



Fall-Nr.: IV 2019/26
Stelle: Versicherungsgericht
Rubrik: IV - Invalidenversicherung
Publikationsdatum: 16.08.2021
Entscheiddatum: 11.02.2021

Entscheid Versicherungsgericht, 11.02.2021

Art. 7, 8 und 16 ATSG. Art. 28 IVG. Art. 29 Abs. 3 BV. Würdigung eines polydisziplinären Gutachtens. Keine rentenbegründende Invalidität. Abweisung des Gesuchs um unentgeltliche Rechtspflege (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 11. Februar 2021, IV 2019/26).

Entscheid vom 11. Februar 2021

Besetzung

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

Geschäftsnr.

IV 2019/26

Parteien

A.____

Beschwerdeführerin,

vertreten durch Rechtsanwalt lic. iur. Eliano Mussato, Bachwiesstrasse 16, Postfach, 9404 Rorschacherberg,

gegen

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



Beschwerdegegnerin,

Gegenstand

Rente

Sachverhalt

A.

A.a. A.____ wurde im Dezember 2013 bei der Invalidenversicherung (IV) zur Früherfassung gemeldet (IV-act. 1). Im Februar 2014 meldete sich die Versicherte zum Leistungsbezug an (IV-act. 6). Sie gab an, sie habe täglich Phasen grösster Leistungseinschränkungen. Sie sei mental und körperlich total entkräftet, geschwächt, benommen und lähmend erschöpft. Zusätzlich leide sie an einem Grippegefühl, Herzbeschwerden, einem Schwindel, einer Übelkeit, kognitiven Dysfunktionen, einer Konzentrationsschwäche und einer veränderten Wahrnehmung. Der Zustand verschlechtere sich nach jeglicher körperlicher und geistiger Aktivität und sei in seiner Ausprägung täglich wie auch stündlich schwankend. Sie habe eine Ausbildung zur Hochbauzeichnerin absolviert und arbeite bei D.____ zu 60%. Das Bruttoeinkommen betrage Fr. 4'300.-- monatlich.

A.b. Am 7. Juni 2012 hatten Fachärzte der Klinik Z.____ die Diagnose eines Verdachts auf ein Chronic Fatigue Syndrom genannt (Fremdakten-act. 1-5). Sie hatten ausgeführt, die Versicherte sei zur infektiologischen Abklärung zugewiesen worden, nachdem vorgängig bereits intensive Abklärungen inklusive endokrinologische, kardiologische und pneumologische Untersuchungen durchgeführt worden seien. Ein wegweisender Befund zur Erklärung der von der Versicherten beklagten, seit ziemlich genau einem Jahr bestehenden, wechselnd stark ausgeprägten Leistungsintoleranz habe sich nicht ergeben. Grundsätzlich passten die beklagten Symptome gut zu einem Chronic Fatigue Syndrom. Prof. Dr. med. B.____ von derselben Klinik hatte am 6. November 2013 berichtet (Fremdakten-act. 1-10), diagnostisch bestehe eine aetiologisch bisher ungeklärte, akut aufgetretene Leistungsintoleranz. Die Versicherte arbeite zu 60%, was die maximale Leistung darstelle, die sie noch erbringen könne. Dr. med. C.____ hatte am



St.Galler Gerichte

15. November 2013 mitgeteilt (Fremdakten-act. 1-14), die Versicherte leide an einem Chronic Fatigue Syndrom. Die Symptome seien vor Jahren aufgetreten. Nach wie vor bestehe eine Leistungsintoleranz mit Erschöpfungszuständen.

A.c. Dres. med. E. ___ und M. ___ vom Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD) notierten am 21. Februar 2014 (IV-act. 26), die Diagnose eines Chronic Fatigue Syndrom gehöre zu den syndromalen Leiden und stelle nur in Ausnahmefällen ein IV-relevantes Leiden dar. Die von der Rechtsprechung dazu aufgestellten Kriterien seien vorliegend nicht erfüllt.

A.d. Die D. ___ berichtete am 14. April 2014 (IV-act. 23), die Versicherte sei seit Juni 1997 als Hochbauzeichnerin angestellt. Der AHV-beitragspflichtige Jahreslohn betrage bei einem 60%-Pensum Fr. 55'900.--. Die Mitarbeit und die Integration in das Team werde von der Versicherten aufgrund des Krankheitsbilds abgelehnt.

A.e. Am 28. April 2014 teilte Prof. B. ___ mit (IV-act. 27), die Versicherte sei am 27. April 2012 wegen einer Leistungsintoleranz, die am 8. Mai 2011 plötzlich aufgetreten sei, beurteilt worden. Seit diesem Zeitpunkt leide die Versicherte an einer sehr starken Leistungsintoleranz. Auffallend sei eine starke Erschöpfung nach körperlicher Anstrengung. Eine nosologische Diagnose hätten sie zurzeit nicht. Ein psychiatrisches Leiden scheine nicht vorzuliegen. Seit dem 24. Februar 2014 bestehe eine vollständige Arbeitsunfähigkeit. Die Erschöpfungszustände führten dazu, dass die Versicherte nach vier bis sechs Stunden keine weitere Leistung mehr erbringen könne.

A.f. Am 29. Oktober 2014 wurde die Versicherte im Auftrag des Krankentaggeldversicherers durch die PMEDA polydisziplinär (neurologisch, psychiatrisch und neuropsychologisch) abgeklärt. Im Gutachten vom 7. Januar 2015 gaben die Sachverständigen an (Fremdakten-act. 2-5 ff.), eine Erkrankung mit einem Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit in der erlernten, letzten sowie jedweder vergleichbaren oder auch einer anderen Tätigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt sei weder aktenkundig noch anhand der erhobenen Befunde hinreichend wahrscheinlich. Es bestehe eine vollständige Arbeitsfähigkeit. Der neurologische Sachverständige führte insbesondere aus (Fremdakten-act. 2-15 ff.), die Versicherte habe eine unspezifische Symptomatik mit einer allgemeinen Erschöpfung und einer geringen Belastbarkeit vorgetragen. Weiter habe sie Kopfschmerzen mit einer wandernden Lokalisation sowie diffuse



Schmerzen im Bereich beider Beine genannt. Die Symptomatik bestehe sei Mai 2011. Der klinische Befund habe keinen Anhalt für eine Läsion am zentralen oder peripheren Nervensystem ergeben. Für die beklagten Beschwerden habe sich namentlich auf kognitiver Ebene kein Korrelat gefunden. Das "Chronic Fatigue Syndrom" repräsentiere ein paramedizinisches Konstrukt ohne eine schulmedizinische Anerkennung und ohne eine biologisch verstandene morphologische Basis. Auch habe sich bei der Versicherten keine Grunderkrankung herausarbeiten lassen, auf deren Basis es zu einer raschen körperlichen und kognitiven Erschöpfung kommen könnte.

Differentialdiagnostisch liesse sich eine Narkolepsie erwägen. Eine schlafmedizinische Zusatzuntersuchung sei zu empfehlen. Der psychiatrische Gutachter hielt im Wesentlichen fest (Fremdakten-act. 2-28 ff.), der klinische Befund sei regelrecht gewesen. Für die beklagten Beschwerden habe sich kein klinisches Korrelat ergeben. Eine Einordnung der beklagten Beschwerden im Sinne einer psychosomatischen Reaktionsbildung sei allenfalls als möglich anzusehen. Der neuropsychologische Experte erklärte (Fremdakten-act. 2-42), die durchgeführten Leistungstests hätten normale Ergebnisse gezeigt. Im Verlauf der Untersuchung sei es nicht zu einem Leistungsabfall oder zu anderweitigen Ermüdungszeichen gekommen. Die Angaben der Versicherten in der Epworth Sleepiness Scale (ESS) seien also nicht plausibel gewesen.

A.g. Die RAD-Ärztin Dr. E.____ notierte am 16. Februar 2015 (IV-act. 45), gemäss dem Gutachten der PMEDA hätten sich keine objektivierbaren, die Arbeitsfähigkeit beeinflussenden Diagnosen gefunden. An der Stellungnahme vom 21. Februar 2014 könne festgehalten werden.

