

SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2019/182 vom 4. Mai 2021

Sg Versicherungsgericht, 2021-05-04, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg_publicationen_IV_2019_182

FR: SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2019/182 du 4 mai 2021

IT: SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2019/182 del 4 maggio 2021

Regeste

Art. 28 und 28a IVG. Gemischte Methode der Invaliditätsbemessung. Rückwirkend befristete Rente und Rückweisung des jüngeren Sachverhalts zur ergänzenden medizinischen Abklärung (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 4. Mai 2021, IV 2019/182).

Volltext

Entscheid vom 4. Mai 2021 Besetzung Versicherungsrichterinnen Karin Huber-Studerus (Vorsitz), Michaela Machleidt Lehmann und Corinne Schambeck; Gerichtsschreiberin Fides Hautle Geschäftsnr. IV 2019/182 Parteien A.____, Beschwerdeführerin, gegen IV-Stelle des Kantons St. Gallen, Postfach 368, 9016 St. Gallen, Beschwerdegegnerin, Gegenstand Rente Sachverhalt Am 26. Februar 2015 (IV-act. 9; Eingangsdatum 4. März 2015) übermittelte die ____ AHV-IV-FAK der Sozialversicherungsanstalt/IV-Stelle des Kantons St. Gallen eine an Erstere gerichtete Anmeldung von A.____, wohnhaft in ____, zum Bezug von Leistungen der Invalidenversicherung vom 5. Februar 2015, namentlich einer Rente (IV-act. 1), zur Erstprüfung. Die Versicherte hatte angegeben, nach der Berufsschule (19__) hierzulande eine Lehre als ____ abgeschlossen und ____ erwachsene Kinder zu haben. Seit September 2007 sei sie (in der Schweiz) als Serviceangestellte tätig. Seit 2012 leide sie an Lupus erythematoses, Gelenkschmerzen (nach zweistündiger Arbeit stark), Müdigkeit (mit mehrmals täglich Bedarf an langen Ruhephasen) und Leistungsschwäche (infolge Einnahme sehr vieler Medikamente). In einem Fragebogen hatte die Versicherte ergänzt, Knie, Rücken und Arme würden bei der sehr gern ausgeübten Arbeit, die sie nicht vollständig missen wolle, überlastet. Es seien ihr aber dennoch alle Tätigkeiten möglich, allerdings nicht für die volle Zahl an Arbeitsstunden. Die Arbeitgeberin gab in einer Bescheinigung vom 18. Februar 2014 (recte: 2015; IV-act. 14) an, die Versicherte habe von September 2007 bis 11. Dezember 2014 während der betriebsüblichen Arbeitszeit von 3 bis 5.5 Stunden pro Tag bzw. 22 Stunden pro Woche gearbeitet, danach bis zum letzten Arbeitstag am 16. Dezember 2014 noch an zwei Stunden pro Tag bzw. 11 bis 12 Stunden pro Woche. Sie verdiene einen Stundenlohn von Fr. 21.60 (einschliesslich Ferien- und Feiertagsentschädigung von Fr. 0.40 und Fr. 1.90 und 13. Monatslohn von Fr. 1.50), pro Monat ca. Fr. 1'760.-- und pro Jahr ca. Fr. 23'000.--. Seit 17. Dezember 2014 sei die Versicherte zu 50 % arbeitsunfähig und beziehe Krankentaggelder. Nach zwei Stunden Arbeit würden ihre Leistungen zurückgehen. Dr. med. B.____, Rheumatologie FMH, gab in seinem IV-Arztbericht vom 18. Mai 2015 (IV-act. 18) als Diagnosen bekannt (erstens) einen systemischen Lupus erythematoses (SLE; mit u.a. Rheumafaktor positiv, Hypergammaglobulinämie, Komplementverbrauch, Polyarthralgien/Arthritiden, Hautbefall), (zweitens) ein chronisches lumbospondylogenes und intermittierendes

Reizsyndrom L3 rechts (mit u.a. Diskussequester im Recessus L3/4 mit u.a. Kompression der rechten Nervenwurzel L3, mässiger Spinalkanalstenose L3/4 und grenzwertig L2/3), (drittens) beginnende Gonarthrosen bds. (mit u.a. St. n. KAS rechts und links), (viertens) eine Polyglobulie und (fünftens) ein vaskuläres Risikoprofil mit Adipositas und Nikotinabusus. Im MR des Schädels hätten sich flächige Gliosezonen im Marklager der Grosshirnhemisphären gezeigt, differentialdiagnostisch würden postischämische Veränderungen im Rahmen einer Vaskulitis vermutet, ggf. könnte ein Zusammenhang mit einem Phospholipid-Syndrom bestehen. Klinisches Korrelat seien wiederkehrende Kopfschmerzen. Es werde wegen der Grunderkrankung eine erweiterte Immunotherapie durchgeführt. Er habe ab 17. Dezember 2014 eine Arbeitsunfähigkeit von 50 % attestiert, seit 23. April 2015 sei die Versicherte nun wegen des radikulären Schmerzsyndroms voll arbeitsunfähig. Sie sei infolge der verschiedenen Erkrankungen eingeschränkt belastungsfähig und es sei mittel- bis langfristig nicht mit einer Besserung der (gemeint wohl: 50-prozentigen) Arbeitsfähigkeit zu rechnen. In einem Strategie-Protokoll vom 26. Oktober 2015 (IV-act. 32) wurde festgehalten, es seien die Voraussetzungen für einen Anspruch auf berufliche Eingliederungsmassnahmen in Form von Arbeitsvermittlung (Arbeitsplatzerhaltung und Steigerung der Arbeitsfähigkeit auf das Vorniveau) erfüllt. - Nach einem Abklärungsgespräch bei der Versicherten zuhause vom 17. September 2015 hielt die IV-Eingliederungsverantwortliche am 18. September 2015 (IV-act. 33) fest, die Versicherte nehme bereits ein Pensum von 30 % wahr, das sich gemäss Stellungnahme des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD) der Invalidenversicherung allenfalls steigern lasse. Die Versicherte habe berichtet, es gehe ihr gesundheitlich insgesamt besser (geringere Schmerzen nach Infiltration und vorübergehender Opiateinnahme; keine Operation vorgenommen). Sie wolle an ihrem bisherigen Arbeitsplatz verbleiben. Ihr momentanes Arbeitspensum von etwa 30 %, das etwa der Hälfte des vormaligen Pensums entspreche, zu erhöhen, sehe sie sich längerfristig nicht mehr in der Lage, da sie damit an die körperlichen Grenzen stosse. Am 30. März 2016 (IV-act. 38) wurde Letzteres erneut bestätigt, worauf die beruflichen Massnahmen gleichentags abgeschlossen wurden (Mitteilung IV-act. 40). Dr. B. ___ gab im Arztbericht vom 30. Mai 2016 (IV-act. 45) an, infolge einer Besserung sei ab Mitte Juli 2015 nach der vollen Arbeitsunfähigkeit ein stufenweiser Wiedereinstieg in die Tätigkeit als Serviceangestellte erfolgt. Die Rückenschmerzsymptomatik habe sich deutlich stabilisiert. Ab Ende August (sc. wohl 2015) bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 50 %. Eine Steigerung des Pensums sei nicht möglich. Nebst den Rücken- und Knieschmerzen, die seit der Reduktion des Arbeitspensums auf 50 % besser erträglich seien, leide die Versicherte - im Rahmen der Grunderkrankung - auch an einem ausgeprägten Fatigue-Syndrom, weshalb die körperliche Belastbarkeit in einer allfälligen angepassten Verweisungstätigkeit schwierig einzuschätzen sei. Das ___spital hatte am 14. Februar 2016 (IV-act. 52) u.a. von einer Pneumonie links (vgl. auch IV-act. 49) berichtet und die Versicherte bis 21. Februar 2016 voll arbeitsunfähig geschrieben. Am 18. April 2016 (IV-act. 42) teilte die Krankentaggeldversicherung der Versicherten mit, sie richte ein Taggeld aus. Am folgenden Tag (Fremd-act. 1-1) reichte sie ihre Akten ein, darunter zahlreiche Arbeitsunfähigkeitszeugnisse. Ausserdem hatte ___ Dr. med. C. ___, Chefarzt Neurochirurgie, am 19. Juni 2015 (Fremd-act. 1-9 f.) mitgeteilt, es liege bei der Versicherten ein lumbales Wurzelkompressionssyndrom rechts bei engem Wirbelkanal und Diskushernien LWK 2/3 und LWK 3/4 rechtsbetont vor. Sie leide an einer Lumboischialgie rechts mit anfangs sehr starken, nun eher etwas rückläufigen Schmerzen im rechten Bein, insbesondere in der rechten Leiste, und an einer leichten Hüftbeugerparese. Er habe zur

