

# **SG\_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2018/321 vom 26. Oktober 2020**

Sg Versicherungsgericht, 2020-10-26, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg\\_publicationen\\_IV\\_2018\\_321](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg_publicationen_IV_2018_321)

FR: SG\_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2018/321 du 26 octobre 2020

IT: SG\_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2018/321 del 26 ottobre 2020

## **Regeste**

Art. 28 IVG. Neuanmeldung nach Abweisung. Würdigung hauptsächlich eines polydisziplinären Gutachtens. Krankheitsverlauf mit bildgebend belegten somatischen Schädigungen und mehreren Behandlungen, die gemäss dem Gutachten keine längerdauernde Arbeitsunfähigkeit begründen. Verwertbarkeit einer Arbeitsfähigkeit für sehr leichte Arbeit (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 26. Oktober 2020, IV 2018/321).

## **Volltext**

Entscheid vom 26. Oktober 2020 Besetzung Versicherungsrichterinnen Marie-Theres Rüegg Haltinner (Vorsitz) und Michaela Machleidt Lehmann und Versicherungsrichter Joachim Huber; Gerichtsschreiberin Fides Hautle Geschäftsnr. IV 2018/321 Parteien A. \_\_\_\_, Beschwerdeführerin, vertreten durch Rechtsanwalt Mark A. Glavas, MLaw, Advokatur Glavas AG, Dorfstrasse 33, 9313 Muolen, gegen IV-Stelle des Kantons St. Gallen, Postfach 368, 9016 St. Gallen, Beschwerdegegnerin, Gegenstand Rente Sachverhalt A. \_\_\_\_, wurde vom Krankentaggeld-Versicherer am 1. April 2009 infolge eines Rückenleidens zur Früherfassung bei der Invalidenversicherung angemeldet (vgl. IV-act. 1). Am 20./23. April 2009 (IV-act. 4) meldete sie sich zum Bezug von Leistungen an. Sie habe im Ausland während vier Jahren eine Berufsausbildung zur \_\_\_\_, technikerin absolviert, sei im Jahr 2000 in die Schweiz gekommen, Mutter von zwei unmündigen Kindern (19\_\_ und 20\_\_) und [seit 2008, IV-act. 84] geschieden. 2006 habe sie während rund vier Monaten einen Kurs "Pflegehelferin SRK" absolviert (zuzüglich Praktikum) und arbeite seit 1. August 2008 vollzeitlich als solche. - Gemäss Arbeitgeberbescheinigung vom 13. Mai 2009 (IV-act. 11) war die Versicherte befristet vom 1. August 2008 bis 31. Oktober 2009 im Spital B. \_\_\_\_, angestellt gewesen, ab Januar 2009 zu 90 %. - Der Regionale Ärztliche Dienst (RAD) der Invalidenversicherung hielt am 26. Mai 2009 (IV-act. 16) fest, die Versicherte habe bei ihrer Arbeit als Schwesternhilfe im Dezember 2008 ein Hebetrauma erlitten. Seither bestehe wegen Lumboischialgien bei nachgewiesenem Diskusprolaps L5/S1 eine volle Arbeitsunfähigkeit. - Die Klinik C. \_\_\_\_, gab in einem Bericht vom 26. Juni 2009 (IV-act. 28-4) als Diagnosen ein lumbospondylogenes Schmerzsyndrom links mit intermittierender radikulärer Reizsymptomatik L5 und/oder S1 links bei breitbasiger, linksbetonter Diskusprotrusion L5/S1, Diskusprotrusion paramedian rechts L4/5, und St. n. Sakralblock unter BV [Bildverstärker] am 6. Mai 2009 sowie Adipositas permagna an. Auch im aktuellen MRI der LWS finde sich für die beschriebenen Beschwerden kein eindeutiges Korrelat. - Dr. med. D. \_\_\_\_, Innere Medizin, gab in ihrem Arztbericht vom 1. Dezember 2009 (IV-act. 33) an, es liege bei der Versicherten eine Lumboischialgie linksbetont bei paramedianer Diskusprotrusion L5/S1 und L4/5 vor. Es sei wahrscheinlich

eine Operation erforderlich. - Die Klinik für Orthopädische Chirurgie am Kantonsspital St. Gallen (Dr. med. E.\_\_\_\_, Facharzt Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates) nannte im IV-Arztbericht vom 15. Januar 2010 (IV-act. 38) die Diagnose einer ischialgiformen Schmerzsymptomatik links. Die Schmerzen schränkten die Versicherte bei der Arbeit als Krankenpflegerin in körperlicher und psychischer Weise ein; es müsse an eine alternative Arbeit gedacht werden. - Die Klinik C.\_\_\_\_ gab im IV-Arztbericht vom 11. März 2010 (IV-act. 44) bekannt, als Pflegehelferin sei die Versicherte sicherlich vermindert leistungsfähig. - Berufliche IV-Massnahmen wurden in der Folge als nicht möglich betrachtet, weil die Versicherte sich als in keiner Tätigkeit arbeitsfähig betrachtete (IV-act. 47 f.); sie wurden mit Verfügung vom 15. Juli 2010 (IV-act. 63) abgelehnt. Der RAD hatte inzwischen am 20. April 2010 (IV-act. 51) festgehalten, gemäss der Klinik für Orthopädische Chirurgie am Kantonsspital sei ein operativer Eingriff an der Wirbelsäule weder indiziert noch geplant (IV-act. 51). - Am 9. Februar 2011 (IV-act. 69) erstatteten die Gutachter F.\_\_\_\_, Facharzt für Rheumatologie und Innere Medizin, und Dr. med. G.\_\_\_\_, Psychiatrie und Psychotherapie FMH (Untergutachten IV-act. 70), das in Auftrag gegebene Gutachten. Als Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit nannten sie (erstens) ein lumbo-spondylogenes Schmerzsyndrom links mit intermittierend möglicher Wurzelreizung L5/S1 links, degenerativen Veränderungen der LWS mit segmentaler Instabilität L2/3 und Fehlstatik bei muskulärer Insuffizienz und "Dg. 3", und (zweitens) einen V.a. Symptomausweitung/Schmerzverarbeitungsstörung bei psychosozialer Problemkonstellation und sekundärem Krankheitsgewinn. Ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit seien psychiatrisch gesehen psychologische Faktoren und Verhaltensfaktoren bei andernorts klassifizierten Erkrankungen (Lumbovertebralsyndrom). Die Tätigkeit als Pflegehelferin schein vorerst nicht mehr zumutbar zu sein. Besser leidensadaptierte, körperlich leicht belastende Tätigkeiten sollten in einem vorerst zumindest 80 % betragenden Pensum bewältigt werden können. Die Realisierung der Arbeitsfähigkeit werde durch IV-fremde Kofaktoren wie subjektive Invaliditätsüberzeugung begrenzt. Ein sekundärer Krankheitsgewinn schein möglich (vgl. IV-act. 69-14). - Die Sozialversicherungsanstalt/IV-Stelle des Kantons St. Gallen wies einen Anspruch der Versicherten auf eine Rente mit Verfügung vom 26. April 2011 (IV-act. 83) bei einem Invaliditätsgrad von 14.28 % (Valideneinkommen Fr. 47'940.--; Invalideneinkommen Fr. 41'094.--, ausgehend von Fr. 51'368.-- und von 80 % Arbeitsfähigkeit) ab. Am 3. Juni 2015 (IV-act. 84) meldete das Spital H.\_\_\_\_ als Arbeitgeber die Versicherte aufgrund einer Arbeitsunfähigkeit ab 2. Februar 2015 wegen Rückenleidens nach Sturz vom 29. Dezember 2014 zur Früherfassung an. Sie sei seit 16. August 2010 als Pflegehelferin in einem Pensum von 70 % angestellt. - Nach einem telefonischen Früherfassungsgespräch vom 10. August 2015 (IV-act. 89) meldete sich die Versicherte am 15./17. August 2015 (IV-act. 91) bei der Invalidenversicherung an. Sie habe noch eine Ausbildung als medizinische \_\_\_\_ (nicht abgeschlossen) und eine dreimonatige \_\_\_\_-Ausbildung gemacht. - Auf Anforderung von Nachweisen einer relevanten Veränderung (vgl. IV-act. 95) reichte die Versicherte diverse Arztberichte ein (IV-act. 96). Danach war am 13. April 2015 eine mikrochirurgische Sequesternukleotomie L4/5 links vorgenommen worden (IV-act. 96-14). Die Psychiatrie-Dienste I.\_\_\_\_ hatten gemäss Bericht vom 15. Juli 2015 (IV-act. 96-26 f.) eine schwere Depression ohne psychotische Symptome diagnostiziert. - In der Klinik C.\_\_\_\_ war ein Verlaufs-MRI erstellt worden (vgl. Bericht vom 28. Juli 2015, IV-act. 96-30 f.). Die beklagten links ausstrahlenden Schmerzen, die

