



Fall-Nr.: IV 2020/49
Stelle: Versicherungsgericht
Rubrik: IV - Invalidenversicherung
Publikationsdatum: 10.06.2022
Entscheiddatum: 02.09.2021

Entscheid Versicherungsgericht, 02.09.2021

Würdigung eines polydisziplinären IV-Gutachtens unter Einschluss einer neuropsychologischen Untersuchung nach einer früheren bidisziplinären Begutachtung für die Krankentaggeldversicherung (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 2. September 2021, IV 2020/49).

Entscheid vom 2. September 2021

Besetzung

Versicherungsrichterinnen Karin Huber-Studerus (Vorsitz), Christiane Gallati Schneider und Corinne Schambeck; Gerichtsschreiberin Fides Hautle

Geschäftsnr.

IV 2020/49

Parteien

A.____,

Beschwerdeführerin,

vertreten durch Rechtsanwalt Dr. iur. Kreso Glavas, Advokatur Glavas AG,
Haus zur alten Dorfbank, 9313 Muolen,

gegen

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



Beschwerdegegnerin,

Gegenstand

Rente

Sachverhalt

A.

A.a. A.____ meldete sich am 9./27. Februar 2017 (IV-act. 1) wegen der Folgen einer Tumoroperation am Kopf bei der Sozialversicherungsanstalt/IV-Stelle des Kantons St. Gallen zum Bezug von Leistungen der Invalidenversicherung an. Sie, Mutter von ____ Kindern (geboren [...]), sei 19__ in die Schweiz gekommen und sei seit März 2003 an der derzeitigen Stelle als ____mitarbeiterin tätig.

A.b. Dr. med. C.____, Praktische Ärztin, gab in ihrem IV-Arztbericht vom 7. April 2017 (IV-act. 10) unter Hinweis auf diverse Beilagen an, bei der Versicherten bestünden ein St. n. Kraniotomie und Resektion eines Konvexitätsmeningeoms parasagittal postzentral links (10/2016), ein St. n. Lungenembolien in der lateralen Mittellappenarterie und in Oberlappenarterien rechts (11/2016, richtig wohl 10/2016, vgl. IV-act. 10-9 f.), ein ____ L.____ (ED 03/2017), eine arterielle Hypertonie, ein St. n. Hemithyreoidektomie rechts (03/2010) bei Struma nodosa, eine Cervicobrachialgie links bei chronischen Cervicalgien, Foraminalstenosen C4/5 und C5/6 linksseitig, Bandscheibenprotrusionen C4/5, C5/6 und C6/7, persistierende Kopfschmerzen, Varices Unterschenkel bds. und eine Depression. Seit dem 6. Oktober 2016 sei sie voll arbeitsunfähig. - Beigelegt wurden zwei Berichte der Klinik für Neurochirurgie am Kantonsspital St. Gallen vom 9. November 2016 (IV-act. 10-9 ff.; normales postoperatives kraniozerebrales CT) und vom 9. März 2017 (IV-act. 10-6 f.; bildmorphologisch [MRI Schädel] regelrechter und erfreulicher Verlauf) sowie ein Bericht des Ambulatoriums Onkologie/Hämatologie der Abteilung Innere Medizin am Spital D.____ vom 7. April 2017 (IV-act. 10-4 f.). In Letzterem war dargelegt worden, das ____ L.____ erfülle noch nicht die Diagnosekriterien für ein multiples L.____ und eine



St.Galler Gerichte

Therapie-Indikation bestehe nicht; die Versicherte sei sehr erleichtert gewesen. Für einen Übergang in ein L.____ betrage die Wahrscheinlichkeit 10 % pro Jahr.

A.c. Die Arbeitgeberin gab im Fragebogen vom 19. April 2017 (IV-act. 12) an, die Versicherte sei vollzeitlich als ____ angestellt. Seit 2017 betrage der Lohn durchschnittlich Fr. 5'410.-- pro Monat.

A.d. Dr. med. E.____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, berichtete Dr. C.____ am 6. Juli 2017 (IV-act. 22), die Versicherte leide an einer Anpassungsstörung, längere depressive Reaktion, und an Störungen im Zusammenhang mit der Menopause. Sie sei zurzeit für alle Tätigkeiten aus rein psychiatrischer Sicht voll arbeitsunfähig. Es werde eine stationäre Rehabilitation empfohlen.

A.e. Im Juli 2017 (IV-act. 25 ff.) stellte die Krankentaggeldversicherung der Sozialversicherungsanstalt/IV-Stelle ein neurologisches und ein internistisches Gutachten der Begutachtungsstelle PMEDA Polydisziplinäre Medizinische Abklärungen vom 6. Juni 2017 (Fremd-act. 2 f.) zu. Beide Gutachter waren zum Ergebnis gelangt, dass die Arbeitsfähigkeit der Versicherten nicht eingeschränkt sei (die Progresswahrscheinlichkeit zu einem multiplen L.____ betrage 25 % in fünf Jahren). Die Taggeldversicherung hatte am 16. Juni 2017 (Fremd-act. 4) das Taggeld auf den 1. Juli 2017 eingestellt. - Der Regionale Ärztliche Dienst (RAD) der Invalidenversicherung hielt am 26. Juli 2017 (IV-act. 29) dafür, aus somatischer Sicht sei das bidisziplinäre Gutachten weitgehend nachvollziehbar, doch berücksichtige es nicht die psychiatrische Problematik.

A.f. In einem IV-Arztbericht vom 14. November 2017 (IV-act. 45) teilte die Klinik F.____ mit, es lägen bei der Versicherten eine Anpassungsstörung mit längerer depressiver Reaktion und eine psychophysische Erschöpfung bei vorbestehender generalisierter Angststörung im Rahmen der Störung der Stressmodulationsfähigkeit vor. Vom 17. August 2017 bis 4. September 2017 habe sie in ambulanter Behandlung gestanden; währenddessen werde ihr eine volle Arbeitsunfähigkeit attestiert. Bis wann diese anhalte, dazu seien noch keine sicheren Angaben möglich. - Am 16. Oktober 2017 (IV-act. 46) hatte die Klinik Dr. C.____ über eine integrative tagesklinische



St.Galler Gerichte

Behandlung der Versicherten vom 4. September 2017 bis 13. Oktober 2017 berichtet. Nach körperlichen und psychologischen Massnahmen sei die Versicherte in gebessertem, aber nicht remittiertem Zustand entlassen worden. - Dr. C.____ erklärte im IV-Verlaufsbericht vom 5. Januar 2018 (IV-act. 51), die Versicherte sei weiterhin voll arbeitsunfähig. Sie legte einen Bericht von Dr. med. G.____, Phlebologie, vom 14. August 2017 (IV-act. 51-6 f.) bei. Die Ärztin hatte eine symptomatische primäre Varikosis diagnostiziert sowie u.a. einen V.a. eine Belastungsstörung nach Meningeom-OP, Lungenembolien und S-L.____-Diagnose innerhalb eines Jahres. Nach den Lungenembolien hätten im Januar 2017 in den tiefen Venen keine Residuen gefunden werden können, in den duplexsonographischen Untersuchungen vom Juni und Juli 2017 seien ebenfalls keine postentzündlichen Veränderungen in den Varizen nachzuweisen gewesen. - Dr. E.____ benannte in ihrem IV-Arztbericht vom 18. Januar 2018 (IV-act. 49) nebst den weiteren Diagnosen Merkmale einer anankastischen Persönlichkeitsstörung. Die Versicherte, eine Person mit sehr leistungsorientierter Persönlichkeitsstruktur, spüre neben somatischen Beschwerden auch Konsequenzen jahrelanger Nachtarbeit. Sie sei schon bei Aufnahme der Behandlung am 9. Februar 2017 (seit 2. Februar 2017) arbeitsunfähig gewesen. Sie sei wegen starken Kopfschmerzen, Nacken- und Rückenschmerzen sowie Schlafstörungen und einer ängstlich-depressiven Antriebs- und Stimmungslage für keine Tätigkeit arbeitsfähig. - Die Klinik für Neurochirurgie am Kantonsspital St. Gallen reichte einen Sprechstundenbericht vom 22. Februar 2018 (IV-act. 55) ein, wonach die Jahresverlaufskontrolle unauffällig ausgefallen sei. - Das Ambulatorium Onkologie/Hämatologie am Spital D.____ gab einen medizinischen Bericht vom 26. Februar 2018 (IV-act. 62) mit den Diagnosen zu den Akten. In einem beigelegten Verlaufseintrag vom 15. Januar 2018 (IV-act. 63-1) war festgehalten worden, die einstweilen vorhandenen hämatologischen und laborchemischen Untersuchungen hätten Normalbefunde ergeben. - Dr. G.____ legte (am 2. März 2018, Eingang, IV-act. 64) einen Operationsbericht vom 19. Februar 2018 betreffend die Behandlung der Varikosis ein. - Dr. E.____ berichtete am 19. Juni 2018 (IV-act. 66), die Versicherte wäre lediglich für eine Arbeit in geschütztem Rahmen arbeitsfähig. Im Vordergrund stünden bezüglich der Prognose ihre somatischen Beschwerden; sie lebe in Angst, dass eine schwere körperliche Erkrankung (L.____) ausbrechen werde. Zu einer vorgeschlagenen



St.Galler Gerichte

tagesklinischen Behandlung in der Psychiatrischen Klinik H.____ könne sie sich derzeit nicht entscheiden.