Operation im Sinn einer Dekompression und Nukleotomie LWK 2/3 und LWK 3/4 rechts raten müssen. Die Versicherte wolle davon zurzeit infolge der eingetretenen Besserung noch absehen, bleibe aber auf die Einnahme von täglich zweimal 10 mg Targin angewiesen und sei zurzeit nicht arbeitsfähig.- Dr. med. D.____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin FMH, hatte am 20. Januar 2016 (Fremd-act. 1-7) erklärt, es bestünden drei Leiden, nämlich die Spinalkanalstenose mit lumbalen Diskushernien, welche eine Arbeitsunfähigkeit von 50 % als Serviceangestellte nachvollziehbar erscheinen lasse, dann ein systemischer Lupus erythematodes, der bei ihr medikamentös offensichtlich schwierig in den Griff zu bekommen sei, was mit einer Einschränkung des Allgemeinzustands einhergehe, und schliesslich Gonarthrosen, welche die Arbeitsfähigkeit im Service, aber auch jene auf dem freien (wohl: allgemeinen) Arbeitsmarkt einschränkten und bezüglich welcher die Versicherte wahrscheinlich um Eingriffe nicht herkommen werde. Die Arbeitsunfähigkeit von derzeit 50 % sei deshalb ausgewiesen und er teile die Auffassung des Rheumatologen, dass es kaum zu einer Steigerung der Arbeitsfähigkeit kommen werde. In einem Fragebogen zur Rentenabklärung betreffend Erwerbstätigkeit/Haushalt (IV-act. 53-1 und 53-3 ff.) gab die Versicherte am 14. Juni 2016 an, sie sei derzeit zu 10 bis 12 Stunden pro Woche erwerbstätig, die Reduktion um etwa dasselbe Mass sei im Dezember 2014 aus gesundheitlichen Gründen erfolgt. Ohne Behinderung würde sie einer Erwerbstätigkeit im Service im Umfang von 60 % nachgehen. Nicht oder nur teilweise möglich seien ihr das Heben schwerer Pfannen und anderer schwererer Gegenstände, die Fensterreinigung, der Grosseinkauf und das Tragen des Wäschekorbs zur Maschine. Auf Empfehlung des RAD vom 8. Juli 2016 (IV-act. 54) wurde am 10. August 2016 (IV-act. 57) eine monodisziplinäre rheumatologische Begutachtung bei Dr. med. E.____, Facharzt FMH für Innere Medizin, spez. Rheumatologie, in Auftrag gegeben (Mitteilung IV-act. 56). Weil ihr bei mehrsegmentärer Einengung des Spinalkanals zu einer operativen Dekompression geraten worden sei, ersuchte die Versicherte am 13. September 2016 um Verschiebung der Begutachtung (vgl. IV-act. 59 f.). Dr. B.____ erachtete die Verschiebung am 19. September 2016 als sinnvoll (vgl. IV-act. 60; die Operation sei im Oktober vorgesehen). Am 29. September 2016 (IV-act. 69) wurden eine Laminektomie L3 rechts, eine Diskektomie L3/4 von rechts und Entfernungen des kranial luxierten Bandscheibenvorfalles subligamentär und des rezessal bis foraminal reichenden Bandscheibenvorfalles L2/3 rechts vorgenommen. Der Operateur Dr. med. F.____, Neurochirurgie FMH, gab im Austrittsbericht vom 12. Oktober 2016 (IV-act. 68) über den Aufenthalt der Versicherten vom 28. September bis 2. Oktober 2016 in der Klinik bekannt, die Operation sei bei Claudicatio spinalis mit radikulärer Reizung L3 und L2 rechts bei fortgeschrittener Degeneration der LWS mit Torsionsskoliose und Diskopathien, kaudal luxiertem Bandscheibenvorfall L2/3 rechts und rezessal und kranial luxiertem Bandscheibenvorfall L3/4 rechts erfolgt. Die Versicherte sei nur noch in vornüber geneigter Position stehfähig gewesen und habe intensivste proximale Oberschenkelschmerzen sowie eine Quadrizeps- und Iliopsoasparese von M3-M4 gehabt. Schon sechs Stunden nach der Operation habe sie eine deutliche Besserung der Beschwerdesymptomatik wahrgenommen, nach 24 Stunden habe sich die ihr mögliche Gehstrecke deutlich verlängert. Für die nächsten zwei bis drei Wochen bestehe volle Arbeitsunfähigkeit. - Am 26. Oktober 2016 (IV-act. 67) berichtete der Arzt, die Versicherte benenne eine weiterhin persistierende Schmerzempfindung im proximalen und distalen Oberschenkelbereich rechts nach Zurücklegung einer gewissen Gehstrecke, zusätzlich neu auch linksseitig inguinale Schmerzen. - In einem weiteren Austrittsbericht vom 18. November 2016 (IV-act. 74) über einen Klinikaufenthalt vom 11.

bis 16. November 2016 wurde bekanntgegeben, nach initial fast unmittelbarer vollständiger Beschwerdefreiheit hätten die lumbovertebralen Schmerzen der Versicherten zugenommen und die Einschränkung der möglichen Gehstrecke sei wieder zurückgekehrt. Bei mikrobiologisch nachgewiesenem Wundinfekt habe sie notfallmässig hospitalisiert werden müssen. Am 12. November 2016 (IV-act. 73) sei wegen progredienter lumbovertebraler Schmerzen bei tiefliegendem abszedierendem Wundinfekt nach Laminektomie L3 rechts eine operative Revision (Abszessentlastung, Wundrevision, Teilentfernung eines Rezidivsequesters, IV-act. 74) vorgenommen worden. Mittelfristig stelle sich die Frage nach einer weiteren operativen Versorgung zur Spondylodese, um die progrediente Skoliosierung der LWS therapeutisch anzugehen (vgl. IV-act. 74). - Am 24. November 2016 (IV-act. 75) teilte Dr. F.____ mit, es sei vorgesehen, eine Zweitmeinung von der Orthopädie am Kantonsspital St. Gallen einzuholen. Am 15. Dezember 2016 (IV-act. 84) gab er bekannt, es zeigten sich nebst einer subkutanen Flüssigkeitseinlagerung klare Instabilitätszeichen, die eine stabilisierende Intervention notwendig werden lasse. - Die Klinik für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates am Kantonsspital St. Gallen (Wirbelsäulenchirurgie, Dr. med. G.____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates) gab in einem Bericht vom 11. Januar 2017 (IV-act. 86) als Diagnosen eine persistierende rechtsseitige Femoralgie und chronische belastungsabhängige Lumbalgien an. Als strukturelles Korrelat der belastungsabhängigen Lumbalgien zeige sich eine deutliche linkskonvexe degenerative Lumbalskoliose mit 34°. Auf den Etagen L2 und L3 würden die Foramina konsekutiv eingengt, auf letzterer Höhe bestehe ferner eine Diskushernie foraminal bis extraforaminal. Eine erneute Dekompression würde wegen der Skoliose wenig Erfolg versprechen, es sei eine Aufrichtungsspondylodese Th10-S1 oder allenfalls bis zum Ilium angeraten worden. Osteoporose und Nikotinabusus stellten ungünstige Faktoren dar. Ausserdem sei bei hohem Opiatbedarf die Medikation zu optimieren. - Die Klinik für Neurochirurgie am Kantonsspital St. Gallen (Dr. med. H.____) hatte am 29. August 2016 (IV-act. 91) berichtet, die Versicherte leide an einer therapieresistenten Lumbofemoralgie rechts und einer neurogenen Claudicatio spinalis-Symptomatik. Klinisch hätten sich mit Ausnahme einer seit mehr als einem Jahr bekannten Hypästhesie im ventrolateralen Oberschenkel rechts keine neuen neurologischen Defizite gezeigt. Kernspintomographisch bestehe nebst einer Rezessusstenose L1/2 rechts eine degenerative, vor allem diskogen bedingte Wirbelkanalstenose L2 - L4. Es werde eine Dekompression L1 - L4 rechts empfohlen. Am 13. Juli 2017 (IV-act. 95-1 f.) gab Dr. B.____ bekannt, es seien eine intensivierete ambulante Schmerztherapie mit Ausbau der Analgesie durch Schmerzmodulatoren und Opiate und stationäre Spitalaufenthalte nötig gewesen. Die Versicherte habe deutlich an Gewicht abgenommen. Bei einem Verlaufs-MR habe sich der hochgradige Verdacht auf eine Spondylodiszitis mit Wirbelkörperosteolyse und Psoasabszess ergeben. Am 17. Juli 2017 werde eine Abszess-Biopsie erfolgen und am 27. Juli 2017 wäre eine Revisionsoperation geplant. Die Versicherte sei weiterhin voll arbeitsunfähig. Beigelegt wurden zwei Berichte der Klinik I.____ vom 5. April 2017 und vom 6. Juli 2017 (IV-act. 95-3 ff.). Die Klinik I.____ (Wirbelsäulenchirurgie, Dr. med. J.____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates) reichte am 13. September 2017 (IV-act. 98) u.a. einen Operationsbericht vom 24. Juli 2017 (IV-act. 98-9 ff.: absolute Operationsindikation, weil andernfalls mit Lähmung zu rechnen und Gefahr einer lebensbedrohlichen Sepsis) und einen Austrittsbericht vom 4. August 2017 (IV-act. 98-5 ff.) ein. In Letzterem war die Spondylodiszitis L3/4 mit Wirbelkörperosteolyse L4, Subluxation und grosser segmentaler

