



**Fall-Nr.:** IV 2019/331  
**Stelle:** Versicherungsgericht  
**Rubrik:** IV - Invalidenversicherung  
**Publikationsdatum:** 09.06.2022  
**Entscheiddatum:** 19.08.2021

### **Entscheid Versicherungsgericht, 19.08.2021**

**Art. 28a Abs. 3 IVG. Würdigung der medizinischen Sachlage, insbesondere eines polydisziplinären Gutachtens. Gemischte Methode (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 19. August 2021, IV 2019/331).**

#### **Entscheid vom 19. August 2021**

Besetzung

Versicherungsrichterinnen Karin Huber-Studerus (Vorsitz), Michaela Machleidt Lehmann und Corinne Schambeck; Gerichtsschreiberin Fides Hautle

Geschäftsnr.

IV 2019/331

Parteien

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

**Beschwerdeführerin,**

vertreten durch Rechtsagent Roger Fehr, RGB Consulting, Sonnenbühlstrasse 3, 9200 Gossau SG,

gegen

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



### Beschwerdegegnerin,

Gegenstand

### Rente

### Sachverhalt

#### A.

**A.a.** A.\_\_\_\_, welcher aufgrund einer Anmeldung vom 12./15. April 2002 (IV-act. 1) zum Bezug von Leistungen der Invalidenversicherung für Versicherte vor dem 20. Altersjahr (bei der IV-Stelle des Kantons B.\_\_\_\_) wegen einer \_\_\_\_fehlstellung medizinische Massnahmen zugesprochen worden waren (IV-act. 6), meldete sich am 25./27. Februar 2017 (IV-act. 10) bei der Sozialversicherungsanstalt/IV-Stelle des Kantons St. Gallen zum Bezug von Leistungen zur beruflichen Integration bzw. einer Rente an. Sie habe zwei Jahre lang die Berufsschule besucht, sei Mutter von zwei Kindern (geboren 200\_ und 200\_) und ihr Ehemann sei im März 20\_\_ in die Schweiz gekommen. Vom 1. Januar 2015 bis zum 28. Februar 2016 sei sie zu 20 % in einer Hauswartung angestellt gewesen ([...], C.\_\_\_\_). Seit dem 2. Februar 2016 sei sie arbeitsunfähig. Sie leide seit fünf Jahren an einer chronischen Knochenentzündung, seit zweieinhalb Jahren an chronischem Schwindel mit Übelkeit und Angstzuständen, seit einem Jahr an chronischen Organentzündungen, ausserdem an Nervenbahnentzündungen mit akuten Anfällen von Muskelkrämpfen und UV-Empfindlichkeit. Die Ärzte sprächen von einer nicht heilbaren Autoimmunsystemerkrankung.

**A.b.** Dr. med. D.\_\_\_\_, Praktischer Arzt, gab in einem ärztlichen Bericht zur Eingliederung vom 20. März 2017 (IV-act. 23) bekannt, es bestünden der V. a. einen Autoimmunprozess bzw. eine rheumatologische Grunderkrankung und ausserdem ein chronisches Schmerzsyndrom. Eine Arbeitsunfähigkeit sei nicht dokumentiert worden, weil die Versicherte zurzeit nicht berufstätig sei. Es bestünden Schmerzen an Wirbelsäule, Gelenken, Extremitäten und abdominell sowie Schwindelattacken. Nicht belastende Tätigkeiten könnte sie, solange kein akuter Schub mit Schmerzen vorliege, eventuell für zwei bis drei Stunden ausüben. Das Leiden werde fachärztlich abgeklärt. -



## St.Galler Gerichte

In der Beilage wurden diverse medizinische Berichte (u.a. über Hämophilieabklärung, Gastroskopie, Koloskopie, Skelettszintigraphie) eingereicht. So hatte etwa die Klinik und Poliklinik für Innere Medizin am Universitätsspital Zürich am 6. April 2016 (IV-act. 23-23 ff.) berichtet, es bestünden (verkürzt wiedergegeben, erstens) ein schwerer Vitamin D-Mangel, (zweitens) unklare Hämatoeme wechselnder Lokalisation (DD Autoimmunerkrankung, Depression, Somatisierung, traumatisch), mit anamnestisch chronischem ungerichtem Schwindel, rezidivierenden Stürzen, Gelenksschwellungen und intermittierendem Fieber, (drittens) Adipositas und (viertens) ein Eisenmangel ohne Anämie. Angesichts fehlender Indikation für eine stationäre Abklärung bei der aktuell symptomfreien Versicherten sei diese (aus der Hospitalisation) entlassen worden. Sie habe bei der Schilderung ihrer Beschwerden stets gelächelt. Bei Hinweisen auf eine psychosoziale Belastung als mögliche Ursache für den immobilisierenden Schwindel sei eine ambulante psychosomatische Behandlung empfohlen worden. Ebenfalls sollte an eine \_\_\_ Ursache der wiederholten Hämatoeme/Schwellungen ([...]) gedacht werden. Die Versicherte hatte unter anderem angegeben, mehr als drei Jahre lang einen eigenen \_\_\_-/\_\_\_laden gehabt zu haben, den sie wegen gesundheitlicher Probleme der jüngeren Tochter (wiederholte \_\_\_) habe verkaufen müssen. Ein Jahr lang habe sie dann in einer Unternehmung für Hauswartung, [...] gearbeitet. Seitdem bestehe ein zunehmender sozialer Rückzug. Sie könne problemlos eine Stunde joggen und habe dabei auch keinen Schwindel; dieser sei danach jedoch besonders ausgeprägt. - Dr. med. E.\_\_\_, Facharzt für Rheumatologie FMH, hatte am 20. September 2016 (IV-act. 23-3 ff.) erklärt, es bestünden aktuell ein thoracal betontes chronisches panvertebrales Schmerzsyndrom, ein Os tibiale externum bds. und eine Vitamin D-Hypovitaminose. Die Versicherte sei der festen Überzeugung, dass die Probleme nicht psychischer Natur seien. Diverse Abklärungen hätten abgesehen von der als Drittes genannten Diagnose keine Pathologien ergeben. In Erwägung zu ziehen sei ein familiäres Mittelmeerfieber.

**A.c.** Die Arbeitgeberin (C.\_\_\_) teilte am 5. April 2017 (Eingang Sozialversicherungsanstalt, IV-act. 25) mit, die Versicherte habe im Januar und Februar 2016 an vier bis fünf Stunden pro Tag gearbeitet.



## St.Galler Gerichte

**A.d.** Am 13. April 2017 (IV-act. 28) teilte die Sozialversicherungsanstalt/IV-Stelle der Versicherten mit, Anspruch auf berufliche Massnahmen bestehe nicht, da sie vorwiegend als Hausfrau tätig sei.

**A.e.** In einem Fragebogen zur Rentenabklärung betreffend Erwerbstätigkeit/Haushalt gab die Versicherte am 13. Mai 2017 (IV-act. 30) u.a. an, sie sei aus gesundheitlichen Gründen nicht erwerbstätig und habe sich auch aus diesen Gründen nicht um Stellen beworben. Vor der Erkrankung sei sie voll arbeitstätig und in Weiterbildung gewesen. Ohne Beeinträchtigung wäre sie es zu 60 bis 80 % im Verkauf oder im sozialen Bereich. Die Kinder seien selbständig.

**A.f.** Dr. D.\_\_\_\_ gab im IV-Arztbericht vom 21. Mai 2017 (IV-act. 31) an, es lägen bei der Versicherten ein unklares Schmerzsyndrom, der V. a. eine rheumatologische Grunderkrankung (beides seit 2016), ein zervikothorakal betontes Schmerzsyndrom (seit 2013) und eine Sensibilitätsstörung linke untere Extremität (seit 2017) vor. Er behandle die Versicherte seit Juni 2010. Zuletzt habe sie über wiederkehrende Schwellungen und Entzündungen wechselnder Lokalisation der grossen Gelenke, Schmerzen abdominell und Fieberschübe geklagt. Die Beschwerden seien so stark, dass sie sich häufig immobilisiert niederlegen müsse. Die fachärztlichen Abklärungen hätten keine die Beschwerden erklärenden Erkrankungen ergeben. Die Versicherte sei zurzeit nicht arbeitsfähig; sie gehe keiner Erwerbstätigkeit nach.