A.g. Am 21. Juni 2018 (IV-act. 69, vgl. IV-act. 67 f.) wurde der Versicherten mitgeteilt, das Gesuch um berufliche Massnahmen werde abgewiesen, da solche wegen der andauernden vollen Arbeitsunfähigkeit aus psychiatrischer Sicht nicht angezeigt seien.

A.h. Dr. med. I.____, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin, speziell Lungenkrankheiten, gab in ihrem IV-Arztbericht vom 16. August 2018 (IV-act. 74) an, es liege keine pneumologische Diagnose von Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit vor. Es bestehe aber seit April 2015 ein hypersensibler Bronchialbaum. Dr. E.____ teilte der Sozialversicherungsanstalt/IV-Stelle am 3. September 2018 (IV-act. 79) auf Anfrage die Behandlungstermine der Versicherten bei ihr im Jahr 2018 mit.

A.i. Dr. C.____ gab im IV-Arztbericht vom 14. September 2018 (IV-act. 81) unter Beilage diverser medizinischer Berichte an, die Versicherte sei weiterhin voll arbeitsunfähig. Dr. G.____ hatte am 19. April 2018 (IV-act. 81-5 f.) von einem St. n. Crossektomie, Magnastripping und Phlebektomie sowie Sklerosierung von pruriginösen Stauungsnestern am unteren Insuffizienzpunkt am 19.02.2018 berichtet. Eine Verlaufskontrolle sei im Herbst vorgesehen. - Das Ambulatorium Onkologie/Hämatologie am Spital D.____ gab in einem onkologischen Sprechstundenbericht vom 19. Oktober 2018 (IV-act. 82) bekannt, hinsichtlich des ____ L.____ habe sich keine Veränderung ergeben, so dass kein Handlungsbedarf bestehe. Der Versicherten mache die Gewichtszunahme deutlich zu schaffen.

A.j. In ihrem Gutachten vom 10. Mai 2019 (IV-act. 95 f.; Begutachtung im März 2019) gab die Begutachtungsstelle medexperts AG (im Folgenden auch die medexperts) als Diagnose mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit ein zerviko-lumbales Schmerzsyndrom bei radiologisch mässigen degenerativen Veränderungen an. Ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit seien u.a.: Angst und depressive Störung, gemischt, akzentuierte Persönlichkeitszüge mit abhängigen Anteilen, ein ____ L.____ (myeloproliferatives Syndrom, klinisch nicht in Erscheinung tretend), Kopfschmerzen, am ehesten vom Spannungstyp mit migräniformen Anteilen (aktuell Verdacht auf zusätzlich analgetikainduzierten Kopfschmerz), ein zerviko-lumbales Schmerzsyndrom ohne



radikuläre Ausfälle und ein unspezifischer Schwindel mit am ehesten funktioneller Komponente. Die bisherige Tätigkeit als B.____ (teilweise schwer) sei der Versicherten vollschichtig mit einer Leistungsminderung von 30 % zumutbar. Die Einschränkung bestehe wahrscheinlich seit vielen Jahren, spätestens aber seit Februar 2018. In einer angepassten leichten bis mittelschweren wechselbelastenden Tätigkeit sei die Versicherte voll arbeitsfähig, spätestens ab der Begutachtung. - In einem eingeholten Bericht vom 13. Dezember 2013 (IV-act. 96-14 ff.) hatte Dr. med. J.____, Facharzt für Neurologie, festgehalten, es lägen bei der Versicherten seit drei Jahren ein chronifizierter Kopfschmerz mit hohem Medikamentenverbrauch und eine arterielle Hypertonie vor. Nach zehn Jahren der Nachtschichtarbeit arbeite sie seit Juni (2013) am Tag und habe seither verstärkt Kopfschmerzen. Klinisch-neurologische Defizite hätten sich keine finden lassen. Die Versicherte habe von einer Angst berichtet, einen Hirntumor zu haben wie ihre Mutter. Deswegen sei eine intracranielle transtemporale Duplexsonographie durchgeführt worden. Die A. cerebri media und das Hirnparenchym seien unauffällig gewesen, doch sei diese Untersuchung keine Methode, um einen Hirntumor auszuschliessen. Darauf hätten jedoch auch klinisch keine Hinweise bestanden. Problematisch sei sicherlich die soziale Situation. Es bestehe zudem eine Doppelbelastung, die zu Kopfschmerzen führe. Begleitend bestehe wahrscheinlich auch ein depressives Syndrom. - Der RAD erklärte am 22. Mai 2019 (IV-act. 98-2), es sei unklar, ob den medexperts-Gutachtern das neurologische Teilgutachten der PMEDA vom 6. Juni 2017 vorgelegen habe.

A.k. Mit Vorbescheid vom 29. Mai 2019 (IV-act. 101) stellte die Sozialversicherungsanstalt/IV-Stelle des Kantons St. Gallen der Versicherten eine Abweisung ihres Leistungsgesuchs betreffend die Rente in Aussicht. Der Invaliditätsgrad betrage 20 % (Valideneinkommen Fr. 67'999.--, Invalideneinkommen Fr. 54'604.--; 2017, vgl. IV-act. 100).

A.l. Die Versicherte liess am 15. Juli 2019 (IV-act. 113) durch ihren Rechtsvertreter (IV-act. 107 f.) einwenden, zumindest bis zur Zeit der Begutachtung sei eine ganze Rente zu gewähren, danach mindestens eine halbe Rente. Dass selbst für die Zeit der Kopfoperation keine Rente gesprochen werden wolle, erstaune. Die (medexperts-) Gutachter hätten die Arbeitsfähigkeit in der Zeit vor 2018 nicht beurteilt. Für die Zeit nach der Begutachtung hätten die Experten der Invalidenversicherung festgehalten,



St.Galler Gerichte

dass die Versicherte nur leichte Tätigkeiten ohne Einschränkung ausüben könne. Daher sei nicht verständlich, dass ihr kein leidensbedingter Abzug (von den Tabellenlöhnen) gewährt werde. Es sei im Vorbescheid eine geringere Invalidität festgelegt worden, als die Gutachter sie bestätigt hätten.

A.m. Am 23. August 2019 (IV-act. 117) liess die Sozialversicherungsanstalt/IV-Stelle den Rechtsvertreter der Versicherten wissen, dass der RAD Rückfragen an die medexperts-Gutachter stellen wolle (vgl. Stellungnahme des RAD vom 22. August 2019, IV-act. 116; Fragen zur Bewertung der neuropsychologischen Testung mit auffälliger Symptomvalidierung sowie zum Verlauf der neurologischen Arbeitsunfähigkeit). Der Rechtsvertreter erklärte daraufhin am 27. August 2019 (IV-act. 118), er wolle sich am Begutachtungsverfahren nicht direkt beteiligen, denn dieses sei rechtsstaatlich bedenklich, sei die Versicherte darin doch gar vor, während und nach der Kopfoptionsphase als arbeitsfähig beurteilt worden. - Mit zwei Schreiben vom 27. August 2019 (IV-act. 114 f.) stellte die Sozialversicherungsanstalt/IV-Stelle die Ergänzungsfragen an den Gutachter der Psychiatrie und an die Gutachterin der Neurologie. - Die medexperts antworteten am 20. September 2019 (IV-act. 119), die Symptomvalidierung bei der neuropsychologischen Testung sei bezüglich der Anstrengungsbereitschaft der Versicherten nicht eindeutig gewesen. Aus psychiatrischer Sicht sei auf die eigene Einschätzung der Konsistenz abgestellt worden. Eine längerfristige psychiatrische Erkrankung, die eine Arbeitsunfähigkeit unter diesem Aspekt rechtfertigen würde, sei bei der Versicherten nicht festgestellt worden. Die klinisch beobachteten depressiven Symptome seien sehr verständlich, aber keinesfalls Ursprung (gemeint ev. Ausdruck) einer depressiven Grunderkrankung, sondern hauptsächlich der aktuellen Lebenssituation geschuldet. Dessen sei sich die Versicherte, wie der deutlich unter dem wirksamen Bereich liegende laborchemische Antidepressiva-Spiegel gedeutet werden könne, sehr wohl bewusst. Der Arbeitsunfähigkeitsschätzung von 30 % aus neuropsychologischer Sicht könne nicht gefolgt werden. Aus neurologischer Sicht sei keine Arbeitsunfähigkeit attestiert worden; nach der Meningeom-Operation sei die Versicherte bis zum 28. November 2016 krankgeschrieben gewesen.