Instabilität diagnostiziert worden. Bei der Operation seien eine Infektrevision und eine instrumentierte Korrekturspondylodese mit Reposition Subluxation L3/4, eine Stabilisation L2-L5, eine TLIF L2/3 rechts, L4/5 links, ein partieller Wirbelkörperersatz L4 über TLIF Zugang von links, eine Vertebroplastik transpedikulär L2-L5 und eine Dekompression L2-L5 erfolgt. - In einem Bericht vom 5. September 2017 (IV-act. 98-2 ff.) war beschrieben worden, bei der Kontrolle sechs Wochen nach der Operation habe die Versicherte erklärt, die präoperativ ausstrahlenden Beinschmerzen rechts seien komplett verschwunden und die Haltung des Oberkörpers habe sich verbessert. Die Versicherte fühle sich allerdings vor allem wegen der Antibiotika-Einnahme (noch bis Mitte Oktober 2017 geplant) schwach und seit einiger Zeit bestünden linksseitige Leistenschmerzen. Diese seien am ehesten auf eine beginnende Coxarthrose zurückzuführen oder im Rahmen der Grunderkrankung zu sehen. Die Opiate seien langsam zu reduzieren. Es bestehe weiterhin volle Arbeitsunfähigkeit. - Am 1. November 2017 (IV-act. 122) wurde dargelegt, drei Monate postoperativ habe die Versicherte berichtet, praktisch keine lumbalen Rückenschmerzen zu haben und auch die Ausstrahlung in die Leiste und jene in die Beine seien verschwunden. Zwischenzeitlich seien starke Beschwerden seitens des Lupus erythematodes aufgetreten, die regredient seien. - Am 9. Februar 2018 (IV-act. 116) wurde von einem ein halbes Jahr nach der Operation vorliegenden weiterhin guten Verlauf berichtet. - Am 12. Oktober 2017 (IV-act. 109) hatte der RAD noch einen instabilen Gesundheitszustand angenommen, der versicherungsmedizinisch noch nicht abschliessend eingeordnet werden könne. Dr. B. ___ hatte inzwischen am 18. Dezember 2017 (IV-act. 114) mitgeteilt, die Schmerzsituation der Versicherten habe sich deutlich gebessert, doch bestehe weiterhin ein Opiatbedarf bei ausgedehnten bewegungsabhängigen Schmerzen der LWS und deutlicher muskulärer Dekonditionierung. Wie der RAD am 16. März 2018 (IV-act. 119) festhielt, teilte Dr. B. ___ ihm damals mit, der Gesundheitszustand der Versicherten habe sich einigermaßen stabilisiert. Der Verlauf nehme sich gemessen an der hochdelikaten Problematik, die in der Klinik I. ___ habe bewältigt werden müssen, erfreulich gut aus. Die Versicherte habe stark an Gewicht abgenommen und es bestehe immer noch eine Opiatabhängigkeit, allerdings sei eine starke Reduktion der Dosis gelungen. Er sehe sich angesichts des hochkomplexen Gesundheitsschadens ausserstande, die Arbeitsfähigkeit festzulegen, schätze sie aber approximativ auf ca. 50 % ein. Der RAD befürwortete eine Haushaltabklärung und eine nachfolgende rheumatologische Begutachtung. Am 4. Juni 2018 (IV-act. 123) erfolgte die Abklärung an Ort und Stelle im Haushalt. Gemäss dem Bericht hat die Versicherte angegeben, von 2004 bis 2009 in einem Pensum von 50 % als Produktionsmitarbeiterin tätig gewesen zu sein und ab September 2007 im Service, und zwar bis 2009 als Aushilfe (mit Fr. 1'000.-- bis Fr. 2'000.-- Einkommen pro Jahr), nach Aufgabe der Stelle als Produktionsmitarbeiterin dann ansteigend auf ein Pensum von 50 bis 60 % bzw. an ca. 28 Stunden pro Woche. Bei guter Gesundheit würde sie weiterhin im bisherigen Ausmass von 60 % als Serviceangestellte arbeiten. Im Vordergrund stünden die Freude an der Arbeit und die zwischenmenschlichen Kontakte, und natürlich gebe es auch einen wirtschaftlichen Aspekt. Betreuungsaufgaben habe sie keine. Sie habe stets zum Lebensunterhalt und zu Extras ihren Teil beigesteuert. Der IV-Abklärungsbeauftragte hielt fest, die Versicherte stelle sich ihrer Situation positiv, mache das Beste daraus und habe sich bereits einige Hilfsmittel zugelegt, u.a. zwei Hochbetten, was auf die bestehende Problematik hinweise. Er ermittelte im Haushaltsanteil von 40 % (Differenz von 100 % zur Erwerbstätigkeit von 60 %) keine Einschränkung. Die Versicherte habe im Bereich der Ernährung (von 47 % des Haushaltsbereichs) eine Einschränkung von 25 %, bei der Wohnungspflege (22 %) eine

solche von 50 % und beim Einkauf und weiteren Besorgungen (12 %) sowie bei der Wäsche und Kleiderpflege (8 %) je eine solche von 25 %, total eine Einschränkung von 27.75 %, geltend gemacht. Weil den Familienangehörigen eine Mithilfe von 60 bis 90 Minuten pro Tag rechtsprechungsgemäss zumutbar sei, könnten die 21 Minuten bei der Ernährung und die 20 Minuten bei der Wohnungspflege vom Ehemann übernommen werden. Auch bei der Wäsche und Kleiderpflege müsse dessen Unterstützung eingefordert werden, doch sei auch verständlich, dass die Versicherte diese Arbeit - mit grösserem Zeitaufwand - selbst besorge. Die notwendige Unterstützung beim Einkauf sei minim. Damit sei insgesamt eine Schadenminderungspflicht von rund 28 % bzw. 50 Minuten pro Tag bei einem Gesamtaufwand von 3.03 Stunden berücksichtigt worden. Die langdauernde Krankheit habe am 17. Dezember 2014 begonnen. Bei einer Einschränkung von 50 % bezüglich des Erwerbsteils von 60 % ergebe sich eine Invalidität von insgesamt 30 %. Im Verlauf des dritten Monats (sc. voller Arbeitsunfähigkeit) nach der ersten Operation vom September 2016, d.h. im Dezember 2016, resultiere eine jahresdurchschnittliche Einschränkung von 40 %. Die Versicherte habe daher ab 1. Dezember 2016 Anspruch auf eine Viertelsrente, drei Monate später, d.h. ab 1. März 2017, auf eine ganze Rente. Am 4. Dezember 2018 (IV-act. 129) erstattete Dr. E. ___ das internistisch-rheumatologische Gutachten (Begutachtung am 2. Oktober 2018). Er gab bekannt, als Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit lägen vor (teilweise verkürzt wiedergegeben, erstens) eine fortgeschrittene linksbetonte und beidseits aktivierte Pangenarthrose mit degenerativen Meniskopathien mit Kniegelenksarthroskopie links 02/05, 08/05 und 03/15, Kniegelenksarthroskopie rechts 08/11 und Genua vara, und (zweitens) eine aufgehobene LWS-Beweglichkeit und ein anamnestisch lumbospondylogenes Schmerzsyndrom mit u.a. Laminektomie L3 rechts, Diskektomie L3/4 von rechts und Entfernung des Bandscheibenvorfalles L2/3 rechts am 29.09.2016, oberflächlicher und tiefer Wundrevision am 12.11.2016 und Infektrevision am 24.07.2017. Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit, aber von Krankheitsrelevanz sei der systemische Lupus erythematodes (mit u.a. sekundärem Raynaudsyndrom und Polyarthralgien/-arthritiden), bei aktuell klinischer Remission. Daneben bestünden weitere Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit (etwa Senkfüsse bds.). Eine berufliche Reintegration in die zuletzt ausgeübte Berufstätigkeit als Serviceangestellte sei aufgrund des deutlich eingeschränkten Belastungsprofils der Wirbelsäule und der Kniegelenke nicht sinnvoll. Diesbezüglich sei die Versicherte seit spätestens August 2016 dauerhaft arbeitsunfähig. Davor sei eine schlüssige Beurteilung der Arbeitsfähigkeit für die angestammte Tätigkeit nicht möglich. Es gebe keine sicheren Hinweise auf eine längerfristige Arbeitsunfähigkeit von mehr als 50 % bezogen auf ein volles Pensum. Auch andere körperlich mittelschwere und schwere berufliche Tätigkeiten und Arbeiten, die ein hilfsmittelfreies Gehen über längere Strecken, ein Treppensteigen ohne Handlauf oder mit gleichzeitigem Tragen von leichten Lasten oder längeres Stehen erforderten, seien dauerhaft zu vermeiden bzw. nicht möglich. In körperlich leichten, wechselbelastenden und überwiegend sitzend auszuführenden beruflichen Tätigkeiten ohne Heben/Tragen von Lasten über 5 kg, ohne längerdauernde Wirbelsäulenzwangshaltungen, ohne repetitive Wirbelsäulenflexionen/-extensionen und insbesondere ohne Wirbelsäulentorsionen und ohne im Knien oder in der Hocke auszuführende Arbeiten bestehe aus rheumatologischer Sicht spätestens ab dem Zeitpunkt des Gutachtens eine Arbeitsunfähigkeit von 50 %, wahrscheinlich bereits ab 1. November 2017. Von August 2016 bis Oktober 2017 sei für alle beruflichen Tätigkeiten eine volle Arbeitsunfähigkeit ausgewiesen. Vor August 2016 lasse sich eine Arbeitsunfähigkeit von

