

SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2022/20 vom 27. Februar 2023

Sg Versicherungsgericht, 2023-02-27, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg_publicationen_IV_2022_20

FR: SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2022/20 du 27 février 2023

IT: SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2022/20 del 27 febbraio 2023

Regeste

Neuanmeldung. Beweiswürdigung bezüglich eines interdisziplinären medizinischen Gutachtens (mit im ersten Verfahren erstatteter ebenfalls polydisziplinärer Expertise).(Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 27. Februar 2023, IV 2022/20)

Volltext

Entscheid vom 27. Februar 2023 Besetzung Präsident Ralph Jöhl, Versicherungsrichterinnen Karin Huber-Studerus und Corinne Schambeck; Gerichtsschreiberin Fides Hautle Geschäftsnr. IV 2022/20 Parteien A.____, Beschwerdeführerin, gegen IV-Stelle des Kantons St. Gallen, Postfach 368, 9016 St. Gallen, Beschwerdegegnerin, Gegenstand Rente Sachverhalt A.____ meldete sich am 24./30. Juni 2014 (IV-act. 4 f.) bei der Sozialversicherungsanstalt/IV-Stelle des Kantons St. Gallen zum Bezug von Leistungen der Invalidenversicherung an. Sie gab an, sie sei von 198_ bis 199_ verheiratet gewesen, danach nochmals von 200_ bis zur Scheidung von 2014 (getrennt ab 200_). - Die Arbeitgeberin bescheinigte, dass die Versicherte von ____ 2012 bis April 2014 als ____ angestellt gewesen war (vgl. IV-act. 18). Die Kündigung (wegen Umstrukturierungsmassnahmen) hatte sie am __. November 2013 entgegengenommen (vgl. IV-act. 18-8). - Dr. med. B.____, Facharzt für Allgemeine Medizin, hatte ihr mit Bericht vom 9. April 2014 (IV-act. 11) für die Zeit vom 18. Dezember 2013 bis 30. April 2014 eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % wegen eines Plicasyndroms Knie links und einer Eisenmangelanämie attestiert. Im IV-Arztbericht vom 29. August 2014 (IV-act. 20) benannte er diverse Phasen der Arbeitsunfähigkeit ab 2010 und hielt fest, er behandle die Versicherte seit Jahren. Als Diagnose bestehe eine Depression mit psychosozialen Problemen, neu seien Knieschmerzen links bei prominenter Plica mediopatellaris (mögliches Plicasyndrom), ausserdem bestünden Knieschmerzen rechts bei Status nach Operation einer Kniegelenkszyste vor Jahren. Eine Operation des linken Knies lehne die Versicherte derzeit ab. Immer wieder bestünden Probleme am Arbeitsplatz. Die Versicherte vertrage sich nicht mit ihren Vorgesetzten und Mitarbeitenden und es komme immer wieder zur Kündigung. Zur Beurteilung der noch möglichen Tätigkeiten sei eine nochmalige orthopädische und psychiatrische Beurteilung nötig. - Dr. med. C.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, berichtete am 16. Januar 2015 (IV-act. 22), er behandle die Versicherte seit 12. Dezember 2015 (richtig: 2014, IV-act. 104-1). Hauptsächlich bestünden eine posttraumatische Belastungsstörung, eine depressive Anpassungsstörung, eine phobische Störung, Migräne-Attacken und eine Knieproblematik beidseits. Die Versicherte sei 198_ als frisch verheiratete Frau ein Opfer häuslicher Gewalt geworden. Diese Gewalt habe sich im Lauf der Jahre zugespitzt. Der Ehemann habe versucht, sie ums Leben zu

bringen. Nach der Trennung sei die entwurzelte Versicherte in der Schweiz allein gewesen und habe ihre Kinder teils unter Polizeischutz aufgezogen. Von 1992 bis 2005 sei sie in stützender Behandlung bei Dr. D.____ gewesen, dann bis 2012 im E.____ psychopharmakologisch behandelt worden und seither erfolge eine Therapie auf natürlicher Basis bei Dr. F.____. Die Versicherte sei seit 1. Mai 2014 und noch bis 31. Januar 2015 voll arbeitsunfähig. Eine behinderungsangepasste Tätigkeit müsse erst wieder aufgebaut werden. - Der Regionale Ärztliche Dienst (RAD) der Invalidenversicherung empfahl am 21. Januar 2015 (IV-act. 23), die Versicherte zu einer unverzüglichen fachpsychiatrischen Untersuchung aufzufordern. - Bei einem Assessmentgespräch vom 16. Februar 2015 (IV-act. 35) gab die Versicherte an, die Kündigung sei wegen eines ethnischen Konflikts erfolgt. Sie fühle sich nicht arbeitsfähig. - Dr. C.____ berichtete am 28. April 2015 (IV-act. 41), am 20. März 2015 und am 22. April 2015 hätten (zur IV-Abklärung) therapeutische Konsultationen bei ihm stattgefunden. Die psychiatrischen Symptome der Versicherten hätten sich seit Ende 2012 langsam verschlechtert. Sie leide an einer behandlungsbedürftigen Depression, möglicherweise bestehe eine traumabedingte Persönlichkeitsstörung als Folge des sehr bedrohlichen Verhaltens des inzwischen verstorbenen Ehemannes. Die Versicherte habe ihren Leidensdruck unterstrichen und eine Rente verlangt, um nicht von den Kindern abhängig zu werden. Die subjektive Arbeitsunfähigkeit werde sich in den nächsten zwölf Monaten sicherlich nicht beeinflussen lassen. Eine ergänzende psychiatrische Abklärung wäre möglicherweise kontraproduktiv. - Am 1. Mai 2015 (IV-act. 43) wies die Sozialversicherungsanstalt/IV-Stelle des Kantons St. Gallen das Gesuch um berufliche Massnahmen ab. - Im Fragebogen zur Rentenabklärung betreffend Erwerbstätigkeit/Haushalt (IV-act. 47) gab die Versicherte am 21. Mai 2015 an, im Gesundheitsfall wäre sie zu 100 % erwerbstätig. - Die Klinik für Chirurgie und Orthopädie am Spital G.____ (Dr. med. H.____) gab im Bericht vom 11. Juni 2015 (IV-act. 50) als Diagnose eine beginnende medialbetonte Gonarthrose beidseits mit CAM-Impingement der Hüfte rechts an (IV-act. 50). Dr. C.____ berichtete am 2. Oktober 2015 (IV-act. 58), trotz Versuchs zur therapeutischen Einbindung sei es (wohl: inzwischen) nur zu zwei Konsultationen (am 29. April 2015 und am 5. Mai 2015) gekommen. Aus psychiatrischer Sicht habe sich der Allgemeinzustand der Versicherten seit April 2015 weiter verschlechtert. Sie sei dünn bis kachektisch und habe einen durch Verbitterung fast starr wirkenden Gesichtsausdruck. Das Denken sei eingengt auf die Knieschmerzen und auf die Verbitterung, dass man ihr kein Verständnis entgegenbringe und keine Rente zuspreche. Sie sei der Meinung, ihre Probleme seien körperlicher Natur und ihr psychisches Leiden würde durch eine Rente gelindert. - In einem polydisziplinären Gutachten vom 26. Januar 2016 (IV-act. 69) stellte die Begutachtungsstelle Neurologie Toggenburg AG fest, eine die Arbeitsfähigkeit tangierende Diagnose liege nicht vor. Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit liege u.a. eine leichte depressive Störung vor (vgl. IV-act. 69-36). Seit der IV-Anmeldung (sc. 2014) sei von einer vollen Arbeitsfähigkeit der Versicherten in der angestammten Tätigkeit auszugehen (vgl. IV-act. 69-39). Die Versicherte hatte angegeben, bis Oktober 2015 in psychiatrischer Behandlung gewesen zu sein, danach nicht mehr, weil die Therapie nicht weitergeholfen habe und finanziell nicht tragbar gewesen sei. Sie setze (betreffend die Psyche) lediglich bei Unruhezuständen homöopathische Tropfen ein (vgl. IV-act. 69-7). Die Medikamente für die Psyche wechselten hin und wieder (vgl. IV-act. 69-15). Im psychiatrischen Teil wurde festgehalten, die Versicherte sei ihrem behandelnden Psychiater misstrauisch begegnet, habe die Therapie abgebrochen und wiederholt die Unnötigkeit der Behandlung erwähnt. Der psychiatrische Gutachter setzte

