



Fall-Nr.: IV 2018/203
Stelle: Versicherungsgericht
Rubrik: IV - Invalidenversicherung
Publikationsdatum: 23.08.2021
Entscheiddatum: 07.07.2020

Entscheid Versicherungsgericht, 07.07.2020

Beweiswürdigung hinsichtlich eines sich über lange Zeit erstreckenden medizinischen Sachverhalts mit unter anderem vier (davon zwei polydisziplinären) Gutachten (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 7. Juli 2020, IV 2018/203).

Entscheid vom 7. Juli 2020

Besetzung

Versicherungsrichterinnen Karin Huber-Studerus (Vorsitz), Monika Gehrer-Hug und Michaela Machleidt Lehmann; Gerichtsschreiberin Fides Hautle

Geschäftsnr.

IV 2018/203

Parteien

A.____,

Beschwerdeführerin,

vertreten durch Rechtsanwältin lic. iur. Christa Rempfler, Falkensteinstrasse 1,
Postfach 152, 9016 St. Gallen,

gegen

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



Beschwerdegegnerin,

Gegenstand

Rente

Sachverhalt

A.

A.a. A.____ wurde am 19. Oktober 2011 wegen einer psychisch bedingten Arbeitsunfähigkeit seit dem 25. Juli 2011 durch die Krankentaggeldversicherung zur Früherfassung bei der Invalidenversicherung gemeldet (IV-act. 1). Dr. med. B.____, Innere Medizin FMH, hatte der Versicherung am 15. September 2011 (Fremd-act. 2-17) von einer chronischen Angst- und Panikstörung, depressiven Episoden, Adipositas, chronischer Hyperventilation und Tachykardie der Versicherten berichtet. Schon ca. 2008 seien bei einer Stresssituation ähnliche Probleme aufgetreten. Die Versicherte sei im März/April 2011 arbeitsunfähig gewesen (teilweise und ganz). - Gemäss dem IV-Gesprächsprotokoll vom 10./11. November 2011 (IV-act. 3) gab die Versicherte an, die seit September 2009 innegehabte Stelle im ____ sei ihr auf Oktober 2011 gekündigt worden. Seit März 2011 könne sie nicht atmen, liege ein Stein auf ihrer Brust, habe sie jede Sekunde Angst vor einem Herzinfarkt und schlafe sie schlecht. Sie habe ein schwieriges Leben hinter sich. Es sei alles zu viel geworden. Sie könne sich bei der Arbeit nicht konzentrieren, habe überall Schmerzen (an allen Knochen, am Herzen, geschwollene Knie) und keine Lust aufzustehen. Eine Person in ihr sage dies, eine andere das; sie wisse dann nicht, was sie jetzt tun solle. Sie brauche Therapie und Zeit. Die Medikamente (Cipralex, Troxan, Trimipramin) würden ihr bereits helfen. - Auf Anraten der IV meldete sich die Versicherte am 17./18. November 2011 (IV-act. 5) zum Bezug von Leistungen an. Sie habe in der Heimat eine Ausbildung als ____ gemacht, sei seit 1996 in der Schweiz, geschieden und Mutter eines Kindes. Im November 2011 sei Vormundschaft für sie beantragt worden. - Die Arbeitgeberin gab in ihrer Bescheinigung vom 28. November 2011 (IV-act. 12) an, die Versicherte sei bis Ende Oktober 2011 (bei vollzeitlichem Pensum) angestellt gewesen und im Stundenlohn entlöhnt worden. Es sei ihr gekündigt worden, weil sie für die Unternehmung nicht



mehr tragbar gewesen sei. Sie habe nicht mehr arbeiten wollen. Andernfalls hätte sie immer noch eine Stelle. - Gemäss IK-Auszug (IV-act. 11; vgl. Lebenslauf, IV-act. 6) hatte die Versicherte (vor der oben erwähnten Stelle) längere Anstellungen bei einem Arbeitgeber (___) von Oktober 2000 bis September 2001 sowie von April 2008 bis September 2009, bei einer Arbeitgeberin (als ___) von März 2002 bis April 2005 und bei einer weiteren Arbeitgeberin (___) von Januar 2006 bis März 2007 gehabt. - Das Psychiatrische Zentrum C. ___ (Dr. med. D. ___, Psychiatrie und Psychotherapie) gab dem Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD) der Invalidenversicherung am 8. Dezember 2011 (IV-act. 13, 22) an, es bestünden bei der Versicherten ein V. a. akzentuierte Persönlichkeitszüge (DD emotional instabile Persönlichkeit) vor dem Hintergrund lang anhaltender Gewalterfahrung und eine depressiv geprägte Störung in noch instabiler Remission, aktuell unter Schonbedingungen leichtgradig. Die Behandlung habe am 14. April 2011 begonnen, die Arbeitsunfähigkeit am 25. Juli 2011. In einem ruhigen, klar strukturierten, wertschätzenden Umfeld sei das Störungsbild mittlerweile funktionell weniger einschränkend. Ein Pensum von 50 % - während einer halbtägigen Anwesenheit - ohne weitere Leistungseinschränkung könne versuchsweise befürwortet werden. Auch ein höheres zeitliches Pensum bei verminderter Leistung sei je nach Arbeitsplatzgestaltung eventuell möglich. Eine schrittweise Steigerung auf 80 bis 100 % Arbeitsfähigkeit sei innerhalb eines Jahres zu erhoffen. - Die IV-Eingliederungsverantwortliche hielt am 13. Januar 2012 (IV-act. 26) fest, die Versicherte mache einen gesundheitlich etwas besseren Eindruck, spreche jedoch von Stimmen, die sie höre. Sie halte sich für nicht arbeitsfähig. - In einem IV-Arztbericht vom 2. Mai 2012 (IV-act. 33) gab die Psychiatrische Tagesklinik (Dr. med. E. ___, Psychiatrie und Psychotherapie) an, es bestünden bei der seit 27. Februar 2012 teilstationär behandelten Versicherten rezidivierende mittelgradig depressive Episoden vor dem Hintergrund einer episodisch paroxysmalen Angst und einer Persönlichkeitsakzentuierung mit vorwiegend dependenten und histrionen Zügen, ein V.a. PTBS [wohl: PTBS, posttraumatische Belastungsstörung] sowie eine Sensibilitätsstörung und eingeschränkte Beweglichkeit Dig. IV und V sowie der angrenzenden Handinnenfläche li. mit V.a. Nervus ulnaris-Syndrom. Die Versicherte habe von bereits in der Kindheit bzw. Jugendzeit vorhandenen psychischen Problemen berichtet (Überforderung durch Verantwortung, Adoleszenzkrise) mit SMVen und zwei psychiatrischen Hospitalisationen (einmal zwei Monate, einmal drei Tage). Trotz



deutlicher Verbesserung des depressiven Zustandsbildes bestehe eine deutlich verminderte Belastbarkeit. Druck und Stress seien ihr derzeit wegen der Gefahr einer erneuten Dekompensation nicht zumutbar. Ab Eintritt einer Stabilisierung könne mit einer Wiederaufnahme der Tätigkeit zu 20 bis 30 % gerechnet werden. Am 18. Juni 2012 rechnete die behandelnde Ärztin (Dr. E.____) mit einer Arbeitsfähigkeit der Versicherten von 50 % ab dem Lauf von August (IV-act. 35-2), im Austrittsbericht vom 3. Juli 2012 (Austrittstag, auch angegeben 29. Juni 2012; IV-act. 39) attestierte sie ihr dann eine Arbeitsunfähigkeit von 60 % ab 3. August 2012. Diagnostiziert waren rezidivierende mittel- bis schwergradig depressive Episoden, derzeit leichtgradige Episode, eine Panikstörung mit agoraphobischen Ängsten DD Depression und Angst gemischt, vor dem Hintergrund akzentuierter Persönlichkeitszüge mit vorwiegend Anteilen vom Cluster B, ein chronischer Nikotinabusus und eine Binge-Eating-Disorder.

A.b. Weil die Tätigkeit im ____ nicht mehr zumutbar und es der Wunsch der Versicherten sei, in der Pflege zu arbeiten (vgl. IV-act. 47), sprach die Sozialversicherungsanstalt/IV-Stelle des Kantons St. Gallen der Versicherten am 24. September 2012 (IV-act. 49) als Integrationsmassnahme ein Aufbautraining in einer Institution für die Dauer vom 12. September 2012 bis 11. März 2013 zu. Diese erstattete diverse Zwischenberichte (IV-act. 54, 57, 60 f., 63, 71, 75, 80).

A.c. Dr. med. F.____, Psychiatrie und Psychotherapie FMH, hatte in seinem für die Krankentaggeldversicherung erstellten, der IV im November 2012 bekannt gewordenen psychiatrischen Gutachten vom 12. Juni 2012 (Fremd-act. 11-38 ff.) eine rezidivierende depressive Störung, mittelgradige depressive Episode ab Frühjahr 2011, inzwischen teilremittiert, in leicht- bis mittelgradiger Ausprägung, sowie eine Panikstörung mit agoraphobischen Ängsten, inzwischen teilremittiert, diagnostiziert, daneben - ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit - akzentuierte Persönlichkeitszüge mit histrionischen und emotional-instabilen Anteilen, eine Binge-Eating-Disorder und Adipositas. Die Versicherte sei seit Juli 2011 voll arbeitsunfähig gewesen, und sei seit Ende Mai 2012 zu ca. 70 % arbeitsunfähig, angesichts der andauernden tagesklinischen Behandlung bis voraussichtlich Ende Juni 2012 definitionsgemäss aber noch zu 100 %, ab Anfang Juli 2012 zu ca. 70 % mit schrittweiser Besserungstendenz. Eine Tätigkeit im geschützten Rahmen sei nicht erforderlich (Fremd-act. 11-49 f.). Voraussichtlich spätestens ab Juli oder August 2012 sei mit einem möglichen



Arbeitspensum von ca. 50 % zu rechnen (Fremd-act. 11-50) bzw. nach Abschluss der tagesklinischen Behandlung [voraussichtlich Ende Juni 2012] mit einer Arbeitsunfähigkeit von 40 bis 50 % mit weiterer kurzfristiger Besserungstendenz (Fremd-act. 11-51 f.), innerhalb der nächsten drei bis vier Monate mit einer Arbeitsfähigkeit ohne wesentliche Einschränkung (IV-act. 11-52). - In einem (zweiten) psychiatrischen Gutachten vom 5. November 2012 (Fremd-act. 11-1 bis 15) gab Dr. F. ___ als (Haupt-) Diagnose (verkürzt wiedergegeben) einzig eine rezidivierende depressive Störung, noch leichte depressive Episode, an. Die Arbeitsunfähigkeit habe ab Beginn von Juli 2012 ca. 70 % und ab August 2012 50 % betragen. Seit Oktober 2012 mache die Arbeitsunfähigkeit noch ca. 20 % aus (Fremd-act. 11-12). Die Restarbeitsfähigkeit sei eindeutig in der freien Wirtschaft realisierbar. Eine weitere Verbesserung im Bereich von ca. 10 bis 20 % sei bei Behandlung voraussichtlich in den nächsten zwei bis drei Monaten zu erwarten (Fremd-act. 11-13). Die Versicherte schätze ihre Arbeitsunfähigkeit etwas zu hoch ein. Die behandelnden Ärzte und Therapeuten sollten die Versicherte realistisch unterstützen, ihr etwas zutrauen und sie nicht erneut verunsichern (Fremd-act. 11-14). - Auf Vorlage (vgl. IV-act. 56) dieser beiden Gutachten von Dr. F. ___ vom 12. Juni 2012 und vom 5. November 2012 hin hielt der RAD am 26. November 2012 (IV-act. 58) dafür, es scheine wegen der weiterhin bestehenden erhöhten Vulnerabilität der Versicherten und Rückfallgefahr nicht zweckmässig, die laufende abgestufte Integration(-smassnahme) abubrechen oder wesentlich zu beschleunigen.