mehr als 50 % diesbezüglich aufgrund der vorhandenen medizinischen Akten retrospektiv nicht begründen. Nach der Implantation von Knieendoprothesen bds. könne mit einer Verbesserung der Arbeitsfähigkeit gerechnet werden; aufgrund der persönlichen Erfahrungen mit den Wirbelsäuleneingriffen sei die Versicherte einem erneuten operativen Eingriff gegenüber aber (verständlicherweise, vgl. IV-act. 129-27) skeptisch. - Der RAD schloss sich dem Gutachten an (vgl. IV-act. 130). Mit Vorbescheid vom 5. Februar 2019 (IV-act. 134) stellte die Sozialversicherungsanstalt/IV-Stelle des Kantons St. Gallen der Versicherten eine Abweisung ihres Leistungsgesuchs um eine Rente bei einem Invaliditätsgrad von 30 % in Aussicht. Im Einkommensvergleich ergebe sich eine Einschränkung von 50 %, bezogen auf das Teilpensum von 60 % entsprechend eine solche von 30 %. Im Haushaltteil von 40 % bestehe dagegen keine Einschränkung. Dr. B.____ erhob am 11. März 2019 (IV-act. 136) einen von der Versicherten mitunterzeichneten Einwand (vgl. ausserdem IV-act. 140-2). Die Versicherte sei polymorbid, befinde sich in Dauer-Physiotherapie, sei auf eine Daueranalgesie einschliesslich Opiat-Medikation angewiesen und stehe unter einer immunsuppressiven Therapie des - intermittierend aktiven - Lupus erythematodes. In diesem Zusammenhang leide sie seit Jahren an einem Fatigue-Syndrom. Intermittierend komme es zu schubartigen Polyarthralgien und Kopfschmerzen, die sich lediglich durch passagere Erhöhung der Steroidtherapie bessern liessen. Das müsse ergänzend bei der zumutbaren Belastbarkeit berücksichtigt werden, zumindest mit einem erhöhten Erholungsbedarf. Es sei grundsätzlich schwierig nachvollziehbar, dass die Versicherte im Erwerb zu 50 % arbeitsfähig sein solle, insbesondere da sie gleichzeitig den Haushalt führen müsse. Die Tätigkeiten im Haushalt könnten zudem kaum mehrheitlich im Sitzen ausgeführt werden. Dass sie von Familienangehörigen dabei Hilfe bekomme (nötig beim Rasenmähen, Reinigen von Treppen, Fenstern und Duschkabine/Badewanne sowie beim Zehennägelschneiden), sei schön, könne jedoch bei der Abschätzung des Invaliditätsgrads nicht bewertet werden. Bei entsprechender Belastung habe die Versicherte deutlich mehr Rückenschmerzen und brauche Erholungsphasen. Daher sei aus medizinischer Sicht nachvollziehbar, dass sie, wie sie dafürhalte, die zugemutete Belastung mit Erwerb und Haushalt in der Summe nicht bewerkstelligen könne, auch wenn sie sich die Haushaltarbeiten einteilen könne. Mit Schreiben vom 28. Mai 2019 (IV-act. 144) nahm der Gutachter zum Einwand Stellung. Die seit Jahren bestehende Fatigue-Symptomatik sei multifaktorieller Genese und könne nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf die entzündliche rheumatische Systemerkrankung zurückgeführt werden. Diesbezüglich sei auf die installierte Opiattherapie hinzuweisen. Die chronische Fatigue sei bei der Begutachtung auch auf gezielte Befragung hin nicht erwähnt worden. Die Versicherte habe vielmehr von einer Besserung der chronischen Müdigkeit unter der medikamentösen Behandlung des SLE berichtet. Für die Arbeitsfähigkeitsschätzungen ergäbe sich nichts Neues. Das Ergebnis des Haushaltabklärungsberichts sei aus gutachterlicher rheumatologischer Sicht nachvollziehbar gewesen. Zum Zeitpunkt des Gutachtens habe eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit der Versicherten als Hausfrau bei allfälliger Teilerwerbstätigkeit nicht gerechtfertigt geschienen, auch nicht unter Würdigung der qualitativen Einschränkungen der körperlichen Leistungsfähigkeit. Unter Berücksichtigung der aktuell aufgeführten Einschränkungen liesse sich eine Einschränkung von maximal 20 % begründen. Bei einer Einstufung als zu 60 % Erwerbstätige und zu 40 % im Haushalt Arbeitende bedürfe die Versicherte gemäss dem geschilderten Tagesablauf einer verlängerten Mittagsruhe, welche die gleichzeitige Bewältigung eines Teilzeitarbeitspensums von 50 % und des Pensums als

Hausfrau nicht massgeblich tangiere. Bei der Verrichtung der Haushaltarbeiten könne die Versicherte wiederholt Pausen einlegen, bei welchen sie sich sitzend ausruhen könne. Daher bestehe kein Widerspruch in der Arbeitsfähigkeitsbeurteilung in den beiden Bereichen. Mit Verfügung vom 14. Juni 2019 (IV-act. 146) wies die Sozialversicherungsanstalt/IV-Stelle des Kantons St. Gallen den Rentenanspruch der Versicherten ab. Vor August 2016 sei keine Arbeitsunfähigkeit ausgewiesen. Von August 2016 bis Oktober 2017 bzw. bis zum Ablauf einer an die Operation vom Juli 2017 anschliessenden dreimonatigen Rekonvaleszenz sei die Versicherte im Erwerb voll und im Haushalt zu 25 % arbeitsunfähig gewesen, nach der Verbesserung durch die dritte Operation vom Juli 2017 im Erwerb noch zu 50 % und im Haushalt nicht mehr. Der Einkommensvergleich ergebe eine Einschränkung von 50 % (Valideneinkommen Fr. 54'783.--, Invalideneinkommen Fr. 27'397.--). Damit resultiere bei gemischter Methode ein Invaliditätsgrad von insgesamt 30 % (0.6 mal 50 %). Gegen diese Verfügung richtet sich die Beschwerde vom 14. August 2019 (act. G 3; vgl. auch act. G 1). Die Beschwerdeführerin beantragt eine zweite, unabhängige rheumatologische Abklärung und sinngemäss die Zusprache einer Rente. Es sei ihr weder eine Tätigkeit im Stehen noch eine solche im Sitzen möglich. Dem beigelegten Bericht der Klinik I.____ vom 16. Juli 2019 lasse sich entnehmen, dass sich der Zustand ihrer Bandscheibe weiterhin verschlechtere. - Die Klinik I.____ (PD Dr. J.____) hatte im genannten Bericht (act. G 3.2) festgehalten, die Beschwerdeführerin sei bei der letzten Kontrolle relativ beschwerdearm gewesen. Sie berichte über eine seitherige gewisse Schmerzzunahme im oberen Bereich der Instrumentation und gehäuft auch Richtung rechte Leiste ausstrahlende Schmerzen, vor allem bei körperlichen Aktivitäten. Zwei Jahre nach der Operation zeige sich (in einem Röntgenbild der LWS vom 16. Juli 2019) eine im Vergleich zu den Voraufnahmen progrediente Anschlusssegmentdegeneration L1/2 mit deutlicher Verschmälerung des Bandscheibenfaches und Verlust der segmentalen Höhe, welche die vermehrten lumbalen Schmerzen erkläre. Zu empfehlen seien physiotherapeutische Massnahmen, allenfalls eine Facettengelenkinfiltration und/oder L1-Wurzel-Infiltration. In ihrer Beschwerdeantwort vom 18. Oktober 2019 beantragt die Beschwerdegegnerin eine teilweise Gutheissung der Beschwerde und Zusprache einer auf die Zeit vom 1. August 2017 bis 31. Januar 2018 befristeten ganzen Rente gemäss Rz 4015 ff. (sc. wohl insbesondere Rz 4018) des vom Bundesamt für Sozialversicherungen erlassenen Kreisschreibens über Invalidität und Hilflosigkeit in der Invalidenversicherung (KSIH). Es sei sehr unwahrscheinlich, dass vor Erlass der Verfügung eine Verschlechterung eingetreten sei, hätte sich doch dann Dr. B.____ in seiner Stellungnahme kurz davor entsprechend geäussert. Der Beschwerdeführerin werde empfohlen, sich neu anzumelden, damit der RAD prüfen könne, ob eine Verschlechterung seit Erlass der Verfügung glaubhaft sei. Die Beschwerdeführerin habe seit jeher in Teilzeit gearbeitet. Anhaltspunkte für eine anderweitige Aufteilung bestünden nicht. Eine Nichtanwendung der gemischten Methode wäre unrechtmässig. Dem Abklärungsbericht sei die erforderliche Beweiskraft zuzugestehen. Von der ihr mit Schreiben vom 30. Oktober 2019 eingeräumten Möglichkeit, zur Beschwerdeantwort Stellung zu nehmen, hat die Beschwerdeführerin keinen Gebrauch gemacht. Erwägungen Im Streit liegt die Verfügung vom 14. Juni 2019, mit welcher die Beschwerdegegnerin einen Rentenanspruch abwies. Sie hielt darin fest, sie habe damit das Gesuch vom März 2015 beurteilt. In der Beschwerdeantwort beantragt sie eine teilweise Gutheissung der Beschwerde und Zusprache einer befristeten Rente für die Zeit vom 1. August 2017 bis 31. Januar 2018. Die Beschwerdeführerin beantragt eine erneute rheumatologische Abklärung sowie sinngemäss

