

# **SG\_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2019/35 vom 26. Januar 2021**

Sg Versicherungsgericht, 2021-01-26, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg\\_publicationen\\_IV\\_2019\\_35](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg_publicationen_IV_2019_35)

FR: SG\_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2019/35 du 26 janvier 2021

IT: SG\_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2019/35 del 26 gennaio 2021

## **Regeste**

Neuanmeldung nach Abweisung. Würdigung eines polydisziplinären Gutachtens (Entscheidung des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 26. Januar 2021, IV 2019/35).

## **Volltext**

Entscheidung vom 26. Januar 2021 Besetzung Versicherungsrichterinnen Karin Huber-Studerus (Vorsitz), Monika Gehrler-Hug und Michaela Machleidt Lehmann; Gerichtsschreiberin Fides Hautle Geschäftsnr. IV 2019/35 Parteien A.\_\_\_\_  
Beschwerdeführerin, gegen IV-Stelle des Kantons St. Gallen, Postfach 368, 9016 St. Gallen, Beschwerdegegnerin, Gegenstand Rente Sachverhalt A.\_\_\_\_ meldete sich erstmals am 11. Mai/1. Juni 2005 (IV-act. 1) zum Bezug von Leistungen der Invalidenversicherung an. Sie beantragte Berufsberatung, Wiedereinschulung in die bisherige Tätigkeit und eine Rente. Seit Geburt leide sie an gesundheitlichen Beeinträchtigungen. Sie habe Depressionen, Angstzustände, Panikattacken und Herzrhythmusstörungen. Sie habe eine [...]-ehre gemacht und sei (seit 200\_ geschiedene) Mutter von drei Kindern. Wegen der Angstzustände sei sie teilweise (zum Beispiel beim Einkaufen) auf Begleitung durch Drittpersonen und ausserdem auf ein Auto angewiesen, weil sie nicht allein Busfahren könne. Aus wirtschaftlichen Gründen wäre sie auf einen Wiedereinstieg in eine Erwerbstätigkeit angewiesen, doch sei das aus gesundheitlichen Gründen nicht möglich. Dr. med. B.\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin FMH, gab in einem IV-Arztbericht vom 9. Juni 2005 (IV-act. 5) an, es lägen als Diagnosen eine Adipositas (seit Schulalter) und Depressionen (seit Jahren) vor, ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit sei eine arterielle Hypertonie. Die Arbeitsfähigkeit der Versicherten als Hausfrau sei unklar. Die Zumutbarkeit einer Tätigkeit müsse in einer Berufserprobung abgeklärt werden. Vor ca. sechs Jahren habe die Versicherte 50 kg abgenommen. Durch Übergewicht und andere Belastungen komme es immer wieder zu Erschöpfungszuständen und Panikattacken, derentwegen es 1997 und 2002 zu notfallmässigen Hospitalisationen gekommen sei. Zurzeit sei ein bariatrischer Eingriff geplant. - Ein beigelegter Bericht der Kantonalen Psychiatrischen Dienste, Klinik C.\_\_\_\_, vom 2. Juli 1997 (IV-act. 5-7 ff.) betraf einen Aufenthalt der Versicherten vom 14. bis 20. Juni 1997 wegen akut aufgetretener Suizidalität. Es habe eine akute Belastungsreaktion aufgrund einer schwierigen familiären Situation bestanden. Die Symptome seien innerhalb von wenigen Tagen abgeklungen. Bei der Versicherten sei plötzlich der Austrittswunsch aufgetreten, weil ihr [...] alter Sohn nicht zufriedenstellend betreut sei. - Das Kantonale Spital D.\_\_\_\_ hatte am 23. August 2002 (IV-act. 5-5 f.) über eine Hospitalisation der Versicherten vom 15. bis 16. August 2002 wegen einer akuten Panikstörung mit vegetativen Symptomen bei bekannter depressiver

Panikstörung seit mehreren Jahren berichtet. Hinweise für eine somatische Ursache hätten nicht gefunden werden können. - Die Klinik für Chirurgie der Spitalregion E.\_\_\_\_ hatte am 28. Februar 2005 (IV-act. 5-10 ff.) als Diagnosen eine Superobesitas, eine arterielle Hypertonie, den Verdacht auf ein leichtes OSAPS (wohl: obstruktives Schlafapnoesyndrom), eine Refluxsymptomatik, bekannte Depressionen und einen Nikotinabusus angegeben. Die Versicherte habe keinen depressiven Eindruck gemacht, unter entsprechender Medikation sei ihr Zustand zurzeit stabil. Sie habe davon berichtet, dass in der Familie Persönlichkeitsstörungen und Depressionen bekannt seien. Die Versicherte sei für einen bariatrischen Eingriff qualifiziert, abgeklärt werden müssten noch Kontraindikationen im psychiatrischen Bereich. Die Fachstelle für Sozialpsychiatrie und Psychotherapie (F.\_\_\_\_, Psychologin, Dr. med. G.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie) gab in einem IV-Arztbericht vom 25. August 2005 (IV-act. 8) an, es lägen eine rezidivierende depressive Störung, derzeit mittelgradige depressive Episode, und eine Agoraphobie vor, daneben ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ein Abhängigkeitssyndrom Sedativa, ein Verdacht auf atypische Bulimie und Adipositas. Vom 29. August 2002 bis 20. Mai 2003 hätten neun Behandlungstermine stattgefunden. Seit dem Wiedereintritt in die Fachstelle am 5. April 2005 (zurzeit ohne Termine) werde bis auf weiteres eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % attestiert. Im Jahr 2004 seien die Ängste nach dem Suizid des nahen Verwandten wieder aufgetreten. Zurzeit bestehe ein akuter Stress wegen einer Herzklappenoperation des Lebenspartners. Eine testpsychologische Abklärung habe eine Vermeidung (u.a. Alleinsein, Plätze, Busse, Züge) und Angst, ein abnormes Essverhalten, starke Angstsymptome, eine schwere Depression (Beck'sches Depressionsinventar), extreme Körperempfindungen und eine selbstunsichere dependente und depressive Persönlichkeitsstruktur (SKID II Fragebogen) aufgezeigt. Es wäre eine stationäre Behandlung indiziert. Am 23. Mai 2006 (IV-act. 20) fand eine Abklärung an Ort und Stelle im Haushalt der Versicherten statt. Die Versicherte habe angegeben, nach der Bürolehre bis zur Heirat 1991 im Bürobereich gearbeitet zu haben, 1994/95 noch in Teilzeit, seit der Geburt des zweiten Kindes 199\_ nicht mehr. Dieses leide an POS und bedürfe der Therapie; seine Besonderheiten erforderten sehr viel Kraft und Nerven, der [...]tklässler müsse bei allen Lebensverrichtungen geführt und kontrolliert werden. Für diese beiden Kinder erhalte sie Alimente. Der Lebenspartner, mit dem sie seit sieben Jahren zusammenlebe, leide an einem Gesundheitsschaden, benötige beim Arbeiten eine Betreuung und erhalte für die Zeit seit 2004 eine ganze Rente mit Kinderrente für das gemeinsame Kind. Sie selbst könnte nur während den Blockzeiten in der Schule einer Arbeit nachgehen, allenfalls auch noch am Abend. Der Lebenspartner und künftige Ehemann wäre nur bedingt in der Lage, die Kinder bei längerer Abwesenheit zu betreuen, und den Eltern wäre eine regelmässige Betreuung altershalber nicht gut möglich. Aus wirtschaftlichen Gründen müsste sie einer Teilerwerbstätigkeit nachgehen, wenn sie gesund wäre. Einen Versuch von Mai 2004, abends Büroreinigung zu machen, habe sie nach kurzer Zeit abgebrochen, weil sie die Vorgaben nicht habe einhalten können. Sie verrichte die Tätigkeiten im Haushalt grundsätzlich selber. Es wurde bei der Abklärung eine Einschränkung im Haushaltsbereich von 8 % ermittelt. Die Arbeitsunfähigkeit im maximal 40 % ausmachenden Erwerbstätigkeitsbereich lasse sich noch nicht definitiv einschätzen. Die Psychotherapie habe die Versicherte bereits im Sommer 2005 wieder abgebrochen. Bei der nun von der Versicherten selbst angegangenen Adipositas könne angesichts der erreichten Gewichtsreduktion um rund 20 kg von einem gewissen Erfolg gesprochen werden. Bei einer vollen Arbeitsunfähigkeit im Erwerb ergäbe sich ein Invaliditätsgrad von