A.n. Nach einer zweiten Anhörung am 13. Dezember 2019 (IV-act. 121) verfügte die Sozialversicherungsanstalt/IV-Stelle des Kantons St. Gallen am 22. Januar 2020 (IV-



act. 122) die Abweisung des Leistungsgesuchs um eine Rente wie am 29. Mai 2019 angekündigt.

B.

Gegen diese Verfügung richtet sich die von Rechtsanwalt Dr. iur. Kreso Glavas für die Betroffene am 19. Februar 2020 erhobene Beschwerde (act. G 1). Der Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin beantragt (unter Kosten- und Entschädigungsfolge zuzüglich MwSt), die angefochtene Verfügung sei aufzuheben und der Beschwerdeführerin sei mindestens eine halbe Invalidenrente zu gewähren, eventualiter sei eine neue polydisziplinäre Begutachtung in Auftrag zu geben und hernach über die IV-Leistungen neu zu entscheiden. Der Beschwerdeführerin sei zudem die unentgeltliche Rechtspflege und Rechtsverteidigung zu gewähren. Dass sie selbst in den Zeiten der vielen Operationen und intensiven (Nach-) Behandlungen wegen Kopftumors, Lungenembolien usw. voll arbeitsfähig und nur unmittelbar während der kurzen Spitalaufenthalte arbeitsunfähig gewesen sein sollte, wie es die Beschwerdegegnerin annehme, könne nicht zutreffen. Vor und nach einem Spitalaufenthalt könne man nicht (sofort wieder) voll arbeitsfähig sein. Die entsprechenden Beurteilungen seien auftragsgeleitet. Zudem könne man in solchen Situationen nicht immer den Arbeitgeber wechseln und sich gleich wieder neu anstellen lassen. Was die Zeit nach den medizinischen Behandlungen betreffe, sei die Beschwerdeführerin gesundheitlich in verschiedener Hinsicht angeschlagen geblieben. Das zeigten diverse Berichte, etwa von Dr. G.____, des Kantonsspitals St. Gallen oder des Spitals D.____. Das Gutachten der medexperts dagegen erscheine im Vergleich dazu singulär. Kopfproblematik, Kopfschmerzen und Rückendeformationen würden gar nicht unter den die Arbeitsfähigkeit tangierenden Diagnosen aufgeführt. Selbst von der Kraniotomie heisse es, sie sei ein kurzzeitiges Problem während des Spitalaufenthalts gewesen. Dieser Eingriff sei aber in Wechselwirkung mit der psychiatrischen Problematik zu sehen, leide die Beschwerdeführerin doch psychisch an den Folgen der Operation. Eine erneute Begutachtung müsse allein schon deswegen erfolgen, weil dies den Gutachtern entgangen sei. Das Gutachten sei ausserdem über weite Strecken widersprüchlich. Einerseits heisse es etwa, die Beschwerdeführerin habe zu wenig Medikamente eingenommen, andererseits, ihr Kopfschmerz sei analgetikainduziert entstanden. Ähnlich verhalte es sich mit den neuropsychologischen Teilgutachten. Ergäben diese eine Beeinträchtigung, würden sie von der Invalidenversicherung als nicht valide betrachtet, im andern Fall als schlüssig und überzeugend. Erst wenn eine gesetzeskonforme Begutachtung vorliegen werde, könne ein korrekter Einkommensvergleich angestellt werden. Der von der Beschwerdegegnerin vorgenommene Vergleich könne hingegen,



wie vorsorglich festgehalten werde, nicht akzeptiert werden. Das Valideneinkommen sei derzeit bei mindestens Fr. 70'000.-- anzusetzen, habe die Beschwerdeführerin doch in bereits gesundheitlich angeschlagenem Zustand 2016 Fr. 67'636.-- und 2015 Fr. 69'017.-- verdient. Bei der Berechnung des Invalideneinkommens müsste die maximale Kürzung des Tabellenlohns von 25 % vorgenommen werden. Der Invaliditätsgrad von 20 % sei nicht korrekt ermittelt worden.

C.

In ihrer Beschwerdeantwort vom 24. März 2020 (act. G 5) beantragt die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde. Sie sei ihrer Abklärungspflicht genügend nachgekommen. Das Gutachten sei von qualifizierten Fachärzten erstellt worden. Es sei kein Widerspruch darin zu sehen, dass einerseits nicht von einer regelmässigen Einnahme der antidepressiven Medikation durch die Beschwerdeführerin ausgegangen und andererseits der Verdacht auf einen zusätzlich analgetikainduzierten Kopfschmerz diagnostiziert worden sei. Komme die Beschwerdeinstanz bei der Beweismwürdigung zum Schluss, ein bereits erhobener Sachverhalt müsse noch gutachterlich geklärt werden oder eine Administrativexpertise sei in einem wesentlichen Punkt nicht beweiskräftig, habe sie in der Regel ein Gerichtsgutachten einzuholen. Weitere Abklärungen würden sich jedoch erübrigen. Bei der Festlegung des Valideneinkommens habe sie (die Beschwerdegegnerin) auf den IK-Auszug abgestellt. Dass im Total-Wert eines Kompetenzniveaus einer Lohntabelle zur Bestimmung des Invalideneinkommens gewisse Tätigkeiten enthalten seien, die einer versicherten Person nicht mehr zumutbar seien, begründe nicht einen grundsätzlichen Tabellenlohnabzug. Auch die gesundheitlich bedingte Unmöglichkeit, körperlich schwere Arbeit zu verrichten, vermindere den hypothetischen Invalidenlohn nicht automatisch. Es sei zu Recht kein Abzug vorgenommen worden. - Am 8. April 2020 (act. G 7) reicht die Beschwerdegegnerin ein E-Mail des Rechtsvertreters der Beschwerdeführerin vom 17. Januar 2020 (act. G 7.1; Stellungnahme zur zweiten Anhörung) an sie nach, worin dieser verschiedene Fragen aufgeworfen hatte, so, weshalb neuropsychologische Abklärungen durchgeführt würden, wenn es immer heisse, sie seien nicht valide, ob es sich bei der Neuropsychologie wirklich um eine Wissenschaft handle, und ob [...], wenn aufgrund der Kopfoperation keine Arbeitsunfähigkeit attestiert werde. [...].

D.

Mit Replik vom 9. Juli 2020 (act. G 14) hält der Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin fest, die Beschwerdegegnerin werde dabei behaftet, dass die Tätigkeit als B.____



teilweise schwere Tätigkeiten umfasst habe und deshalb insgesamt ungeeignet gewesen sei. Die Beschwerdeführerin habe darin nicht während achteinhalb Stunden pro Tag eingesetzt werden können, sondern hätte eine Leistungsminderung von 30 % erfahren müssen. Das sei bei der Bestimmung des Valideneinkommens mitzubersichtigen. Die Beschwerdeführerin habe damit ausserdem belegt, dass sie sich vor der Arbeit nicht gedrückt, sondern dass sie gearbeitet habe, solange es ihr möglich gewesen sei. Selbst die (medexperts-) Gutachter hätten festgehalten, dass die Beschwerdeführerin auch bei körperlich mittelschweren Tätigkeiten eingeschränkt sei, insbesondere lägen Einschränkungen des kognitiven Leistungsprofils, der Aufmerksamkeit und der Umstellfähigkeit vor. Der Beschwerdeführerin sei somit keine volle Tätigkeit mehr zumutbar; sollten die Gutachter etwas anderes geschrieben haben, handle es sich um einen Widerspruch. Im Jahr 2015, als die Beschwerdeführerin gesundheitlich noch weniger beeinträchtigt gewesen sei, habe sie Fr. 69'017.-- verdient. Ein tieferes Valideneinkommen dürfe nicht angenommen werden. Wäre sie gesund geblieben, hätte sie in der Zwischenzeit sicherlich mehr verdient. Die von den Gutachtern genannten medizinischen Limitierungen würden sich bei jeder Tätigkeit auswirken. Ein leidensbedingter Abzug sei zwingend einzusetzen, zumal körperlich schwere Arbeiten von der Beschwerdeführerin gar nicht mehr ausgeübt werden könnten. Ob das Gericht Ergänzungsfragen an die Gutachter richten oder ein eigenes Gutachten in Auftrag geben wolle, sei diesem überlassen. Jedenfalls gehe es nicht an, so gewichtige Entscheide wie Entscheide über einen Rentenanspruch auf der Grundlage eines so widersprüchlichen Gutachtens zu fällen.

E.

Die Beschwerdegegnerin hat am 29. Juli 2020 (act. G 16) an ihrem in der Beschwerdeantwort gestellten Antrag festgehalten und im Übrigen auf die Erstattung einer Duplik verzichtet.

F.

Das Gesuch der Beschwerdeführerin um Bewilligung der unentgeltlichen Rechtspflege (Befreiung von den Gerichtskosten und Bewilligung der unentgeltlichen Rechtsverteidigung) ist am 13. August 2020 abgelehnt worden (act. G 17).

Erwägungen

1.