sich mit der Beurteilung des behandelnden Psychiaters auseinander und erklärte, dessen Diagnosen seien retrospektiv nicht nachvollziehbar. Gemäss Mini-ICF seien bei der Versicherten die Kontaktfähigkeit/Selbstbehauptungsfähigkeit (zu 50 %) und die Fähigkeit zu ausserberuflichen Aktivitäten (zu 70 %) am meisten beeinträchtigt. Die prekäre psychosoziale Situation, der regressive Rückzug, der sekundäre Krankheitsgewinn und die fehlende Ausbildung seien IV-fremde Faktoren, die nicht per se zu Krankheit und Arbeitsunfähigkeit führten. Zudem hätten sich Aggravationshinweise gezeigt. Die Versicherte habe zeitweise mit geringer Verzögerung etwas unklare Antworten gegeben. Im Gespräch hätten sich keine Hinweise auf relevante kognitive Schwierigkeiten ergeben. Die Präsentation einer erheblichen Behinderung habe nicht im Einklang mit der Verhaltensbeobachtung und dem klinischen Befund gestanden. - Am 18. April 2016 (IV-act. 83) lehnte die Sozialversicherungsanstalt/IV-Stelle des Kantons St. Gallen einen Rentenanspruch ab. Die dagegen erhobene Beschwerde vom 19. Mai 2016 (IV-act. 84) wies das Versicherungsgericht des Kantons St. Gallen mit Entscheid vom 18. August 2017 (IV-act. 101) ab. Zur Begründung führte das Versicherungsgericht aus, allgemeininternistisch liege keine versicherungsmedizinisch relevante Erkrankung vor, orthopädisch bestehe abgesehen von einer S-förmigen thorakolumbalen Seitverbiegung ein Normalbefund. Die subjektiven Angaben der Versicherten stünden dazu in einer Diskrepanz. Letzteres habe sich auch aus psychiatrischer Sicht ergeben. Eine posttraumatische Belastungsstörung liege nicht vor. Der behandelnde Psychiater habe seine Einschätzung einer vollen Arbeitsunfähigkeit nicht auf objektive Befunde abgestützt. Die Versicherte sei in der angestammten Tätigkeit voll arbeitsfähig. Am 23. April 2019 (IV-act. 103) meldete die damalige Rechtsvertreterin der Versicherten eine Verschlechterung durch eine Akne excoriée und eine Pangastritis. Diese Diagnosen hatte Dr. med. I.____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin und Rheumatologie, in einem Bericht vom 27. Februar 2019 (IV-act. 105) festgehalten. Dermatologisch handelte es sich um eine Verdachtsdiagnose (IV-act. 108). In einem Bericht vom 7. April 2019 (IV-act. 104) hatte Dr. C.____ erklärt, seit 2016 sei eine definitive Chronifizierung eingetreten. Eine Verbesserung sei mittlerweile ausgeschlossen. Vorgeschlagene Wiedereingliederungsbemühungen hätten wegen der Mitwirkungspflichtverletzung abgebrochen werden müssen. Die Versicherte weiche seit Jahren nicht vom Vorhaben ab, unbedingt berentet zu werden. Sie opfere ihr knappes Geld für überdurchschnittlich viele Konsultationen bei Therapeuten und Ärzten. Sie sei voll arbeitsunfähig, ungeachtet des Umstands, dass er bei ihr seit Dezember 2018 mit gutem Erfolg ein neues Antidepressivum einsetze. Dr. med. J.____, Facharzt für Radiologie, hatte am 21. Dezember 2018 (IV-act. 106) von einer möglichen Wurzelirritation L5 rechts und zwei fokal ossären Läsionen (bei BWK7 und bei LWK3; DD vermutlich atypische Hämangiome) berichtet (und vorgeschlagen, eine CT-Untersuchung BWS Höhe Th7 durchzuführen). Am 28. Juni 2019 (IV-act. 111) ging das neue IV-Anmeldeformular vom 8. Mai 2019 ein. Dr. I.____ berichtete am 24. Oktober 2019 (IV-act. 120), er behandle die Versicherte seit März 2018. Sie leide an einem Fibromyalgiesyndrom mit einem sekundären Panvertebralsyndrom (ED April 2016), an rezidivierenden Migräneattacken und an einem substituierten Eisenmangel bei Pangastritis nach Helicobacter pylori. Die Versicherte sei voll arbeitsunfähig. Entscheidend sei die psychiatrische Beurteilung. - Dr. C.____ teilte am 19. April 2020 (IV-act. 126) mit, bei der Versicherten bestünden u.a. eine traumabedingte Persönlichkeitsstörung und eine posttraumatische Verbitterungsstörung (Posttraumatic Embitterment Disorder, PTED). Seit Oktober 2019 beklage sie Schulterschmerzen links