A.h. Die IV-Stelle teilte der Versicherten am 5. März 2015 mit (IV-act. 48), ein Anspruch auf berufliche Massnahmen bestehe nicht. Die Abklärungen hätten ergeben, dass die gesundheitlichen Einschränkungen nicht auf einen IV-rechtlich anerkannten Gesundheitsschaden zurückzuführen seien. Mit einem Vorbescheid vom 26. März 2015 stellte die IV-Stelle die Abweisung des Rentenanspruchs in Aussicht (IV-act. 51). Nach einem Einwand der Versicherten vom 12. Mai 2015, worin die Versicherte erwähnte, dass ihr per Ende Oktober 2014 die Arbeitsstelle gekündigt worden sei, und einer ergänzenden Stellungnahme vom 12. Juni 2015 (vgl. IV-act. 55, 58) holte die IV-Stelle weitere Unterlagen ein. Dr. med. F.____, Facharzt für Innere Medizin, spez.



Endokrinologie und Diabetologie, berichtete am 4. August 2015 (IV-act. 69), im Juli 2014 sei eine Nebennierenabklärung mit Speichelkortisol gemacht worden. Die Werte hätten deutlich zu tief gelegen. Zum Ausschluss einer Nebenniereninsuffizienz sei nun ein Synacthentest durchgeführt worden. Am 17. August 2015 gab er an (IV-act. 68), der Synacthentest sei völlig unauffällig gewesen. Eine Nebenniereninsuffizienz sei so gut wie ausgeschlossen. Für die von der Versicherten beklagten Symptome hätten keine endokrinen Probleme eruiert werden können. Fachärzte der Klinik Y.____ teilten am 27. August 2015 mit (IV-act. 71), sie hätten die Diagnosen einer formal chronisch obstruktiven Pneumopathie GOLD Stadium 1 (A) bei einem persistierenden Nikotinkonsum, einer Hypersomnie und eines allgemeinen Erschöpfungszustands unklarer Ätiologie gestellt. Das Beschwerdebild der Versicherten lasse sich nicht eindeutig einem Organsystem/somatischen Krankheitsbild zuordnen und auch klinisch schwer objektivieren. Formal liege eine leichtgradig obstruktive Ventilationsstörung im Sinne einer COPD GOLD 1 (A) bei persistierendem Nikotinkonsum vor. Aufgrund der nur leichten Ausprägung sei eine medikamentöse Therapie nicht nötig. Bezüglich der übrigen Symptome sei ein Labor mit einem Screening für autoimmune Erkrankungen im Sinne einer rheumatoiden Genese, Vaskulitis, connectiv tissue disease nicht zielführend gewesen; ein Chronic Fatigue Syndrom sei denkbar. Zur Objektivierung der Beschwerden werde eine Spiroergometrie durchgeführt. Am 1. September 2015 berichtete ein Facharzt derselben Klinik (IV-act. 73-11), die Spiroergometrie vom Vortag habe eine normale körperliche Leistungsfähigkeit mit dem Erreichen der Sollwattleistung gezeigt. Am 9. September 2015 teilte Prof. Dr. med. G.____ vom X.____ mit (IV-act. 73-6), die Versicherte leide sehr stark unter einem invalidisierenden Erschöpfungszustand. Bisherige auf somatische Ursachen fokussierte Abklärungen hätten keine anhaltende Besserung der Beschwerden gebracht. Die vom 26. August 2015 bis 9. September 2015 durchgeführte Aktigrafie habe eine Hypersomnie im Sinne von deutlich verlängerten Bett- respektive Schlafzeiten dokumentiert. Er empfahl ein psychosomatisches Konsilium. Am 7. Oktober 2015 berichtete ein Facharzt von der ambulanten Sprechstunde Psychosomatik des X.____ (IV-act. 76), er habe die Versicherte im Rahmen der interdisziplinären schlafmedizinischen Abklärung untersucht. Es sei von einem chronischen Müdigkeitssyndrom mit einer hypersomnischen Symptomatik sowie mit wechselnden körperlichen Beschwerden auszugehen. Er habe der Versicherten eine ambulante Psychotherapie empfohlen. Als



Diagnosen nannte er einen Verdacht auf ein chronisches Müdigkeitssyndrom (ICD-10 G93.3) mit einer hypersomnischen Symptomatik und eine formal chronisch-obstruktive Pneumopathie GOLD Stadium 1 (A). Am 10. März 2014 hatte Dr. med. H.____ mitgeteilt (IV-act. 79), die kardiologische Untersuchung habe keinen Hinweis für eine strukturelle Herzerkrankung ergeben. Echokardiographisch habe sich ein unauffälliger Befund gefunden. In der Ergometrie habe die Versicherte den Sollwert geleistet. Die Leistungsfähigkeit sei gegenüber vor drei Jahren etwas weniger gut gewesen, wobei die Versicherte wegen ihrer Allgemeinsymptomatik auch weniger machen können. Die Einbusse sei daher adäquat und nicht als pathologisch zu werten.

A.i. Der RAD-Arzt Dr. med. I.____ notierte am 16. Dezember 2015 nach einer Durchsicht der medizinischen Berichte (IV-act. 81), ein Gesundheitsschaden mit einer Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit habe nicht nachgewiesen werden können, sodass keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in sämtlichen in Frage kommenden Tätigkeiten begründet werden könne. Die IV-Stelle führte eine zweite Anhörung durch (IV-act. 82). Die Versicherte machte am 30. Dezember 2015 im Wesentlichen geltend, verschiedene Ärzte hätten bestätigt, dass eine gravierende Leistungsminderung im Sinne einer ME/CFS-Symptomatik bestehe. Für den Rentenanspruch sei einzig massgebend, inwieweit sich bestimmte Befunde leistungsmindernd auswirkten, so wie es der Bundesgerichtsentscheid vom 3. Juni 2015 vorsehe (Anmerkung: BGE 141 V 281). Der RAD-Arzt Dr. I.____ notierte am 28. Januar 2016 (IV-act. 84), der von der Versicherten beklagte Gesundheitsschaden habe im Rahmen der Begutachtung durch die PMEDA nicht erhoben werden können. Eine Verdachtsdiagnose (wie von der Abteilung für Psychosomatik des X.____ geäussert) reiche nicht aus, um einen Leistungsanspruch zu begründen. Gutachterlich gestellte Diagnosen genössen in der Regel den Vorzug vor jenen der Behandler.

A.j. Mit einer Verfügung vom 28. Januar 2016 wies die IV-Stelle das Rentenbegehren ab (IV-act. 85). Zum Einwand gab sie die Stellungnahme des RAD wieder. Die Versicherte erhob dagegen am 29. Februar 2016 eine Beschwerde beim Versicherungsgericht des Kantons St. Gallen (IV-act. 89). Sie beantragte die Ansetzung einer Nachfrist zur Einreichung eines Berichts über eine laufende fachärztliche Abklärung. Das Versicherungsgericht sistierte das Verfahren. Am 1. Mai 2017 reichte die Versicherte eine Beschwerdeergänzung mit einem Bericht von Dr. med. Dr. h.c.



J.____, Pneumologie, Schlafmedizin, vom 5. September 2016 ein (IV-act. 107, 110).
Dr. J.____ hatte ausgeführt, seine Einschätzung stütze sich auf das Aktenstudium, drei lange Gespräche und mehrere Telefonate mit der Versicherten, Rückfragen bei einem Psychiater sowie Recherchen beim früheren und gegenwärtigen Hausarzt und in der Literatur. Er hatte eine somatoforme Erkrankung mit Elementen eines Chronic Fatigue Syndroms und einer Fibromyalgie diagnostiziert und eine Arbeitsfähigkeit von maximal 30% attestiert. Er hatte angegeben, einzelne Formulierungen, die die Versicherte bei der Befragung benutzt habe, hätten darauf schliessen lassen, dass Informationen über das Leiden aus den Medien gestammt hätten. Ein Strategiegespräch zwischen dem RAD-Arzt, einem Rechtsdienstmitarbeitenden und einer Sachbearbeiterin der IV-Stelle vom 3. Juli 2017 ergab (IV-act. 119), dass die medizinische Aktenlage im Lichte der geänderten Rechtsprechung zu den syndromalen Leiden keine überzeugende Beurteilung zulasse. In psychiatrischer Hinsicht fehle es an einer sich an den Indikatoren orientierenden Beurteilung. Eine polydisziplinäre Begutachtung sei erforderlich. Gleichentags widerrief die IV-Stelle die Verfügung vom 28. Januar 2016 (IV-act. 121). Mit einer Verfügung vom 2. August 2017 schrieb das Versicherungsgericht das gegenstandslos gewordene Verfahren ab (IV 2016/71, IV-act. 125).