Rentenleistungen. 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. Anspruch auf eine Rente haben nach Art. 28 Abs. 1 IVG Versicherte, 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 ATSG) gewesen sind (lit. b) und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind (lit. c). Nach Art. 29 Abs. 1 IVG entsteht der Rentenanspruch frühestens nach Ablauf von sechs Monaten nach Geltendmachung des Leistungsanspruchs nach Art. 29 Abs. 1 ATSG. Für die Bemessung der Invalidität von erwerbstätigen versicherten Personen ist gemäss Art. 28a Abs. 1 IVG Art. 16 ATSG anwendbar. Danach wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Valideneinkommen; sog. allgemeine Methode der Invaliditätsbemessung). - Nach Art. 5 Abs. 1 IVG bestimmt sich die Invalidität bei versicherten Personen mit vollendetem 20. Altersjahr, die vor der Beeinträchtigung ihrer körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit nicht erwerbstätig waren und denen eine Erwerbstätigkeit nicht zugemutet werden kann, nach Art. 8 Abs. 3 ATSG. Nach dieser letztgenannten Bestimmung gelten volljährige solche versicherten Personen als invalid, wenn eine Unmöglichkeit vorliegt, sich im bisherigen Aufgabenbereich zu betätigen. Gemäss Art. 28a IVG wird bei nicht erwerbstätigen versicherten Personen, die im Aufgabenbereich tätig sind und denen die Aufnahme einer Erwerbstätigkeit nicht zugemutet werden kann, für die Bemessung der Invalidität in Abweichung von Art. 16 ATSG darauf abgestellt, in welchem Mass sie unfähig sind, sich im Aufgabenbereich zu betätigen (Abs. 2; spezifische Methode). - Bei versicherten Personen, die nur zum Teil erwerbstätig sind (oder unentgeltlich im Betrieb des Ehegatten mitarbeiten), wird die Invalidität gemäss Art. 28a Abs. 3 IVG für diesen Teil nach Art. 16 ATSG festgelegt. Waren sie daneben auch im Aufgabenbereich tätig, so wird die Invalidität für diese Tätigkeit nach Abs. 2 festgelegt. In diesem Fall sind der Anteil der Erwerbstätigkeit und der Anteil der Tätigkeit im Aufgabenbereich festzulegen und der Invaliditätsgrad in beiden Bereichen zu bemessen (gemischte Methode). 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). Unbestrittenermassen (und nach überwiegender Wahrscheinlichkeit) ist davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin im hypothetischen Gesundheitsfall zu 60 % erwerbstätig (und dementsprechend zu 40 % im Haushalt tätig) wäre, weshalb ihre Invalidität nach der gemischten Methode mit einer entsprechenden Aufteilung in einen Erwerbsteil von 60 % und einen Haushaltsteil von 40 % zu bemessen ist. Hinsichtlich des Gesundheitszustands und der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin hat sich die Beschwerdegegnerin bei der Begründung des Antrags in ihrer Beschwerdeantwort offenbar auf das Ergebnis der rheumatologischen Begutachtung durch Dr. E.____ vom 2. Oktober 2018 (Gutachten vom 4. Dezember 2018) gestützt. Zunächst lässt sich dazu

festhalten, dass der Gutachter der Rheumatologie die Vorakten zur Kenntnis nahm (vgl. IV-act. 129-4 ff.) und ergänzende Akten einholte (vgl. IV-act. 129-3); er machte konventionelle Röntgenaufnahmen (vgl. IV-act. 129-3 und -21 f.: von Thorax stehend dorsal und von Kniegelenken links und rechts anterior im Einbeinstand und seitlich) und liess die Laborbefunde erheben (vgl. IV-act. 129-3), erfragte von der Beschwerdeführerin die geklagten Beschwerden und erhob die Anamnese (vgl. IV-act. 129-14 ff.) sowie die Untersuchungsbefunde (vgl. IV-act. 129-20 ff.). Die Beschwerdeführerin hatte ihm im Oktober 2018 u.a. berichtet, es bestünden Einschränkungen der körperlichen Leistungsfähigkeit beim Heben/Tragen von Lasten (ab Boden nur bezüglich leichter Gegenstände möglich) und beim Stehen. Gehen könne sie an Wanderstöcken maximal eine halbe Stunde ohne Pause, bergauf allerdings nicht. Treppensteigen könne sie nur mit Benutzung eines Handlaufs. Langsames Bücken sei möglich; geschehe es repetitiv, so würden jedoch lumbale Schmerzen mit Ausstrahlungen in die rechte Inguina (von 0 bis 5, sc. wohl auf der VAS-Skala) auftreten. Sie verspüre eine Kraftlosigkeit in den Knien und in diesen Gelenken liege eine Schmerzintensität von 2 bis 8 vor. Bei den Haushaltarbeiten benötige sie wiederholte Pausen; nach maximal einer halben Stunde müsse sie sich hinsetzen (vgl. IV-act. 129-25). - Der Gutachter gab bekannt, die Beschwerden seien konsistent und plausibel geschildert worden und sie hätten mit den objektivierbaren pathologischen Befunden korreliert. Die geltend gemachten Einschränkungen der körperlichen Belastung beim Stehen und Gehen und bei rückenbelastender Arbeit seien nachvollziehbar (vgl. IV-act. 129-27). Die Begutachtung erscheint nach dem Dargelegten vollständig. Der Gutachter hat soweit ersichtlich alle geklagten und aktenkundigen gesundheitlichen Schädigungen berücksichtigt (vgl. Befunde und Diagnosen). Er schloss, die Beschwerdeführerin sei in ihrer zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Serviceangestellte seit spätestens August 2016 dauerhaft voll arbeitsunfähig, bis Oktober 2017 sei sie es auch für alle anderen beruflichen Tätigkeiten gewesen. Für angepasste Tätigkeiten mit ihren zahlreichen beschriebenen (vgl. IV-act. 129-28) Beschränkungen bestehe seit 1. November 2017 wieder eine Arbeitsfähigkeit von 50 %. Diese Einschätzungen erscheinen zunächst gutachterlich nachvollziehbar begründet. Zur Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin im Haushalt äusserte sich der Gutachter erst in der Stellungnahme vom 28. Mai 2019. Er hielt dafür, der Haushaltabklärungsbericht sei aus gutachterlicher rheumatologischer Sicht nachvollziehbar gewesen. Es könne angenommen werden, dass die Beschwerdeführerin die anfallenden Haushaltarbeiten selbständig einteilen und zwischendurch Pausen einlegen könne. Die punktuelle Mithilfe von Familienangehörigen habe dazu geführt, dass keine prozentuale Einschränkung resultiert habe. Eine Einschränkung in diesem Tätigkeitsbereich sei zum Zeitpunkt der Begutachtung bei allfälliger Teilerwerbstätigkeit nicht als gerechtfertigt erschienen. Auch unter Berücksichtigung der von der Beschwerdeführerin (gemäss dessen Einwandschreiben vom 11. März 2019) Dr. B. ___ gegenüber beschriebenen Beeinträchtigungen liesse sich rheumatologisch eine Einschränkung der (spezifischen) Arbeitsfähigkeit von maximal 20 % begründen. Die verlängerte Mittagsruhe, welche die Beschwerdeführerin nach ihren Angaben benötige, tangiere die gleichzeitige Bewältigung eines Teilzeiterwerbsspensums von 50 % (entsprechend der Arbeitsfähigkeit) und des Haushalts (Anteil von 40 %) nicht. Bei der Invaliditätsbemessung nach der gemischten Methode wird gemäss dem am 1. Januar 2018 in Kraft getretenen Art. 27 bis Abs. 3 lit. a IVV in einem ersten Schritt das Erwerbseinkommen, das durch die Teilerwerbstätigkeit erzielt werden könnte, auf eine Vollerwerbstätigkeit hochgerechnet, mit welchem ein Einkommensvergleich gemacht wird (vgl. Art. 28a Abs. 1 IVG). Und

