vordiagnostiziert: Kombinierte Persönlichkeitsstörung mit ängstlich-vermeidenden, dependenten und histrionischen Zügen (ICD-10 F61), leichte bis mittelschwere neuropsychologische



Funktionsstörungen, Fibromyalgie-Syndrom und schmerzhafte Ansatzendinopathie patellae. Sie hielten fest, beim Austritt habe noch eine leicht depressive Verstimmung bestanden. Dr. G.\_\_\_\_ teilte am 18. Dezember 2017 mit (IV-act. 200), der psychopathologische Befund sei im Vergleich zum Juni 2017 praktisch gleich. Die Auffassung sei unauffällig, der formale Gedankengang geordnet. Die Versicherte gebe ausgeprägte diffuse Angstzustände und konkrete zukunftsbezogene Ängste an. Die Stimmung sei deutlich gedrückt, ängstlich, teilweise hoffnungslos bei ausgeprägten Schuld- und Insuffizienzgefühlen. Die affektive Schwingungsfähigkeit sei deutlich reduziert. Der Antrieb sei mittelgradig gehemmt und es bestehe nach wie vor ein sozialer Rückzug. Eine Ressource stelle die Kreativität der Versicherten dar. Dr. G.\_\_\_\_ attestierte eine vollständige Arbeitsunfähigkeit für Tätigkeiten auf dem freien Arbeitsmarkt.

**C.j.** Die IV-Stelle teilte der Versicherten am 4. April 2018 mit (IV-act. 208), dass eine bidisziplinäre Begutachtung notwendig sei. Am 8./20. Juni 2018 wurde die Versicherte bidisziplinär (orthopädisch und psychiatrisch) durch Dr. med. I.\_\_\_\_ und Dr. med. J.\_\_\_\_ untersucht und es wurde eine testdiagnostische Untersuchung durchgeführt. Im Gutachten vom 6. Juli 2018 nannten die Sachverständigen die folgenden "relevanten" Diagnosen (IV-act. 213-8): Chronisches Panvertebralsyndrom bei degenerativen Veränderungen ossärer und diskogener Art und einer leichten Fehlform im Sinne einer Skoliose und einer Hyperkyphose, femoropatelläres Schmerzsyndrom mit einer Ansatzendinopathie des Ligamentum patellae, diffuses muskulo-skelettales Schmerzsyndrom, DD: Fibromyalgie, Spannungskopfschmerzen, kombinierte Persönlichkeitsstörung mit ängstlich-vermeidenden, abhängigen und histrionischen Anteilen (ICD-10 F61.0), chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41), rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig remittiert (ICD-10 F33.4). Der orthopädische Sachverständige Dr. I.\_\_\_\_ führte aus (IV-act. 213-21 f.), bei der Versicherten sei es im Jahr 1998 nach einem Sturz auf das linke Kniegelenk zu linksseitigen Knieschmerzen gekommen. Eine Arthroskopie habe keinen pathologischen Befund ergeben. In der Folge hätten die Schmerzen persistiert. Nach einem weiteren Sturz im Juli 2011 sei es zu einer Schmerzexazerbation gekommen. Anfang des Jahres 2018 habe die Versicherte wiederum fachärztliche Hilfe in Anspruch genommen. Die Beschwerden seien im Sinne eines femoropatellären



Schmerzsyndroms und einer Ansatzdysopathie des Ligamentum patellae interpretiert worden. Zwei intraartikuläre Infiltrationen hätten keine Besserung gebracht. Bereits seit der Lehrzeit weise die Versicherte Rückenschmerzen auf, welche auf eine "verkrümmte Wirbelsäule" zurückgeführt und konservativ behandelt worden seien. Die Schmerzen seien vor allem lumbal, aber auch cervical lokalisiert und strahlten zeitweise in die Extremitäten aus. Klinisch könnten keine neurologischen Reiz- oder gar Ausfallsymptome festgestellt werden. Die Beschwerden bedingten gewisse Einschränkungen seitens des Achsenskeletts, seien jedoch nicht so schwerwiegend, dass keine Arbeitsfähigkeit gegeben wäre. Die Versicherte sei gemäss ihren Angaben in allen Aktivitäten eingeschränkt. Unter Berücksichtigung der klinischen Befunde sei festzuhalten, dass die geklagten Beschwerden nur teilweise durch die objektivierbaren Feststellungen erklärt werden könnten. Es sei davon auszugehen, dass die Versicherte ihren Beschwerden einen hohen Stellenwert beimesse und daraus recht absolute Schlussfolgerungen in Bezug auf ihre Leistungsfähigkeit ziehe. Wie dies die Vorgutachter ebenfalls dargelegt hätten, liege eine verminderte Belastbarkeit des Achsenskeletts und der linken unteren Extremität vor. Die Beweglichkeit sei allerdings nicht relevant eingeschränkt. Instabilitäten oder neurologische Reiz- oder Ausfallsymptome lägen nicht vor. An den oberen Extremitäten sowie der rechten unteren Extremität seien keine Einschränkungen festzustellen. Der Vergleich der aktuellen Untersuchungsbefunde mit jenen der Vorgutachter zeige, dass keine relevanten Veränderungen eingetreten seien. Unter diesen Umständen sei es angezeigt, die frühere Einschätzung der Arbeitsfähigkeit zu übernehmen. In einer adaptierten Tätigkeit sei weiterhin und ununterbrochen von einer vollständigen Arbeitsfähigkeit auszugehen. Eine leidensangepasste Tätigkeit müsste folgende Kriterien erfüllen: Wechselbelastend, körperlich leicht, mit der Möglichkeit des Wechsels zwischen Sitzen, Gehen und Stehen, ohne Heben und Tragen von Lasten über zehn Kilogramm, ohne Zwangspositionen der Wirbelsäule (kein Bücken, keine Rotationsbewegungen) und der Kniegelenke (kein Abknien, Hocken oder Kauern), kein Absolvieren längerer Gehstrecken, kein Überwinden von Höhendifferenzen. Die psychiatrische Gutachterin Dr. J.\_\_\_\_ hielt fest (IV-act. 213-30 ff.), im Vordergrund der Untersuchung stehe eine kombinierte Persönlichkeitsstörung mit ängstlich-vermeidenden, abhängigen und histrionischen Anteilen. Dieser Persönlichkeitsstörung sei eine Persönlichkeitsentwicklungsstörung vorausgegangen. Die Versicherte habe



eine sehr schwierige und teilweise traumatisch erlebte Kindheit verbracht. Die Diagnose einer kombinierten Persönlichkeitsstörung werde auch von den behandelnden Fachärzten und Fachkliniken seit 2010 unverändert angegeben. Im Rahmen der aktuellen Untersuchung seien insbesondere histrionische Anteile mit einem blumigen und wenig detaillierten Sprachstil, einer Neigung zu einem übertriebenen Gefühlsausdruck und eine Aufmerksamkeitszentrierung auf die eigene Person spürbar gewesen. Im Weiteren hätten abhängige Anteile mit dem Gefühl der Unfähigkeit, das eigene Leben selbstständig zu führen, vorgelegen. Die Versicherte sehe sich als schwach und hilflos an, weshalb sie in praktisch allen Lebenssituationen auf die Unterstützung durch andere angewiesen sei. Dies erkläre auch teilweise die mehrfachen und langfristigen stationären Aufenthalte in der Klinik E.\_\_\_\_. Die ängstlich-vermeidenden Anteile äusserten sich durch den Wunsch von "mehr Zuwendung durch andere" bei der gleichzeitigen Angst vor Zurückweisung oder Kritik. Im Hinblick auf die zumutbare Arbeitsfähigkeit sei die kombinierte Persönlichkeitsstörung jedoch als Diagnose ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit zu werten, da eine Krankschreibung rein aus diesem Grund nie vorgelegen habe, es nie zu einer Entlassung aus Persönlichkeitsgründen gekommen sei und die Störung bereits seit der Jugend vorliege. Im Verlauf seit 2010 sei von den behandelnden Ärzten die Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung angegeben worden. Im Untersuchungszeitpunkt liege keine relevante depressive Symptomatik vor, sodass diagnostisch ein remittiertes Zustandsbild bei einer rezidivierenden depressiven Störung vorliege. Subjektiv beschreibe die Versicherte, sich aktuell mittelgradig depressiv zu fühlen – entsprechende klinische Befunde könnten jedoch nicht festgestellt werden. Die im Rahmen der Begutachtung durch die Medas Ostschweiz festgestellte somatoforme Störung könne bestätigt werden. Die diagnostischen Kriterien für eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren seien erfüllt. Das Vorliegen einer komplexen posttraumatischen Belastungsstörung könne verneint werden, zumal weder die diagnostischen Kriterien noch der geforderte Schweregrad der Traumatisierungen erfüllt seien. Die Symptome und auch die Art der Traumatisierungen einer komplexen posttraumatischen Belastungsstörung seien weder in den Berichten der Klinik E.\_\_\_\_ noch von Dr. G.\_\_\_\_ beschrieben worden und hätten auch in der aktuellen Untersuchung nicht festgestellt werden können. Das Auffinden des Ehemannes, welcher sich suizidiert habe, stelle jedoch ein schweres psychisches



