

SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2020/101 vom 8. September 2022

Sg Versicherungsgericht, 2022-09-08, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg_publicationen_IV_2020_101

FR: SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2020/101 du 8 septembre 2022

IT: SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2020/101 del 8 settembre 2022

Regeste

Würdigung eines polydisziplinären Gutachtens. Rückwirkende befristete Rentenzusprache (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 8. September 2022, IV 2020/101).

Volltext

Entscheid vom 8. September 2022 Besetzung Versicherungsrichterinnen Karin Huber-Studerus (Vorsitz), Michaela Machleidt Lehmann und Corinne Schambeck; Gerichtsschreiberin Fides Hautle Geschäftsnr. IV 2020/101 Parteien A.____, Beschwerdeführerin, vertreten durch Rechtsanwalt lic. iur. Bruno A. Hubatka, Advokatur Hubatka, Obere Bahnhofstrasse 24, Postfach 637, 9501 Wil, gegen IV-Stelle des Kantons St. Gallen, Postfach 368, 9016 St. Gallen, Beschwerdegegnerin, Gegenstand Rente Sachverhalt A.____ meldete sich am 16./18. November 2016 (IV-act. 1) bei der Sozialversicherungsanstalt/IV-Stelle des Kantons St. Gallen zum Bezug von Leistungen der Invalidenversicherung an. Sie habe in ihrer Heimat die Schule besucht, sei 199_ in die Schweiz gekommen, Mutter von ___ Kindern (geboren 199_ bis 200_) und Hausfrau. Seit 2013 leide sie an einer gesundheitlichen Beeinträchtigung und seit März 2016 stehe sie in Behandlung wegen Rückenschmerzen. Gemäss IK-Auszug (IV-act. 4) hatte sie zwischen 1995 und 2015 verschiedene Anstellungen gehabt und war wiederholt arbeitslos und längere Zeit nichterwerbstätig gewesen. Dr. med. B.____, Facharzt Allgemeine Innere Medizin FMH, gab in einem ärztlichen Bericht zur Eingliederung vom 30. November 2016 (IV-act. 9) an, die Versicherte leide an einer Lumboischialgie links und sei seit 9. Februar 2016 voll arbeitsunfähig. Es gebe eine ausgedehnte Dokumentation. Die Krankentaggeldversicherung hatte am 29. November 2016 (Fremd-act. 1) ihre Akten eingereicht, darunter Berichte und Atteste verschiedenster Ärzte. In einer Krankheitsmeldung vom __. __ 2016 (Fremd-act. 1-5) hatte eine Arbeitgeberin erklärt, die Versicherte sei seit __. __ 2011 als ___/___mitarbeiterin - in einer schweren, im Stehen zu verrichtenden Arbeit - bei einer Arbeitszeit von 45 Stunden pro Woche angestellt. Bei ihr sei ein Beinnerv eingeklemmt. Sie habe die Arbeit am __. Februar 2016 niedergelegt und ab __. Juni 2016 zu 25 % wieder aufgenommen. Im Durchschnitt der letzten zwölf Monate habe sie ein Jahreseinkommen von Fr. 52'____.-- verdient, dazu seien u.a. eine Gratifikation von Fr. 1'____.-- und eine Ferien-/Feiertagsentschädigung von Fr. 5'____.-- gekommen. - Die Klinik für Radiologie und Nuklearmedizin am Kantonsspital St. Gallen (___ C.____) hatte in einem Bericht vom 26. Mai 2016 (Fremd-act. 1-58 f.) festgehalten, in einem aktuellen MRI seien multisegmentale moderate bis fortgeschrittene ossäre und diskale Degenerationen der LWS bei flachbogiger linkskonvexer Skoliose und eine multifaktorielle hochgradige neuroforaminale Einengung des Spinalnervs L5 links mit resultierender Kompression

gefunden worden. - Die Klinik für Neurochirurgie am Kantonsspital St. Gallen hatte daraufhin am 13. Juni 2016 (Fremd-act. 1-6, zweiter Teil whs. Fremd-act. 1-82) berichtet, es liege ein lumboradikuläres sensibles Schmerzsyndrom vom Typ L5 links bei intra-/extraforaminaler Diskushernie LWK5/SWK1 vor (mit ISG-Syndrom links und St. nach mehreren PRT [periradikulären Therapien] L5 links [Juli 2013 sowie April und Mai 2016], nach Sakralblockade [Januar 2014] und nach ISG-Infiltration links [März 2016]). Die Schmerzsituation werde von der Versicherten und ihrem Ehemann als unerträglich empfunden. Es sei dem Ehepaar gesagt worden, dass die Dekompression der Nervenwurzel keine Garantie gebe, dass die aktuell bestehenden, möglicherweise neuropathischen Schmerzen danach signifikant regredient sein würden. - Dr. med. D.____, Facharzt Neurochirurgie FMH, hatte am 19. Juni 2016 (Fremd-act. 1-84 ff.) von einem chronischen therapieresistenten lumboradikulären Reizsyndrom vom Typ L5 linksseitig bei bereits im Jahr 2013 diagnostizierter Diskushernie und einem erhöhten Verdacht auf ein bereits bestehendes neuropathisches Schmerzsyndrom berichtet. Es hätten sich weiterhin eine L5-Reizsymptomatik links, paradoxerweise aber keine Rist-/Grosszehenbeteiligung, und gesamthaft ein verworrener Zustand gezeigt. Guten Profit habe die Versicherte durch eine Kurbehandlung in der Heimat erlangen können. Bis anhin seien nach Angaben der Eheleute noch nie antineuropathisch wirksame Medikamente (Lyrica/Neurontin) zum Einsatz gekommen. Möglicherweise könne auch durch eine operative Vorgehensweise nicht der gewünschte Erfolg erzielt werden. - Dr. med. E.____, Facharzt Neurologie FMH, hatte (nach einer Elektroneuromyographie) am 15. Juli 2016 (Fremd-act. 1-87 ff.) mitgeteilt, es sei von einer relevanten Kompression der Nervenwurzel L5 links auszugehen, und es bestehe der Verdacht auf ein diskretes motorisches Ausfallsyndrom L5 links. Die Versicherte habe schmerzbedingt in sämtlichen Muskeln keine volle Willküraktivität erreichen können, so dass die Aussagen betreffend Reinnervation nur bedingt möglich seien. Offensichtliche Veränderungen seien nicht zu dokumentieren gewesen. - In einem Bericht des Case Managements der Krankentaggeldversicherung vom __. Oktober 2016 (Fremd-act. 1-112) war u.a. erwähnt worden, der Ehemann der Versicherten sei als Maschinenmechaniker tätig gewesen und sei nun seit einigen Monaten arbeitslos. - Dr. med. F.____, Facharzt für Neurochirurgie, hatte der Versicherten, wie er in seinem Bericht vom 18. November 2016 (Fremd-act. 2-18 f.) festgehalten hatte, eine Spondylodese L4 bis S1 vorgeschlagen. Vor einigen Tagen habe sie die Kündigung bekommen. - Am 31. Januar 2017 endete das Arbeitsverhältnis (vgl. Fremd-act. 2-8). - Das Schmerzzentrum am Kantonsspital St. Gallen erklärte in einem Bericht über die Erstkonsultation vom 6. Februar 2017 (Fremd-act. 2-20 f.; IV-act. 67-3 ff.), es bestehe bei der Versicherten ein progredientes neuropathisches Schmerzsyndrom L5 links mit nozizeptiver Komponente bei intra-/extraforaminaler Diskushernie L5/S1 und multisegmentaler Osteochondrose der LWS. Mindestens seit dem letzten Jahr überwögen Beinschmerzen die neuropathischen (einer Radikulopathie L5 entsprechenden) und die Rücken- (nozizeptive Komponente) Schmerzen. Als biologisches Korrelat bestehe eine neuroforaminale Enge L5 links. Die Versicherte habe von einer einjährigen Ärzteodyssee berichtet und sei zurzeit mit den verschiedenen Meinungen zum Für und Wider einer Operation und zur Frage ggf. welcher Operation (kleine Operation in Form einer Dekompression oder grosse in Form einer Spondylodese) überfordert. Es ergebe sich diesbezüglich der Verdacht auf eine unsichere und ängstliche Persönlichkeit. Nach Aufklärung wünsche sie derzeit eine Dekompression. Für die Zwischenzeit würden Lyrica und Cymbalta verabreicht. Die Versicherte sei sozial gut integriert. Sie habe innerhalb der Familie solide Ressourcen. Sie bedauere glaubhaft,

dass sie seit etwa einem Jahr ihre Tätigkeit als Fabrikarbeiterin nicht mehr ausüben könne. - Die Klinik für Neurochirurgie am Kantonsspital St. Gallen berichtete am 27. März 2017 (IV-act. 31) von einer am 22. März 2017 erfolgten minimal invasiven mikrochirurgischen Dekompression L5/S1 links, einer Isthmotomie und einer Zystenentfernung (Matrix-System). Die Schmerzen seien danach deutlich regredient gewesen. Die Versicherte sei bis 9. April 2017 arbeitsunfähig (dann eventuell Verlängerung durch den Hausarzt). - Am 25. April 2017 (IV-act. 40) teilte die Klinik mit, es habe sich ein erfreulicher Verlauf mit Regredienz der lumboradikulären Schmerzen und der neuropathischen Komponente gezeigt. Die Versicherte gebe noch Beschwerden im BWS-Bereich an, sei mit dem Verlauf ansonsten aber zufrieden. - Vertrauensarzt Dr. med. G.____ hatte am 11. April 2017 (Fremd-act. 2-33 f.) festgehalten, es bestehe seit Jahren ein lumboradikuläres sensibles Schmerzsyndrom. Nach der Operation vom 22. März 2017 sei eine etwa drei- bis viermonatige Arbeitsunfähigkeit zu erwarten, dann die Wiederaufnahme der Arbeit. Der Regionale Ärztliche Dienst (RAD) der Invalidenversicherung hatte am 5. Januar 2017 (IV-act. 15) das Einholen eines IV-Arztberichts von Dr. D.____ empfohlen, worauf dieser am 13. Juni 2017 (IV-act. 33) bekanntgab, es hätten seinerseits Behandlungen der Versicherten am 14. Juni 2016 und am 9. Januar 2017 stattgefunden. Bei der Erstkonsultation habe diese erklärt, schon seit 18. Februar 2016 voll arbeitsunfähig geschrieben zu sein. Im Verlauf habe sich eine Therapieresistenz gezeigt, die Massnahmen hätten eher zu einer Verschlechterung geführt. Einzig die Einnahme von Spedifen helfe. Die Leistungsfähigkeit sei in einer geeigneten Institution evaluieren zu lassen. - Am 22. Juni 2017 (Fremd-act. 2-38) empfahl Dr. B.____ angesichts der komplexen Problematik eine Begutachtung. - Eine Versicherung der Säule 3a reichte am 29. Juni 2017 einen Bericht von Dr. med. H.____, Fachärztin Psychiatrie und Psychotherapie, vom 23. Juni 2017 (Eingangsdatum, IV-act. 47-3) ein. Darin hatte die Ärztin zum Thema einer Kündigung dieser Versicherung erklärt, sie habe die Versicherte im Jahr 2007 behandelt und diese sei nicht psychisch krank, sondern sei mit der Situation psychosozial überfordert gewesen. Sie habe vom Ehemann kaum Unterstützung bekommen und über minimale Deutschkenntnisse verfügt. Das Mittel Seropram habe sie (die Ärztin) ihr zur Beruhigung gegeben. Die falschen Angaben hätten auf Unkenntnis beruht. - Die ehemalige Arbeitgeberin der Versicherten gab am 4. Juli 2017 (IV-act. 57) an, deren Arbeitszeit habe 44 Stunden pro Woche betragen. Sie würde ohne Gesundheitsschaden derzeit einen Stundenlohn von Fr. 24.10 verdienen. Seit 18. Februar 2016 sei sie krankgeschrieben. Eine Tätigkeit mit Abwechslung zwischen Sitzen und Stehen (d.h. mit wechselnden Rückenbelastungen) könnte sie leisten. Es sei ihr wegen schlechter Auftragslage gekündigt worden (Anstellung bis 31. Januar 2017). - Vertrauensarzt Dr. med. I.____ erklärte am 7. August 2017 (Fremd-act. 7-3 f.; betreffend die Krankentaggeldversicherung), er erachte die Prognose als ungünstig und rechne mit einem Genussablauf. Die Schmerzklinik am Kantonsspital St. Gallen gab in einem IV-Arztbericht vom 19. September 2017 (Eingangsdatum, IV-act. 59) an, bei der Versicherten bestünden eine Lumboischialgie nach minimal invasiver Sequestrektomie und Isthmotomie L5/S1 links am 22. März 2017 sowie M 96.8 (sonstige Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems nach medizinischen Massnahmen). Seit Sommer 2017 sei es zu einer progredienten Verschlechterung der Schmerzsituation gekommen. Ein daraufhin erstelltes MRT habe eine neu aktivierte Osteochondrose L5/S1 mit breitbasiger Rezidiv-/Rest-Diskushernie mit mittelgradiger foraminaler Einengung und extraforaminaler Ausspannung der Radix L5 links gezeigt. Es bestehe auch eine Asymmetrie der Neuroganglien L5 mit Zeichen einer Nervenwurzelreizung links. Bei