gemäss Art. 27 bis Abs. 4 IVV wird für die Berechnung des Invaliditätsgrades in Bezug auf die Betätigung der versicherten Person im Aufgabenbereich der prozentuale Anteil der Einschränkungen bei der Betätigung im Aufgabenbereich im Vergleich zur Situation, da die versicherte Person nicht invalid geworden wäre, ermittelt. - In einem zweiten Vorgang erfolgen je Gewichtungen der Resultate, nämlich eine solche betreffend den Erwerbsteil anhand des hypothetischen Beschäftigungsgrads als nicht invalide Person (vgl. Art. 27 bis Abs. 3 lit. b; hier von 60 %) und eine weitere betreffend den Haushaltteil anhand der Differenz dieses Grads zu einer Vollzeitberufstätigkeit (vgl. Art. 27 bis Abs. 4 Satz 2; hier von 40 %). - Als Drittes werden die beiden so ermittelten (Teil-) Invaliditätsgrade aus dem Erwerbsteilbereich und aus dem Aufgabenbereich summiert (vgl. Art. 27 bis Abs. 2 IVV). - Bei einer solchen Invaliditätsbemessung für teilzeiterwerbstätige versicherte Personen mit einem Aufgabenbereich sind demnach im ersten Schritt zwei separate Invaliditätsbemessungen vorzunehmen, einmal, als ob die versicherte Person Vollerwerbstätige (reiner Einkommensvergleich) wäre, und einmal, als ob sie vollumfänglich im Haushalt tätig wäre (reiner Betätigungsvergleich). Für eine einwandfreie solche Invaliditätsbemessung ist vorausgesetzt, dass die beiden medizinischen Arbeitsfähigkeitsschätzungen die Einschränkungen einer versicherten Person bezeichnen, wenn diese im einen Fall ein vollzeitliches Erwerbsspensum und wenn sie im andern Fall ein vollständiges Haushaltpensum leisten müsste. Das Zusammentreffen und die Kombination der beiden Bereiche - d.h. die Berücksichtigung, dass beide Tätigkeiten zu entsprechenden Teilen erfüllt werden müssen - erfolgt dagegen erst mit Gewichtung und Addition. Nach gutachterlicher Beurteilung ist die Beschwerdeführerin in einer - diversen einschränkenden Bedingungen entsprechenden - Erwerbstätigkeit zu 50 % (einer Vollzeitarbeit) in ihrer Arbeitsfähigkeit eingeschränkt. Zu 50 % zu leisten vermag sie demnach - was wie erwähnt als nachvollziehbar begründet scheint - nur noch körperlich leichte, wechselbelastende und überwiegend im Sitzen auszuführende berufliche Tätigkeiten ohne Heben/Tragen von Lasten über 5 kg, ohne längerdauernde Wirbelsäulenzwangshaltungen, ohne repetitive Wirbelsäulenflexionen/-extensionen und insbesondere ohne Wirbelsäulentorsionen und ohne im Knien oder in der Hocke auszuführende Arbeiten. Körperlich mittelschwere und schwere berufliche Tätigkeiten und Arbeiten, die ein hilfsmittelfreies Gehen über längere Strecken, ein Treppensteigen ohne Handlauf oder mit gleichzeitigem Tragen von leichten Lasten oder längeres Stehen erfordern, sind ihr nicht möglich. - Die gutachterliche Antwort auf den grundsätzlich berechtigten Einwand Dr. B.____s, dass die Arbeiten im Haushalt kaum mehrheitlich im Sitzen ausgeführt werden könnten bzw. dass sie den umschriebenen Anforderungen an eine adaptierte Tätigkeit nicht entsprächen, wonach die Beschwerdeführerin im Haushalt wie erwähnt dank Pausenmöglichkeit, freier Einteilung und Mithilfe der Familienangehörigen voll arbeitsfähig sei, erscheint deshalb nicht ohne weiteres überzeugend. Bei der Haushaltabklärung vom Juni 2018 hatte die Beschwerdeführerin eine Einschränkung von rund 28 % geltend gemacht, die aufgrund der beschriebenen und auch der medizinisch anerkannten rheumatologischen Beeinträchtigungen als plausibel betrachtet werden kann. Die Beschwerdegegnerin berücksichtigte in der Folge grundsätzlich zu Recht eine Mithilfe der Familienangehörigen bei der Bewältigung des (auch deren) Haushalts. Denn eine gewisse Entlastung durch sie ist nach der Rechtsprechung des Bundesgerichts in die Schätzung einzubeziehen; allerdings darf nach dieser Rechtsprechung nicht etwa die Bewältigung der Haushaltstätigkeit in einzelnen Funktionen oder insgesamt auf die übrigen Familienmitglieder überwältigt werden mit der Folge, dass gleichsam bei jeder festgestellten Einschränkung danach gefragt werden

müsste, ob sich ein Familienmitglied finden lässt, das allenfalls für eine ersatzweise Ausführung der entsprechenden Teilfunktion in Frage kommt (vgl. BGE 133 V 504 E. 4.2). Die Auswirkungen des Gesundheitsschadens auf die Arbeitsfähigkeit sind aber durch geeignete organisatorische Massnahmen und die Mithilfe der Familienangehörigen - denen dadurch ausserdem keine unverhältnismässige Belastung entstehen darf - möglichst zu mildern (vgl. BGE 130 V 396 E. 8), stets allerdings ohne aus dem Blick zu verlieren, dass es um die Bemessung der behinderungsbedingten Einbusse an persönlicher Leistungsfähigkeit der versicherten Person geht. Vorliegend ist demnach davon auszugehen, dass im Betätigungsvergleich eine gewisse Mithilfe der Familienangehörigen zu berücksichtigen ist, und dass die Tätigkeit im Haushalt, obwohl ebenfalls im ersten Schritt bezogen auf ein vollumfängliches Pensum zu betrachten, einen grösseren Spielraum in der Arbeitseinteilung (vgl. Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 7. Juni 2007, IV 2006/111 E. 5g) bietet als eine ausserhäusliche berufliche Betätigung in einem Anstellungsverhältnis. Ein vermehrter Zeitbedarf und erforderliche Pausen sind jedoch auch dort arbeitsunfähigkeitsrelevant. In Anbetracht der einschränkenden Umschreibung einer angepassten Arbeit, welche der Beschwerdeführerin medizinisch lediglich zu 50 % zumutbar ist, ist für die Haushaltstätigkeit mit ihren eingeschlossenen ungeeigneten Tätigkeiten im Ergebnis (nach Berücksichtigung von Mithilfe und freierer Arbeitseinteilung) die Feststellung des Gutachters als überzeugend zu betrachten, wonach sich bei einer Berücksichtigung der von der Beschwerdeführerin gegenüber Dr. B. ___ neu dargelegten Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit im Haushalt eine Einschränkung von maximal 20 % begründen liesse. Da diesbezüglich allerdings nicht von einer Sachverhaltsentwicklung auszugehen ist, ist auf diese Einschätzung auch für die Zeit der Begutachtung abzustellen. Für den Begutachtungszeitpunkt erscheint zusammenfassend das Ergebnis voller Arbeitsunfähigkeit für die Tätigkeit als Serviceangestellte und hälftiger Arbeitsunfähigkeit in adaptierter Tätigkeit wie erwähnt einleuchtend begründet. Darauf kann abgestellt werden. Für die Arbeitsunfähigkeit im Haushalt ist von einem Ausmass von (maximal) 20 % auszugehen (zur Differenz der Arbeitsunfähigkeitsgrade vgl. Bundesgerichtsurteil vom 29. Dezember 2014, 9C_487/2014 E. 3.2.1). Was den Erwerbsbereich betrifft, ist ein Einkommensvergleich vorzunehmen. Gemäss der Arbeitgeberbescheinigung vom 18. Februar 2015 hätte die Beschwerdeführerin damals ohne Gesundheitsschaden Fr. 23'000.-- pro Jahr verdient (vgl. IV-act. 14-4). Es lässt sich annehmen, dass sie in jenem hypothetischen Fall möglicherweise zunächst an der betreffenden Stelle verblieben wäre, allenfalls jedoch auch nur vorübergehend, denn sie hatte gemäss dem IK-Auszug auch schon verschiedene Arbeitsverhältnisse gehabt. Es rechtfertigt sich jedenfalls, für die Bemessung des Valideneinkommens auf die Tabellenlöhne abzustellen. Die bisherige Arbeit ist der Beschwerdeführerin nicht mehr zumutbar und sie hat nach der Aktenlage auch keine andere Erwerbstätigkeit mehr aufgenommen. Daher (vgl. BGE 129 V 472 E. 4.2.1) ist für die Bemessung des Invalideneinkommens ebenfalls auf die statistisch erhobenen Tabellenlöhne zu greifen. Sind sowohl Validen- wie Invalideneinkommen ausgehend vom selben Tabellenlohn zu bestimmen, so entspricht der Invaliditätsgrad dem Grad der Arbeitsunfähigkeit unter Berücksichtigung eines allfälligen Abzugs vom Tabellenlohn gemäss BGE 126 V 75 (vgl. Bundesgerichtsentscheide vom 9. Mai 2016, 8C_934/2015, und vom 20. April 2010, 9C_215/2010 E. 5.2). Bestehen im Einzelfall Anhaltspunkte dafür, dass die versicherte Person ihre gesundheitlich zumutbare verbleibende (Rest-) Arbeitsfähigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt nur mit unterdurchschnittlichem erwerblichem Erfolg verwerten