und auch enorme Fusschmerzen. Ein Wiedereingliederungsprogramm sei wegen der "preparanoide(n)" Erwartungshaltung nicht umsetzbar. Trotz oder wegen der pathologisch mangelnden Mitwirkung müsse eine Rentenzusprache geprüft werden; nach jahrelangen interdisziplinären Beobachtungen und Behandlungsversuchen müsse gesagt werden, dass eine psychiatrische Besserung nur noch so zu erreichen sei. - Der RAD hielt am 21. April 2020 (IV-act. 127) fest, eine Verbitterungsstörung werde im Allgemeinen in der ICD-10 bei den sonstigen Reaktionen auf eine schwere Belastung kodiert. Die Diagnose sei vor dem Hintergrund der bereits seit Jahren deutlich im Raum stehenden Rentenbegehrlichkeit nicht nachvollziehbar. Eine Verschlechterung sei nicht nachvollziehbar. - Mit Vorbescheid vom 12. Mai 2020 (IV-act. 129) wurde der Versicherten das Nichteintreten auf ihr Leistungsgesuch angekündigt. Dr. C.____ und die Versicherte wandten am 3. Juni 2020 (IV-act. 132) ein, das Misstrauen und die Rückzugstendenz hätten weiter zugenommen. Trotz einer medizinischen Indikation werde eine Kostenübernahme für eine stationäre muskuloskelettale psychosomatische Rehabilitation von der Versicherung abgelehnt. Die Versicherte hatte von März 2017 bis Februar 2020 (Bericht vom 28. Mai 2020, IV-act. 133) sowie von Juli 2018 bis zu einem Zeitpunkt vor März 2020 (Bericht vom 28. Mai 2020, IV-act. 134) und ab März 2020 (gemäss einem Bericht vom 26. Mai 2020, IV-act. 135) je bei einer Physiotherapeutin in Behandlung gestanden (vgl. auch Einwand der damaligen Rechtsvertreterin, IV-act. 139). - Am 23. September 2020 (IV-act. 140) hielt der RAD fest, eine Verschlechterung über die letzten vier Jahre hinweg sei gut möglich. Daraufhin wurde der damaligen Rechtsvertreterin der Versicherten am 30. September 2020 (IV-act. 143) mitgeteilt, ein Anspruch auf berufliche Massnahmen bestehe zurzeit nicht. - Dr. C.____ berichtete am 1. Januar 2021 (IV-act. 148), seit Dezember (wohl 2020) habe eine leichte Besserung der Grundstimmung der Versicherten beobachtet werden können, danach aber wieder eine Verschlechterung. Dr. I.____ hatte am 29. Dezember 2020 (IV-act. 149) angegeben, gegenüber seinem Bericht vom 2. Juni 2020 (IV-act. 131) habe sich keine Besserung gezeigt. - Am 7. Mai 2021 erkundigte sich die IV-Stelle (wegen Unklarheiten aufgrund von Wiedergaben im Gutachten und in einem Bericht von Dr. C.____ betreffend die Ehesituation) bei Dr. C.____, auf welche Ehe sich seine Angaben im Bericht vom 19. April 2020 bezogen hätten und ob beide Ehen von Gewalt geprägt gewesen seien. Die Versicherte erklärte daraufhin am 7. Mai 2021 (IV-act. 165), sie sei von 198_ bis 199_ verheiratet gewesen. Die Polizei habe etwa drei- bis viermal eingreifen müssen, später habe es keine Vorfälle mehr gegeben. Nach der Trennung (vom ersten Ehemann) habe die KESB einmal eine Abklärung gemacht, es seien aber keine Massnahmen getroffen worden. Der Ehemann habe 2000 ausreisen müssen. Von 200_ bis 200_ sei sie nochmals verheiratet gewesen. Die Ehe sei erneut - aber weniger - schwierig (mit mehrfachen Trennungen für mehrere Monate) gewesen. Der zweite Ehemann sei 200_ ausgereist. - Der RAD schlug im Juni 2021 (vgl. IV-act. 196) eine Begutachtung (und Einforderung von Akten der Klinik Valens, nicht vorhanden, vgl. IV-act. 192) vor. Dr. C.____ berichtete den in der Folge bestimmten Gutachtern des Swiss Medical Assessment- and Business-Center (SMAB) am 10. August 2021 (IV-act. 212-89), im Verlauf habe sich bei der Versicherten ein depressives Bild zwischen Verbitterung, Traurigkeit, Hoffnungslosigkeit und Verweigerungshaltung gezeigt. Diese Aspekte seien auch bei der Einnahme von Antidepressiva vorhanden, die sie nicht vertrage, aber auch ablehne. Klinisch habe ein grosses Misstrauen gegenüber den eigenen Therapeuten, aber auch gegenüber Behörden und der Anwältin im Vordergrund gestanden. Die Versicherte sei der realitätsfernen Überzeugung, wegen der Behörden zu verarmen. In seinem interdisziplinären Gutachten

vom 3. November 2021 (IV-act. 212) führte das SMAB aus, bei der Versicherten liege ein Fibromyalgie-Syndrom (chronic widespread pain syndrome) vor, das sich auf die Arbeitsfähigkeit auswirke. Im Weiteren bestünden ein leichtgradiges lumbospondylogenes Schmerzsyndrom mit degenerativer Diskopathie L4/L5, gastrokopisch eine Pangastritis 10/2018, Ligaturbehandlungen wegen Hämorrhoiden 09/2018 und eine laparoskopische und hysteroskopische Myomentfernung mit Ovarientfernung am 18.12.2014 wegen Hypermenorrhoe und Eisenmangelanämie. Eine psychiatrische Diagnose sei nicht zu stellen. Die Versicherte sei sowohl in ihrer bisherigen wie in einer adaptierten Tätigkeit zu 80 % arbeitsfähig. Es handle sich um eine Leistungsminderung aus rheumatologischen Gründen bei einer zumutbaren vollzeitlichen Tätigkeit. Diese Einschätzung dürfte seit Dezember 2018 gelten. Im Vergleich zur Begutachtung von 2016 habe sich eine leichte Reduktion der allgemeinen Leistungsfähigkeit infolge einer schmerzbedingten Reduktion der körperlichen Belastbarkeit eingestellt. Im Einzelnen stellte die internistische Gutachterin fest, dass sie keine Diagnose mit Relevanz für die Arbeitsfähigkeit bei der Versicherten erhoben habe (vgl. IV-act. 212-78). Die gynäkologischen, dermatologischen und gastroenterologischen Leiden seien adäquat behandelt; derzeit bestehe diesbezüglich keine Krankheit und keine Einschränkung (vgl. IV-act. 212-82). Die internistische Gutachterin wies darauf hin, dass das Klagen über vielerlei Beschwerden mit einem leidenden Ausdruck mit dem guten Allgemeinzustand und der guten allgemeinen Beweglichkeit der Versicherten kontrastiert habe (vgl. IV-act. 212-76 und 212-79). Der rheumatologische Gutachter konnte eine Magnetomographie der Wirbelsäule vom 20. August 2021 mitbeurteilen (vgl. IV-act. 212-65), laut der (nebst Spondylarthrosen L4/5 und L5/S1) eine Diskusprotrusion/Herniation median L4/5 ohne Zeichen einer radikulären Kompression, ohne Syndrom des engen Spinalkanals, bestand. Er hielt fest, nach seiner Beurteilung liege als Erklärung für das vorgefundene Weichteilschmerzsyndrom mit hoher Wahrscheinlichkeit ein Fibromyalgiesyndrom vor. Weitere Pathologien am Bewegungsapparat mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit bestünden nicht. Zusätzlich sei - ohne relevante Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit - ein leichtgradiges lumbospondylogenes Schmerzsyndrom auf der Grundlage einer geringfügigen degenerativen Diskopathie (bzw. Diskusprotrusion/Herniation), vor allem des Segments L4/5, zu diagnostizieren (vgl. IV-act. 212-65 f.). Seit Dezember 2018 sei die allgemeine Leistungsfähigkeit aus rheumatologischen Gründen (infolge der Dekonditionierung, der Fibromyalgie und des Bedarfs an vermehrten Pausen) um nicht mehr als 20 % reduziert. Die Arbeitsfähigkeit in der bisherigen und in einer adaptierten Tätigkeit betrage 80 % bei einer vollzeitlich zumutbaren Präsenz (vgl. IV-act. 212-68 f.). Der neurologische Gutachter hielt fest, der klinische Befund sei vollständig regelrecht gewesen (vgl. IV-act. 212-50). In zwei neurologischen Berichten der Fachärztin K. ___ vom 12. und vom 28. August 2018 sei keine organoneurologische Diagnose gestellt worden (vgl. IV-act. 212-51; unauffälliger Befund vgl. IV-act. 212-22). Auch bildgebend hätten sich wiederholt keine Hinweise auf eine Erkrankung des zentralen und des peripheren Nervensystems gezeigt (vgl. IV-act. 212-52). Der psychiatrische Gutachter hielt fest, die Versicherte habe sich insgesamt in ausgeglichener Grundstimmung gezeigt. Ab und zu habe sie geweint, doch die affektive Schwingungsfähigkeit sei nicht beeinträchtigt gewesen und es hätten weder eine Affektlabilität noch eine Affektinkontinenz bestanden. Die Versicherte habe eine partielle Interesselosigkeit, einen partiellen Rückzug, eine partielle Anhedonie, Schlafstörungen und eine Störung des Appetits angegeben (vgl. IV-act. 212-36). Bei entsprechenden Untersuchungen hätten sich einerseits ein Wert, der für das zielgerichtete Vortäuschen einer