Scheitern der ambulanten Massnahmen (Intensivierung der pharmakologischen Behandlung, Physiotherapie, Aufnahme einer integrativ medizinischen Behandlung) sei vor einer allfälligen Re-Operation ein Rehabilitationsaufenthalt zu empfehlen. Ob die bisherige Tätigkeit noch zumutbar sei, könne nicht beantwortet werden. Es handle sich dabei um eine arbeitsmedizinische Frage, die aus schmerztherapeutischer Sicht nicht beantwortet werden könne. Hierzu sei eine Arbeitsplatzevaluation zu empfehlen. Zurzeit bestehe eine zu 100 % verminderte Leistungsfähigkeit. Am 12. Oktober 2017 (IV-act. 63) teilte die Sozialversicherungsanstalt/IV-Stelle der Versicherten mit, zurzeit seien keine Eingliederungsmassnahmen möglich. Es werde die Dauer der Therapie an der Schmerzklinik am Kantonsspital St. Gallen abgewartet und ab Mitte Dezember 2017 weiter abgeklärt. In einem Bericht der Klinik für Neurochirurgie am Kantonsspital St. Gallen vom 29. März 2018 (IV-act. 69) wurde einstweilen angegeben, die Versicherte sei bis mindestens 8. Februar 2018 arbeitsunfähig gewesen. Am 28. Juni 2018 (IV-act. 75) gab die Klinik als Diagnose bei der Versicherten eine persistierende Lumbago (bzw. Lumboischialgien links) an mit u.a. einer Chronifizierung und V. a. depressive Überlagerung. Neurologische Funktionseinschränkungen bestünden nicht. Eine angepasste Tätigkeit sei an vier bis fünf Stunden pro Tag zumutbar. Einer Eingliederung stünden die lange Absenz von der Arbeit und die fehlende berufliche Qualifikation im Weg. Die Versicherte sei zu einer Rehabilitation angemeldet worden. - Der RAD hielt am 8. Juli 2018 (IV-act. 76) dafür, eine Begutachtung sei noch nicht erforderlich. Falls keine stationäre Rehabilitation stattfinde, könnten berufliche Massnahmen bei einer Arbeitsfähigkeit für vier bis fünf Stunden pro Tag geprüft werden. Die Klinik J. ___ hatte in einem Austrittsbericht vom 11. Juni 2018 (IV-act. 79) über eine Rehabilitation der Versicherten vom 22. Mai 2018 bis 11. Juni 2018 mitgeteilt, die Versicherte sei derzeit und mittelfristig bei mittelgradiger Depression nicht arbeitsfähig. Als rehabilitationsrelevante Diagnosen lägen u.a. eine Funktionsminderung der Lendenwirbelsäule und Belastbarkeitsminderung des linken Beins bei chronischem, rezidivierend exazerbiertem sensomotorischem Ausfallsyndrom L5 links und eine verminderte psychophysische Belastbarkeit bei chronischer Schmerzstörung mit somatischen (muskuloskelettalen) und psychischen (mittelgradige depressive Episode) Faktoren vor. Die allgemeine Sicherheit, die Ergonomie und Beweglichkeit der LWS, die Rumpfstabilität sowie die allgemeine Kraft und Kraftausdauer hätten verbessert werden können. Neben den somatischen Beschwerden existierten beachtliche psychosoziale und sozioökonomische Belastungen, weshalb die Versicherte durch den Sozialdienst betreut worden sei. Die IV-Sachbearbeiterin hielt am 18. September 2018 (IV-act. 85) fest, derzeit wirke sich die Depression der Versicherten so stark auf die Arbeitsfähigkeit aus, dass vier Stunden Arbeit pro Tag nicht denkbar seien. Die Versicherte sei jedoch zu beruflichen Massnahmen motiviert und habe Anspruch auf Integrationsmassnahmen. Es werde ein Belastbarkeitstraining vorgesehen (vgl. auch Eingliederungsplan, IV-act. 86, Verlauf, IV-act. 87). - Am 2. Oktober 2018 (IV-act. 89) wurde der Versicherten IV-Kostengutsprache für das Training vom 1. Oktober 2018 bis 31. Dezember 2018 (samt Taggeld, vgl. auch IV-act. 95) geleistet. - In einem Bericht einer Eingliederungsstätte vom __. ___ 2018 (IV-act. 93) wurde festgehalten, vorgesehen sei eine Steigerung der Präsenzzeit der Versicherten von zwei auf vier Stunden an mindestens vier Arbeitstagen pro Woche, am 8. November 2018 (IV-act. 97) wurde ein weiterer Bericht erstattet. Die Psychiatrie K. ___ erklärte in einem IV-Arztbericht vom 19. November 2018 (IV-act. 99), es fänden seit 10. Juli 2018 vierzehntägliche Kontrollen statt. Der Versicherten sei eine Arbeitsunfähigkeit von 80 % ab 1. Juli 2018 attestiert worden. Zu diagnostizieren seien eine

rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode, und eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren. Zurzeit bestünden eine ausgeprägte Belastungs- und Frustrationsintoleranz und eine Konzentrationsschwäche als Folge der Depression und des Erschöpfungssyndroms. Ausserdem bestünden chronische Schmerzprobleme. Die Versicherte (sc. gebe an, sie) müsse (bei der Arbeit) mehrfach aufstehen und selbst leichte Tätigkeiten würden ihr auf die Dauer zusetzen und sie körperlich sehr fordern. Es bestünden fast keine Ressourcen, einzig die Freude an der ___ Karriere [des Kindes]. Es seien psychopharmakologische Interventionen anzudenken und die Versicherte sei durch Psychoedukation von einer Überzeugung organischer Ursachen ihres Leidens zu einer Akzeptanz des biopsychosozialen Krankheitsverständnisses zu führen und sozialarbeiterisch zu betreuen. Zurzeit arbeite die Versicherte an drei Stunden pro Tag im geschützten Rahmen. Die Tatsache, dass sie keine Anstellung habe, erschwere die Eingliederung. Ausserdem könnten dies auch eine Exacerbation der Schmerzstörung oder depressive Einbrüche tun. In einem Assessment- und Verlaufsprotokoll vom 12. September 2018 (IV-act. 101) wurde festgehalten, der Ehemann der Versicherten beziehe seit ___ 2005 eine Rente bei einem Invaliditätsgrad von 50 %. Diese bilde seit der Einstellung der Krankentaggelder der Versicherten im Februar 2018 das Einkommen der Familie. Die Versicherte habe die Situation des Ehemannes empathisch geschildert. Die Familiensituation wirke harmonisch. Bei einer Gastroskopie vom 21. November 2018 wurde bei der Versicherten ein Ulkus festgestellt, aggraviert durch NSAR-Einnahme, und medikamentös behandelt (vgl. IV-act. 105-2 f.). - Das Schmerzzentrum am Kantonsspital St. Gallen hielt in einem Bericht vom 4. Dezember 2018 (IV-act. 112-2 f.) über eine Verlaufskonsultation vom 30. November 2018 fest, führend seien weiterhin (vom Gesäss in den lateralen Oberschenkel und in den linken Fuss gehende) Schmerzen. Die schmerztherapeutischen Interventionen und die stationäre Rehabilitationsbehandlung (Infiltrationen der Nervenwurzel seien gänzlich ohne Effekt gewesen) hätten keine suffiziente Linderung der durchschnittlichen Schmerzstärke von VAS 8/10 erreichen können. Zu diskutieren wären allenfalls noch eine zusätzliche Analgesie mit Opiaten und eine Rückenmarksstimulation. Im Schlussbericht über die Integrationsmassnahmen vom __. __ 2018 (IV-act. 100) berichtete die Eingliederungsstätte, die Versicherte sei an insgesamt 13 Tagen krank gewesen (vgl. IV-act. 100-1). Sie habe nach drei Monaten eine Präsenzzeit von drei Stunden pro Tag an vier Tagen pro Woche erreicht, habe diese aber nicht stabil einhalten können. Die Qualität der Arbeit habe den Erwartungen entsprochen; es gebe daran nichts zu bemängeln. Die Versicherte habe sich vehement für die Fortsetzung der Massnahme eingesetzt und wolle unbedingt weiterarbeiten. Sie erledige gern einfache Montage- und Kontrollarbeiten und hätte das Potential für Transportaufträge (mit Personenwagen mit Automat). Obwohl man ihr mehr zutrauen würde, habe man ihr aufgrund ihres Arbeitsverhaltens (Pausen) keine verantwortungsvolleren Arbeiten übertragen können. Während der Anwesenheit habe sie eine Leistung von etwa 50 % erbracht, und zwar so reduziert, weil sie viele Pausen gemacht habe (vgl. IV-act. 100-5), nämlich nach der Steigerung auf drei Stunden pro Tag jede Viertelstunde zwei bis fünf Minuten und jede Stunde etwa eine Viertelstunde (vgl. IV-act. 100-4). Es sei der Eindruck entstanden, die Versicherte leide unter dem finanziellen Druck, weil ihr Ehemann nicht arbeiten könne. Das Ziel der Versicherten sei es, eine Stelle zu 50 % zu finden. - Im Bericht der IV-Eingliederungsberaterin vom 7. Januar 2019 (IV-act. 101-4 ff., -8 f.) wurde festgehalten, die Versicherte habe - anders als in den früheren Gesprächen - deutlich eine seit Jahren äusserst belastende familiäre Situation betreffend den Ehemann benannt.

Derentwegen und wegen der Schmerzproblematik werde eine Arbeitsfähigkeit von 50 % innerhalb eines Jahres kaum realisiert werden können. Die Psychiatrie K.____ gab in ihrem IV-Verlaufsbericht vom 6. März 2019 (IV-act. 113) an, die frühere Arbeit mit Notwendigkeit, schwere Lasten zu tragen, sei nicht mehr zumutbar. Auch für eine adaptierte Tätigkeit bestehe keine Arbeitsfähigkeit, da der Arbeitsintegrationsversuch mit drei Stunden Arbeit pro Tag habe abgebrochen werden müssen. - Von der Schmerzklinik am Kantonsspital St. Gallen ging am 29. März 2019 (IV-act. 115-1-5) nochmals der frühere Bericht vom September 2017 (IV-act. 59-2 bis 6) ein, u.a. mit einem ebenfalls älteren provisorischen Sprechstundenbericht der Klinik für Neurochirurgie am Kantonsspital St. Gallen vom 30. April 2018 (IV-act. 115-31 f.). Gemäss dem Bericht eines Instituts vom 30. Januar 2014 (IV-act. 115-90 f.) war am 23. Januar 2014 wegen einer therapieresistenten Radikulopathie L5 und S1 links, aktuell S1, bei DH L4/5 und L5/S1, eine Sakralblockade vorgenommen worden. - Der RAD hielt am 12. April 2019 (IV-act. 116) fest, es werde wahrscheinlich eine Abklärung erforderlich sein, vorher müsse indessen der Gesundheitszustand stabil sein. Am 14. Oktober 2019 erstattete das Ärztliche Begutachtungsinstitut ABI das in Auftrag gegebene Gutachten (IV-act. 135; Begutachtungen am 27. August 2019). Als Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit wurden festgehalten (erstens) eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode, (zweitens) eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren und (drittens) ein chronisches lumbovertebrales Schmerzsyndrom (bei u.a. breitbasiger Diskushernie LWK4/5 sowie Affektion der Nervenwurzel L5 links). Ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit seien eine mikrozytäre, hyperchrome Anämie unklarer Genese, ein Status nach Helicobacter-positivem Ulkus im Antrum präpylorisch und anamnestisch eine Migräne (vgl. IV-act. 135-9). Für körperlich mittelschwere und schwere sowie für überwiegend im Stehen und im Gehen auszuübende Verrichtungen (wie die zuletzt ausgeübte Tätigkeit in der ____ und ____) sei die Versicherte seit Februar 2016 bleibend nicht mehr arbeitsfähig. In einer körperlich sehr leichten Tätigkeit unter Wechselbelastung und weiteren genannten Bedingungen bestehe eine Arbeits- und Leistungsfähigkeit der Versicherten von 70 % (maximale Präsenzzeit sechs bis acht Stunden pro Tag sowie Einschränkung durch einen erhöhten Pausenbedarf und ein reduziertes Rendement). Im zeitlichen Verlauf sei für adaptierte Tätigkeiten ab Februar 2016 arbiträr von einer Arbeitsunfähigkeit von 20 %, ab März 2017 von einer solchen von 100 % und ab Oktober 2017 von der aktuell erhobenen Arbeitsunfähigkeit (von 30 %) auszugehen (IV-act. 135-11). - Der RAD befürwortete am 4. November 2019 (IV-act. 138), auf das Gutachten abzustellen. - Die IV-Eingliederungsverantwortliche wies am 10. Januar 2020 (IV-act. 142) darauf hin, dass sich die Versicherte subjektiv nicht arbeitsfähig fühle. - Mit Mitteilung vom 20. Januar 2020 (IV-act. 145) eröffnete die Sozialversicherungsanstalt/IV-Stelle der Versicherten deshalb, berufliche Massnahmen seien nicht möglich. Mit Vorbescheid vom 29. Januar 2020 (IV-act. 148) stellte sie der Versicherten eine Abweisung ihres Rentengesuchs bei einem Invaliditätsgrad von 30 % (Valideneinkommen Fr. 54'576.--, Invalideneinkommen Fr. 38'203.--) in Aussicht. Am 31. Januar 2020 (IV-act. 149) erklärte Dr. B.____ in einem von der Versicherten mitunterzeichneten Schreiben, diese sei mit dem Renten-Entscheid nicht einverstanden. Er selber sei derselben Meinung; sie sei wegen ihrer Krankheit nicht arbeitsfähig. - Durch ihren Rechtsvertreter (vgl. IV-act. 151) liess die Versicherte am 4. März 2020 (IV-act. 157) Einwände gegen die Entscheidung betreffend berufliche Massnahmen bzw. im Eventualstandpunkt gegen diejenige betreffend die Rente erheben. Unter Beilage eines