Trauma dar. Erstmalige posttraumatische Symptome wie eine Affektstörung und diffuse Angstzustände habe die Versicherte jedoch erst zwei Jahre nach dem Ereignis entwickelt. Diese Symptome seien im Rahmen eines stationären Aufenthalts im Jahr 2010 in der Klinik E.\_\_\_\_ behandelt worden. Diagnostisch seien eine rezidivierende depressive Störung und eine Persönlichkeitsstörung festgehalten worden, jedoch keine posttraumatische Belastungsstörung. Insgesamt habe sich das Zustandsbild im Vergleich zur Referenzsachlage im Jahr 2012 nicht relevant verändert. Gegenwärtig liege keine Diagnose mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit vor. In Bezug auf die Konsistenz hielt Dr. J.\_\_\_\_ fest, im Rahmen der neuropsychologischen Testung habe sich ein gutes Arbeitsgedächtnis mit Angaben von vielen Interessen gezeigt. Hinweise auf kognitive Einschränkungen hätten sich nicht ergeben. Anspruchsvollere Tests habe die Versicherte gut gemeistert. Bei leichteren und monotonen Tests habe sie hingegen Schwierigkeiten gezeigt. Auch die Symptomvalidierungstests seien auffällig gewesen. Insgesamt sei der Eindruck einer sehr geringen Anstrengungsbereitschaft entstanden. Im Rahmen der klinischen Untersuchung sei aufgefallen, dass es gerade bei der Schilderung traumatischer Erlebnisse zu keinerlei Gefühlsregungen gekommen sei. Im Abschnitt zu den Fähigkeiten und Ressourcen äusserte sich Dr. J.\_\_\_\_ zum Bestehen bzw. Nichtbestehen von Einschränkungen der Versicherten gemäss dem Mini-ICF-APP. In Bezug auf die Arbeitsfähigkeit gab Dr. J.\_\_\_\_ an, unverändert zur Begutachtung im Jahr 2012 liege keine Diagnose mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit vor. In adaptierten Tätigkeiten bestehe somit eine vollständige Arbeitsfähigkeit. Im Verlauf seit dem Jahr 2012 sei es zu insgesamt zwölf stationären Aufenthalten in der Klinik E.\_\_\_\_ gekommen. Die Diagnose einer komplexen posttraumatischen Belastungsstörung könne weder aktuell festgestellt noch anhand der Diagnosekriterien nachvollzogen werden. Depressive Episoden seien ebenfalls beschrieben worden; sie seien bei der langjährigen Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung nachvollziehbar. Während der stationären Aufenthalte habe eine vollständige Arbeitsunfähigkeit vorgelegen. Bidisziplinär attestierten die Gutachter in einer adaptierten Tätigkeit (wechselbelastend, körperlich leicht, mit der Möglichkeit des Wechsels zwischen Sitzen, Gehen und Stehen, ohne Heben und Tragen von Lasten über zehn Kilogramm und ohne Zwangspositionen der Wirbelsäule [kein Bücken, keine Rotationsbewegungen] und der Kniegelenke [kein Abknien, Hocken oder Kauern], kein



Absolvieren längerer Gehstrecken, kein Überwinden von Höhendifferenzen) eine vollständige Arbeitsfähigkeit.

**C.k.** Der RAD-Arzt Dr. H.\_\_\_\_ notierte am 15. August 2018 (IV-act. 215), das Gutachten entspreche im Wesentlichen den geltenden versicherungsmedizinischen Kriterien. Eine relevante und anhaltende Veränderung des Gesundheitszustands seit September 2011 (medizinischer Referenzzeitpunkt) werde gutachterlich verneint.

**C.l.** Am 17. Oktober 2018 berichteten Fachpersonen der E.\_\_\_\_, die Versicherte sei vom 10. August 2018 bis 21. September 2018 stationär behandelt worden (14. Hospitalisation, IV-act. 218). Sie gaben folgende Diagnosen an: Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10 F33.1), komplexe posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10 F43.1), kombinierte Persönlichkeitsstörung mit ängstlich-vermeidenden, dependenten und histrionischen Zügen (ICD-10 F61), vorbekannte leichte bis mittelschwere neuropsychologische Funktionsstörung, vorbekanntes Fibromyalgie-Syndrom und schmerzhaftes Ansatzendinopathie patellae, vorbeschriebene Vitamin-D-Insuffizienz. Sie hielten fest, bei Eintritt habe sich das Stimmungsbild depressiv ausgelenkt präsentiert. Die affektive Resonanz sei verzögert und der Antrieb sei verlangsamt gewesen. Mimik und Gestik seien monoton gewesen. Es habe ein sozialer Rückzug bestanden. Bei Austritt habe psychopathologisch noch ein haftendes Kontaktverhalten sowie eine Grübelneigung bei einer deutlich gebesserten Stimmung bestanden. Diagnostisch sei von einer rezidivierenden depressiven Störung mit gegenwärtig mittelgradiger Episode auszugehen. Aus den Voraufenthalten sei das Vorliegen einer komplexen posttraumatischen Belastungsstörung sowie einer kombinierten Persönlichkeitsstörung zu bestätigen.

**C.m.** Mit einem Vorbescheid vom 19. Oktober 2018 kündigte die IV-Stelle der Versicherten die Abweisung des Begehrens um eine Invalidenrente an (IV-act. 221). Zur Begründung gab sie an, die Versicherte sei als Vollerwerbstätige einzustufen. Aus versicherungsmedizinischer Sicht bestehe für alle wechselbelastenden, körperlich leichten Tätigkeiten (Gewichtsbelastung <10kg) ohne Zwangspositionen der Wirbelsäule und der Kniegelenke eine vollständige Arbeitsfähigkeit. Beim Validen- und beim Invalideneinkommen sei auf den durchschnittlichen Lohn einer Hilfsarbeiterin gemäss