**A.g.** Dr. med. F.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychiatrisches Zentrum, gab in einem IV-Arztbericht vom 26. Juni 2017 (IV-act. 33) an, es lägen (mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit) eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung, DD: rheumatologische Grunderkrankung bzw. V. a. Autoimmunerkrankung, eine Agoraphobie ohne Panikstörung, eine Angststörung, nicht näher bezeichnet, eine Sensibilitätsstörung linke untere Extremität und ein cervikothorakal betontes Schmerzsyndrom vor. Die Versicherte sei zu 100 % arbeitsunfähig; sie gehe schon länger keiner Erwerbstätigkeit mehr nach und betätige sich ausschliesslich als Hausfrau. Ob die bisherige Tätigkeit noch zumutbar sei, könne nicht beantwortet werden. Die Leistungsfähigkeit sei mit hoher Wahrscheinlichkeit eingeschränkt, das Ausmass werde nicht genauer eingeschätzt. Die Prognose zur Arbeitsfähigkeit hänge wesentlich von der Entwicklung und Therapiemöglichkeit der somatischen



## St.Galler Gerichte

Beschwerden ab. Die geschilderten Ängste schienen nicht das Ausmass einer daraus ableitbaren Arbeitsunfähigkeit zu haben. Es bestehe psychisch allenfalls eine leichtgradige Einschränkung und bei Behandlungsbeginn hätten Schlafstörungen bestanden. Die Versicherte habe eine schwierige Kindheit gehabt mit einem offenbar \_\_\_kranken Vater und einer \_\_\_ kranken Mutter. Sie habe früh Verantwortung übernehmen und auf ihre jüngere \_\_\_ achtgeben müssen. Sie sei [...] aufgewachsen; die Eltern der Mutter stammten aus G.\_\_\_. Nach der Scheidung ihrer Eltern in ihrem (Kindes-) Alter von \_\_\_ Jahren sei sie in einer Pflegefamilie gewesen, die [...]. Nun [...].

**A.h.** Am 9. Oktober 2017 (IV-act. 38) erfolgte eine Abklärung an Ort und Stelle im Haushalt. Die Versicherte habe erklärt, ohne gesundheitliche Beeinträchtigung hätte sie ihr Arbeitspensum mit dem Älterwerden der Kinder in den letzten Jahren auf 60 bis 70 % ausgebaut; ein grösseres Pensum würde sie im Interesse der Kinder nicht annehmen. Sie habe zwei Jahre lang eine Berufsschule (Pilotprojekt) in Richtung K.\_\_\_ (ähnlich [...]) besucht und keinen anerkannten Fachausweis erlangt. Von 2005 bis 2007 sei sie bei einer Stiftung (vgl. IV-act. 19: IK-Einkommen 2006 Fr. 23'\_\_\_.--) und von Oktober 2010 (gemäss IK-Auszug, IV-act. 19, Oktober 2009) bis November 2011 als Selbständigerwerbende mit einem \_\_\_geschäft tätig gewesen (aufgegeben aus familiären und gesundheitlichen Gründen). Die Versicherte habe weiter angegeben, es sei inzwischen erkannt worden, dass das Immunsystem die Entzündungen und grippalen Symptome auslöse. Die Fieberattacken würden in immer kürzeren Abständen auftreten und auf einem Niveau von 41° C über zwei Wochen andauern. Dann fühle sie sich wie narkotisiert und sei kaum noch zur Selbstsorge in der Lage. Aus Angst vor ungewissen Reaktionen (Organschwellungen mit grossem \_\_\_umfang) esse sie nur noch [...]. Gewisse Speisen und Bewegungen würden zu Reaktionen mit umgehender starker Ausdehnung des \_\_\_ führen. Dessen Umfang sei auch Folge der permanenten Organschwellungen. Das verursache extreme \_\_\_schmerzen und drücke auf die Lunge, so dass sie kaum noch atmen könne. Nach ärztlicher Beurteilung seien die Lungenflügel bereits geschädigt. Sie sei nur noch sporadisch in der Lage, die Wohnung zu verlassen. Seit drei Jahren seien ihr gewisse (bezeichnete) sportliche Aktivitäten nicht mehr möglich (IV-act. 38-1 f.). Auf die Möglichkeit der IV-Anmeldung sei sie durch die Ärzte aufmerksam gemacht worden, auch mit Blick auf die Belastungssituation des Ehemannes, der mit Überstunden versuche, das Familienbudget im Lot zu behalten,



und sich dabei überanstrengen (vgl. IV-act. 38-11). - Im Bericht wurde festgehalten, eine psychische Komponente könne offensichtlich ausgeräumt werden (vgl. IV-act. 38-11). Im Haushaltteil, der 35 % ausmache, mache die Versicherte eine Einschränkung von knapp zwei Dritteln (63.75 %) geltend, da sie inzwischen während der Hälfte der Zeit überhaupt keine Leistung erbringen könne. Es sei - bei rechtsprechungsgemässer Berücksichtigung einer gewissen Mithilfe der Familienmitglieder - eine Einschränkung um 36.4 % erhoben worden, so dass ein (Teil-) Invaliditätsgrad von 12.7 % resultiere. Die langdauernde Krankheit habe am 2. Februar 2016 begonnen (vgl. IV-act. 38-13 f.).

**A.i.** Am 10. November 2017 (IV-act. 40) gab Dr. D.\_\_\_\_ an, die Versicherte fühle sich aufgrund der starken Schmerzen und der fehlenden Kraft nicht in der Lage, einer regelmässigen Tätigkeit nachgehen zu können. Eventuell würden nach einer Abklärung Immunsuppressiva eingesetzt. - Am 2. Januar 2018 (IV-act. 43) berichtete der Arzt, es bestehe der hochgradige Verdacht auf ein familiäres Mittelmeerfieber. Ein breites Spektrum der entsprechenden Symptome spreche auf die seit zwei Wochen eingesetzte Behandlung mit Colchicine an, doch habe sich in den letzten Wochen eine Hemisymptomatik rechts herausgebildet, die bei einer Kontrolle im Universitätsspital Zürich nur angedeutet bestanden habe.

**A.j.** Die Klinik für Immunologie am Universitätsspital Zürich (Dr. med. H.\_\_\_\_, Facharzt für Allergologie und klinische Immunologie) teilte im IV-Arztbericht vom 25. Juli 2018 (IV-act. 53) mit, es bestünden intermittierende Fieberepisoden, chronische Knochenschmerzen, eine ausgeprägte Fatigue, ein Taubheitsgefühl der gesamten rechten Körperhälfte mit Schwindel und rezidivierenden Stürzen (EM ca. 2014, Ursache unklar). Unter Colchicine habe sich anamnestisch eine Besserung der Symptome ergeben (kein Fieber mehr) bei jedoch persistierend auftretendem neurologischem Befund. Dieser sei mit den Neurologen evaluiert und am ehesten als funktionell gewertet worden. Eine genetische Analyse zum Ausschluss eines Mittelmeerfiebers sei unauffällig ausgefallen. Die Entzündungsparameter seien stets normwertig gewesen. Serologisch habe es keinen Hinweis auf eine Kollagenose oder Vaskulitis gegeben. Da kein Hinweis auf eine autoimmune/autoinflammatorische Krankheit bestehe, könne zur IV-Berentung keine Stellung genommen werden.