kann, ist ein Abzug von den Tabellenlöhnen zu machen. Bei der Bestimmung der Höhe des Abzuges ist der Einfluss aller in Betracht fallenden Merkmale auf das Invalideneinkommen unter Würdigung der Umstände im Einzelfall gesamthaft zu schätzen und insgesamt auf höchstens 25 % des Tabellenlohnes zu begrenzen (vgl. BGE 134 V 322 E. 5.2 und BGE 126 V 75). - Die medizinischen Beeinträchtigungen der Arbeits- und Leistungsfähigkeit der Beschwerdeführerin haben in der medizinisch begründeten Arbeitsunfähigkeitsschätzung ihren Ausdruck gefunden und sind nicht nochmals beim Abzug zu berücksichtigen. Auch zur Thematik der Fatigue hat sich der Gutachter geäußert (vgl. IV-act. 129-14 und 144-1) und den Opiateinsatz dabei berücksichtigt. Ob die Beschwerdeführerin die Arbeitsfähigkeit von 50 % (bezogen auf 100 %) während einer vollzeitlichen Erwerbsbeschäftigung erbringen könnte, lässt sich dem Gutachten zwar nicht entnehmen. Gemäss der Rechtsprechung des Bundesgerichts ist aber unter diesem Aspekt kein Abzug zu gewähren (vgl. Bundesgerichtsurteil vom 19. Juli 2017, 9C_72/2017 E. 4.3). Ein Abzug wegen nicht mehr zumutbarer körperlich belastenderer Arbeit fällt schliesslich, da der gewählte Tabellenlohn bereits eine Vielzahl von leichten und mittelschweren Tätigkeiten umfasst, nicht ohne weiteres in Betracht (vgl. Bundesgerichtsurteile vom 20. April 2018, 9C_833/2017 E. 5.1, und vom 24. Mai 2018, 8C_884/2017 E. 4.2). Unter diesen Umständen erscheint es - auch bei einer gesamthaften Würdigung aller Faktoren - nicht gerechtfertigt, einen Abzug anzubringen. - Bei einer Arbeitsunfähigkeit der Beschwerdeführerin von 50 % ergibt sich somit eine invaliditätsbedingte Erwerbseinschränkung von ebenfalls 50 %. Bezogen auf den Anteil der Erwerbstätigkeit von 60 % beläuft sich der Teilinvaliditätsgrad auf 30 %. Zusammen mit dem Teilinvaliditätsgrad aus dem Haushaltbereich von 8 % (Einschränkung von 20 % bezogen auf einen Anteil von 40 %) ergibt sich - für den Zeitpunkt der Begutachtung berechnet - ein nicht rentenbegründender Invaliditätsgrad von 38 %. Indessen ist auch der vor der Begutachtung liegende Zeitraum zu berücksichtigen. Anspruch auf eine Rente haben nach Art. 28 Abs. 1 IVG 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 ATSG) gewesen sind (lit. b) und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind (lit. c). - Ein wesentlicher Unterbruch der Arbeitsfähigkeit im Sinn von Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG liegt vor, wenn die versicherte Person an mindestens 30 aufeinanderfolgenden Tagen voll arbeitsfähig war (Art. 29 ter IVV; Bundesgerichtsentscheide vom 16. Februar 2018, 8C_633/2017 E. 3.4, und vom 10. August 2016, 9C_289/2016 E. 3.2). Der Rentenanspruch entsteht frühestens nach Ablauf von sechs Monaten nach Geltendmachung des Leistungsanspruchs nach Art. 29 Abs. 1 ATSG (Art. 29 Abs. 1 IVG). Was die zurückliegende Zeit vor der medizinischen Begutachtung betrifft, zeigt sich zur Arbeitsfähigkeit Folgendes: Betreffend zunächst die erste Phase vor August 2016 hielt der Gutachter der Rheumatologie eine schlüssige Beurteilung der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin als Serviceangestellte für nicht möglich. Sichere Hinweise für eine längerfristige Arbeitsunfähigkeit von mehr als 50 % (bezogen auf ein volles Arbeitspensum) in dieser Tätigkeit beständen nicht (vgl. IV-act. 129-28). Eine Arbeitsunfähigkeit von mehr als 50 % lasse sich auch für eine adaptierte Tätigkeit nicht begründen (vgl. IV-act. 129-29). - Eine Arbeitsunfähigkeit von 50 % erscheint nach dieser gutachterlichen Auffassung demgemäss möglich, nach der gesamten Aktenlage aber ausserdem überwiegend wahrscheinlich. Denn wie der RAD festgehalten hat, sind die medizinischen Einschätzungen von Dr. B. ____, der wie der

Gutachter ausgewiesener Rheumatologe sei, nicht etwa lediglich mit Blick auf seine Funktion als behandelnder Arzt weniger aussagekräftig. Seine echtzeitlichen Beurteilungen erscheinen denn auch begründet. Nach der entsprechenden Aktenlage wurde der Beschwerdeführerin erstmals ab 14. Dezember 2014 eine (solche) Arbeitsunfähigkeit von 50 % (vgl. IV-act. 18-3) bescheinigt, anschliessend vom 23. Februar bis 22. März 2015 eine solche von 100 %, hernach bis 12. April 2015 wiederum eine Arbeitsunfähigkeit von 50 % (vgl. auch Fremd-act. 1-32 bis 40) und vom 13. April 2015 bis Ende August 2015 eine solche von erneut 100 % (vgl. auch schon den Bericht von ___ Dr. C. ___ vom 15. Juni 2015). Nach einer von Dr. B. ___ beschriebenen (vgl. IV-act. 45) Verbesserung des Gesundheitszustands der Beschwerdeführerin Ende August 2015 lag bis Ende August 2016 wieder eine Arbeitsunfähigkeit von 50 % vor. Bei Ablauf einer möglichen Wartezeit von einem Jahr Mitte Dezember 2015 war die Beschwerdeführerin demnach im Erwerb während eines Jahres zu durchschnittlich (vgl. Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG) über 70 % (72.9 %; 2.5 Monate zu 50 %, 1x 100 %, 0.5x 50 %, 4.5x 100 %, 3.5x 50 %) arbeitsunfähig gewesen. Im Haushaltsbereich lag der Durchschnitt entsprechend bei über 50 % (56.6 %; je bei Teilarbeitsfähigkeitsphasen mit 20 % Arbeitsunfähigkeit berechnet: 2.5 Monate zu 20 %, 1x 100 %, 0.5x 20 %, 4.5x 100 %, 3.5x 20 %). Bei gemischter Berechnung (wie nach BGE 130 V 97 E. 3.4, Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 14. August 2012, IV 2010/302, und Rz 2019.1 KSIH erforderlich) ergibt sich ein über 40 % liegender Durchschnitt (von 66 %, 43.7 % und 22.6 %). Da angesichts einer Arbeitsunfähigkeit von 50 % im Erwerb und einer wie oben dargelegt anzunehmenden spezifischen Arbeitsunfähigkeit im Haushalt von 20 % indessen damals kein rentenbegründender Invaliditätsgrad, sondern ein solcher von 38 %, resultiert, hat die Beschwerdegegnerin zu Recht nicht bereits ab Dezember 2015 eine Rente zugesprochen (oder in der Beschwerdeantwort beantragt). Auf den Zeitpunkt von August 2016 (zweite Phase) setzte der Gutachter im Weiteren den Beginn der vollen Arbeitsunfähigkeit der Beschwerdeführerin für alle beruflichen Tätigkeiten fest, und zwar weil spätestens bei der damaligen Erstbeurteilung durch die Klinik für Neurochirurgie am Kantonsspital St. Gallen eine solche ausgewiesen sei (vgl. IV-act. 129-28, vgl. IV-act. 129-7). Auch dieser Einschätzung kann nach der Aktenlage gefolgt werden. Während der Zeit einer vollen Arbeitsunfähigkeit der Beschwerdeführerin auch für adaptierte Tätigkeiten ergibt sich unbestrittenermassen eine Invalidität eines Ausmasses, das Anspruch auf eine ganze Rente gibt. Was den Eintritt des Rentenfalls betrifft, wird der Anspruch auf eine ganze Rente in der Beschwerdeantwort ab 1. August 2017 - somit ein Jahr nach dem Beginn der vollen Arbeitsunfähigkeit - anerkannt. Bei der Abklärung an Ort und Stelle war dagegen davon ausgegangen worden, dass bei vorbestehender Einschränkung der Beschwerdeführerin im Umfang von 30 % (50 % Arbeitsunfähigkeit in 60-prozentigem Erwerbsteil) im Verlauf des dritten Monats nach Eintritt der vollen Arbeitsunfähigkeit, somit im Dezember 2016, die (sc. gemäss Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG) erforderliche jahresdurchschnittliche Einschränkung von 40 % erreicht werde, weshalb zu jenem Zeitpunkt ein Anspruch auf eine Viertelsrente entstanden und drei Monate später (sc. gemäss Art. 88a Abs. 2 IVV und Art. 29 bis IVV) eine ganze Rente geschuldet sei. Vor der vollen Arbeitsunfähigkeit ab August 2016 war die Beschwerdeführerin wie oben (E. 6.3.2) dargelegt bereits zu 38 % in ihrer (kombinierten) erwerblichen und spezifischen Arbeitsfähigkeit eingeschränkt. Nach elf Monaten dieser Einschränkung von 38 % und einem Monat voller Arbeitsunfähigkeit wird ein Durchschnitt von 43 % Arbeitsunfähigkeit erreicht. Die Beschwerdeführerin erfüllt die Wartezeit-Voraussetzung demnach schon im September 2016 (und nicht erst im Dezember