der Lohnstrukturerhebung des Bundesamts für Statistik abzustellen. Der Invaliditätsgrad betrage damit 0%. Die Versicherte erhob am 22. November 2018 einen Einwand (IV-act. 224). Sie machte im Wesentlichen geltend, die psychiatrische Gutachterin habe bescheinigt, dass die kombinierte Persönlichkeitsstörung isoliert keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit habe. Diese Diagnose sei in Summe mit den weiteren Einschränkungen zu betrachten und habe somit klar Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit. Die rezidivierende depressive Störung sei als remittiert eingeschätzt worden. Diese Einschätzung widerspreche sämtlichen fachärztlichen Einschätzungen. Diese Diagnose habe im Verlauf des Jahres immer von leicht über mittelgradig bis teilweise schwer geschwankt. Auch im Bericht der Klinik E.\_\_\_\_ vom 17. Oktober 2018 sei eine mittelgradige Depression attestiert worden. Nicht nachvollziehbar sei die Verneinung der posttraumatischen Belastungsstörung. Dr. G.\_\_\_\_ werde dazu noch Stellung nehmen. Dr. G.\_\_\_\_ berichtete am 17. Dezember 2018 (IV-act. 226), sie stimme mit der psychiatrischen Gutachterin nicht überein, dass keine Diagnose mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit bestehe. Sie halte an der Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung fest. Sowohl diese als auch die kombinierte Persönlichkeitsstörung seien relevant für die verminderte Arbeitsfähigkeit der Versicherten. Die Summe der psychiatrischen Diagnosen sowie das Fibromyalgie-Syndrom wirkten sich dergestalt aus, dass die Versicherte gezwungen sei, auf sich und ihre Befindlichkeit zu achten, d.h. bei Bedarf Pausen einzulegen, und dass sie eine längere Regenerationszeit benötige. Aufgrund der Persönlichkeitsstörung benötige die Versicherte einen verständnisvollen Ansprechpartner; ihre Teamfähigkeit sei deutlich herabgesetzt. Aktuell sei eine ca. halbschichtige Wiedereingliederung über den geschützten Arbeitsmarkt vorstellbar. Die Versicherte interpretiere Situationen teilweise falsch und gerate leicht in Konflikt mit anderen Mitarbeitenden. Sie leide intermittierend unter schweren Symptomen wie Hyperarousal (starke innere Anspannung, innere Unruhe und Ängstlichkeit), Intrusionen, Nachhallungen und Wiedererlebenssymptomen. Im Weiteren leide sie unter Selbstunsicherheit, intermittierend kämen auch Schuld- und Schamgefühle hinzu. In Phasen von grossen sozialen Ängsten sei die Versicherte nicht mehr in der Lage, sich für ihre Rechte und Bedürfnisse einzusetzen oder sich vor unangemessenem Verhalten ausreichend zu schützen. Sie gerate in subjektive Stress- und Überforderungssituationen. Anforderungen und Leistungserwartungen lösten einen Druck aus, der sie teilweise handlungsunfähig mache. Ihr sei bekannt, dass die



Versicherte bei Schilderungen der traumatischen Erlebnisse erst einmal teilnahmslos wirke. Sie (die Versicherte) sei bemüht, sehr angepasst zu sein.

**C.n.** Der RAD-Arzt Dr. H.\_\_\_\_ notierte am 11. Februar 2019 (IV-act. 227), Dr. G.\_\_\_\_ wiederhole im Bericht vom 17. Dezember 2018 im Wesentlichen ihre bereits vor der Begutachtung festgehaltene Beurteilung (vgl. den Verlaufsbericht vom 18. Dezember 2017). Nach der neuerlichen Hospitalisation in der Klinik E.\_\_\_\_ (Bericht vom 17. Oktober 2018) stelle sich die Situation der Versicherten ebenfalls nicht grundsätzlich anders dar als vor der Begutachtung. Eine grundlegende Änderung des medizinischen Sachverhalts im Vergleich zur Zeit vor der Begutachtung und im Vergleich zum Gutachtenszeitpunkt werde mit den neu eingereichten medizinischen Berichten nicht belegt.

**C.o.** Mit einer Verfügung vom 13. Februar 2019 wies die IV-Stelle das Begehren um eine Invalidenrente ab (IV-act. 228). Zum Einwand hielt sie fest, an der bisherigen Einschätzung einer vollständigen Arbeitsfähigkeit sei festzuhalten. Sie verwies auf die RAD-Stellungnahme vom 11. Februar 2019.

**C.p.** Die Versicherte ersuchte die IV-Stelle am 11. März 2019 um eine Fristerstreckung von einem Monat, "um die Beschwerde beim Versicherungsgericht ein zu reichen. Gegen die Verfügung vom 13. Februar 2019" (IV-act. 229).

**D.**

**D.a.** Die IV-Stelle (nachfolgend: Beschwerdegegnerin) überwies am 18. März 2019 die "Beschwerde" der Versicherten (nachfolgend: Beschwerdeführerin) vom 11. März 2019 dem Versicherungsgericht des Kantons St. Gallen (act. G 1) und setzte die Beschwerdeführerin gleichentags darüber in Kenntnis (IV-act. 231). Das Versicherungsgericht gewährte am 19. März 2019 eine Nachfrist zur Verbesserung der Beschwerde und drohte an, bei unbenutztem Fristablauf auf die Beschwerde nicht einzutreten (act. G 2). Am 29. März 2019 reichte die Beschwerdeführerin eine verbesserte Beschwerde ein (act. G 3). Sie hielt fest, dass sie eine Beschwerde gegen die Verfügung vom 13. Februar 2019 einreiche. Das Leistungsbegehren sei abgewiesen worden. Die Beschwerdegegnerin habe das generalisierte Schmerzsyndrom in den Vordergrund gestellt, sei jedoch in keiner Weise auf die Diagnosen einer komplexen



posttraumatischen Belastungsstörung und einer kombinierten Persönlichkeitsstörung eingegangen. Ihr Gesundheitszustand habe sich aufgrund dieser Diagnosen seit September 2012 massiv verschlechtert; sie sei seit diesem Zeitpunkt durchgehend vollständig arbeitsunfähig. Am 1. April 2019 werde sie erneut in die E.\_\_\_\_ eintreten. Entsprechende Berichte würden nachgereicht. Es seien auch weitere stationäre Traumatherapien geplant. Dr. G.\_\_\_\_, bei der sie seit Oktober 2010 in regelmässiger Behandlung sei, könne die Entwicklung bestätigen. Aufgrund dieser Tatsachen beantrage sie eine erneute umfassende Prüfung und Beurteilung. Am 12. April 2019 ersuchte die Beschwerdeführerin um den Erlass des Kostenvorschusses (act. G 5). Am 8. Mai 2019 reichte sie das Formular "Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege" ein (act. G 7). Im August 2019 (Posteingang: 5. August 2019) reichte sie einen Austrittsbericht der E.\_\_\_\_ vom 10. Mai 2019 betreffend einen stationären Aufenthalt vom 1. April 2019 bis 26. April 2019 ein (15. Hospitalisation, act. G 12.1). Fachpersonen hatten dieselben Diagnosen wie im Bericht vom 17. Oktober 2018 angegeben. Sie hatten festgehalten, diagnostisch hätten sie eine mittelgradige depressive Episode bei einer rezidivierenden depressiven Störung gesehen. Die Beschwerdeführerin sei in einem deutlich gebesserten Zustand entlassen worden.

**D.b.** Die Beschwerdegegnerin beantragte am 20. August 2019 die Abweisung der Beschwerde (act. G 14). Zur Begründung führte sie an, ob aufgrund der Neuanschuldung vom November 2016 ein Rentenanspruch bestehe, beurteile sich praxisgemäss in analoger Anwendung der für die Rentenrevision geltenden Regeln. Massgeblich sei demnach, ob eine wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen eingetreten sei, die geeignet sei, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Dabei bilde in zeitlicher Hinsicht die letzte, auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs beruhende, rechtskräftige Verfügung den Ausgangspunkt – hier der 3. September 2012 – und die streitige Verfügung den Endpunkt – hier der 13. Februar 2019 – für die Beurteilung, ob eine solche Änderung eingetreten sei. Die Tatsache allein, dass ein Administrativgutachten und die Berichte der behandelnden Ärzte diametral voneinander abwichen, verbiete nicht, auf die Expertise abzustellen. Anders verhalte es sich, wenn konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit des Gutachtens sprächen. Soweit Dr. G.\_\_\_\_ postuliere, dass bei der Beschwerdeführerin die Symptome einer posttraumatischen Belastungsstörung erfüllt seien, sei darauf



hinzuweisen, dass die psychiatrische Gutachterin Dr. J.\_\_\_\_ mit einer ausführlichen und nachvollziehbaren Begründung dargelegt habe, dass bei der klinischen Untersuchung die hierfür geforderten diagnostischen Kriterien und Merkmale nicht hätten festgestellt werden können. Anhaltspunkte dafür, dass die psychiatrische Begutachtung nicht lege artis durchgeführt worden wäre, bestünden nicht. Ein Grund für die Divergenz zwischen der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin durch Dr. G.\_\_\_\_ und Dr. J.\_\_\_\_ sei darin zu sehen, dass Dr. J.\_\_\_\_ dieser Beurteilung eine objektivierte Zumutbarkeitsprüfung zugrunde gelegt und hinreichend auf die Standardindikatoren Bezug genommen habe. Das Schreiben von Dr. G.\_\_\_\_ vom 17. Dezember 2018 vermöge das psychiatrische Teilgutachten nicht in Zweifel zu ziehen. Aus dem Bericht der E.\_\_\_\_ vom 17. Oktober 2018 ergäben sich keine objektivierbaren Hinweise darauf, dass sich der psychische Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin seit dem bidisziplinären Gutachten vom 6. Juli 2018 relevant und anhaltend verschlechtert haben könnte. Dasselbe gelte in Bezug auf den jüngsten Bericht der E.\_\_\_\_ vom 10. Mai 2019. Die Vorbringen in der Beschwerde vermöchten die Beweistauglichkeit des bidisziplinären Gutachtens vom 6. Juli 2018 nicht in Frage zu stellen. Gestützt auf das Gutachten sei davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin in einer adaptierten Verweistätigkeit vollständig arbeitsfähig sei.