**A.k.** Dr. D.\_\_\_\_ berichtete am 26. November 2018 (IV-act. 61), die Dysästhesien und Hypoästhesien träten zunehmend und häufiger auf. Im MRI des Schädels seien keine pathologischen Veränderungen sichtbar geworden. Die Gelenk-, Knochen- und Muskelschmerzen, passagere Entzündungen (mit hämatösen Veränderungen und ödematöser Gewebsveränderung), das \_\_\_\_ Abdomen und die intermittierenden abdominalen Schmerzen seien weiterhin vorhanden. In den letzten Wochen und Monaten sei es vermehrt zu Schwindelattacken mit mehreren Stürzen gekommen.

**A.l.** Die Klinik für Immunologie am Universitätsspital Zürich gab mit dem IV-Verlaufsbericht vom 31. Januar 2019 und Bericht vom 9. Januar 2019 (IV-act. 64) bekannt, da die Versicherte nach einem empirischen Therapieversuch mit Colchicine von einer deutlichen Abnahme der Fieberschübe und der abdominalen Beschwerden berichtet habe, sei eine genetische Analyse erfolgt. Dabei sei eine Variante unklarer Signifikanz gefunden worden. Eine weitere solche Analyse sei noch ausstehend; bei allenfalls zusätzlich nachweisbarer Mutation könne Relevanz bestehen. Als Diagnosen wurden benannt: (erstens) intermittierend febrile Temperaturen unklarer Ursache (EM 2011), (zweitens) ein chronischer ungerichteter Schwindel mit Sehstörungen (Verschwommensehen, Farben nicht ganz klar), (drittens) rezidivierende Gelenkschwellungen, v.a. Hand-, Knie-/Fussgelenke, (viertens) ein St. n. chronischem panvertebralem Schmerzsyndrom, (fünftens) ein St. n. Hämatomen wechselnder Lokalisation, (sechstens) ein St. n. Hypermenorrhoe 09/15 und (siebtens) ein St. n. Vitamin D-Mangel. An der Klinik habe sich die Versicherte stets fieberfrei präsentiert mit wiederholt negativen Entzündungsparametern. - In einem Bericht vom 25. März 2019 (IV-act. 68) gab die Klinik weiter an, in der neuen Sequenzanalyse hätten keine Varianten nachgewiesen werden können, die nach aktuellem Wissensstand eine pathogene Signifikanz hätten. Nach Sistieren der Colchicintherapie im Oktober 2018 sei es zu vor allem abendlich erhöhter Körpertemperatur bis knapp 39° C und zu einer Zunahme der unspezifischen Myalgien mit nächtlichem Maximum in beiden Schulter und dem rechten Oberschenkel gekommen; die Behandlung sei wieder aufgenommen worden.

**A.m.** Am 5. September 2019 erstattete die MEDAS Interlaken Unterseen GmbH ein Gutachten vom 28. August 2019 (IV-act. 81; Abklärungen vom 18. Juni 2019 bis 8. August 2019). Als Diagnose mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit liege bei der



Versicherten eine Somatisierungsstörung vor. Ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit seien ein generalisiertes Weichteil-Schmerzsyndrom, eine allgemeine Bandlaxität, ein Verdacht auf eine hypomorphe Form eines familiären Mittelmeerfiebers, eine subjektive intermittierende Schwäche des rechten Hemikörpers und Hypoästhesie am ganzen rechten Hemikörper mit Aussparung der rechten temporalen, frontalen und parietalen Region, ohne neurologisches Korrelat, und ein Schwindel in zwei Arten, einerseits Drehschwindel, andererseits Schwindel mit horizontalen Oszillationen, ohne neurologisches Korrelat. Aus internistischer, neurologischer und rheumatologischer Sicht sei der Versicherten die bisherige und jede angepasste Tätigkeit zu 100 % zumutbar. Psychiatrisch gesehen sei die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Hauswartin seit der Antragstellung nicht mehr zumutbar. Strukturierte Tätigkeiten ohne besondere Konzentrationsanforderungen, besondere (sc. Anforderungen an die) Stresstoleranz, ohne Lärmbelastung, störende Lichtverhältnisse, Verantwortung und Nacht- oder Wechselschicht sowie mit erhöhten Pausen und wenig Publikumsverkehr seien psychiatrisch an etwa fünfeinhalb Stunden pro Tag ohne weitere Leistungseinschränkungen möglich. Die Arbeitsfähigkeit betrage 66 %. Bei konsequenter, motivierter Nutzung der therapeutischen Optionen könne innert zwölf Monaten eine Arbeitsfähigkeit von 80 bis 100 % durchaus erwartet werden. Eine krankheitsbedingte Unfähigkeit zur Therapieadhärenz und Kooperation bei - sinnvollen und zumutbaren - Eingliederungsmassnahmen liege nur in Teilen vor. Die im Haushalt geltend gemachten Funktionsstörungen seien plausibel. - Der Regionale Ärztliche Dienst (RAD) der Invalidenversicherung hielt am 27. September 2019 (IV-act. 82) dafür, das Gutachten sei konsistent und nachvollziehbar.

**A.n.** Mit Vorbescheid vom 2. Oktober 2019 (IV-act. 85) stellte die Sozialversicherungsanstalt/IV-Stelle des Kantons St. Gallen der Versicherten die Abweisung des Leistungsgesuchs in Aussicht. Im Erwerb bestehe eine Einbusse von 34 % (Valideneinkommen Fr. 54'576.--, Invalideneinkommen Fr. 36'020.--), im Haushalt eine solche von 36 %. Insgesamt mache der Invaliditätsgrad 35 % aus (22 % aus dem Erwerbsbereich, 13 % aus dem Haushalt). Die medizinischen Massnahmen (psychiatrische und psychotherapeutische Behandlung) seien zu intensivieren. - Die Versicherte ersuchte am 6. November 2019 (IV-act. 94) unter Beilage eines Schreibens von Dr. med. I.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, vom Tag davor



um eine Fristverlängerung für den möglichen Einwand. Sie habe sich für eine Therapie angemeldet und man werde in drei Monaten sehen können, ob sich ihr Zustand verbessert habe.

**A.o.** Mit Verfügung vom 14. November 2019 (IV-act. 97) wies die Sozialversicherungsanstalt/IV-Stelle des Kantons St. Gallen das Gesuch ab. Schon bei der ohne die indizierten Therapiemassnahmen bestehenden Arbeitsfähigkeit werde kein Rentenanspruch begründet.

### **B.**

Gegen diese Verfügung richtet sich die von Rechtsagent Roger Fehr für die Betroffene am 13. Dezember 2019 erhobene Beschwerde (act. G 1). Der Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin beantragt, die angefochtene Verfügung sei aufzuheben und die Sache zu weiteren Abklärungen an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen, unter Kosten- und Entschädigungsfolge. Die Ursachen der geltend gemachten körperlichen Beschwerden hätten nicht abschliessend festgestellt werden und die Behandlungen hätten keine merkliche Besserung erzielen können. Sowohl die gutachterliche wie die Einschätzung der bisher involvierten behandelnden Fachärzte sprächen klar für eine somatische Schmerzproblematik, für die keine eindeutige körperliche Ursache vorliege. Vor der im Oktober 2019 aufgenommenen Behandlung durch Dr. I.\_\_\_\_ sei es der Beschwerdeführerin schwergefallen, sich einzugestehen, dass bei ihr eine psychische Problematik vorliege. Mittlerweile sei sie bereit, psychiatrische bzw. psychotherapeutische Unterstützung in Anspruch zu nehmen. Sie wolle auch alles daran setzen, sich mittel- und langfristig wieder in den Arbeitsmarkt einzugliedern. Die bisherigen Eingliederungsversuche seien missglückt. Das sei ausser Acht gelassen worden. Dr. I.\_\_\_\_ habe eine larvierte depressive Phase bei rezidivierenden depressiven Phasen, eine Persönlichkeit mit emotional instabilen Anteilen, anamnestisch eine schwierige Kindheit mit traumatischen Erlebnissen, differentialdiagnostisch eine posttraumatische Belastungsstörung, eine Somatisierungsstörung, eine hypomorphe Form eines familiären Mittelmeerfiebers und weitere gesundheitliche Einschränkungen diagnostiziert. Er habe sich auch mit dem Gutachten und den Vorberichten auseinandergesetzt und festgehalten, die psychiatrische Seite sei nicht genauer analysiert worden. Die Beschwerdeführerin versuche als Schutzreaktion, eine Fassade aufrecht zu erhalten, und ihr Verhalten deute auf eine starke Verdrängungsreaktion hin. Die Abklärungen stünden erst am Beginn. Die Annahmen zu Therapiemöglichkeiten und Erfolgsaussichten seien zu wenig differenziert und deutlich zu optimistisch. Die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin betrage höchstens 30 %. Sollten hieran