Streitgegenstand bildet die Verfügung vom 22. Januar 2020, mit welcher die Beschwerdegegnerin einen Rentenanspruch der Beschwerdeführerin abgelehnt hat. Die Beschwerdeführerin lässt materiell (namentlich einzig) Rentenleistungen beantragen. Einen Anspruch auf berufliche Massnahmen hatte die Beschwerdegegnerin am 21. Juni 2018 wegen Arbeitsunfähigkeit der Beschwerdeführerin abgewiesen. Ergäbe sich allerdings, dass ohne Eingliederungsmassnahmen ein Rentenanspruch in Frage stünde, so gehörte zum Streitgegenstand ohnehin notwendigerweise die Frage, ob die Verwaltung den Grundsatz "Eingliederung vor Rente" beachtet und eine allfällige Pflicht der Beschwerdeführerin zu Massnahmen ausreichend in Anspruch genommen habe (vgl. auch Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 28. Juni 2021, IV 2019/301 E. 1).

2.

2.1. Anspruch auf eine Rente haben nach Art. 28 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG, SR 831.20) versicherte Personen, die ihre Erwerbsfähigkeit nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a), während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG, SR 830.1) gewesen sind (lit. b) und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind (lit. c).

2.2. Nach Art. 28 Abs. 2 IVG besteht der Anspruch auf eine ganze Invalidenrente, wenn die versicherte Person mindestens zu 70 %, derjenige auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens zu 60 % invalid ist. Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % Anspruch auf eine Viertelsrente.

2.3. Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). 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).

2.4. 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.

3.1. Nach einer Begutachtung in zwei Disziplinen der somatischen Medizin (für die Krankentaggeldversicherung) durch die PMEDA im Mai 2017 (Gutachten vom 6. Juni 2017) sind der Gesundheitszustand und die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin im März 2019 polydisziplinär durch die medexperts begutachtet worden (Gutachten vom 10. Mai 2019).

3.1.1. Im Einzelnen wurde bei der medexperts-Begutachtung anlässlich der orthopädischen Exploration festgehalten, dass die Beschwerdeführerin Kopfschmerzen, seit ca. 2016 bestehende Beschwerden im Bereich des Nackens mit Ausstrahlung in die Arme und häufigem Einschlafen der Finger, seit etwa zehn Jahren bestehende, im Vergleich eher geringe Schmerzen an der LWS, häufige Hüftgelenksschmerzen rechts mehr als links, asthmatische Beschwerden und Magenbeschwerden beklagt habe (vgl. IV-act. 95-22 f. und IV-act. 95-24). - Die Gutachterin der Orthopädischen Chirurgie erhob den Befund und beurteilte anlässlich der Begutachtung erstellte Röntgenbefunde der HWS, der LWS und des Beckens (vgl. IV-act. 95-25 f., vgl. auch IV-act. 95-2 f.). Die beklagten, sich bei Belastung verstärkenden Schmerzen im Bereich der HWS und der LWS seien plausibel, wenn auch in der Intensität nicht nachvollziehbar (vgl. IV-act. 95-29). Die Hüftgelenke hätten sich klinisch und radiologisch unauffällig präsentiert (vgl. IV-act. 95-27). In der zuletzt ausgeübten mittelschweren Tätigkeit bestehe eine Arbeitsunfähigkeit von 30 % wegen der Notwendigkeit vermehrter Pausen und einer Leistungsminderung. Heben sei nur gelegentlich bis 15 kg möglich. In einer wechselbelastenden (vgl. IV-act. 95-28) bzw. angepassten (vgl. IV-act. 95-29) Tätigkeit sei die Beschwerdeführerin voll arbeitsfähig.

3.1.2. Anlässlich der allgemein-internistischen Begutachtung beklagte die Beschwerdeführerin als Hauptproblem die Kopfschmerzen, daneben linksbetonte Schulter-Nackenschmerzen sowie Hüftschmerzen rechts mehr als links. Sie erleide aus Angst vor gefährlichen Befunden von Seiten des L.____ und des Meningeoms immer wieder Panikattacken, die zu depressiven Reaktionen und Episoden führten - unter diesen Umständen könne sie sich nicht vorstellen, gesund zu werden oder gar einer Arbeit nachzugehen -, habe Probleme mit Gedächtnis und Merkfähigkeit (vgl. IV-act. 95-31) und könne nicht gut schlafen, weil sie immer an ihre Krankheiten denke (vgl.



IV-act. 95-33). - Der Gutachter der Allgemeinen Inneren Medizin erhob den Befund (vgl. IV-act. 95-36 f.) und hielt fest, die Hypertonie sei optimal eingestellt und das ___ L. ___ trete derzeit weder klinisch noch hämatologisch oder laborchemisch in Erscheinung und verursache auch keine subjektive Beeinträchtigung. Es bestehe eine Varikosis links mit Insuffizienzgrad I. Nach der Meningeom-Operation habe sich eine Adipositas (Stadium II, BMI 35.5) entwickelt (vgl. IV-act. 95-37). Alle (erwähnten) Diagnosen seien ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit (vgl. IV-act. 95-37). Das ausserdem seit einhalb Jahren bestehende Asthma bronchiale verursache unter Medikation keine nennenswerten Probleme (vgl. IV-act. 95-38). Die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin sei vorhanden. Es lägen eine deutliche Dysphorie mit Lust-, Freud- und Antriebslosigkeit und ein psychophysischer Erschöpfungszustand vor (vgl. IV-act. 95-38).

3.1.3. Im neurologischen Teil des Gutachtens wurde festgehalten, als Hauptgründe für die Begutachtung habe die Beschwerdeführerin Kopf-, Knochen- und Beinschmerzen erwähnt. Sie fühle sich nicht wohl, sei nervös, habe keine Kraft mehr und habe immer zu viel gearbeitet. Die Kopfschmerzen träten an zwei bis drei Tagen pro Woche jeweils in Folge auf. Sie nehme dann viele Schmerzmittel wie Dafalgan und Novalgin, insgesamt an etwa 12 bis 15 Tagen pro Monat; genaue Angaben seien nicht möglich (vgl. IV-act. 95-41). Im Jahr 2013 sei eine erste Vorstellung beim Neurologen Dr. J. ___ erfolgt. Im Rahmen einer erneuten Kopfschmerzabklärung 2016 sei ein Konvexitätsmeningeom diagnostiziert worden. Vor der Operation habe die Versicherte trotz Kopfschmerzen gearbeitet (vgl. IV-act. 95-41). Sie habe auch Schulter-, Hüft-, Knie-, Fuss- und Rückenschmerzen angegeben, ausserdem Nebelsehen und Schwindelgefühle (vgl. IV-act. 95-41). - Die erhobenen Untersuchungsbefunde beschrieb die Gutachterin der Neurologie u.a. unter den Aspekten des Verhaltens der Beschwerdeführerin und des klinisch-neuropsychologischen Befundes (vgl. IV-act. 95-44 f.). Sie hielt fest, zurzeit ergebe sich wegen der Kopfschmerzen keine Arbeitsunfähigkeit. Am Tag der Untersuchung habe sich auch kein Anhaltspunkt für eine peripher-vestibuläre oder eine zentrale Genese des Schwindels finden lassen, auch kein solcher für eine Polyneuropathie. Die Ätiologie (des Schwindels) sei insgesamt am ehesten unspezifisch mit möglicher funktioneller Komponente, dd zusätzlich mit einer orthostatistischen Komponente. Bezüglich der zervikalen und lumbalen Schmerzen hätten sich - bei unauffälligem klinischem Status - keine Hinweise für ein radikuläres Ausfallsyndrom nachweisen lassen (vgl. IV-act. 95-46 f.). Aus neurologischer Sicht sei die Arbeitsfähigkeit nicht (auch nicht für die bisherige Tätigkeit) eingeschränkt. Aufgrund der zervikolumbalen Schmerzen seien schwere körperliche



Arbeiten indessen nicht mehr zu empfehlen (vgl. IV-act. 95-48). Die Gutachterin der Neurologie hielt fest, laut den vorhandenen Berichten sei es nach der Operation zu einer relevanten psychiatrischen Komorbidität gekommen (vgl. IV-act. 95-46). Die Einschränkungen würden sich durch alle Lebensbereiche hindurchziehen, auch im Alltag scheine zurzeit ein geringes Aktivitätsniveau zu bestehen (vgl. IV-act. 95-48). Es wurden medizinische Massnahmen empfohlen (vgl. IV-act. 95-48 f.).