Sprechstundenberichts der Klinik für Neurochirurgie am Kantonsspital St. Gallen vom 18. Dezember 2019 (IV-act. 158), eines Berichts des Spitals L. ___ vom 14. Februar 2020 (IV-act. 159) und eines Berichts der Psychiatrie K. ___ vom 19. Februar 2020 (IV-act. 160) und unter Hinweis auf eine Stellungnahme von Dr. B. ___ vom 11. Februar 2020, welche die Sozialversicherungsanstalt/IV-Stelle erhalten habe, legte der Rechtsvertreter dar, die Entwicklung seit der Exploration vom 27. August 2019 sei in der beanstandeten Beurteilung nicht mitberücksichtigt worden. Der Gesundheitszustand der Versicherten habe sich wesentlich verschlechtert. Dass berufliche Massnahmen keinen Sinn machen würden, weil für eine Änderung der Situation bei ihr die mentale Einstellung fehle, wie es im Gutachten festgestellt worden sei, werde zudem bestritten. Sie habe sich keine Selbstlimitierung auferlegt, sondern habe durchaus Interesse an einer Arbeitstätigkeit, weil es für sie keine Lösung sei, nur zuhause zu sein. Die Abklärungen bzw. (Arbeits-) Versuchsreihen habe sie nicht von ihrer Seite her abgebrochen, sondern der Abbruch sei u.a. auf Anweisung der IV-Eingliederungsverantwortlichen erfolgt. Die Schilderungen zum Tagesablauf der Versicherten im Gutachten seien ausserdem zu relativieren. Die Versicherte verstehe unter Spazieren lediglich ein Zurücklegen von maximal 400 m innerhalb einer Viertelstunde. Die Haushaltarbeiten würden schwergewichtig von den erwachsenen Töchtern erledigt, teilweise unterstützt vom Ehemann, der dabei aber ebenfalls limitiert sei. Von einer entsprechenden Leistungsfähigkeit könne nicht ausgegangen werden. Zudem müsse geklärt werden, ob immer noch von einer Depression mittleren Grades in einer Episode gesprochen werden könne, oder ob es sich inzwischen nicht mehr um eine blossige Episode handle. - Die Klinik für Neurochirurgie am Kantonsspital St. Gallen hatte erklärt, es seien sicherlich eine erneute Infiltration L5 und gegebenenfalls auch eine solche der Facettengelenke LWK5/SWK1 indiziert. Im MRI LWS vom 3. Dezember 2019 habe sich der bekannte intraforaminale Bandscheibenvorfall LWK5/SWK1 links mit Bedrängung der Wurzel L5 links gezeigt, zudem neu eine Spondylolyse LWK5 links. - Das Spital L. ___ hatte Dr. B. ___ berichtet, die MRI-Untersuchung vom 3. Dezember 2019 habe eine neu aufgetretene "Spondylodese" (richtig wohl: Spondylolyse) LWK5, eine hochgradige diskoossäre foraminale Stenose LWK5/SWK1 links und eine foraminale Irritation der linken L5-Wurzel und ausserdem eine intraforaminale Diskushernie LWK4/5 rechts gezeigt. Es sei der Versicherten empfohlen worden, einen andern (wohl: Psycho-)therapeuten aufzusuchen, der ihr helfen könne, mit den Schmerzen umzugehen. - Die Psychiatrie K. ___ hatte berichtet, die Versicherte präsentiere sich abgesehen von einer geringen Verbesserung durch die etablierte Antidepressiva-Therapie seit Beginn der ambulanten psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung in einem unveränderten Zustand. - Der RAD erklärte am 24. März 2020 (IV-act. 161), es gebe keine Hinweise auf eine objektivierbare Verschlechterung. Es bestünden - wie am 4. November 2019 festgehalten - Auffälligkeiten bei der Indikatorenprüfung. Mit Verfügung vom 25. März 2020 (IV-act. 163) wies die Sozialversicherungsanstalt/IV-Stelle des Kantons St. Gallen das Leistungsgesuch um eine Rente vom 18. November 2016 ab. Gegen diese Verfügung richtet sich die von Rechtsanwalt lic. iur. Bruno A. Hubatka für die Betroffene am 19. Mai 2020 erhobene Beschwerde (act. G 1). Der Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin beantragt, die angefochtene Verfügung sei aufzuheben und die Sache zur Neuurteilung an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. Eventualiter sei festzustellen, dass die Beschwerdeführerin Anspruch auf eine halbe Invalidenrente habe, unter Kosten- und Entschädigungsfolge. Die Beschwerdeführerin habe sich wegen wiederholt aufgetretener

Schmerzen, vor allem im Rückenbereich und in den Beinen, bei der Invalidenversicherung angemeldet. Da sich die Ursachen nicht eindeutig hätten zuordnen lassen, seien diverse Abklärungen erfolgt. Während dieser Zeit sei die Beschwerdeführerin stets als voll arbeitsunfähig beurteilt worden. Das Belastbarkeitstraining habe vorzeitig abgebrochen werden müssen, weil die notwendige Präsenzzeit von 16 Stunden pro Woche innerhalb der ersten zwei Monate nicht erreicht worden sei. Gemäss dem Bericht habe trotz glaubhafter Motivation der Beschwerdeführerin die Schmerzsituation im Vordergrund gestanden. Das Ziel einer Arbeitsfähigkeit von 50 % könne nicht erreicht werden. Nach der Beurteilung der IV-Eingliederungsverantwortlichen habe die seit langem bestehende psychosoziale Belastungssituation grossen Einfluss auf das Befinden der Beschwerdeführerin. Ihr Leidensdruck sei zu gross, um die Möglichkeit einer Veränderung in Betracht zu ziehen. Die Beschwerdeführerin könne nicht nachvollziehen, weshalb die beruflichen Massnahmen aufgrund der Arbeitsunfähigkeit nicht denkbar seien. Diverse ärztliche Stellen hätten - im Unterschied zum Gutachten mit der angegebenen Gesamteinschränkung von zwischen 20 und 30 % - eine Arbeitsunfähigkeit der Beschwerdeführerin von 100 % festgestellt. Sie bestreite die Richtigkeit des aufgrund der Begutachtung an einem einzigen Tag erstatteten Gutachtens. Es werde nicht begründet, weshalb darauf geschlossen werde, dass die Beschwerdeführerin das Medikament Lyrica nicht einnehme. Es fehle ein Hinweis, dass sich das aus dem Anhang (sc. dem Laborblatt) ableiten lasse. Ausserdem sei kein Zusammenhang dieser Bemerkung mit der Beurteilung der Gesamtauswirkungen hergestellt worden. Die Beschwerdegegnerin habe es unterlassen, die richtigen Schlussfolgerungen aus dem Gutachten zu ziehen und weitere Komponenten zu beurteilen. Denn die geringe mentale Fähigkeit der Beschwerdeführerin, Mehrleistungen zu erbringen, die psychische Verminderung der Schmerzfähigkeit und die Einschränkungen auf dem konkreten Arbeitsmarkt durch die fehlende Schulbildung/Berufsmöglichkeit seien Faktoren, welche die Arbeitsfähigkeit einschränkten und - summierend - zu einer höheren Arbeitsunfähigkeit führten. Es bedürfe einer vertieften Analyse/Beurteilung durch die Beschwerdegegnerin, eventualiter könne der Arbeitsunfähigkeitsgrad ohne weiteres durch Aufsummierung der im Gutachten festgestellten Einschränkungen auf über 50 % festgelegt werden. Des Weiteren hätten sich die Gutachter mit dem Widerspruch nicht auseinandergesetzt, dass einerseits sinngemäss von einer guten Familienstruktur gesprochen werde, andererseits diesbezüglich eine grosse psychosoziale Belastung bestehe. Der Schluss sei jedoch klar: Die psychische Belastbarkeit der Beschwerdeführerin in diesem Umfeld sei sehr gering. Das bringe eine entsprechende "Reduktion der AUF" mit sich. Die Beschwerdegegnerin habe auch die Verweistätigkeit nicht richtig beurteilt und sei von zu weitreichenden Einkommensmöglichkeiten der Beschwerdeführerin ausgegangen. Im Einkommensvergleich müsste als Valideneinkommen ein Betrag von Fr. 54'576.-- eingesetzt werden, als rein aufgrund des Gutachtens und rein theoretisch - aufgrund der orthopädischen und psychischen Einschränkungen um mindestens 20 % reduzierter - erzielbarer Lohn ein solcher von Fr. 31'752.-- (bei einem möglichen Stundenlohn von Fr. 15.--; pro Monat Fr. 2'646.--), was einen Invaliditätsgrad von 41.82 % ergebe. Nehme man eine Einschränkung von annähernd 30 % (bei Stundenlohn von Fr. 14.--; pro Monat Fr. 2'470.--) an, betrage der Ausfall Fr. 24'940.-- oder 45.69 %. Schon ohne leidensbedingten Zuschlag ergebe sich somit Anspruch auf eine Viertelsrente, zur Diskussion stehe aber in beiden Fällen ein Invaliditätsgrad von mehr als 50 %. - Dr. B.____ hatte im beigelegten Bericht vom 29. April 2020 (act. G 1.2) festgehalten, im Vordergrund der Beschwerden der von ihm als Hausarzt seit Jahren betreuten Beschwerdeführerin stehe