A.d. Die IV-Eingliederungsverantwortliche beantragte am 25. Februar 2013 eine Verlängerung der Integrationsmassnahme. Die Versicherte sei zurzeit sehr instabil und mache eher Rückschritte (vgl. IV-act. 64, 66). Die Sozialversicherungsanstalt/IV-Stelle verfügte daraufhin eine Verlängerung bis 11. Juni 2013 (IV-act. 67). Aufgrund eines Berichts der Institution vom 13. März 2013 (IV-act. 71) wurde in einem Strategie-Protokoll festgehalten, der Gesundheitszustand der Versicherten sei instabil, es sei zu Absenzen gekommen, private Probleme raubten der Versicherten Energien, sie besuche den Deutschkurs nicht mehr und an eine Arbeitsfähigkeit im ersten Arbeitsmarkt sei nicht zu denken, weshalb abgeklärt werden sollte, ob ein stationärer oder teilstationärer Aufenthalt erforderlich sei (IV-act. 76). - In einem Schlussbericht Verlängerung-AT vom 10. Juni 2013 (IV-act. 81) gab die Institution bekannt, auch eine



Teilanstellung im allgemeinen Arbeitsmarkt wäre zurzeit eine Überforderung der Versicherten. Sie bedürfe einer Begleitung am Arbeitsplatz (IV-act. 81-4). - Am 30. Juli 2013 (IV-act. 85) erfolgte der Abschluss der beruflichen IV-Massnahmen, weil die Ziele nicht hätten erreicht werden können. Die Versicherte werde wahrscheinlich an einem Einsatzprogramm des Regionalen Arbeitsvermittlungszentrums (RAV) teilnehmen können.

A.e. In einem IV-Arztbericht vom 20. Januar 2014 (IV-act. 93) gab Dr. med. G.____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, als Diagnosen der Versicherten rezidivierende depressive Episoden, aktuell remittiert, eine entzündliche ZNS-Erkrankung, eine Persönlichkeitsakzentuierung mit emotional-instabilen Zügen und eine Panikstörung an. Die Behandlung finde seit November 2012 statt. Die Stimmung der Versicherten sei labil, die Berichterstattung erfolge klagsam, es bestünden eine Grübelneigung, Ängste und ein Vermeidungsverhalten. Bei einer Konfrontation mit angstauslösenden Situationen erfolge eine Vermeidung oder eine Symptomverschlechterung. Die Befunde bewirkten eine Leistungsreduktion um ca. 30 %. Adaptiert sei eine gut strukturierte Tätigkeit ohne besondere Herausforderungen bei der Entscheidungsfähigkeit und bei sozialen Anforderungen. Längerfristig sei eine Steigerung von 70 % auf 80 % Arbeitsfähigkeit möglich. Gemäss einem beigelegten Bericht der Klinik für Neurologie am Kantonsspital St. Gallen vom 9. Januar 2014 (IV-act. 93-9 ff) waren dort eine entzündliche ZNS-Erkrankung, eine Migräne ohne Aura, rezidivierende linksseitige Thoraxschmerzen und anamnestisch rezidivierende Panikattacken diagnostiziert worden. - Dr. B.____ hatte am 3. Februar 2014 (IV-act. 94) unter Beilage von Berichten der Klinik für Neurologie am Kantonsspital St. Gallen vom 20. Dezember 2013, vom 9. und vom 16. Januar 2014 über neue Diagnosen informiert. - Am 11. März 2014 (IV-act. 96) wurde festgehalten, aufgrund der von den behandelnden Stellen beschriebenen deutlichen Verbesserung des Gesundheitszustands würden die beruflichen Massnahmen wieder aufgenommen. - In einem Bericht vom 24. März 2014 (IV-act. 100) gab die Klinik für Neurologie am Kantonsspital St. Gallen als bei der Versicherten vorliegende Diagnose in erster Linie ein klinisch isoliertes Syndrom (ICD-10: G35.0 [Multiple Sklerose, Encephalomyelitis disseminata]) an. - Im ____ 2014 (IV-act. 101) überprüfte das Migrationsamt das Aufenthaltsverhältnis der Versicherten (durch Anfrage beim RAV).



A.f. Der RAD nahm aufgrund der Berichte und des eindrücklichen sozialpraktischen Befunds (Bericht der IV-Eingliederungsverantwortlichen) keine Arbeitsfähigkeit an (IV-act. 102-2). Die IV-Eingliederungsverantwortliche berichtete am 23. Juni 2014 (IV-act. 106), die Versicherte sei nicht in der Lage, auf dem ersten Arbeitsmarkt einer Arbeit nachzugehen. Sie habe oft abwesend gewirkt. Zur schwierigen gesundheitlichen Situation kämen erschwerende psychosoziale Faktoren wie Schulden, Probleme mit dem Kind, drohende Aussteuerung, Anmeldung auf dem Sozialamt.

A.g. Nach einer psychologischen Untersuchung berichtete die Psychologin der Klinik für Neurologie am Kantonsspital St. Gallen am 18. Juni 2014 (IV-act. 109), es hätten sich "vordergründig" eine schwankende Anstrengungsbereitschaft und eine gestörte Antriebs- und Aufmerksamkeitsaktivierung objektiviert. In einem Verfahren zur Symptomvalidierung hätten sich Hinweise auf eine reduzierte Anstrengungsbereitschaft der Versicherten ergeben. Es sei in den durchgeführten Testverfahren zu vielen schwer verminderten Resultaten gekommen. Einzig im Lesen und Schreiben und in der Figur-Grundwahrnehmung hätten sich keine Einschränkungen gezeigt. Es hätten sich Hinweise auf eine deutlich ausgeprägte Fatigue und eine reduzierte psychophysische Belastbarkeit ergeben. In der Verhaltensbeobachtung hätten sich Hinweise auf eine depressive Symptomatik ergeben. Die kognitiven Funktionsstörungen und die schwankende Anstrengungsbereitschaft würden "vordergründig" auf die psychiatrische Erkrankung zurückgeführt. Die Minderung der Anstrengungsbereitschaft, des Antriebs und der Aufmerksamkeitsaktivierung dürfte die Arbeitsfähigkeit deutlich einschränken. - Dr. G.____ teilte am 8. August 2014 (IV-act. 113) mit, im Lauf des Jahres 2013 hätten die depressive Symptomatik, der ängstliche Rückzug und die affektive Labilität abgenommen. Seit ca. zu Beginn des Jahres 2014, zeitlich zusammenhängend mit der ZNS-Diagnose, sei eine Verschlechterung der psychischen Befindlichkeit zu beobachten. Es entstehe der Eindruck, die psychischen Kompensationsmechanismen seien unzureichend wirksam, und es bestünden zunehmende Ratlosigkeit und psychische Destabilisierung. - Die Klinik für Neurologie am Kantonsspital St. Gallen berichtete am 7. August 2014 (IV-act. 115) von seit Juni 2014 bestehenden psychogenen hyperkinetischen Bewegungsstörungen. Grund dafür könnte die bestehende psychosoziale Belastungssituation (finanzielle Probleme, Ängste in Bezug auf das Kind, bisher nicht erfolgte Krankheitsverarbeitung) sein. Die Versicherte hatte



erklärt, die Unruhe sei klar abhängig von Stress. Zuhause verschwinde sie zum Teil sogar ganz, insbesondere wenn sie allein sei und abschalten könne. - Der RAD hielt am 25. August 2014 (IV-act. 117) dafür, die Versicherte sei seit Juli 2011 nicht arbeitsfähig. Von einem Gutachten sei kein besser begründetes Resultat zu erwarten. Die Sozialversicherungsanstalt/IV-Stelle gab am 24. September 2014 (IV-act. 119) bekannt, berufliche Eingliederungsmassnahmen seien nicht (mehr) möglich.

A.h. Nachdem der Versicherten am 23. April 2015 (IV-act. 126) mitgeteilt worden war, es habe eine polydisziplinäre Begutachtung zu erfolgen, ersuchte sie am 1. Mai 2015 (IV-act. 128) darum, einen Gutachter in der örtlichen Nähe zu wählen, da sie grosse Schwierigkeiten mit langen Anfahrten habe. Ausserdem werde sie Ende Juli ihre Familie in der Heimat besuchen. Beauftragt wurde in der Folge die asim Begutachtung am Universitätsspital Basel (fortan kurz: asim; IV-act. 135).

A.i. Die asim gab in ihrem Gutachten vom 19. November 2015 (IV-act. 147) als bei der Versicherten vorhandene Diagnosen (verkürzt wiedergegeben) an: eine demyelinisierende ZNS-Erkrankung (aktuell ohne immunmodulierende Therapie; St. n. immunmodulatorischer Therapie von 01/2014 bis 02/2014, abgesetzt wegen Spritzenangst und dermalen Nebenwirkungen), chronische Kopfschmerzen vom Spannungstyp (aktuell zusätzlich v. a. Kopfschmerz bei Medikamentenübergebrauch), eine episodische Migräne mit Aura und eine hyperkinetische Bewegungsstörung unklarer Ätiologie. Ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit seien eine depressive Episode, gegenwärtig remittiert, eine Agoraphobie und akzentuierte Persönlichkeitszüge mit emotional instabilen und histrionischen Anteilen. Die Versicherte sei in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit wie in körperlich leichten und mittelschweren angepassten Verweisungstätigkeiten zu 70 % arbeitsfähig. Die Einschränkung sei durch einen erhöhten Pausenbedarf aufgrund der neurologischen Diagnosen begründet. Aus psychiatrischer Sicht sei die Versicherte voll arbeitsfähig. Berufliche Massnahmen seien sofort zumutbar.