45 %, beginnend am 5. April 2005. Der Regionale Ärztliche Dienst (RAD) der Invalidenversicherung hielt zunächst am 12. Juli 2006 (IV-act. 22) dafür, die medizinisch-therapeutischen Optionen seien nicht ausgeschöpft. Eine stationäre Behandlung würde mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit zu einer relevanten Verbesserung führen. Die Versicherte sollte zu einer Teilnahme verpflichtet werden. In der Folge (vgl. IV-act. 24) wurde die Versicherte am 1. Dezember 2006 (IV-act. 28) durch den RAD (Dr. med. H.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie) psychiatrisch untersucht. Im ärztlichen Bericht wurden als Diagnosen (erstens) eine Agoraphobie mit Panikstörung und (zweitens) eine soziale Phobie auf dem Boden (drittens) einer kombinierten Persönlichkeitsstörung mit ängstlich vermeidenden und abhängigen Zügen benannt. Daneben bestünden (ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit) eine anamnestic rezidivierende depressive Störung, eine Adipositas per magna, eine Tranquilizier-Abhängigkeit und ein kaufsüchtiges Verhalten. Eine den depressiven Beschwerden ähnliche Symptomatik (Angst, Stimmungsschwankungen, Antriebsschwäche, Lebensüberdross) sei den genannten Hauptdiagnosen zuzuordnen. Auffällig sei, dass die Versicherte bis dahin so gut wie keine aktiven Anstrengungen zur Bekämpfung der Angststörungen unternommen habe. Das Suchtverhalten könne bei der gängigen Rechtsprechung zu keiner IV-relevanten Einschränkung der Arbeitsfähigkeit führen. Die Arbeitsfähigkeit der Versicherten für einen modifizierten Arbeitsplatz in der bisherigen Tätigkeit als [...]-angestellte oder in einer andern dem psychischen Leiden adaptierten Tätigkeit sei zurzeit auf 70 % reduziert. Sie, seit Juli 200\_ wieder verheiratet, sei zurzeit aufgrund ihrer passiven und versorgungserwartenden Haltung nicht bereit, eine ausserhäusliche Tätigkeit aufzunehmen. Es liege ein nicht unerheblicher, psychosozial zu verstehender sekundärer Krankheitsgewinn vor. Insofern sei sie zurzeit nicht beruflich eingliederungsfähig. Vor einer beruflichen Massnahme müssten von der Versicherten eine ausreichende Motivation und eine adäquate Behandlung der Angst- und Suchterkrankung verlangt werden. Am 15. Januar 2007 (IV-act. 31 f.) stellte die Sozialversicherungsanstalt/IV-Stelle des Kantons St. Gallen der Versicherten eine Abweisung ihres Leistungsgesuchs um eine Rente bei einem Invaliditätsgrad von 16.8 % (bemessen anhand der gemischten Methode mit einer Aufteilung in 60 % Haushaltstätigkeit mit einer Einschränkung um 8 % und in 40 % Erwerbstätigkeit mit einer Einschränkung von 30 % [Valideneinkommen Fr. 18'984.--, Invalideneinkommen Fr. 13'289.--]) in Aussicht. Ein Gesuch um Eingliederung könne gestellt werden, wenn die Versicherte Therapiemassnahmen in Angriff genommen habe. - Am 27. Februar 2007 (IV-act. 33) verfügte die Sozialversicherungsanstalt/IV-Stelle wie angekündigt. Am 17. Dezember 2012 wurde gemeldet, eine Beistandschaft für die Versicherte sei auf diesen Tag hin ersatzlos aufgehoben worden (IV-act. 34). - Am 10. Oktober 2014 (IV-act. 35) ging bei der Sozialversicherungsanstalt ein die Versicherte betreffender provisorischer Austrittsbericht des Spitals D.\_\_\_\_ vom 3. Oktober 2014 ein. Darin waren eine Pancolitis, DD: a.e. viraler Genese, eine Adipositas per magna mit St. n. Magen-Bypass-Operation 09/08, aktenanamnestisch ein Reizdarmsyndrom ED 04/14, ausserdem Palpitationen, eine Angststörung und verschiedene Nebendiagnosen diagnostiziert worden. Die Sozialversicherungsanstalt/IV-Stelle legte den Bericht ab, weil keine Anmeldung pendent sei (vgl. IV-act. 36). Am 15./22. Juni 2016 (IV-act. 40) meldete sich die Versicherte erneut bei der Invalidenversicherung an. Es bestünden eine rezidivierende depressive Störung, aktuell schwere Episode, eine Agoraphobie, eine Fibromyalgie (ED 2014) und eine noch abklärungsbedürftige Fehlstellung der Zehen beider Füsse. Sie sei seit 17. Mai 2016 in der