A.k. Die IV-Stelle teilte der Versicherten am 8. September 2017 mit (IV-act. 128), dass eine polydisziplinäre Begutachtung notwendig sei. Am 22. März 2018, 17. April 2018 und 23. Mai 2018 wurde die Versicherte durch die SMAB AG L.____ polydisziplinär (psychiatrisch, rheumatologisch, internistisch, neurologisch und neuropsychologisch) untersucht. Im Gutachten vom 22. Juni 2018 gaben die Sachverständigen an (IV-act. 157-12), sie hätten keine Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit stellen können. Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannten sie: Chronisches Müdigkeitssyndrom (ICD-10 G93.3), DD Neurasthenie (ICD-10 F48.0), myofaszielles Schmerzsyndrom leichten Grades am Schulter- und Beckengürtel, Untergewicht BMI 17.2 kg/m², Hypercholesterinämie, chronisch obstruktive Pneumopathie GOLD Stadium 1 (ED 08/2015), Eisenmangel, Vitamin D-Mangel (anamnestisch), Ausschluss einer strukturellen Herzkrankheit 03/2014, Ausschluss einer Nebenniereninsuffizienz 08/2015, Nikotinabusus 10-15 Zigaretten täglich. Der psychiatrische Gutachter führte aus (psychiatrisches Teilgutachten vom 25. Mai 2018,



IV-act. 157-26, 157-33 ff.), die Versicherte habe zum Tagesablauf angegeben, sie stehe gegen 6.00 Uhr auf und bereite für sich und ihre Tochter Kaffee zu. Nachdem die Tochter das Haus verlassen habe, mache sie sich für den Tag fertig und beginne, die Post durchzusehen, administrative Dinge zu erledigen, sich mit etwaigen Neuigkeiten in der CFS-Forschung zu beschäftigen oder den Haushalt zu erledigen. Zwischen 9.00 und 10.00 Uhr sei sie müde und lege sich hin. Meistens erwache sie nach zwei bis vier Stunden. Sie stehe dann auf, räume ein wenig auf und erledige restliche Haushaltsarbeiten. Ein- bis zweimal wöchentlich, wenn es ihr einigermaßen gut gehe, erledige sie Einkäufe und Besorgungen oder mache einen Spaziergang. Sie bereite das Abendessen zu, das sie mit der Tochter zusammen einnehme. Am Abend unterhalte sie sich mit der Tochter, schaue fern, surfe im Internet oder kommuniziere mit einer Freundin. Nachtruhe sei zwischen 22.00 und 23.00 Uhr. In der Beurteilung hielt der psychiatrische Gutachter fest, die Versicherte habe angegeben, seit Mai 2011 bestehe kontinuierlich ein chronisches Erschöpfungssyndrom mit einer ausgeprägten Müdigkeit, bei Anstrengung auch verknüpft mit Muskelschmerzen. Die Versicherte habe das Schwergewicht der Symptomatik als eine vermehrte Müdigkeit nach geistiger und/oder körperlicher Anstrengung, verknüpft mit dem Gefühl nachlassender bzw. unzureichender Arbeitsleistung und Effektivität bei der Bewältigung täglicher Aufgaben geschildert. Es komme zu körperlicher Schwäche, teilweise begleitet von muskulären Schmerzen. Eine Unfähigkeit, sich zu entspannen, wie sie bei neurasthenen Syndromen häufig vorkomme, liege nicht vor. Die Versicherte habe auch nicht die bei einer Neurasthenie bestehenden Symptome wie Reizbarkeit, Freudlosigkeit oder depressive Symptome geschildert. Schlafstörungen im Sinne von Ein- und Durchschlafstörungen lägen nicht vor. Vielmehr sei eine Hypersomnie in den Vordergrund gerückt worden. Die differentialdiagnostisch zu erwägenden Symptome eines Neurasthenie-Syndroms (ICD-10 F48.0) seien deshalb nicht vollumfänglich erfüllt. Die Symptome seien eher einem Chronic Fatigue Syndrom (ICD-10 G93.3) zuzuordnen. Ob eine Verknüpfung mit einem Fibromyalgiesyndrom oder ein postvirales Müdigkeitssyndrom, z.B. im Zuge einer durchgemachten benignen myalgischen Enzephalomyelitis, vorliege, sei aus neurologischer und rheumatologischer Sicht zu klären. Aus rein psychiatrischer Sicht sprächen der nicht wegweisende elektroenzephalographische Befund sowie die in der Vergangenheit beschriebene, unauffällige MRI-Untersuchung des Neurokraniums gegen einen enzephalitischen bzw.



enzephalopathischen Hintergrund. Auch der aktuelle MRT-Befund des Neurokraniums habe bis auf einzelne unspezifische Marklagergliosen keine weiteren Auffälligkeiten gezeigt. Ein Fibromyalgiesyndrom habe der rheumatologische Gutachter nicht diagnostizieren können. Bei der Versicherten liege ein subjektives Krankheitsbild vor, welches sich auf psychiatrischer Ebene nicht verifizieren lasse. Insbesondere sei das Vorliegen einer Depression von Krankheitswert ebenso auszuschliessen wie eine gravierende Angsterkrankung oder gar eine psychotische Störung. Die diagnostischen Algorithmen einer somatoformen Störung seien ebenfalls nicht hinlänglich erfüllt. Es bestünden weder die für Somatisierungsstörungen charakteristischen multiplen, häufig wechselnden körperlichen Symptome noch bestehe eine langandauernde Störung des sozialen, interpersonalen oder familiären Verhaltens. Auch eine dissoziative Störung liege nicht vor. Eine Diagnose mit einer Relevanz für die Arbeitsfähigkeit könne nicht gestellt werden. Seitens der subjektiven Wahrnehmung sei die Symptomatik deutlich ausgeprägt; die Versicherte attribuiere die Symptomatik wiederholt dramatisierend, beinahe histrionisch. Auf der Befundebene lasse sich eine allenfalls subsyndromale, leichte Symptomatologie mit einer leichten Einschränkung von Psychomotorik und Antrieb feststellen. Die geschilderte Symptomatik sei aus psychiatrischer Optik nur milde ausgeprägt, differentialdiagnostisch sei ein chronisches Müdigkeitssyndrom CFS (ICD-10 G93.3) gegenüber einer inkompletten subsyndromalen Neurasthenie-Symptomatik (ICD-10 F48.0) zu differenzieren. Für die versicherungsmedizinische Beurteilung sei es aber nicht relevant, ob man zur Diagnose eines CFS oder einer subsyndromalen Neurasthenie gelange. Hinweise auf eine Simulation ergäben sich nicht. Zwischen der subjektiven Wahrnehmung der Versicherten und den erhobenen psychopathologischen Befunden bestehe eine deutliche Diskrepanz. Die Versicherte verfüge in den komplexen Ich-Funktionen wie Intentionalität, Realitätsprüfung, Urteilsbildung, Affektregulation, Interaktionskompetenz und Regressionsfähigkeit über gute Ressourcen. Abgesehen von der gegenwärtigen Lebenssituation mit aus der derzeitigen Situation resultierenden Existenzängsten ergäben sich keine weiteren gravierenden psychosozialen Belastungsfaktoren. Die Versicherte schildere ein ausreichend stabiles soziales Netz mit durchaus stabiler und konfliktfreier sozialer Integration. Die Arbeitsfähigkeit sei aus psychiatrischer Sicht nicht eingeschränkt. Der rheumatologische Sachverständige hielt fest (rheumatologisches Teilgutachten vom 26. März 2018, IV-act. 157-42 ff.), eine erkennbare/fassbare Gesundheitsstörung mit