A.j. Am 22. Februar 2016 (IV-act. 150) teilte die Rechtsvertreterin der Versicherten unter Beilage eines Berichts der Klinik für Neurologie am Kantonsspital St. Gallen vom 3. Februar 2016 (IV-act. 151) mit, deren Gesundheitszustand habe sich verschlechtert. Im Bericht war die Diagnose einer multiplen Sklerose, schubförmiger Verlauf, ED



St.Galler Gerichte

01/2016 (ICD 10: G 35.1), gestellt und es war eine Therapie mit Gilenya in Aussicht genommen worden (nach ophthalmologischer und dermatologischer Abklärung). Am 20. Juni 2016 (IV-act. 157) reichte die Rechtsvertreterin einen Verlaufsbericht der erwähnten Klinik vom 10. Juni 2016 (IV-act. 158) ein. Diese (die Klinik für Neurologie am Kantonsspital St. Gallen) gab ferner in einem IV-Arztbericht vom 11. August 2016 (Eingangsdatum, IV-act. 164; letzte Verlaufskontrolle noch vor dem augenärztlichen Bericht vom 12. Juli 2016, nachfolgend) unter anderem an, aufgrund der stark psychogen überlagerten Symptomatik sei die Arbeitsfähigkeit schwer beurteilbar. Eine Krankschreibung durch die Klinik sei nicht erfolgt. Die Versicherte sei glaubhaft im Visus beidseits (wahrscheinlich liege ein St. n. Retrobulbärneuritis vor) und durch eine Gangstörung eingeschränkt. Der Gang sei möglicherweise leicht ataktisch, aber deutlich durch die funktionelle Gangstörung überlagert. Paresen, die die Gehfähigkeit einschränken könnten, bestünden nicht. Aus neurologischer Sicht sei die Versicherte für angepasste Tätigkeiten (ohne lange Geh- und Stehbelastung, ohne Erfordernisse eines sehr guten Visus) voll arbeitsfähig. Aufgrund der Kopfschmerzen könnte ein vermehrter Pausenbedarf bestehen. Die psychogene Einschränkung sei von einem entsprechenden Spezialisten zu beurteilen. - Von ophthalmologischer Seite hatte sich am 13. Juni 2016 (vgl. Bericht vom 12. Juli 2016, IV-act. 161) keine Arbeitsunfähigkeit ergeben, dermatologisch gesehen im Februar 2016 (vgl. IV-act. 160) ebenfalls nicht. - Dr. B. ___ teilte im IV-Arztbericht vom 11. August 2016 (IV-act. 165) mit, die Versicherte sei seit mehr als zwei Jahren zu rund 60 % arbeitsunfähig. Sie leide immer wieder an starken Schwindelanfällen und könne dann das Haus nicht verlassen. Teilweise lägen auch Ängste und ein sozialer Rückzug vor. Höchstens eine Teilzeitarbeit von 40 bis 50 % im geschützten Rahmen sei denkbar. - Der RAD befürwortete am 16. August 2016 (IV-act. 166) eine erneute MEDAS-Begutachtung. Das asim-Gutachten sei als Momentaufnahme in damals instabilem Gesundheitszustand der Versicherten zu sehen, inzwischen sei die Diagnose einer multiplen Sklerose formal bestätigt worden und schon im asim-Gutachten sei eine neuropsychologische Verlaufsdagnostik diskutiert worden. - Mit Schreiben vom 3. Oktober 2016 (IV-act. 170) liess die Versicherte einen Verlaufsbericht der Klinik für Neurologie am Kantonsspital St. Gallen vom 23. September 2016 (IV-act. 171) einreichen. Es gehe ihr körperlich und psychisch sehr schlecht. Im Bericht war festgehalten worden, diagnostisch sei der Zustand gemäss dem letzten MRI vom 23. August 2016 stationär ohne Krankheitsmanifestation.



St.Galler Gerichte

- Dr. G.____ gab in einem IV-Verlaufsbericht vom 14. Oktober 2016 (IV-act. 173) an, der Verlauf gestalte sich schwierig; zurzeit bestehe eine geringe Behandlungskontinuität. Es zeichne sich ein Wechsel zwischen Antriebsarmut und einem gesteigerten Antrieb ab. Die Stimmung sei wechselhaft von deprimiert bis reizbar. Es bestünden eine wechselhafte Aufmerksamkeit, Vergesslichkeit, ein sprunghafter, ausweichender formaler Gedankengang, Hinweise für Pseudohalluzinationen, Wahnideen, anamnestisch ein sozialer Rückzug und Streitbarkeit. Seit ca. 2014 seien keine (ausreichende) psychische Stabilität und kein verwertbares berufliches Leistungsvermögen vorhanden. - Am 27. Januar 2017 (IV-act. 184) reichte die Rechtsvertreterin der Versicherten einen audio-neurootologischen Bericht von Dr. med. H.____, Spezialarzt FMH für Otorhinolaryngologie, Hals- und Gesichtschirurgie, vom 28. November 2016 (IV-act. 185) ein, am 2. Mai 2017 (IV-act. 190) einen Operationsbericht (Septumrekonstruktion, submuköse Turbinoplastik beidseits) der Hals-Nasen-Ohrenklinik am Kantonsspital St. Gallen vom 7. März 2017 (IV-act. 191) und einen Verlaufsbericht der Klinik für Neurologie am Kantonsspital St. Gallen vom 9. März 2017 (IV-act. 192), am 22. Mai 2017 (IV-act. 198) ausserdem ein ärztliches Zeugnis von Dr. B.____ vom 3. Mai 2017 (IV-act. 199-1) und ein Schreiben von Dr. G.____ vom 12. Mai 2017 (IV-act. 199-2). In Letzterem hatte die Psychiaterin erklärt, anzustreben sei eine Tätigkeit der Versicherten im geschützten Arbeitsmarkt, beginnend mit ca. 20 % mit Steigerung auf maximal 40 %. Das wäre für die psychische Gesundheit vorteilhaft.

A.k. Das Swiss Medical Assessment- and Business-Center SMAB erhob gemäss dem Gutachten vom 28. Juli 2017 (IV-act. 209) als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine Encephalomyelitis disseminata, schubförmiger Verlauf, Erstmanifestation 2013. Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit seien ein Verdacht auf klassische Migräne und ein solcher auf Spannungskopfschmerzen, ausserdem rezidivierende Depressionen, zurzeit remittiert, episodisch paroxysmale Angst (Panikstörung), eine kombinierte Persönlichkeitsstörung, eine dissoziative Bewegungsstörung, eine Bronchitis und eine Hyperurikämie. Die Versicherte sei in ihrer bisherigen Tätigkeit zu 70 % arbeitsfähig, in einer leidensadaptierten Tätigkeit zu 80 %.

A.l. Nachdem der RAD die Arbeitsunfähigkeit von 20 % als trotz der beschriebenen Inkonsistenzen ausreichend objektiviert betrachtet hatte (IV-act. 210), stellte die



St.Galler Gerichte

Sozialversicherungsanstalt/IV-Stelle des Kantons St. Gallen der Versicherten am 14. August 2017 (IV-act. 213) eine Abweisung des Rentenanspruchs bei einem Invaliditätsgrad von 20 % in Aussicht. - Ihre Rechtsvertreterin beantragte dagegen am 15. Dezember 2017 (IV-act. 219), es seien der Versicherten die gesetzlichen Leistungen und (als Verfahrensantrag) ein vor der Rentenprüfung noch zu prüfender Anspruch auf berufliche Massnahmen zuzusprechen. Die gutachterliche Arbeitsfähigkeitsschätzung habe mit ihrer effektiven Leistungsfähigkeit nichts zu tun und widerspreche diametral der Beurteilung der Psychiaterin und des Hausarztes. In Verletzung des Untersuchungsgrundsatzes seien nach der Verschlechterung des Gesundheitszustands mit gesicherter MS-Diagnose im Januar 2016 keine beruflichen Massnahmen mehr geprüft worden. Erforderlich seien dringend ein Aufbau- und dann ein Belastbarkeitstraining, allenfalls mit einer EFL- bzw. BEFAS-Abklärung über mehrere Wochen hinweg. - Am 1. Februar 2018 (IV-act. 223) teilte die Sozialversicherungsanstalt/IV-Stelle unter Eröffnung einer neuerlichen Stellungnahme des RAD vom 18. Januar 2018 (IV-act. 222) mit, sie halte am vorgesehenen Entscheid fest. - In ihrem Einwand vom 2. März 2018 (IV-act. 229) rügte die Rechtsvertreterin der Versicherten, die Sozialversicherungsanstalt/IV-Stelle sei auf den Einwand, namentlich den Antrag betreffend den Grundsatz Eingliederung vor Rente, in Verletzung des Anspruchs auf rechtliches Gehör mit keinem Wort eingegangen. Die RAD-Stellungnahme gehe an der Sache vorbei. Eine Arbeitsfähigkeit der Versicherten auf dem ersten Arbeitsmarkt von 80 % anzunehmen, sei absurd. Das Aufbautraining 2012/2013 habe gezeigt, dass eine Arbeitstätigkeit auf dem ersten Arbeitsmarkt nicht realistisch sei. Auch der RAD habe damals die Auffassung der Notwendigkeit einer Tagesstruktur im geschützten Rahmen geteilt. Seither sei die MS-Erkrankung dazugekommen und der Gesundheitszustand der Versicherten habe sich noch verschlechtert. Neu stelle Dr. G.____ gemäss dem beigelegten Bericht vom 28. Februar 2018 (IV-act. 228) die Diagnose einer dissoziativen Störung. Das SMAB-Gutachten werde darin als falsch bestritten. Es seien die neuesten MS-Sprechstundenberichte einzuholen. - Dr. G.____ hatte im erwähnten Schreiben berichtet, als neue Diagnose sei anamnestisch seit ca. dem 30. Lebensjahr der Versicherten von einer nicht näher bezeichneten dissoziativen Störung auszugehen. Sie beschrieb die Ergebnisse eines Strukturierten Klinischen Interviews für DSM-IV, dissoziative Störungen, und erklärte, das dissoziative Störungsbild könne erheblich zum Verständnis der klinisch über die



St.Galler Gerichte

Jahre zu beobachtenden Verschlechterung der psychischen Befindlichkeit beitragen. Eine therapeutische Arbeit sei wegen Abwehr und Verdrängung, Amnesien, Ambivalenzen, Schwankungen der Stimmung und der Leistungsfähigkeit nach ihrer Erfahrung kaum möglich. - Gemäss einem eingeholten Bericht der Klinik für Neurologie am Kantonsspital St. Gallen vom 28. Februar 2018 (IV-act. 231-2 ff.) waren dort keine wesentlichen Anhaltspunkte für relevant veränderte Befunde erhoben worden. - Der RAD hielt am 14. Mai 2018 (IV-act. 232) fest, die aktuell vorgelegten Berichte enthielten keine neuen Aspekte. Unterschiedliche Bewertungen der diagnostischen Einordnung und der Arbeitsfähigkeit würden nicht automatisch auf fachliche Mängel oder Irrtümer der einen oder anderen Seite hindeuten.

A.m. Mit Verfügung vom 14. Mai 2018 (IV-act. 233) wies die Sozialversicherungsanstalt/IV-Stelle des Kantons St. Gallen den Rentenanspruch der Versicherten ab (Valideneinkommen Fr. 51'444.--, Invalideneinkommen Fr. 41'155.--). Einerseits werde beschrieben, es bestehe kein verwertbares berufliches Leistungsvermögen, andererseits werde um berufliche Massnahmen ersucht. Der Forderung könne bei diesem Widerspruch nicht gefolgt werden. Die RAD-Stellungnahme vom 14. Mai 2018 bilde Bestandteil der Verfügung.

B.