Psychiatrischen Klinik hospitalisiert. - Auf Anfrage gab die Versicherte am 25. Juli 2016 (IV-act. 47) an, sie werde als Hausfrau tätig sein, so lange sich die psychischen und körperlichen Beschwerden nicht verbesserten. Danach würde sie natürlich gern eine Teilzeitberufstätigkeit ausüben. Die Klinik C.\_\_\_\_ (Dr. med. I.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie) hatte in einem Schreiben vom 9. Juni 2016 (IV-act. 42) erklärt, es bestünden bei der Versicherten in den letzten drei Jahren zunehmende muskuloskelettale Probleme. Bei der psychiatrischen Hospitalisation hätten sich ausserdem belastungsabhängige Schmerzen wegen der Zehen gezeigt. Diese hätten es der Versicherten erschwert, das notwendige Zusatzeinkommen zu der bereits bestehenden Teil-IV-Rente zu erwirtschaften. Es stehe eine Reevaluation der Problematik am Bewegungsapparat bevor. - In einem Bericht vom 18. August 2016 (IV-act. 49-1 f.) gab die Klinik C.\_\_\_\_ der Sozialversicherungsanstalt/IV-Stelle bekannt, es lägen bei der Versicherten eine schwere depressive Episode, eine Agoraphobie, ein schädlicher Temesta-Gebrauch, eine somatische Fibromyalgie und eine Gonarthrose vor. Vom 17. Mai bis 7. August 2016 sei eine volle Arbeitsunfähigkeit bescheinigt worden. Am Ende der vom 17. Mai bis 2. August 2016 erfolgten Hospitalisation hätten noch leichte depressive Symptome und Knie- und Fusschmerzen persistiert. Zur weiteren Zurückdrängung der Depression und Optimierung der Behandlung des Bewegungsapparats sei die Versicherte der Tagesklinik und dem Hausarzt zugewiesen worden. Im beigelegten Austrittsbericht vom gleichen Tag (IV-act. 49-3 ff.) war festgehalten worden, die zweite psychiatrische Hospitalisation sei wegen depressiver Dekompensation mit Suizidversuch (Mischintoxikation) bei chronischer finanzieller und gesundheitlicher Belastungssituation erfolgt und habe einen positiven Verlauf genommen. Rasch sei ein schwer ausgeprägtes Rezidiv der vorbekannten rezidivierenden depressiven Störung deutlich geworden. Zunächst sei Langezeit nur eine schleppende Zustandsbesserung eingetreten, nach Beginn einer Augmentationstherapie mit Lithium Mitte Juli jedoch dann eine erfreuliche Besserung. Diese Besserung habe die Versicherte trotz noch unvollständiger Einstellung auf Lithium etwas abrupt zur Heimkehr und Fortführung der Behandlung in der Tagesklinik bewegt. Es waren zwei intermittierende Notfallbehandlungen in Spitälern (u.a. Perianalvenenthrombose, Knieschmerzen links nach Sturz und Abszess am Oberschenkel) erwähnt worden. - In einem beigelegten (älteren) Bericht vom 19. Juni 2015 (IV-act. 49-9 f.) hatte das Medizinische Zentrum J.\_\_\_\_ (Dr. med. K.\_\_\_\_, Facharzt FMH Rheumatologie und Innere Medizin) erklärt, aufgrund der Anamnese und des klinischen Untersuchungsbefundes (sämtliche tender points positiv) könne gemäss den revidierten ACR-Kriterien von 1990 und der aktuellen S3-Leitlinie der AWMF (D) die Diagnose einer Fibromyalgie gestellt werden. - Das Spital L.\_\_\_\_ hatte am 27. Juni 2016 (IV-act. 49-2 f.) u.a. von einer beginnenden lateral betonten Gonarthrose links mit Vd. a. aktivierte Retropatellararthrose, dem Abszess am OS, der schweren depressiven Episode ohne psychotische Symptome, der Agoraphobie, der Fibromyalgie und dem St. n. Perianalvenenthrombose berichtet. - Med. pract. M.\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin FMH, gab im IV-Arztbericht vom 20. Oktober 2016 (IV-act. 56) an, die Versicherte sei nur am 4. und am 25. August 2016 in die Sprechstunde gekommen. Er legte einen Aufnahmebericht des Psychiatrie-Zentrums vom 19. August 2016 (IV-act. 56-4 f.) bei. Darin war festgehalten worden, zurzeit bestehe keine Arbeitsfähigkeit der Versicherten. Der IV-Eingliederungsverantwortliche hielt am 25. November 2016 (IV-act. 60) fest, die Versicherte habe erklärt, sie wünsche sich keine Unterstützung bei der Stellensuche, denn sie fühle sich dazu, zu einem Arbeitstraining oder zu einer beruflichen Abklärung nicht in der Lage. Sie sei schon froh, wenn sie den Haushalt - eingeschränkt - erledigen könne. Der

Ehemann beziehe (wegen neurologischer und Herzprobleme) eine halbe Rente, aber wegen Anrechnung hypothetischen Einkommens (siehe betreffend) keine Ergänzungsleistungen, der Sohn (wegen [...] -syndroms; er habe auch immer wieder mit Drogenproblemen zu kämpfen) eine ganze Rente. - Am 13. Dezember 2016 (IV-act. 63) teilte die Sozialversicherungsanstalt/IV-Stelle des Kantons St. Gallen der Versicherten mit, berufliche Eingliederungsmassnahmen seien nicht angezeigt. Sie sei vorwiegend als Hausfrau tätig. Der Rentenanspruch werde noch geprüft. Das Psychiatrie-Zentrum gab am 3. März 2017 (IV-act. 66) bekannt, es habe nur zwei Konsultationen (Erstgespräch am 8. August 2016 und Konsultation am 5. Dezember 2016) gegeben; weitere Konsultationen/Behandlungen seien nicht gewünscht worden. - Facharzt med. pract. M. \_\_\_\_\_ gab am 16. Juni 2017 (IV-act. 72-2) bekannt, die Versicherte sei in den letzten sechs Monaten viermal bei ihm in der Sprechstunde gewesen (wegen Asthma bronchiale, Bauchbeschwerden, muskulären Schmerzen), habe aber die psychische Situation nicht angesprochen. Am 17. August 2017 (IV-act. 81) fand eine neue Abklärung an Ort und Stelle im Haushalt statt. Die Versicherte habe angegeben, seit etwa zwei Jahren Schmerzen am ganzen Körper zu haben. Nach ca. einer Viertelstunde Sitzens schmerze der Oberschenkel. Je nach Tätigkeit habe sie Schmerzen in den Beinen und Oberarmen, die Beschwerden seien aber immer vorhanden. Es sei eine Operation am linken Fuss geplant. Seit dem Aufenthalt in der Klinik mit entsprechender Medikation gehe es ihr psychisch besser und sie sei nicht mehr in Behandlung, sei sich jedoch bewusst, dass sie eine solche wieder aufnehmen müsse. Früher habe sie während fast eines Jahres wegen Angstzuständen das Haus nicht verlassen können, nun sei ihr das auch möglich, wenn es ihr nicht so gut gehe. Sie habe an ca. vier Stunden pro Tag im [...] -stall gearbeitet, dies jedoch seit dem Auftreten der Fibromyalgie aufgegeben. Sie wäre im Gesundheitsfall zu 80 % erwerbstätig, hauptsächlich aus finanziellen Gründen, aber auch weil das ihr Selbstwertgefühl und ihre Zufriedenheit mit sich verbessern würde. Seit ca. zwei bis drei Jahren gehe es dem Ehemann besser und der drogenabhängige Sohn lebe seit zwei Jahren bei seinem Vater. Die Versicherte ergänzte am 20. September 2017, sie habe sich bei einem Psychiater angemeldet. Ausserdem meldete sie unkontrollierbare Gesichtszuckungen und eine Einschränkung an beiden Daumen. Bei der Abklärung wurde im Haushalt keine Einschränkung ermittelt. Die Versicherte bewältige den Haushalt ohne Dritthilfe, sei aber vermehrt auf Pausen angewiesen. Sie ersuche um eine Prüfung von beruflichen Massnahmen. - Am 26. März 2017 (IV-act. 68) hatte die Versicherte zur Vorbereitung einen Fragebogen zur Rentenabklärung betreffend Erwerbstätigkeit/Haushalt ausgefüllt und erklärt, ohne gesundheitliche Beeinträchtigung würde sie im Umfang von 80 % einer Erwerbstätigkeit nachgehen. Die Kinder seien aus dem Haus und ihr Ehemann beziehe eine Invalidenrente. Für sie sei (sc. wohl bei der EL-Berechnung), weil sie gern etwas arbeiten würde, ein hypothetisches Einkommen angerechnet worden. Die erforderliche Hilfe im Haushalt (beim Einkaufen, dem Öffnen von Flaschen oder Dosen, dem Heben schwerer Pfannen und dem Rüsten von Gemüse) leisteten ihr Ehemann, ihre Tochter oder ihre Mutter. Am 6. Februar 2018 (IV-act. 84) gab die Versicherte den Namen der aufgesuchten Psychiaterin (gemäss IV-act. 86 nur eine Konsultation, Folgetermine abgesagt) bekannt und ausserdem, dass sie sich vor einiger Zeit die Hand gebrochen habe (gemäss IV-act. 93 am 25. Dezember 2017 zuhause gestolpert). Am 14. März 2018 (IV-act. 87) teilte sie mit, sie habe seit drei Tagen eine Halbtagesstelle in einer geschützten Werkstätte; sie wolle etwas arbeiten, sei danach aber jeweils sehr müde. Eine Psychotherapie könne sie im Moment nicht wahrnehmen. In der freien Wirtschaft fühle sie sich zu 50 % arbeitsfähig. Den Fuss