einer Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ergebe sich nicht. Hinweise auf eine inflammatorische Grundlage der von der Versicherten angegebenen Beschwerden bestünden weder anamnestisch noch klinisch. Ein Fibromyalgiesyndrom könne nicht diagnostiziert werden, die Klassifikationskriterien seien bei Weitem nicht erfüllt. Ebenso bestünden keine Hinweise auf ein radikuläres Schmerzgeschehen. Die vereinzelt Weichteildruckdolenzen am Schulter- und Beckengürtel seien Ausdruck eines myofaszialen Schmerzsyndroms infolge einer muskulären Dysbalance. Aus der funktionellen Optik bestünden keine Einschränkungen, sinngemäss könne keine Arbeitsunfähigkeit begründet werden. Rehabilitationsmassnahmen drängten sich nicht auf, wobei die Durchführung eines kreislaufaktivierenden Trainings zwecks Optimierung der kardiovaskulären Leistungsfähigkeit und der Leistungsintoleranz sowie die Durchführung einer medizinischen Trainingstherapie zur Optimierung der Kraft und Kraftausdauer der Rumpfstabilisatoren sowie der Schulter- und Beckengürtelmuskelgruppen von Vorteil wären. Der internistische Gutachter erklärte (internistisches Teilgutachten vom 8. Mai 2018, IV-act. 157-49 ff.), die Versicherte habe sich nach der neuropsychologischen und der neurologischen Untersuchung sehr müde und wenig leistungsfähig gefühlt. Sie sei allseits orientiert, kooperativ und freundlich gewesen und es sei gelungen, die Untersuchung in der zur Verfügung stehenden Zeit (90 Minuten) durchzuführen. In Bezug auf die Selbsteinschätzung der Arbeitsfähigkeit habe die Versicherte angegeben, sie könne sich eine Tätigkeit im Homeoffice mit relativ freier Zeiteinteilung von maximal zwei bis drei Stunden pro Tag vorstellen. In der Beurteilung hielt er fest, das Untergewicht der Versicherten habe sich ausgehend von einem BMI von 17.9 kg/m² im August 2015 auf nun 17.2 kg/m² verschlimmert. Die Instruktion und Überwachung einer normalen Ernährung sei vordringlich. Mit zu berücksichtigen sei die Hypercholesterinämie. Im Rahmen der chronisch obstruktiven Pneumopathie bestünden keine Probleme. Aktuell bestehe kein Vitamin D-Mangel, die Eisenspeicher seien jedoch leer oder nur knapp gefüllt. Eine strukturelle Herzkrankheit sei im März 2014 ausgeschlossen worden, ebenso eine Nebennierenrindeninsuffizienz oder eine andere endokrinologische Störung als Ursache für die Leistungsintoleranz. Das Belastungsprofil sei aus internistischer Sicht nicht eingeschränkt. Aufgrund des leptosomen Habitus und des Untergewichts seien körperlich schwere Arbeiten jedoch zu vermeiden. Der neurologische Sachverständige legte dar (neurologisches Teilgutachten vom 17. April 2018, IV-act. 157-59 f.), bei der Untersuchung hätten sich



keine Hirnnervenausfälle gezeigt. Paresen zentraler, radikulärer oder peripher neurogener Art seien nicht festzustellen gewesen; Reflexauffälligkeiten, sensible, koordinative oder vegetative Störungen hätten nicht bestanden. Auch die veranlassten Zusatzuntersuchungen (Labor, EEG, cMRI) hätten keine relevanten Normabweichungen erbracht. Anamnestische sowie befundbasierte Hinweise auf das Vorliegen einer Ermüdung infolge einer neurologischen Erkrankung bestünden nicht, insbesondere bestünden keine Narkolepsie (fehlende kataplektische Symptome, keine hypnagogen Halluzinationen, in der Aktigrafie Hypersomnie, aber wohl keine Hinweise auf eine Schlafunterbrechung), keine idiopathische ZNS-Hypersomnie und kein Kleine-Levin-Syndrom. Im Rahmen der angesichts eines unauffälligen Symptomvalidierungsverfahrens als valide anzusehenden Untersuchungsergebnisse der neuropsychologischen Untersuchung vom 17. April 2018 hätten sich nur geringfügige Auffälligkeiten in einigen Aufmerksamkeitsaspekten gezeigt; alle weiteren Teilleistungen seien nicht beeinträchtigt gewesen. Der im Bericht des Z.____ vom 7. Juni 2012 angegebene Verdacht auf ein Chronic Fatigue Syndrom könne unter der neurologischen Kodierung ICD-10 G93.3 nicht nachvollzogen werden, da unter G93 "sonstige Erkrankungen des Gehirns" allenfalls ein sekundäres CFS zu verschlüsseln wäre; eine Gehirnerkrankung liege bei der Versicherten jedoch nicht vor. Die Arbeitsfähigkeit der Versicherten in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Hochbauzeichnerin sei nicht eingeschränkt. Der neuropsychologische Experte hielt fest (neurologisches Teilgutachten vom 25. April 2018, IV-act. 158-6 f.), die Versicherte habe gut mitgearbeitet und sich um gute Leistungen bemüht. Hinweise auf Aggravation hätten sich nicht ergeben. Formal seien minime bis leichte Auffälligkeiten in einigen Aufmerksamkeitsaspekten objektiviert worden. Eine substantielle Ermüdung sei in der dreieinhalb Stunden dauernden Untersuchung nicht beobachtet worden. Der klinische Eindruck und die objektiven Befunde seien mit den von der Versicherten als recht imposant und als sehr einschränkend beschriebenen, immer wieder unvermittelt und besonders bei längerer Anstrengung auftretenden, imperativen Müdigkeitsattacken nicht vereinbar. Die beklagten Einschränkungen hätten in der Untersuchung so nicht reproduziert werden können und blieben demzufolge wenig nachvollziehbar. Aus neuropsychologischer Sicht sei nicht nachvollziehbar, weshalb die Arbeitsfähigkeit der Versicherten eingeschränkt sein sollte. In der zusammenfassenden versicherungsmedizinischen Beurteilung gaben die Sachverständigen an (IV-



act. 157-13 f.), eine Diagnose mit einer Relevanz für die Arbeitsfähigkeit habe auf keinem Fachgebiet gestellt werden können. Die objektiven Befunde seien nur gering ausgeprägt. Die Beschwerdesymptomatik sei subjektiver Natur und lasse sich weder durch objektivierbare psychiatrische und neuropsychologische noch durch somatische Befunde erhärten. Die Versicherte sei in der Lage, sämtliche ihrem Ausbildungs- und Kenntnisstand angepassten Tätigkeiten zu verrichten. Die bisherige Tätigkeit als Hochbauzeichnerin sei möglich und an das subjektiv geklagte Leidensbild adaptiert. Die Arbeitsfähigkeit betrage 100%. Auch retrospektiv lasse sich keine Arbeitsunfähigkeit begründen.

A.l. Der RAD-Arzt Dr. I.____ notierte am 16. Juli 2018 (IV-act. 159), die Versicherte sei umfassend gutachterlich untersucht worden. Auf das Ergebnis des Gutachtens könne abgestellt werden.

A.m. Mit einem Vorbescheid vom 17. Juli 2018 stellte die IV-Stelle der Versicherten die Abweisung des Begehrens um eine Invalidenrente in Aussicht (IV-act 161). Zur Begründung gab sie an, nachdem die IV-Stelle die Verfügung vom 28. Januar 2016 widerrufen habe, laut der kein IV-rechtlich relevanter Gesundheitsschaden vorliege, sei eine polydisziplinäre Begutachtung erfolgt. Gemäss dem Gutachten der SMAB vom 22. Juni 2018 hätten keine Diagnosen bestätigt werden können, welche sich auf die Arbeitsfähigkeit auswirkten. Das Begehren um eine Invalidenrente werde deshalb abgewiesen. Die Versicherte erhob am 21. September 2018 einen Einwand, worin sie um eine Fristerstreckung zur Begründung des Einwands ersuchte (IV-act. 164). Nachdem die erstreckte Frist unbenutzt abgelaufen war, wies die IV-Stelle mit einer Verfügung vom 12. Dezember 2018 das Begehren um eine Invalidenrente ab (IV-act. 167).

B.