**D.c.** Im August 2019 reichte die Beschwerdeführerin ein Schreiben der E.\_\_\_\_ vom 14. August 2019 betreffend ein Indikationsgespräch am 18. September 2019 für eine Anmeldung/Information auf der Traumastation ein (act. G 15).

**D.d.** Das Versicherungsgericht des Kantons St. Gallen bewilligte am 27. August 2019 das Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege (Befreiung von den Gerichtskosten) für das Beschwerdeverfahren (act. G 16).

**D.e.** Die Beschwerdeführerin verzichtete auf eine Replik (vgl. act. G 18).

**D.f.** Am 2. November 2020 teilte Rechtsanwalt lic. iur. R. Nussmüller dem Versicherungsgericht mit, dass die Beschwerdeführerin ihn mit der Vertretung beauftragt habe (act. G 19). Er ersuchte um Akteneinsicht, um der Versicherten den weiteren Verfahrensablauf erläutern und eine Einschätzung abgeben zu können. Am 20. November 2020 verdankte er die Zustellung der Akten und gab an, dass er sich



davon Kopien erstellt habe (act. G 21). Er hielt fest, er habe den Akten entnommen, dass die Streitsache spruchreif sei. Er bat um eine direkt eröffnende Zustellung des Entscheids an ihn.

### Erwägungen

#### 1.

**1.1.** Die Beschwerdeführerin hat mit einem Schreiben vom 11. März 2019 die Beschwerdegegnerin um eine Fristerstreckung von einem Monat ersucht, "um die Beschwerde beim Versicherungsgericht ein zu reichen. Gegen die Verfügung vom 13. Februar 2019". Die Beschwerdegegnerin hat die "Beschwerde" am 18. März 2019 dem Versicherungsgericht überwiesen. Nachdem das Versicherungsgericht der Beschwerdeführerin am 19. März 2019 eine Nachfrist zur Verbesserung der Beschwerde eingeräumt und angedroht hatte, bei unbenütztem Fristablauf nicht auf die Beschwerde einzutreten, hat die Beschwerdeführerin am 29. März 2019 eine verbesserte Beschwerde eingereicht. Im Folgenden ist zu prüfen, ob die Beschwerdeführerin mit dem Schreiben vom 11. März 2019 ein Beschwerdeverfahren anhängig gemacht hat und ob das Schreiben vom 29. März 2019 den Anforderungen an eine Beschwerde gemäss Art. 61 lit. b des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG, SR 830.1) respektive Art. 48 in Verbindung mit Art. 42 lit. a des Gesetzes über die Verwaltungsrechtspflege (VRP, sGS 951.1) genügt.

**1.2.** Gemäss Art. 48 VRP ist ein Rekurs bei der Rekursinstanz schriftlich einzureichen. Er muss einen Antrag sowie eine Darstellung des Sachverhalts und eine Begründung enthalten. Er ist zu unterzeichnen. Fehlen Antrag, Darstellung des Sachverhalts, Begründung oder Unterschrift, so fordert die Rekursinstanz den Rekurrenten unter Ansetzung einer Frist auf, den Rekurs zu ergänzen. Die Ergänzung kann zu Protokoll gegeben werden. Mit der Aufforderung zur Ergänzung ist anzudrohen, dass nach unbenützter Frist auf den Rekurs nicht eingetreten werde. Gemäss Art. 42 lit. a VRP können beim Versicherungsgericht mit Rekurs angefochten werden: Verfügungen und Einspracheentscheide, gegen die nach dem Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts Beschwerde erhoben werden kann. Diese kantonalen Verfahrensbestimmungen genügen den Anforderungen von Art. 61 lit. b ATSG. Dieser sieht nämlich vor, dass eine Beschwerde eine gedrängte Darstellung des Sachverhalts, ein Rechtsbegehren und eine kurze Begründung enthalten muss. Genügt sie diesen Anforderungen nicht, so setzt das Versicherungsgericht der Beschwerde führenden



Person eine angemessene Frist zur Verbesserung und verbindet damit die Androhung, dass sonst auf die Beschwerde nicht eingetreten werde. Das Ansetzen einer Frist zur Verbesserung einer Beschwerde durch das Versicherungsgericht setzt allerdings voraus, dass ein Beschwerdeverfahren überhaupt anhängig gemacht worden ist. Nach der Auffassung des Bundesgerichts ist es dafür ausreichend, wenn die betreffende Person klar einen Anfechtungswillen bekundet hat, wenn sie also erkennbar zum Ausdruck gebracht hat, dass sie mit der erlassenen Verfügung nicht einverstanden ist und diese durch die Rechtsmittelinstanz überprüft haben will; dies gilt auch dann, wenn diese Willenserklärung gegenüber einer unzuständigen Behörde erfolgt ist. Ist eine solche Willenserklärung innerhalb der laufenden Rechtsmittelfrist erfolgt, gilt die Beschwerdefrist als gewahrt (Art. 60 Abs. 2 i.V.m. Art. 39 Abs. 2 ATSG). Eine unzuständige Behörde hat eine rechtzeitig erhobene Beschwerde ohne Verzug dem zuständigen Versicherungsgericht zu überweisen (Art. 58 Abs. 3 ATSG; zum Ganzen Urteile des Bundesgerichts vom 24. Januar 2020, 8C\_757/2019, E. 4, und vom 21. September 2015, 9C\_211/2015, E. 2, m.w.N.).

**1.3.** Die Beschwerdeführerin ist im Zeitpunkt, als sie das Schreiben vom 11. März 2019 verfasst hat, nicht anwaltlich vertreten gewesen. Aus der Formulierung, "um die Beschwerde beim Versicherungsgericht ein zu reichen. Gegen die Verfügung vom 13. Februar 2019", kommt der Wille der Beschwerdeführerin zum Ausdruck, gegen die Verfügung vom 13. Februar 2019 eine Beschwerde beim Versicherungsgericht zu erheben. Sie hat damit erkennbar kundgetan, dass sie mit der erlassenen Verfügung nicht einverstanden ist und dass sie diese durch das Versicherungsgericht überprüft haben möchte. Diese Willenserklärung ist innerhalb der laufenden Rechtsmittelfrist und damit rechtzeitig erfolgt. Der Umstand, dass sie gegenüber der Beschwerdegegnerin und damit einer unzuständigen Behörde erfolgt ist, ist nicht massgebend. Die Beschwerdegegnerin hat denn auch zu Recht das Schreiben vom 11. März 2019 dem Versicherungsgericht überwiesen. Mit der Eingabe vom 11. März 2019 an die Beschwerdegegnerin hat die Beschwerdeführerin also ein Beschwerdeverfahren anhängig gemacht. Das Versicherungsgericht hat der Beschwerdeführerin am 19. März 2019 eine Nachfrist zur Verbesserung der Beschwerde gewährt. Am 29. März 2019 hat die Beschwerdeführerin eine verbesserte Beschwerde eingereicht. Sie hat eine "erneute umfassende Prüfung und Beurteilung" beantragt; damit kann sie nur den Anspruch auf eine Invalidenrente gemeint haben. Sie hat geltend gemacht, dass sich ihr Gesundheitszustand aufgrund der ärztlich gestellten Diagnosen einer komplexen posttraumatischen Belastungsstörung und einer kombinierten Persönlichkeitsstörung seit September 2012 massiv verschlechtert habe und dass sie seit diesem Zeitpunkt durchgehend vollständig arbeitsunfähig sei. Die Beschwerdegegnerin sei in keiner