Zweifel bestehen, sei die effektive Leistungsfähigkeit in einem Integrations- oder Arbeitsprogramm in geschütztem Rahmen zu überprüfen. Eine abschliessende Beurteilung sei noch gar nicht möglich. Dass die Beschwerdegegnerin trotz des Ersuchens um einen Aufschub bereits verfügt habe, sei nicht begreiflich, hätte sie andernfalls doch keinen Nachteil gehabt. Je nach weiterem Verlauf seien die beruflichen Massnahmen erneut zu prüfen. Denn selbst bei genügend verwertbaren Ressourcen sei eine Selbsteingliederung der Beschwerdeführerin unwahrscheinlich und werde mit zunehmender Dauer der Untätigkeit unrealistischer.

### C.

In ihrer Beschwerdeantwort vom 28. Januar 2020 (act. G 4) beantragt die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde. Die Gesuchsabweisung sei ausgehend von der gutachterlich festgestellten Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin von 66 % erfolgt. Es sei nicht ersichtlich, weshalb eine Zeit der Therapie abgewartet werden müsse. Ob die prognostizierte Arbeitsfähigkeit von 80 bis 100 % erreicht werden könne, wäre später zu prüfen. Der RAD sei zum Schluss gekommen, dass auch angesichts des Arztberichts von Dr. I. \_\_\_ weiterhin auf das Gutachten abgestellt werden könne. Von gescheiterten Eingliederungsversuchen könne nicht auf eine Arbeitsunfähigkeit geschlossen werden, denn diese seien von subjektiven Faktoren wie der Motivation und dem Willen einer versicherten Person abhängig. Weitere Abklärungen seien nicht nötig. Die beruflichen Massnahmen bildeten nicht Gegenstand des vorliegenden Verfahrens. Hierzu sei ein schriftlicher Antrag einzureichen, damit eine Prüfung erfolgen könne. - Der RAD hatte am 16. Januar 2020 (act. G 4.1) festgehalten, der Argumentation, wonach die bisherigen gescheiterten Selbsteingliederungsversuche der Beschwerdeführerin die gutachterliche Arbeitsfähigkeitsschätzung widerlegten, könne nicht gefolgt werden. Denn gleichzeitig werde korrekt berichtet, ihre Einsicht in eine psychische Erkrankung habe erst jüngst und plötzlich eingesetzt. Zuvor habe inadäquat und dysfunktional lediglich Selbstschonung stattgefunden, was schliesslich bedauernswerterweise zum Rückzug aus den Lebensaktivitäten geführt habe. Des Weiteren sei nicht auf die prospektive Einschätzung der Arbeitsfähigkeit abzustellen. Es seien auch keine weiteren Abklärungen erforderlich und abzuwarten gewesen. Der behandelnde Psychiater schätze lediglich denselben Sachverhalt anders ein als der Gutachter. Seine geltend gemachten Diagnosen und Verdachtsdiagnosen hielten einer Prüfung nicht stand; sie seien nicht durch Befunde nachvollziehbar gemacht worden.

### D.



Mit Replik vom 24. Februar 2020 bringt der Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin vor, die Tatsache, dass erst im Verlauf der Zeit eine (vorher krankheitsbedingt fehlende) Krankheitseinsicht gereift sei, spiele für die Beurteilung des Gesundheitszustands keine Rolle. Soweit sie Rückschlüsse auf die bei Abschluss des Verwaltungsverfahrens vorliegende Situation erlaubten, seien selbst allfällige spätere Arztberichte noch in die Beurteilung einzubeziehen. Der entscheidungswesentliche Sachverhalt sei noch nicht abschliessend eruiert worden. Es lägen klare Anhaltspunkte dafür vor, dass die gesundheitliche Beeinträchtigung der Beschwerdeführerin bisher deutlich unterschätzt worden sei. Weder der RAD noch die Beschwerdegegnerin hätten sich die erforderliche Mühe gemacht, sich mit den Ausführungen von Dr. I.\_\_\_\_ im Detail adäquat auseinanderzusetzen. Auch beim Verlauf und dem Ausgang von Therapien handle es sich ausserdem um wichtige Schweregradindikatoren. Mit der rechtsgenügenden Anmeldung wahre eine versicherte Person sämtliche Leistungsansprüche, die mit dem entsprechenden Risikoeintritt in Zusammenhang stünden. Zwischen den Abklärungen zum Rentenanspruch und dem Anspruch auf berufliche Massnahmen bestehe ein enger sachlicher Zusammenhang. Den entsprechenden Fragen sei von Amtes wegen nachzugehen. Die Versicherungsträger seien auch für die Beratung über die Rechte und Pflichten der versicherten Personen zuständig. Aufgrund der Darlegungen im Gutachten würden sich Abklärungen zu den beruflichen Massnahmen aufdrängen. Es sei stossend und überspitzt formalistisch, wenn die Beschwerdegegnerin das Gesuch um Unterstützung bei der beruflichen Wiedereingliederung ignoriere und erst tätig werden wolle, wenn die Beschwerdeführerin einen schriftlichen Antrag stelle.

### E.

Die Beschwerdegegnerin hat am 11. Mai 2020 auf die Erstattung einer Duplik verzichtet.

### Erwägungen

#### 1.

Im Streit liegt die angefochtene Verfügung vom 14. November 2019, mit welcher die Beschwerdegegnerin das Leistungsgesuch der Beschwerdeführerin vom 25./27. Februar 2017 hinsichtlich einer Rente abgewiesen hat. - Nach der Rechtsprechung wahrt die versicherte Person mit der Anmeldung grundsätzlich alle ihre zu diesem Zeitpunkt gegenüber der Versicherung bestehenden Leistungsansprüche (auch wenn sie diese im Anmeldeformular nicht ausdrücklich oder im Einzelnen angibt; vgl. Bundesgerichtsurteil vom 31. März 2011, 9C\_1033/2010



E. 2.3; vgl. EVGE 1962 S. 342, EVGE 1964 S. 189). Dieser Grundsatz findet aber nicht Anwendung auf Leistungen, die in keinem Zusammenhang mit den sich aus den Angaben der versicherten Person ausdrücklich oder sinngemäss ergebenden Begehren stehen und bezüglich derer auch keinerlei aktenmässige Anhaltspunkte die Annahme erlauben, sie könnten ebenfalls in Betracht fallen (vgl. BGE 101 V 111; BGE 111 V 264 E. 3b; BGE 121 V 196 f E. 2). - Der Beschwerdeführerin berufliche Massnahmen zuzusprechen, hatte die Beschwerdegegnerin vorliegend am 13. April 2017 abgelehnt. In der Folge wurden lange Zeit keine Massnahmen beantragt, so dass insofern von formeller Rechtskraft auszugehen ist. - Sollte sich aber zeigen, dass ohne Eingliederungsmassnahmen ein Rentenanspruch in Frage kommt, so gehörte zum Streitgegenstand notwendigerweise auch die Frage, ob die Beschwerdegegnerin den Grundsatz "Eingliederung vor Rente" beachtet und eine allfällige Pflicht der Beschwerdeführerin zu Massnahmen ausreichend in Anspruch genommen habe.