nicht vorhandenen Symptomatik spreche, und andererseits ein faktischer Beweis für eine nicht authentische Beschwerdeschilderung ergeben (vgl. IV-act. 212-36). Ein Hinweis auf eine Störung der Primärpersönlichkeit habe sich nicht ergeben. Die von der Versicherten angegebenen Medikamente seien nicht nachweisbar gewesen (vgl. IV-act. 212-37, vgl. Lorazepam und Ibuprofen, IV-act. 212-85). - Der RAD empfahl, auf das Gutachten abzustellen (vgl. IV-act. 213). Mit Vorbescheid vom 23. November 2021 (IV-act. 216) stellte die Sozialversicherungsanstalt/IV-Stelle des Kantons St. Gallen der Versicherten eine Abweisung des Rentenanspruchs in Aussicht. - Die Versicherte liess am 13. Januar 2022 (IV-act. 219) einwenden, im SMAB-Gutachten werde zwar eingeräumt, dass sie sich seit Jahren in psychiatrischer Behandlung befinde, die Flucht der Familie im Krieg habe verarbeiten müssen, in ihrer ersten Ehe Gewalt und Erniedrigungen ausgesetzt gewesen sei und einen Brand habe miterleben müssen, bei dem sie viel Hab und Gut verloren habe. Die Schlussfolgerung des Gutachtens werde aber damit begründet, dass sie gepflegt zum Termin gekommen sei und in der Vergangenheit Behandlungen immer wieder abgebrochen habe. Der Gutachter habe allerdings auch beschrieben, dass sie anlässlich der Begutachtung immer wieder geweint habe. Eine Behandlung beim Psychiater werde von der Krankenkasse nicht finanziert und sei deshalb für sie kaum finanzierbar. Dass keine psychiatrische Diagnose vorliegen solle, sei nicht nachvollziehbar dargelegt worden. Vielmehr sei aufgrund der Anzahl der negativen Erlebnisse das Vorliegen einer posttraumatischen Belastungsstörung nachvollziehbar. Die gegenteilige Begründung des SMAB-Gutachters (der Psychiatrie) überzeuge nicht. Sie sei zudem immer noch in regelmässiger psychiatrischer Behandlung. - Der RAD erklärte am 17. Januar 2022 (IV-act. 221), aufgrund der Inkonsistenzen mit insbesondere Auffälligkeiten in der Beschwerdenuvalidierung sei versicherungsmedizinisch nachvollziehbar, dass die bislang im Raum stehenden Diagnosen vom Gutachter nicht bestätigt worden seien. Mit Verfügung vom 17. Januar 2022 (IV-act. 222) verneinte die Sozialversicherungsanstalt/IV-Stelle des Kantons St. Gallen einen Rentenanspruch der Versicherten (bei einem Invaliditätsgrad von 20 %; Valideneinkommen Fr. 54'681.--, Invalideneinkommen Fr. 43'745.--). Die Versicherte erhob am 8./9. Februar 2022 (Poststempel: 9. Februar 2022; act. G 1) eine Beschwerde gegen diese Verfügung. Sie beantragte die Zusprache mindestens einer halben Rente. Zur Begründung führte sie aus, schon bei der ersten Begutachtung sei ihren Berichten von der Flucht vor dem Krieg und der ehelichen Gewalt zu Unrecht kein Glaube geschenkt worden. Bei der neuen Begutachtung sei die schwere Depression, die der behandelnde Arzt beschreibe, ebenfalls erwähnt worden, doch sei ihr wiederum nicht geglaubt worden. Dass keine relevante Diagnose vorliege, sei angesichts der schwerwiegenden Vorverletzungen und der Folgen nicht möglich. Mit dem Gutachten würden die Vorwürfe bestätigt, welche gemäss einem Bericht in der Zeitung vom 7. Februar 2022 gegen diese Berufsgattung (der Gutachter) erhoben würden. Sie sei nicht erfreut darüber, dass sie die Medikamente nicht gut vertrage, und sie wehre sich gegen den Vorwurf, nicht gesund werden zu wollen. Sie habe als alleinerziehende Mutter ihre Arbeit gemacht, so lange es ihr irgendwie möglich gewesen sei, und sie werde es wieder tun, wenn es ihr besser gehe. Aber ihre psychiatrische Problematik habe sich bereits chronifiziert und sie komme aus ihrem "Loch" nicht mehr heraus. Die psychiatrische Begutachtung sei - am besten durch das Gericht - zu wiederholen, und zwar durch einen Mediziner, der nicht auftragsgeleitet in einer MEDAS arbeite. Zudem seien die empirischen Untersuchungen zu den LSE-Tabellen zu berücksichtigen. - Mit Eingabe vom 3./5. März 2022 (act. G 3) ersuchte die Beschwerdeführerin um die unentgeltliche Rechtspflege. Sie hielt fest, da sich

die Ärzte nicht über ihre Wünsche äusserten, habe sie sich entschieden, selber über die Diagnose zu sprechen. Von Seiten der Psyche leide sie an Angst, Panikattacken, Blockaden und einer sehr schlechten Konzentration trotz der langen Behandlung. Daneben bestünden Gelenk-Ganglien mit ständigen Entzündungen, Rheuma, Ischias, Fibromyalgien rechte Seite, teilweise ganzer Körper, und komplette Blockaden. Sie habe ständig unendliche Schmerzen. Sie werde seit 2007 behandelt. Trotzdem sei es kein Stück besser geworden. Sehr viele Psycho- und Physiotherapien hätten stattgefunden. Leider spreche niemand über die Diagnose. Die MRI-Aufnahmen von L.____ belegten die vielen Krankheiten. Am 7. März 2022 (act. G 4) bewilligte das Versicherungsgericht die unentgeltliche Rechtspflege (Befreiung von den Gerichtskosten). In ihrer Beschwerdeantwort vom 3./5. Mai 2022 (act. G 6) beantragte die Beschwerdeführerin die Abweisung der Beschwerde. Zur Begründung führte sie aus, bei der SMAB-Begutachtung sei aufgrund der erhobenen objektiven Befunde ersichtlich gewesen, dass die Beschwerdeführerin psychisch nicht eingeschränkt sei. Auch ein Leidensdruck sei nicht erkennbar gewesen. Die eingenommenen Medikamente seien nicht nachweisbar gewesen. Angesichts der Vielzahl der verfügbaren Antidepressiva überrasche, dass kein hilfreiches Antidepressivum habe gefunden werden können. Da die angegebenen Störungen gut behandelbar seien, liessen sich auch die zahlreichen Behandlungsabbrüche und die in den zurückliegenden Jahren dokumentierten niederfrequenten Behandlungen nicht ohne weiteres erklären. In zwei unterschiedlichen Validierungsverfahren habe die Beschwerdeführerin signifikant schlecht abgeschnitten, so dass insgesamt von einer nicht authentischen Beschwerdeschilderung ausgegangen werden müsse. Nach den Ausführungen des Gutachters sei nicht erkennbar gewesen, dass es durch die Erfahrungen, welche die Beschwerdeführerin im Lauf des Lebens habe machen müssen, zu einer psychischen Erkrankung gekommen wäre. Auch eine posttraumatische Verbitterungsstörung sei nicht erkennbar, denn die Beschwerdeführerin habe nach ihrer ersten Ehe nochmals eine Partnerschaft gehabt. Bei der Schilderung ihrer Beschwerden vom 3. März 2022 handle es sich um rein subjektive Angaben. Weder aus dem statistischen Gutachten des Büros für arbeits- und sozialpolitische Studien vom 8. Januar 2021 noch aus dem Rechtsgutachten vom 21. Januar 2021 von Gächter/Egli/Meier/Filippo ergebe sich, dass das Ausgehen vom Medianwert, allenfalls korrigiert um einen leidensbedingten Abzug vom Tabellenlohn und/oder eine Parallelisierung, diskriminierend sein sollte. Ein Abzug rechtfertige sich nicht. Am 2. Juni 2022 (act. G 8) wandte die Beschwerdeführerin unter Beilage verschiedener medizinischer Berichte ein, dass sie gepflegt sei, müsse nicht heissen, dass sie nicht psychisch krank sei. Dr. C.____ wisse, dass ihr Leiden eine psychische Basis habe; weshalb sonst sollte er sie jahrelang krankgeschrieben haben. - Beigelegt war u.a. ein Bericht von Dr. med. M.____, Facharzt für Radiologie, vom 18. August 2021 (act. G 8.3) über ein MRI Knie rechts. Danach bestanden u.a. ein flaes Ödem im proximalen Fibulaköpfchen am Knie rechts mit Gelenkerguss, im Vergleich zu Oktober 2008 zunehmende Degenerationen am Innenmeniskushinterhorn bei femorotibialer Chondropathie Grad III, medial betont, und ein retropatellärer Knorpelschaden lateral kaudal, ebenfalls Grad III, sowie ein leicht narbig verändertes MCL. Dr. med. N.____, Facharzt für Radiologie, hatte am 20. August 2021 (act. G 8.15) aufgrund eines (Verlaufs-) MRI der Wirbelsäule von einer medianen Diskushernie LWK4/5 mit Tangierung beider absteigender L5-Wurzeln berichtet. Ein Hinweis auf einen entzündlichen Prozess oder eine signifikante spinale oder neuroforaminale Stenose habe sich nicht gezeigt (vgl. auch seinen früheren Bericht vom 27. Dezember 2018, welcher den SMAB-Gutachtern vorgelegen hatte, IV-act. 212-112,