Weise auf diese Diagnosen eingegangen, sondern habe das generalisierte Schmerzsyndrom in den Vordergrund gestellt. Die Beschwerdeführerin hat damit einen Antrag mit einer kurzen Begründung gestellt. Ihre Ausführungen enthalten zudem (in medizinischer Hinsicht) einige Anhaltspunkte zum Sachverhalt. Da das Gericht von Amtes wegen die Akten der Beschwerdegegnerin beizuziehen und den für den Streitgegenstand massgeblichen Sachverhalt festzustellen hat, sind die Anforderungen an die Sachverhaltsdarstellung in der Beschwerde tief anzusetzen. Die Sachverhaltsangaben im Schreiben vom 29. März 2019 sind daher ausreichend. Die Beschwerdeführerin hat das Schreiben vom 29. März 2019 unterzeichnet. Dieses genügt damit den Anforderungen an eine Beschwerde gemäss Art. 61 lit. b ATSG respektive Art. 48 in Verbindung mit Art. 42 lit. a VRP. Auf die am 11. März 2019 rechtzeitig erhobene und am 29. März 2019 verbesserte Beschwerde ist damit einzutreten.

## 2.

**2.1.** Die Beschwerdeführerin hat sich am 31. Oktober 2016/2. November 2016 zum dritten Mal zum Bezug von Leistungen der Invalidenversicherung angemeldet, nachdem die IV-Stelle des Kantons Thurgau das erste Leistungsbegehren mit einer Verfügung vom 3. September 2012 abgewiesen hatte und auf das zweite Leistungsbegehren mit einer Verfügung vom 10. Dezember 2014 nicht eingetreten war. Bei der Anmeldung vom 31. Oktober 2016/2. November 2016 kann es sich also nur um eine sogenannte Neuanmeldung gehandelt haben.

**2.2.** Gemäss Art. 87 Abs. 2 und 3 der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV, SR 831.201) wird eine neue Anmeldung nur geprüft, wenn darin glaubhaft gemacht wird, dass sich der Grad der Invalidität in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert hat. Da der Rentenanspruch mit der das Verfahren abschliessenden Verfügung vom 3. September 2012 zuletzt materiell geprüft worden ist, ist massgebend, ob die Beschwerdeführerin glaubhaft gemacht hat, dass sich ihr Gesundheitszustand seit diesem Zeitpunkt verschlechtert und dass damit ihr Arbeitsunfähigkeitsgrad in einem erheblichen Ausmass angestiegen ist. Die Beschwerdeführerin hat hierfür mehrere Berichte der E.\_\_\_\_ (IV-act. 131, 147, 152, 153), einen Bericht des Hausarztes Dr. F.\_\_\_\_ vom 24. November 2016 (IV-act. 146) sowie einen Bericht der behandelnden Psychiaterin Dr. G.\_\_\_\_ vom 5. Januar 2017 (IV-act. 156) eingereicht. Aus diesen Berichten ergibt sich, dass im Februar 2013 von Fachärzten der E.\_\_\_\_ eine komplexe posttraumatische Belastungsstörung diagnostiziert worden war. Diese Diagnose war im Verlauf der mehreren darauffolgenden stationären Aufenthalte in der E.\_\_\_\_ jeweils bestätigt worden. Im



Weiteren ist ersichtlich, dass sich die Beschwerdeführerin seit der rentenabweisenden Verfügung vom 3. September 2012 nicht nur traumatherapeutisch, sondern auch zur Behandlung von leichten respektive mittelgradigen depressiven Episoden mehrfach stationär in der E.\_\_\_\_ aufgehalten hatte. Im Gutachten der Medas Ostschweiz vom 14. Juni 2012, welches der rentenabweisenden Verfügung vom 3. September 2012 zugrunde gelegen hatte, war die Diagnose einer komplexen posttraumatischen Belastungsstörung nicht genannt worden. Es war lediglich ein St. n. einer rezidivierenden depressiven Störung, leichte Episode, aktenkundig 22. September 2011 (ICD-10 F33.01), DD Dysthymia (ICD-10 F34.1), diagnostiziert worden. Möglicherweise hat sich die depressive Symptomatik seit dem 3. September 2012 also verstärkt. Mit der im Vergleich zur Situation am 3. September 2012 neu diagnostizierten komplexen posttraumatischen Belastungsstörung und der seit diesem Zeitpunkt möglichen Verstärkung der depressiven Symptomatik hat die Beschwerdeführerin eine wesentliche Verschlechterung ihres Gesundheitszustands glaubhaft gemacht. Die Beschwerdegegnerin ist damit zu Recht auf die Neuanmeldung vom 31. Oktober 2016/2. November 2016 eingetreten.

### 3.

Die Beschwerdegegnerin hat mit der angefochtenen Verfügung vom 13. Februar 2019 einen Rentenanspruch der Beschwerdeführerin bei einem Invaliditätsgrad von 0% verneint. Strittig ist somit, ob die Beschwerdeführerin einen Anspruch auf eine Invalidenrente hat.

**3.1.** Einen Anspruch auf eine Rente der Invalidenversicherung haben Versicherte, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wiederherstellen, erhalten oder verbessern können, während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40% arbeitsunfähig gewesen sind und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40% invalid sind (Art. 28 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung, IVG, SR 831.20). Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG, SR 830.1). Erwerbsunfähigkeit ist der durch eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG).



**3.2.** Gemäss Art. 28a Abs. 1 IVG i.V.m. Art. 16 ATSG ist die Invalidität grundsätzlich durch einen Einkommensvergleich zu ermitteln. Dabei wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (zumutbares Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Einkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Valideneinkommen).

#### 4.

**4.1.** Um das zumutbare Invalideneinkommen ermitteln zu können, muss der verbliebene Arbeitsfähigkeitsgrad der Beschwerdeführerin mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit feststehen. Die Beschwerdegegnerin hat dazu Dres. I.\_\_\_\_ und J.\_\_\_\_ mit der Erstellung eines bidisziplinären Gutachtens (orthopädisch und psychiatrisch) beauftragt. Im Gutachten vom 6. Juli 2018 haben Dres. I.\_\_\_\_ und J.\_\_\_\_ in adaptierten Tätigkeiten eine vollständige Arbeitsfähigkeit attestiert. Strittig und im Folgenden zu prüfen ist, ob dem Gutachten voller Beweiswert zukommt, das heisst, ob es die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit belegt.

**4.2.** Ein Gutachten hat vollen Beweiswert, wenn es für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge sowie der medizinischen Situation einleuchtet und die Schlussfolgerungen der Experten begründet sind (BGE 125 V 352 E. 3a). Notwendig ist zudem, dass die psychiatrische Gutachterin die vom Bundesgericht in Bezug auf anhaltende somatoforme Schmerzstörungen und vergleichbare psychosomatische Leiden aufgestellten und später auf alle psychischen Erkrankungen, insbesondere auf leichte bis mittelschwere depressive Störungen, anwendbar erklärten Standardindikatoren berücksichtigt hat (vgl. BGE 141 V 281; 143 V 409 und 143 V 418).

**4.3.** Der orthopädische Sachverständige Dr. I.\_\_\_\_ und die psychiatrische Gutachterin Dr. J.\_\_\_\_ haben umfassende Kenntnis von den Vorakten gehabt und diese gewürdigt. Sie haben die Beschwerdeführerin persönlich untersucht, die subjektiven Klagen aufgenommen und die erhobenen objektiven Befunde im Gutachten wiedergegeben. Dr. I.\_\_\_\_ hat nachvollziehbar dargelegt, dass bei der Beschwerdeführerin eine verminderte Belastbarkeit des Achsenskeletts und der linken unteren Extremität vorgelegen hat. Die Beweglichkeit ist jedoch nicht relevant eingeschränkt gewesen.