Gegen diese Verfügung richtet sich die von Rechtsanwältin lic. iur. Ch. Rempfler für die Betroffene am 14. Juni 2018 erhobene Beschwerde. Die Rechtsvertreterin beantragt, die angefochtene Verfügung sei aufzuheben und es seien der Beschwerdeführerin die gesetzlichen Leistungen zuzusprechen, eventualiter sei durch das Gericht bei einer Spezialistin für dissoziative Störungen ein neues Gutachten zu den Fragen von Diagnose, Arbeitsfähigkeit und Plausibilität der bisherigen Testergebnisse einzuholen. Ausserdem sei der Beschwerdeführerin die unentgeltliche Prozessführung zu bewilligen. Strittig sei der Anspruch auf eine Rente, während berufliche Massnahmen aufgrund des schlechten Gesundheitszustands der Beschwerdeführerin nicht umsetzbar seien. Die aktuelle Arbeitsfähigkeitsschätzung von 70 % werde bestritten; sie habe mit der Realität leider nichts zu tun. Die behandelnden Ärzte und früher teilweise auch der RAD hätten für die Notwendigkeit eines geschützten Arbeitsplatzes plädiert. Aus der Stellungnahme des RAD vom 14. Mai 2018 lasse sich herauslesen, dass er und Dr. G.____ sich darüber einig seien, dass die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit mit der Diagnose (der dissoziativen Störung) äusserst komplex sei. Wie



der RAD-Arzt zu Recht festhalte, sei die Qualität der gutachterlichen Bewertung davon abhängig, in wie weit es gelinge, dass sich die Probandin im gutachterlichen Kontakt seelisch öffne. Das dürfe der Beschwerdeführerin nicht zum Nachteil gereichen. Bei ihr gehe es nicht darum, dass sie nicht wolle, sondern es liege ein krankhaftes Nicht-Können vor. Die angeblichen Inkonsistenzen, Diskrepanzen, Verdeutlichungstendenzen und eine Aggravation würden daher bestritten. Dr. G.____, welche die Beschwerdeführerin seit Jahren bestens kenne, habe eingeräumt, die Schwere der dissoziativen Störung anfänglich unterschätzt zu haben. Das sei auch im SMAB-Gutachten geschehen. Das betreffende Krankheitsbild entziehe sich jeder Logik. Die Beschwerdeführerin habe ihr (der Rechtsvertreterin) mitgeteilt, dass sie anfangs Juni 2018 wegen eines vermuteten neuen MS-Schubs ein MRI machen lassen müsse. - Am 17. August 2018 ergänzt die Rechtsvertreterin die Anträge durch den Subeventualantrag, es sei eine mehrwöchige BEFAS-Abklärung anzuordnen. Die stetige Verschlechterung des Gesundheitszustands der Beschwerdeführerin sei für sie, welche sie schon vor der eingetretenen Arbeitsunfähigkeit gekannt habe, erkenntlich gewesen. Obwohl der entsprechende Bedarf bereits nach den ersten IV-Abklärungen bekannt gewesen sei, sei der Beschwerdeführerin nie eine Tätigkeit im geschützten Rahmen zugewiesen worden. Am 25. August 2014 habe der RAD festgehalten, eine Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin für den ersten Arbeitsmarkt bestehe nicht und es sei zurzeit nicht wahrscheinlich, dass ein erneutes Gutachten ein besser begründetes Resultat ergäbe. Trotzdem sei die Beschwerdeführerin in der Folge im Auftrag der Beschwerdegegnerin zweimal begutachtet worden. Die Ergebnisse seien mehrfach bestritten worden. Die Beschwerdeführerin sei weiterhin auf sich allein gestellt und isoliert, verbringe teilweise bis zu 48 Stunden im Bett und fühle sich enorm müde. Diesbezüglich sei auf den beigelegten Bericht des Lungenzentrums (Klinik für Pneumologie und Schlafmedizin) am Kantonsspital St. Gallen vom 24. Juli 2018 hinzuweisen, wo noch Abklärungen pendent seien. Die Beschwerdeführerin sei wegen der fehlenden Kraft in den Beinen sehr unsicher und habe mit ihren grossen psychischen Problemen zu kämpfen. Die Beschwerdegegnerin verkenne deren Tragweite und Schweregrad. Es sei nicht ersichtlich, wie ohne jede Unterstützung durch die IV und bei Hinzukommen der neuen Diagnose einer MS seit der RAD-Beurteilung vom August 2014 (keine Arbeitsfähigkeit) eine Verbesserung zu einer Arbeitsfähigkeit von 70 % eingetreten sein sollte. Dr. G.____ habe am 14. Oktober 2016 erklärt, es sei seit ca. 2014 kein verwertbares berufliches Leistungsvermögen der Beschwerdeführerin zu erkennen. Eingereicht würden zudem Berichte über ein MRI vom 1. Juni 2018, über eine MS-Sprechstunde vom 8. Mai 2018 (Bericht vom 5. Juni 2018), ein Arztzeugnis von Dr. B.____ vom 4. Juni 2018 (richtig: Medikamentenblatt mit Diagnose vom 16. Juni 2018) und ein Arztzeugnis von Dr. G.____ vom 25. Juli 2018.



Spätestens eine BEFAS-Abklärung würde offensichtlich belegen, dass der Beschwerdeführerin eine verwertbare Leistungsfähigkeit fehle. - Im erwähnten Bericht der Klinik für Pneumologie und Schlafmedizin am Kantonsspital St. Gallen vom 24. Juli 2018 (IV-act. 242-6 ff.) war in erster Linie ein hochgradiger V. a. Asthma bronchiale, GINA Stufe 3, diagnostiziert worden. Bei eingeschränkter Mitarbeit habe die Diagnose nicht definitiv gesichert werden können, doch habe sich nach Bronchodilatation eine deutliche Besserung der FEV1 - wenn auch die Grenze von 12 % nicht erreichend - gezeigt. Die Beschwerdeführerin habe über ausgeprägte Tagesmüdigkeit und schwere Einschränkung im Alltag geklagt, weswegen sie den Haushalt nicht mehr machen könne. - Die Klinik für Neurologie am Kantonsspital St. Gallen hatte am 5. Juni 2018 (IV-act. 242-13 ff.) unter anderem erklärt, ein MRI-Neurokranium mit HWS habe einen stationären Befund, also keine neuen demyelinisierenden Läsionen, gezeigt. Die wegen der bei der Kontrolle erhobenen deutlichen Visusverschlechterung und subjektiven Angabe einer entsprechenden Minderung veranlasste augenärztliche Untersuchung habe keine relevante Pathologie aufgezeigt. - Dr. G.____ hatte der Versicherten am 25. Juli 2018 (IV-act. 242-19) eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % attestiert.

C.

In ihrer Beschwerdeantwort vom 26. September 2018 beantragt die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde. Es gebe keine Hinweise darauf, dass das SMAB die geltend gemachten Leiden nicht umfassend und kompetent abgeklärt habe. Im Gutachten sei auch zum Schweregrad ausreichend Stellung genommen worden. Aus den objektiven Befunden ergebe sich, dass es sich nicht um ein schweres Leiden handle. Es sei ausserdem darauf hingewiesen worden, dass keine gleichmässige Einschränkung des Aktivitätsniveaus in den vergleichbaren Lebensbereichen bestehe. Es finde keine medikamentöse antidepressive Therapie statt und die Eingliederungsanamnese sei leer. Bei dieser Sachlage mit den Inkonsistenzen sei eine BEFAS-Abklärung nicht zielführend. Die Frage der zumutbaren Arbeitsleistungen sei ausserdem in erster Linie durch Ärzte (und nicht durch Eingliederungsfachleute) zu beantworten. Bei seiner Beurteilung vom August 2014 habe sich der RAD auf die Berichte der behandelnden Ärzte gestützt und die Beschwerdeführerin nicht selbst untersucht. Im SMAB-Gutachten seien die anderslautenden ärztlichen Einschätzungen hinreichend gewürdigt worden. Die im Beschwerdeverfahren eingereichten Arztberichte seien dem RAD zur Stellungnahme vorgelegt worden. Er habe am 14. September 2018 festgehalten, diese änderten nichts an der bisherigen Einschätzung. Auf das Gutachten könne abgestellt werden; weitere Abklärungen seien nicht angezeigt.



D.

Am 4. Oktober 2018 ist dem Gesuch um Bewilligung der unentgeltlichen Rechtspflege (Befreiung von den Gerichtskosten und Bewilligung der unentgeltlichen Rechtsverbeiständung) entsprochen worden.

E.

Mit Replik vom 21. Januar 2019 bringt die Rechtsvertreterin der Beschwerdeführerin vor, aus einem beigelegten Bericht der Klinik für Neurologie am Kantonsspital St. Gallen vom 5. November 2018 gehe hervor, dass nicht abschliessend beurteilt werden könne, inwiefern eine Verschlechterung der Gehfähigkeit der Beschwerdeführerin vorliege, weshalb im Februar 2019 eine weitere MRI-Untersuchung durchzuführen sei. Deren Ergebnis müsse aufgrund des Untersuchungsgrundsatzes zwingend abgewartet werden. Ausserdem werde ein Bericht von Dr. G.____ vom 10. Dezember 2018 eingereicht. Die Psychiaterin könne das sehr komplexe Krankheitsbild sicherlich besser einschätzen, als eine Gutachterstelle dies in kurzer Zeit (in einer bis zwei Stunden) an einem Tag vermöge. Der Sachverhalt sei zulasten der Beschwerdeführerin rechtswidrig nicht genügend abgeklärt. Die Angabe, es seien erhebliche Ressourcen vorhanden, werde als falsch zurückgewiesen. Die Beschwerdeführerin sei am Vortag der Begutachtung mit dem Zug angereist, um diese durchstehen zu können. Sie lebe sehr zurückgezogen und allein. - Die Klinik für Neurologie am Kantonsspital St. Gallen hatte im erwähnten Bericht vom 5. November 2018 erklärt, Hinweise auf ein eindeutiges Schubereignis hätten sich nicht finden lassen. Inwiefern eine Verschlechterung der Gehfähigkeit vorliege, könne nicht abschliessend beurteilt werden. - Dr. G.____ hatte am 10. Dezember 2018 berichtet, aus ihrer Kenntnis der Beschwerdeführerin und der medizinischen Befunde widerspreche sie der Arbeitsfähigkeitsschätzung von 20 %. In den letzten Jahren sei zunehmend zum Vorschein gekommen, dass eine dissoziative Symptomatik das Krankheitsbild entscheidend präge. Die Dissoziation habe mit einer Simulation nichts zu tun. So gesehen seien die mehrfach erwähnten Inkonsistenzen medizinisch begründbar. Die endgültige Einschätzung der Leistungsfähigkeit erfordere eine Beurteilung durch eine auf die Behandlung dissoziativer Störungen spezialisierte Fachperson. Bis anhin seien die Symptome der Beschwerdeführerin zu ihrem Nachteil ausgelegt worden.

F.

Die Beschwerdegegnerin hat von der ihr gebotenen Gelegenheit zur Einreichung einer Duplik keinen Gebrauch gemacht.



Erwägungen

1.

