

# **SG\_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2011/365 vom 29. August 2013**

Sg Versicherungsgericht, 2013-08-29, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg\\_publicationen\\_IV\\_2011\\_365](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg_publicationen_IV_2011_365)

FR: SG\_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2011/365 du 29 août 2013

IT: SG\_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2011/365 del 29 agosto 2013

## **Regeste**

Art. 28 Abs. 2 IVG. Art. 87 Abs. 3 und 4 IVV. Als einzig relevante strukturelle Alteration ist der Zustand nach einer Spondylodese L4/5 anzusehen, welche gemäss ABI-Gutachten die zuvor bestehenden Schmerzen der Beschwerdeführerin nicht beeinflusse, allerdings auch nicht zu einer Verschlechterung geführt habe. Darauf ist abzustellen. Auch die danach begonnene ambulante Behandlung, die Kribbelparästhesien in beiden Händen, die Tendovaginitis und das allenfalls beginnende Carpal tunnel syndrome der rechten Hand legen nicht den Schluss einer IV-relevanten Änderung des Gesundheitszustands nahe (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 29. August 2013, IV 2011/365).

## **Erwägungen**

### **E. 1**

Am 1. Januar 2012 ist der erste Teil der 6. Revision der Invalidenversicherung in Kraft getreten. In zeitlicher Hinsicht gilt der übergangsrechtliche Grundsatz, dass der Beurteilung jene Rechtsnormen zugrunde zu legen sind, die bei Erlass des angefochtenen Entscheids beziehungsweise im Zeitpunkt gegolten haben, als sich der zu den materiellen Rechtsfolgen führende Sachverhalt verwirklichte (vgl. BGE 130 V 445; 127 V 466 E. 1; 126 V 134 E. 4b, je mit Hinweisen). Die Beschwerdegegnerin hat die angefochtene Verfügung am 10. Oktober 2011 und somit vor Inkrafttreten der IV-Revision 6a erlassen, wobei ein Sachverhalt zu beurteilen ist, der sich seit der Neuanmeldung im Jahr 2009 und damit nach dem Inkrafttreten der revidierten Bestimmungen der 5. IV-Revision am 1. Januar 2008 ereignet hat. Nachfolgend sind daher die zum Zeitpunkt des Verfügungserlasses anwendbaren Bestimmungen (d.h. diejenigen in der bis zum 31. Dezember 2011 gültigen Fassung) wiedergegeben.

### **E. 2**

2.1 Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG) und kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung [IVG; 831.20]). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Nach Art. 28 Abs. 2 des IVG besteht Anspruch auf eine ganze Invalidenrente, wenn die versicherte Person mindestens zu 70%, auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie wenigstens zu 60% invalid ist. Liegt ein Invaliditätsgrad von mindestens 50% vor, so besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens

40% auf eine Viertelsrente. 2.2 Wurde eine Rente wegen eines zu geringen Invaliditätsgrads verweigert, so wird gemäss Art. 87 Abs. 4 der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV; SR 831.201; Fassung vor 2012) eine neue Anmeldung nur geprüft, wenn die Voraussetzungen gemäss Abs. 3 erfüllt sind. Nach jener Bestimmung muss in einem Revisionsgesuch glaubhaft gemacht werden, dass sich der Grad der Invalidität in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert hat. Durch diese Eintretensvoraussetzung soll verhindert werden, dass sich die Verwaltung immer wieder mit gleichlautenden und nicht näher begründeten Rentengesuchen befassen muss (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 2. November 2011, 8C\_624/2011, E. 4.3.1, mit Hinweis). Eine erstmalige Rentenzusprache aufgrund einer Neuanschuldung nach vorangegangener Ablehnung eines Rentengesuchs gemäss Art. 87 Abs. 4 IVV in Verbindung mit Abs. 3 dieser Bestimmung setzt voraus, dass seit der letzten rechtskräftigen Verfügung, die auf einer materiellen Prüfung des Anspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Durchführung eines Einkommensvergleichs beruht (BGE 133 V 108 E. 5.4, 130 V 71 E. 3.2.3), eine Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen eingetreten ist, welche zu einem höheren Invaliditätsgrad führt, der nunmehr einen Rentenanspruch begründet (BGE 133 V 108 E. 5).