eine Lumboischialgie links. Verschiedene spezialärztliche Abklärungen und Behandlungen hätten die Schmerzen nicht zu beseitigen vermocht. Obwohl weiterhin anhaltende, glaubhaft ausgeprägte Schmerzen im linken Bein ohne nachgewiesene neurologische Ausfälle bestünden, sei eine Berentung abgelehnt worden. Das könne er nicht verstehen und es werde von der Beschwerdeführerin und ihrem Ehemann als sehr ungerecht empfunden. Die Arbeitsfähigkeit sei nicht gegeben. Er habe der Beschwerdeführerin eine Neubeurteilung an der Klinik O.____ empfohlen. In ihrer Beschwerdeantwort vom 7. August 2020 (act. G 4) beantragt die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde. Die neben dem Gutachten vorhandenen medizinischen Berichte würden meist keine eigene Arbeitsfähigkeitsschätzung enthalten. Die Ärzte des Kantonsspitals St. Gallen, der Klinik J.____ und der Psychiatrie K.____ sowie der Hausarzt hätten ihre Schätzungen nicht schlüssig hergeleitet. Insbesondere könne aus dem Abbruch einer beruflichen Massnahme nicht ohne weiteres auf die medizinische Unzumutbarkeit geschlossen werden. Dass behandelnde Ärzte die Arbeitsfähigkeitsschätzungen aus dem Blickwinkel des Therapeuten abgäben, bedeute, dass das Zumutbarkeitskriterium nicht oder nicht ausreichend berücksichtigt werde, denn sie wollten, wie der Rechtsprechung des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen zu entnehmen sei, ihren Patienten die bestmöglichen Voraussetzungen für eine schliesslich doch noch erfolgreiche Behandlung verschaffen. Gerade bei schwer objektivierbaren Beschwerdebildern sei es Aufgabe der IV- bzw. der Gutachterstelle, die geltend gemachten Beschwerden auf ihre Plausibilität und Glaubhaftigkeit hin zu überprüfen. Die Gutachter hätten sich mit den abweichenden Arbeitsfähigkeitsschätzungen auseinandergesetzt und ihre eigene Beurteilung einlässlich begründet. Sie kämen zusammenfassend zum Ergebnis, dass die geltend gemachten Leistungseinschränkungen zu einem erheblichen Teil auf Aggravation beruhten. Es sei aus dem Gutachten zu schliessen, dass der Widerspruch zwischen Angabe und Nachweis der Einnahme von Lyrica (Pregabalin) als (weiterer) Hinweis auf die fehlende Glaubhaftigkeit der vorgetragenen Beschwerden interpretiert worden sei. Die Beschwerdeführerin werde im Alltag tatkräftig durch ihre Familienangehörigen unterstützt. Wieviel Unterstützung sie vom Ehemann bekomme, sei dabei nicht ausschlaggebend. Die familiäre Situation sei daher zu Recht insgesamt als Ressource bewertet worden. Anders verhalte es sich mit der finanziellen Situation der Familie, die als Belastungsfaktor anerkannt worden sei. Die schmerzverstärkende Wirkung der psychosozialen Belastungssituation sei berücksichtigt worden. Weshalb die in den einzelnen Teilgutachten angegebenen Arbeitsunfähigkeiten entgegen den gutachterlichen Ausführungen hätten aufsummiert werden sollen, sei nicht nachvollziehbar. Unklar sei auch, von welcher Stundenlohnbasis aufgrund welcher Quelle die Beschwerdeführerin bei der Berechnung des Invalideneinkommens ausgehe. Sie selbst (die Beschwerdegegnerin) habe die LSE, Tabelle TA1, Total, Frauen, Kompetenzniveau 1, verwendet. Werde bei der Bestimmung des Valideneinkommens auf denselben Tabellenwert abgestellt, ergebe sich der Invaliditätsgrad grundsätzlich aus einem Prozentvergleich. Die bereits berücksichtigten gesundheitlichen Einschränkungen dürften nicht nochmals bei der Bemessung eines Leidensabzugs einbezogen werden. Die Restarbeitsfähigkeit von 70 % sei vollschichtig realisierbar und der Tabellenlohn des Kompetenzniveaus 1 umfasse ein genügend breites Spektrum an Verweisungstätigkeiten ohne Voraussetzung einer Berufsausbildung, so dass zu Recht kein Abzug vorgenommen und der Invaliditätsgrad auf 30 % bemessen worden sei. Mit Eingabe vom 26. Mai 2021 (act. G 7) reicht der Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin einen Bericht von Dr. B.____ vom 19. Mai 2021 (act. G 7.1) und einen Zwischenbericht der Physiotherapie vom 20. Mai

2021 (act. G 7.2) ein. - Dr. B.____ hatte mitgeteilt, die Schmerzen der Beschwerdeführerin hätten sich in den letzten Monaten trotz aller Bemühungen verschlechtert, so dass er sie wiederholt mit heftigen Schmerzen in der Sprechstunde sehe. Sie wirke auch verzweifelt. - Im Physiotherapie-Bericht war dargelegt worden, sofern es die Schmerzsituation zulasse, nehme die Beschwerdeführerin seit Anfang Februar 2021 regelmässig ein- bis zweimal pro Woche Termine wahr. Sie gebe ständige, nur in der Intensität schwankende massive Schmerzen in der Lendenwirbelsäule mit Ausstrahlung ins linke Bein bis zum Fuss an, zudem zunehmend auch Beschwerden im Schulter-/Nacken-Bereich, teilweise mit migräneartigem Kopfschmerz. Bisher sei noch keine Therapie gefunden worden, die zu einer signifikanten und anhaltenden Besserung geführt hätte. Die Weiterführung der Therapie sei u.a. zur Verhinderung einer Verschlechterung empfehlenswert. Mit Schreiben vom 7. Dezember 2021 (act. G 11) hat das Versicherungsgericht von der Beschwerdeführerin den radiologischen Bericht über das im Sprechstundenbericht der Klinik für Neurochirurgie am Kantonsspital St. Gallen vom 18. Dezember 2019 (IV-act. 158) erwähnte (extern angefertigte) MRI LWS vom 3. Dezember 2019 eingeholt. - Im am 4. Januar 2022 (act. G 12) eingegangenen Bericht des Röntgeninstituts ____ vom 3. Dezember 2019 (act. G 12.1) war u.a. festgehalten worden, es lägen eine "in der Zwischenzeit neu aufgetretene Spondylolyse des linken Wirbelbogens des LWK5 ohne Gefügestörung" bzw. im Einzelnen (Befundbeschreibung) eine bei LWK5/SWK1 "neu aufgetretene Signalveränderung der interartikulären Portion links mit Kontinuitätsunterbrechung", eine hochgradige diskoossäre foraminale Stenose Höhe LWK5/SWK1 links und eine foraminale Irritation der linken L5-Wurzel vor. Ausserdem bestehe (nebst polysegmentalen Degenerationen) eine intraforaminale Diskushernie LWK4/5 rechts, im Einzelnen (Befundbeschreibung) eine Osteochondrose und Spondylosis, ein geringes Knochenmarködem, eine intra- bis extraforaminale Diskushernie rechts und eine mittelgradige foraminale Einengung, intraspinal eine rechts mediolateral betonte breitbasige Protrusion mit rechtsbetonter Rezessuseinengung und eine leichtgradige foraminale Einengung links. - Mit Schreiben vom 13. Januar 2022 (act. G 13) ist den Parteien - unter Hinweis auf ein im neurologischen ABI-Gutachten festgestelltes residuelles radikuläres Syndrom L5 links und den Hinweis im orthopädischen Gutachten auf eine anamnestisch nicht betroffene rechte untere Extremität - Gelegenheit zur Stellungnahme geboten worden. Die Beschwerdeführerin reicht am 19. Januar 2022 (act. G 14) eine Stellungnahme ihres RAD vom 18. Januar 2022 (act. G 14.1) ein. Darin hatte die RAD-Ärztin u.a. erklärt, es ergäben sich im Vergleich zum ABI-Gutachten vom Oktober 2019 keine massgeblichen Änderungen bezüglich der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin in einer adaptierten Tätigkeit. Das gelte (nicht nur für das MRI vom 3. Dezember 2019, sondern) auch bezüglich den Darlegungen in den Berichten der Klinik für Neurochirurgie am Kantonsspital St. Gallen vom 7. Juli 2020 bis 17. August 2020 sowie im Bericht der Klinik für Radiologie und Nuklearmedizin, Netzwerk Radiologie (____ C.____) am Kantonsspital St. Gallen vom 15. Juli 2020. Die Klinik für Neurochirurgie habe weiterhin eine L5-Symptomatik ohne fokal-neurologische Defizite bestätigt. Die Beschwerdeführerin lässt am 1. Februar 2022 (act. G 15) vorbringen, bei der Beurteilung durch die Beschwerdeführerin seien, wie sich aus dem Bericht des Spitals L.____ vom 14. Februar 2020 ergebe, offensichtlich nicht alle gesundheitlichen Einschränkungen der Beschwerdeführerin berücksichtigt worden. Am 8. März 2022 (act. G 19) reicht die Beschwerdeführerin vom RAD erwähnte Berichte der Klinik für Neurochirurgie am Kantonsspital St. Gallen vom 7. Juli 2020 (act. G 19.1), vom 24. Juli 2020 (act. G 19.2) und

vom 17. August 2020 (act. G 19.3) sowie den Bericht der Klinik für Radiologie und Nuklearmedizin (Netzwerk Radiologie) am Kantonsspital St. Gallen vom 15. Juli 2020 (act. G 19.4) nach. Der Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin hält am 30. März 2022 (act. G 21) fest, die neu eingegangenen Dokumente würden eine Therapieresistenz der Leiden der Beschwerdeführerin bestätigen. Dr. B.____ berichte in einem beigelegten Bericht vom 18. März 2022, dass die Beschwerdeführerin immer noch vollumfänglich arbeitsunfähig sei. - Im betreffenden Schreiben an einen Arzt an der Klinik M.____ (____; act. G 21.1) hatte Dr. B.____ um dessen Beurteilung ersucht, da die Beschwerdeführerin an einem hartnäckigen Ischialgie-Syndrom links leide, alle konservativen Massnahmen nicht geholfen hätten und die Beschwerdeführerin verzweifelt sei. Mit Eingabe vom 13. Mai 2022 (act. G 23) reicht der Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin einen Bericht der Klinik M.____ (Dr. med. N.____, Facharzt für Neurochirurgie) vom 5. April 2022 (act. G 23.1) und ein Schreiben von Dr. B.____ an die Klinik O.____ vom 11. Mai 2022 (act. G 23.2) ein. - Die Klinik M.____ hatte bei den Diagnosen u.a. eine rezidivierende Ischialgie rechts bei Foraminalstenose L4/5 rechts erwähnt. Es sei eine Operationsindikation (Dekompression, Foraminotomie L5/S1 links und L4/5 von rechts mit Spondylodese, Pedikelschrauben, Stangen und Cage) gegeben. - Dr. B.____ hatte die Klinik O.____ wegen persistierender Lumboischialgie links um eine Beurteilung ersucht. - Ergänzend legt der Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin am 4. August 2022 (act. G 25) einen Sprechstundenbericht der Klinik O.____ vom 8. Juli 2022 (act. G 25.1.1) ein. Danach hat ein MRI LWS vom März 2022 eine hochgradige Foraminalstenose L5/S1 links mit Irritation L5 Wurzel sowie leichtgradige foraminale Engen L5/S1 rechts und L4/5 rechts aufgezeigt. Erwägungen Im Streit liegt die Verfügung vom 25. März 2020, mit welcher die Beschwerdegegnerin das Gesuch der Beschwerdeführerin vom November 2016 um eine Rente bei einem Invaliditätsgrad von 30 % abgewiesen hat. - Weitere berufliche Massnahmen vorzusehen, war letztmals am 20. Januar 2020 abgelehnt worden, weil sich die Beschwerdeführerin subjektiv nicht arbeitsfähig fühlte (zuvor am 12. Oktober 2017 wegen einer damals laufenden Therapie, IV-act. 63). Die Beschwerdeführerin beantragt im Eventualstandpunkt einzig Rentenleistungen und beruft sich teilweise auch auf ärztliche Bescheinigungen voller Arbeitsunfähigkeit. Ergäbe sich, dass ohne Eingliederungsmassnahmen ein Rentenanspruch in Frage stünde, so gehörte zum Streitgegenstand notwendigerweise auch die Frage, ob die Beschwerdegegnerin den Grundsatz "Eingliederung vor Rente" beachtet und eine allfällige Pflicht der Beschwerdeführerin zu Massnahmen ausreichend in Anspruch genommen habe (vgl. etwa Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 3. Juli 2020, IV 2018/143 E. 2.1). Nach Art. 28 Abs. 2 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG, SR 831.20; in der vorliegend anwendbaren, bis 31. Dezember 2021 in Kraft gewesenen Fassung, vgl. BGE 132 V 215 E.3.1.1) besteht der Anspruch auf eine ganze Invalidenrente, wenn die versicherte Person mindestens zu 70 %, derjenige auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens zu 60 % invalid ist. Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % Anspruch auf eine Viertelsrente. 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 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG, SR 830.1; vgl. auch BGE 102 V 165). - Sämtliche psychischen Erkrankungen sind nach der bundesgerichtlichen Rechtsprechung (vgl. BGE 143 V 418 E. 7.1 f.) grundsätzlich (bei Ausnahmen nach dem jeweiligen Beweisbedarf)