B.a. Die Versicherte (nachfolgend: Beschwerdeführerin) erhob am 28. Januar 2019 eine Beschwerde gegen die Verfügung vom 12. Dezember 2018 (act. G 1). Sie beantragte die Aufhebung der angefochtenen Verfügung und die Zusprache einer mindestens halben Invalidenrente. Eventualiter sei die Angelegenheit zur Neuurteilung an die IV-Stelle (nachfolgend: Beschwerdegegnerin) zurückzuweisen. Zudem ersuchte sie um die Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung und Rechtsverteidigung. Zur



Begründung machte sie geltend, entgegen dem Bericht von Dr. J.____ hätten die Gutachter der SMAB keine Diagnosen erhoben, welche für die Arbeitsfähigkeit relevant seien. Das Gutachten der SMAB sei ausnahmslos von Ärzten erstellt worden, die keine Spezialisten für Schlafmedizin seien. Sie (die Beschwerdeführerin) leide an einer somatoformen Erkrankung, Chronic Fatigue und Fibromyalgie, was zu einer maximalen Arbeitsfähigkeit von 50% führe. Die Gutachter hätten sich mit dieser Problematik nicht bzw. nur teilweise auseinandergesetzt. Das Gutachten sei deshalb unvollständig, insbesondere mit Blick auf die darin festgehaltenen Diagnosen. Dr. J.____ stehe für eine fundierte Stellungnahme nicht mehr zur Verfügung. Zurzeit liefen Anfragen bei einem Spezialisten-Team für Schlafmedizin. Sie ersuche um eine Nachfrist zur Einreichung einer Beschwerdebegründung. In Bezug auf das Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege brachte sie vor, sie habe kein Einkommen mehr und habe im Dezember 2018 über ein Vermögen von rund Fr. 70'000.-- verfügt. Dieses Geld werde ihr keine drei Jahre reichen, auch dann nicht, sollte ihr eine halbe Rente zugesprochen werden. In der Beschwerdeergänzung vom 14. Juni 2019 hielt die Beschwerdeführerin an den gestellten Anträgen fest (act. G 7). Sie machte geltend, der psychiatrische Gutachter der SMAB habe wie Dr. J.____ ein chronisches Müdigkeitssyndrom diagnostiziert. Allerdings habe dieser die Meinung vertreten, dass sie vollständig arbeitsfähig sei. Es sei durchaus Erfahrungstatsache, dass Gutachter wegen einer fehlenden Objektivierungsmöglichkeit den Schweregrad zulasten des zu Begutachtenden völlig unterschätzten. Lasse sich der Schweregrad diagnostisch nicht bestimmen, zeige sich die Schwere der Störung in ihrer rechtlichen Relevanz erst bei deren funktionellen Auswirkungen. Diese seien hier offensichtlich schwer. Sie habe sich in der Folge einem anderen Spezialisten für Schlafmedizin, Dr. med. K.____, stv. Chefarzt Innere Medizin am W.____, vorgestellt. Gestützt auf die Berichte von Dr. K.____ machte sie geltend, dass sie zu 80% arbeitsunfähig sei. Dr. K.____ hatte am 29. März 2019 berichtet (act. G 7.1.3), er habe die Beschwerdeführerin am 20. Februar 2019 gesehen. Die Beschwerdeführerin leide seit Mai 2011 an einem Schwächezustand, bei dem sie bis 1x/Monat Kollapszustände bis beinahe Synkopen verspüre. Sie fühle sich, wie wenn sie eine Dauergrippe hätte. Körperliche Anstrengungen verursachten ihr einen Zustand der Energielosigkeit mit unspezifischen Muskelschmerzen. Weiter leide sie an einer Dauerübelkeit. Auffallend seien weiter Konzentrationsstörungen und ein gestörter Schlaf; sie schlafe nachts ca. sieben Stunden und dann wieder von 9-13 Uhr. In der



körperlichen Untersuchung habe er keine pathologischen Befunde feststellen können. Weitreichende Untersuchungen hätten keine organspezifische Krankheit aufgezeigt. Auch psychiatrische Begutachtungen hätten keine psychiatrische Diagnose im Sinne einer Psychose und/oder einer Depression aufgezeigt. Rezidivierende Laboruntersuchungen hätten nie eine namhafte hämatologische und/oder entzündliche Störung ergeben. Aufgrund der Anamnese und der klar feststellbaren Einschränkungen der körperlichen Leistungsfähigkeit, der vegetativen Symptomatik mit beinahe Kollaps, Nausea und aktimetrisch nachgewiesenem gestörten Schlaf, könne gemäss den kanadischen Konsensuskonferenz Kriterien ein Chronic Fatigue Syndrom/myalgische Enzephalomyelitis gestellt werden. Als ätiologische Ursachen würden Virusinfekte postuliert und leider gebe es noch keine pathophysiologisch begründete kurative medikamentöse Therapie. Bei der Beschwerdeführerin könne er sich von einer psychosomatischen Krankheit distanzieren. Aufgrund der genannten Diagnose sei die Beschwerdeführerin nicht vollständig arbeitsfähig. Am 23. April 2019 hatte Dr. K.____ mitgeteilt, er nehme nochmals Stellung zum Gutachten der SMAB (act. G 7.1.4). Die Hauptsymptomatik der Beschwerdeführerin seien massive Konzentrationsstörungen, ein gestörter Schlaf, unspezifische Muskelschmerzen bei kleinster Anstrengung und ein Zustand einer Dauer-Grippe. Mehrfache Untersuchungen hätten keine Krankheit aus dem akut-rheumatischen, neurologischen oder psychiatrischen Gebiet ergeben. Er könne die Diagnose eines Chronic Fatigue Syndroms stellen. Diese Diagnose werde im ICD-10 Code als G93.3 (mit der Begründung myalgische Enzephalomyelitis) aufgeführt und verunmögliche der Beschwerdeführerin, die Arbeit als Bauzeichnerin auszuführen. Dementsprechend sei dies die federführende Diagnose, welche die Arbeitsunfähigkeit begründe. Im Gutachten werde die Diagnose G93.3 aufgeführt und es entbehre jeder Logik, dass diese Hauptdiagnose, welche die Beschwerden erklärten, nicht als Grund für die Arbeitsunfähigkeit aufgeführt werden könne. Am 5. Juni 2019 gab Dr. K.____ an (act. G 7.1.5), aufgrund der in den letzten Briefen erwähnten Krankheit sei der Beschwerdeführerin eine Arbeitsbelastung von höchstens etwa zwei Stunden pro Tag zumutbar. Dies entspreche einer Arbeitsunfähigkeit von 80%.

B.b. Die Beschwerdegegnerin beantragte am 20. August 2019 die Abweisung der Beschwerde (act. G 9). Zur Begründung machte sie im Wesentlichen geltend, das Gutachten der SMAB AG L.____ vom 22. Juni 2018 sei beweiskräftig. Konkrete Indizien,



die gegen die Zuverlässigkeit des Gutachtens sprächen, lägen nicht vor. Der Bericht von Dr. J.____ vom 5. September 2016 sei den Gutachtern bekannt gewesen und in die Begutachtung eingeflossen. Dr. J.____ habe keine objektivierbare Ursache für die von der Beschwerdeführerin beklagte Symptomatik darzulegen vermocht. Die Gutachter hätten die beklagte Symptomatik gleich wie Dr. K.____ als Chronic Fatigue Syndrom interpretiert. Dabei hätten sie aber dem Aspekt Rechnung getragen, dass das Chronic Fatigue Syndrom (ICD-10 G93.3) zu den mit einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung vergleichbaren psychosomatischen Leiden zähle. Der psychiatrische Sachverständige sei in Berücksichtigung der Standardindikatoren nachvollziehbar zum Ergebnis gelangt, dass die diagnoserelevanten Befunde nur leicht ausgeprägt seien und sich die geschilderte Symptomatik, welche entweder als Chronic Fatigue Syndrom oder als subsyndromale Neurasthenie zu verstehen sei, nicht einschränkend auf die Arbeitsfähigkeit auswirke. Dr. K.____ habe sich bei der Einschätzung der Arbeitsfähigkeit nicht an den Standardindikatoren orientiert. Gestützt auf das Gutachten sei festzuhalten, dass die von der Beschwerdeführerin beklagten Beschwerden bei objektiver Betrachtung keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit begründeten. Bei diesem Ergebnis bestehe kein Anlass, eine Invaliditätsbemessung im Rahmen eines Einkommensvergleichs durchzuführen.

B.c. Die Beschwerdeführerin verzichtete auf eine Replik (vgl. act. G 13).