MRT des ISG: u.a. periartikulär, vor allem rechtsbetont, ein etwas verstärktes Enhancement in der Umgebung; CT Region BWK7, korrelierend mit der MRI-Untersuchung: eine fokale sklerosierte Läsion paramedian linksseitig am Wirbelkörperhinterrand, andeutungsweise eine etwas vergrößerte Trabekulierung abgrenzbar, am ehesten ein Wirbelkörperhämangiom). In ihrer Duplik vom 30. Juni 2022 (act. G 10) legte die Beschwerdegegnerin dar, dass die Berichte gemäss der RAD-Stellungnahme vom 21. Juni 2022 (act. G 10.1) nichts an der bisherigen versicherungsmedizinischen Einschätzung änderten. - Der RAD hatte am 21. Juni 2022 (act. G 10.1) u.a. festgehalten, der MRI-Bericht vom 18. August 2021, laut dem die Degeneration am rechten Knie zugenommen habe und eine Chondropathie und ein Knorpelschaden bestünden, habe bei der Begutachtung vermutlich nicht vorgelegen. Das betreffende MRI beschreibe keinen neuen Gesundheitsschaden, sondern präzisiere den bekannten ("Grad 3"). Klinisch habe sich weder 2016 noch 2021 bei der Begutachtung eine objektivierbare Funktionseinschränkung der Knie gezeigt. Bei den Diagnosen würden die Knie deshalb nicht erwähnt. Ohne solchen klinischen Befund seien MRI-Befunde nicht adäquat beurteilbar. Die beiden Befunde korrelierten nicht zwingend. Ein schwerer Knorpelschaden könne sowohl Schmerzen und eine Beeinträchtigung beim Gehen verursachen als auch ohne diese Folgen sein. Erwägungen angefochten ist die Verfügung vom 17. Januar 2022, mit welcher die Beschwerdegegnerin das Gesuch der Beschwerdeführerin "vom 28. Juni 2019" um eine Rente bei einem Invaliditätsgrad von 20 % abgewiesen hat. Die Beschwerdeführerin hat sich schon im April 2019 formwidrig erneut zum Leistungsbezug angemeldet. Massgebend ist der Zeitpunkt der betreffenden Postübergabe oder Einreichung (vgl. Art. 29 Abs. 3 ATSG), weil das ausgefüllte und unterzeichnete Anmeldeformular innert der von der Beschwerdegegnerin am 7. Juni 2019 (IV-act. 110) angesetzten Frist eingereicht worden ist. Die Beschwerdegegnerin hatte den Anspruch der Beschwerdeführerin aufgrund dieser Neuanschuldung nach der Abweisung eines ersten Gesuchs durch - gerichtlich beurteilte - Verfügung vom 18. April 2016 zu beurteilen. Sie ist zu Recht (vgl. Art. 87 Abs. 3 IVV) auf die Neuanschuldung eingetreten, weil mit den eingereichten Berichten (betreffend eine Pangastritis und eine "definitive Chronifizierung" des psychischen Leidens, Schulterschmerzen links und Fusschmerzen) eine Verschlechterung des Gesundheitszustands glaubhaft gemacht worden war. Streitgegenstand bildet allein der Rentenanspruch der Beschwerdeführerin. Berufliche Eingliederungsmassnahmen sind am 30. September 2020 (IV-act. 143) abgelehnt worden. Vorliegend sind, da ein allenfalls vor dem 1. Januar 2022 entstandener Rentenanspruch der Beschwerdeführerin zu beurteilen ist, die Bestimmungen des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG, SR 831.20) und der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV, SR 831.201) sowie des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG, SR 830.1) in den bis 31. Dezember 2021 gültig gewesenen Fassungen (im Folgenden zitiert; und nicht die revidierte Fassung gemäss Weiterentwicklung der IV [WEIV]) anwendbar. Vorbehältlich besonderer Übergangsrechtlicher Regelungen sind nämlich in zeitlicher Hinsicht grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgeblich, die bei der Erfüllung des rechtlich zu ordnenden oder zu Rechtsfolgen führenden Tatbestands Geltung haben (vgl. BGE 132 V 215 E. 3.1.1, BGE 144 V 210 E. 4.3.1). Nach Art. 28 Abs. 2 IVG besteht der Anspruch auf eine ganze Invalidenrente, wenn die versicherte Person mindestens zu 70 %, derjenige auf eine Dreiviertelrente, wenn sie mindestens zu 60 % invalid ist. Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von