Sensibilitätsstörungen und die eingeschränkte Gehfähigkeit fänden aufgrund der MRI-Untersuchung keine Erklärung. - Berufliche Massnahmen wies die Sozialversicherungsanstalt/IV-Stelle am 7. September 2015 ab (IV-act. 103; angesichts des vom RAD als noch nicht stabil betrachteten Gesundheitszustands, IV-act. 100-2). Am 12. Oktober 2015 (IV-act. 108) befürwortete der RAD, aus somatischer Sicht an der Arbeitsfähigkeitsbeurteilung gemäss dem bidisziplinären Gutachten von 80 % festzuhalten. - Am 10. Februar 2016 (IV-act. 119-7 f.) erfolgte an der Klinik J.\_\_\_\_ eine epiduroscopische Lösung von Adhäsionen (L5 und S1). Die Klinik berichtete am 22. März 2016 (IV-act. 123-2 f.), bei (andernorts durchgeführten) Facetteninfiltrationen sei es zu keinem Steroideffekt gekommen. Die Versicherte sei zurzeit 100 % arbeitsunfähig. Mit IV-Arztbericht vom 9. Mai 2016 (Eingang; IV-act. 127) gab Dr. med. K.\_\_\_\_, Allgemeine Medizin FMH, an, es lägen bei der Versicherten (verkürzt wiedergegeben) ein chronic back pain, chronic leg pain, und eine Anpassungsstörung mit depressiver Reaktion, daneben eine Muskelzerrung im Bereich der Hüftadduktoren rechts am 05.08.2014 und eine fortgeschrittene Coxarthrose links mit grosser Zyste im Hüftkopf, vor. Schon seit mehreren Jahren beständen intermittierend belastungsabhängige Rückenschmerzen ohne wesentliche Arbeitsausfälle. Nach einem Stolpersturz seien die Beschwerden exazerbiert. Seither beständen invalidisierende Schmerzen. Zahlreiche Abklärungen und Therapieversuche hätten keinen wesentlichen Erfolg gebracht. Im Verlauf habe sich eine Depression entwickelt. Seit 2. Februar 2015 sei die Versicherte voll arbeitsunfähig. Am 1. Juni 2016 ging ein Gutachten der PMEDA Polydisziplinäre Medizinische Abklärungen zuhanden des Lohnausfallversicherers des letzten Arbeitgebers vom 24. Mai 2016 (Fremd-act. 8, in zwei Teilen, psychiatrisch Fremd-act. 8-1 bis 11, rheumatologisch Fremd-act. 8-12 ff.; Begutachtungen vom 31. März 2016) bei der Sozialversicherungsanstalt des Kantons St. Gallen ein. Für eine rheumatologische Erkrankung mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit habe sich kein ausreichender Anhaltspunkt ergeben. Es bestehe eine Adipositas permagna. Für die zuletzt ausgeübte und jede vergleichbare oder andere Tätigkeit sei die Versicherte voll arbeitsfähig. Auch in psychiatrischer Hinsicht sei die Versicherte voll arbeitsfähig. Am 16. Juni 2016 teilten die St. Gallischen Psychiatrie-Dienste I.\_\_\_\_ mit (IV-act. 131), die Versicherte habe vom Hausarzt ein Arbeitsfähigkeitsattest von 20 % erhalten. Eine volle Arbeitsfähigkeit wie vom Gutachten attestiert, sei nach den behandelnden Ärzten nicht realistisch. Die Versicherte habe sich beim Regionalen Arbeitsvermittlungszentrum (RAV) angemeldet. Sie wolle dort einen Arbeitseinstieg mit einem Einsatzprogramm versuchen. Der RAD erklärte am 1. Juli 2016 (IV-act. 133), es bestehe eine volle Arbeitsfähigkeit in angestammter und adaptierter Tätigkeit. - Nach einem Vorbescheid vom 7. Juli 2016 (IV-act. 137), wonach berufliche Massnahmen abgelehnt würden, erklärte die Versicherte telefonisch (vgl. IV-act. 138), sie sei (auch gemäss Dr. K.\_\_\_\_) nicht arbeitsfähig, und beanstandete die rheumatologische Begutachtung. Die Klinik J.\_\_\_\_ gab bekannt, am 29. September 2016 sei eine Operation vorgesehen (IV-act. 139; vgl. Berichte IV-act. 159 und 161). Dr. K.\_\_\_\_ teilte am 12. Juli 2016 (IV-act. 142) mit, die Beurteilung des PMEDA-Gutachtens stimme nicht mit derjenigen der behandelnden Ärzte überein. Es sei eine Reevaluation erforderlich, zumindest eine Untersuchung durch einen Vertrauensarzt der Sozialversicherungsanstalt. In der klinischen Untersuchung hätten deutliche sensomotorische Ausfälle an der linken unteren Extremität mit positivem Lasègue links, leichter Zehenheberschwäche, fehlendem Patellarsehnenreflex und Hyposensibilität am medialen Fussrand bestanden. Die zumutbare Gehstrecke mit Gehstöcken liege bei ca. 200 m. - Der RAD befürwortete am 2. August 2016 (IV-act. 165), die erwähnte

Intervention abzuwarten. - Am 23. Oktober 2016 (IV-act. 168-8 f.) berichtete Dr. K.\_\_\_\_, bei neurologischen und rheumatologischen Untersuchungen sei die radiologisch nachgewiesene Coxarthrose links in den Fokus gerückt und es werde eine neurochirurgische Abklärung der möglicherweise symptomatischen Arachnoidalzysten durchgeführt werden. Es komme in immer kürzeren Abständen zu Schmerzexazerbationen. Die Analgetikadosierung nähere sich dem Maximum. Die Klinik C.\_\_\_\_ hatte in einem Bericht vom 7. Oktober 2016 (IV-act. 168-1 ff.) als vorliegende Diagnosen u.a. bezeichnet (verkürzt wiedergegeben) ein chronifiziertes lumboschialgiformes Schmerzsyndrom linksbetont, radiologisch eine deutliche Coxarthrose links, eine Arachnoidalzyste BWK 8-9 (MRI 04/16), eine Rhizarthrose beidseits und eine Anpassungsstörung mit schwerer depressiver Reaktion. Die Beurteilung der PMEDA werde nicht geteilt. Nur schon die degenerativen Veränderungen der Lendenwirbelsäule, aber auch ein chronifiziertes Schmerzsyndrom, führten zu einer Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Die radiologisch bestätigte fortgeschrittene Coxarthrose werde wie die Rhizarthrose nicht erwähnt. Zumindest für mittelschwere bis schwere körperliche Tätigkeiten und Tätigkeiten mit längerem Stehen oder Gehen sei eine allfällige Arbeitsfähigkeit eingeschränkt. - Das Spital L.\_\_\_\_ hatte am 14. Oktober 2016 (IV-act. 171) von dem Verdacht einer symptomatischen spinalen Arachnoidalzyste berichtet, deren therapeutische Option neurochirurgisch zu beurteilen sei. - Die Klinik J.\_\_\_\_ berichtete am 4. November 2016 (IV-act. 173-2 ff.), die Elektrophysiologie habe keine Auffälligkeiten gezeigt. Die Befunddiskrepanz zum Spital L.\_\_\_\_ (dort pathologischer SEP) sei Anlass zu einer wirbelsäulenchirurgischen Evaluierung in der Klinik C.\_\_\_\_. In der angestammten Tätigkeit sei die Versicherte zurzeit nicht arbeitsfähig. - Der RAD hielt am 9. November 2016 (IV-act. 175) dafür, derzeit bestehe keine Arbeitsfähigkeit. - In einem IV-Arztbericht vom 13. April 2017 (IV-act. 180) teilte das Spital L.\_\_\_\_ mit, eine Arbeitsunfähigkeit über den operationsassoziierten Zeitraum vom 15. Januar bis 23. Februar 2017 hinaus sei nicht attestiert worden. Eine körperlich betonte Arbeit sei nicht möglich. Bei hochgradigem Verdacht auf eine Schmerzverarbeitungsstörung bzw. Schmerzüberlagerungsstörung könne die Versicherte den Haushalt nicht machen; es empfehle sich diesbezüglich eine gutachterliche Beurteilung. Am 10. April 2017 (IV-act. 180-8 f.) hatte das Spital u.a. von einem St. n. Hüft-TP links (MIS vom 16.01.2017) und chronifiziertem lumboschialgiformem Schmerzsyndrom linksbetont berichtet. Die Hüftgelenkschmerzen hätten deutlich gebessert. Eine neue Stufendiagnostik der Lendenwirbelsäule sei nach den erfolgten Abklärungen nicht sinnvoll. Da jedoch in den letzten Monaten eine Schmerzexazerbation eingetreten sei, sollte die konservative Behandlung intensiviert werden. Die Versicherte wolle eine stationäre Rehabilitation nach Möglichkeit zusammen mit ihrem Sohn im heimatnahen Ausland durchführen. - Der RAD befürwortete, von einer Arbeitsfähigkeit von 80 % auszugehen (IV-act. 182). - Berufliche Massnahmen wurden am 9. Mai 2017 (IV-act. 187) als nicht angezeigt betrachtet, da sich die Versicherte nicht in der Lage fühle, bei Eingliederungsbemühungen mitzuwirken. Mit Vorbescheid vom 6. Juni 2017 (IV-act. 193) stellte die Sozialversicherungsanstalt/IV-Stelle des Kantons St. Gallen der Versicherten eine Abweisung des Rentenanspruchs bei einem Invaliditätsgrad von 8 % in Aussicht. In der Erwerbstätigkeit mit einem Anteil von 70 % liege der Invaliditätsgrad bei 12 % (Valideneinkommen Fr. 48'833.--, Invalideneinkommen Fr. 43'034.--), im restlichen Haushaltsteil bestehe keine Einschränkung. - Die Versicherte erklärte sich damit nicht einverstanden (IV-act. 194). Dr. K.\_\_\_\_ erklärte in einem Bericht vom 20. Juni 2017 (IV-act. 195), die Versicherte sei zurzeit maximal zu 20 % arbeitsfähig. Ende Mai/Anfang