B.d. Am 2. Dezember 2020 bat das Versicherungsgericht des Kantons St. Gallen die Beschwerdeführerin, zur Beurteilung des Gesuchs um Bewilligung der unentgeltlichen Rechtspflege die aktuellen Verhältnisse bekannt zu geben und die erforderlichen Unterlagen einzureichen (act. G 14). Am 24. Dezember 2020 reichte die Beschwerdeführerin Unterlagen ein (act. G 15). Am 6. Januar 2021 bat das Versicherungsgericht die Beschwerdeführerin mit der Begründung, dass der Vermögensrückgang nicht nachvollziehbar belegt sei, um die Einreichung von weiteren Unterlagen. Es wies zudem auf eine Anrechnung des an den Rechtsvertreter geleisteten Kostenvorschusses von Fr. 1'398.-- hin (act. G 16). Am 25. Januar 2021 reichte die Beschwerdeführerin weitere Unterlagen ein (act. G 17).



Erwägungen

1.

Die Beschwerdegegnerin hat mit der angefochtenen Verfügung vom 12. Dezember 2018 einen Rentenanspruch der Beschwerdeführerin verneint. Strittig ist somit, ob die Beschwerdeführerin einen Anspruch auf eine Invalidenrente hat.

2.

2.1. 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).

2.2. 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). Bei nicht erwerbstätigen Versicherten, die im Aufgabenbereich tätig sind und denen die Aufnahme einer Erwerbstätigkeit nicht zugemutet werden kann, wird für die Bemessung der Invalidität in Abweichung von Art. 16 ATSG darauf abgestellt, in welchem Masse sie unfähig sind, sich im Aufgabenbereich zu betätigen (Art. 28a Abs. 2 IVG; sog. Betätigungsvergleich). Bei Versicherten, die teilweise erwerbstätig und teilweise im Aufgabenbereich tätig sind, wird der Invaliditätsgrad für beide Bereiche nach der jeweiligen Methode berechnet; die Teilinvaliditätsgrade werden nach den Anteilen der Bereiche "gewichtet" und dann addiert (sog. gemischte Methode; Art. 28a Abs. 3 IVG).



3.

3.1. Um das zumutbare Invalideneinkommen ermitteln zu können, muss der verbliebene Arbeitsfähigkeitsgrad der Beschwerdeführerin mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit feststehen. Die Beschwerdegegnerin hat dazu die SMAB AG L.____ mit der Erstellung eines polydisziplinären Gutachtens beauftragt. Im Gutachten vom 22. Juni 2018 haben die Gutachter eine vollständige Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin in der erlernten Tätigkeit als Hochbauzeichnerin 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.

3.2. 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 der psychiatrische Gutachter die vom Bundesgericht in Bezug auf anhaltende somatoforme Schmerzstörungen und vergleichbare psychosomatische Leiden geschaffenen und später als 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).

3.3. Alle Sachverständigen der SMAB AG L.____ 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. Der rheumatologische Gutachter hat schlüssig dargelegt, dass er keine objektiven Befunde für die von der Beschwerdeführerin beklagten Beschwerden hat feststellen können. Die vereinzelt Weichteildruckdolenzen am Schulter- und Beckengürtel hat er als myofasiales Schmerzsyndrom leichten Grades, das aufgrund einer muskulären Dysbalance entstanden sei, qualifiziert. Er hat diesem Syndrom nachvollziehbar keine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin in der Tätigkeit als Hochbauzeichnerin zugemessen. Das Vorliegen der Diagnose eines Fibromyalgiesyndroms hat er klar verneint. Er hat zwar lediglich festgehalten, dass die Klassifikationskriterien bei Weitem nicht erfüllt seien, hat also nicht explizit dargelegt, welche Kriterien für diese Diagnose massgebend sind und weshalb diese vorliegend nicht erfüllt gewesen sind. Aufgrund der ihm obliegenden Sorgfaltspflicht ist aber davon auszugehen, dass er dies



ausführlich geprüft hat. Der internistische Experte hat mehrere Diagnosen, die sich mit Ausnahme der Hypercholesterinämie bereits aus den Vorakten ergeben haben, genannt und diese als ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit beurteilt. Aufgrund des Untergewichts der Beschwerdeführerin hat er einzig eine körperlich schwere Tätigkeit ausgeschlossen. Da es sich bei der Tätigkeit als Hochbauzeichnerin um keine körperlich schwere Tätigkeit handelt, ist die Attestierung einer vollständigen Arbeitsfähigkeit aus internistischer Sicht schlüssig. Der neurologische Gutachter hat ebenfalls nachvollziehbar erklärt, dass er keine Hinweise auf eine neurologische Erkrankung als Ursache für die von der Beschwerdeführerin beklagte Ermüdung feststellen können. Er hat auch keine anderen neurologischen Befunde festgestellt. Eine Gehirnerkrankung hat er explizit ausgeschlossen. Das Ergebnis der neuropsychologischen Untersuchung hat er als valide eingestuft. Die von ihm attestierte vollständige Arbeitsfähigkeit ist somit schlüssig. Der neuropsychologische Sachverständige hat aufgezeigt, dass die von der Beschwerdeführerin beklagten Beschwerden in der dreieinhalb stündigen Untersuchung nicht reproduziert werden können. Insbesondere hat er keine substantielle Ermüdung beobachten können. Er hat lediglich in einigen Aufmerksamkeitsaspekten minime bis leichte Auffälligkeiten objektiviert. Eine Aggravation hat er ausgeschlossen. Er hat festgehalten, der klinische Eindruck und die objektiven Befunde seien mit den von der Beschwerdeführerin als recht imposant und als sehr einschränkend beschriebenen, immer wieder unvermittelt und besonders bei längerer Anstrengung auftretenden, imperativen Müdigkeitsattacken nicht vereinbar. Eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit hat er als nicht nachvollziehbar erachtet. Der psychiatrische Experte hat schlüssig erklärt, dass er für das Vorliegen einer Depression, einer gravierenden Angsterkrankung, einer psychotischen Störung, einer somatoformen Störung oder einer dissoziativen Störung keine ausreichenden objektiven Befunde erheben können. Die Symptome für ein Neurasthenie-Syndrom sind nicht vollumfänglich erfüllt gewesen. Er hat die von der Beschwerdeführerin beklagten Symptome dem Chronic Fatigue Syndrom zugeordnet. Ob eine Verknüpfung mit einem Fibromyalgiesyndrom oder ein postvirales Müdigkeitssyndrom vorliegt, hat er der Beurteilung des rheumatologischen und des neurologischen Gutachters überlassen. Ein Fibromyalgiesyndrom hat der rheumatologische Gutachter ausgeschlossen. Dieser und auch der neurologische Gutachter haben trotz ausführlicher Untersuchungen inklusive Laboruntersuchungen, EEG und MRI des Neurokraniums keine für die geklagten Beschwerden objektivierbare Gesundheitsstörung gefunden. Der psychiatrische Sachverständige ist zur Auffassung gelangt, dass bei der Beschwerdeführerin ein subjektives Krankheitsbild vorliege, welches sich auf psychiatrischer Ebene nicht verifizieren lasse. Als objektive Befunde hat er einzig eine leichte Einschränkung von



Psychomotorik und Antrieb festgestellt. Er hat festgehalten, dass zwischen der subjektiven Wahrnehmung der Beschwerdeführerin und den erhobenen psychopathologischen Befunden eine deutliche Diskrepanz bestanden habe. Im Weiteren hat er sich zu den Standardindikatoren, insbesondere zu den bei der Beschwerdeführerin vorhandenen Ressourcen, geäußert und er ist zur Auffassung gelangt, dass aus psychiatrischer Sicht eine vollständige Arbeitsfähigkeit bestehe. Die Konsensbeurteilung, laut der die objektiven Befunde nur gering ausgeprägt sind und die Beschwerdesymptomatik subjektiver Natur ist, ist nach dem Gesagten nachvollziehbar und schlüssig. Zu berücksichtigen ist auch, dass in der am Vormittag durchgeführten (vgl. die Terminplanung, IV-act. 151), dreieinhalb stündigen neuropsychologischen Untersuchung keine substantielle Ermüdung beobachtet worden ist, was mit der Schilderung des Tagesablaufs, wonach sich die Beschwerdeführerin zwischen 9.00 und 10.00 Uhr wieder hinlegen müsse, in Widerspruch steht. In der am gleichen Tag durchgeführten neurologischen Untersuchung ist ebenfalls über keine Ermüdungszeichen berichtet worden, was darauf schliessen lässt, dass die Beschwerdeführerin problemlos hat mitwirken können. Im Zusammenhang mit der dritten an diesem Tag durchgeführten Untersuchung hat der internistische Gutachter festgehalten, die Beschwerdeführerin habe sich sehr müde und wenig leistungsfähig gefühlt. Dennoch sei es gelungen, die Untersuchung in der zur Verfügung stehenden Zeit (90 Minuten) durchzuführen. Dies lässt darauf schliessen, dass die Beschwerdeführerin objektiv zu einer grösseren Leistung fähig ist, als sie subjektiv wahrnimmt. Auch die Schilderung des Tagesablaufs lässt auf ein beträchtliches Aktivitätsniveau schliessen und ist mit der subjektiven Einschätzung der Beschwerdeführerin, wonach nur noch eine Tätigkeit im Homeoffice von maximal zwei bis drei Stunden pro Tag vorstellbar sei, nicht vereinbar. Zusammenfassend ist festzuhalten, dass die von den Gutachtern der SMAB AG L.____ erhobenen Befunde, die gestützt darauf gestellten Diagnosen und die Attestierung einer vollständigen Arbeitsfähigkeit in der erlernten Tätigkeit als Hochbauzeichnerin nachvollziehbar und schlüssig sind.