einem strukturierten Beweisverfahren nach BGE 141 V 281 zu unterziehen. Die funktionellen Folgen der Gesundheitsschädigung sind danach qualitativ zu erfassen und quantitativ einzuschätzen. Für die Beurteilung des funktionellen Leistungsvermögens sind in der Regel diverse Standardindikatoren beachtlich, die in zwei Kategorien systematisiert werden, nämlich einerseits in der Kategorie des funktionellen Schweregrads und andererseits in jener der Konsistenz. 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). - Gemäss Art. 29 Abs. 1 IVG entsteht (Eintritt des Versicherungsfalls jedoch weiterhin in Art. 4 IVG und Art. 28 IVG geregelt; vgl. Bundesgerichtsentscheid vom 14. Dezember 2015, 9C_655/2015 E. 4; vgl. Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 15. März 2016, IV 2013/572 E. 6.4) der Rentenanspruch frühestens nach Ablauf von sechs Monaten nach Geltendmachung des Leistungsanspruchs gemäss Art. 29 Abs. 1 ATSG. Nachdem ab 2016 zahlreiche medizinische Berichte zu den Akten gekommen waren und der Beschwerdeführerin von Oktober bis Dezember 2018 ein Belastbarkeitstraining ermöglicht worden war, wurden der Gesundheitszustand und die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin im August 2019 polydisziplinär begutachtet: Im Einzelnen ergab sich bei der fallführenden allgemeininternistischen Begutachtung (vgl. IV-act. 135-25 ff.), dass die Beschwerdeführerin als Hauptbeschwerden ihre Rücken- und linksbetonte Beinschmerzen benannt habe. An den lumbalen Rückenschmerzen leide sie seit sieben Jahren. Sie seien stets vorhanden, die Schmerzen seien verbunden mit Kraftlosigkeit und Auftreten von Parästhesien/Ameisenlaufen. Neu würden auch Schmerzen und eine Kraftlosigkeit im rechten Bein bestehen. Sie sei nachts bereits zweimal gestürzt. Seit mehr als fünfzehn Jahren bestehe eine Migräne, vor allem bei Wetterwechsel, ca. alle zwei bis drei Wochen; ein Anfall könne zwei bis drei Tage - ohne Pause und durch Medikamente unbeeinflussbar - anhalten. Psychisch gehe es ihr nicht so gut, aber unter Cymbalta besser (vgl. IV-act. 135-25 f.). Bei der vertiefenden Befragung erwähnte die Beschwerdeführerin zurzeit der Begutachtung immer wieder auftretende epigastrische Schmerzen, verbunden mit Nausea und Vomit. Innerhalb eines Jahres habe sie 13 kg Gewicht verloren (nun 77 kg). Sie gehe maximal 500 m mit Pausen. - Der Gutachter der Allgemeinen Inneren Medizin hielt fest, unter dem Aspekt dieser Fachrichtung hätten sich keine Befunde und Diagnosen finden lassen, welche die Erwerbstätigkeit beeinflussen würden. Die aus dem Alltag beschriebenen Beschwerden könnten aus allgemein-internistischer Sicht nicht hinreichend begründet werden (vgl. IV-act. 135-29 f.). Bei der orthopädischen Begutachtung (vgl. IV-act. 135-41 ff.) beklagte die Beschwerdeführerin gemäss dem Gutachten ein ganz schlechtes Befinden mit maximaler Schmerzintensität an Bein und Rücken (VAS 10, mit Ausstrahlung und Ameisenlaufen, vgl. IV-act. 135-41; ganz schlechtes Befinden seit drei Monaten, im Zusammenhang mit einem [beim Kind] erforderlichen Eingriff erwähnt, vgl. IV-act. 135-43). Daneben leide sie - einzig - noch stressbedingt und wetterabhängig an Migräne. Der Eingriff am Rücken habe nur für wenige Monate ganz wenig Linderung gebracht; nach sechs Monaten sei die Symptomatik wieder wie präoperativ gewesen. Die Einschränkungen umfassten im Alltag

alles. Sie könne weder spazieren noch Sport treiben und maximal während vier Minuten sitzen. Bewegung bringe nur geringe Erleichterung, die Medikamente entfalteteten nur ganz wenig Wirkung und machten sie müde. Neben Lyrica und Cymbalta nehme sie täglich drei- bis fünfmal 1 g Dafalgan ein (der Gutachter erwähnte, die Angaben dazu seien wechselhaft gewesen); manchmal vergesse sie, das Mittel einzunehmen; am Begutachtungstag habe sie es einzig um elf Uhr genommen. Sie gehe täglich während etwa 20 Minuten, brauche aber nach längstens fünf Minuten eine Pause. Da [ihr Kind] vier Eingriffe gehabt habe, sei sie nur einmal in der Schmerztherapie am Spital L.____ gewesen. Sie werde weder orthopädisch noch rheumatologisch betreut (vgl. IV-act. 135-41 f.). - Der Gutachter der Orthopädischen Chirurgie stellte fest, die beklagten und im Alltag geltend gemachten Beschwerden und Einschränkungen würden sich durch die klinischen, radiologischen und infiltrativen Befunde - unter Vorbehalt des Ergebnisses der neurologischen Begutachtung - nicht vollständig begründen lassen. Durchaus nachvollziehbar sei hingegen bei mehrsegmentaler Degeneration und Diskopathie sowie bei erfolgtem Eingriff eine Minderbelastbarkeit der lumbalen Wirbelsäule. Die gesamte anamnestische und klinische Präsentation lasse aber an eine massive nicht-organische Beschwerdekomponekte denken (vgl. IV-act. 135-47). Es bestehe der Verdacht auf eine Schmerzausweitung (vgl. IV-act. 135-46). Für körperlich mittelschwere und schwere und für überwiegend im Stehen und im Gehen auszuübende Verrichtungen bestehe spätestens seit dem Wirbelsäuleneingriff vom 22. März 2017 eine bleibende volle Arbeitsunfähigkeit. Für körperlich sehr leichte Verrichtungen sei auf Ebene des Bewegungsapparates von nur wenig Einschränkung auszugehen (vgl. IV-act. 135-49). Die Arbeitsfähigkeit betrage in angepassten Tätigkeiten - ohne Mitberücksichtigung eventueller neurologischer Faktoren - 70 % bei ganztägigem Pensum mit einer wegen vermehrten Pausenbedarfs reduzierten Leistung (vgl. IV-act. 135-49). Nach der erwähnten Operation habe für alle Tätigkeiten längstens für sechs Monate eine volle Arbeitsunfähigkeit bestanden (vgl. IV-act. 135-50). Der Gutachter der Orthopädischen Chirurgie hielt bei der Auseinandersetzung mit den Vorberichten fest, der Einschätzung von Dr. D.____ vom 13. Juni 2017, wonach offenbar damals bereits nicht-organische Beschwerdefaktoren vorhanden gewesen seien, könne klar gefolgt werden (vgl. IV-act. 135-47). Die Beurteilung durch die Klinik J.____ vom 11. Juni 2018 könne insoweit geteilt werden, als auf Ebene des Bewegungsapparates keine Faktoren genannt worden seien, die gegen eine Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin für körperlich sehr leichte Verrichtungen sprächen. Die Hinweise auf ein nicht-organisches Geschehen im Bericht der Klinik für Neurochirurgie am Kantonsspital St. Gallen vom 28. Juni 2018 seien nachvollziehbar, weniger sei das aus rein orthopädisch gutachterlicher Sicht (unter Vorbehalt der neurologisch gutachterlichen Beurteilung) bezüglich der doch recht hoch angesetzten Arbeitsunfähigkeit (Arbeitsfähigkeit von [sc. lediglich] bis zu fünf Stunden täglich) der Fall (vgl. IV-act. 135-48). Anlässlich der neurologischen Begutachtung berichtete die Beschwerdeführerin gemäss dem Gutachten als Hauptproblem von seit sieben Jahren bestehenden Schmerzen im Rücken und im linken Bein, die im Lauf der Zeit zugenommen hätten. Die letzten drei Jahre vor der Operation 2017 (gemäss IV-act. 31: Dekompression L5/S1 links, Isthmotomie und Zystenentfernung am 22. März 2017) habe sie immer mit Schmerzen gearbeitet. Nach der Bandscheibenoperation im März 2016 (gemäss Fremd-act. 1-6 und ev. Fremd-act. 1-82: ISG-Infiltration links) sei es ihr zunächst vorübergehend besser gegangen, danach hätten die Schmerzen wieder in vorheriger Intensität eingesetzt. Auf Nachfrage hin erwähnte sie auch Migräne und Schwindel (vgl. IV-act. 135-52). Zur Art des Letzteren befragt, habe die Beschwerdeführerin auf einen

mitgebrachten Bericht der Zentralen Notfallaufnahme am Kantonsspital St. Gallen vom 25. Juli 2019 (IV-act. 135-62 f.) hingewiesen, wo von einer akuten Hyperventilation bei psychosozialer Belastungssituation und dem Verdacht auf eine Eisenmangelanämie geschrieben worden sei (vgl. IV-act. 135-52). - Der Gutachter der Neurologie legte dar, es sei nachvollziehbar, dass die Beschwerdeführerin gegenüber weiteren Eingriffen wie einer Spondylodese zurückhaltend sei. Von den Ergebnissen der Untersuchung könne aufgrund des Ausfalls des Tibialis posterior-Reflexes (links) bei erhaltenem Reflex rechts von einer abgelaufenen radikulären Störung L5 ausgegangen werden. Dieser Reflexausfall sei indessen das einzige bei der Untersuchung objektivierbare Zeichen. Die Prüfung der groben Kraft sei nicht verwertbar gewesen. Es hätten sich teilweise sehr wechselnde bzw. diskrepante Befunde finden lassen. Es sei daher ein residuelles radikuläres Syndrom L5 anzunehmen, das aber erheblich durch einen nicht-organischen Anteil überlagert werde. Es ergebe sich die Differentialdiagnose einer Schmerzstörung, wobei das massiv diskrepante Verhalten beim Prüfen des Lasègue (-Zeichens) sehr für eine bewusstseinsnahe Symptomausweitung spreche. Die weitere Differentialdiagnose einer somatisierten Depression sei psychiatrisch zu beurteilen. Für den beklagten Schwindel habe sich - auch unter der Frenzelbrille - kein organisches Korrelat ergeben. Es sei nicht auszuschliessen, dass ein erheblicher sekundärer Krankheitsgewinn bestehe und zusätzlich zur Persistenz der Schmerzsymptomatik beitrage. Würden auf der Suche nach organischen Befunden weitere Eingriffe durchgeführt, trüge das wahrscheinlich zur weiteren Chronifizierung bei. Da ein kleiner organischer Kern bestehe, könnten zur Schmerzdistanzierung weitere medikamentöse Behandlungen, z.B. mit hierfür wirksamen trizyklischen Antidepressiva, erfolgen (vgl. IV-act. 135-55 f.). Die verminderte Belastbarkeit der Wirbelsäule sei vom Gutachter der Orthopädie zu bewerten. Ein vermehrter Pausenbedarf könne angenommen werden, im Übrigen seien die motorischen, sensorischen und kognitiven Fähigkeiten der Beschwerdeführerin erhalten geblieben. Körperlich leichte Arbeiten ohne Rückenbelastung und in Wechselbelastung seien ihr vollzeitlich mit etwas erhöhtem Pausenbedarf von 20 % möglich (vgl. IV-act. 135-56 f.). Die Überwindung der bewusstseinsnahen Symptomausweitung sei von der Beschwerdeführerin selbst zu leisten (vgl. IV-act. 135-57).

- Bei der Auseinandersetzung mit den früheren neurologischen Beurteilungen legte der Gutachter dar, bei einer vorhandenen Spondylarthrose und Osteochondrose sei bei der Beschwerdeführerin bereits 2013 eine Diskushernie auf Höhe LWK4/5 mit möglicher Kompression der Wurzel L5 diskutiert worden. Die 2017 erfolgte Sequestrektomie und die späteren Infiltrationen hätten keine Besserung erbracht (vgl. IV-act. 135-55). Der Experte setzte den Beginn der Arbeitsunfähigkeit von 20 % für adaptierte Tätigkeiten (bei Berücksichtigung der von ihm angenommenen Symptomausweitung der Beschwerdeführerin) auf das Jahr 2016 fest (vgl. IV-act. 135-57). Bei der psychiatrischen Begutachtung erwähnte die Beschwerdeführerin ihre Schmerzen, namentlich seit 2012 bestehende Rückenschmerzen und Schmerzen am Bein, diese seien stärker als vor der Operation, immer gleich. Sie vermisse ihre Arbeit. Sie nehme täglich 300 mg Lyrica, 60 mg Cymbalta und eine Tablette Dafalgan ein. Die Schmerzmittel würden nur vorübergehend helfen. Seit sie Cymbalta einsetze, gehe es ihr psychisch etwas besser. Sie leide auch unter Migräne und habe eigentlich wenig Hoffnung auf Besserung. Das Ganze belaste sie. Arbeiten sei ihr aufgrund der Schmerzen und der fehlenden Energie nicht möglich (vgl. IV-act. 135-33 f.). Sie sei belastet, weil [das Kind] schon viermal wegen ___ habe operiert werden müssen; letzthin sei sie ohnmächtig geworden, als sie sich im Spital sehr aufgeregt habe (vgl. IV-act. 135-35). - Der Gutachter der Psychiatrie hielt fest, die