Im Streit liegt die Verfügung vom 14. Mai 2018, mit welcher die Beschwerdegegnerin einen Rentenanspruch der Beschwerdeführerin abwies. Diese lässt im Hauptstandpunkt eine Zusprache der gesetzlichen Rentenleistungen (nicht aber von beruflichen Massnahmen) beantragen.

2.

2.1. Nach Art. 28 IVG besteht der Anspruch auf eine ganze Invalidenrente, wenn die versicherte Person mindestens zu 70 %, derjenige auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens zu 60 % invalid ist. Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % Anspruch auf eine Viertelsrente.

2.2. Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind nach Art. 7 Abs. 2 ATSG ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (vgl. auch BGE 102 V 165). - Nach der bundesgerichtlichen Rechtsprechung (BGE 143 V 418 E. 7.1 f.) sind grundsätzlich (bei Ausnahmen nach dem jeweiligen Beweisbedarf) sämtliche psychischen Erkrankungen einem strukturierten Beweisverfahren nach BGE 141 V 281 zu unterziehen. Für die Beurteilung des funktionellen Leistungsvermögens sind danach in der Regel diverse Standardindikatoren beachtlich, die in zwei Kategorien systematisiert werden, nämlich einerseits in der Kategorie des funktionellen Schweregrads und andererseits in jener der Konsistenz. Denn die diagnostische Einordnung einer psychischen Störung allein legt das (dennoch) objektiv bestehende tatsächliche Leistungsvermögen nicht fest (vgl. BGE 143 V 418 E. 4.1.2).

2.3. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beschreiben und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist. Die ärztlichen Auskünfte sind im Weiteren eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 132 V 99 f. E. 4, vgl. BGE 141 V 281 E. 5.2.1).

3.



Im Lauf des vorliegend (aufgrund der IV-Anmeldung vom 17./18. November 2011) zu beurteilenden langen Zeitraums (bis zum 14. Mai 2018) wurden zahlreiche ärztliche Berichte abgegeben. Der Gesundheitszustand und die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin wurden insbesondere mehrfach begutachtet. Die Beurteilungsgrundlage in medizinischer Hinsicht stellt sich danach wie folgt dar:

4.

4.1. Das jüngste Gutachten, jenes des SMAB vom 28. Juli 2017, basiert auf polydisziplinären Abklärungen. Es fanden Expertisen in psychiatrischer und neurologischer Disziplin (vom selben Gutachter; mit separater neuropsychologischer Beurteilung durch eine gutachterliche Fachpsychologin) und in internistischer Fachrichtung statt. Die Gutachter erfassten die Vorakten (vgl. IV-act. 209-3 bis 18) und erfragten die Anamnese und die beklagten Leiden. Die Beschwerdeführerin berichtete beim einen Gutachter von Kopfschmerzen, Seh- und Blasenstörungen und überall vorhandenen Schmerzen (vgl. IV-act. 209-34), beim andern von Schmerzen im Sinn eines Ganzkörperschmerzes (vor allem an Kopf und Beinen, ganzer Muskulatur, Thorax, Wirbelsäule), ausgeprägter Müdigkeit und Nervosität (vgl. IV-act. 209-55 f.).

4.2. Nach der internistischen Befunderhebung wurde keine Erkrankung mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit vorgefunden (vgl. IV-act. 209-58 ff.).

4.3. Auch neurologisch wurden gutachterlich die Befunde erhoben (vgl. IV-act. 209-37 f.). Es wurden dabei auch die neuropsychologischen Ergebnisse berücksichtigt (vgl. IV-act. 209-38). Dort hatte sich ergeben, dass die Beschwerdeführerin keine ausreichende Anstrengungsbereitschaft aufgewiesen habe, was sich in mehreren, stark auffälligen Symptomvalidierungstests gezeigt habe. Die gezeigten Leistungen hätten in allen geprüften Funktionsbereichen im schwer beeinträchtigten Bereich gelegen. Mit den gezeigten Alltagsleistungen (z.B. selbständiges Aufsuchen der Abklärungsstelle, unauffälliges Instruktionsverständnis und ebensolches Gesprächsverhalten) habe das nicht übereingestimmt. Die Befunde seien somit nicht aussagekräftig. Über das kognitive Funktionsniveau hätten (wiederum) keine validen Informationen erhoben werden können (vgl. IV-act. 209-65). Der Gutachter hielt fest, angesichts der bekannten Diagnose einer multiplen Sklerose seien manche der vorgetragenen Symptome nachvollziehbar, andere wieder nicht bzw. sie seien psychisch so sehr überlagert, dass sie nicht mehr beurteilbar seien, wie etwa die generalisierten multilokulären Schmerzen und der Kräftemangel in allen Extremitäten. Die Mitarbeit bei der neurologischen Untersuchung sei nicht immer ausreichend gewesen. Zum Teil habe sich der Eindruck geradezu aufgedrängt, dass die



St.Galler Gerichte

Beschwerdeführerin gezielt falsch reagiert habe (z.B. im Finger-Nase-Versuch). Auch das Ergebnis im Romberg-Test (nach Ablenkung unauffällig) sei in diesem Zusammenhang erwähnenswert (vgl. IV-act. 209-39). Es sei der Eindruck einer Aggravation entstanden (vgl. IV-act. 209-38). Eine zur Gänze aussagekräftige neurologische Untersuchung sei auch angesichts der vielen Inkonsistenzen, Diskrepanzen und Verdeutlichungstendenzen nicht möglich gewesen. Es könne aber zumindest festgestellt werden, dass die grobe Kraft und die Feinmotorik nicht in dem Ausmass betroffen sein könnten, wie es die Beschwerdeführerin vorgebe. Sie habe ausserdem für ein Fatigue-Syndrom typische Beschwerden beklagt, eine Erschöpfung sei aber im Rahmen der neurologischen Untersuchung am frühen Nachmittag nicht aufgefallen. Es könne zumindest die Einschätzung abgegeben werden, dass langes Stehen und Gehen nicht günstig wäre. Eine Einschränkung der Gehstrecke wäre vorstellbar. Ausserdem dürften die körperliche und psychomentele Dauerbelastbarkeit vermindert sein, was betriebsunübliche Pausen bedinge. Denn eine MS in diesem Stadium gehe meist mit einem Fatigue-Syndrom - wenn auch einem leichten - einher (vgl. IV-act. 209-39). Die Arbeitsfähigkeit in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit und Verweistätigkeiten (sc. mit motorischer Belastung) betrage deshalb 70 %. Bei einer leidensadaptierten Tätigkeit (ohne körperliche Belastung im engeren Sinn) ergebe sich eine Arbeitsfähigkeit von 80 % (dort nur verringerte psychomentele Belastbarkeit und Fatigue relevant). Die Einschätzung des Vorgutachtens vom November 2015 sei retrospektiv nachvollziehbar, allerdings ergebe sich spätestens ab jenem Gutachten eine Arbeitsfähigkeit für adaptierte Tätigkeiten von 80 % (vgl. IV-act. 209-39 f.).



4.4. Nach der Befunderhebung in psychiatrischer Hinsicht (vgl. IV-act. 209-47 f.) stellte der Gutachter die diesbezüglichen Diagnosen (allesamt ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit) und hielt dafür, es habe sich ein mannigfaltiges Bild mit diversen Symptomen gezeigt. Dabei komme es diagnostisch wahrscheinlich auch zu Überlappungen; es könnte sich bei dem einen oder anderen Syndrom um einen Teilbereich des andern handeln. So könnten etwa die dissoziativ anmutenden (psychogenen) Zuckungen auch Teil der histrionischen Persönlichkeitsstörung sein. Eine Depression im engeren Sinn liege nicht vor. Die affektiven Einbrüche seien vielmehr vor dem Hintergrund der Persönlichkeitsstörung der Beschwerdeführerin zu interpretieren. Wie auch immer er definiert und benannt werde, so sei relevant, dass der psychiatrische Gesamtkomplex schon seit Jahrzehnten bestehe. Neu - seit 2014 vorliegend - sei lediglich die hyperkinetische Bewegungsstörung, die aber im Alltag kein Handicap darstelle und weder die Arbeitsfähigkeit noch das Belastungsprofil einschränke. Die Beschwerdeführerin habe dennoch mit Ausnahme depressiver Phasen bis vor einigen Jahren vollzeitlich gearbeitet (vgl. IV-act. 209-49).

4.4.1. Der Gutachter befasste sich im psychiatrischen Teil auch mit dem Schweregrad der Befunde. Diese seien mässig ausgeprägt und ohne Hinweis für eine (relevante) Zunahme. Dass die beschriebenen Symptome trotz der seit Jahren sehr hochfrequenten Behandlung vorlägen, lasse darauf schliessen, dass entweder eine Behandlungsresistenz bestehe oder der Behandlungsansatz nicht mehr geeignet sei. In den Komplexen Realitätsprüfung, Urteilsbildung, Beziehungsfähigkeit, Kontaktgestaltung, Interaktionskompetenz, Selbstwertregulation, Regressionsfähigkeit und Intentionalität zeige die Beschwerdeführerin Defizite. Der Antrieb sei ausreichend vorhanden und sie sei in der Lage, Willenskräfte zu mobilisieren. Es bestehe ein gewisser Rückzug aus sozialen Bereichen; das unmittelbare soziale Umfeld sei sehr begrenzt. Psychosoziale Faktoren seien ausgeschlossen worden. Die psychotherapeutischen Behandlungseinheiten nehme die Beschwerdeführerin offenbar wahr. Das langjährig eingenommene Neuroleptikum wolle sie reduzieren und absetzen, eine antidepressive medikamentöse Therapie finde nicht statt (vgl. IV-act. 209-50 ff.).

4.4.2. Der Gutachter folgerte, rein psychiatrisch betrachtet sei die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin nicht eingeschränkt (vgl. IV-act. 209-49). Tätigkeiten mit hohem Stresspegel und hoher Verantwortung, Multitasking und Teamarbeit sowie Tätigkeiten in engen Räumen und grösseren Gruppen seien jedoch ungeeignet (vgl. IV-act. 209-52).

4.5. Polydisziplinär wurde festgehalten, durch die Persönlichkeitsstörung komme es zu einer psychischen Überlagerung der neurologischen und neuropsychologischen



Befunde, die dann entweder nicht verwertbar seien oder deutlicher in Erscheinung träten. Ausserdem werde die MS mit Sicherheit Auswirkungen auf die kognitiven und psychischen Funktionen haben. Die Wechselwirkungen führten zu Überlappungen oder Verstärkungen, aber auch zu Inkonsistenzen hinsichtlich der funktionellen Auswirkungen in allen Lebensbereichen. Der Beschwerdeführerin sei etwa das Aufsuchen der Abklärungsstelle mit öffentlichen Verkehrsmitteln möglich gewesen und sie habe danach drei Begutachtungen an einem Tag durchstehen können (vgl. IV-act. 209-26). Es hätten eindeutige Hinweise unter anderem auf Verdeutlichungstendenz und Aggravation in einer Ausprägung bestanden, die eine Beurteilung erschwert habe (vgl. IV-act. 209-23).

5.