## 2.

**2.1.** Nach Art. 28 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG, SR 831.20) 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 Bemessung der Invalidität von erwerbstätigen versicherten Personen ist gemäss Art. 28a Abs. 1 IVG Art. 16 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG, SR 830.1) anwendbar. Danach wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Valideneinkommen; sog. allgemeine Methode der Invaliditätsbemessung). - Gemäss Art. 28a IVG wird bei nicht erwerbstätigen versicherten Personen, die im Aufgabenbereich tätig sind und denen die Aufnahme einer Erwerbstätigkeit nicht zugemutet werden kann, für die Bemessung der Invalidität in Abweichung von Art. 16 ATSG darauf abgestellt, in welchem Mass sie unfähig sind, sich im Aufgabenbereich zu betätigen (Abs. 2; spezifische Methode; vgl. auch Art. 5 Abs. 1 IVG und Art. 8 Abs. 3 ATSG). - Bei versicherten Personen, die nur zum Teil erwerbstätig sind (oder unentgeltlich im Betrieb des Ehegatten mitarbeiten), wird die Invalidität gemäss Art. 28a



Abs. 3 IVG für diesen Teil nach Art. 16 ATSG festgelegt. Waren sie daneben auch im Aufgabenbereich tätig, so wird die Invalidität für diese Tätigkeit nach Abs. 2 festgelegt. In diesem Fall sind der Anteil der Erwerbstätigkeit und der Anteil der Tätigkeit im Aufgabenbereich festzulegen und ist der Invaliditätsgrad in beiden Bereichen zu bemessen (gemischte Methode).

**2.3.** Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG, vgl. schon BGE 102 V 165). - Sämtliche psychischen Erkrankungen sind nach der bundesgerichtlichen Rechtsprechung (vgl. BGE 143 V 418 E. 7.1 f.) grundsätzlich (bei Ausnahmen nach dem jeweiligen Beweisbedarf) einem strukturierten Beweisverfahren nach BGE 141 V 281 zu unterziehen. Die funktionellen Folgen der Gesundheitsschädigung sind danach qualitativ zu erfassen und quantitativ einzuschätzen. Für die Beurteilung des funktionellen Leistungsvermögens sind in der Regel diverse Standardindikatoren beachtlich, die in zwei Kategorien systematisiert werden, nämlich einerseits in der Kategorie des funktionellen Schweregrads und andererseits in jener der Konsistenz.

### 3.

Unbestrittenermassen (und angesichts der vorgebrachten Begründung mit überwiegender Wahrscheinlichkeit) ist davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin im vorliegend relevanten Zeitraum im hypothetischen Gesundheitsfall zu 65 % erwerbstätig (und dementsprechend zu 35 % im Haushalt tätig) wäre, weshalb nicht zu beanstanden ist, dass ihre Invalidität von der Beschwerdegegnerin nach der gemischten Methode mit einer entsprechenden Aufteilung in einen Erwerbsteil von 65 % und einen Haushaltteil von 35 % bemessen worden ist. Die Aussage der ersten Stunde liesse allerdings auf eine Aufteilung in 70 % und 30 % schliessen, was indessen nicht entscheiderelevant ist (vgl. unten E. 5.2).



### 4.

**4.1.** Hinsichtlich des Gesundheitszustands und der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin ist eine polydisziplinäre Begutachtung erfolgt. Es wurden dabei die Vorakten zur Kenntnis genommen und die Anamnese und die geklagten Beschwerden erfragt.

**4.1.1.** Was die internistische Begutachtung im Einzelnen betrifft, gab die Beschwerdeführerin dabei an, als Vierjährige sei sie einmal ins Koma gefallen und habe anschliessend \_\_\_\_\_. Mit zwölf Jahren habe sie eine Beinlähmung gehabt und [...]. Sie habe nach staatlich nicht anerkannter Ausbildung als K.\_\_\_\_ acht Jahre lang als solche gearbeitet (gemäss IK-Auszug teilweise, innerhalb der Jahre zwischen 2002 und 2007). Diese Arbeit sei ihr körperlich zu anstrengend. Mit 28 Jahren habe sie Beschwerden an der Wirbelsäule bekommen. Manchmal habe sie nicht gehen können. Sie habe auch immer wieder Fieber (bis 41° C) gehabt (etwa an 18 Tagen pro Monat) und früher Blutergüsse oder Hautveränderungen, für die es keine Ursache gegeben habe. Das Gewicht schwanke sehr stark; vor zwei Wochen habe sie noch 66 kg gehabt, nun zwischen 73 und 75 kg. Hunger verspüre sie erst nach vier bis fünf Tagen; manchmal esse sie drei Tage lang nichts. Sie würde gern in den Bereich Beratung (Erziehungs- oder \_\_\_\_\_beratung) gehen, allenfalls nach einer Umschulung. Sie habe sich schon sehr mit dem Thema \_\_\_\_\_ befasst und besitze Kenntnisse; die Invalidenversicherung habe aber wegen ihres schlechten Gesundheitszustands zunächst von einer Umschulung abgesehen (vgl. IV-act. 81-29 f.). - Die Gutachterin der Allgemeinen Inneren Medizin erhob den Befund und nannte einzig die Arbeitsfähigkeit nicht beeinflussende Diagnosen (Verdacht auf eine hypomorphe Form eines familiären Mittelmeerfiebers und Übergewicht). Eine Arbeitsunfähigkeit aus internistischer Sicht liege nicht vor. Eine Anpassung der Tätigkeit sei nicht erforderlich. Die im Abklärungsbericht geltend gemachten Funktionsstörungen seien medizinisch nicht nachvollziehbar (vgl. IV-act. 81-35 f.).

**4.1.2.** Auch anlässlich der neurologischen Begutachtung wurde die Beschwerdeführerin befragt. Sie erklärte dabei, sie sei zu 80 % arbeitsunfähig. Der Gutachter der Neurologie erhob den Befund und benannte ebenfalls keine die Arbeitsfähigkeit tangierende Erkrankung. Die drei geklagten Beschwerden (Hypoästhesie und Schwäche am rechten Hemikörper sowie Schwindel) seien weder plausibel noch konsistent. Die Haltung der Beschwerdeführerin könne als Simulation beurteilt werden (vgl. IV-act. 81-69 ff.). Die im Abklärungsbericht geltend gemachten Funktionsstörungen seien medizinisch nicht plausibel (vgl. IV-act. 81-72).



**4.1.3.** Bei der rheumatologischen Begutachtung erklärte die Beschwerdeführerin, keiner geregelten ausserhäuslichen Tätigkeit nachgehen zu können. Im Haushalt könne sie die anfallenden Arbeiten an einzelnen Tagen erledigen, sofern sie keine falsche Bewegung mache. Andernfalls sei sie nicht mehr in der Lage, die Tätigkeiten zu Ende zu führen. Der Gutachter der Rheumatologie hielt nach Befunderhebung fest, die Beschwerden am Bewegungsapparat seien Ausdruck eines generalisierten Weichteil-Schmerzsyndroms, am besten erklärbar durch eine Somatisierungsstörung. Ein 3-Phasen-Skelett-Szintigramm vom Oktober 2016 habe keine Hinweise auf eine entzündliche Gelenksmitbeteiligung nachweisen können. Die Kriterien für ein Hypermotilitätssyndrom seien nicht erfüllt (vgl. IV-act. 81-113). Für Arbeitstätigkeiten mit leichter bis knapp mittelschwerer mechanischer Belastung liege rheumatologisch gesehen eine uneingeschränkte Zumutbarkeit (100 %) vor (vgl. IV-act. 81-114 f.). Optimal angepasst wäre eine Tätigkeit mit Vermeiden wiederholten Bückens und Aufrichtens, repetitiven Anhebens und Tragens von Gewichten über 10 kg, chronischer Vorneigehaltung des Rumpfes, kniender oder kauender Positionen, rein statischer Belastungen des Achsenskeletts im Sitzen und Stehen ohne Möglichkeit zu Wechselpositionen und von hoher Stressbelastung bzw. Zeitdrucks (vgl. IV-act. 81-115). Die im Abklärungsbericht geltend gemachten Funktionsstörungen seien weitestgehend plausibel (vgl. IV-act. 81-116).