Beschwerdeführerin halte sich subjektiv für arbeitsunfähig. Da das Ausmass der geklagten Beschwerden durch die somatischen Befunde nicht hinreichend objektiviert werden könne, sei eine psychische Überlagerung anzunehmen. Die Beschwerdeführerin sei durch die angespannte finanzielle Situation belastet, habe keine Perspektiven und erreiche einen grossen sekundären Krankheitsgewinn, was hierzu beitragen könne. Neben der chronischen Schmerzstörung leide sie an einer depressiven Störung (vgl. IV-act. 135-37 f.). Die Leistungsfähigkeit sei aufgrund der Depression und der psychischen Überlagerung der somatischen Beschwerden eingeschränkt, und zwar seit Mai (vgl. IV-act. 135-39, hinsichtlich der bisherigen Tätigkeit) bzw. seit Juni (vgl. IV-act. 135-40, bezogen auf adaptierte Tätigkeiten) 2018 auf 70 % (vgl. IV-act. 135-39 f.). Berufliche Massnahmen seien aufgrund der ausgeprägten subjektiven Krankheitsüberzeugung nicht erfolversprechend durchführbar (vgl. IV-act. 135-40). Die einzelnen Teilbegutachtungen vom August 2019 ergingen somit in Kenntnis der damaligen Vorakten und nach Erheben der Anamnese und der jeweiligen Befunde. Der Gutachter der Orthopädischen Chirurgie stütze sich nebst dem Erheben der Anamnese und der klinischen Befunde namentlich auf die Ergebnisse eines eigens angefertigten aktuellen röntgenologisch-bildgebenden Befunds der LWS stehend ap/lateral vom 27. August 2019 (vgl. IV-act. 135-45). Dabei wurde gemäss gutachterlicher Beschreibung u.a. eine ausgeprägte Osteochondrose LWK4/5/SWK1 mit ventralen und lateral beidseits noch deutlicheren Spondylophytenbildungen LWK4/5 (vgl. IV-act. 135-45 f.) dargestellt. Insgesamt diagnostizierte der Gutachter der Orthopädie aufgrund der Bildgebungen vom 26. Mai 2016, 21. August 2017 und 27. August 2019 u.a. einerseits eine breitbasige Diskushernie LWK4/5 sowie andererseits eine Affektion der Nervenwurzel L5 links (vgl. IV-act. 135-46). Bei der neurologischen Begutachtung wurde wie erwähnt ein residuelles radikuläres Syndrom L5 links beschrieben (vgl. IV-act. 135-54). Im Zusammenhang mit seinem Vorbringen im Einwand vom 4. März 2020, es sei mit der angefochtenen Verfügung zu Unrecht eine Sachverhaltsentwicklung mit einer wesentlichen Verschlechterung des Gesundheitszustands in der Zeit nach der Begutachtung (vom August 2019) nicht berücksichtigt worden, reichte der Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin u.a. den Bericht der Klinik für Neurochirurgie am Kantonsspital St. Gallen vom 18. Dezember 2019 und den Bericht des Spitals L.____ vom 14. Februar 2020 ein. Die Klinik für Neurochirurgie am Kantonsspital St. Gallen hatte am 18. Dezember 2019 - somit etwas weniger als vier Monate nach der Begutachtung vom August 2019, aber noch vor Erlass der angefochtenen Verfügung - festgehalten, in einem MRI LWS vom 3. Dezember 2019 habe sich der bekannte intraforaminale Bandscheibenvorfall LWK5/SWK1 links mit Bedrängung der Wurzel L5 links gezeigt, zudem neu eine Spondylolyse LWK5 links. Das Spital L.____ hatte am 14. Februar 2020 einerseits ebenfalls von einer im betreffenden MRI vom 3. Dezember 2019 gefundenen hochgradigen diskoosären foraminalen Stenose LWK5/SWK1 links und einer foraminalen Irritation der linken L5-Wurzel berichtet, andererseits auch noch von einer intraforaminalen Diskushernie LWK4/5 rechts (vgl. IV-act. 159-3). Im eingeholten entsprechenden Bericht des Röntgeninstituts ____ vom 3. Dezember 2019 (act. G 12.1) über das MRT der LWS von jenem Tag war erwähnt worden, es lägen bei der Beschwerdeführerin eine in der Zwischenzeit - d.h. seit der MRT-Voruntersuchung vom Februar 2016 - "neu aufgetretene Spondylolyse des linken Wirbelbogens des LWK5 ohne Gefügestörung" bzw. im Einzelnen u.a. eine foraminale Irritation der linken L5-Wurzel vor. Daneben waren die intraforaminale Diskushernie LWK4/5 rechts und polysegmentale Degenerationen angeführt, explizit "keine Spinalkanalstenose". Damit fragt sich, ob die

beschriebene Bedrängung bzw. Irritation der linken Wurzel L5 bzw. die klinischen und bildgebenden Zeichen einer Radikulopathie L5 links (vgl. IV-act. 158-2 und act. G 12.1; vgl. auch IV-act. 120 und act. G 19.4) bereits bei der Begutachtung vorgelegen haben und gegebenenfalls, ob sie bei der neurologischen Begutachtung mit dem bei der Begutachtung als residuell bezeichneten radikulären Syndrom L5 vom Gutachter der Neurologie ausreichend berücksichtigt worden seien und ob eine Symptomatik rechts vorgelegen habe. Zunächst ist jedoch festzuhalten, dass eine breitbasige dorsal-hemizirkumferenzielle Diskushernie LWK4/5 mit rezessal Kontakt zur Radix L5 beidseits - also auch rechts - ohne Kompression gemäss Wiedergabe im orthopädischen Gutachten (vgl. IV-act. 135-45) bereits im Bericht der Klinik für Radiologie und Nuklearmedizin am Kantonsspital St. Gallen vom 26. Mai 2016 (vgl. Fremd-act. 1-58; noch vor der Dekompression L5/S1 links vom März 2017) über ein damaliges MRI der LWS erwähnt worden war, und dass dies bei der Begutachtung somit bekannt gewesen war. Der Gutachter der Orthopädie stellte zudem übereinstimmend mit den oben erwähnten MRI-Befunden einerseits eine breitbasige Diskushernie LWK4/5 und andererseits eine Affektion der Nervenwurzel L5 links fest. Er wies darauf hin, dass die Beurteilung, inwieweit eine solche Affektion (somit L5 links) klinisch-neurologisch bestätigt werden könne, Gegenstand des entsprechenden Teilgutachtens darstelle (vgl. IV-act. 135-47). Auch wenn im neurologischen Gutachten von einem lediglich residuellen radikulären Syndrom L5 die Rede ist, ergeben sich insgesamt keine Zweifel am Ergebnis der neurologischen Begutachtung in Bezug auf die Arbeitsfähigkeitsschätzung zur damaligen Zeit, denn das Syndrom L5 als solches ist gutachterlich berücksichtigt worden und die entsprechende Beurteilung basiert auf einer klinischen Befundaufnahme durch den Experten (mit Beschreibung, vgl. IV-act. 135-55; u.a. erhaltener Tibialis posterior-Reflex rechts). Es waren somatisch gesehen insgesamt ein Ausfall des Tibialis posterior-Reflexes links als Ausdruck eines residuellen radikulären Syndroms L5 (vgl. IV-act. 135-9 i.V.m. IV-act. 135-55) und eine Minderbelastbarkeit der lumbalen Wirbelsäule (vgl. IV-act. 135-10, IV-act. 136-47) zu erheben gewesen. Diese klinisch festgestellten Auswirkungen der gesundheitlichen Beeinträchtigung sind massgebend für die Arbeitsfähigkeit. Im Hinblick auf die gutachterliche Beurteilung des Leistungsvermögens der Beschwerdeführerin wurden zur Objektivierung ausserdem u.a. die Serumspiegel für die von ihr als verwendet bezeichneten Wirkstoffe Duloxetine (enthalten in Cymbalta, einem Antidepressivum), Pregabalin (enthalten in Lyrica, einem Antiepileptikum gegen u.a. neuropathische Schmerzen und generalisierte Angststörungen) und Paracetamol (enthalten in Dafalgan, einem Analgetikum gegen u.a. leichte bis mässig starke Schmerzen) gemessen (vgl. IV-act. 135-61). Allein der Spiegel für Duloxetine lag (mit einem Wert von 37 µg/l) im unteren therapeutischen Bereich (von 30 bis 120 µg/l), die anderen beiden lagen darunter. Im psychiatrischen Gutachten wurde der Umstand, dass die Beschwerdeführerin Lyrica nicht einsetzt, berücksichtigt (vgl. IV-act. 135-38). Der Messwert für das Schmerzmittel Paracetamol (< 0.1 µg/l) wurde soweit ersichtlich nicht kommentiert. Im Zusammenhang mit der Frage des Medikamenteneinsatzes ist anzumerken, dass die Beschwerdeführerin bei der Begutachtung auch von einer Wirksamkeit (lediglich) von Cymbalta (Duloxetine) berichtet hat. Des Weiteren ist zu beachten, dass bei ihr anlässlich der Gastroskopie vom 21. November 2018 ein Ulkus festgestellt worden war, von dem angenommen worden ist, ihre NSAR-Einnahme habe dazu beigetragen. Die Beschwerdeführerin hatte damals Spedifen (Wirkstoff Ibuprofen, ein nicht-steroidales Antiphlogistikum) eingenommen, das gegen u.a. rheumatische Erkrankungen, Schmerzen und Kopfschmerzen verordnet wird (vgl.

Arzneimittelkompendium). Schon im Juni 2017 war von einer Wirksamkeit - einzig - dieses Mittels bei der Behandlung berichtet worden. Nach Auftreten des Ulkus war ihr jedoch das Einstellen von NSAR empfohlen worden (vgl. IV-act. 10-3). Beim Behandlungsverlauf war zwar zu berücksichtigen, dass diverse Behandlungen keinen Erfolg gezeitigt haben (vgl. IV-act. 135-48), es lässt sich aber auch feststellen, dass die Beschwerdeführerin der operativen Behandlung vom März 2017 für immerhin etwa ein halbes Jahr eine Beschwerdelinderung zuschreiben konnte, und dass die stationäre Rehabilitation gemäss Bericht ebenfalls eine Verbesserung hatte erreichen können. Auch auf eine PRT im Jahr 2013 und auf eine ISG-Infiltration links vom März 2016 hatte die Beschwerdeführerin positiv angesprochen (vgl. Fremd-act. 1-6). Aus dem Gutachten wird ferner erkennbar, dass die Experten, wie es rechtsprechungsgemäss erforderlich ist, die gesundheitlichen Beeinträchtigungen der Beschwerdeführerin medizinisch objektiviert und von den darüber hinausreichenden subjektiven Beschwerden unterschieden haben. Die bei den klinischen Untersuchungen aufgefallenen mehreren deutlichen Inkonsistenzen bzw. Diskrepanzen wurden beschrieben und gutachterlich bewertet (vgl. etwa IV-act. 135-47 und 135-55, samt dem genannten Grund selbst für die Annahme bewusstseinsnaher Symptomausweitung). Auch in den übrigen Akten sind ein Hinweis auf eine somatisch klinisch nicht erklärbare Komponente (vgl. Fremd-act. 1-84) und mehrere Anhaltspunkte auf einen bedeutenden Einfluss psychosozialer Faktoren zu finden. Bei der Begutachtung sind denn auch zu Recht die bestehenden (psychosozialen bzw. finanziellen) Belastungen der Beschwerdeführerin berücksichtigt worden. Wie die Rechtsprechung festgehalten hat, können psychosoziale Belastungsfaktoren mittelbar zur Invalidität beitragen, wenn und soweit sie zu einer ausgewiesenen Beeinträchtigung der psychischen Gesundheit als solcher mit Einschränkung der Arbeitsfähigkeit geführt haben, wenn sie also einen verselbständigten Gesundheitsschaden aufrechterhalten oder den Wirkungsgrad seiner - unabhängig von den invaliditätsfremden Elementen bestehenden - Folgen verschlimmern. Soweit sie aber direkt negative funktionelle Folgen zeitigen, haben sie ausser Acht zu bleiben (vgl. Bundesgerichtsurtel vom 20. Januar 2020, 8C_559/2019 E. 3.2). Die Experten setzten sich ferner mit den bei der Beschwerdeführerin vorhandenen Ressourcen für einen Umgang mit den Leiden und für eine Arbeitstätigkeit - ersichtlich namentlich aus den Tagesaktivitäten und den sozialen Kontakten - auseinander. Darauf, dass die ärztliche Würdigung nicht lege artis erfolgt sein könnte, ergibt sich kein Anhaltspunkt. Von den Gutachtern der Neurologie und der Orthopädischen Chirurgie wurde des Weiteren auf einen erheblichen sekundären Krankheitsgewinn der Beschwerdeführerin hingewiesen, der nach der Rechtsprechung rechtlich grundsätzlich unbeachtlich zu bleiben hat (vgl. BGE 130 V 352 E. 3.3.2, Bundesgerichtsurtel vom 17. Januar 2013, 9C_521/2012 E. 4.4). Der Gutachter der Psychiatrie, in dessen Fachbereich entsprechende Beurteilungen fallen, wies auf die tatkräftige Unterstützung der Beschwerdeführerin durch ihre Familie hin, was dazu beitrage, dass sie sich durch ihre Schmerzen mehr beeinträchtigt fühle, als es den somatischen Beschwerden entspreche (vgl. IV-act. 135-37). Die ausgeprägte Krankheitsüberzeugung der Beschwerdeführerin, keine Arbeit mehr leisten zu können, erachtete er hingegen als weder somatisch noch psychiatrisch objektivierbar; sie sei subjektiv und teilweise invaliditätsfremd und werde sich durch eine psychiatrische Behandlung kaum beeinflussen lassen. Aus psychiatrischer Sicht waren schliesslich zwei Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit erhoben worden. Gutachterlich wurde - wie somit erforderlich - auch das Zusammenfallen von Depression einerseits und psychischer Überlagerung der geklagten somatischen Beschwerden andererseits in Rechnung gestellt (vgl.