3.1.4. Bei der neuropsychologischen Begutachtung berichtete die Beschwerdeführerin von verschiedenen Krankheiten und von teilweise tagelangen starken Kopfschmerzen sowie Schmerzen an Beinen und Schulter, ausserdem von Lustlosigkeit. Sie habe im Leben viel Stress gehabt und habe nun keine Kraft mehr. Sie habe ___ Kinder grossgezogen, ihren Ehemann betreut, der meist krank gewesen sei, und daneben gearbeitet. An der früheren Stelle in der K. ___ habe sie bis zu 16 Stunden pro Tag gearbeitet. Nun hätten sie die Kraft und die Gesundheit verlassen. Ausserdem gab sie Durchschlafstörungen, Schwierigkeiten mit der Aufnahmefähigkeit sowie Konzentrations- und Gedächtnisschwierigkeiten an (vgl. IV-act. 96-3 f.). - Die Fachpsychologin für Neuropsychologie hielt fest, im klinischen Eindruck hätten sich eine kognitive Verlangsamung, Schwankungen in der Auffassungsgabe und im Bereich der Aufmerksamkeit sowie (in Gespräch, Mimik, Gestik) Hinweise auf eine depressive Symptomatik gezeigt. Die Beschwerdeführerin habe antriebsvermindert, affektarm und abwesend gewirkt (vgl. IV-act. 96-5). Sie habe in der Hälfte der Untersuchung angegeben, sich müde zu fühlen, und zwar gleich wie zu Beginn der Untersuchung. Am Ende habe sie einen leicht höheren Punktwert hierfür (neu 9 statt 7) bezeichnet (vgl. IV-act. 96-5). Zur Symptomvalidierung führte die Fachpsychologin aus, im spezifischen Untersuchungsverfahren zur Erfassung von Anstrengungsbereitschaft hätten sich Auffälligkeiten gezeigt, die auf eine verminderte Anstrengungsbereitschaft hinweisen würden. Dieser Begriff sei nicht mit Verdeutlichung bzw. Aggravation gleichzusetzen. Er beziehe sich auf das Testverhalten und bedeute, dass die Beschwerdeführerin nicht die geforderte Leistung erbracht habe. Nebst einem A-Kriterium habe sich im Hinblick auf eine allfällige wahrscheinliche kognitive Antwortverzerrung eine Evidenz aus der neuropsychologischen Testung, d.h. ein B2-Kriterium, nämlich dasjenige eines auffälligen Resultats im Symptomvalidierungsverfahren, ergeben. Die Kriterien für die betreffende Antwortverzerrung seien aufgrund des lediglich einen B-Kriteriums nicht gegeben (vgl. IV-act. 96-7). Als vorliegende Störung (Diagnose) bezeichnete die Fachpsychologin (in Berücksichtigung des gesamten kognitiven Leistungsprofils; trotz erwähnter mittelschwer bis schwer verminderter Leistungen in der Aufmerksamkeit, der Umstellfähigkeit und der visuellen Explorationsgeschwindigkeit, vgl. IV-act. 96-8) eine



leichte bis mittelgradige neuropsychologische Störung mit Minderleistungen vor allem im Bereich der Aufmerksamkeit (u.a. intrinsische Aktivierungsbereitschaft, kognitive Verarbeitungsgeschwindigkeit), des Antriebs und der Umstellfähigkeit (Perseverationstendenz) unklarer Ätiologie (vgl. IV-act. 96-7 i.V.m. IV-act. 96-8). Aufgrund dieser Störung sei von einer inhaltlichen Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 30 % auszugehen (höherer Zeitbedarf für jede Tätigkeit, mehr Pausen). Eine solche Einschränkung sei denkbar. Die Diagnose bzw. die Ursache der Befunde sei indessen unklar (vgl. IV-act. 96-9). Im Rahmen der neurologischen Erkrankung seien die Minderleistungen nicht zu erklären. Am ehesten seien sie mit einer deutlichen Müdigkeit in Verbindung zu setzen. Ein allfälliger Einfluss der Medikation oder einer psychiatrischen Erkrankung sei bei der medizinischen Begutachtung zu beurteilen (vgl. IV-act. 96-8 f.). Die Befunde - sowohl Auffassungsschwierigkeiten wie Antriebsminderung und kognitive Verlangsamung - seien konfundiert (vgl. IV-act. 96-8).

3.1.5. Gemäss dem psychiatrischen Teil des Gutachtens erklärte die Beschwerdeführerin bei der entsprechenden Exploration, seit sie erfahren habe, dass sie krank sei, hätten verschiedene Organsysteme - Kopf, Schilddrüse, Lunge (Embolie) - dafür gesorgt, dass sie Panik und Angst habe. Seither habe sie psychiatrische Symptome entwickelt (vgl. IV-act. 95-11). Am 10. April 2019 habe sie noch einen Kontrolltermin auf der Onkologie. Aufgrund ihrer inneren Anspannung würden die Ärzte ihr aber nicht sagen, was sie habe. Wenn sie zum Arzt gehe, habe sie Angst- und Panikzustände. Es bestünden noch weitere Belastungsfaktoren in Form der Erkrankung des Ehemannes. Sie habe fünfzehn Jahre lang nachts gearbeitet und die ___ Kinder ohne seine Unterstützung grossgezogen. Früher sei sie kommunikativ und fröhlich gewesen. Nun sei sie am liebsten allein und wünsche sich einfach manchmal ihre Ruhe. Es sei ihr ein stationärer Aufenthalt angeraten worden, doch könne sie es sich nicht vorstellen, ihren Ehemann allein zu lassen. Zurzeit habe sie weder Angst noch Schmerzen (vgl. IV-act. 95-12). - Der Gutachter der Psychiatrie erhob den Befund und berücksichtigte dabei die Ergebnisse der oben (E. 3.1.4) beschriebenen neuropsychologischen Abklärung (vgl. IV-act. 96-1 bis 9) mit (vgl. IV-act. 95-15 ff.). Er hielt fest, die geschilderten depressiven Symptome erfüllten die Kriterien der Diagnose "Angst und depressive Störung, gemischt". Die jeweiligen Symptome erreichten nicht das Ausmass, eine Angststörung oder eine depressive Episode zu diagnostizieren. Sie seien auch eng mit der postulierten abhängigen Persönlichkeitsstruktur verstrickt (vgl. IV-act. 95-18 f.). Der Gutachter beschrieb bei der Würdigung der Fähigkeiten, Ressourcen und Belastungen der Beschwerdeführerin, dass ihre gemäss eigener Beschreibung früher freudigen, humorvollen und lebensbejahenden



Charaktereigenschaften im Lauf der Jahre aufgrund der aktuellen Beziehungsführung in den Hintergrund getreten seien (vgl. IV-act. 95-20). Die Symptome einer anankastischen Persönlichkeitsstörung (wie von der behandelnden Psychiaterin gestellt) hätten nicht exploriert werden können. Vielmehr bestehe bei ihr wegen der deutlichen Neigung, sich den Wünschen anderer unterzuordnen, und des Wunsches nach Ruhe, weil sie sich der Konfrontation nicht mehr aussetzen wolle, der dringende Verdacht auf akzentuierte Persönlichkeitszüge mit abhängigen Anteilen (vgl. IV-act. 95-18). Dieser Wunsch nach Ruhe und einer Auszeit spiegle ihr Potenzial wider und sollte gefördert werden (vgl. IV-act. 95-20). Der Gutachter schloss, unter regelmässiger Medikamenteneinnahme bestehe längerfristig in der bisherigen Tätigkeit keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit aus psychiatrischer Sicht. Die von der behandelnden Psychiaterin ab 2017 attestierte volle Arbeitsunfähigkeit in angestammter und angepasster Tätigkeit sei aus gutachterlicher Sicht nicht nachvollziehbar. Psychotherapeutisch betrachtet wäre nach Abklingen der somatischen Erkrankung vielmehr zur Prävention möglicher Angst der Wiedereinstieg ins Berufsleben von grosser Bedeutung gewesen. Künftig sei diesbezüglich das Augenmerk auf die Schwerpunkte der Abgrenzung der Beschwerdeführerin (sc. von anderen) und des Erkämpfens eigener Bedürfnisse zu legen und es sollte versucht werden, die Tagesstruktur mit für die Beschwerdeführerin sinnvoller Tätigkeit zu füllen. Auch in angepasster Tätigkeit sei die Arbeitsfähigkeit nicht eingeschränkt (vgl. IV-act. 95-20 f.).

3.1.6. Polydisziplinär wurde zusammengefasst, im Vordergrund stünden die Beeinträchtigungen der Beschwerdeführerin seitens des Bewegungsapparates (vgl. IV-act. 95-6 und IV-act. 95-9). Bei der Konsistenzprüfung wurde dargelegt, die beklagten belastungsabhängigen Schmerzen an HWS und LWS seien plausibel, wenn auch in der Intensität nicht nachvollziehbar (vgl. IV-act. 95-8). Bei der Diskussion der Belastungsfaktoren und Ressourcen wurde festgehalten, die Beschwerdeführerin beschreibe sich als sehr auf die Familie bezogen; sie habe keine Freunde und betreibe keine Hobbys. Die arbeitsbezogenen Einschränkungen würden sich als subjektives Gefühl von Konzentrationsproblemen beschreiben lassen (vgl. IV-act. 95-8).