3.4. Im Folgenden ist zu prüfen, ob die Einwände der Beschwerdeführerin Zweifel am Gutachten zu wecken vermögen. Die Beschwerdeführerin hat vorgebracht, Dr. J.____ habe im Bericht vom 5. September 2016 eine somatoforme Erkrankung, Chronic Fatigue und Fibromyalgie, diagnostiziert. Die Gutachter der SMAB hätten sich mit dieser Problematik nicht bzw. nur teilweise auseinandergesetzt. Ausserdem sei das Gutachten ohne einen Spezialisten für Schlafmedizin erstellt worden. Das Gutachten sei, insbesondere mit Blick auf die festgehaltenen Diagnosen, unvollständig. Dazu ist festzuhalten, dass der rheumatologische Sachverständige eine Fibromyalgie klar



ausgeschlossen hat. Eine somatoforme Störung ist vom psychiatrischen Sachverständigen überzeugend verneint worden. Dieser hat ein Chronic Fatigue Syndrom diagnostiziert, allerdings ohne diesem Syndrom eine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit zuzumessen. Es bestehen keine Anhaltspunkte dafür, dass die Untersuchungen und die Diagnosestellungen durch die Gutachter nicht umfassend gewesen wären. Auf den Beizug eines Experten für Schlafmedizin haben die Gutachter deshalb verzichten können. Die Arbeitsfähigkeitsschätzung von Dr. J.____, laut der die Beschwerdeführerin zu maximal 30% arbeitsfähig sein soll, kann nicht überzeugen, da die ihr zugrundeliegende Diagnosestellung nicht überwiegend wahrscheinlich richtig ist. Dr. J.____ hat nämlich offenkundig die Selbstangaben der Beschwerdeführerin und damit deren Selbstdiagnose übernommen; jedenfalls fehlt im Bericht von Dr. J.____ jeder Hinweis darauf, dass ein Versuch unternommen worden wäre, die Selbstangaben der Beschwerdeführerin zu objektivieren. Im Weiteren ist die Arbeitsfähigkeitsschätzung von Dr. J.____ nicht anhand des strukturierten Beweisverfahrens erfolgt. Sowohl bei einer somatoformen Erkrankung als auch bei einem Chronic Fatigue Syndrom hat die Arbeitsfähigkeitsschätzung nämlich anhand des strukturierten Beweisverfahrens zu erfolgen (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 6. August 2019, 9C_106/2019, E. 2.3.3). In der Beschwerdeergänzung hat die Beschwerdeführerin drei Berichte von Dr. K.____ eingereicht. Gestützt darauf hat sie geltend gemacht, dass sie zu 80% arbeitsunfähig sei. Die Berichte von Dr. K.____ sind nicht geeignet, Zweifel am Gutachten zu wecken. Dr. K.____ hat sich bei der Erhebung der Befunde nämlich vorwiegend auf die Schilderungen der Beschwerdeführerin gestützt. Er hat also, obwohl er kein behandelnder Arzt ist, keine objektive Betrachtungsweise eingenommen, sondern sich bei der Beurteilung von Art und Ausmass einer Gesundheitsbeeinträchtigung massgeblich auf die subjektiven Angaben der Beschwerdeführerin gestützt. Im Weiteren hat er für die Arbeitsfähigkeitsschätzung von der Diagnose eines Chronic Fatigue Syndroms direkt auf eine Arbeitsunfähigkeit geschlossen ("[...] und sie ist aufgrund dieser oben genannten Diagnose nicht voll arbeitsfähig", act. G 7.1.3) bzw. er ist von einer (beträchtlichen) Arbeitsunfähigkeit ausgegangen und hat diese mit der genannten Diagnose begründet ("Dementsprechend ist dies die federführende Diagnose, welche die Arbeitsunfähigkeit begründet", act. G 7.1.4). Er hat also nicht anhand des strukturierten Beweisverfahrens geprüft, über welches funktionelle Leistungsvermögen die Beschwerdeführerin objektiv noch verfügt, was für die Arbeitsfähigkeitsschätzung allein massgebend ist. Die Beschwerdeführerin hat schliesslich vorgebracht, es sei durchaus Erfahrungstatsache, dass Gutachter wegen einer fehlenden Objektivierungsmöglichkeit den Schweregrad (wohl: einer Gesundheitsstörung) zulasten des zu Begutachtenden völlig unterschätzten. Lasse sich der Schweregrad diagnostisch nicht bestimmen, zeige sich



die Schwere der Störung in ihrer rechtlichen Relevanz erst bei deren funktionellen Auswirkungen. Die Beschwerdeführerin hat dabei verkannt, dass von den Gutachtern nicht nur bei der Diagnosestellung, sondern auch bei der Beurteilung des verbliebenen funktionellen Leistungsvermögens ein objektiver Massstab angesetzt worden ist.

3.5. Zusammenfassend ist festzuhalten, dass die von der Beschwerdeführerin eingereichten Berichte von Dres. J. ___ und K. ___ keine Zweifel am Gutachten der SMAB AG L. ___ zu wecken vermögen. Die Einschätzung der Sachverständigen, dass die Beschwerdeführerin in der erlernten Tätigkeit als Hochbauzeichnerin vollständig arbeitsfähig sei, überzeugt. Damit ist mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit belegt, dass die Beschwerdeführerin vollständig arbeitsfähig ist.

4.

Die Beschwerdeführerin ist als Vollerwerbstätige zu qualifizieren. Denn obwohl sie an ihrer letzten Arbeitsstelle zu 60% gearbeitet hat, wäre sie im fiktiven "Gesundheitsfall" im Zeitpunkt des Erlasses der angefochtenen Verfügung zu 100% erwerbstätig gewesen. Die Tochter der Beschwerdeführerin ist damals nämlich 20 Jahre alt gewesen und hat eine Lehre absolviert. Sie hat damit keine Betreuung mehr benötigt. Bei einer vollständigen Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit als Hochbauzeichnerin kann der Betrag der Vergleichseinkommen mathematisch keine Rolle spielen; der Invaliditätsgrad ist anhand eines sogenannten Prozentvergleichs zu berechnen. Er entspricht dem Arbeitsunfähigkeitsgrad und beträgt also 0%. Selbst wenn die Beschwerdeführerin im fiktiven "Gesundheitsfall" als zu 60% erwerbstätig und zu 40% im Haushalt tätig zu qualifizieren wäre, wäre von Vornherein ausgeschlossen, dass der Invaliditätsgrad 40% betragen würde. Denn bei einer vollständigen Arbeitsfähigkeit im Erwerbsbereich müsste dazu eine vollständige Arbeitsunfähigkeit im Haushalt gegeben sein, was bei der Beschwerdeführerin offensichtlich nicht vorliegt. Die Beschwerdegegnerin hat damit den Anspruch auf eine Invalidenrente zu Recht verneint.

5.

Es bleibt das Gesuch der Beschwerdeführerin um die Gewährung der unentgeltlichen Rechtspflege (Befreiung von den Gerichtskosten und Bewilligung der unentgeltlichen Rechtsverteidigung) zu prüfen.