lasse sie sich noch nicht operieren. Die MEDAS Interlaken Unterseen gab in ihrem interdisziplinären Gutachten vom 1. Oktober 2018 (IV-act. 104) als Diagnosen bekannt: (erstens) eine weitgehend remittierte depressive Störung, (zweitens) einen Status nach Panikstörung, (drittens) ein chronisches wesentlich auch mechanisch/belastungsintolerantes Körpersyndrom, rumpf-/axialbetont mit/bei darin eingebettet funktionaler Dysbalance bei kalzifizierender Periarthropathia humero-scapularis links, Genua valga beidseits mit femoro-patellarem Syndrom/Irritation des vorderen Streckapparates links und Status nach Teilmeniskektomie rechtes Knie 2011, Coxa profunda beidseits, Vorfuss-Beschwerden beider Füsse linksbetont und akzentuierter degenerativer Skelettentwicklung und intermittierend akzentuiertem Lumbovertebral-Syndrom und (viertens) einen dringenden Verdacht auf signifikante Osteopenie. Ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit seien (verkürzt wiedergegeben) ein Status nach Magen-Bypass-Operation 2008, anamnestisch ein Asthma bronchiale, unter Behandlung kompensiert, und ein Nikotinabusus. Da die Versicherte seit mehr als 20 Jahren keiner Erwerbstätigkeit im ersten Arbeitsmarkt mehr nachgehe, lasse sich eine bisherige Tätigkeit nicht eruieren. In einer angepassten (sc. Erwerbs-) Tätigkeit mit umschriebenen Voraussetzungen sei die Versicherte seit der Beendigung der psychiatrischen Behandlung im Oktober 2016 zu 80 % arbeitsfähig. Zu 20 % sei die vollzeitliche Arbeitsfähigkeit qualitativ eingeschränkt. Für Tätigkeiten im Haushalt bestehe keine Einschränkung. Seit der medizinischen Aktenlage, welche der Verfügung vom 27. Februar 2007 zugrunde gelegen habe, sei es zu einer depressiven Störung mit stationärer Behandlung im Jahr 2016 gekommen; die Störung sei inzwischen remittiert. Mit Vorbescheid vom 7. November 2018 (IV-act. 108) stellte die Sozialversicherungsanstalt/IV-Stelle des Kantons St. Gallen der Versicherten eine Abweisung des Leistungsgesuchs um eine Rente in Aussicht. Der Invaliditätsgrad betrage 16 %. Die Einschränkung ergebe sich aus dem 80 % ausmachenden Erwerbsteil. Nach einer vorübergehenden (sc. vollen) Arbeitsunfähigkeit ab 17. Mai 2016 betrage die Arbeitsunfähigkeit in adaptierter Tätigkeit seit Oktober 2016 20 %, der diesbezügliche Invaliditätsgrad ebenfalls 20 % (Valideneinkommen Fr. 53'793.--, Invalideneinkommen Fr. 43'034.--). - Am 4. Januar 2019 (IV-act. 109) verfügte die Sozialversicherungsanstalt/IV-Stelle gemäss dem Vorbescheid. Gegen diese Verfügung richtet sich die Beschwerde vom 2. Februar 2019 (Postaufgabe: 4. Februar 2019). Die Beschwerdeführerin beantragt eine Überprüfung ihres Anspruchs auf eine Invalidenrente und sinngemäss eine Aufhebung der angefochtenen Verfügung und Zusprache einer solchen Rente. Bei der Abklärung seien viele verschiedene gesundheitliche Einschränkungen festgestellt worden, die es ihr verunmöglichten, eine berufliche Tätigkeit im in der Verfügung angenommenen Rahmen zu finden. - Mit Eingabe vom 26. Februar 2019 (act. G 3) reichen die Sozialen Dienste der Wohngemeinde der Beschwerdeführerin für sie ein Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege ein. In ihrer Beschwerdeantwort vom 25. März 2019 beantragt die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde. Gemäss dem Gutachten habe sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin seit der Verfügung vom 27. Februar 2007 nicht verschlechtert. Es werde weder geltend gemacht, dass das Gutachten unzutreffend sei, noch, dass sich der medizinische Sachverhalt seit der Begutachtung verändert bzw. verschlechtert habe. Die Beschwerdeführerin befinde sich auch nicht in psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlung. Es sei mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen, dass sich der Gesundheitszustand seit dem 27. Februar 2007 nicht bzw. lediglich vorübergehend und nicht rentenrelevant verändert habe. Es sei auch kein anderer Revisionsgrund nach Art. 17 ATSG ersichtlich. Ebenfalls nicht