Juni seien sensomotorische Ausfälle am linken Bein aufgetreten bzw. hätten zugenommen. Das Spital L. \_\_\_ hatte am 2. Juni 2017 (IV-act. 196) angegeben, kernspintomographisch finde sich eine Kompression der Nervenwurzel L3 links als mögliches Korrelat für die Schmerzen und die Hüftbeugerparese. Die sensomotorische Symptomatik gehe aber über das Versorgungsgebiet der Nervenwurzel L3 links hinaus. Am 19. Juni 2017 (IV-act. 198) wurde festgehalten, eine CT-gesteuerte PRT [periradikuläre Therapie] lumbal L3 links habe keine Besserung ergeben. - Am 14. August 2017 (IV-act. 206) beantragte der zugezogene Rechtsvertreter für die Versicherte, ein polydisziplinäres Gutachten in Auftrag zu geben. Dasjenige der PMEDA sei unvollständig und nicht korrekt. Die ausgeprägte Coxarthrose sei nicht gewürdigt worden bzw. vergessen gegangen. Die Versicherte müsse weiterhin an Stöcken gehen und sei in ihrer Arbeitsfähigkeit deutlich eingeschränkt. Sie sei auf den 30. Juni 2017 zu einer rheumatologischen Untersuchung am Spital L. \_\_\_ aufgeboten worden. Ausserdem sei sie nun auch in psychiatrischer Behandlung bei Dr. med. M. \_\_\_, FMH Psychiatrie und Psychotherapie. Mit Verfügung vom 26. April 2011 sei sie zudem als Vollerwerbstätige betrachtet worden; davon dürfe nicht abgewichen werden. Dass sie lediglich zu 70 % arbeitstätig gewesen sei, liege an den bereits vorhandenen somatischen Beschwerden. Dr. M. \_\_\_ erklärte in seinem IV-Arztbericht vom 1. September 2017 (IV-act. 209), es lägen bei der Versicherten eine mittelgradige depressive Episode, eine chronische Schmerzstörung, primär somatisch bedingt, mit psychischen Einflüssen, und ein V. a. schädlichen Gebrauch von opioidhaltigen Schmerzmitteln (nebst zahlreichen somatischen Diagnosen) vor. Die Versicherte sei (in der bisherigen und einer angepassten Tätigkeit) zu 50 % arbeitsunfähig. Das Spital L. \_\_\_ berichtete am 13. Oktober 2017 (IV-act. 214-2) von einem chronischen Schmerzsyndrom, auch im Sinn eines sogenannten zentralen Schmerzes. Das Ärztliche Begutachtungsinstitut ABI gab im Gutachten vom 16. Mai 2018 (IV-act. 228; Begutachtungen am 17. April 2018) folgende Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit (stark verkürzt wiedergegeben) an: ein chronisches lumbovertebrales Schmerzsyndrom (mit St. n. Sakralblock, sechzehn namentlich aufgelisteten Infiltrationen, mikrochirurgischer Sequesternukleotomie LWK3/4 links, BV-gesteuerter Einlage eines Periduralkatheters, epiduroskopischer Lösung von Adhäsionen, testweiser Anlage zweier Elektroden zur Hochfrequenzstimulation an der BWS, mit radiologisch Diskushernie LWK3/4 links ohne klare Zeichen der Neurokompression, und keinem aktuellen radikulären Defizit) und eine symptomatische Rhizarthrose der dominanten rechten Seite. Ohne Einfluss seien u.a. eine leichte depressive Episode, eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren, eine Störung durch Opioide, ständige Einnahme eines Opioidanalgetikums, ein St. n. Implantation einer Hüft-Totalprothese und eine thorakale Arachnoidalzyste BWK5/6 ohne neurologisches Korrelat (vgl. IV-act. 228-7 ff.). Für körperlich mittelschwere und schwer belastende berufliche Tätigkeiten und die Tätigkeit als Pflegehelferin sei die Versicherte nicht arbeitsfähig. In einer adaptierten, sehr leichten Tätigkeit bestehe eine Arbeits- und Leistungsfähigkeit von 100 %. Eine länger andauernde höhergradige Arbeitsunfähigkeit habe in einer gut adaptierten Tätigkeit in der Vergangenheit nie bestanden. Die Gewichtslimite lasse sich nach etwaiger Resektionsarthroplastik im Bereich des rechten Daumens (von derzeit 5 kg) auf etwa 10 kg steigern. Angeraten würden eine Gewichtsreduktion und eine Sistierung des Nikotinkonsums (vgl. IV-act. 228-11 f. i.V.m. IV-act. 228-56). - Der Begutachtung lagen diverse (als - im Vergleich zum IV-Dossier - "nachträglich" eingegangen bezeichnete) Unterlagen zugrunde (vgl. IV-act. 228-60 ff.). So war etwa von der Klinik C. \_\_\_ am 22. November 2016 (IV-act. 228-62 ff.) u.a. berichtet