5.1. Auch beim Vorgutachten der asim vom 19. November 2015 handelt es sich um ein polydisziplinäres Gutachten internistischer, psychiatrischer und neurologischer Fachrichtung. Auch damals waren die Vorakten zur Kenntnis genommen (vgl. IV-act. 147-2 bis 14) und die anamnestischen Angaben der Beschwerdeführerin aufgenommen worden (vgl. IV-act. 147-15 bis 18). Die Beschwerdeführerin hatte damals ebenfalls (u.a.) über psychische Störungen und Panikattacken, Müdigkeit, Nervosität, Kopfschmerzen, Seh-, Schlaf- und Bewegungsstörungen geklagt (vgl. IV-act. 147-15 f.).

5.2. Bei der internmedizinischen Untersuchung war gemäss dem Gutachten ein unauffälliger Befund erhoben worden. Die angegebenen Analgetika- und Neuroleptika-Spiegel hätten bei der Messung nicht im therapeutischen Bereich gelegen (vgl. IV-act. 147-18 f. und -30).

5.3. Nach der gutachterlichen neurologischen Befundaufnahme (vgl. IV-act. 147-56 f.) war unter anderem dargelegt worden, man habe bei der Untersuchung die seit ca. 2006 geschilderten verschiedenen, episodisch auftretenden neurologischen Symptome nur bedingt nachvollziehen können (vgl. IV-act. 147-59). Bei Anstrengungen und unangenehmen Fragen habe eine deutliche Zunahme der Hyperkinesien beobachtet werden können, bei Ablenkung sei es zu einem deutlichen Nachlassen gekommen. Die Beschwerdeführerin habe angegeben, allein in Ruhe keinen Leidensdruck zu verspüren. Nur in grossen Menschenansammlungen bei Anspannung komme es zu deutlicher Bewegungszunahme. Feinmotorische Tätigkeiten wie z.B. Stricken seien problemlos möglich (vgl. IV-act. 147-59 f.). Die gutachterlich attestierte neurologisch bedingte Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 30 % war mit der Fatigue-Symptomatik mit Aufmerksamkeits- und Konzentrationsstörungen begründet worden,



die durch die demyelinisierende ZNS-Erkrankung mitbedingt seien. Die chronischen Kopfschmerzen für sich allein bewirkten eine Einschränkung von maximal 20 % und es sei nach einem Analgetikaentzug eine relevante Besserung zu erwarten (vgl. IV-act. 147-61). Die Gutachterin der Neurologie schilderte - offenbar gemäss den angegebenen Dosen (vgl. IV-act. 147-54) - einen regelmässigen Analgetikakonsum der Beschwerdeführerin, dessen Ausmass zu einem analgetika-induzierten Kopfschmerz führen könnte. Polydisziplinär wurde diesbezüglich erklärend darauf hingewiesen, dass die gemessenen Analgetikaspiegel nicht im Wirkungsbereich gewesen seien, dass aber die kurze Halbwertszeit zu berücksichtigen sei, da die Laboruntersuchung erst am Nachmittag stattgefunden habe (IV-act. 147-29).

5.4. Der Gutachter der Psychiatrie hatte ebenfalls fachärztlich den Befund aufgenommen (vgl. IV-act. 147-45 f.). Anhaltspunkte für eine schwerwiegende Persönlichkeitspathologie seien nicht vorhanden gewesen. Die Beschwerdeführerin habe ein Bild mit oberflächlichen, stark wechselhaften Affekten geboten und sich mit Aufmerksamkeit suchendem Verhalten, mittelgradig ausgeprägter Theatralik und leichter Suggestibilität präsentiert. Inwiefern das bewusstseinsnah gewesen sei, könne nicht abschliessend beurteilt werden. Die Explorierbarkeit sei - ohne direkte Anhaltspunkte für Malingering - stark eingeschränkt gewesen. Es sei eine starke Identifizierung der Beschwerdeführerin mit der Krankenrolle anzunehmen, obwohl sie auch von einem Anreiz berichtet habe, IV-Leistungen zu beziehen, weil die abgelaufene Aufenthaltsbewilligung sonst nicht verlängert werde (vgl. IV-act. 147-46). Die Angaben seien zudem stark pauschal und defizitorientiert gewesen. Die Angabe eines starken sozialen Rückzugs sei nicht präzisierbar und wenig konklusiv gewesen. Das Erscheinungsbild lasse eine um einiges aktivere Tagesgestaltung vermuten, als die Beschwerdeführerin es geschildert habe. In den Bereichen Psychomotorik, Hedonie und Affektivität habe die Beschwerdeführerin zwar gravierende Defizite beklagt, sei aber lediglich von den Affekten her leichtgradig labil gewesen. Es falle auch eine erhebliche Diskrepanz zwischen der Intensität der beklagten Symptome und der Intensität der Fachhilfe auf (auch kein Antidepressivum; vgl. IV-act. 147-47). Die beklagte Fatigue habe im psychopathologischen Befund keine Entsprechung gefunden. Die im neuropsychologischen Bericht von Juni 2014 beschriebene reduzierte psychophysische Belastbarkeit sei allenfalls teilweise zum Vorschein gekommen, doch sei die Beschwerdeführerin durchgehend imstand gewesen, an der Exploration mitzuwirken, und habe nach Abklingen der jeweiligen Affektpräsentationen keine solchen Hinweise gezeigt. Es sei zu vermuten, dass zwar eine demyelinisierende Erkrankung bestehe, dass die dadurch bewirkte Belastung aber zu gering sei, als dass sie klinisch zum Vorschein käme (vgl. IV-act. 147-48). Zusammenfassend hätten sich



keine psychiatrischen Defizite gezeigt, die einer vollschichtigen Tätigkeit entgegenstünden (vgl. IV-act. 147-49). Die Beschwerdeführerin sei diesbezüglich voll arbeitsfähig.

5.5. Polydisziplinär war die attestierte Arbeitsunfähigkeit (von 30 %) mit den objektiv vorgefundenen Defiziten begründet worden, die eine Fatigue-Symptomatik mit Aufmerksamkeits- und Konzentrationsstörungen bewirkten (vgl. IV-act. 147-30 f.). Es sei auch möglich, dass eine ZNS-Erkrankung und hysteriforme Momente zusammenfielen (vgl. IV-act. 147-30). Persönlichkeitsaspekte seien ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin. Es war eine Selbstlimitierung beschrieben worden, aber ohne Zeichen einer Aggravation (vgl. IV-act. 147-31).

6.

6.1. Im Mai 2012 und im Oktober 2012 hatten bereits (monodisziplinäre) psychiatrische Begutachtungen durch Dr. F.____ (für die Krankentaggeldversicherung) stattgefunden (Gutachten vom 12. Juni 2012 und vom 5. November 2012). - Auch dieser Psychiater hatte im ersten Gutachten die damals vorhandenen Vorberichte der behandelnden Ärzteschaft erfasst, die Anamnese und die geklagten Beschwerden der Beschwerdeführerin aufgenommen (vgl. Fremd-act. 11-39 bis 45) und den Befund erhoben (vgl. Fremd-act. 11-46). Zur Begutachtungszeit (Mai 2012) hätten noch leichte bis allenfalls punktuell mittelgradige Einschränkungen der Arbeits- und Leistungsfähigkeit bestanden, die durch leichtgradige Einschränkungen der Aufmerksamkeit, der Ausdauer und der Konzentrationsfähigkeit bedingt seien. Ausserdem hätten eine verminderte Stress- und Frustrationstoleranz, leichte Defizite der sozialen Kompetenzen und eine leicht verminderte Konflikt- und Abgrenzungsfähigkeit bestanden (vgl. Fremd-act. 11-48). Die Beschwerdeführerin schätze sich selbst als noch deutlich eingeschränkt arbeitsfähig ein. Es bestünden ausserdem ein sekundärer Krankheitsgewinn, ein teilweise dysfunktionales Schon- und Krankheitsverhalten und eine ganze Reihe von psychosozialen Belastungsfaktoren (vgl. Fremd-act. 11-50). Bei guten Ressourcen sei eine weitere Besserung des psychischen Zustands zu erwarten (vgl. Fremd-act. 11-48). Der Gutachter hatte die Arbeitsunfähigkeit der Beschwerdeführerin zur Begutachtungszeit mit 70 % beurteilt (infolge der damals noch andauernden teilstationären Behandlung sei ihr definitionsgemäss aber eine solche von 100 % zu attestieren) und in drei bis vier Monaten bei Beachtung der gutachterlichen Empfehlungen mit voller Arbeitsfähigkeit gerechnet. Retrospektiv habe seit Juli 2011 eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % bestanden (vgl. Fremd-act. 11-49, -51). So hätten die behandelnden Psychiater die Arbeitsunfähigkeit eingeschätzt (vgl. Fremd-act. 11-51). Um eine Invalidität, also eine



andauernde Einschränkung der Arbeitsfähigkeit aus psychischen Gründen, gehe es bei der Beschwerdeführerin aber nicht (vgl. Fremd-act. 11-51).

6.2. Im Gutachten vom 5. November 2012 hatte der Gutachter der Psychiatrie eine Arbeitsunfähigkeit der Beschwerdeführerin (ab Juli 2012 von 70 %, ab August 2012 von 50 % und) ab Oktober 2012 von noch etwa 20 % mit schrittweiser weiterer Besserungstendenz angenommen (vgl. Fremd-act. 11-12).

7.

7.1. Nach dem Dargelegten ist davon auszugehen, dass (nebst den monodisziplinär psychiatrischen Gutachten von Dr. F.____) zwei polydisziplinäre Begutachtungen verschiedener Stelle erfolgt sind, bezüglich deren Abstützung auf die jeweilige Aktenkenntnis oder auf die fachärztlichen Abklärungen sich kein Anhaltspunkt für eine Unvollständigkeit oder für ein Ungenügen zeigt.

7.2. Beide genannten polydisziplinären Begutachtungen gelangten zu einem weitgehend übereinstimmenden Ergebnis. Das gibt diesem beweismässig ein erhebliches, vorliegend insgesamt ein ausschlaggebendes Gewicht. Die dagegen erhobenen Einwände halten nicht stand:

7.3. Die Beschwerdeführerin lässt vorbringen, es liege bei ihr eine im Schweregrad unterschätzte dissoziative Störung vor. Dr. G.____ geht diagnostisch von einer solchen Störung aus und datiert deren Eintritt auf das 30. Altersjahr der Beschwerdeführerin. Im SMAB-Gutachten wurde dargelegt, es scheine im Sinn einer "dissoziativen Störung" zu einem teilweisen Verlust der normalen Integration in Form einer teilweisen Entkoppelung von körperlichen Funktionen zu kommen, die sich auf die Kontrolle von Körperbewegungen beziehe (vgl. IV-act. 209-50). Die dissoziativ anmutenden (psychogenen) Zuckungen könnten auch Teil der histrionischen Persönlichkeitsstörung sein (vgl. IV-act. 209-49). Dieser Aspekt wurde demnach gutachterlich erfasst, was angesichts der gesamten Aktenlage als ausreichend zu betrachten ist.