5.1. Jede Person, die nicht über die erforderlichen Mittel verfügt, hat Anspruch auf unentgeltliche Rechtspflege, wenn ihr Rechtsbegehren nicht aussichtslos erscheint.



Soweit es zur Wahrung ihrer Rechte notwendig ist, hat sie ausserdem Anspruch auf unentgeltlichen Rechtsbeistand (Art. 29 Abs. 3 der Bundesverfassung, BV, SR 101). Art. 99 des Gesetzes über die Verwaltungsrechtspflege (VRP, sGS 951.1) sieht vor, dass vor dem Versicherungsgericht die unentgeltliche Rechtspflege und die unentgeltliche Rechtsverbeiständung gewährt werden; die Vorschriften der Schweizerischen Zivilprozessordnung vom 19. Dezember 2008 (ZPO, SR 272) über die unentgeltliche Rechtspflege finden sachgemässe Anwendung. Gemäss Art. 117 und 118 Abs. 1 lit. b und c ZPO hat eine Person Anspruch auf unentgeltliche Rechtspflege, wenn sie nicht über die erforderlichen Mittel verfügt und wenn ihr Begehren nicht aussichtslos erscheint. Die unentgeltliche Rechtspflege umfasst die Befreiung von den Gerichtskosten und die gerichtliche Bestellung einer Rechtsbeiständin oder eines Rechtsbeistands, wenn dies zur Wahrung der Rechte notwendig ist. Art. 61 Abs. 1 lit. f ATSG bestimmt sodann, dass das Recht, sich verbeiständen zu lassen, für das Verfahren vor dem kantonalen Versicherungsgericht gewährleistet sein muss. Wo die Verhältnisse es rechtfertigen, wird der Beschwerde führenden Person ein unentgeltlicher Rechtsbeistand bewilligt. Die Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung und der unentgeltlichen Rechtsverbeiständung setzt also voraus, dass die gesuchstellende Person bedürftig ist, der Prozess nicht aussichtslos erscheint und die Vertretung notwendig oder geboten ist (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 21. Januar 2020, 9C_560/2019, E. 4.1).

5.2. Eine Person ist *bedürftig*, wenn sie nicht in der Lage ist, für die Prozesskosten aufzukommen, ohne dass sie Mittel beanspruchen müsste, die zur Deckung des eigenen notwendigen Lebensunterhalts und desjenigen ihrer Familie erforderlich sind. Die prozessuale Bedürftigkeit beurteilt sich nach der gesamten wirtschaftlichen Situation des Rechtsuchenden im Zeitpunkt der Einreichung des Gesuchs. Dazu gehören einerseits sämtliche finanziellen Verpflichtungen, andererseits die Einkommens- und Vermögensverhältnisse. Soweit das Vermögen einen angemessenen "Notgroschen" übersteigt, ist der das Gesuch stellenden Person unbesehen der Art der Vermögensanlage zumutbar, dieses zur Finanzierung des Prozesses zu verwenden, bevor dafür öffentliche Mittel bereitzustellen sind. Die Höhe des "Notgroschen"-Grenzbetrages kann nicht generell, sondern nur individuell-konkret festgelegt werden, und zwar namentlich unter Berücksichtigung von Erwerbssaussichten, Alter, Gesundheitszustand sowie familiären Verpflichtungen (Urteil des Bundesgerichts vom 8. August 2016, 8C_377/2016 E. 2.2). In Anbetracht dessen, dass die (gewährte) unentgeltliche Rechtspflege während eines Verfahrens widerrufen werden kann, wenn die Bedürftigkeit nachträglich weggefallen ist oder gar nie bestanden hat (vgl. Stefan Meichssner, Aktuelle Praxis der unentgeltlichen Rechtspflege, Jusletter 7. Dezember



2009, Rz 53), kann es ausnahmsweise auch angezeigt sein, ein Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege erst mit dem Endentscheid zu behandeln und auf die dann herrschenden Einkommens- und Vermögensverhältnisse abzustellen.

5.3. Die Beschwerdeführerin hat bei der Einreichung des Gesuchs am 28. Januar 2019 geltend gemacht, sie habe kein Einkommen mehr und habe im Dezember 2018 über ein Vermögen von rund Fr. 70'000.-- verfügt. Dieses Geld werde ihr keine drei Jahre reichen. Sie hat damit zum Ausdruck gebracht, dass sie im Zeitpunkt, in dem der Gerichtsentscheid ergehen werde, weder über ein Einkommen noch über ein Vermögen verfügen dürfte. Ausnahmsweise ist es deshalb im Zeitpunkt der Gesuchstellung angezeigt gewesen, erst mit dem Endentscheid über das Gesuch zu entscheiden. Die Beschwerdeführerin hat seit dem Verlust ihrer letzten Arbeitsstelle im Jahr 2014 keine Erwerbstätigkeit mehr aufgenommen. Sie hat seit Jahren keine Einkünfte mehr erzielt und hat daher auf ihr Vermögen zurückgreifen müssen. Bei der Beschwerdeerhebung am 28. Januar 2019 hat sich dieses noch auf ca. Fr. 70'000.-- (Stand Ende Dezember 2018) belaufen. Ende Dezember 2019 hat das Vermögen noch ca. Fr. 48'000.-- betragen und bis Ende Dezember 2020 hat es sich auf ca. Fr. 14'000.-- vermindert. Dies hat einem Vermögensverbrauch von Fr. 28'000.-- pro Jahr bzw. Fr. 2'333.-- monatlich entsprochen, was sehr tief gewesen ist. Da das Begehren um eine Invalidenrente abgelehnt wird, besteht keine Aussicht auf eine wirtschaftliche Erholung. Der Notgroschen, der beim Bestehen einer Aussicht auf eine wirtschaftliche Erholung für eine erwachsene Person in der Regel Fr. 5'000.-- beträgt, ist deshalb angemessen zu erhöhen (vgl. Ziffer 2.3 der Richtlinien zur unentgeltlichen Rechtspflege des Kantonsgerichts St. Gallen, Stand Mai 2011, abrufbar unter <https://www.sg.ch/recht/gerichte/informationen---formulare/weisungen.html>, zuletzt besucht am 3. Februar 2021). Eine annähernde Verdreifachung des Notgroschens bei monatlichen Ausgaben von durchschnittlich Fr. 2'333.-- wäre nicht angemessen. Der Beschwerdeführerin ist es vielmehr zumutbar, die Prozesskosten aus ihrem aktuellen Vermögen zu bestreiten, bevor dafür öffentliche Mittel aufzuwenden sind. Dabei ist auch zu berücksichtigen, dass sie ihrem Rechtsvertreter bereits einen Kostenvorschuss von Fr. 1'398.-- geleistet hat (act. G 15.1), dieser also für seinen Vertretungsaufwand bereits (teilweise oder vollständig) entschädigt worden ist, und dass der Rechtsvertreter in dem mangels Streitgegenstand gegenstandslos gewordenen Verfahren IV 2016/71 für seinen Aufwand mit Fr. 1'998.10 (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) entschädigt worden ist, er also bei der juristischen Aufarbeitung auf das frühere Verfahren hat zurückgreifen können, womit ihm im vorliegenden Beschwerdeverfahren ein unterdurchschnittlicher Aufwand entstanden ist. Aufgrund der fehlenden Bedürftigkeit der Beschwerdeführerin wird das Gesuch um



unentgeltliche Rechtspflege abgewiesen. Ob die weiteren Voraussetzungen der fehlenden Aussichtslosigkeit des Prozesses und der Notwendigkeit der anwaltlichen Verbeiständung erfüllt wären, kann unter diesen Umständen offengelassen werden.

6.

Das Beschwerdeverfahren ist kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festgelegt (Art. 69 Abs. 1^{bis} IVG). Eine Gerichtsgebühr von Fr. 600.-- erscheint in der vorliegend zu beurteilenden Angelegenheit als angemessen. Dem Ausgang des Verfahrens entsprechend ist sie vollumfänglich der Beschwerdeführerin aufzuerlegen.

Entscheid

im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP

1.

Die Beschwerde wird abgewiesen.

2.

Das Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege (Befreiung von den Gerichtskosten und Bewilligung der unentgeltlichen Rechtsverbeiständung) wird abgewiesen.

3.

Die Beschwerdeführerin hat die Gerichtskosten von Fr. 600.-- zu bezahlen.