worden, eine lumbale Neurokompression bestehe nicht und die thorakale Konturanomalie des Myelons sei wahrscheinlich asymptomatisch. Von einem wirbelsäulenchirurgischen Eingriff werde abgeraten. Einem Bericht der Klinik für Radiologie und Nuklearmedizin am Kantonsspital St. Gallen vom 28. Dezember 2017 (IV-act. 228-92 f.) war zu entnehmen, es liege eine Schwanenhalsdeformität des 2. und 3. Strahls der Hände wie bei rheumatoider Arthritis vor, ansonsten gebe es jedoch keine entzündlichen/postentzündlichen Veränderungen. Ausserdem bestünden primär arthrotische Veränderungen im DIP II beidseits und eine schwergradige Rhizarthrose beidseits, daneben eine initiale mediale Gonarthrose rechts. Am 10. Januar 2018 (IV-act. 228-90 f.) war in der Folge nach einem MRI der Hand rechts von einer fortgeschrittenen Rhizarthrose, einer Frakturierung des Os trapezium, DD: im Rahmen der Arthrose, DD avaskuläre Nekrose, und einem angrenzenden trapezo-trapezoidalen Gelenksganglion mit reaktiver Synovialitis berichtet worden. Aktive oder chronisch entzündliche Veränderungen gebe es nicht, insbesondere keine Hinweise auf eine rheumatoide Arthritis. Dr. M. \_\_\_ schrieb der Sozialversicherungsanstalt/IV-Stelle am 7. Juni 2018 (IV-act. 231-3 f.), aus psychiatrischer Sicht bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 50 % bei mittelgradiger depressiver Episode. Es frage sich, ob bei der (ABI-)Begutachtung die Schwelle für chronische Schmerzerkrankungen nach alter Rechtsprechung sehr hoch gehalten worden sei. Ein Mini-ICF-Beurteilungstool fehle. Ein sekundärer Krankheitsgewinn sei zu bejahen. Der Rechtsvertreter der Versicherten brachte am 14. Juni 2018 (IV-act. 231-1 f.) vor, da gemäss dem ABI-Gutachten lediglich noch sehr leichte Tätigkeiten möglich seien, handle es sich nicht mehr um eine auf dem ersten Arbeitsmarkt verwertbare Arbeitsfähigkeit. Die gegenteilige Annahme wäre erst in einem konkreten Arbeitsversuch zu prüfen. Es sei ferner ein Arztbericht der Klinik N. \_\_\_ einzuholen, wo sich die Versicherte noch habe behandeln lassen müssen. - Am 26. Juni 2018 (IV-act. 234) berichtete er von einer wegen notwendiger stationärer psychiatrischer Therapie geplanten Vorbesprechung in der Klinik O. \_\_\_ und legte einen Bericht von Dr. K. \_\_\_ vom gleichen Tag ein (IV-act. 241), am 11. Juli 2018 (IV-act. 237) reichte er zwei Austrittsberichte der Klinik N. \_\_\_ vom 5. Juli 2018 und vom 21. Juni 2018 über einen stationären Aufenthalt vom 15. Mai bis 11. Juni 2018 ein. Nachdem der RAD an seiner Stellungnahme vom 30. Mai 2018 (IV-act. 229; volle Arbeitsfähigkeit der Versicherten) festgehalten hatte (vgl. IV-act. 242), wies die Sozialversicherungsanstalt/IV-Stelle des Kantons St. Gallen den Rentenanspruch der Versicherten mit Verfügung vom 23. August 2018 (IV-act. 243; gemäss dem Vorbescheid vom 6. Juni 2017) ab. Gegen diese Verfügung richtet sich die von Rechtsanwalt MLaw Mark A. Glavas für die Betroffene am 24. September 2018 erhobene Beschwerde (act. G 1). Der Rechtsvertreter beantragt, die angefochtene Verfügung sei aufzuheben und der Beschwerdeführerin sei eine Invalidenrente auszurichten, eventualiter sei die Sache zu weiteren Abklärungen an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. Ausserdem sei der Beschwerdeführerin die unentgeltliche Rechtspflege und Rechtsverbeiständung zu gewähren. Dass die Beschwerdeführerin noch die gemäss den Gutachtern zumutbare sehr leichte Tätigkeit verwirklichen könne, sei realitätsfern. Ein Invalideneinkommen werde sie nicht erzielen können, weshalb ihr eine ganze Rente zustehe. Es sei eine neue neutrale polydisziplinäre Begutachtung notwendig, andernfalls der Untersuchungsgrundsatz verletzt werde. Die bisherigen Abklärungen seien unvollständig und ungenügend. Der Gutachter der Psychiatrie habe den psychischen Zustand der Beschwerdeführerin beschönigt; das hätten der behandelnde Facharzt und die indizierte stationäre Behandlung gezeigt. Der Gutachter könne seine Diagnose nicht hinreichend abstützen. Er habe festgehalten, die

Beschwerdeführerin befinde sich in konsequenter Psychotherapie und nehme die Antidepressiva ein und sie habe sich aus sozialen Kontakten zurückgezogen. Dass noch Aktivitäten wie die Benutzung öffentlicher Verkehrsmittel stattfänden, spreche vielleicht gegen eine schwere, aber sicherlich nicht gegen eine mittelgradige Depression. Zurzeit sei bei der Beschwerdeführerin gemäss Dr. M.\_\_\_\_ und der Klinik N.\_\_\_\_ nebst der chronischen Schmerzstörung eine mittelgradige depressive Episode zu diagnostizieren und eine Arbeitsunfähigkeit von 50 % anzunehmen. Zumindest im Nachgang zur Begutachtung sei es zu einer Verschlechterung des psychischen Gesundheitszustands gekommen. Die psychischen Beschwerden beeinflussten die Leistungsfähigkeit der Beschwerdeführerin zweifelsohne negativ. Der Gutachter der Neurologie habe versucht, die somatische Problematik auf eine angebliche Schmerzausweitung zu schieben, habe aber zugestehen müssen, dass zumindest die bisherige Tätigkeit nicht mehr möglich sei. Dass für sehr leichte Verrichtungen unter Wechselbelastung mit wiederholtem Heben und Tragen von Lasten von 5 kg noch eine Arbeitsfähigkeit vorliege, begründe der Gutachter der Orthopädie mit diffus gezeigten Beschwerden. Die somatischen Beschwerden würden sich jedoch anhand von Bildmaterial verifizieren lassen. Eine solche sehr leichte Tätigkeit könne die Beschwerdeführerin auf dem ersten Arbeitsmarkt nicht mehr verwerten, erst recht nicht, wenn auch die psychischen Beschwerden berücksichtigt würden und zumal ständig neue Operationen und Behandlungen notwendig seien. - Dr. K.\_\_\_\_ hatte der Beschwerdegegnerin am 4. September 2018 (IV-act. 246) geschrieben, die Beschwerdeführerin sei ohne Hilfe nicht einmal in der Lage, den Alltag zu bewältigen. Sie sei zurzeit im interdisziplinären Schmerzprogramm des Spitals L.\_\_\_\_ eingebunden. Die Depression sei so schwer, dass die Beschwerdeführerin demnächst stationär behandelt werde. Durch den RAD-Entscheid werde sie sozialhilfeabhängig gemacht, was eine einschneidende Verschlechterung ihrer Lebensqualität bedeute. Diagnostiziert wurde u.a. eine Anpassungsstörung mit schwerer depressiver Reaktion, aktuell Aggravation durch Existenzängste bei negativem IV-Bescheid. In ihrer Beschwerdeantwort vom 23. November 2018 (act. G 5) beantragt die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde. Das ABI-Gutachten habe gewürdigt, dass Dr. M.\_\_\_\_ eine mittelgradige depressive Episode diagnostiziert habe. Gemäss seinem Schreiben vom 7. Juni 2018 sei für Dr. M.\_\_\_\_ auch die Diagnose einer leichten depressiven Episode vertretbar, habe er doch erwähnt, das lasse sich so oder anders sehen. Weder sein noch der Bericht der Klinik N.\_\_\_\_ würden neue medizinische Informationen enthalten. Das ABI-Gutachten entspreche den Anforderungen der Rechtsprechung und es könne auf dessen Ergebnis abgestellt werden. Wie der Gutachter der Psychiatrie habe jener der Orthopädie Inkonsistenzen beschrieben. Nach einer äusserst detaillierten und schlüssigen Auseinandersetzung sei festgehalten worden, die im Alltag geltend gemachten Einschränkungen könnten insgesamt nicht nachvollzogen werden. Auch das bidisziplinäre Gutachten vom 9. Februar 2011 sei zur Beurteilung einer Arbeitsfähigkeit von 80 % in körperlich leichten bis höchstens mittelschweren wechselbelastenden Tätigkeiten gelangt. Die Beurteilung einer vollen Arbeitsfähigkeit für sehr leichte wechselbelastende Tätigkeiten sei daher gut plausibel. Die Arbeitsfähigkeit sei auch verwertbar. Am 28. November 2018 (act. G 6) hat die Gerichtsleitung dem Gesuch um Bewilligung der unentgeltlichen Rechtspflege (Befreiung von den Gerichtskosten und Bewilligung der unentgeltlichen Rechtsverbeiständung) entsprochen. Mit Replik vom 14. Februar 2019 (act. G 10) bekräftigt der Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin, es sei im Nachgang zur Begutachtung zu einer Verschlechterung gekommen. Fünf Tage nach Erlass der Verfügung habe die stationäre Behandlung angetreten werden müssen. Ein