mindestens 40 % Anspruch auf eine Viertelsrente. Im Verfahren der Neuanmeldung sind der Gesundheitszustand und die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin polydisziplinär begutachtet und eingeschätzt worden (Gutachten vom 3. November 2021). Die Abklärungen des SMAB sind im August 2021 und im September 2021 in den Disziplinen Psychiatrie, Neurologie, Innere Medizin und Rheumatologie erfolgt. Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG; vgl. auch BGE 102 V 165). - Sämtliche psychischen Erkrankungen sind nach der bundesgerichtlichen Rechtsprechung (vgl. BGE 143 V 418 E. 7.1 f.) grundsätzlich einem strukturierten Beweisverfahren nach BGE 141 V 281 zu unterziehen. Die funktionellen Folgen der Gesundheitsschädigung sind 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. Die Feststellungen der internistischen SMAB-Gutachterin zu Diagnosen und Arbeitsfähigkeit basieren auf den im Gutachten beschriebenen klinischen und Labor-Untersuchungen; sie sind als stichhaltig zu qualifizieren. Die Belastungsfaktoren, die Ressourcen und die Konsistenz sind berücksichtigt worden. Ein Grund zur Beanstandung der internistischen Begutachtung ist nicht ersichtlich. Dasselbe gilt für die rheumatologische Begutachtung. Der rheumatologische Gutachter hat festgehalten, die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin in der bisherigen und in einer adaptierten Tätigkeit betrage 80 % (bei vollzeitlich zumutbarer Präsenz; vgl. IV-act. 212-68 f.). Er hat einleuchtend begründet, weshalb von einer solchen rheumatologischen Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit auszugehen ist. Insbesondere hat er eingehend beschrieben, welche klinischen Befunde er erhoben hat. Daraus wird ersichtlich, inwiefern diese physiologisch gewesen sind und welche Einschränkungen bestanden haben (vgl. IV-act. 212-64). Bei der Begutachtung sind namentlich die Berichte vom 21. Dezember 2018, vom 27. Dezember 2018, vom 22. Oktober 2019 und vom 20. August 2021 bekannt gewesen (vgl. IV-act. 212-23 und 212-110, IV-act. 212-29, IV-act. 212-24 und IV-act. 212-65). Der MRI-Bericht vom 18. August 2021 betreffend das rechte Knie ist im Gutachten nicht erwähnt worden. Der Befund stammt indessen aus der Zeit vor der gutachterlichen rheumatologischen klinischen Untersuchung vom 30. September 2021. Die Beingelenke haben dabei keine Bewegungs- oder Funktionseinschränkungen aufgewiesen. Die Kniegelenke sind bandstabil, ergussfrei und reizlos, ohne auffällige Bewegungskrepitation gewesen (vgl. IV-act. 212-64). Wenn dieser MRI-Bericht dem rheumatologischen Sachverständigen nicht vorgelegen haben sollte, läge kein relevanter Mangel des Gutachtens vor, denn es muss auf jeden Fall auf die Ergebnisse der klinischen Untersuchung der Knie abgestellt werden (zumal sich auch bei der neurologischen Begutachtung ein unauffälliges Gangbild und ein unauffälliges monopedaes Hüpfen beidseits gezeigt hat, vgl. IV-act. 212-48). Die Befunde, die sich betreffend die Wirbelsäule aus dem MRI vom 20. August 2021 ergeben haben, haben Niederschlag in der Diagnose gefunden. Ausschlaggebend sind bezüglich der Knie wie der Wirbelsäule die klinischen Ergebnisse. Die angegebenen Beschwerden und das Verhalten der Beschwerdeführerin während der rheumatologischen Untersuchung sind konsistent gewesen (vgl. IV-act. 212-67 und 212-11). Der Gutachter hat sich zudem mit den Vorakten auseinandergesetzt und festgehalten, seine Beurteilung stehe in Übereinstimmung mit derjenigen des behandelnden

Rheumatologen. Das frühere Attest einer vollen Arbeitsunfähigkeit hat der Gutachter der Rheumatologie im Übrigen als nicht nachvollziehbar erachtet (vgl. IV-act. 212-67). Der neurologische Gutachter hat sich auf die bei der Untersuchung erhobenen Befunde gestützt. Er hat ausserdem festgehalten, zu keinem Zeitpunkt seien objektive nervale Defizite beschrieben worden und auch bildgebend hätten sich keine Hinweise auf eine Erkrankung des zentralen und peripheren Nervensystems gezeigt. Auch die neurologische Begutachtung bietet also keinen Anhaltspunkt für einen Zweifel an der attestierten vollen Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin (vgl. IV-act. 212-52 f.). Der psychiatrische Gutachter hat festgehalten, eine psychische Erkrankung bestehe bei der Beschwerdeführerin nicht. Demnach sei auch ihre Arbeitsfähigkeit psychiatrisch betrachtet nicht eingeschränkt (vgl. IV-act. 212-39). Gegen den Beweiswert des psychiatrischen Gutachtens wendet die Beschwerdeführerin ein, aus einem gepflegten Erscheinungsbild könne nicht einfach der Schluss gezogen werden, es gehe ihr gut, erst recht nicht, weil auch beschrieben worden sei, sie habe anlässlich der Begutachtung immer wieder geweint. Zudem sei das Vorliegen einer posttraumatischen Belastungsstörung aufgrund der Anzahl negativer Erlebnisse nachvollziehbar, die gegenteilige Begründung im Gutachten überzeuge nicht. Sie (die Beschwerdeführerin) befinde sich zudem immer noch in psychiatrischer Behandlung. Der psychiatrische Gutachter hat die erhobenen Untersuchungsbefunde im Einzelnen beschrieben. Er hat seine Schlussfolgerung nach der Berücksichtigung der belastenden Lebensereignisse, des gelegentlichen Weinens bei der Begutachtung, der angegebenen teilweisen Interesselosigkeit, der insgesamt ausgeglichenen Grundstimmung, der unbeeinträchtigten affektiven Schwingungsfähigkeit und der weiteren zahlreichen unbeeinträchtigten Fähigkeiten (etwa Kontaktverhalten, Aufmerksamkeit, Gedankengang) gezogen. Er hat auch nachvollziehbar begründet, weshalb weder eine posttraumatische Belastungsstörung noch eine Verbitterungsstörung vorliegt (vgl. IV-act. 212-38 und 212-39): Die Beschwerdeführerin habe im Lauf des Lebens durchaus unangenehme Erfahrungen machen müssen, so durch die Ereignisse in der Heimat, die erste Ehe und den Verlust von Hab und Gut durch einen Wohnungsbrand. Allerdings sei nicht erkennbar geworden, dass es durch diese Lebensereignisse zu einer relevanten psychiatrischen Erkrankung gekommen wäre. Insbesondere sei keine Traumafolgestörung eingetreten (vgl. IV-act. 212-38). Bei der Auseinandersetzung mit den Vorakten hat der psychiatrische Gutachter überzeugend erklärt, er könne sämtliche Diagnosen, die bisher gestellt worden seien, nicht nachvollziehen (vgl. IV-act. 212-39 f.). Der Umstand, dass die Beschwerdeführerin weiterhin in psychiatrischer Behandlung steht, und die Einschätzung des behandelnden Psychiaters sind vom psychiatrischen Gutachter berücksichtigt worden (vgl. IV-act. 212-38 und 212-29). Psychomedikamentös ist die Behandlung der Beschwerdeführerin gemäss dem Gutachten auf die Einnahme von Temesta beschränkt (vgl. IV-act. 212-34, 212-76), ein Antidepressivum wird nicht eingesetzt. Bei der Beurteilung der Konsistenz und der Plausibilität hat der psychiatrische Gutachter auch auf das vage Antwortverhalten der Beschwerdeführerin hingewiesen: Deren Auftreten passe nicht zu einer im Sinn der Annahmen des behandelnden Psychiaters erkrankten Person (vgl. IV-act. 212-39). Ausserdem hat er zusätzliche Untersuchungen zur Beschwerdevalidierung durchgeführt und deren Ergebnisse mitbeurteilt. Das dabei festgestellte signifikant schlechte Abschneiden der Beschwerdeführerin in zwei unterschiedlichen Beschwerdevalidierungsverfahren und die weitere Konsistenzprüfung im Gutachten (vgl. IV-act. 212-11) sprechen gegen die Stichhaltigkeit der Arbeitsfähigkeitsschätzungen und der Diagnosen des behandelnden Psychiaters. Diese Arbeitsfähigkeitsschätzungen