Instabilitäten oder neurologische Reiz- oder Ausfallsymptome haben nicht vorgelegen. Dr. I. \_\_\_ hat die geklagten Beschwerden nur teilweise durch die objektivierbaren Befunde erklären können. Er hat für adaptierte Tätigkeiten eine vollständige Arbeitsfähigkeit attestiert. In diesem Zusammenhang hat er zwar festgehalten, dass die frühere Einschätzung der Arbeitsfähigkeit zu übernehmen sei (gemeint: die Arbeitsfähigkeitsschätzung des rheumatologischen Gutachters der Medas Ostschweiz im Gutachten vom 14. Juni 2012), da der Vergleich der aktuellen Untersuchungsbefunde mit jenen der Vorgutachter zeige, dass keine relevanten Veränderungen eingetreten seien. Daraus könnte der Eindruck entstehen, dass Dr. I. \_\_\_ die Arbeitsfähigkeitsschätzung nicht unabhängig vorgenommen habe. Da er die Beschwerdeführerin aber umfassend und nicht bloss hinsichtlich möglicher Veränderungen des Gesundheitszustands untersucht hat, ist eindeutig von einer eigenständigen Arbeitsfähigkeitsschätzung auszugehen. Dies zeigt sich auch daran, dass er im Vergleich zum rheumatologischen Gutachter der Medas Ostschweiz ein leicht konservativeres Belastungsprofil für adaptierte Tätigkeiten angegeben hat. Als Adaptionkriterien hat Dr. I. \_\_\_ genannt: Wechselbelastend, körperlich leicht, mit der Möglichkeit des Wechsels zwischen Sitzen, Gehen und Stehen, ohne Heben und Tragen von Lasten über zehn Kilogramm, ohne Zwangspositionen der Wirbelsäule (kein Bücken, keine Rotationsbewegungen) und der Kniegelenke (kein Abknien, Hocken oder Kauern), kein Absolvieren längerer Gehstrecken, kein Überwinden von Höhendifferenzen. Angesichts der Natur der erhobenen Befunde sind sowohl die Arbeitsfähigkeitsschätzung als auch das Belastungsprofil von Dr. I. \_\_\_ schlüssig. Medizinische Berichte oder Einwände der Beschwerdeführerin, die Zweifel an der Einschätzung von Dr. I. \_\_\_ wecken könnten, liegen nicht vor. Dr. J. \_\_\_ hat nachvollziehbar erklärt, dass eine kombinierte Persönlichkeitsstörung mit ängstlich-vermeidenden, abhängigen und histrionischen Anteilen (ICD-10 F61.0) im Vordergrund der Untersuchung gestanden sei. Sie hat diese Diagnose aufgrund der von ihr erhobenen objektiven Befunde überzeugend hergeleitet. Sie hat zudem darauf hingewiesen, dass diese Diagnose auch von den behandelnden Fachärzten und Fachkliniken seit dem Jahr 2010 unverändert angegebenen worden sei. Sie hat ausgeführt, die kombinierte Persönlichkeitsstörung erkläre auch teilweise die mehrfachen und langfristigen stationären Aufenthalte in der E. \_\_\_. Sie hat dieser Diagnose keine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit zugemessen, da die Störung bereits seit der Jugend der Beschwerdeführerin vorliege, es nie zu einer Entlassung aus Persönlichkeitsgründen gekommen sei und eine Krankschreibung rein aus diesem Grund nie erfolgt sei. Diese Einschätzung überzeugt, zumal sich aus den Akten und den Angaben der Beschwerdeführerin hinsichtlich der Auswirkung der Persönlichkeitsstörung auf die frühere Erwerbstätigkeit keine gegenteiligen



Anhaltspunkte ergeben. Im Weiteren hat Dr. J.\_\_\_\_ aufgezeigt, dass sie anlässlich der Untersuchung keine relevante depressive Symptomatik feststellen können, obwohl die Beschwerdeführerin angegeben hat, sich mittelgradig depressiv zu fühlen. Dr. J.\_\_\_\_ hat festgehalten, die behandelnden Ärzte hätten im Verlauf seit dem Jahr 2010 die Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung angegeben. Sie hat deshalb die Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig remittiert (ICD-10 F33.4), gestellt. Die im Gutachten der Medas Ostschweiz angegebene Diagnose einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41) hat Dr. J.\_\_\_\_ bestätigt und entsprechend erklärt. Im Weiteren hat sie ausführlich begründet, weshalb die Diagnose einer komplexen posttraumatischen Belastungsstörung weder im Untersuchungszeitpunkt gestellt noch aufgrund der Berichte der E.\_\_\_\_ und von Dr. G.\_\_\_\_ nachvollzogen werden können. Die Erhebung der Befunde und die gestützt darauf gestellten Diagnosen sind schlüssig und nachvollziehbar; die von derjenigen der behandelnden Ärzten abweichende Einschätzung hat Dr. J.\_\_\_\_ plausibel begründet. Im Weiteren hat sich Dr. J.\_\_\_\_ zu den Standardindikatoren geäußert, insbesondere zur Konsistenz und zu den Ressourcen. Die Ausführungen zu den Ressourcen sind zwar eher knapp ausgefallen; zusammen mit den Schilderungen der Alltagsaktivitäten, die ein beträchtliches Aktivitätsniveau der Beschwerdeführerin aufzeigen (etappenweise Erledigung des Haushalts, Einkaufen, Kochen, Basteln, Umsorgen der Katzen, Kontakte mit Bekannten, IV-act. 213-28), sind diese aber ausreichend und zeigen das Bestehen von erheblichen Ressourcen auf. In Bezug auf die Konsistenz ist festzuhalten, dass Dr. J.\_\_\_\_ als Resultat der neuropsychologischen Testung den Eindruck einer sehr geringen Anstrengungsbereitschaft angegeben hat. Dies stimmt mit der Angabe von Dr. I.\_\_\_\_ überein, wonach die Beschwerdeführerin ihren Beschwerden einen hohen Stellenwert beimesse und daraus recht absolute Schlussfolgerungen in Bezug auf ihre Leistungsfähigkeit ziehe. Dies weist auf eine Selbstlimitierung der Beschwerdeführerin hin. Dr. J.\_\_\_\_ ist zum Schluss gelangt, dass keine Diagnose mit einer Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit vorliege. Demzufolge hat sie eine vollständige Arbeitsfähigkeit in adaptierten Tätigkeiten attestiert. Retrospektiv hat sie einzig für die Zeit der stationären Aufenthalte eine vollständige Arbeitsunfähigkeit attestiert. Diese Arbeitsfähigkeitsschätzung ist in Anbetracht dessen, dass keine Diagnose mit einer Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit vorliegt und dass die Beschwerdeführerin über beträchtliche Ressourcen verfügt, überzeugend. In Bezug auf die retrospektive Arbeitsfähigkeitsschätzung ist ausserdem zu berücksichtigen, dass die Fachärzte der E.\_\_\_\_ in dem für einen potentiellen Rentenanspruch relevanten Zeitraum (also ab dem 1. April 2017 oder dem 1. Mai 2017, vgl. Art. 29 Abs. 1 IVG) bis zum Zeitpunkt der Begutachtung keine beim Austritt bestehende Arbeitsunfähigkeit attestiert und jeweils über einen gebesserten



Gesundheitszustand berichtet haben (Austrittsberichte vom 7. Juni 2017 und vom 3. November 2017, IV-act. 185, 197; im Bericht vom 3. November 2017 ist nur noch eine beim Austritt bestehende leichte depressive Verstimmung angegeben worden). Im Weiteren ist in Bezug auf diese Berichte sowie die Berichte von Dr. G.\_\_\_\_ vom 6. Juni 2017 und vom 18. Dezember 2017 (IV-act. 186, 200) der Erfahrungstatsache Rechnung zu tragen, dass die behandelnden Ärzte aufgrund ihrer auftragsrechtlichen Vertrauensstellung im Zweifel eher zugunsten ihrer Patienten auszusagen pflegen und dazu neigen, die pessimistischen Beschwerdeschilderungen ihrer Patienten als objektiv ausgewiesen zu qualifizieren (vgl. BGE 125 V 353, E. 3b.cc; Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts vom 5. April 2004, I 814/03, E. 2.4.2). Der Umstand, dass Dr. G.\_\_\_\_ in diesen Berichten eine vollständige Arbeitsunfähigkeit für Tätigkeiten auf dem freien Arbeitsmarkt attestiert hat, vermag deshalb keine Zweifel an der Arbeitsfähigkeitsschätzung von Dr. J.\_\_\_\_ zu wecken.