IV-act. 135-39). Sowohl die Inkonsistenzen wie das Leiden wurden berücksichtigt. Bei der polydisziplinären Beurteilung wurde geschlossen, für körperlich mittelschwere und schwere sowie für überwiegend im Stehen und im Gehen auszuübende Verrichtungen - wie die zuletzt ausgeübte Tätigkeit in der ___ und ___ - sei die Beschwerdeführerin bleibend voll arbeitsunfähig. Für die Bemessung des Invaliditätsgrads ist (im Unterschied zur Wartezeit) die Arbeitsfähigkeit in leidensangepasster Arbeit wesentlich. Für adaptierte Tätigkeiten wurde den vorhandenen fachärztlichen Diagnosen eine teilweise Arbeitsunfähigkeit der Beschwerdeführerin von insgesamt 30 % zugeschrieben (vgl. IV-act. 135-11). Nach medizinischer Würdigung der Experten sind die in den Teilgutachten erhobenen, mit 20 % und 30 % quantifizierten Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit nicht zu addieren, weil, wie grundsätzlich verständlich erscheint, für die erforderlichen Ruhephasen dieselben Pausen in Anspruch genommen werden könnten (vgl. IV-act. 135-12). Nach Art. 16 ATSG (vgl. Art. 28a Abs. 1 IVG) wird für die Bestimmung des Invaliditätsgrads das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Valideneinkommen). - Für die Ermittlung des Valideneinkommens ist nach der Rechtsprechung entscheidend, was die versicherte Person im Zeitpunkt des frühestmöglichen Rentenbeginns überwiegend wahrscheinlich als Gesunde tatsächlich verdient hätte. Dabei wird in der Regel am zuletzt erzielten, nötigenfalls der Teuerung und der realen Einkommensentwicklung angepassten Verdienst angeknüpft, da es der Erfahrung entspricht, dass die bisherige Tätigkeit ohne Gesundheitsschaden fortgesetzt worden wäre (vgl. Bundesgerichtsurteile vom 6. Oktober 2020, 9C_316/2020 E. 3.1, und vom 22. August 2019, 9C_868/2018 E. 3.1, BGE 139 V 28 E. 3.3.2, BGE 129 V 222). Die Beschwerdeführerin weist im IK-Auszug (IV-act. 4) Einträge ab 199_ aus. Gemäss den darunter befindlichen Erwerbseinkommenseinträgen hatte sie bis 2010 zweimal Verdienste über Fr. 27'000.-- erreicht (2000: Fr. 27'626.--; 2010: Fr. 29'580.--), die anderen Beträge liegen deutlich darunter. Im Jahr 2011 verdiente sie Fr. 28'994.-- (Fr. 26'____.-- bei der Arbeitgeberin der letzten Stelle und Fr. 2'____.-- bei einer Temporärarbeits-Unternehmung), im Jahr 2012 Fr. 29'755.-- (Fr. 27'____.-- und Fr. 2'____.--), im Jahr 2013 dann Fr. 38'810.-- (Fr. 32'____.-- und Fr. 6'____.--). Schliesslich waren dann für die Jahre 2014 und 2015 aus der zuletzt innegehabten Anstellung erheblich höhere Einkommen von Fr. 64'____.-- (2014) und Fr. 59'____.-- (2015) für sie abgerechnet worden, bevor im Jahr 2016 die Arbeitsunfähigkeit eintrat. Die Arbeitseinsätze waren, nach der Krankheitsmeldung zu schliessen, unregelmässig oder hatten starke Schwankungen. Das Einkommen 2015 wurde mit einer Arbeitszeit von 2'46_._ Stunden erzielt (vgl. IV-act. 57-6; dasjenige von 2014 ist mit einer noch höheren Jahresarbeitszeit erreicht worden). Gemäss Krankheitsmeldung vom __. __ 2016 (Fremd-act. 1-5, vgl. auch Fremd-act. 1-21) war im Lohn eine Gratifikation von rund Fr. 1'____.-- enthalten gewesen, die 2016 nicht mehr ausgerichtet wurde (vgl. Fremd-act. 1-22), weshalb sie nicht vertraglich abgemacht gewesen sein dürfte. Das Krankentaggeld der Beschwerdeführerin machte jeweils Fr. 128._ pro Tag aus (vgl. Fremd-act. 1-117; pro Jahr somit rund Fr. 46'____.--), was auf einen versicherten Verdienst von rund Fr. 58'____.-- schliessen lässt. Die Beschwerdeführerin ist wie erwähnt während der genannten Anstellung arbeitsunfähig geworden, hat die Stelle aber nach Angaben des Arbeitgebers am Ende aus wirtschaftlichen Gründen verloren. Ob sie hypothetisch ohne Eintritt des Krankheitsfalls allenfalls

(trotzdem) weiterhin an der entsprechenden Stelle hätte bleiben können oder nicht, kann dahingestellt bleiben. Massgeblich ist, welches Valideneinkommen sie mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf längere Sicht in einem Arbeitsverhältnis hätte erreichen können. Vorliegend ist nach den oben dargelegten Umständen diesbezüglich mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf den Durchschnittsverdienst nach den Tabellenlöhnen abzustellen, wie es die Beschwerdegegnerin getan hat (vgl. IV-act. 146). Für die Festsetzung des Invalideneinkommens ist nach der Rechtsprechung primär von der beruflich-erwerblichen Situation auszugehen, in welcher die versicherte Person konkret steht. Ist - wie hier - kein tatsächlich erzieltetes Erwerbseinkommen gegeben, können - auch diesbezüglich - die Tabellenlöhne herangezogen werden (vgl. Bundesgerichtsurteile vom 22. November 2019, 8C_590/2019 E. 5.1, und vom 22. Februar 2019, 9C_479/2018 E. 2.2, BGE 143 V 295 E. 2.2). Im statistischen Durchschnitt gemäss diesen Erhebungen verdienten Frauen im Jahr 2015 mit Tätigkeiten des Kompetenzniveaus 1 (d.h. mit einfachen Tätigkeiten körperlicher oder handwerklicher Art) Fr. 54'055.-- (vgl. Anhang 2 der Textausgabe Invalidenversicherung, Allgemeiner Teil des Sozialversicherungsrechts, Gesetze und Verordnungen, 2019, herausgegeben von der Informationsstelle AHV/IV, S. 228, basierend auf der Schweizerischen Lohnstrukturerhebung [LSE] des Bundesamtes für Statistik). Der Invaliditätsgrad entspricht unter solchen Verhältnissen dem Grad der Arbeitsunfähigkeit unter Berücksichtigung eines allfälligen Abzugs (zur Ermittlung des Invalideneinkommens) gemäss BGE 126 V 75 (vgl. Bundesgerichtsentscheide vom 9. Mai 2016, 8C_934/2015 E. 2.1, und vom 20. April 2010, 9C_215/2010 E. 5.2). Bestehen im Einzelfall Anhaltspunkte dafür, dass die versicherte Person ihre gesundheitlich zumutbare verbleibende (Rest-) Arbeitsfähigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt nur mit unterdurchschnittlichem erwerblichem Erfolg verwerten kann, ist ein Abzug von den Tabellenlöhnen zu machen. Bei der Bestimmung der Höhe des Abzuges ist der Einfluss aller in Betracht fallenden Merkmale auf das Invalideneinkommen unter Würdigung der Umstände im Einzelfall gesamthaft zu schätzen und insgesamt auf höchstens 25 % des Tabellenlohnes zu begrenzen (vgl. BGE 134 V 322 E. 5.2 und BGE 126 V 75). - Zunächst ist darauf hinzuweisen, dass die somatisch und psychisch verminderte Leistungsfähigkeit in der medizinisch attestierten Arbeitsunfähigkeit ihren Ausdruck gefunden hat. Gemäss dem Gutachten ist die Beschwerdeführerin in der Lage, täglich an sechs bis acht Stunden (vgl. IV-act. 135-11), durchschnittlich somit an sieben Stunden pro Tag (rund 83 % einer durchschnittlichen Arbeitszeit) zu arbeiten. Gemäss der Tabelle T18 der Schweizerischen Lohnstrukturerhebung des Bundesamtes für Statistik (Monatlicher Bruttolohn nach Beschäftigungsgrad, beruflicher Stellung und Geschlecht, privater und öffentlicher Sektor zusammen) schlug sich Teilzeitarbeit im Umfang von 75 bis 89 % bei Frauen ohne Kaderfunktion nicht lohnmindernd nieder. Unter diesem Aspekt ist somit kein Abzug zu gewähren (vgl. Bundesgerichtsurteil vom 30. April 2018, 9C_238/2018 E. 5.2, für die Daten von 2012 und 2014 bei 50 bis 74 % Teilzeitarbeit, vgl. auch Bundesgerichtsurteil vom 19. Juli 2017, 9C_72/2017 E. 4.3). Dass die Beschwerdeführerin auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt aufgrund mangelnder Schulbildung einen erwerblichen Nachteil haben könnte, erscheint nach der Aktenlage (vgl. IK-Auszug und Anamnese bei IV-act. 135-34) nicht überwiegend wahrscheinlich. Ein Abzug kann aber gewährt werden, wenn eine versicherte Person selbst im Rahmen körperlich leichter Hilfsarbeitertätigkeit in ihrer Leistungsfähigkeit eingeschränkt ist (vgl. BGE 146 V 16 E. 4.1). Die Beschwerdeführerin vermag gemäss dem Gutachten lediglich noch körperlich sehr leichte Tätigkeiten in Wechselbelastung auszuüben, bei denen wiederholtes Heben und Tragen von