definitiver Zustand habe somit nicht vorgelegen. Es sei utopisch anzunehmen, dass der Beschwerdeführerin bei ihren manifesten zahlreichen Einschränkungen noch Stellen auf dem Arbeitsmarkt zur Verfügung stehen könnten. Die Rechtsprechung betreffend vorhandene Nischenarbeitsplätze sei längst überholt. Soziales Engagement werde durch Arbeitgeber nicht mehr geboten. Selbst genossenschaftliche Arbeitgeber würden Arbeitnehmer entlassen, sobald sie gesundheitlich angeschlagen seien. - In einem beigelegten Bericht vom 17. Oktober 2018 (act. G 10.1) hatte die Klinik O.\_\_\_\_ bekanntgegeben, es lägen bei der Beschwerdeführerin u.a. eine mittelgradige depressive Episode und eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren vor. Während des Verlaufs der stationären Behandlung habe sich die Symptomatik verstärkt. Zurzeit gehe man aufgrund der Chronifizierung und der Schwere des Störungsbilds von einer anhaltenden Arbeitsunfähigkeit der Beschwerdeführerin aus. Erwägungen Streitgegenstand bildet die Verfügung vom 23. August 2018, mit welcher die Beschwerdegegnerin den Rentenanspruch der Beschwerdeführerin, gestellt durch Neuanschuldung vom 15./17. August 2015 (nach einer ersten Abweisung vom 26. April 2011), abgewiesen hat. Nach Art. 28 IVG besteht der Anspruch auf eine ganze Invalidenrente, wenn die versicherte Person mindestens zu 70 %, derjenige auf eine Dreiviertelrente, 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. 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. auch 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. Für die Beurteilung des funktionellen Leistungsvermögens sind demgemäss 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. Zum funktionellen Schweregrad sind die Komplexe "Gesundheitsschädigung" (mit den Aspekten der Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde, des Behandlungs- und Eingliederungserfolgs oder der entsprechenden Resistenz und der Komorbiditäten), "Persönlichkeit" (mit Persönlichkeitsdiagnostik und persönlichen Ressourcen) und "Sozialer Kontext" zu berücksichtigen. Zu prüfen ist zunächst, ob der medizinische Sachverhalt für die Beurteilung der Leistungsfähigkeit der Beschwerdeführerin hinreichend abgeklärt ist. Die Beschwerdegegnerin stützte sich in der angefochtenen Verfügung hauptsächlich auf das von ihr eingeholte polydisziplinäre Gutachten des ABI vom 16. Mai 2018 ab. Die Beschwerdeführerin bestreitet die Beweistauglichkeit dieses Gutachtens, welches unvollständig und nicht schlüssig sei. Gemäss dem Gutachten des ABI vom 16. Mai 2018 fanden in allgemeininternistischer (fallführend, vgl. IV-act. 228-27 ff.), psychiatrischer (vgl. IV-act. 228-33 ff.), neurologischer (vgl. IV-act. 228-40 ff.) und orthopädischer (vgl. IV-act. 228-46 ff.) Hinsicht gutachterliche Abklärungen einschliesslich von Laboruntersuchungen (IV-act. 228-30, -60) statt. Wie sich aus dem Gutachten ergibt, waren als Basis der Beurteilung die IV-Vorakten aufgenommen (vgl. IV-act. 228-13 ff.) und daneben weitere Berichte (vgl. IV-act. 228-21 ff.) berücksichtigt worden. Die von der Beschwerdeführerin geklagten Beschwerden (insgesamt: BWS bis Oberschenkel links; Knie, Unterschenkel, Fuss und Zehen links; dominante rechte Hand mit Handgelenk und

Daumen; rechtes Knie; Katarakt links; Schmerzen, Schlafstörung, Müdigkeit; Rückenschmerzen; keine Lebensqualität; vgl. IV-act. 228-27, -33, -41 und -46 f.) und übrigen anamnestischen Angaben der Beschwerdeführerin (spontan und auf Befragung) waren ebenfalls jeweils erhoben und beachtet worden. In allgemeininternistischer und in psychiatrischer Disziplin wurden keine Diagnosen erhoben, derentwegen die Leistungsfähigkeit der Beschwerdeführerin eingeschränkt wäre. - Bei der neurologischen Exploration wurde ein degeneratives LWS-Syndrom (mit Zustand nach mikrochirurgischer Diskektomie L3/4 2015 bei radiologisch 01/2015 beschriebener Kompromittierung der Wurzel L3 links ohne aktuelles radikuläres Defizit) gefunden. Ohne Einfluss sei nebst einer Schmerzfehlverarbeitung eine thorakale Arachnoidalzyste BWK5/6 ohne neurologisches Korrelat. Da für rückenbelastende Tätigkeiten Limitationen bestünden, gebe es bei der Tätigkeit als Pflegehelferin (während voller Arbeitszeit) eine Einschränkung der Leistungs- bzw. Arbeitsfähigkeit. Für deren Ausmass wurde auf das orthopädische Gutachten verwiesen. Die Einschränkung der Arbeitsfähigkeit bestehe wahrscheinlich seit Januar 2015. Eine optimal leidensangepasste Tätigkeit müsse im Wechsel zwischen Stehen, Gehen und Sitzen ausgeübt werden können und dürfe keine rückenbelastenden Tätigkeiten umfassen. Sie sei voll zumutbar. - Die orthopädische Begutachtung ergab ein chronisches lumbovertebrales Schmerzsyndrom und eine symptomatische Rhizarthrose der dominanten rechten Seite. Die Tätigkeit als Pflegehelferin sei nicht mehr zumutbar. Für eine körperlich sehr leichte, wechselbelastende Tätigkeit sei die Arbeitsfähigkeit zeitlich und leistungsmässig uneingeschränkt. Ein wiederholtes Heben und Tragen von Lasten über 5 kg und die Einnahme von Zwangshaltungen sollten vermieden werden. Allenfalls könne nach einer Resektionsarthroplastik im Bereich des rechten Daumens insofern eine qualitativ verbesserte Arbeitsfähigkeit möglich werden, als eine höhere Gewichtslimite von dann 10 kg zumutbar werde. Was zunächst den somatischen Aspekt betrifft (zum psychiatrischen Teil mit den Standardindikatoren vgl. im Einzelnen unten E. 3.5), wurden die Diagnosen und Arbeitsfähigkeitsbeurteilungen, wie sich aus den Darlegungen im ABI-Gutachten ergibt, aufgrund von jeweils detaillierten Untersuchungen der einzelnen Gutachter abgegeben. Diese stützten ihre Beurteilung auf die jeweils erhobenen und beschriebenen Befunde (vgl. allgemeininternistisch IV-act. 228-29 f., neurologisch IV-act. 228-42 f., orthopädisch IV-act. 228-48 bis 50). Das ABI-Gutachten erscheint diesbezüglich umfassend. Namentlich war etwa bekannt, dass radiologisch eine deutliche Rhizarthrose beidseits gesehen worden war (Bericht [des Spitals L.\_\_\_\_] vom 10. Januar 2018). Angesichts der neurologischen und orthopädischen Beschreibung des Befundes der Hände (vgl. IV-act. 228-42 und IV-act. 228-49 f.) erscheint (auch) die diesbezügliche Diagnose nachvollziehbar begründet. Die Experten der somatischen Disziplinen befassten sich auch mit der Frage nach der Konsistenz. Die Gutachter, welche solche erkannten, benannten die Inkonsistenzen. So wurde etwa festgehalten, der neurologische Untersuchungsgang sei von einer erheblichen Klagsamkeit und Schmerzausweitung gekennzeichnet gewesen. Die präsentierte Parese des linken Beins sei mit dem Gangbild - auch wenn mit Unterarmgehstützen - nicht kompatibel gewesen. Für eine funktionelle Komponente bzw. bewusstseinsnahe Schmerzausweitung habe das diskrepante Verhalten beim Prüfen des Lasègue gesprochen. Der gesamte Untersuchungsbefund sei durch die Ausweitung überlagert worden, so dass ein möglicher kleiner organischer Kern, z.B. im Sinn eines leichten residuellen radikulären Syndroms, gar nicht fassbar geworden sei. In objektiver Hinsicht falle der neurologische Status indessen regelrecht aus (vgl. IV-act. 228-43 f.). Die Symptomatik sei mit den objektiven Befunden nicht konsistent. Der bisherige Verlauf an