ersichtlich sei, weshalb die attestierte Arbeitsfähigkeit von 80 % in einer leidensadaptierten Tätigkeit auf dem ersten Arbeitsmarkt nicht verwertbar sein sollte. Das werde auch nicht substantiiert geltend gemacht. Am 26. März 2019 ist dem Gesuch um Bewilligung der unentgeltlichen Rechtspflege (Befreiung von den Gerichtskosten) entsprochen worden. Von der ihr mit Schreiben vom 26. März 2019 eingeräumten Möglichkeit, zur Beschwerdeantwort Stellung zu nehmen, hat die Beschwerdeführerin keinen Gebrauch gemacht. Erwägungen Im Streit liegt die Verfügung vom 4. Januar 2019, mit welcher die Beschwerdegegnerin das Leistungsgesuch der Beschwerdeführerin vom 15./22. Juni 2016, namentlich um eine Rente, abgewiesen hat. Es handelt sich bei dem betreffenden Gesuch um eine Neuanmeldung, nachdem ein erstes Gesuch vom 11. Mai/1. Juni 2005 durch formell-rechtskräftige Verfügung vom 27. Februar 2007 abgewiesen worden war. - Die Beschwerdegegnerin ist auf die Neuanmeldung vom Juni 2016 eingetreten, was angesichts der anlässlich der damaligen psychiatrischen Hospitalisation gestellten Diagnosen (vgl. IV-act. 49-3) nicht zu beanstanden ist. Den Anspruch der Beschwerdeführerin auf berufliche Massnahmen hat die Beschwerdegegnerin mit Mitteilung vom 13. Dezember 2016 abgelehnt, - zumindest unter anderem - deswegen, weil die Beschwerdeführerin vorwiegend als Hausfrau tätig sei. Anlässlich der Abklärung an Ort und Stelle vom 17. August 2017 stellte die Beschwerdeführerin indessen auf Anfrage der Abklärungsperson (vgl. IV-act. 81-11) hin ein neues Gesuch um Prüfung (und sinngemäss Zusprache) von beruflichen Massnahmen (vgl. IV-act. 81-13). In der Folge hat sie zudem - nach der Aktenlage von sich aus (vgl. IV-act. 87) - eine Beschäftigung zu 50 % in der geschützten Werkstätte, in welcher ihr Ehemann tätig ist, angetreten, diese aber kurz danach wieder aufgegeben (vgl. IV-act. 104-29). Gemäss der angefochtenen Verfügung betrachtet die Beschwerdegegnerin die Beschwerdeführerin nunmehr als zu immerhin 80 % Erwerbstätige. Zwar ist davon auszugehen, dass sie mit der angefochtenen Verfügung das Leistungsgesuch der Beschwerdeführerin vollumfänglich abgelehnt hat und nicht etwa noch eine Verfügung betreffend berufliche Massnahmen vorgesehen war. Die Beschwerdeführerin ersucht in der Beschwerde aber einzig um eine Prüfung ihres Anspruchs auf Rentenleistungen. - Ergäbe sich, dass ohne Eingliederungsmassnahmen ein Rentenanspruch in Frage stünde, so gehörte zum Streitgegenstand demnach zwar notwendigerweise auch die Frage, ob die Verwaltung den Grundsatz "Eingliederung vor Rente" beachtet und eine allfällige Pflicht der Beschwerdeführerin zu Massnahmen korrekt in Anspruch genommen habe. Andernfalls aber handelt es sich dabei nicht um die Verpflichtung der Beschwerdeführerin zur Eingliederung, doch könnte sie unter Umständen immerhin einen Anspruch auf Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung (vgl. Art. 8 IVG) geltend machen (vgl. unten E. 4.6). 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 Viertelrente. 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). - Nach der jüngeren bundesgerichtlichen Rechtsprechung (BGE 143 V 418 E. 7.1 f.) sind grundsätzlich (bei Ausnahmen nach dem jeweiligen Beweisbedarf) sämtliche psychischen Erkrankungen einem strukturierten Beweisverfahren nach BGE 141 V 281 zu unterziehen. Die funktionellen Folgen der Gesundheitsschädigung sind danach qualitativ zu erfassen und

quantitativ einzuschätzen. Für die Beurteilung des funktionellen Leistungsvermögens sind gemäss BGE 141 V 281 (vom 3. Juni 2015) 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. Anspruch auf eine Rente haben nach Art. 28 Abs. 1 IVG Versicherte, die ihre Erwerbsfähigkeit nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wiederherstellen, 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. Der Gesundheitszustand und die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin wurden im Rahmen der Neuanschuldung vom Juni 2016 (am 18. und 21. Juni sowie am 4. Juli 2018) polydisziplinär begutachtet. Vorab kann festgehalten werden, dass die jeweiligen Teilbegutachtungen auf einer Kenntnis von den Vorakten, Befragungen der Beschwerdeführerin zu ihrem Leiden und zur Anamnese sowie auf den fachspezifischen Untersuchungen (samt Labor und Radiologie zu Hand und Knie rechts und beiden Füßen; zu psychiatrischen Zusätzen vgl. unten E. 3.3) beruhen und insofern vollständig erscheinen. Dabei ergab sich im Einzelnen, dass unter allgemein-internistischem Aspekt (vgl. IV-act. 104-14 ff.) keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit bestehe. Die Beschwerdeführerin habe von Schmerzen in den Oberschenkeln, den Füßen und dem Gesäss und bei Bewegungen der Finger, von Müdigkeit und einer raschen Überforderung im täglichen Leben berichtet (vgl. IV-act. 104-26). Der Gutachter der Allgemeinen Inneren Medizin erklärte, die Beschwerdeführerin habe authentisch gewirkt und es hätten keine Inkonsistenzen bestanden, doch seien die Beschwerdeschilderungen wenig präzise und detailliert gewesen. Die immer wieder erwähnte Überforderung, z.B. im Haushalt, und die subjektive Einschätzung einer vollen Arbeitsunfähigkeit stünden im Widerspruch zu den Alltagsaktivitäten (vgl. IV-act. 104-34). - Diese Ausführungen enthalten keinen Hinweis auf eine mögliche Unvollständigkeit. Bei der psychiatrischen Untersuchung (vgl. IV-act. 104-52 ff.) wurden zusätzlich zur übrigen Befundaufnahme ein Status nach AMDP (vgl. IV-act. 104-61 ff.) und der Medikamentenspiegel für (u.a., IV-act. 104-39, -63) Venlafaxin erhoben und eine weitere testpsychologische Zusatzuntersuchung (Hamilton-Depressionsskala) gemacht (vgl. IV-act. 104-63 f.). Der Gutachter der Psychiatrie hielt fest, erstens sei die biographische und am aktuellen Erleben und Verhalten orientierte Persönlichkeitsdiagnostik bei der Beschwerdeführerin weitgehend unauffällig gewesen. Die prognostischen Kriterien hätten zweitens keine besonderen Auffälligkeiten aufgewiesen. Und drittens seien die komplexen Ich-Funktionen weitgehend intakt gewesen. Auf der Persönlichkeitsebene gebe es keine Gründe, die eine reduzierte Arbeitsfähigkeit begründeten (vgl. IV-act. 104-63). Hinweise auf psychische und Verhaltens-Störungen durch psychotrope Substanzen (Suchtmittel) seien nicht gefunden worden (vgl. IV-act. 104-65, vgl. auch IV-act. 71), auch nicht solche auf ein aktuelles Depressionsgeschehen oder ein erhöhtes Depressionsrisiko. Es habe sich nicht einmal mehr eine leichte depressive Episode objektivieren lassen. Die von der Beschwerdeführerin beschriebene Angstsymptomatik entspreche nicht mehr einer Panikstörung. Schon im Bericht vom 19. August 2016 sei ein Status nach einer solchen Störung benannt worden. Die diesbezügliche Situation sei trotz umfangreichen Absetzens diverser Medikation erhalten geblieben. Zur Kategorie der Verhaltensauffälligkeiten in Verbindung mit