vermögen deshalb die Überzeugungskraft der gutachterlichen Einschätzung nicht zu erschüttern. Auch der RAD hat das SMAB-Gutachten am 17. Januar 2022 (IV-act. 221) trotz des Berichts des behandelnden Psychiaters vom 10. August 2021 als nachvollziehbar betrachtet. Die Angabe einer vollen Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin unter psychiatrischen Gesichtspunkten hat sich somit zusammenfassend auf eine gutachterliche Befundaufnahme gestützt. Sie ist nach einer Auseinandersetzung des psychiatrischen Gutachters mit den Belastungen und den Ressourcen der Beschwerdeführerin erfolgt und ist nachvollziehbar begründet worden. Nichts deutet darauf hin, dass ein Aspekt der Aktenlage zu Unrecht ausser Acht gelassen worden wäre. Der psychiatrische Gutachter hat eine Übereinstimmung mit der Arbeitsfähigkeitsschätzung des Gutachtens der Neurologie Toggenburg AG vom Januar 2016 festgestellt (vgl. IV-act. 212-40). Eine psychiatrische Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit war bereits in diesem Vorgutachten mit einer stichhaltigen Begründung ausgeschlossen worden (vgl. IV-act. 69-35 und IV-act. 69-31). Das Vorgutachten ist im Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 18. August 2017 als beweiskräftig beurteilt worden. Sinngemäss wird schliesslich geltend gemacht, die Gutachter seien befangen gewesen. Dies wird nur mit einem allgemeinen Hinweis auf einen Zeitungsbericht begründet, in dem Vorwürfe an die Invalidenversicherung und an Begutachtungsunternehmungen erhoben worden sind, ohne dass ein konkreter Anhaltspunkt für eine mögliche Voreingenommenheit eines mit der Beschwerdeführerin befassten Gutachters auch nur angedeutet worden wäre. Das sachlich begründete Gutachten enthält keinen Hinweis auf eine mangelnde Ergebnisoffenheit der Begutachtung. Zusammenfassend ist auf die Arbeitsfähigkeitsschätzung des SMAB-Gutachtens abzustellen. Die interdisziplinäre gutachterliche Beurteilung, laut der die Beschwerdeführerin bei einer vollzeitlichen Arbeitstätigkeit (für 8.5 Stunden pro Tag) aus rheumatologischen Gründen in ihrer Arbeitsfähigkeit um 20 % eingeschränkt ist (vgl. IV-act. 212-9), überzeugt. Im Vergleich zum 2016 erhobenen Gesundheitszustand hat sich nämlich gemäss dem Gutachten inzwischen - ab Dezember 2018 - eine leichte Reduktion der allgemeinen Arbeitsfähigkeit infolge einer schmerzbedingten Reduktion der körperlichen Belastbarkeit ergeben (vgl. IV-act. 212-12 f.). Auf die mit der Replik eingereichten medizinischen Berichte hin hat der RAD am 21. Juni 2022 festgehalten, aus versicherungsmedizinischer Sicht könne weiterhin auf das Gutachten abgestellt werden. Die MRI-Befunde vom 18. August 2021 (Knie rechts) und vom 20. August 2021 (HWS/BWS/LWS) stammen denn auch aus der Zeit vor der rheumatologischen Begutachtung. Im Physiotherapie-Bericht vom 2. Juni 2022 (vgl. act. G 8.1) ist gemäss der Stellungnahme des RAD kein neuer medizinischer Sachverhalt geschildert worden. Daher ist bis zum Zeitpunkt des Erlasses der angefochtenen Verfügung vom 17. Januar 2022 (mit welchem der von der vorliegenden Beurteilung erfasste Sachverhalt endet) überwiegend wahrscheinlich keine relevante Veränderung des medizinischen Sachverhalts eingetreten. Die Beschwerdegegnerin hat die Beschwerdeführerin zu Recht als Vollerwerbstätige betrachtet, denn Letztere hatte mit einer plausiblen Begründung (alleinstehend, Kinder erwachsen) eine entsprechende Aussage gemacht. Damit ist der Invaliditätsgrad anhand eines reinen Einkommensvergleichs zu ermitteln. Nach Art. 16 ATSG (vgl. Art. 28a Abs. 1 Satz 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). Angesichts der unterschiedlichen Tätigkeiten, welche die Beschwerdeführerin in der Vergangenheit ausgeübt hat, lässt sich keine Erwerbstätigkeit festlegen, von der mit überwiegender Wahrscheinlichkeit anzunehmen wäre, dass sie von der Beschwerdeführerin im fiktiven Gesundheitsfall ausgeübt würde. Damit ist das Valideneinkommen praxisgemäss nach den statistischen Lohnerhebungen des Bundesamtes für Statistik (Tabellenlöhne), konkret des Kompetenzniveaus 1 (einfache Tätigkeiten), festzusetzen. Erzielt eine versicherte Person - wie im vorliegenden Fall - kein Erwerbseinkommen, ist zur Ermittlung des zumutbaren Invalideneinkommens also auf den jeweils massgebenden Tabellenlohn abzustellen (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). Sollte die Beschwerdeführerin mit dem Hinweis auf die Ergebnisse der "empirischen Untersuchungen" das Abstellen auf Tabellenlöhne als solches beanstandet haben, ist ihr entgegen zu halten, dass die Verwendung der Lohnstatistik einer langjährigen höchstrichterlichen Rechtsprechung entspricht. Die Beschwerdeführerin hat gemäss dem SMAB-Gutachten medizinisch Folgendes zu vermeiden: Repetitives Bücken und Aufrichten, repetitives Anheben und Tragen von Lasten über 7 kg, Arbeiten in einer chronischen Vorneigehaltung, Arbeiten in einer knienden oder kauern Position und Arbeiten ohne die Möglichkeit zu einer Wechselposition (vgl. IV-act. 212-68). Diese Einschränkungen sind nicht so ausgeprägt, dass der ausgeglichene Arbeitsmarkt keine geeignete Arbeitsstelle aufweisen würde. Für das Valideneinkommen und als Ausgangswert zur Bestimmung des Invalideneinkommens sind somit je die Tabellenlöhne (vgl. Anhang 2 der Textausgabe Invalidenversicherung, Allgemeiner Teil des Sozialversicherungsrechts, Gesetze und Verordnungen, 2022, herausgegeben von der Informationsstelle AHV/IV, S. 278, basierend auf der Schweizerischen Lohnstrukturerhebung LSE des Bundesamtes für Statistik) zu verwenden. Der Invaliditätsgrad entspricht unter solchen Verhältnissen dem Grad der Arbeitsunfähigkeit unter Berücksichtigung eines allfälligen Abzugs vom Tabellenlohn (BGE 126 V 75). Die Beschwerdeführerin macht geltend, die Erkenntnisse der "empirischen Untersuchungen" zu den LSE-Tabellen seien beim Einkommensvergleich zu berücksichtigen, was bisher zu Unrecht unterlassen worden sei. Sie dürfte damit auf die Studie vom 8. Januar 2021 des Büros für arbeits- und sozialpolitische Studien ([Jürg Guggisberg, Markus Schärner, Céline Gerber und Severin Bischof, "Nutzung Tabellenmedianlöhne LSE zur Bestimmung der Vergleichslöhne bei der IV-Rentenbemessung, Fakten oder Fiktion - Was sagen die Zahlen?", BASS AG, https://www.buerobass.ch/fileadmin/Files/2021/CoopRechtsschutz_2021_IV-LSE_GutachtenBASS.pdf]) Bezug nehmen. Darin ist ausgeführt worden, die Tabellenmedianlöhne der Lohnstrukturerhebung (LSE) würden weitgehend die Löhne von gesunden und voll leistungsfähigen Personen widerspiegeln, während das Lohnniveau von Personen mit gesundheitlichen Einschränkungen deutlich tiefer sei. Auch mit Tätigkeiten, die dem Kompetenzniveau 1 zugeordnet würden, könnten IV-Rentnerinnen (44 %) und IV-Rentner (37 %) deutlich weniger häufig einen Medianlohn erzielen als die entsprechende Referenzbevölkerung ohne stärkere gesundheitliche Einschränkungen (50 %). In den folgenden juristischen Studien von Gächter/Egli/Meier/Filippo (d.h. zunächst dem Rechtsgutachten vom 22. Januar 2021 von Philipp Egli, Martina Filippo, Thomas Gächter und Michael E. Meier, "Grundprobleme der Invaliditätsbemessung in der Invalidenversicherung", EIZ Publishing, Winterthur/Zürich 2021) wird diese Feststellung bezüglich gesundheitlich stark beeinträchtigter Personen übernommen (vgl. S. 284 N 779) und gefolgert, statt auf den Medianlohn sei deshalb auf den Lohn auf der 1. Quartilsgrenze