Abklärungen und Behandlungen sei von einer Schmerzfehlerverarbeitung gekennzeichnet, in deren Rahmen die Beschwerdeführerin auf immer weiteren Abklärungen bestehen werde. Diese Schmerzausweitung bzw. die Differenzialdiagnose einer somatoformen Schmerzstörung werde im psychiatrischen Teilgutachten erörtert (vgl. IV-act. 228-44). - Bei der orthopädischen Begutachtung wurden ebenfalls einerseits in der Untersuchungssituation vorgefundene Inkonsistenzen wie etwa sehr auffällige Druckdolenz (vgl. IV-act. 228-52 f.; Waddellzeichen, vgl. IV-act. 228-53, PMEDA vgl. Fremd-act. 8-28) beschrieben. Ein gewisser Leidensdruck sei angesichts der erfolgten lumbalen Diskektomie und der persistierenden Diskopathie durchaus nachvollziehbar. Das anamnestisch fehlende Ansprechen auf zahllose interventionelle Massnahmen und die erheblichen Inkonsistenzen würden jedoch an eine ausgeprägte nicht-somatische Beschwerdekomponekte denken lassen (vgl. IV-act. 228-53). Auch bei der Prüfung der Konsistenz in Bezug auf das Alltagsverhalten wurde gutachterlich festgehalten, die geltend gemachten Einschränkungen - erwähnt wird namentlich der beschriebene völlig passive Lebensstil mit Überwindung lediglich kurzer Gehdistanzen - könnten insgesamt nicht nachvollzogen werden (vgl. IV-act. 228-53). Die entsprechenden Darlegungen sind begründet worden. Die ABI-Gutachter der somatischen Disziplinen setzten sich auch mit den vorhandenen früheren fachspezifischen medizinischen Beurteilungen auseinander (vgl. IV-act. 228-30, -44, -53 ff.) und beschrieben, weshalb sie mit diesen übereinstimmen oder weswegen nicht. So erklärte der Gutachter der Neurologie, es bestehe Übereinstimmung mit der Beurteilung der Klinik C.\_\_\_\_ vom (22.) November 2016 (vgl. IV-act. 228-44). Eine neurologische Abklärung vom Juli 2016 betreffend die Arachnoidalzyste auf Höhe BWK8/9 habe keine Ausfälle aufgezeigt. Es sei rückblickend der Einschätzung zuzustimmen, wonach die Konturanomalie des Myelons asymptomatisch sei (vgl. IV-act. 228-43). Dagegen halte er den Bericht des Spitals L.\_\_\_\_ vom Juni 2017 für etwas widersprüchlich (Verschlechterung bei aber erheblicher Symptomausweitung) und seien die Muskeleigenreflexe der Beschwerdeführerin bei der Begutachtung auch an den unteren Extremitäten seitengleich erhältlich gewesen (vgl. IV-act. 228-44). Der Gutachter erwähnte weiter, die Indikation für den erfolglosen Eingriff vom April 2015 (Diskektomie) sei von orthopädischer Seite mitzubeurteilen; es finde sich nämlich trotz sehr umfangreicher Aktenlage kein detaillierter präoperativer neurologischer Befund, insbesondere kein Nachweis eines relevanten Defizits (vgl. IV-act. 228-43). - Bei der orthopädischen Beurteilung wurde festgehalten, dass diversen Einschätzungen gut gefolgt werden könne, so etwa jener der Klinik für Orthopädische Chirurgie am Kantonsspital St. Gallen vom 18. Januar 2010 (Fehlen einer klaren pathologisch-anatomischen Veränderung, vgl. IV-act. 228-53), diversen Berichten der Klinik C.\_\_\_\_, z.B. vom 28. Juli 2015 (fehlendes Korrelat für links ausstrahlende Schmerzen), vom 9. September 2015 (keine Indikation für invasives Vorgehen; vgl. IV-act. 228-16) und vom 22. November 2016 (gemäss MRI vom 18. Juli 2016 grössenregrediente kleine foraminale Diskushernie LWK3/4 ohne Neurokompression, vgl. IV-act. 228-62 ff.; vgl. IV-act. 228-55), sowie den rheumatologischen Gutachten vom Februar 2011 und vom Mai 2016 (vgl. IV-act. 228-54). Die Einschätzung der Klinik C.\_\_\_\_ vom 7. Oktober 2016 dagegen sei keinesfalls zu teilen, denn es scheine kein Augenmerk auf die Inkonsistenzen gerichtet, sondern auf eine somatische Schmerzursache abgestellt worden zu sein, die angesichts der zahllosen Infiltrationen nicht zu bestätigen sei. Die Coxarthrose sei inzwischen erfolgreich behandelt worden und auch die Rhizarthrose sei grundsätzlich gut behandelbar (vgl. IV-act. 228-55). Für eine körperlich sehr leichte Arbeit hat nach stichhaltig begründeten Angaben des

Gutachters der Orthopädie dementsprechend auch in der zurückliegenden Zeit keine längerdauernde Arbeitsunfähigkeit im Sinn einer invalidisierenden Erkrankung vorgelegen (vgl. IV-act. 228-56). Auch wenn zwischenzeitlich von behandelnden Stellen erheblichere somatische Diagnosen gestellt, mehrere Behandlungen vorgenommen und Phasen voller Arbeitsunfähigkeit attestiert wurden, ist demnach nicht von einer für die Erfüllung einer Wartezeit (Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG) ausreichenden Arbeitsunfähigkeit auszugehen. - Es ist darauf hinzuweisen, dass die - wie die Beschwerdeführerin zu Recht vorbringt auch bildgebend belegten - vorhandenen somatischen Schädigungen bei der ABI-Begutachtung ebenso Berücksichtigung fanden wie der Umstand der teilweise mangelnden Erklärbarkeit von Beschwerden und der ausbleibenden Behandlungserfolge (vgl. etwa Berichte vom 28. Juli 2015 [keine Erklärung für beklagte Schmerzen], 22. März 2016 [kein Steroideffekt], 9. Mai 2016 [kein Behandlungserfolg], 4. November 2016 [Elektrophysiologie ohne Auffälligkeiten], 19. Juni 2017 [PRT ohne Besserung]). - Besonderes Gewicht gibt beweismässig ausserdem die - bezüglich Rentenrelevanz im Wesentlichen festzustellende - Übereinstimmung von Ergebnissen der Begutachtungen. Was die psychiatrische Begutachtung im Einzelnen betrifft, hielt der Gutachter unter anderem zum Untersuchungsbefund (nach AMDP) fest, die Stimmung der Beschwerdeführerin sei depressiv gewesen mit verminderter Freude und einem gewissen Interessensverlust. Sie habe nächtliche Schlafstörungen und eine erhöhte Ermüdbarkeit am Tag angegeben. Bezüglich der gesundheitlichen und beruflichen Situation hätten negative Zukunftsperspektiven bestanden. Der Antrieb sei herabgesetzt gewesen (vgl. IV-act. 228-36); der Gutachter hielt dazu in der Folge fest, die Beschwerdeführerin mache nicht mehr viel, sie lasse sich fast überallhin vom Sohn fahren (vgl. IV-act. 228-37). Unter verschiedenen Aspekten (etwa Selbstwert, Aufmerksamkeit usw.) waren beim Befund dagegen erhalten gebliebene Qualitäten erwähnt worden (vgl. IV-act. 228-36). Aufgrund der beschriebenen Einschränkungen diagnostizierte der Gutachter die leichte depressive Episode (vgl. IV-act. 228-37). Es bestünden mögliche lebensgeschichtliche Belastungen und psychosoziale Faktoren, die eine Rolle spielen könnten, vor allem mit einer nun angespannten finanziellen Situation mit Abhängigkeit vom Sozialamt. Das Unfallereignis und die Schmerzen, die trotz Behandlungen nicht gebessert hätten, hätten psychisch zu einer Verunsicherung und Enttäuschung geführt. Lebensgeschichtliche Enttäuschungen könnten reaktiviert werden (gewaltsamer Tod des \_\_\_; zweite Ehe, derentwegen die Beschwerdeführerin in die Schweiz gekommen sei, gescheitert; anhaltende Arbeitsunfähigkeitsschreibung). Der Gutachter legte ausserdem dar, der Beschwerdeführerin sei ein Opioidanalgetikum verschrieben, auf das sie nicht so einfach verzichten könne. Ein Medikamentenspiegel sei unter dem therapeutischen Bereich nachweisbar gewesen; diagnostisch sei jedoch von einer Abhängigkeit auszugehen. Bei psychisch überlagerten Schmerzen sollten solche Mittel nicht verordnet werden; das Medikament könnte vielleicht ausgeschlichen werden. Die Beschwerdeführerin sei auch in ambulanter psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlung und erhalte eine antidepressive Medikation, deren Spiegel im therapeutischen Bereich gelegen habe. Das weise auf eine gute Compliance der Beschwerdeführerin hin. Als Aspekte der Ressourcen bezeichnete der Gutachter der Psychiatrie (vgl. IV-act. 228-38) einen Berufsabschluss, eine abgeschlossene Ausbildung in der Pflege und vor allem eine mehrjährige Berufserfahrung (nebst u.a. gepflegten Kontakten). Die Beschwerdeführerin hatte ihm erklärt, in ihrer Heimat nach zweijähriger Berufsschule ein Diplom als \_\_\_technikerin erlangt und dann in zwei Anstellungsverhältnissen (von 1984 bis 1987 und von 1987 bis 1992) in \_\_\_fabriken