körperlichen Störungen und Faktoren (z.B. Essstörungen) sei zu erwähnen, dass es, da die Erwerbstätigkeit 20 Jahren zurückliege, natürlich zu ausgeprägten Dekonditionierungsphänomenen komme. Eine final ausgerichtete Entschädigungshaltung der Beschwerdeführerin sei allerdings nicht auszuschliessen. Ausserdem möchten eine subjektive Leistungsinsuffizienz und ein vorschnelles Kapitulieren vor Anforderungen bestehen; das sei jedoch beispielsweise im Tagesablauf nicht unbedingt ersichtlich. Auch Krankheitsbilder aus der Gruppe der Verhaltens- und emotionalen Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend lägen nicht vor (vgl. IV-act. 104-65 ff.). Der Gutachter der Psychiatrie setzte sich über diese Feststellungen hinaus - auch - noch mit den rechtsprechungsgemäss erforderlichen Kriterien des Schweregrads der Störung auseinander und legte dabei dar, die Art, Dosis und Intensität der Pharmakotherapie der Beschwerdeführerin würden für ein psychiatrisches Leiden sprechen, jedoch handle es sich um einen eher bescheidenen Medikamentenspiegel. Der Ausprägungsgrad der psychosozialen Restriktion und Desintegration erscheine überschaubar. Es kämen auch nichtversicherte Faktoren wie die langjährige Absenz vom Arbeitsmarkt, eine Ausbildung, die inzwischen keine besondere Bedeutung mehr habe, und das Alter hinzu (vgl. IV-act. 104-67). Es bestehe eine Tendenz zur Somatisierung, die Typika dazu würden sich jedoch nicht nachweisen lassen. Eine unmittelbare Kausalität (sc. der Einschränkungen) mit angenommener Krankheit sei nicht zwingend vorgegeben, da bei Entwicklungen dieser Art auch andere Faktoren eine Rolle spielen könnten (wie Dekonditionierung, Rollenverlust, Non-Partizipation, keine arbeitsunabhängigen Selbstwertquellen, keine Hobbys und keine Tagesstruktur: vgl. IV-act. 104-68). Die Compliance der Beschwerdeführerin auf psychiatrischem Gebiet scheine mässig ausgeprägt, seit zwei Jahren werde kein Facharzt mehr aufgesucht, eine klare Leistungsmotivation sei nicht erkennbar, die Antworttendenzen seien teilweise auffällig gewesen (vgl. IV-act. 104-69 f.). Es sei zu diskutieren, ob wirklich in allen vergleichbaren Lebensbereichen ähnliche Einschränkungen bestünden; es lasse sich durchaus ein erhebliches Funktionsniveau erkennen (vgl. IV-act. 104-69, vgl. auch IV-act. 104-68). Arbeitsplatzbezogene Ressourcen gebe es nicht, eine Unterstützung durch Familie und Kollegenkreis schon (vgl. IV-act. 104-71). Die Funktions- und Fähigkeitsstörungen lägen in anhaltenden Stimmungsschwankungen (vgl. IV-act. 104-70; vgl. auch IV-act. 104-69, dort auch Unruhe als Grund für den vorhandenen Leidensdruck genannt), welche die Kriterien einer bipolaren Störung nicht erfüllten und allenfalls eine leichte Einschränkung bei der Anpassung an Regeln und Routinen bewirkten. Ausserdem seien die Flexibilität und Umstellungsfähigkeit leicht eingeschränkt. Die Durchhaltefähigkeit sei am ehesten durch die langjährige Absenz vom Arbeitsmarkt, also durch Dekonditionierung, eingeschränkt. Die Gruppenfähigkeit sei allenfalls leicht eingeschränkt (vgl. IV-act. 104-70). Der soziale Kontext scheine nicht in erwerbsrelevantem Ausmass gestört (vgl. IV-act. 104-71). Seit der Antragstellung sei bei der Beschwerdeführerin eine anhaltende, bleibende und dauerhaft relevante Störung auf psychiatrischem Gebiet objektivierbar. Im Sommer 2016 sei sie psychiatrisch schwer krank gewesen, im gleichen Sommer sei ihr Zustand aber schon deutlich gebessert gewesen ("gegenwärtig leichte Episode" gemäss Bericht vom 19. August 2018; vgl. IV-act. 104-68). Der Experte der Psychiatrie schloss, die Beschwerdeführerin könne in einer angepassten Tätigkeit vollschichtig arbeiten. Eine qualitative Einschränkung von 20 % könne dabei toleriert werden. Die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin mache zumindest 80 % aus (vgl. IV-act. 104-72). Nach dem oben Dargelegten ist insgesamt festzuhalten, dass eine psychiatrische Diagnose, die ein zum Zeitpunkt der Begutachtung erhebliches Leiden