3.2. Insgesamt kann zu diesem Gutachten zunächst festgehalten werden, dass es in ausreichender Kenntnis der Voraktenlage erging. Zumindest die Gutachterin der Orthopädischen Chirurgie erwähnte ausdrücklich den Inhalt des neurologischen Teils des PMEDA-Gutachtens (vgl. IV-act. 95-29; vgl. auch IV-act. 95-56; die Feststellung bei IV-act. 95-49, Ziff. 8.4, dürfte auf einem Versehen beruhen, weshalb die unbesehene Übernahme aus den Teilgutachten in Ziff. 4.11 bei IV-act. 95-9



dementsprechend widersprüchlich erscheint, was aber für den Beweiswert nicht von ausschlaggebender Bedeutung ist). Die jeweiligen Untersuchungen der Experten erscheinen vollständig. Die orthopädische Begutachtung stützte sich namentlich auf aktuell erhobene radiologische Befunde. Die Begründungen der einzelnen Begutachtungsergebnisse sind zudem nachvollziehbar. Die Gutachter befassten sich auch mit den Fragen der Belastungsfaktoren und Ressourcen sowie der Konsistenz.

3.3. Was im Weiteren den somatischen Gesundheitszustand für sich genommen angeht, so ist er demnach als Grund für die gutachterlich attestierte Arbeitsunfähigkeit von 30 % in körperlich schwerer Tätigkeit zu betrachten (vgl. IV-act. 95-29). Dass das zerviko-lumbale Schmerzsyndrom auch bei den Diagnosen ohne Auswirkungen figuriert, dürfte im Übrigen darauf zurückzuführen sein, dass es gemäss dem Gutachten allein neurologisch betrachtet als die Arbeitsfähigkeit nicht beeinflussend betrachtet wurde.

3.4. Was die psychiatrische und die neuropsychologische Begutachtung im Besonderen betrifft, ist Folgendes festzuhalten:

3.4.1. Der Gutachter der Psychiatrie hat sich mit den Ergebnissen der neuropsychologischen Begutachtung auseinandergesetzt, wie es gemäss der Rechtsprechung erforderlich ist. Danach stellt die neuropsychologische Abklärung lediglich eine Zusatzuntersuchung dar und bleibt es grundsätzlich Aufgabe des psychiatrischen - oder allenfalls des neurologischen - Facharztes, die Arbeitsfähigkeit unter Berücksichtigung allfälliger neuropsychologischer Defizite einzuschätzen (vgl. Bundesgerichtsurteil vom 27. Juni 2019, 9C_299/2019 E. 4; vgl. auch Bundesgerichtsurteil vom 12. April 2019, 9C_752/2018 E. 5.3). Entscheidend ist die (sc. entsprechende) klinische Untersuchung mit Anamneseerhebung, Symptomerfassung und Verhaltensbeobachtung (vgl. Bundesgerichtsurteil vom 7. Juni 2021, 8C_138/2021 E. 4.2).

3.4.2. Die neuropsychologische Untersuchung selbst hatte die oben (E. 3.1.4) dargelegten Störungen erhoben. Die Ursachen dafür (bzw. die gestellte Diagnose als solche) sind dabei allerdings wie erwähnt als unklar bezeichnet worden. - In Erwägung gezogen wurden von der Expertin der Neuropsychologie der Einfluss von - bereits von Beginn der Untersuchung weg vorhandener und bis zu deren Mitte unveränderter deutlicher und am Ende der Exploration erhöht vorhandener - Müdigkeit. Ob sich allerdings in der zweiten Hälfte der Untersuchungen eine entsprechende Verstärkung der Müdigkeit in den Tests niedergeschlagen habe, wurde im Teilgutachten nicht dargelegt. Beim neuropsychologisch-klinischen Eindruck wurden zwar wie oben



erwähnt Beeinträchtigungen beschrieben. Ausdrücklich festgehalten wurde jedoch, dass sich während der gut dreistündigen Untersuchung keine Hinweise auf eine verminderte Belastbarkeit bzw. rasche Ermüdbarkeit der Beschwerdeführerin gezeigt hätten (vgl. IV-act. 96-9).

3.4.3. Im Zusammenhang mit der erforderlichen Würdigung eines allfälligen Einflusses von Medikation oder von psychiatrischen Erkrankungen wie etwa einer deutlichen depressiven Symptomatik wies die Gutachterin der Neuropsychologie auf die hierfür massgebliche medizinische Beurteilung hin (vgl. IV-act. 96-8 f.). Dass die bei der Beschwerdeführerin vorgefundenen depressiven Symptome oder ein Medikamenteneinfluss für die neuropsychologisch erhobenen Störungen verantwortlich seien, wurde im psychiatrischen Gutachten in der Folge nicht angenommen. Die betreffenden Symptome erreichten gemäss dem Gutachten wie erwähnt auch nicht den Schweregrad einer depressiven Episode (vgl. IV-act. 95-18 f.).

3.4.4. Des Weiteren wies der Gutachter der Psychiatrie darauf hin, dass die depressiven Symptome der Beschwerdeführerin aus der aktuellen Lebenssituation resultierten. Nach der Rechtsprechung werden bei der Prüfung der Standardindikatoren die funktionellen Folgen von Gesundheitsschädigungen auch mit Blick auf psychosoziale Faktoren abgeschätzt, welche den Wirkungsgrad der Folgen einer Gesundheitsschädigung beeinflussen. Soweit diese Belastungsfaktoren direkt negative funktionelle Folgen zeitigen, bleiben sie ausser Acht. Hingegen können sie mittelbar zur Invalidität beitragen, wenn und soweit sie zu einer ausgewiesenen Beeinträchtigung der psychischen Gesundheit als solcher - mit Einschränkung der Arbeitsfähigkeit - geführt haben, wenn sie also einen verselbständigten Gesundheitsschaden aufrechterhalten oder den Wirkungsgrad seiner - unabhängig von den invaliditätsfremden Elementen bestehenden - Folgen verschlimmern (vgl. Bundesgerichtsurteil vom 20. Januar 2020, 8C_559/2019 E. 3.2; vgl. BGE 143 V 409 E. 4.5.2; BGE 141 V 281 E. 4.3.3). Es ist davon auszugehen, dass der Gutachter die konkret anzunehmende Rolle der psychosozialen Belastungsfaktoren so beurteilte, dass sie bei der Beschwerdeführerin nicht eine (depressive) Erkrankung bewirkt haben. Hierauf kann mit überwiegender Wahrscheinlichkeit abgestellt werden.

3.4.5. Das gilt, auch wenn nicht ausser Acht zu lassen ist, dass in der Aktenlage bereits für frühere Zeiten depressive Symptome der Beschwerdeführerin erwähnt wurden. So hatte sie in der Klinik F.____ zur Krankheitsentwicklung angegeben, erste psychische Probleme im Sinn von Reizbarkeit und Schlaflosigkeit bereits im Jahr 2010 gehabt zu haben. Nach der folgenden Schilddrüsenteilresektion habe sie gleich wieder zu



arbeiten begonnen (vgl. IV-act. 45-4). Im Dezember 2013 hatte Dr. J.____ depressive Symptome der Beschwerdeführerin erwähnt. Die Beschwerdeführerin hatte indessen nach der Aktenlage weiterhin gearbeitet. Bei der Erhebung der Anamnese in der Klinik F.____ hatte sie weiter berichtet, als die ein paar Jahre nach der Schilddrüsenoperation aufgetretenen starken Kopfschmerzen trotz Therapie weiterbestanden hätten, habe sich bei ihr eine Angst vor einem Tumor entwickelt. Anfangs 2016 sei das Meningeom diagnostiziert worden (vgl. IV-act. 45-4). Die Beschwerdeführerin musste demgemäss nach langer Zeit erlittener Kopfschmerzen und aufsteigender Befürchtung des gleichen Schicksals einer Tumorerkrankung wie desjenigen der Mutter tatsächlich zwei Tumor-Diagnosen zur Kenntnis nehmen. Dass dieser Umstand nicht ohne psychische Belastungsfolgen blieb, erscheint nachvollziehbar. Auch dass sie Folgen der jahrelangen Nacharbeit spürte, ist begreiflich. Da indessen davon ausgegangen werden kann, dass die gutachterliche psychiatrische Beurteilung keine von den behandelnden Ärzten genannten Aspekte unberücksichtigt gelassen hat, erscheint sie auch diesbezüglich stichhaltig. Selbst die behandelnde Psychiaterin hielt zudem dafür, für die Prognose stünden die somatischen Leiden im Vordergrund (vgl. IV-act. 66-3).

3.4.6. Der Gutachter der Psychiatrie hielt ausserdem fest, das Medikament Zoloft (Sertralin, ein Antidepressivum) sei laborchemisch in so niedriger Konzentration gefunden worden, dass von einer nicht regelmässigen Einnahme ausgegangen werden müsse (vgl. IV-act. 95-19, vgl. Messergebnisse IV-act. 95-16). - Diesbezüglich ist allerdings einerseits zu erwähnen, dass immerhin die Summe von Sertralin und Desmethylsertralin in den untersten therapeutischen Bereich fiel und dass andererseits zumindest der Spiegel des anderen von der Beschwerdeführerin eingesetzten Antidepressivums, nämlich von Trittico (Trazodon, einem Antidepressivum), im therapeutischen Bereich lag (vgl. IV-act. 95-16). Ausserdem ergaben sich bei der Begutachtung auch keine Inkonsistenzen oder Anhaltspunkte für eine nicht authentische Beschwerdeschilderung der Beschwerdeführerin (vgl. IV-act. 95-20). Indessen ist kein Widerspruch darin zu sehen, dass einerseits die Schmerzmitteleinnahme reduziert werden sollte und andererseits von einem ungenügenden Einsatz eines Antidepressivums ausgegangen wurde.