Lasten über 5 kg und die Einnahme gebückter Positionen und von Zwangshaltungen vermieden werden soll. Zudem sollen keine hohen Anforderungen an die psychische Belastbarkeit und die Konzentrationsfähigkeit gestellt werden und soll die Beschwerdeführerin eher wenigen sozialen Kontakten ausgesetzt sein (vgl. IV-act. 135-11). Bei Zusammentreffen dieser verschiedenen Gegebenheiten kann ermessensweise ein Abzug vom Tabellenlohn von 5 % angebracht werden. Der Invaliditätsgrad beläuft sich damit - für die Phase der 70-prozentigen Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin in adaptierter Tätigkeit - auf rund 34 % ($1 - [0.7 \times 0.95]$). Was die Retrospektive betrifft, hielten die Gutachter fest, im zeitlichen Verlauf sei davon auszugehen, dass der Beschwerdeführerin nicht geeignete Tätigkeiten seit Februar 2016 nicht mehr zumutbar seien. Für adaptierte Tätigkeiten sei ab diesem Zeitpunkt arbiträr von einer Arbeitsunfähigkeit von 20 %, ab März 2017 von einer solchen von 100 % und ab Oktober 2017 von der bei der Begutachtung erhobenen Arbeitsunfähigkeit (von 30 %) auszugehen (vgl. IV-act. 135-11). Nach der Beschreibung der Tätigkeit der Beschwerdeführerin an der zuletzt ausgeübten Stelle im Bericht des Case Managements der Krankentaggeldversicherung vom __. Oktober 2016 (Fremd-act. 1-112) handelte es sich dabei - entgegen dem Schluss, der aus der Krankheitsmeldung vom __. __ 2016 (Fremd-act. 1-5) zu ziehen wäre, aber in Übereinstimmung mit der Arbeitgeberbescheinigung vom __. __ 2017 (IV-act. 57-4, Gehen und Stehen oft, Sitzen selten; Heben oder Tragen mittelschwer manchmal, schwer selten) - zwar um eine nicht stark belastende Arbeit (Produkte - vorwiegend __ - auspacken oder sie vom Fließband nehmen und in __ verpacken, gesamthaft Gewichte von 2 bis 4 kg, im Sitzen oder im Stehen auszuüben), aber um eine Tätigkeit überwiegend im Stehen und im Gehen. Daher ist für die bisherige Tätigkeit von einer - wie im Gutachten angenommen - ungeeigneten Arbeit und für die Berechnung der durchschnittlichen Arbeitsunfähigkeit während einer allfälligen Wartezeit von einer vollen Arbeitsunfähigkeit auszugehen. Im Februar 2016 hat angesichts der vollen Arbeitsunfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit eine allfällige Wartezeit im Sinn von Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG zu laufen begonnen. Bei deren möglichem Ablauf im Februar 2017 war die Beschwerdeführerin gemäss dem Gutachten in einer ihr zumutbaren adaptierten Tätigkeit lediglich zu 20 % arbeitsunfähig, womit sich kein Rentenanspruch ergibt (vgl. oben E. 5, da das selbst bei 30 % Arbeitsunfähigkeit anzunehmen ist). Schon im folgenden Monat März 2017 trat indessen wegen des operativen Eingriffs vorübergehend eine volle Arbeitsunfähigkeit auch in adaptierter Arbeit ein. In einem von März 2016 bis März 2017 bemessenen Wartejahr lag infolge der vollen Arbeitsunfähigkeit in bisheriger Tätigkeit eine im Durchschnitt (selbst für eine ganze Rente) ausreichende, (im Sinn von Art. 29 ter IVV) ununterbrochene Arbeitsunfähigkeit während eines Jahres vor. Angesichts der bei Ablauf dieser Wartezeit noch längere Zeit (nämlich noch bis Oktober 2017) andauernden vollen Invalidität (bei nämlich voller Arbeitsunfähigkeit in adaptierter Arbeit gemäss Gutachten) wären im März 2017 die Voraussetzungen eines Anspruchs auf eine ganze Rente erfüllt gewesen. Infolge der Bestimmung von Art. 29 Abs. 1 IVG kann eine Auszahlung indessen erst ab Mai 2017 erfolgen (verspätete Anmeldung). Im Fall einer rückwirkenden Rentenfestsetzung ist es unter Umständen notwendig, den Invaliditätsgrad für verschiedene zurückliegende Zeitabschnitte nach Massgabe der jeweiligen Erwerbsunfähigkeit unterschiedlich hoch zu bemessen (vgl. BGE 106 V 16; BGE 109 V 125). Reduziert sich der Invaliditätsgrad in einer für den Rentenanspruch erheblichen Weise, ist der Zeitpunkt der Aufhebung oder Herabsetzung der bisher ausgerichteten Rente nach den für diese Konstellation analog geltenden Regeln des Art. 88a IVV zu bestimmen, während Art. 88 bis IVV nicht

anwendbar ist (vgl. Entscheid des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [seit 1. Januar 2007: Schweizerisches Bundesgericht] vom 9. Dezember 2005, I 384/05 E. 6.1, BGE 106 V 16 f. E. 3a). Gemäss Art. 88a Abs. 1 IVV ist die anspruchsbeflussende 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. Gemäss dem Gutachten hat die Beschwerdeführerin im Oktober 2017 - spätestens sechs Monate nach der erwähnten Operation - in adaptierter Tätigkeit eine Arbeitsfähigkeit von 70 % wiedererlangt. Die Arbeitsfähigkeitsschätzungen der behandelnden Ärzteschaft von Juni 2018 sowie die Erwägung des Einsatzes von Opiaten und einer Rückenmarksstimulation gemäss Bericht vom 4. Dezember 2018 waren bei der gutachterlichen Beurteilung bekannt gewesen (vgl. IV-act. 135-48; der Gutachter der Orthopädie hielt in Bezug auf die weiteren - insbesondere invasiven - Massnahmen im Übrigen dagegen, davon sei angesichts der deutlichen Hinweise für ein nicht-organisches Geschehen keine klare Besserung zu erwarten). Drei Monate nach Anhalten der erheblichen Verbesserung vom Oktober 2017, d.h. nach dem 31. Januar 2018, ist die Rente somit aufzuheben. Was eine allfällige Sachverhaltsentwicklung in der Zeit nach der Begutachtung bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung betrifft, war zwar im Bericht der Klinik für Neurochirurgie vom 18. Dezember 2019 eine von der Beschwerdeführerin beklagte Exacerbation der bekannten Lumbalgien mit Ausstrahlung nach beidseits ab Oktober 2019 beschrieben worden. Gemäss den Angaben von Dr. B. ___ hatte jedoch am 29. April 2020 die Lumboischialgie links im Vordergrund gestanden. Im Bericht der Klinik für Radiologie und Nuklearmedizin am Kantonsspital St. Gallen vom 15. Juli 2020 (act. G 19.4) über ein MRI Wirbelsäule (BWK - SWK) nativ und mit KM i.v. von jenem Tag wurde festgehalten, auf Höhe LWK4/5 habe bei einer rechts ausladenden Bandscheibenprotrusion wie in der Voruntersuchung ein intra- und vor allem extraforaminaler Retrospondylophyt vorgelegen mit Ödemreaktion und Reizung der umgebenden Region und der benachbarten, auf dieser Höhe austretenden Radix L4. Dieser Bericht vom 15. Juli 2020 stammt aus einer Zeit sechzehn Wochen nach dem vorliegend massgeblichen Beurteilungszeitraum. Betreffend die Höhe LWK4/5 wurde festgehalten, es handle sich im Vergleich zu einer Voruntersuchung vom 18. Januar 2018 um einen status quo ante. In einem Bericht der Klinik für Neurochirurgie am Kantonsspital St. Gallen vom 2. Februar 2018 (IV-act. 120) über eine Untersuchung von jenem 18. Januar 2018 waren klinisch bei beklagten Ausstrahlungen im - einzig - linken Bein sowie einer lumbalen Symptomatik eine lumbale und eine radikuläre Symptomatik im Sinn einer Ischialgie beschrieben worden, welche bei der Begutachtung bereits berücksichtigt worden sind. Von einer Reizung L4 war damals (noch) nicht die Rede gewesen. Wie erwähnt wurde der Bericht vom 15. Juli 2020 jedoch bereits mit einigem zeitlichem Abstand zum Zeitpunkt des Verfügungserlasses erstattet. Darin und in den Berichten der Klinik für Neurochirurgie am Kantonsspital St. Gallen vom 7. Juli 2020 (act. G 19.1) und vom 17. August 2020 (act. G 19.3) waren auch keine Arbeitsfähigkeitsschätzungen enthalten, die auf eine relevante Veränderung hätten hindeuten können. Der RAD hat am 18. Januar 2022 (act. G 14.1) erklärt, es ergäben sich im Vergleich zum ABI-Gutachten vom Oktober 2019 keine massgeblichen Änderungen bezüglich der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin in einer adaptierten Tätigkeit. Nach Würdigung der Aktenlage ist demnach insgesamt davon auszugehen, dass innerhalb des vorliegenden, bis 25. März 2020 reichenden Beurteilungszeitraums jedenfalls keine für die

Arbeitsfähigkeit relevanten Veränderungen eingetreten sind. Die Darlegungen in den medizinischen Berichten aus dem Jahr 2022 lassen angesichts des noch grösseren zeitlichen Abstands keine Annahmen für den Sachverhalt im hier relevanten Zeitraum mehr zu. Damit bleibt es im relevanten Zeitraum bei der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin von 70 % und ihren erwerblichen Auswirkungen. Ob aufgrund der in den im Beschwerdeverfahren eingereichten medizinischen Berichten beschriebenen radiologischen und klinischen Befunde allenfalls auf eine nach dem 25. März 2020 eingetretene, für die Leistungsfähigkeit der Beschwerdeführerin massgebliche Sachverhaltsveränderung zu schliessen sei, bildet dagegen nicht Streitgegenstand des vorliegenden Verfahrens. Im Sinn der vorstehenden Erwägungen ist die Beschwerde unter Aufhebung der angefochtenen Verfügung vom 25. März 2020 teilweise gutzuheissen und der Beschwerdeführerin für die Zeit vom 1. Mai 2017 bis 31. Januar 2018 eine ganze Rente zuzusprechen. Das Beschwerdeverfahren ist kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festgelegt (vgl. Art. 69 Abs. 1 bis IVG, Fassungen vor und nach 1. Januar 2021). Eine Gerichtsgebühr von Fr. 600.-- erscheint der durchschnittlich aufwendigen Sache angemessen. - Nach Art. 95 Abs. 1 des st. gallischen Gesetzes über die Verwaltungsrechtspflege (VRP/SG; sGS 951.1; vgl. Art. 61 Ingress ATSG) hat in Streitigkeiten jener Beteiligte die Kosten zu tragen, dessen Begehren ganz oder teilweise abgewiesen werden. Zu berücksichtigen ist, dass die Beschwerdeführerin gemäss dem oben erwähnten Ausgang des Verfahrens die Verfügung zu Recht mittels des Beschwerdeverfahrens als unzutreffend beanstanden musste (vgl. Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 8. November 2018, IV 2016/357 E. 4.2; vgl. auch jenen vom 21. Juni 2021, IV 2020/120 E. 6.3). Indessen wird ihr, die im Hauptstandpunkt eine Neu Beurteilung der Sache und eventualiter eine unbefristete Rente beantragt hat, womit sie unterlegen ist, einzig eine befristete Rente für eine zurückliegende Zeit zugesprochen, so dass es sich rechtfertigt, für die Kostenfrage von einem lediglich teilweisen Obsiegen auszugehen (vgl. für einen befristeten Rentenanspruch das Bundesgerichtsurteil vom 12. Februar 2016, 8C_478/2015 E. 5), ermessensweise von einem solchen zu einem Drittel. Der Beschwerdeführerin sind demnach Fr. 400.-- und der Beschwerdegegnerin sind Fr. 200.-- an Gerichtskosten aufzuerlegen. An den Anteil der Beschwerdeführerin von Fr. 400.-- ist der von ihr geleistete Kostenvorschuss von Fr. 600.-- anzurechnen und der Restbetrag von Fr. 200.-- ist ihr zurückzuerstatten. Die Beschwerdeführerin hat bei teilweisem Obsiegen gegenüber der Beschwerdegegnerin Anspruch auf - anteilmässigen - Ersatz der Parteikosten, die vom Gericht ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache und nach der Schwierigkeit des Prozesses bemessen werden (Art. 61 lit. g ATSG; vgl. auch Art. 98 ff. VRP/SG). Der Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin hat am 2. Februar 2022 (act. G 16) eine Honorarnote über einen Betrag von Fr. 4'500.-- eingereicht, eine Ausgabenpauschale von 4 % sowie die MwSt geltend gemacht und darauf hingewiesen, dass mehr als 20 Stunden Aufwand nachgewiesen seien, wovon ein geringer Teil im Vorverfahren angefallen sei. Damit ergibt sich insgesamt ein Betrag von Fr. 5'040.35 (Fr. 4'500.-- Honorar; Fr. 180.-- Barauslagen, vgl. Art. 28 bis Abs. 1 der st. gallischen Honorarordnung, sGS 963.75; zuzüglich Fr. 360.35 MwSt, Normal-Steuersatz der Mehrwertsteuer zu vorliegend massgeblicher Zeit im Jahr 2020 bzw. seit 1. Januar 2018: 7.7 %, vgl. Art. 25 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Mehrwertsteuer, Mehrwertsteuergesetz, MWSTG, SR 641.20). In der Verwaltungsrechtspflege vor Versicherungsgericht beträgt das Honorar nach Art. 22 Abs. 1 lit. b HonO (seit 1. Januar 2019; üblicherweise) pauschal Fr. 1'500.-- bis

Fr. 15'000.--. Da es sich rechtfertigt, die in einem Beschwerdeverfahren durchschnittlichen Aufwands praxisgemäss auf Fr. 4'000.-- festzulegende Pauschale vorliegend (bei lediglich einfachem Schriftenwechsel, aber nachträglichen Eingaben im Instruktionsverfahren) auf Fr. 4'500.-- zu erhöhen, wird die anteilmässige Parteientschädigung auf pauschal Fr. 1'500.-- (einschliesslich Barauslagen und MwSt) festgesetzt. Die Beschwerde wird unter Aufhebung der angefochtenen Verfügung vom 25. März 2020 im Sinn der Erwägungen teilweise gutgeheissen und der Beschwerdeführerin wird für die Zeit vom 1. Mai 2017 bis 31. Januar 2018 eine ganze Rente zugesprochen. Die Beschwerdeführerin hat eine Gerichtsgebühr von Fr. 400.-- zu bezahlen; der von ihr geleistete Kostenvorschuss wird ihr im Betrag von Fr. 200.-- zurückerstattet. Die Beschwerdegegnerin hat eine Gerichtsgebühr von Fr. 200.-- zu bezahlen. Die Beschwerdegegnerin hat der Beschwerdeführerin eine Parteientschädigung von pauschal Fr. 1'500.-- (einschliesslich MwSt und Barauslagen) zu bezahlen.

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