gearbeitet zu haben. Von 1995 bis 2000 habe sie als Pflegehelferin gearbeitet, auch nach der Einreise noch in Heimen (vgl. IV-act. 228-28). Der Gutachter hat somit die entsprechenden Angaben der Beschwerdeführerin berücksichtigt. Gemäss IK-Auszug (vgl. IV-act. 190) hat die Beschwerdeführerin im Übrigen hierzulande unter anderem (ab Mai 2001) während rund zweieinhalb Jahren in einer Fabrik, dann von August 2008 bis Oktober 2009 und von August 2010 bis Dezember 2015 in Spitälern, ausserdem ab 2007 zeitweise (bis April 2015) bei Personal-Unternehmungen gearbeitet. - Der Gutachter wies darauf hin, dass die Beschwerdeführerin es sich aber (sc. trotz der Ressourcen) nicht mehr vorstellen könne, zu arbeiten (vgl. IV-act. 228-38). Der Gutachter der Psychiatrie stellte sich auch der Frage nach Konsistenz und Plausibilität in der Untersuchungssituation und im Vergleich zum Alltag (vgl. IV-act. 228-37 f.; Tagesablauf vgl. IV-act. 228-35). Dabei wurde darauf hingewiesen, dass die Beschwerdeführerin während der ganzen Explorationsdauer ruhig auf dem Stuhl habe bleiben können, obwohl sie angegeben habe, ständig zwischen Liegen und Herumgehen wechseln zu müssen (vgl. IV-act. 228-35 und -37). Deutliche Konzentrationsstörungen hätten ausserdem nicht bestanden. Da der Beschwerdeführerin (im Alltag) von den Kindern, einer Kollegin und einer Nachbarin viel abgenommen werde, könne ein sekundärer Krankheitsgewinn entstehen (vgl. IV-act. 228-38). Mit den Vorberichten setzte sich der Gutachter der Psychiatrie ebenfalls auseinander. Er erklärte, bei Vorliegen einer mittelgradigen Depression könne eine Arbeitsunfähigkeit von 50 %, wie von Dr. M. \_\_\_ 2017 diagnostiziert, nachvollzogen werden. Es liege jedoch bei der Beschwerdeführerin unter Berücksichtigung der diagnostischen Kriterien nach ICD-10 nur eine leicht ausgeprägte Depression vor. Das Psychiatrie-Zentrum (Psychiatrie-Dienste I. \_\_\_) habe zudem 2015 von einer schweren depressiven Episode ohne psychotische Symptome berichtet. Wie erwähnt treffe die Diagnose indessen nicht zu. Der Beschwerdeführerin seien durchaus Tätigkeiten und Aktivitäten zumutbar und sie könne allein mit dem Zug zum Psychiater fahren. Ansonsten lasse sie sich allerdings wie erwähnt fast überallhin von ihrem Sohn fahren (vgl. IV-act. 228-38). Im Zusammenhang mit den Ressourcen der Beschwerdeführerin erwähnte der Gutachter, sie pflege durchaus Kontakte in ihrem Umfeld, wenn auch nicht viele. Sie könne sich ausserdem gut Hilfe organisieren (vgl. IV-act. 228-38). - Als Würdigung der erhobenen Befunde durch den Experten der Psychiatrie ist der diagnostischen Beurteilung im Gutachten zu folgen. - Der Einwand, die noch vorhandenen Aktivitäten würden lediglich eine schwere, aber nicht eine mittelgradige Depression ausschliessen, vermag dagegen nicht anzukommen. Des Weiteren hielt Dr. M. \_\_\_ zwar am 7. Juni 2018 fest, die Beschwerdeführerin beeindrucke nach aussen durch ihre Erscheinung und ihr Auftreten, dahinter steckten indessen ein fragiler Selbstwert und krisenhafte Zeiten, die sich in zwei Stunden Anamneseerhebung nicht unbedingt zeigten. Aus dem Gutachten ergibt sich aber kein relevanter Anhaltspunkt für ein diesbezügliches Manko der Begutachtung. - Der behandelnde Psychiater räumte zudem ein, je nach Auslegung der ICD-10 könne man die Diagnose so oder anders sehen. - Des Weiteren hat der Gutachter der Psychiatrie zu Recht festgestellt, dass im PMEDA-Gutachten ebenfalls keine (psychiatrische) Diagnose mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit erhoben worden sei (vgl. IV-act. 228-38). Die Arbeitsfähigkeitsschätzung unter psychiatrischem Gesichtspunkt ist demnach nachvollziehbar begründet worden. Rückblickend wurde dabei darauf hingewiesen, dass eine punktuelle Arbeitsunfähigkeit der Beschwerdeführerin bei einer schwerer ausgeprägten depressiven Episode durchaus nachvollziehbar sei. Eine anhaltende psychiatrische Arbeitsunfähigkeit könne bei ihr aber auch für den Sachverhalt im Verlauf der Zeit nicht begründet werden (vgl. IV-act. 228-38). Diese Beurteilung erscheint nach der