**4.1.4.** Bei der psychiatrischen Begutachtung gab die Beschwerdeführerin an, die Mutter habe [...]. Sie seien [...] gewesen und irgendwie fremd in der Umgebung (vgl. IV-act. 81-81). Sie würde gern eine Art \_\_\_ machen. Andere würden sagen, sie sei eine starke Persönlichkeit und habe eine starke Psyche. Sie könne sehr gut mit Problemen umgehen (vgl. IV-act. 81-80). - Der Gutachter der Psychiatrie erhob den Befund nach AMDP. Dabei wurden keine Störungen beschrieben, namentlich auch keine Parathymie (vgl. IV-act. 81-84 f.). Ausserdem wurde die Persönlichkeit der Beschwerdeführerin klassisch in fünf Dimensionen beschrieben. Es seien unter diesem Aspekt keine Gründe vorhanden, die der Beschwerdeführerin eine Arbeitstätigkeit verwehren bzw. mit einer reduzierten Arbeitsfähigkeit einhergehen würden (vgl. IV-act. 85 f.). Als Fremdbeurteilungsinstrument sei eine testpsychologische Zusatzuntersuchung anhand der Hamilton Depressionsskala (HAMD) erfolgt. Diese sei vor allem für die Messung von Veränderungen im Verlauf geeignet. Das Ergebnis habe dem klinischen Eindruck entsprochen, dass nämlich keine depressive Störung vorliege (vgl. IV-act. 81-86). Es seien bei der Beschwerdeführerin aus zwei Bereichen (der ICD-Klassifikation) Faktoren vorgefunden worden, nämlich einerseits (aus dem Kapitel F4) eine typisch somatoforme innere Dynamik, entsprechende Kognition und Interaktionen. Andererseits



seien aus dem Bereich F5 zahlreiche Phänomene vorhanden, die allerdings bereits in der Diagnose der Somatisierungsstörung enthalten seien (wie etwa die Selbstlimitierung). Krankheitsbilder aus den übrigen Bereichen (somit F1 bis F3 und F6 bis F9) lägen nicht vor.

**4.1.5.** Der Gutachter der Psychiatrie hat sich auch mit den Standardindikatoren auseinandergesetzt. Dabei wurde festgehalten, von der diagnostischen Einschätzung (einer Somatisierungsstörung) würden sich diverse Funktionseinschränkungen nach Mini ICF-APP Rating ableiten lassen (vgl. IV-act. 81-95). In Bezug auf die Durchhaltefähigkeit wurde dabei eine leicht- bis mittelgradige Einschränkung erwähnt, unter allen anderen zwölf Aspekten wurden aber lediglich leichte (bzw. wenig) oder gar keine Einschränkungen bezeichnet (vgl. IV-act. 81-95). Zum Schweregrad bzw. der Prognose wurde festgehalten, der Leidensdruck schein teilweise relativ. Die Beschwerdeführerin sei biographisch belastet. Eine Komorbidität mit Depression oder Angst lasse sich nicht ausmachen. Die Persönlichkeit schein nicht grundsätzlich beeinträchtigt. Eine multiple somatoforme Symptomatik sei allgemein ein diagnostischer Hinweis für das Vorliegen einer somatoformen Störung von höherem Schweregrad und gewöhnlich mit mehr affektiver Komorbidität und Funktionseinschränkungen verbunden; bei der Beschwerdeführerin jedoch nicht (vgl. IV-act. 81-91). - Der Gutachter hielt fest, die Kooperation der Beschwerdeführerin bei gescheiterten Selbsteingliederungsbemühungen sei als ausreichend zu bezeichnen, da sie nach dem Scheitern mit dem \_\_\_laden einen neuen Versuch in der Hauswartung unternommen habe (vgl. IV-act. 81-93). Ausserdem erklärte der Gutachter, betreffend das aktuelle Persönlichkeitsbild, die biografische Persönlichkeitsentwicklung und persönliche Ressourcen würden sich keine erwerbsrelevanten Defizite objektivieren lassen (vgl. IV-act. 81-92). Es würden nicht nur Defizite ermittelt, sondern die Beschwerdeführerin sei auch als durchaus ressourcenstarke Person erkannt worden, die sich im Übrigen auch selber so einschätze (vgl. IV-act. 81-95 f.). Intellektuelle Ressourcen und Persönlichkeit (-sressourcen) seien klar sichtbar, auch im Sinn von Motivation, zielgerichtetem Handeln, Ehrgeiz und Ausdauer. Die Beschwerdeführerin sei aus schwierigen Verhältnissen in eine stabile Ehesituation und eine stabile \_\_\_ Situation gekommen, habe sich eine Familie und eine Existenz aufgebaut, was als Anpassungsleistung zu werten sei. Sie habe ausserdem auch mit Engagement und Kreativität zum Erwerb und Unterhalt der Familie beigetragen (vgl. IV-act. 81-96). Die Beschwerdeführerin verfüge über Ressourcen (für eine Eingliederung). Auch zum sozialen Kontext wurde dargelegt, dieser erscheine nicht in erwerbsrelevantem Ausmass gestört (vgl. IV-act. 81-92). Ein vollständiger sozialer Rückzug liege sicherlich



nicht vor. Der soziale Hintergrund scheine in vielen Teilen intakt (stabile Ehe, Beziehung zu Geschwistern; vgl. IV-act. 81-93). Es habe sich eine kognitive Flexibilität vorgefunden, soziale Unterstützung scheine vorhanden zu sein. Positive Emotionen seien ebenfalls vorhanden. Die Beschwerdeführerin verfüge über eine gewisse "Hardiness", sie sehe einen Sinn im Leben, sei \_\_\_\_, habe ein Selbstwertgefühl und verfüge über Spiritualität (IV-act. 81-97). Sie habe auch einen Freundeskreis, auch wenn es krankheitsbedingt zum Rückzug gekommen sei (vgl. IV-act. 81-82). Psychosoziale Faktoren stünden nicht sichtbar im Vordergrund (vgl. IV-act. 81-92) bzw. psychosoziale Belastungen stünden möglicherweise auch im Vordergrund, hätten jedoch nicht in ihrer Klarheit herausgearbeitet werden können (IV-act. 81-96). Die Krankheitsverarbeitung sei unklar. Eine Veränderungsmotivation sei jedoch durchaus erkennbar. Eine Leistungsmotivation sei grundsätzlich vorhanden. Der Leidensdruck sei gering, was jedoch bei somatoformen Störungen nicht selten sei (vgl. IV-act. 81-93). Die Konsistenzparameter seien weitgehend negativ (vgl. IV-act. 81-93 f.). Entscheidende Diskrepanzen hätten sich nicht ergeben (vgl. IV-act. 81-94). Invaliditätsfremde Faktoren seien nicht in relevantem Ausmass vorhanden (IV-act. 81-97). - Der Gutachter schloss, im Rahmen der Somatisierungsstörung würden die geklagten Funktionsbeeinträchtigungen erklärt und sie seien nur teilweise willentlich überwindbar, erst recht bei Einbezug des Umstands bisher nicht erfolgter Therapie (vgl. IV-act. 81-94).