gemäss LSE abzustellen (vgl. S. 286 N 784). Bis zum Vorliegen differenzierterer lohnstatistischer Angaben zum Kompetenzniveau 1 sollte danach einerseits bei Einschränkung der Verweistätigkeit in diesem Niveau nicht erst bei Vorliegen ausserordentlicher Umstände ein Abzug gewährt (vgl. S. 287 N 785) und es sollten andererseits bei Faktoren, die sich (erst) bei einem gesundheitsbedingten Stellenwechsel lohnmindernd auswirkten, regelmässig die Tabellenlohnabzüge gemäss der bisherigen bundesgerichtlichen Praxis anerkannt werden (vgl. S. 288 f. N 788 f.). Unter Verweis auf die Parallelisierung die "fast fiktiven Lohnniveaus" der LSE beizubehalten und das Korrektiv des Tabellenlohnabzugs weitgehend abzuschaffen (wie gemäss WEIV-Vorlage), sei dagegen kein gangbarer Weg (vgl. S. 289 N 789; vgl. auch Gächter/Egli/Meier/Filippo, "Fakten oder Fiktion? Die Frage des fairen Zugangs zu Invalidenleistungen. Schlussfolgerungen aus dem Rechtsgutachten 'Grundprobleme der Invaliditätsbemessung in der Invalidenversicherung'" vom 27. Januar 2021, https://www.wesym.ch/cvfs/5690466/web/wesym.ch/media/medien/2021_Zusammenfassung_Rechtsgutachten_WESYM%202021.pdf). Zu diesen Ausführungen ist festzuhalten, dass bei Verhältnissen wie den vorliegenden aufgrund der Wahl ein und desselben Tabellenlohns für das Valideneinkommen wie für die Bemessung des Invalideneinkommens diverse Faktoren mit einem möglicherweise mindernden Einfluss auf das absolute Erwerbseinkommen aus der Invaliditätsbemessung ausgeschieden werden, welche eine versicherte Person schon als Gesunde aufweist (etwa Sprachkenntnisse, Ausländerstatus o.Ä.), und die, um die invaliditätsfremden Einflüsse zu eliminieren, entweder bei beiden Vergleichseinkommen mitzuberücksichtigen oder beiderorts ausser Acht zu lassen sind. Für Faktoren, die selbst auf einem ausgeglichenen Arbeitsmarkt als infolge der Invalidität bei der Invaliditätsbemessung relevant lohnmindernder Nachteil zu betrachten sind, ist der Abzug vom Tabellenlohn vorgesehen. Bestehen im Einzelfall Anhaltspunkte dafür, dass die versicherte Person ihre gesundheitlich zumutbare verbleibende (Rest-) Arbeitsfähigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt nur mit einem unterdurchschnittlichen erwerblichen Erfolg verwerten könnte, 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). Ein solcher Abzug wird nach der Praxis der Abteilung II des Versicherungsgerichts berücksichtigt, wenn davon ausgegangen werden muss, dass die versicherte Person ihre Arbeitsfähigkeit nicht mit demselben ökonomischen Erfolg verwerten könnte wie eine gesunde im selben Pensum tätige Person. Das trifft zu, wenn eine versicherte Person nur einen unterdurchschnittlichen ökonomischen Mehrwert generieren kann oder die indirekten Lohnkosten oder die Lohnnebenkosten überdurchschnittlich hoch sind. Denn bei solchen Gegebenheiten ist damit zu rechnen, dass ein strikt ökonomisch-betriebswirtschaftlich denkender, also keinen Soziallohn ausrichtender Arbeitgeber seine dadurch bewirkte "Einbusse" auf die arbeitnehmende Person überwälzen wird, indem er ihr keinen durchschnittlichen, sondern nur einen unterdurchschnittlichen Lohn ausbezahlt (vgl. Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 19. Dezember 2022, IV 2020/194 E. 3.5). Die Beschwerdeführerin ist medizinisch gesehen vollzeitlich (mit einem um 20 % reduzierten Rendement) arbeitsfähig. Das reduzierte Rendement hat den Grund für die attestierte Arbeitsunfähigkeit (von 20 %) gebildet. Praxisgemäss ist ein Abzug vom Tabellenlohn von maximal 10 % vorzunehmen, insbesondere weil die Beschwerdeführerin von einem Arbeitgeber nicht wie eine gesunde Arbeitnehmerin

eingesetzt werden und - angesichts der Begrenzung auf eine Leistung von 80 % - keine Überzeit leisten könnte. Der Invaliditätsgrad beträgt demnach maximal 28 % ($1 - [0.8 \times 0.9]$). Ein Rentenanspruch besteht gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG (in der Fassung bis 31. Dezember 2021) aber erst ab 40 %. Ein rentenbegründender Invaliditätsgrad ergäbe sich erst bei der Annahme, dass der Maximalabzug von 25 % gerechtfertigt sei ($1 - [0.8 \times 0.75]$). Von solchen Verhältnissen ist nicht auszugehen, weil die ökonomischen Nachteile für einen potenziellen Arbeitgeber nur leicht ausgeprägt wären. Die Abweisung des Rentengesuchs der Beschwerdeführerin durch die angefochtene Verfügung erweist sich damit als rechtmässig. Im Sinn der vorstehenden Erwägungen ist die Beschwerde abzuweisen. Nach Art. 69 Abs. 1 bis IVG (in der hier massgebenden, seit 1. Januar 2021 in Kraft stehenden Fassung) ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten über IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von 200 bis 1000 Franken festgelegt. Als unterliegende Partei hat die Beschwerdeführerin die Gerichtskosten zu bezahlen (vgl. Art. 95 Abs. 1 des st. gallischen Gesetzes über die Verwaltungsrechtspflege [VRP/SG; sGS 951.1]). Diese sind ermessensweise auf Fr. 600.-- zu veranschlagen. Zufolge der Bewilligung der unentgeltlichen Prozessführung (Befreiung von den Gerichtskosten) am 7. März 2022 ist die Beschwerdeführerin jedoch von deren Bezahlung zu befreien. Wenn ihre wirtschaftlichen Verhältnisse es ihr in Zukunft gestatten sollten, müsste sie jedoch die Gerichtskosten nachzahlen (Art. 123 der Schweizerischen Zivilprozessordnung [ZPO; SR 272] 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.