7.3.1. Diagnostische (bzw. diagnostisch klassifikatorische) Unterschiede sind bei dem mannigfaltigen Bild mit diversen, wahrscheinlich sich überlappenden Symptomen (vgl. IV-act. 209-49) der Beschwerdeführerin möglich. Auch wenn (zumindest ehemals) grundsätzlich zusätzliche Abklärungen noch weitere seltenere neurologische Erkrankungen hätten ausschliessen lassen können (vgl. IV-act. 147-60), so ist von weiteren medizinischen Untersuchungen (oder einer allfälligen BEFAS, deren Beurteilung nur - aber immerhin - unter gewissen Voraussetzungen ernsthafte Zweifel



an einer medizinischen Beurteilung der Leistungsfähigkeit zu begründen vermöchten, vgl. Bundesgerichtsurteil vom 27. Juni 2018, 8C_48/2018 E. 4.3.1) nach der Aktenlage nun keine relevante zusätzliche Erkenntnis mehr zu erwarten. Vielmehr erscheint, wenn auch nicht der Beweisgrad der Sicherheit, so doch jener der massgeblichen überwiegenden Wahrscheinlichkeit bezüglich des medizinischen Sachverhalts erreicht. Wesentlicher als die Bezeichnung der zutreffenden Diagnose ist invalidenversicherungsrechtlich betrachtet, welche Auswirkungen eine Erkrankung auf die Arbeitsfähigkeit hat, also welcher psychopathologische Befund und welcher Schweregrad der Symptomatik vorliegt (vgl. Bundesgerichtsentscheide vom 15. März 2016, 9C_634/2015/9C_665/2015 E. 6.1). Diese Auswirkungen wurden in den Gutachten anhand der jeweiligen erhobenen Befunde gewürdigt und beurteilt. Angemerkt werden kann diesbezüglich auch, dass psychiatrische Untersuchungen von der Natur der Sache her nicht ermessensfrei erfolgen können und praktisch immer einen gewissen Spielraum eröffnen, innerhalb dessen verschiedene medizinisch-psychiatrische Interpretationen möglich und zulässig und zu respektieren sind, sofern der Experte lege artis vorgegangen ist (vgl. Bundesgerichtsentscheid vom 5. April 2019, 9C_668/2018 E. 3.5). Von Letzterem kann für die erfolgten Begutachtungen ebenfalls ausgegangen werden. Die neurologischen und psychiatrischen Auswirkungen mit ihren Überlappungen wurden insgesamt je in polydisziplinären Gesamtwürdigungen beurteilt (vgl. oben E. 4.5 und 5.5). Psychiatrisch gesehen wurden sowohl das Leiden wie Aggravationsaspekte (vgl. Bundesgerichtsurteil vom 19. Mai 2020, 9C_18/2020) berücksichtigt.

7.3.2. Wenn vorgebracht wird, die behandelnde Psychiaterin könne das sehr komplexe Krankheitsbild der Beschwerdeführerin sicherlich besser einschätzen, als dies bei einer Begutachtung möglich sei, so ist bei der Beweiswürdigung tatsächlich zu berücksichtigen, dass behandelnde Ärzte die (vorteilhafte) Möglichkeit einer längeren Beobachtungszeit (vgl. dazu Bundesgerichtsentscheid vom 21. Dezember 2005, 4P. 254/2005 E. 4.2) haben. Sie haben aber auch einen therapeutischen Auftrag (vgl. Bundesgerichtsentscheid vom 25. Mai 2007, I 514/2006) und befinden sich zudem in einer Vertrauensstellung zu ihren Patienten (vgl. Bundesgerichtsentscheid vom 27. August 2008, 8C_588/2007; BGE 125 V 353 E. 3b/cc), so dass es nicht ihre Sache sein kann, deren Arbeitsfähigkeit objektiv einschätzen zu müssen (vgl. Bundesgerichtsentscheid vom 22. April 2014, 9C_184/2014). Gegen den Beweiswert des polydisziplinären SMAB-Gutachtens vermag die abweichende Arbeitsfähigkeitsschätzung von Dr. G.____ nicht anzukommen.



7.3.3. In Zusammenhang mit der Beurteilung behandelnder Ärzte ist betreffend den neurologischen Aspekt auch darauf hinzuweisen, dass die Klinik für Neurologie am Kantonsspital St. Gallen die Beschwerdeführerin am 11. August 2016 (IV-act. 164), also nach bereits erhobener neurologischer Diagnose einer MS, für eine adaptierte Tätigkeit (neurologisch gesehen) als voll arbeitsfähig betrachtete (selbst bei Annahme auch visueller Störungen, wobei sich eine diesbezügliche Arbeitsunfähigkeit später nicht bestätigte). Aufgrund der Kopfschmerzen könnte ein vermehrter Pausenbedarf bestehen. Dem Verdacht auf Migräne und Spannungskopfschmerz wurde im SMAB-Gutachten schliesslich kein Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit beigemessen.

7.4. Was ferner die Objektivierung der psychischen Beeinträchtigungen anhand der Standardindikatoren betrifft, befasste sich das SMAB-Gutachten wie oben dargelegt mit diesen Kennzeichen gemäss BGE 141 V 281. Es wurden die vorgefundenen psychischen Defizite beschrieben und die psychiatrischen Befunde als mässig ausgeprägt beurteilt. Seit Jahren finde eine Behandlung in hoher Frequenz statt. Berücksichtigt wurde namentlich das (erschwerende) Zusammenfallen von Leiden, nämlich dass es durch die Persönlichkeitsstörung zu einer Überlagerung der neurologischen und neuropsychologischen Befunde komme, und dass das neurologische Leiden (die MS) sicherlich Auswirkungen auf die kognitiven und psychischen Faktoren habe. Auch auf die Bedeutung der psychosozialen Belastungsfaktoren wurde Augenmerk gelegt. Des Weiteren wurde beachtet, dass ein gewisser Rückzug aus den sozialen Bereichen stattfindet und das unmittelbare soziale Umfeld sehr begrenzt sei. Schliesslich wurde festgehalten, das Aktivitätsniveau sei nicht in allen (sc. mit einer Arbeitstätigkeit vergleichbaren) Lebensbereichen der Beschwerdeführerin gleichmässig eingeschränkt; vielmehr bestünden Diskrepanzen zwischen (wohl: Diskrepanzen des Niveaus für eine Arbeitstätigkeit zum Niveau in) den Bereichen Haushalt, Freizeitgestaltung, Benutzung von Verkehrsmitteln und Führungs- und Kontrollfunktionen (vgl. IV-act. 209-51). - Zum Zeitpunkt der asim-Begutachtung (Juli 2015; und erst recht der Begutachtungen durch Dr. F. ___ vom Mai und Oktober 2012) war BGE 141 V 281 (vom 3. Juni 2015; Publikationsdatum nicht bekannt) noch nicht etabliert gewesen. Früher waren gemäss BGE 130 V 352 (vom 12. März 2004) für pathogenetisch-ätiologisch unklare syndromale Beschwerdebilder ohne nachweisbare organische Grundlage - nicht aber für eine schwerwiegende (selbständige) depressive Symptomatik (vgl. Bundesgerichtsurteil vom 24. Juni 2014, 8C_278/2014 E. 5.2) - die sogenannten Foerster'schen Kriterien zur Prüfung der Unzumutbarkeit einer willentlichen Schmerzüberwindung zu beachten gewesen. Ein solches Beschwerdebild hatte der Gutachter der Psychiatrie der asim allerdings nicht diagnostiziert, weshalb keine Auseinandersetzung mit den Kriterien stattgefunden hatte. Vor BGE 141 V 281



erstattete medizinische Gutachten verlieren ihren Beweiswert nicht per se (vgl. BGE 141 V 281 E. 8; vgl. Bundesgerichtsurteil vom 18. Mai 2017, 8C_842/2016). Dem Gutachten der asim (wie jenem von Dr. F.____) lassen sich Angaben zu den massgeblichen Aspekten entnehmen. Bei der asim-Begutachtung waren die Angaben der Beschwerdeführerin zu einem sozialen Rückzug wenig konklusiv gewesen. Es war damals eine erhebliche Diskrepanz zwischen der Intensität der beklagten Symptome und derjenigen der Fachhilfe aufgefallen. Insbesondere ist darauf hinzuweisen, dass auch damals bereits festgehalten wurde, das Erscheinungsbild der Beschwerdeführerin lasse eine um einiges aktivere Tagesgestaltung vermuten, als sie sie geschildert habe. Auch unter diesem Gesichtspunkt (der der Objektivierung dienenden Standardindikatoren) spricht nichts gegen die Stichhaltigkeit der polydisziplinären Gutachten.

7.5. Die Beschwerdeführerin lässt jedoch insbesondere geltend machen, die festgestellten Inkonsistenzen seien mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen erklärbar. Im Lauf des langen Verfahrens und der mehrfachen Abklärungen wurden (wie gezeigt) immer wieder verschiedene Diskrepanzen beschrieben. So erwähnte etwa schon Dr. F.____, es bestehe ein deutliches dysfunktionales Schon-, Krankheits- und Vermeidungsverhalten der Beschwerdeführerin. Auch die Gutachter der asim hielten fest, deren neurologischen Symptome könnten nur bedingt nachvollzogen werden (vgl. IV-act. 147-59), und sie wiesen auf die Fähigkeit zu feinmotorischen Tätigkeiten (vgl. IV-act. 147-60) hin. Bei Ablenkung habe die Beschwerdeführerin in normalem Tempo und sicher gehen können (vgl. IV-act. 147-57). Im psychopathologischen Befund hatte für die beklagte Fatigue keine Entsprechung gefunden werden können. Die psychophysische Belastbarkeitsverminderung sei allenfalls teilweise zu beobachten gewesen, die Beschwerdeführerin habe aber nach Abklingen von Affektpräsentationen keine Hinweise darauf gezeigt (vgl. IV-act. 147-48). Aufgrund der Abklärungen durch das SMAB wurde auch in jenem Gutachten festgehalten, manche der vorgetragenen Symptome seien nicht nachvollziehbar gewesen. Es wurde unter anderem auf das Ergebnis des Romberg-Tests und auf eine besser als angegeben erhalten gebliebene Kraft und Feinmotorik hingewiesen sowie von einer nicht immer genügenden Mitwirkung der Beschwerdeführerin und wie erwähnt einem Eindruck teilweise gezielt unrichtiger Reaktion von ihrer Seite berichtet. - Die behandelnde Klinik für Neurologie am Kantonsspital St. Gallen berichtete am 10. Juni 2016 (IV-act. 158), dass eine schwere Dysphagie angegeben worden sei, jedoch eher einem Widerstand gegen das Abschlucken als einem Verschlucken entsprechend, und dass Doppelbilder beim Blick nach links aufgetreten seien ohne nachvollziehbare Augenmuskelparese. Am 9. März 2017 (IV-act. 192) gab sie an, die Befunderhebung sei insgesamt deutlich erschwert



gewesen, und erwähnte eine nicht reproduzierbare Fallneigung im Romberg-Stehversuch nach hinten. Der Befund sei nur eingeschränkt verwertbar. - Bei der diesbezüglichen Beweiswürdigung ist insbesondere von Bedeutung, dass bei den polydisziplinären Begutachtungen jeweils Vergleiche mit den Alltagsaktivitäten der Beschwerdeführerin gezogen wurden (vgl. auch E. 7.3.3). Auch die diesbezüglich durch das SMAB vorgenommene Einschätzung erscheint, auch wenn die Beschwerdeführerin bereits am Vortag zu jener Begutachtung angereist war, nicht unzutreffend (vgl. dazu ausserdem den Hinweis auf eine Diskrepanz zwischen der angenommenen und der vorhandenen Reisefähigkeit bei IV-act. 128; vgl. IV-act. 78 und 79). Da sich mehrere Gutachter mit der Frage der relevanten medizinischen Zumutbarkeit einer Arbeitstätigkeit der Beschwerdeführerin befasst haben und die Ergebnisse der beiden polydisziplinären Begutachtungen weitgehend (Arbeitsunfähigkeit 30 % und 20 %) übereinstimmen, kann das Vorbringen, es handle sich bei den festgestellten Inkonsistenzen und Diskrepanzen - in einem über das von den Gutachtern berücksichtigten Mass - um Nicht-Können (vgl. zu dieser Frage bei dissoziativen Störungen und Inkonsistenzen Bundesgerichtsurteil vom 22. Oktober 2019, 9C_520/2019, E. 7.4.2 und E. 7.5 e contrario), zwar nicht sicher, aber mit überwiegender Wahrscheinlichkeit ausgeschlossen werden.