3.4.7. Von Bedeutung waren für den Gutachter der Psychiatrie allerdings auch die neuropsychologisch erhobenen Hinweise auf eine verminderte Anstrengungsbereitschaft der Beschwerdeführerin (vgl. IV-act. 95-19). Es waren im neuropsychologischen Teilgutachten wie dargelegt ein auffälliges Resultat im Symptomvalidierungsverfahren bzw. Auffälligkeiten im Untersuchungsverfahren zur Erfassung der Anstrengungsbereitschaft erwähnt worden (vgl. IV-act. 96-7). Die



Kriterien für eine wahrscheinliche kognitive Antwortverzerrung waren danach nicht erfüllt. In der nachträglichen Stellungnahme vom 20. September 2019 (IV-act. 119) legte der Gutachter der Psychiatrie dar, er habe (wohl im Ergebnis) auf seine eigene Einschätzung der Konsistenz abgestellt (vgl. zur Frage der Konsistenz im Übrigen auch einerseits Fremd-act. 2-12, andererseits Fremd-act. 3-10).

3.4.8. Eine Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin, wie sie im neuropsychologischen Begutachtungsteil den erhobenen Störungen zugeschrieben wurde, ist demnach mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nicht anzunehmen. Denn der Angabe dieser Störungen wurde wie erwähnt gleichzeitig gegenübergestellt, dass die Diagnose bzw. die Ursache der (konfundierten) Befunde unklar sei (IV-act. 96-8 f.). Es sind denn auch verschiedene Ursachen möglich (wie etwa verschiedene psychologische Probleme bei [traumatisch bedingter] Befindlichkeitsstörung, eine Störung der Emotionalität, verschiedene psychotrop wirksame Substanzen oder eine verminderte Motivation [letztere allenfalls aus Angst, das - bei den im Artikel behandelten HWS-Schleudertraumata vorhanden gewesene - prätraumatische Funktionsniveau nicht mehr zu erreichen], vgl. Bogdan P. Radanov, Über den Stellenwert der neuropsychologischen Diagnostik bei Patienten nach Halswirbelsäulen-Distorsion [sog. Schleudertrauma der Halswirbelsäule], in SZS 1996 472 ff., 473, 475). Die Gutachterin der Neuropsychologie wies zudem ausdrücklich auf die vorausgesetzte erforderliche medizinische Wertung hin. Die im polydisziplinären Gutachten bekannt gegebene Arbeitsfähigkeitsschätzung stellte ausserdem am Ende das Ergebnis einer polydisziplinären Begutachtung unter Mitwirkung aller Gutachterinnen und Gutachter, auch der Gutachterin der Neuropsychologie, dar.

3.5. Auf das Begutachtungsergebnis einer vollen Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin in einer angepassten leichten bis mittelschweren wechselbelastenden Tätigkeit (vgl. IV-act. 95-28) kann demnach (spätestens) für den Begutachtungszeitpunkt abgestellt werden. Die abweichende psychiatrische Arbeitsunfähigkeitsschätzung der behandelnden Psychiaterin (seit 2017) konnte gutachterlich nicht nachvollzogen werden (vgl. IV-act. 95-20) und vermag dagegen nicht anzukommen. Zu bedenken ist im Zusammenhang mit der Beurteilung durch die behandelnde Ärztin auch, dass die Beschwerdeführerin selbst sich nicht mehr arbeitsfähig fühlte (vgl. IV-act. 95-25, IV-act. 95-31).

4.

4.1. Was den retrospektiven Verlauf der Arbeitsunfähigkeit betrifft, wurde im Gutachten dargelegt, die (somatisch bedingte) Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in der



bisherigen Tätigkeit von 30 % bestehe wahrscheinlich seit vielen Jahren, spätestens aber seit Februar 2018, dem Zeitpunkt des Sprechstundenberichts der Klinik für Neurochirurgie am Kantonsspital St. Gallen (vgl. IV-act. 95-8 und -29; damals war die Jahreskontrolle unauffällig gewesen). Es ist ergänzend davon auszugehen, dass ab 6. Oktober 2016 aufgrund der somatischen Beeinträchtigung, die eine Kraniotomie nötig machte, somatisch gesehen vorübergehend eine volle Arbeitsunfähigkeit bestanden hatte. Nach anschliessenden Lungenembolien wurde nach der Aktenlage im März 2017 noch das L. ___ entdeckt. Bei der bidisziplinären neurologischen und internistischen Begutachtung durch die PMEDA im Mai 2017 wurde indessen kein die Arbeitsfähigkeit tangierendes somatisches Leiden mehr festgestellt. Die Arbeitsunfähigkeit war wieder entfallen (bzw. gemäss medexperts wie erwähnt spätestens ab Februar 2018 auf 30 % gesunken). In der medexperts-Stellungnahme vom 20. September 2019 wurde gar auf ein Ende der ehemals attestierten Arbeitsunfähigkeit schon am 28. November 2016 hingewiesen (vgl. IV-act. 119-2). Angesichts der echtzeitlichen Begutachtung kann auf das erwähnte PMEDA-Ergebnis abgestellt werden. Damit ist bis dahin eine ausreichende Rekonvaleszenzzeit nach der intensiven Behandlung ab Oktober 2016 anzunehmen. Eine für einen Rentenanspruch vorausgesetzte Wartezeit von einem Jahr an Arbeitsunfähigkeit war damals (Mai 2017) noch nicht abgelaufen.

4.2. Eine volle Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin in einer angepassten, leichten bis mittelschweren wechselbelastenden Tätigkeit nahmen die medexperts-Gutachter spätestens ab der Begutachtung (vom März 2019) an (vgl. IV-act. 95-8 und -29). Ergänzend geht aus der psychiatrisch-gutachterlichen Beurteilung für die retrospektive Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit der Beschwerdeführerin ausserdem hervor, dass der Gutachter der Psychiatrie die Beurteilung, wonach in angepasster Tätigkeit keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit aus psychiatrischen Gründen vorliege, mit Ausnahme der kurzfristigen Erhöhung der Arbeitsunfähigkeit während der stationären oder teilstationären Aufenthalte auch auf die vergangene Zeit zurückbezog (vgl. IV-act. 95-21). Ein psychiatrisches Leiden mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit war bei der Begutachtung wie erwähnt nicht festgestellt worden. Die behandelnde Psychiaterin hatte die attestierte volle Arbeitsunfähigkeit aus psychiatrischen Gründen lediglich (u.a.) mit einer Anpassungsstörung, einer längeren depressiven Reaktion, begründet. Diese Diagnose ist (nebst einer psychophysischen Erschöpfung) auch dem Bericht der Klinik F. ___ vom November 2017 zu entnehmen. Während der ambulanten Behandlung vom 17. August 2017 bis 4. September 2017 war die Beschwerdeführerin voll arbeitsunfähig geschrieben worden. Gleiches gilt für die Zeit der integrativen Behandlungsmassnahme vom 4. September 2017 bis 13. Oktober 2017 (vgl. IV-act. 46). Es wurde diesbezüglich



ausserdem erwähnt, diese Krankschreibung sollte (nach der Behandlung) in einem ersten Schritt aufrechterhalten werden. Gemäss dem Gutachten wurde indessen die von der behandelnden Psychiaterin ab 2017 attestierte volle Arbeitsunfähigkeit als nicht nachvollziehbar bezeichnet. Gemäss der psychiatrischen Begutachtung wäre zudem bereits nach Abklingen der somatischen Erkrankung ein Wiedereinstieg wichtig - somit auch medizinisch zumutbar - gewesen (vgl. IV-act. 95-20 f.). Damit lässt sich insgesamt darauf abstellen, dass auch retrospektiv keine mehr als ein Jahr lang andauernde ununterbrochene (vgl. Art. 29^{ter} IVV) rentenrelevante Arbeitsunfähigkeit, d.h. keine solche mit einer anschliessenden längere Zeit andauernden rentenrelevanten Invalidität (vgl. unten E. 5.5), anzunehmen ist.

5.

5.1. Nach Art. 16 ATSG (vgl. Art. 28a Abs. 1 IVG) wird für die Bestimmung des Invaliditätsgrads 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).