Aktenlage überzeugend. Polydisziplinär schliesslich wurde die gutachterliche Beurteilung unter Berücksichtigung der massgeblichen Gesichtspunkte zusammenfassend begründet (vgl. IV-act. 228-9 ff.). Dabei zeigt sich, dass die ABI-Begutachtung keinen Anlass zur Beanstandung gibt, so dass auf ihr Ergebnis - samt namentlich der Arbeitsfähigkeitsschätzung - für den damaligen und den zurückliegenden Zeitraum abgestellt werden kann. - Davon abweichenden Einschätzungen kommt kein höherer Beweiswert zu, zumal retrospektiv auch insgesamt eine weitreichende Übereinstimmung mit den früheren Begutachtungsergebnissen festzustellen ist. Die Beschwerdeführerin lässt in der Beschwerde vom 24. September 2018 weiter vorbringen, es liege bei ihr zurzeit gemäss dem Bericht von Dr. M. \_\_\_ vom 7. Juni 2018 neben der chronischen Schmerzstörung eine mittelgradige depressive Episode vor. Auch die Ärzte der Klinik N. \_\_\_ hätten im Austrittsbericht vom 21. Juni 2018 diese beiden Leiden diagnostiziert. Damit habe sich bestätigt, dass es zumindest im Nachgang zur Begutachtung aus psychiatrischer Sicht zu einer Verschlechterung gekommen sei. - Dr. M. \_\_\_ hatte jedoch schon am 1. September 2017 vom Vorliegen unter anderem einer mittelgradigen depressiven Episode und einer chronischen Schmerzstörung berichtet und der Beschwerdeführerin eine Arbeitsunfähigkeit von 50 % attestiert. Mit dieser medizinischen diagnostischen Auffassung hat sich der Gutachter der Psychiatrie wie oben erwähnt bereits auseinandergesetzt. Eine relevante Änderung der Sachlage ist nicht aufgezeigt worden. - Dr. K. \_\_\_ hingegen gab am 4. September 2018 (IV-act. 246) an, es liege bei der Beschwerdeführerin eine Anpassungsstörung mit schwerer depressiver Reaktion, aktuell Aggravation durch Existenzängste bei negativem IV-Bescheid, vor. Der Bescheid bedeute für sie eine einschneidende Verschlechterung der Lebensqualität. Damit liegt zwar ein Hinweis auf eine mögliche Verschlechterung vor, allerdings wird ersichtlich, dass es sich um eine Anpassungsstörung und nach ärztlicher Beschreibung um ein reaktives depressives Geschehen handelte. Des Weiteren ist darauf hinzuweisen, dass die Klinik O. \_\_\_ am 17. Oktober 2018 (zwar von einer Chronifizierung, aber nicht von einer schweren depressiven Episode, sondern) von einer mittelgradigen depressiven Episode und einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren ausging, wie sie Dr. M. \_\_\_ wie erwähnt schon vor der Begutachtung beschrieben hat. Erhebliche neue Anhaltspunkte sind nicht ersichtlich (bestätigt werden dagegen die Bedeutung belastender Lebensumstände, S. 4, und die vorhandenen Ressourcen, S. 3). Demnach ist mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nicht von einer massgeblichen Verschlechterung des Gesundheitszustands der Beschwerdeführerin zwischen der Zeit der ABI-Begutachtung und dem Zeitpunkt des Erlasses der angefochtenen Verfügung vom 23. August 2018 auszugehen. Der medizinische Sachverhalt ist ausreichend abgeklärt. Es kann mit überwiegender Wahrscheinlichkeit angenommen werden, dass die Beschwerdeführerin für körperlich mittelschwere und schwer belastende berufliche Tätigkeiten (wie als Pflegehelferin) nicht mehr arbeitsfähig ist, in einer angepassten Tätigkeit aber eine vollumfängliche Arbeitsfähigkeit besteht (vgl. IV-act. 228-11). Für die Bemessung der Invalidität von erwerbstätigen und von teilerwerbstätigen versicherten Personen (für diesen Teil) ist gemäss Art. 28a Abs. 1 und 3 IVG Art. 16 ATSG anwendbar. Danach 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). Waren versicherte Personen daneben im Aufgabenbereich tätig, wird die Invalidität für diesen Teil nach Abs. 2 - d.h. nach dem Mass der Unfähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen - festgelegt (vgl. Art. 28a Abs. 3 IVG). Die Beschwerdegegnerin hat die Invalidität der Beschwerdeführerin anhand der gemischten Methode mit einer Aufteilung in 70 % Erwerbstätigkeit und 30 % Haushaltstätigkeit bestimmt. Das jüngste Kind der Beschwerdeführerin war bei der Neuanmeldung \_\_\_jährig. Sie hat bei der ABI-Begutachtung angegeben, an ihrer letzten Stelle deshalb im Umfang von 70 % gearbeitet zu haben, weil keine Stelle mit höherem Pensum verfügbar gewesen sei (vgl. IV-act. 228-34). Letzteres spricht für die Qualifizierung der Beschwerdeführerin als Vollerwerbstätige; jedenfalls ist aber nach der Aktenlage kein unter 70 % liegender Erwerbstätigkeitsbereich anzunehmen. - Darüber hinaus kann die anzuwendende Methode vorliegend angesichts der vollen Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin für angepasste sehr leichte Tätigkeiten mangels Rentenrelevanz offen bleiben, selbst wenn davon ausgegangen werden kann, dass in einer Haushaltstätigkeit auch ein Anteil an körperlich mittelschweren Arbeiten enthalten ist (vgl. unten E. 5.4). Letzteres gilt allerdings nur unter der Voraussetzung, dass ihre verbleibende Arbeitsfähigkeit erwerblich auch verwertbar ist. Das wird bestritten. Zunächst ist hierzu festzuhalten, dass bei der Invaliditätsbemessung, wie in Art. 16 ATSG angeordnet, eine ausgeglichene Arbeitsmarktlage angenommen wird. Es kommt demnach nicht darauf an, ob eine invalide Person unter den konkreten Arbeitsmarktverhältnissen tatsächlich an eine Stelle vermittelt werden kann, sondern einzig darauf, ob und in welchem Rahmen sie die ihr verbliebene Arbeitskraft noch wirtschaftlich nutzen könnte, wenn die verfügbaren Arbeitsplätze dem Angebot an Arbeitskräften entsprächen (vgl. Bundesgerichtsurteil vom 4. Mai 2018, 9C\_294/2017 E. 5.4.2., AHI 1998 S. 287 E. 3b). Ein ausgeglichener Arbeitsmarkt weist, was die verlangten beruflichen und intellektuellen Voraussetzungen wie auch den körperlichen Einsatz angeht, einen Fächer verschiedenster Tätigkeiten auf (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). Nach der Rechtsprechung des Bundesgerichts umfasst er selbst sogenannte Nischenarbeitsplätze, also Stellen- und Arbeitsangebote, bei welchen gesundheitlich Beeinträchtigte mit einem sozialen Entgegenkommen von Seiten des Arbeitgebers rechnen können (vgl. Bundesgerichtsurteile vom 18. Dezember 2019, 9C\_693/2019 E. 5.1.3, und vom 28. November 2014, 9C\_485/2014). Realitätsfremde Einsatzmöglichkeiten dürfen bei der Invaliditätsbemessung aber nicht berücksichtigt werden. Von einer zumutbaren Tätigkeit im Sinn von Art. 16 ATSG kann insbesondere dort nicht gesprochen werden, wo sie nur in so eingeschränkter Form möglich ist, dass sie der allgemeine Arbeitsmarkt praktisch nicht kennt, oder dass sie nur unter nicht realistischem Entgegenkommen eines durchschnittlichen Arbeitgebers möglich wäre und das Finden einer entsprechenden Stelle deshalb von vornherein als ausgeschlossen erscheint (vgl. Bundesgerichtsurteile vom 8. Oktober 2015, 8C\_582/2015, und vom 25. September 2018, 8C\_290/2018 E. 5.4, ZAK 1991 S. 318 E. 3b). Eine für die Beschwerdeführerin adaptierte Tätigkeit stellt die Erfordernisse, dass sie im Wechsel zwischen Stehen, Gehen und Sitzen ausgeübt werden kann und keine rückenbelastenden Tätigkeiten enthält (vgl. IV-act. 228-45) und dass sie sehr leicht ist. Wiederholtes Heben und Tragen von Lasten über 5 kg und das Einnehmen von Zwangshaltungen sollten zudem vermieden werden (vgl. IV-act. 228-56). Zwar sind damit diverse Adaptationskriterien zu erfüllen, doch sind diese Einschränkungen nicht als so einengend zu betrachten, dass das Finden einer Stelle auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt als realitätsfremd zu bezeichnen und eine Unverwertbarkeit gemäss der

Rechtsprechung (vgl. etwa Bundesgerichtsurteil vom 29. März 2018, 8C\_733/2017 E. 5: sehr leichte wechselbelastende Tätigkeit) anzunehmen wäre. Der Einwand der Beschwerdeführerin, es habe auf dem Arbeitsmarkt ein Wandel stattgefunden und die Arbeitgeber würden kein soziales Engagement mehr zeigen, zielt auf den tatsächlichen Arbeitsmarkt. Der massgebliche theoretische und abstrakte ausgeglichene Markt (vgl. BGE 134 V 64, BGE 129 V 480 E. 4.2.2) hat aber rein hypothetischen Charakter und dient ausserdem 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). Die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin, die vor Eintritt der Invalidität nicht einzig im Pflegebereich tätig gewesen war und der noch ein längerer Zeitraum des Erwerbslebens bevorsteht, ist daher als verwertbar zu beurteilen. Ein im Vergleich zu den statistisch erhobenen Einkommen gemäss LSE überdurchschnittliches Valideneinkommen ist bei der Beschwerdeführerin nicht zu verzeichnen. Selbst wenn bei der Bemessung ihres Invalideneinkommens von den genannten Durchschnittseinkommen ein als maximal zu betrachtender Abzug von 10 % als angezeigt zu erachten wäre, und auch selbst wenn die gemischte Methode mit einem Haushaltsteil von (maximal) 30 % bei ausserdem (allerdings nicht erstellt scheinender) Annahme voller Arbeitsunfähigkeit im Haushalt anzuwenden wäre, ergibt sich vorliegend bei voller Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin für eine zumutbare Erwerbstätigkeit kein rentenbegründender Invaliditätsgrad. Die angefochtene Verfügung erweist sich demnach als rechtmässig. Im Sinn der vorstehenden Erwägungen ist die Beschwerde abzuweisen. Nach Art. 69 Abs. 1 bis IVG ist das IV-Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von 200 bis 1000 Franken festgelegt. Die Beschwerdeführerin ist im Verfahren unterlegen, weshalb ihr die Gerichtskosten in der Höhe von Fr. 600.-- aufzuerlegen sind. Zuzufolge der Bewilligung der unentgeltlichen Prozessführung (Befreiung von den Gerichtskosten und Bewilligung der unentgeltlichen Rechtsverteidigung; zu Letzterer unten) vom 28. November 2018 ist sie jedoch von deren Bezahlung zu befreien. Der Staat ist aufgrund der unentgeltlichen Rechtsverteidigung zu verpflichten, für die Kosten der Rechtsvertretung der Beschwerdeführerin aufzukommen. Der Bedeutung der Streitsache und dem Aufwand angemessen erscheint eine Parteientschädigung von Fr. 3'500.-- (einschliesslich Barauslagen und Mehrwertsteuer). Diese ist in Anwendung von Art. 31 Abs. 3 des st. gallischen Anwaltsgesetzes (sGS 963.70) um einen Fünftel auf Fr. 2'800.-- zu reduzieren. Wenn ihre wirtschaftlichen Verhältnisse es ihr gestatten, kann die Beschwerdeführerin zur Nachzahlung der Gerichtskosten und der Auslagen für die Vertretung verpflichtet werden (vgl. Art. 123 ZPO i.V.m. Art. 99 Abs. 2 VRP/SG). Entscheid im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP Die Beschwerde wird abgewiesen. Die Beschwerdeführerin wird im Sinn der Erwägungen von der Bezahlung der Gerichtskosten von Fr. 600.-- befreit. Der Staat hat den Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin mit Fr. 2'800.-- (einschliesslich Barauslagen und Mehrwertsteuer) zu entschädigen.