7.6. Die abweichenden ärztlichen Berichte vermögen an der Stichhaltigkeit der Ergebnisse der beiden polydisziplinären Begutachtungen demnach wie erwähnt nichts zu ändern. Das gilt nach dem oben Dargelegten namentlich auch, obwohl der RAD in seiner Beurteilung vom 25. August 2014 (vgl. IV-act. 117) noch angenommen hatte, unter dem Einfluss der bestehenden neurologischen Diagnose einer multiplen Sklerose (bei diagnostiziertem klinisch isoliertem Syndrom [mit Codierung MS], aber damals noch Feststellung, dass die Kriterien für eine multiple Sklerose weiterhin nicht erfüllt seien, IV-act. 100-1 f.) bestehe eine Arbeitsfähigkeit für den ersten Arbeitsmarkt nicht.

7.7. Zusammenfassend liegen keine Hinweise darauf vor, dass in den Gutachten des SMAB und der asim wesentliche Gesichtspunkte unberücksichtigt geblieben sein könnten, so dass diesbezüglich keine konkreten Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertisen sprechen (vgl. hierzu Bundesgerichtsurteil vom 14. Dezember 2017, 8C_616/2017 E. 6.2.2; BGE 137 V 210 E. 2.2.2 und 1.3.4). Auf die polydisziplinären gutachterlichen Ergebnisse kann abgestellt werden.

8.

8.1. Zur Retrospektive wurde im SMAB-Gutachten festgehalten, aufgrund der inkonsistenten Angaben der Beschwerdeführerin mit verdeutlichenden und



aggravierenden Tendenzen seien anamnestisch zum retrospektiven Verlauf keine brauchbaren Rückschlüsse möglich. Die Arbeitsfähigkeitsschätzung im Vorgutachten vom November 2015 (asim) sei retrospektiv nachvollziehbar. Eine länger dauernde Arbeitsunfähigkeit aus psychiatrischer Sicht wäre allenfalls infolge der mehrmonatigen Depression für die Zeit vom Beginn im Frühjahr 2011 bis zur wesentlichen Besserung in der ersten Hälfte des Folgejahres anzunehmen. - Im asim-Gutachten war retrospektiv darauf hingewiesen worden, dass die entzündliche ZNS-Erkrankung erst nach der Begutachtung durch Dr. F.____ bekannt geworden sei. Es habe sich unter der psychiatrischen Behandlung eine Stabilisierung ergeben; diesbezüglich könne keine Arbeitsunfähigkeit mehr begründet werden (vgl. IV-act. 147-32). Dr. F.____ selbst hatte der Beschwerdeführerin bei seinen monodisziplinären Begutachtungen vom Mai 2012 und Oktober 2012 nach einer vollen Arbeitsunfähigkeit für die Zeit von Juli 2011 bis Mai 2012 bzw. wegen der teilstationären Behandlung bis Juni 2012 für Juli 2012 noch eine Arbeitsunfähigkeit von 70 % und für August und September 2012 von 50 % attestiert, somit Arbeitsunfähigkeiten, die im Vergleich zu den unter sich nicht weit auseinanderfallenden Ergebnissen der späteren beiden polydisziplinären Gutachten (30 bzw. 20 % Arbeitsunfähigkeit) erheblich höher waren. Schon im Mai 2012 hatte auch er aber wiederholt die Besserungstendenz betont und (innert drei bis vier Monaten) mit dem Wiedererreichen voller Arbeitsfähigkeit gerechnet. Ab Oktober 2012 war er dann ebenfalls von einer Arbeitsunfähigkeit von 20 % ausgegangen. Ein Vergleich der Beschreibung der Befunde durch Dr. F.____ mit den Befundbeschreibungen durch die polydisziplinären Gutachten deutet jedoch eher auf einen damals geringen Schweregrad der psychischen Einschränkungen der Beschwerdeführerin hin. Es wurden keine schweren Befunde beschrieben. Auch hinsichtlich dieser frühesten Begutachtung sind allgemein alle Aspekte einer Objektivierung (Standardindikatoren) zu berücksichtigen, welche angesichts der Hinweise auf die guten Ressourcen und den sekundären Krankheitsgewinn (vgl. dazu Bundesgerichtsurteil vom 17. Januar 2013, 9C_521/2012 E. 4.4, BGE 130 V 352 E. 3.3.2) gegen eine damals längerdauernde erhebliche Arbeitsunfähigkeit sprechen. Beim retrospektiven Attest einer vollen Arbeitsunfähigkeit ab Juli 2011 hatte sich Dr. F.____ nach der Aktenlage zudem an den Angaben der behandelnden Ärzteschaft orientiert. Schliesslich hatte Dr. F.____ wie erwähnt ausdrücklich festgehalten, um eine andauernde Einschränkung der Arbeitsfähigkeit aus psychischen Gründen gehe es bei der Beschwerdeführerin nicht. Aufgrund der gesamten Aktenlage rechtfertigt es sich demnach nicht, rückblickend eine für eine allfällige, ein Jahr andauernde Wartezeit mit anschliessender rentenerheblicher Invalidität relevante Arbeitsunfähigkeit der Beschwerdeführerin anzunehmen.



8.2. Betreffend die Zeit nach der jüngsten Begutachtung kann darauf hingewiesen werden, dass die Klinik für Neurologie am Kantonsspital St. Gallen noch gemäss dem Bericht vom 5. Juni 2018 einen stationären Befund erhoben hatte. Für die (richterliche) Beurteilung sind grundsätzlich die tatsächlichen Verhältnisse massgebend, wie sie sich bis zum Zeitpunkt der angefochtenen Verwaltungsverfügung entwickelt haben (BGE 121 V 362 E. 1b; BGE 125 V 150 E. 2c). Nach dem Zeitpunkt des Erlasses der angefochtenen Verfügung vom 14. Mai 2018 erhobene Befunde sind für die vorliegende Beurteilung somit lediglich noch insofern von Bedeutung, als sie einen vorbestehenden Zustand beschreiben bzw. als sie mit dem Streitgegenstand in engem Sachzusammenhang stehen und geeignet sind, die Beurteilung im Zeitpunkt des Verfügungserlasses zu beeinflussen (zu Letzterem vgl. Bundesgerichtsurteil vom 7. Oktober 2016, 8C_357/2016 E. 3.2; vgl. BGE 99 V 102). Ob weitere Abklärungen infolge des Berichts der Klinik für Neurologie am Kantonsspital St. Gallen vom 5. November 2018 eine allfällige Verschlechterung des Gesundheitszustands nach dem Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung aufgezeigt haben könnten, ist hier demnach offen zu lassen.

9.

Bei einer Arbeitsunfähigkeit von nicht mehr als 30 % ergibt sich kein Invaliditätsgrad, der Anspruch auf eine Rente begründen würde (sondern höchstens ein solcher von 37 %). Denn das Valideneinkommen der Beschwerdeführerin ist mangels konkreter Bestimmbarkeit anhand von statistischen Werten festzusetzen. Die Verwertbarkeit der verbleibenden Restarbeitsfähigkeit auf dem massgeblichen ausgeglichenen Arbeitsmarkt ist nicht als unrealistisch zu betrachten. Und ein Abzug von mehr als 10 % vom Tabellenlohn - wie er schon für das Valideneinkommen gewählt wird - ist bei der Bemessung des Invalideneinkommens jedenfalls nicht erforderlich, da die bestehenden Einschränkungen in der medizinischen Arbeitsunfähigkeitsschätzung berücksichtigt sind und vollzeitliche Präsenz bei erforderlichem vermehrtem Pausenbedarf nicht ausgeschlossen ist. Die angefochtene Verfügung erweist sich demnach als rechtmässig.

10.

10.1. Im Sinn der vorstehenden Erwägungen ist die Beschwerde abzuweisen.

10.2. Nach Art. 69 Abs. 1^{bis} IVG ist das IV-Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand



St.Galler Gerichte

und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von 200 bis 1000 Franken festgelegt. Die Beschwerdeführerin ist im Verfahren unterlegen, weshalb ihr die Gerichtskosten in der Höhe von Fr. 600.-- aufzuerlegen sind. Zufolge der Bewilligung der unentgeltlichen Prozessführung (Befreiung von den Gerichtskosten und Bewilligung der unentgeltlichen Rechtsverteidigung; zu Letzterer unten) vom 4. Oktober 2018 ist sie jedoch von deren Bezahlung zu befreien.

10.3. Der Staat ist aufgrund der unentgeltlichen Rechtsverteidigung zu verpflichten, für die Kosten der Rechtsvertretung der Beschwerdeführerin aufzukommen. Der Bedeutung der Streitsache und dem Aufwand angemessen erscheint eine Parteientschädigung von Fr. 3'500.-- (einschliesslich Barauslagen und Mehrwertsteuer). Diese ist in Anwendung von Art. 31 Abs. 3 des st. gallischen Anwaltsgesetzes (sGS 963.70) um einen Fünftel auf Fr. 2'800.-- zu reduzieren.

10.4. Wenn ihre wirtschaftlichen Verhältnisse es ihr gestatten, kann die Beschwerdeführerin zur Nachzahlung der Gerichtskosten und der Auslagen für die Vertretung verpflichtet werden (vgl. Art. 123 ZPO i.V.m. Art. 99 Abs. 2 VRP/SG).

Entscheid

im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP

1.

Die Beschwerde wird abgewiesen.

2.

Die Beschwerdeführerin wird im Sinn der Erwägungen von der Bezahlung der Gerichtskosten von Fr. 600.-- befreit.

3.

Der Staat hat die Rechtsvertreterin der Beschwerdeführerin mit Fr. 2'800.-- (einschliesslich Barauslagen und Mehrwertsteuer) zu entschädigen.