5.2. Für die Ermittlung des Valideneinkommens ist entscheidend, was die versicherte Person im Zeitpunkt des frühestmöglichen Rentenbeginns überwiegend wahrscheinlich als Gesunde tatsächlich verdient hätte. Dabei wird in der Regel am zuletzt erzielten, nötigenfalls der Teuerung und der realen Einkommensentwicklung angepassten Verdienst angeknüpft, da es der Erfahrung entspricht, dass die bisherige Tätigkeit ohne Gesundheitsschaden fortgesetzt worden wäre (vgl. Bundesgerichtsurteile vom 6. Oktober 2020, 9C_316/2020 E. 3.1, und vom 22. August 2019, 9C_868/2018 E. 3.1, BGE 139 V 28 E. 3.3.2, BGE 129 V 222). Letzteres ist vorliegend anzunehmen. Weil die Einkommen gemäss IK-Auszug eine gewisse Schwankung aufwiesen, zog die Beschwerdegegnerin einen Durchschnitt der Einkommen aus den Jahren 2011 bis 2015 (vgl. IV-act. 100), was grundsätzlich nicht zu beanstanden ist. Sie nahm ein Valideneinkommen von Fr. 67'999.-- an. Gemäss der Arbeitgeberbescheinigung vom 19. April 2017 (IV-act. 12) hatte die Beschwerdeführerin im Jahr vor Eintritt der Arbeitsunfähigkeit, also 2015, für sich genommen mit durchschnittlich 2'190 Arbeitsstunden pro Jahr ein Einkommen von insgesamt Fr. 69'017.95 erzielt, nach Abzug der Gratifikation von Fr. 710.-- ein solches von Fr. 68'307.95. Ab 2017 hätte ihr monatliches Einkommen gemäss der Bescheinigung der Arbeitgeberin durchschnittlich Fr. 5'410.-- betragen. Die Beschwerdeführerin hat in den zwei in der



Bescheinigung erwähnten Jahren 2015 und 2016 einen 13. Monatslohn von lediglich Fr. 4'055.-- (2015) und Fr. 4'080.-- (2016) erhalten. Bei dieser Sachlage ist mit überwiegender Wahrscheinlichkeit mit einem Valideneinkommen 2017 von jedenfalls nicht mehr als Fr. 69'000.-- zu rechnen (12-mal Fr. 5'410.-- zuzüglich Fr. 4'080.--).

5.3. Für die Festsetzung des Invalideneinkommens ist nach der Rechtsprechung primär von der beruflich-erwerblichen Situation auszugehen, in welcher die versicherte Person konkret steht. Übt sie nach Eintritt der Invalidität eine Erwerbstätigkeit aus, bei der - kumulativ - besonders stabile Arbeitsverhältnisse gegeben sind und anzunehmen ist, dass sie die ihr verbleibende Arbeitsfähigkeit in zumutbarer Weise voll ausschöpft, und erscheint zudem das Einkommen aus der Arbeitsleistung als angemessen und nicht als Soziallohn, gilt grundsätzlich der tatsächlich erzielte Verdienst als Invalidenlohn. Ist kein solches tatsächlich erzieltetes Erwerbseinkommen gegeben, können die Tabellenlöhne herangezogen werden (vgl. Bundesgerichtsurteile vom 22. November 2019, 8C_590/2019 E. 5.1, und vom 22. Februar 2019, 9C_479/2018 E. 2.2, BGE 143 V 295 E. 2.2). - Da die Beschwerdeführerin nach der Aktenlage keine Erwerbstätigkeit mehr aufgenommen hat und ihre medizinische Arbeitsfähigkeit auf einem ausgeglichenen Arbeitsmarkt, wie ihn Art. 16 ATSG voraussetzt, trotz der eingeschränkten sprachlichen Möglichkeiten (vgl. Begutachtung mit Dolmetschern) als verwertbar zu betrachten ist, sind der Bemessung des Invalideneinkommens die Tabellenlöhne zugrunde zu legen. Der massgebliche theoretische und abstrakte ausgeglichene Markt (vgl. BGE 134 V 64, BGE 129 V 480 E. 4.2.2) dient dazu, die Risiken von Arbeitslosigkeit und Invalidität voneinander abzugrenzen (vgl. Entscheid des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [seit 1. Januar 2007: Schweizerisches Bundesgericht] vom 10. Juli 2006, I 186/05 E. 2.3, Bundesgerichtsurteil vom 23. September 2014, 9C_192/2014 E. 3.1; BGE 110 V 276 E. 4b, vgl. auch BGE 134 V 64, BGE 129 V 480 E. 4.2.2). - Mit einfachen Tätigkeiten körperlicher oder handwerklicher Art, also des Kompetenzniveaus 1, konnten Frauen im Jahr 2017 statistisch gesehen durchschnittlich ein Lohnniveau von Fr. 54'783.-- erreichen (vgl. Anhang 2 der Textausgabe Invalidenversicherung, Allgemeiner Teil des Sozialversicherungsrechts, Gesetze und Verordnungen, 2019, herausgegeben von der Informationsstelle AHV/IV, S. 228, basierend auf der Schweizerischen Lohnstrukturhebung LSE des Bundesamtes für Statistik).

5.4. 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). - Vorliegend ist kein Grund für einen massgeblichen Abzug anzuerkennen. Allfällige kognitive Einschränkungen sind im Rahmen der medizinischen Begutachtung gewürdigt worden und geben nicht Anlass zu einem solchen namhaften Abzug. Die sprachlichen Verständigungsmöglichkeiten der Beschwerdeführerin auf Deutsch wurden im Gutachten unterschiedlich beschrieben. So erwähnte die Neurologin, die Verständigung sei trotz Dolmetschens schwierig gewesen und die Beschwerdeführerin habe nicht immer auf die Fragen eingehen können (vgl. IV-act. 95-44), der Internist, der direkte Zugang zu ihr sei bei leidlichen Deutschkenntnissen meistens möglich gewesen (vgl. IV-act. 95-36), der Orthopäde, sie spreche wenig Deutsch (vgl. IV-act. 95-25), und der Psychiater, der Beizug einer Dolmetscherin sei notwendig gewesen und die Beschwerdeführerin habe dennoch immer wieder versucht, auf Deutsch zu antworten, was sie gebrochen getan habe (vgl. IV-act. 95-15). Die Beschwerdeführerin beschrieb bei der Begutachtung die Phase ihrer anfänglichen Arbeitstätigkeit hierzulande bei Nichtbeherrschen der Sprache - verständlicherweise - als sehr harte Zeit. Sie habe sich hier sehr allein gefühlt (vgl. IV-act. 95-14). Insgesamt hat sie gemäss IK-Auszug vor Eintritt der gesundheitlichen Beeinträchtigung indessen an mehr als einer Stelle über längere Zeit hinweg gearbeitet. Der Umstand eingeschränkter Deutschkenntnisse bzw. Verständigungsmöglichkeiten hat sie damals an der zuletzt innegehabten Stelle auch nicht daran gehindert, ein überdurchschnittliches Einkommen zu erzielen (vgl. oben Valideneinkommen). Arbeiten des Kompetenzniveaus 1, von welchen bei der Bemessung ihres Invalideneinkommens wie dargelegt lediglich ausgegangen wird, erfordern zudem keine guten Sprachkenntnisse (und auch kein besonderes Bildungsniveau, vgl. Bundesgerichtsurteile vom 18. April 2019, 8C_687/2018 E. 5.3, vom 10. September 2019, 8C_314/2019 E. 6.2, vom 29. Mai 2018, 9C_266/2017 E. 3.4.4, und vom 18. August 2014, 9C_426/2014 E. 4.2). Auf Tätigkeiten, in welchen solche Fähigkeiten verlangt werden, sind die Anstellungsmöglichkeiten der Beschwerdeführerin auch nicht eingeschränkt. - Ein Abzug von mehr als 10 % erscheint jedenfalls nicht angemessen.

5.5. Dass für die bisherige Tätigkeit der Beschwerdeführerin schon für eine lange retrospektive Zeit eine Arbeitsunfähigkeit von 30 % im Sinn eines reduzierten Rendements attestiert wurde, gibt nicht Anlass, das Valideneinkommen über das ehemals tatsächlich erzielte Mass hinaus zu erhöhen. Für die Annahme eines hypothetischen höheren Einkommens als gesundheitlich nicht beeinträchtigte Versicherte besteht keine ausreichende (d.h. überwiegende) Wahrscheinlichkeit. Wird von dem oben genannten Valideneinkommen für das Jahr 2017 von (höchstens)



Fr. 69'000.-- ausgegangen, so ergibt sich bei der vollen Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin selbst bei Annahme des oben genannten Abzugs von 10 % vom Tabellenlohn (von Fr. 54'783.--) kein rentenbegründender Invaliditätsgrad, sondern ein solcher von rund 29 % (Valideneinkommen Fr. 69'000.--, Invalideneinkommen Fr. 49'304.-- [0.9-mal Fr. 54'783.--]). Bei diesem Ergebnis - mit diesfalls einem Invaliditätsgrad von rund 30 % - bliebe es im Übrigen selbst bei der Annahme eines Valideneinkommens von Fr. 70'000.--, wie es von der Beschwerdeführerin als Mindesthöhe betrachtet wird (bei ausserdem Abzug von 10 %).

6.

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

6.2. Nach Art. 69 Abs. 1^{bis} 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.

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.