2016 wie vom Abklärungsbeauftragten berechnet). Nach der bundesgerichtlichen Rechtsprechung und der Verwaltungspraxis (vgl. Bundesgerichtsurteile vom 21. Februar 2019, 8C_718/2018 E. 2.2, vom 18. Februar 2016, 9C_942/2015 E. 3.1, vom 21. Oktober 2013, 8C_174/2013 E. 3.2, vom 24. März 2010, 8C_5/2010 E.3.2, und vom 2. Dezember 2008, 9C_718/2008 E. 4.1.1; AHI 1996 S. 187; BGE 105 V 156 E. 2c und 2d, entsprechend ZAK 1980 S. 282; Rz 4001 f. KSIH, vgl. auch Rz 4005 KSIH) müssen die durchschnittliche Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit während eines Jahres und die nach Ablauf der Wartezeit bestehende Erwerbsunfähigkeit kumulativ und in der für die einzelnen Rentenabstufungen erforderlichen Mindesthöhe gegeben sein, damit eine Rente im entsprechenden Umfang zugesprochen werden kann. - Deshalb kann bei einer Invalidität der Beschwerdeführerin von 100 % ab September 2016 eine Viertelsrente zugesprochen werden. - Für eine erforderliche Abstufung der Rente bei einer rückwirkenden Rentenfestsetzung ist in der Folge nicht mehr Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG, sondern (der zunächst auf Rentenrevisionen zugeschnittene) Art. 88a IVV massgebend (vgl. BGE 109 V 125 E. 4a für den alten Art. 29 Abs. 1 IVG). Nach dessen Abs. 2 ist eine anspruchsbeeinflussende Änderung bei einer Verschlechterung der Erwerbsfähigkeit zu berücksichtigen, sobald sie ohne wesentliche Unterbrechung drei Monate andauert hat. Artikel 29 bis IVV ist sinngemäss anwendbar (vgl. dazu ZAK 1990 S. 49). Letztere Bestimmung vermag vorliegend jedoch keine Erhöhung innert weniger als drei Monaten zu bewirken. Demnach ist der Rentenanspruch der Beschwerdeführerin nach Ablauf von drei Monaten auf eine ganze Rente zu erhöhen. Gemäss dem Gutachten dauerte die volle Arbeitsunfähigkeit der Beschwerdeführerin (von August 2016) bis Oktober 2017. Ab dem 1. November 2017 ist die bei der Begutachtung vorgefundene Arbeitsfähigkeit anzunehmen. Demnach ist ab jenem Zeitpunkt eine erhebliche und anhaltende Verbesserung des Gesundheitszustands und der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin anzunehmen, nach welcher die oben (E. 5.3) ermittelte Invalidität von 38 % verbleibt. - Der Rentenanspruch ist daher drei Monate nach Andauern dieser Verbesserung, somit auf den 31. Januar 2018, wie es die Beschwerdegegnerin beantragt, aufzuheben. Denn gemäss Art. 88a Abs. 1 IVV ist die anspruchsbeeinflussende Änderung für die Herabsetzung oder Aufhebung der Leistung bei einer Verbesserung der Erwerbsfähigkeit von dem Zeitpunkt an zu berücksichtigen, in dem angenommen werden kann, dass sie voraussichtlich längere Zeit dauern wird. Sie ist in jedem Fall zu berücksichtigen, nachdem sie ohne wesentliche Unterbrechung drei Monate andauert hat und voraussichtlich weiterhin andauern wird. Angemerkt werden kann, dass der Beschwerdeführerin für den Zeitraum des ermittelten Invaliditätsgrades von 38 %, da sie im Erwerb zu 50 % arbeitsunfähig ist und sich das auf ein 60 %-Pensum bezieht, in der gemischten Methode eine Erwerbstätigkeit von 30 % (2.46 Stunden pro Tag) zugemutet wird. Daneben soll sie den Haushalt mit einem Anteil von 40 % noch zu 80 % leisten können, d.h. also an rund 2.6 Stunden pro Tag. Zusammen sind das rund fünf Stunden täglicher Arbeitszeit. Am 16. Juli 2019 hat die Klinik I.____ darauf hingewiesen, dass die Beschwerdeführerin im Vergleich zur letzten Kontrolle über eine gewisse Schmerzzunahme berichtet habe. In einem aktuellen Röntgenbild der LWS sei eine im Vergleich zu den Voraufnahmen progrediente Anschlusssegmentdegeneration L1/2 mit deutlicher Verschmälerung des Bandscheibenfaches und Verlust der segmentalen Höhe zu sehen, welche die vermehrten lumbalen Schmerzen erkläre. Das stellt einen Hinweis auf eine mögliche rentenrelevante Verschlechterung dar. Die Beschwerdegegnerin stellt sich auf den Standpunkt, eine allfällige Verschlechterung sei jedenfalls nicht vor dem vorliegend massgeblichen letzten Beurteilungszeitpunkt bei Erlass der angefochtenen Verfügung,

somit nicht vor dem 14. Juni 2019, eingetreten, und verweist die Beschwerdeführerin auf ein Neuanmeldungsverfahren. Sie begründet dies mit dem Bericht von Dr. B. ___ vom 11. März 2019, worin keine Verschlechterung beschrieben wurde. Da die Verschlechterung jedoch bereits rund einen Monat nach Erlass der Verfügung in einer medizinischen Beurteilung beschrieben wurde, und zwar als degenerative Progredienz, ist anzunehmen, dass es sich gegebenenfalls um eine allmähliche Entwicklung handelte, die zumindest möglicherweise bereits in den vorliegenden Zeitraum zurückreicht. Die Beschwerdeführerin damit in neues Verfahren zu verweisen, erscheint daher nicht gerechtfertigt. Denn für die (richterliche) Beurteilung sind grundsätzlich die tatsächlichen Verhältnisse massgebend, wie sie sich bis zum Zeitpunkt der angefochtenen Verwaltungsverfügung entwickelt haben (vgl. BGE 121 V 362 E. 1b; BGE 125 V 150 E. 2c). Tatsachen, die sich erst später verwirklichen, sind jedoch insoweit zu berücksichtigen, als sie mit dem Streitgegenstand in engem Sachzusammenhang stehen und geeignet sind, die Beurteilung des Sachverhalts im Zeitpunkt des Verfügungserlasses zu beeinflussen (vgl. Bundesgerichtsurteil vom 7. Oktober 2016, 8C_357/2016 E. 3.2; vgl. BGE 99 V 102). Da Dr. B. ___ am 11. März 2019, wie die Beschwerdegegnerin zutreffend darlegt, noch keine Verschlechterung der Beschwerdesituation der Beschwerdeführerin beschrieb, ist der Sachverhalt ab März 2019 als abklärungsbedürftig zu betrachten. Zusammenfassend ergibt sich, dass die Beschwerdeführerin nach gegenwärtiger Aktenlage vom 1. September 2016 bis 31. Dezember 2016 Anspruch auf eine Viertelsrente (vgl. E. 6.4.3 f.) und vom 1. Januar 2017 (vgl. E. 6.4.3) bis 31. Januar 2018 (vgl. E. 6.5) Anspruch auf eine ganze Rente hat. Anschliessend besteht kein Rentenanspruch mehr, bis sich eine allfällige rentenrelevante Verschlechterung eingestellt hat. Ob und wann dies noch im vorliegend zu beurteilenden Zeitraum (bis 14. Juni 2019) der Fall sei, lässt sich noch nicht beurteilen, da diesbezüglich der Sachverhalt ungenügend abgeklärt ist (E. 8). Im Sinn der vorstehenden Erwägungen ist die Beschwerde unter Aufhebung der angefochtenen Verfügung vom 14. Juni 2019 teilweise gutzuheissen und der Beschwerdeführerin ist ab 1. September 2016 (bis 31. Dezember 2016) eine Viertelsrente und von 1. Januar 2017 bis 31. Januar 2018 eine ganze Rente zuzusprechen. Was den Sachverhalt ab März 2019 betrifft, ist die Sache zu ergänzenden medizinischen Abklärungen im Sinn der Erwägungen und zu entsprechender neuer Verfügung an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. Es rechtfertigt sich, bei diesem Ausgang des Verfahrens für die Kosten von einem vollen Obsiegen der Beschwerdeführerin auszugehen und die Gerichtskosten, die nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert festgelegt werden (Art. 69 Abs. 1 bis IVG), gesamthaft der Beschwerdegegnerin aufzuerlegen (vgl. Art. 95 Abs. 1 VRP/SG). Eine Entscheidegebühr von Fr. 600.-- erscheint angemessen. Der Kostenvorschuss in gleicher Höhe ist der Beschwerdeführerin zurückzuerstatten. Entscheid im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP Die Beschwerde wird unter Aufhebung der angefochtenen Verfügung vom 14. Juni 2019 im Sinn der Erwägungen insofern teilweise gutgeheissen, als der Beschwerdeführerin ab 1. September 2016 (bis 31. Dezember 2016) eine Viertelsrente und von 1. Januar 2017 bis 31. Januar 2018 eine ganze Rente zugesprochen wird und als die Sache, was den Sachverhalt ab März 2019 betrifft, zu ergänzenden medizinischen Abklärungen im Sinn der Erwägungen und zu entsprechender neuer Verfügung an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen wird. Die Beschwerdegegnerin hat die Gerichtskosten von Fr. 600.-- zu bezahlen. Der von der Beschwerdeführerin geleistete Kostenvorschuss von Fr. 600.-- wird ihr zurückerstattet.

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.