**4.4.** Im Folgenden ist zu prüfen, ob die nach der Erstattung des Gutachtens erstellten Berichte der E.\_\_\_\_ vom 17. Oktober 2018 (IV-act. 218) und 10. Mai 2019 (act. G 12.1) sowie der Bericht von Dr. G.\_\_\_\_ vom 17. Dezember 2018 (IV-act. 226) Zweifel am Gutachten zu wecken vermögen. Im Bericht der E.\_\_\_\_ vom 17. Oktober 2018 haben die Fachärzte keine neuen Diagnosen angegeben. Der stationäre Aufenthalt vom 10. August 2018 bis 21. September 2018 ist wegen einer mittelgradigen depressiven Episode erfolgt. Beim Austritt haben noch ein haftendes Kontaktverhalten und eine Grübelneigung bei einer deutlich gebesserten Stimmung bestanden. Eine beim Austritt bestehende Arbeitsunfähigkeit ist nicht attestiert worden. Selbst wenn sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin aufgrund einer Depression verschlechtert und die Depression eine Arbeitsunfähigkeit ausgelöst haben sollte, liegt aufgrund der relativ kurzen Dauer des stationären Aufenthalts mit einer beim Austritt deutlich gebesserten Stimmung keine längerdauernde Erwerbsunfähigkeit im Sinne von Art. 8 Abs. 1 ATSG vor, die eine Invalidität hätte bewirken können. Der Bericht vom 10. Mai 2019 betrifft einen stationären Aufenthalt vom 1. bis 26. April 2019, also einen Zeitraum nach dem Verfügungserlass. Die Behandlung ist wiederum wegen einer mittelgradigen depressiven Episode erfolgt. Da zur Beurteilung der Rechtmässigkeit der Abweisung des Rentenbegehrens der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin bis zum Zeitpunkt des Verfügungserlasses massgebend ist, sich der Bericht vom 10. Mai 2019 aber auf einen späteren Zeitraum bezieht und keine objektiven Hinweise auf eine Verschlechterung des Gesundheitszustands vor dem 13. Februar 2019 enthält, ist dieser Bericht nicht zu berücksichtigen. Dasselbe gilt in Bezug auf das Schreiben der E.\_\_\_\_ vom 14. August 2019 betreffend ein Indikationsgespräch für eine Anmeldung/Information auf der Traumastation (act. G 15). Diese Berichte wecken somit keine



Zweifel am Gutachten. Dr. G.\_\_\_\_ hat am 17. Dezember 2018 angegeben, sie halte an der Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung fest. Aus ihren Ausführungen ergibt sich aber nicht, wie die angegebenen Symptome einer posttraumatischen Belastungsstörung (Hyperarousal, Intrusionen, Nachhallungen und Wiedererlebenssymptome) auftreten und wie sich diese konkret äussern. Dr. G.\_\_\_\_ hat die Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung also nach wie vor nicht begründet. Im Weiteren hat Dr. G.\_\_\_\_ angeführt, die Summe der psychiatrischen Diagnosen sowie das Fibromyalgie-Syndrom wirkten sich dergestalt aus, dass die Beschwerdeführerin gezwungen sei, auf sich und ihre Befindlichkeit zu achten, d.h. bei Bedarf Pausen einzulegen, und dass sie eine längere Regenerationszeit benötige. Die Beschwerdeführerin benötige einen verständnisvollen Ansprechpartner; ihre Teamfähigkeit sei deutlich herabgesetzt. Aktuell sei eine ca. halbschichtige Wiedereingliederung über den geschützten Arbeitsmarkt vorstellbar. Der Bericht vom 17. Dezember 2018 enthält keine neuen medizinischen Aspekte. Bei der von Dr. G.\_\_\_\_ angegebenen Arbeitsfähigkeitsschätzung handelt es sich lediglich um eine andere Beurteilung desselben Sachverhalts. Dieser Bericht ist somit nicht geeignet, Zweifel am Gutachten zu wecken, zumal auch hier der Erfahrungstatsache Rechnung zu tragen ist, dass die behandelnden Ärzte aufgrund ihrer auftragsrechtlichen Vertrauensstellung im Zweifel eher zugunsten ihrer Patienten auszusagen pflegen und dazu neigen, die pessimistischen Beschwerdeschilderungen ihrer Patienten als objektiv ausgewiesen zu qualifizieren (vgl. BGE 125 V 353, E. 3b.cc; Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts vom 5. April 2004, I 814/03, E. 2.4.2).

**4.5.** Zu prüfen bleibt, ob die Einwände der Beschwerdeführerin Zweifel am Gutachten zu wecken vermögen. Die Beschwerdeführerin hat geltend gemacht, Dr. J.\_\_\_\_ habe bescheinigt, dass die kombinierte Persönlichkeitsstörung isoliert keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit habe. Diese Diagnose sei in Summe mit den weiteren Einschränkungen zu betrachten und habe somit klar Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit. Im Weiteren hat sie vorgebracht, die rezidivierende depressive Störung sei als remittiert eingeschätzt worden. Diese Einschätzung widerspreche sämtlichen fachärztlichen Einschätzungen. Diese Diagnose habe im Verlauf des Jahres immer von leicht über mittelgradig bis teilweise schwer geschwankt. Dazu ist festzuhalten, dass Dr. J.\_\_\_\_ anlässlich der Begutachtung keine depressiven Symptome hat feststellen können. Die Diagnose eines im Untersuchungszeitpunkt remittierten depressiven Zustandbilds ist daher überzeugend. In Bezug auf die Berichte der behandelnden Fachärzte ist auf die Ausführungen in der Erwägung 4.4 zu verweisen. Hinsichtlich der Diagnose der kombinierten Persönlichkeitsstörung ist darauf hinzuweisen, dass Dr. J.\_\_\_\_ überzeugend begründet hat, weshalb diese Diagnose keinen Einfluss auf die



Arbeitsfähigkeit hat. Nicht ersichtlich ist, inwiefern sich an der Arbeitsfähigkeitsschätzung etwas ändern sollte, wenn man diese Diagnose in Kombination mit den Diagnosen einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Anteilen und einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig remittiert, betrachtet, da gemäss der überzeugenden Einschätzung von Dr. J.\_\_\_\_ keine der genannten Diagnosen eine Einschränkung der zumutbaren Arbeitsfähigkeit zur Folge hat. Die Beschwerdeführerin hat schliesslich angeführt, die Beschwerdegegnerin habe das generalisierte Schmerzsyndrom in den Vordergrund gestellt, gehe jedoch in keiner Weise auf die Diagnosen einer komplexen posttraumatischen Belastungsstörung und einer kombinierten Persönlichkeitsstörung ein. Die Beschwerdeführerin übersieht dabei, dass der angefochtenen Verfügung vom 13. Februar 2019 das bidisziplinäre Gutachten von Dres. I.\_\_\_\_ und J.\_\_\_\_ zugrunde liegt, worin die Diagnosen ausführlich diskutiert worden sind. Der Einwand der Beschwerdeführerin ist damit nicht stichhaltig.

**4.6.** Zusammenfassend ist festzuhalten, dass weder die Einwände der Beschwerdeführerin noch die Berichte der E.\_\_\_\_ und von Dr. G.\_\_\_\_ Zweifel an der gutachterlichen Einschätzung zu wecken vermögen. Damit steht mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit fest, dass die Beschwerdeführerin in adaptierten Tätigkeiten vollständig arbeitsfähig ist. Retrospektiv hat lediglich während der stationären Aufenthalte eine vollständige Arbeitsunfähigkeit bestanden. Da diese Aufenthalte jeweils nur von relativ kurzer Dauer gewesen sind, haben diese keine invalidenversicherungsrechtlich relevante, anhaltende Arbeitsunfähigkeit zur Folge gehabt.