umschreibt, gemäss dem Gutachten nicht vorliegt (weitgehend remittierte depressive Störung; Status nach Panikstörung). Die beschriebenen Einschränkungen korrelieren bei einer Würdigung der verschiedenen Angaben zu den Standardindikatoren nicht mit einer erheblichen Arbeitsunfähigkeit. Es kann aber insofern auf das Ergebnis abgestellt werden, als dass die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin psychiatrisch betrachtet um höchstens 20 % eingeschränkt ist. Angesichts des Ergebnisses zum rheumatologischen Aspekt (unten E. 3.4) kann Weiteres zur psychiatrischen Seite dahingestellt bleiben. Bei der rheumatologischen Begutachtung wurden der rheumatologische, Gelenks- und Neurostatus (Letzterer cursorisch) erhoben. Der Gutachter legte dar, die Beschwerdeführerin habe von wechselhaften Muskelschmerzen und Muskelkater in beiden Beinen und Armen, vor allem in den Oberarmen berichtet; auslösend seien beispielsweise Treppensteigen oder Fensterputzen. Ausserdem seien in letzter Zeit Blockaden der Daumen aufgetreten, an einem halben Tag Kreuzschmerzen. Am linken Fuss habe sie oft Probleme wegen der Krallenzehe (vgl. IV-act. 104-79). Der Gutachter der Rheumatologie gab aufgrund seiner Abklärung bekannt, die primär genannten Beschwerden in den Armen könnten in der klinischen Untersuchung Zeichen einer Impingementstörung und einer Intervallreizung mit sekundärer muskulärer Dysbalance (funktioneller Schulterhochstand links, Scapula-Shift, capsuläre Irritationszeichen linksbetont) zugeordnet werden. Die radiologische Bildgebung habe eine kalzifizierende Periarthropathia humero-scapularis gezeigt, die sich der Insertionsregion des Infraspinatus zuordnen lasse. An den Knien könnten direkt weder klinisch noch radiologisch posttraumatische Einschränkungen und Befunde erhoben werden. Hingegen habe sich linksbetont eine femoropatellare Störung des vorderen Streckapparates gezeigt, welche Anteile des Beschwerdebildes (wie beim Treppensteigen) erklären könne. Auch die Intoleranz von Tätigkeiten wie Staubsaugen und Treppensteigen und auftretende Kreuzschmerzen könnten morphologischen und radiologisch nachweislichen Akzenten des unteren Rücken-, Becken- und Hüftbereichs zugeordnet werden. Höhergradige Störungen hätten sich jedoch betreffend die untere LWS nicht ergeben (lediglich Konvergenzempfindlichkeiten). Bei der Hüftgelenksuntersuchung sei nur die capsuläre Reizung bei der Rotationsprüfung relevant. Funktional könne dieser untere Bereich des rumpfnahen Bewegungsapparates aber beispielsweise eine muskuläre Dysbalance und eine Belastungsintoleranz mitbewirken. Für eine radikuläre Störung hätten sich keine Hinweise finden lassen. Links hätten radiologisch akzentuierte degenerative Veränderungen des mittleren Vorfussskeletts aufgezeigt werden können; es bestünden Spreizfüsse beidseits linksbetont. Auf ein systemisch entzündliches oder anderes differenziertes Leiden aus dem rheumatologischen Formenkreis habe nichts hingedeutet (namentlich nicht auf eine generalisierte Chondrokalzinose). Wesentliche Teile des vor allem rumpf- und rückenbezogenen Beschwerdebildes könnten durch eine Osteopenie mitverursacht sein. Es seien zwar beim Achsenskelett radiologisch keine definitiven frakturmorphologischen Wirbelkörperveränderungen ersichtlich gewesen, doch bestehe eine signifikante Demineralisation des Achsenskeletts. Das sei bei der Formulierung eines Belastungsprofils zu beachten (vgl. IV-act. 104-86 f.). Die Angaben der Beschwerdeführerin seien adäquat, differenziert und nachvollziehbar gewesen. Die klinische Untersuchung habe bei bester Compliance stattgefunden. Hinweise auf Diskrepanzen habe es nicht gegeben. Es hätten auch keine Waddell-Zeichen bestanden und keine Fibromyalgie-Tenderpoints (vgl. IV-act. 104-88). Rein bezogen auf den Bewegungsapparat sei die Beschwerdeführerin für eine Tätigkeit als [...]-angestellte oder eine angepasste bzw. geeignete Verweisungstätigkeit medizinisch-theoretisch zu

mindestens 80 % arbeitsfähig bei einem vollzeitlichen Pensum. Die Einschränkung sei durch einen vermehrten Pausenbedarf (zur Sicherstellung von Lockerungs-, Dehnungs- und Gymnastikübungen) und/oder ein verlangsamtes Arbeitstempo (aufgrund der Einhaltung der ergonomischen Empfehlungen) bedingt (vgl. IV-act. 104-89). - Dieses Ergebnis der Teilbegutachtung mit einer wiederum bezeichneten maximalen Arbeitsunfähigkeit von 20 % erscheint nachvollziehbar. Im interdisziplinären Konsens schliesslich ergab sich das Attest einer Arbeitsfähigkeit von 80 % für eine angepasste Tätigkeit. Im Haushalt bestehe keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit (vgl. IV-act. 104-9). Diese beiden Ergebnisse basieren auf einer Abwägung der funktionellen Einschränkungen (vgl. IV-act. 104-8) und der Belastungsfaktoren und Ressourcen (vgl. IV-act. 104-9) sowie einer Konsistenzprüfung (vgl. IV-act. 104-9). Psychosoziale Belastungen stünden nicht im Vordergrund (vgl. IV-act. 104-9) und wirkten sich nicht auf die Funktionseinschränkungen aus (vgl. IV-act. 104-10). Relevante Persönlichkeitsaspekte hätten sich nicht nachweisen lassen (vgl. IV-act. 104-8). Als gutachterlicher Beurteilung auf der Grundlage vollständiger Abklärungen kommt diesem Ergebnis hoher Beweiswert zu. Die Abstützung auf die psychiatrische Befundlage und die entsprechende Begründung sprechen zwar eher für eine maximal 20 % betragende - bzw. für eine geringfügigere - diesbezügliche Arbeitsunfähigkeit. Indessen sind gemäss dem Gutachten in somatischer Hinsicht Beeinträchtigungen mehrerer Lokalisationen zu berücksichtigen (Schulter und Knie links, LWS, Hüften und Füsse beidseits; V. a. Osteopenie), weshalb die Begründung insgesamt nachvollziehbar erscheint. Was die Arbeitsfähigkeit in einer Haushaltstätigkeit betrifft, in welcher einerseits für die Beschwerdeführerin somatisch betrachtet auch weniger geeignete Anteile an Tätigkeiten vorkommen, aber andererseits die psychiatrisch bedingten Erfordernisse weniger zum Tragen kommen, mit einer freieren Einteilung der Arbeit als in einer auswärtigen Erwerbstätigkeit gerechnet werden kann und auch die schadenmindernde Mitwirkung der Mitbewohner zu berücksichtigen ist, ist keine höhere Arbeitsunfähigkeit anzunehmen. Für die Zeit vor der Begutachtung ist aufgrund des Gutachtens retrospektiv davon auszugehen, dass bei der Beschwerdeführerin ehemals eine Panikstörung vorgelegen hatte, während sich die Agora- und die soziale Phobie sowie die Persönlichkeitsstörung nicht haben bestätigen lassen. Von einer Arbeitsunfähigkeit von 30 % vor Mai 2016 ist aufgrund dieser Feststellung im Gutachten mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nicht auszugehen. Im Gutachten wird jedoch dargelegt, im Jahr 2016 sei es zu einer depressiven Störung gekommen, die stationär habe behandelt werden müssen und die in der Zwischenzeit remittiert sei (vgl. IV-act. 104-10). Die Arbeitsunfähigkeit von 20 % bestehe seit Oktober 2016 (vgl. IV-act. 104-9). Zusammenfassend ergibt sich demnach, dass die Beschwerdeführerin nach der Aktenlage ehemals namentlich an der gesundheitlichen Einschränkung durch eine Adipositas und ihre Folgen sowie ausserdem an verschiedenen sozialen Belastungen zu leiden hatte. Nach einer Bypass-Operation im September 2008 konnte sie zu einer Situation mit lediglich noch Übergewicht (vgl. IV-act. 104-8, vgl. IV-act. 35) gelangen. - Im Oktober 2014 war eine Hospitalisation wegen einer Pancolitis erforderlich geworden. - Nach der Neuanmeldung musste die Beschwerdeführerin wie erwähnt im Mai 2016 noch wegen einer schweren depressiven Episode hospitalisiert werden. Auch diese gesundheitliche Beeinträchtigung war jedoch vorübergehender Art gewesen, sie dauerte gemäss gutachterlicher Einschätzung bis Oktober 2016. Die Verschlechterung mit voller Arbeitsunfähigkeit war somit nicht langdauernd im Sinn einer die Wartezeit nach Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG von einem Jahr übersteigenden Dauer. Inzwischen haben auch die psychosozialen Belastungen der Beschwerdeführerin