**4.1.6.** Polydisziplinär wurde festgehalten, es liege ein sehr komplexes Krankheitsbild vor. Umfangreiche Abklärungen hätten keine verwertbaren Befunde ergeben. Selbst bei Vorliegen des Mittelmeerfiebers bestünde keine wesentliche Einschränkung der Leistungsfähigkeit auf Dauer. Im Psychostatus hätten sich keine Auffälligkeiten gezeigt. Die Beschwerdeführerin habe eine mehr als lange und komplizierte Patientengeschichte hinter sich mit unzähligen negativen Untersuchungsergebnissen, dazu auch Zufallsbefunden und Ergebnissen mit Hinweisen auf mögliche Störungen. Die Symptome bezögen sich auf zahlreiche Körperteile und zeigten einen chronischen und fluktuierenden Verlauf, letztlich auch eine Störung in den sozialen, interpersonalen und familiären Verhältnissen. Im Rahmen der zahlreichen Untersuchungen werde die Beschwerdeführerin in der Annahme einer körperlichen Genese bestätigt. Der Somatisierungsstörung würden zahlreiche Phänomene wie Selbstlimitierung, Dekonditionierung, Schonverhalten, Verharren in der Krankenrolle, subjektive Leistungsinsuffizienz und hypochondrische Tendenzen zugeordnet (vgl. IV-act. 81-6 f.). Eine Somatisierungsstörung könne hohen Leidensdruck erzeugen (vgl. IV-act. 81-7). Bei den körperlichen Untersuchungen der Beschwerdeführerin hätten sich



Inkonsistenzen finden lassen, die sich aber unter Einbezug der Diagnose der Somatisierungsstörung auflösen liessen (vgl. IV-act. 81-8).

**4.2.** Die Begutachtung erscheint insoweit vollständig und umfassend.

**4.3.** Die Beschwerdeführerin beanstandet jedoch deren Ergebnis. Dr. I.\_\_\_\_ erhebt in seinem psychiatrischen Bericht vom 11. Dezember 2019 diverse Einwände.

**4.3.1.** So ist er etwa der Auffassung, das Mittelmeerfieber, die chronischen Schmerzen und Gefühlsstörungen sowie der Schwindel würden schon aus somatischer Sicht eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit um mindestens 70 % bewirken. Auch körperlich kämen für die Beschwerdeführerin nur sehr einfache und leichte Tätigkeiten in Frage. - Dazu ist festzuhalten, dass die Begutachtung eine somatische Untersuchung in mehreren möglicherweise betroffenen Disziplinen umfasste, an deren Ergebnis die Einschätzung des Psychiaters Dr. I.\_\_\_\_ keine relevanten Zweifel zu begründen vermag. Somatisch gesehen sind im Übrigen schon davor zahlreiche fachärztliche Untersuchungen vorgenommen worden, ohne dass ein Substrat für die Beschwerden gefunden worden wäre.

**4.3.2.** Dr. I.\_\_\_\_ hält weiter dafür, psychiatrisch seien falsche Schlussfolgerungen gezogen worden. Wenn die Beschwerdeführerin lächelnd über ihre Beschwerden oder über erlebte Traumata berichte, seien das klare Anzeichen dafür, dass sie traumatische Erlebnisse abspalte, verleugne oder rationalisiere. Der parathyme Affekt werde noch offensichtlicher in Zusammenhang mit der schwierigen Kindheit (\_\_\_\_ kranke Eltern, deren Scheidung, Pflegeeltern). Auch die auffällige Verleugnung psychischer Beeinträchtigung deute auf eine starke Verdrängungsreaktion hin. Die Schmerzen könnten auch als Form einer larvierten Depression betrachtet werden. Die gutachterliche Beurteilung mit einer Somatisierungsstörung halte einer Überprüfung bei dem Gesamtbild der Befunde nicht stand. Die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin in angepasster Arbeit sei gutachterlich viel zu optimistisch eingeschätzt worden. Ihre Erschöpfung sei grösser, als dass sie fünfeinhalb Stunden pro Tag arbeiten könnte. Sie habe auch grosse emotionale und psychische Schwankungen. Diese müssten an einem Arbeitsplatz aufgefangen werden können. Die Sache mit den psychiatrischen Massnahmen sei nicht so einfach, wie der Gutachter annehme. Man könne die Beschwerdeführerin medikamentös unterstützen, doch habe sie bereits einige antidepressive Medikationen gehabt, ohne dass die gewünschte Besserung eingetreten wäre. Psychotherapeutisch könne man eine Aufarbeitung der Vergangenheit mit den erlebten Traumata in Angriff nehmen, doch das könne Jahre dauern, und es sei zu befürchten, dass die Beschwerdeführerin dabei erst recht in eine



schwere Depression stürzen würde. Sie habe im Übrigen bereits ein eigenes Geschäft geführt. Diese Arbeit habe der Beschreibung einer angepassten Tätigkeit sehr entsprochen. Dennoch habe sie diese Arbeit nicht auf Dauer weiterführen können. - Diesbezüglich ist festzuhalten, dass das Gutachten in seinem psychiatrischen Teil alle vorgebrachten wesentlichen Aspekte berücksichtigt, sie aber anders gewertet hat (nach gutachterlicher Beurteilung liegt wie erwähnt namentlich keine Parathymie vor). Es ist davon auszugehen, dass im Gutachten eine andere diagnostische Einordnung (als durch Dr. I.\_\_\_\_) erfolgt ist, was nicht von ausschlaggebender Bedeutung ist, und dass eine andere Arbeitsfähigkeitsschätzung erfolgt ist.

**4.3.3.** Zu Letzterem ist festzuhalten, dass die im Gutachten angenommene Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit, wonach die Beschwerdeführerin lediglich eine Arbeitszeit von täglich fünfeinhalb Stunden zu leisten vermöge, bei anzunehmender Stichhaltigkeit der gutachterlich umschriebenen Sachlage angesichts der oben erwähnten wenigen psychiatrischen Befunde eher knapp genügend begründet erscheint. Wenn dargelegt wurde, die geltend gemachte Arbeitsunfähigkeit bilde sich für die Gutachter nicht ganz klar einschätzbar, aber grundsätzlich wohl auch in den vergleichbaren Lebensbereichen (Beruf/Erwerb, Haushalt, Freizeit und soziale Aktivitäten) gleichförmig ab, so deutet das darauf hin, dass teilweise auch die subjektive Darstellung der Beschwerdeführerin übernommen wurde, wobei allerdings einzuräumen ist, dass eine diesbezügliche Objektivierung ohne Fremdanamnese grundsätzlich schwierig ist. Ähnlich verhält es sich mit der gutachterlichen Annahme einer vorhandenen Leistungsmotivation der Beschwerdeführerin (vgl. IV-act. 81-93). Obwohl eine Somatisierungsstörung nach interdisziplinärer Feststellung einen hohen Leidensdruck erzeugen kann (vgl. IV-act. 81-7), wurde zudem derjenige der Beschwerdeführerin psychiatrisch als teilweise relativ bzw. als gering betrachtet, was allerdings auch als bei solchen Störungen nicht selten bezeichnet wurde (vgl. IV-act. 81-93, vgl. auch IV-act. 81-91). Des Weiteren erscheint die Umschreibung der verschiedenen einschränkenden Voraussetzungen für eine adaptierte Tätigkeit im Vergleich zu den beschriebenen Befunden mit nur wenigen erhobenen Beeinträchtigungen und bei Würdigung der Standardindikatoren als weitreichend. Entsprechend ist nicht ohne Weiteres erklärlich, aus welchem Grund die bisherige Tätigkeit als Hauswartin inzwischen nicht mehr als zumutbar betrachtet wird (vgl. IV-act. 81-99). Es rechtfertigt sich aber vorliegend, dem Ergebnis des Gutachtens als solchem einer medizinisch gutachterlichen Beurteilung, die von einem polydisziplinären Gremium in voller Aktenkenntnis und nach einer umfassenden Abklärung abgegeben wurde, den Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit beizumessen. Die



Frage kann allerdings letztlich offen bleiben, wie sich aus dem Folgenden ergibt. Denn von einer höheren (als der gutachterlich festgelegten) Arbeitsunfähigkeit, wie sie Dr. I. \_\_\_ bei anderer diagnostischer Beurteilung, aber ohne Darlegung eines objektivierten weitreichenderen Befundes annimmt (vgl. hierzu auch act. G 4.1), ist mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nicht auszugehen.