## **5.**

Bleibt der von der Beschwerdegegnerin vorgenommene Einkommensvergleich zu überprüfen.

**5.1.** Zunächst ist massgebend, auf welcher Basis der Einkommensvergleich durchzuführen ist. Der Rentenanspruch entsteht frühestens nach Ablauf von sechs Monaten nach der Geltendmachung des Leistungsanspruchs (Art. 29 Abs. 1 IVG). Die Beschwerdeführerin hat sich am 31. Oktober 2016/2. November 2016 zum Leistungsbezug angemeldet. Der frühest mögliche Rentenbeginn ist also der 1. April 2017 oder der 1. Mai 2017 gewesen (welches Datum massgebend ist, kann offengelassen werden). Basis für den Einkommensvergleich bilden damit die Verhältnisse im Jahr 2017.



**5.2.** Die Beschwerdeführerin hat eine zweijährige Anlehre als Verkäuferin absolviert und anschliessend während einigen Jahren in diesem Beruf gearbeitet. Obwohl sie später auch als Restaurantmitarbeiterin und als Lagermitarbeiterin gearbeitet hat (vgl. die Arbeitszeugnisse, IV-act. 134), also eine Hilfsarbeiterinnentätigkeit ausgeübt hat, könnte sie im fiktiven "Gesundheitsfall" wieder als Verkäuferin arbeiten. Das vor rund 30 Jahren erlernte Wissen und die damals erlernten Fähigkeiten könnte sie nämlich, allenfalls nach einer kurzen Einarbeitung, auch heute noch einsetzen, da sich die beruflichen Anforderungen einer Verkäuferin nicht in einem Ausmass geändert haben, dass die damals erworbenen Berufskenntnisse aus heutiger Sicht nutzlos wären. Die Validenkarriere besteht damit in einer Tätigkeit als Verkäuferin. Das durchschnittliche Einkommen einer Verkäuferin in der Altersgruppe 30-49 Jahre hat im Jahr 2016 Fr. 4'550.-- monatlich betragen (Schweizerische Lohnstrukturerhebung des Bundesamts für Statistik, T17, Monatlicher Bruttolohn [Zentralwert] nach Berufsgruppen, Lebensalter und Geschlecht, privater und öffentlicher Sektor [Bund, Kantone, Bezirke, Gemeinden, Körperschaften] zusammen). Aufgerechnet auf das Jahr 2017 (Schweizerischer Lohnindex: Index und Veränderungen auf der Basis 2015 = 100 [NOGA08], Nominallohnindex 2016-2019, T1.15, Detailhandel) hat es Fr. 4'559.-- betragen (Fr. 4'550.-- ÷ 100.5 × 100.7).

**5.3.** In Bezug auf die Bemessung des Invalideneinkommens ist massgebend, dass der Beschwerdeführerin in einer adaptierten Tätigkeit als Hilfsarbeiterin eine Vollerwerbstätigkeit zumutbar ist, während aufgrund des im Gutachten von Dr. I.\_\_\_\_ formulierten Belastungsprofils in der angestammten Tätigkeit als Verkäuferin keine vollständige Arbeitsfähigkeit mehr gegeben sein dürfte. Die Beschwerdeführerin vermag deshalb mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit in einer Hilfsarbeiterinnentätigkeit ein höheres Einkommen zu erzielen als in einer (in der Arbeitsfähigkeit eingeschränkten) Tätigkeit als Verkäuferin, zumal der Zentralwert des Einkommens einer Verkäuferin nicht wesentlich höher liegt als der Zentralwert des Einkommens einer Hilfsarbeiterin. Das durchschnittliche monatliche Einkommen einer Hilfsarbeiterin hat im Jahr 2017 nämlich Fr. 4'379.-- brutto betragen (vgl. Anhang 2 der IV-Ausgabe der Informationsstelle AHV/IV, Ausgabe 2019). Die Invalidenkarriere besteht also in einer Tätigkeit als Hilfsarbeiterin. Nun stellt sich die Frage, ob die Beschwerdeführerin zusätzliche Lohnnachteile in Kauf zu nehmen hat. Bei Personen, die in ihrer Arbeitsfähigkeit eingeschränkt sind, können im Vergleich zu gesunden Arbeitnehmern nämlich Lohnnachteile entstehen, da der Wert der Arbeitsleistung aus der Sicht eines betriebswirtschaftlich-ökonomisch handelnden Arbeitgebers vermindert ist. Eine gesundheitlich beeinträchtigte Person wäre nämlich unfähig, sich vorübergehend an einem nicht adaptierten Arbeitsplatz einsetzen zu lassen. Sie wäre in



der Regel auch nicht in der Lage, Überstunden zu leisten. Längerfristig betrachtet bestünde zudem das Risiko von vermehrten krankheitsbedingten Absenzen. Geht man von einem *ökonomischen* Invaliditätsbegriff aus bzw. will man einen Soziallohnanteil ausscheiden, ist wegen diesen Nachteilen, die betriebswirtschaftlich zu einem Minderlohn zwingen würden, bei der Ermittlung des Ausgangswerts des zumutbarerweise erzielbaren Invalideneinkommens ein zusätzlicher Abzug vorzunehmen. Ob die Beschwerdeführerin mit zusätzlichen Lohnnachteilen zu rechnen hat, welche einen zusätzlichen Abzug vom zumutbarerweise erzielbaren Invalideneinkommen rechtfertigen würde, kann vorliegend aber offenbleiben. Denn selbst bei einer grosszügigen Betrachtungsweise würde dieser Abzug sicher nicht mehr als 15% betragen; das Invalideneinkommen läge damit bei Fr. 3'722.--. Bei einem Valideneinkommen von Fr. 4'559.-- und einem Invalideneinkommen von Fr. 3'722.-- würde der Invaliditätsgrad 18% betragen. Ein Rentenanspruch resultiert damit nicht.

**5.4.** Aus dem Einkommensvergleich resultiert somit ein Invaliditätsgrad von maximal 18%. Die Beschwerdegegnerin hat einen Anspruch der Beschwerdeführerin auf eine Invalidenrente im Ergebnis also zu Recht verneint. Die Beschwerde ist demnach abzuweisen.

## 6.

**6.1.** 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<sup>bis</sup> IVG). Eine Gerichtsgebühr von Fr. 600.-- erweist sich in der vorliegend zu beurteilenden Angelegenheit als angemessen. Dem Ausgang des Verfahrens entsprechend ist sie vollumfänglich der Beschwerdeführerin aufzuerlegen. Zuzufolge unentgeltlicher Rechtspflege (Befreiung von den Gerichtskosten) ist sie von der Bezahlung zu befreien.

**6.2.** Die Beschwerdeführerin hat ihren Rechtsvertreter erst nach dem Abschluss des Schriftenwechsels mandatiert. Der Rechtsvertreter hat das Versicherungsgericht am 2. November 2020 um Akteneinsicht ersucht, um der Beschwerdeführerin den weiteren Verfahrensablauf erläutern und eine Einschätzung abgeben zu können. Am 20. November 2020 hat er die Zustellung der Akten verdankt und angegeben, dass er sich davon Kopien erstellt habe. Dem Ausgang des Beschwerdeverfahrens gemäss hat die Beschwerdeführerin keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung (vgl. Art. 61 lit. g ATSG). Ihr Rechtsvertreter hat kein Gesuch um die Gewährung der unentgeltlichen Rechtsverteidigung gestellt. Damit besteht weder ein Anspruch auf eine Parteientschädigung noch ein Anspruch auf eine Entschädigung durch den Staat.



**6.3.** Eine Partei, der die unentgeltliche Rechtspflege gewährt wurde, ist zur Nachzahlung der Gerichtskosten 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 zufolge unentgeltlicher Rechtspflege von der Bezahlung der Gerichtskosten von Fr. 600.-- befreit.