abgenommen (vgl. IV-act. 104-9). Was die Folgen der oben dargelegten Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit für die erwerbliche Situation und für den Aufgabenbereich betrifft, ist davon auszugehen, dass ein rentenbegründendes Ausmass an Invalidität (von nämlich 40 %) bei der Beschwerdeführerin nicht besteht. Auf die zu wählende Bemessungsmethode - sei es die Methode der Bemessung nach dem reinen Einkommensvergleich oder sei es diejenige für Teilerwerbstätige mit einer Aufteilung in 80 % Erwerbstätigkeit und 20 % Haushalt, wie sie die Beschwerdeführerin beantragt und die Beschwerdegegnerin in der Verfügung angewendet hat - kommt es dabei nicht wesentlich an, weil sich diese Feststellung gleichermaßen auf den Erwerbstätigkeits- wie auf den Haushaltsbereich beziehen lässt: Das Valideneinkommen der Beschwerdeführerin ist nicht auf einen Betrag über dem statistisch erhobenen Durchschnittseinkommen festzulegen. Bei Verhältnissen, da somit sowohl Validen- wie Invalideneinkommen ausgehend vom selben Tabellenlohn zu bestimmen sind, entspricht der Invaliditätsgrad, falls die Arbeitsfähigkeit verwertbar ist, dem Grad der Arbeitsunfähigkeit unter Berücksichtigung eines allfälligen Abzugs vom Tabellenlohn gemäss BGE 126 V 75 (vgl. Bundesgerichtsentscheide vom 5. März 2018, 8C\_536/2017 E. 5.1, vom 9. Mai 2016, 8C\_934/2015, und vom 20. April 2010, 9C\_215/2010 E. 5.2). Eine Verwertbarkeit der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin auf dem Arbeitsmarkt stellt diverse Anforderungen (vgl. IV-act. 104-8 f.). So soll eine adaptierte Tätigkeit einfach sein und keine besondere Anforderung an die Konzentration und an die Teamfähigkeit und keine Anforderung an eine besondere Stresstoleranz stellen. Es sollten keine Lärmbelastung, keine störenden Lichtverhältnisse und keine ständig wechselnden Kontakte mit anderen Menschen (Kunden) bestehen. Überkopfarbeiten sollten ein allgemein übliches Mass nicht übersteigen. Repetitives Bewältigen von Treppen sowie eine Exposition gegenüber Rüttel-, Stoss- und Vibrationseinwirkungen auf das Achsen skelett und gegen Sturzereignisse seien zu vermeiden. Tätigkeiten im Knien, im Kauern und in konstanter Vorneigung seien auf ein Minimum zu beschränken, das Heben und Tragen von Lasten auf maximal 20 kg (vgl. IV-act. 104-9). Da für die Invaliditätsbemessung nicht der tatsächliche, sondern ein hypothetischer ausgeglichener Arbeitsmarkt relevant ist, auf dem die verfügbaren Arbeitsplätze dem Angebot an Arbeitskräften entsprechen (vgl. Bundesgerichtsurteil vom 4. Mai 2018, 9C\_294/2017 E. 5.4.2., AHI 1998 S. 287 E. 3b), der, was die verlangten beruflichen und intellektuellen Voraussetzungen wie auch den körperlichen Einsatz angeht, einen Fächer verschiedenster Tätigkeiten aufweist (vgl. Bundesgerichtsentscheide vom 9. Januar 2015, 8C\_652/2014, und vom 10. April 2019, 8C\_811/2018 E. 4.4.1), und der selbst sogenannte Nischenarbeitsplätze umfasst, 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), ist davon auszugehen, dass die umschriebene, mit 80 % als hoch zu bezeichnende Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin verwertbar ist. 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). Da die gesundheitlich bedingten Beeinträchtigungen -

namentlich der Pausenbedarf - bereits in die medizinische Arbeitsunfähigkeitsschätzung eingeflossen sind und eine vollzeitliche Arbeit zumutbar ist, ist jedenfalls kein 10 % übersteigender Abzug vom Tabellenlohn zur Bestimmung des Invalideneinkommens gerechtfertigt. Als Abzugsgrund am ehesten in Betracht fällt der Umstand, dass die Beschwerdeführerin nach 1991 nicht mehr namhaft erwerbstätig war (vgl. IK-Auszug, IV-act. 45). Dieses Kriterium der langen Abwesenheit vom Arbeitsmarkt spielt indessen bei dem vorliegend heranzuziehenden tiefsten Tabellenlohn des Kompetenzniveaus 1, der einfache Tätigkeiten körperlicher oder handwerklicher Art umfasst, nur eine unbedeutende Rolle. Es vermag einen Abzug nicht zu rechtfertigen (vgl. Bundesgerichtsurteil vom 22. März 2017, 8C\_805/2016 E. 3.3) bzw. wirkt sich nicht zwingend lohnsenkend aus (vgl. Bundesgerichtsurteil vom 12. Februar 2020, 8C\_190/2019 E. 4.2). Die angefochtene Verfügung betreffend die Abweisung des Rentenanspruchs erweist sich demnach jedenfalls als rechtmässig. Ein reiner Einkommensvergleich ergäbe einen Invaliditätsgrad von 28 % ( $1 - [0.8 \times 0.9]$ ). Bei Anwendung der gemischten Methode mit einer Aufteilung in 80 % Erwerbstätigkeit und 20 % Haushaltstätigkeit ergäbe sich bei Annahme einer das Attest im Gutachten überschreitenden Arbeitsunfähigkeit im Haushalt von 20 % (wie dort für den Erwerbsbereich attestiert) ein Invaliditätsgrad von 26.4 % oder rund 26 % (Teilinvaliditätsgrad von 28 % bezogen auf 80 % Erwerbstätigkeit zuzüglich und Teilinvaliditätsgrad von 20 % bezogen auf 20 % Haushaltstätigkeit). Zur Erleichterung ihrer tatsächlichen Eingliederung in den Arbeitsmarkt stünde es der Beschwerdeführerin angesichts einer attestierten Arbeitsunfähigkeit von 20 % frei, einen allfälligen Anspruch auf Unterstützung durch die Beschwerdegegnerin prüfen zu lassen. Ein solcher setzte allerdings unter anderem auch eine entsprechende Mitwirkung von ihrer Seite voraus. Im Sinn der vorstehenden Erwägungen ist die Beschwerde abzuweisen. Nach Art. 69 Abs. 1 bis IVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von 200 bis 1000 Franken festgelegt. Die Beschwerdeführerin ist im Verfahren unterlegen, weshalb ihr die Gerichtskosten in der Höhe von Fr. 600.-- aufzuerlegen sind. Zuzugabe der Bewilligung der unentgeltlichen Prozessführung (Befreiung von den Gerichtskosten) am 26. März 2019 ist sie jedoch von deren Bezahlung zu befreien. - Wenn ihre wirtschaftlichen Verhältnisse es ihr gestatten, kann sie jedoch zur Nachzahlung der Gerichtskosten 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 Gerichtsgebühr von Fr. 600.-- befreit.

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