**4.4.** Auszugehen ist demnach von einer Arbeitsunfähigkeit von 34 % im Erwerb. Was die Tätigkeit im Haushalt betrifft, wurde im Gutachten festgehalten, die dort "geltend gemachten Funktionsstörungen" seien psychiatrisch gesehen plausibel (IV-act. 81-9). Ob sich diese Feststellung auf die von der Beschwerdeführerin vorgebrachte Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von knapp zwei Dritteln oder auf die bei der Haushaltabklärung von der Beschwerdegegnerin festgehaltene Einschränkung um 36.4 % bezog, wurde nicht ausdrücklich erwähnt. Die Formulierung mag auf Ersteres hindeuten, doch dies wäre nach dem oben Dargelegten nicht nachvollziehbar, zumal die Beschwerdeführerin körperlich nicht beeinträchtigt ist und davon ausgegangen werden kann, dass sich die psychischen Beeinträchtigungen bei der Betätigung im eigenen Haushalt tendenziell weniger auswirken als in einem ausserhäuslichen Erwerbsfeld (wo 34 % Arbeitsunfähigkeit besteht).

## 5.

**5.1.** Was den Erwerbsteil betrifft, ist keine Erwerbstätigkeit ersichtlich, von der mit überwiegender Wahrscheinlichkeit angenommen werden kann, das dabei erzielte Einkommen taue im Hinblick auf die Festsetzung des Valideneinkommens der Beschwerdeführerin. Daher ist diesbezüglich auf die Tabellenlöhne der Schweizerischen Lohnstrukturerhebung (LSE) des Bundesamtes für Statistik (vgl. Anhang 2 der Textausgabe Invalidenversicherung, Allgemeiner Teil des Sozialversicherungsrechts, Gesetze und Verordnungen, 2019, herausgegeben von der Informationsstelle AHV/IV, S. 228) abzustellen. Die Beschwerdeführerin hat gemäss IK-Auszug auch keine in diesem Vergleich überdurchschnittlichen Einkommen erzielt. - Sie hat nach der Aktenlage seit März 2016 keine Erwerbstätigkeit mehr ausgeübt, so dass auch für die Bestimmung des Invalideneinkommens die (gleichen) Tabellenlöhne herangezogen werden können. Von einer Unverwertbarkeit der Restarbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin auf einem als ausgeglichen fingierten Arbeitsmarkt muss nicht ausgegangen werden, da dieser eine Vielzahl unterschiedlichster Arbeitsmöglichkeiten - und selbst Nischenarbeitsplätze - umfasst (vgl. Bundesgerichtsentscheide vom 5. November 2018, 9C\_304/2018 E. 5.1.1, und vom 10. April 2019, 8C\_811/2018 E. 4.4.1, vom 18. Dezember 2019, 9C\_693/2019 E. 5.1.3, und vom 28. November 2014, 9C\_485/2014). - Für das Valideneinkommen und als Ausgangswert für die Bestimmung



des Invalideneinkommens ist somit derselbe Einkommensbetrag zu wählen. Der Invaliditätsgrad entspricht unter solchen Verhältnissen dem Grad der Arbeitsunfähigkeit unter Berücksichtigung eines allfälligen Abzugs (zur Ermittlung des Invalideneinkommens) gemäss BGE 126 V 75 (vgl. Bundesgerichtsentscheide vom 9. Mai 2016, 8C\_934/2015 E. 2.1, und vom 20. April 2010, 9C\_215/2010 E. 5.2). Bestehen im Einzelfall Anhaltspunkte dafür, dass die versicherte Person ihre gesundheitlich zumutbare verbleibende (Rest-) Arbeitsfähigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt nur mit unterdurchschnittlichem erwerblichem Erfolg verwerten kann, ist ein Abzug von den Tabellenlöhnen zu machen. Bei der Bestimmung der Höhe des Abzuges ist der Einfluss aller in Betracht fallenden Merkmale auf das Invalideneinkommen unter Würdigung der Umstände im Einzelfall gesamthaft zu schätzen und insgesamt auf höchstens 25 % des Tabellenlohnes zu begrenzen (vgl. BGE 134 V 322 E. 5.2 und BGE 126 V 75). Die gesundheitlich bedingten Einschränkungen der Beschwerdeführerin einerseits haben bereits in der medizinisch begründeten Arbeitsunfähigkeitsschätzung ihren Niederschlag gefunden. Auch ein Teilzeitabzug ist andererseits nicht erforderlich (vgl. Bundesgerichtsurteil vom 19. Juli 2017, 9C\_72/2017 E. 4.3). Daher bleibt es bei einer anhand der Arbeitsunfähigkeit festzustellenden invaliditätsbedingten Einbusse von 34 %. Bezogen auf den Anteil von 65 % ergibt sich ein Teilinvaliditätsgrad von rund 22 %.

**5.2.** Auch im Haushaltsbereich sind die Angaben der Beschwerdeführerin zu ihren weitreichenden Einschränkungen an der medizinischen Zumutbarkeit einer Arbeitsleistung zu messen. Die gutachterlich beschriebene Selbstlimitierung, das Schonverhalten und die subjektive Leistungsinsuffizienz der Beschwerdeführerin sind im Erwerbsbereich im Rahmen einer Arbeitsunfähigkeit von 34 % wegen einer Somatisierungsstörung als erklärt betrachtet worden. Eine höhere Arbeitsunfähigkeit als die bei der Abklärung erhobene erscheint im Haushalt demnach wie erwähnt nicht nachvollziehbar und nicht überwiegend wahrscheinlich. Aus diesem 35 % ausmachenden Tätigkeitsbereich kommt somit ein Teilinvaliditätsgrad von rund 12 % hinzu (insgesamt 34 %, 22 % und 12 %). Bei einer Aufteilung in 70 % und 30 % würde sich der Invaliditätsgrad von 34 % bei diesen Gegebenheiten nicht erhöhen (34 %, rund 24 % und 10 %).

**5.3.** Damit ergibt sich zusammenfassend, dass die angefochtene Verfügung angesichts des nicht rentenbegründenden Gesamtinvaliditätsgrads der Beschwerdeführerin nicht zu beanstanden ist. Die Beschwerdegegnerin war demnach nicht verpflichtet, von sich aus berufliche Massnahmen anzuordnen. Im Übrigen hat die Beschwerdeführerin bei der Begutachtung zwar Interesse an Ausbildung bzw. an Tätigkeitsbereichen bekundet,



aber auch festgehalten, lediglich zu 20 % bzw. für eine geregelte Erwerbstätigkeit gar nicht arbeitsfähig zu sein. Ob es für die Beschwerdeführerin geeignete Massnahmen gebe und sie solche (u.a. dank erfüllter subjektiver Eingliederungsbereitschaft) beanspruchen könne, ist bei diesen Gegebenheiten vorliegend nicht zu beurteilen.

### 6.

**6.1.** Im Sinn der vorstehenden Erwägungen ist die Beschwerde abzuweisen.

**6.2.** Nach Art. 69 Abs. 1<sup>bis</sup> IVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von 200 bis 1000 Franken festgelegt. Als unterliegende Partei hat die Beschwerdeführerin die Gerichtskosten zu bezahlen (vgl. Art. 95 Abs. 1 des st. gallischen Gesetzes über die Verwaltungsrechtspflege [VRP/SG; sGS 951.1]). Diese sind ermessensweise auf Fr. 600.-- zu veranschlagen. Mit dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe ist die geschuldete Gerichtsgebühr getilgt. - Eine Parteientschädigung ist bei diesem Ausgang des Verfahrens nicht zuzusprechen.

### Entscheid

im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP

#### 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen.

#### 2.

Die Beschwerdeführerin hat die Gerichtskosten von Fr. 600.-- zu bezahlen, unter Anrechnung des bezahlten Kostenvorschusses in gleicher Höhe.