### **E. 3**

3.1 Streitig ist, ob bei der Beschwerdeführerin seit der rechtskräftigen Ablehnung ihres Rentenbegehrens mit Verfügung vom 7. April 2009 eine derart erhebliche Verschlechterung eingetreten ist, dass neu von einem rentenbegründenden Invaliditätsgrad auszugehen ist. Die Beschwerdegegnerin ist auf die Neuanschuldung vom 1. Dezember 2009 eingetreten und hat nach materieller Prüfung des Gesuchs gestützt auf das ABI-Gutachten vom 20. September 2010 das Vorliegen eines rentenbegründenden Invaliditätsgrads verneint. Nachdem der Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin dagegen Einwand erhoben und mitgeteilt hatte, dass die Beschwerdeführerin sich neu in ambulanter Behandlung im KSSG (Neurochirurgie und Schmerzprechstunde) befinde, wurden von der IV-Stelle nochmals Berichte im KSSG eingeholt und eine Einschätzung von Dr. E. \_\_\_ abgewartet. In der anschliessenden Stellungnahme vom 7. Oktober 2011 äusserte der RAD die Ansicht, dass eine subjektiv veränderte Bewertung des Gesundheitszustands anzunehmen sei, eine IV-relevante Änderung des Gesundheitszustands jedoch nicht objektiviert und plausibel dargestellt werden könne. Gestützt auf diese Beurteilung wurde mit Verfügung vom 10. Oktober 2011 der Anspruch auf eine Invalidenrente verneint. 3.2 Der rechtskräftigen Verfügung vom 7. April 2009 liegt in medizinischer Hinsicht das ABI-Gutachten vom 29. Januar 2009 zugrunde. Darin finden sich als Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit ein chronisches unspezifisches panvertebrales Schmerzsyndrom mit/bei leichter Wirbelsäulenfehlhaltung (abgeflachte obere BWS-Kyphose, betonte Kyphosierung im zervikothorakalen Übergang), muskulärer Dekonditionierung mit mässig ausgeprägter Abschwächung der abdominellen und rückenstabilisierenden Muskelgruppen, radiomorphologisch kleiner Diskushernie C3/4 paramedian und medialer Diskusprotrusion C6/7; medialer Diskushernie L4/5 mit leichter Luxation nach kranial und geringer Einengung des Spinalkanals ohne Kompression des Myelons oder der abgehenden Nervenwurzeln, klinisch keinen Hinweisen für sensible oder motorische zerviko- oder lumboradikuläre Ausfälle, sowie klinisch eine Epicondylopathia humeri radialis rechts. Ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit wurden eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung, eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte Episode, eine Medikamentenmalcompliance (Amatriptylin-, Nortriptylin-, Duloxetin- und

Tramadolspiegel unter der Nachweisgrenze), eine chronisch obstruktive Lungenkrankheit, Typ chronisch obstruktive Bronchitis mit im September 2008 leichter, nicht reversibler obstruktiver Ventilationsstörung bei fortgesetztem Nikotinkonsum, sowie anamnestisch eine Rhinitis allergica diagnostiziert. Eine körperlich leichte bis mittelschwere, wechselbelastende berufliche Tätigkeit sei der Beschwerdeführerin vollumfänglich und ohne zeitliche Einschränkungen unter den folgenden Arbeitsplatzbedingungen zuzumuten: Die Beschwerdeführerin sollte ihre Arbeitsposition regelmässig selbständig wechseln können, das repetitive Heben, Tragen, Stossen und Ziehen von Lasten über 10 bis 15kg sei zu vermeiden, ebenso Arbeiten in anhaltender Oberkörpervorneigeposition oder berufliche Tätigkeiten mit stereotypen repetitiven HWS- und LWS-Rotationsbewegungen. Aus rein psychiatrischer Sicht bestehe keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Die depressive Störung sei leichtgradig ausgesprägt. Eine psychiatrische Komorbidität liege nicht vor. Aus psychiatrischer Sicht könne der Beschwerdeführerin zugemutet werden, trotz der geklagten Beschwerden die nötige Willensanstrengung aufzubringen, um ganztags einer beruflichen Tätigkeit nachgehen zu können. Auch die internistischen Diagnosen der Beschwerdeführerin schränkten ihre Arbeitsfähigkeit nicht relevant ein. Die chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD) sei nur leichtgradig ausgesprägt. Auch scheine bei fortgesetztem Nikotinkonsum diesbezüglich kein hoher Leidensdruck der Beschwerdeführerin zu bestehen. In körperlich leicht bis mittelschwer belastenden Tätigkeiten bestehe keine Einschränkung von Seiten der COPD. Tätigkeiten mit hoher Staubbelastung seien für die Beschwerdeführerin eher ungeeignet. Insgesamt könne aus polydisziplinärer Sicht eine 100%-ige Arbeits- und Leistungsfähigkeit für körperlich leichte bis mittelschwer belastende Tätigkeiten unter Einhaltung der obgenannten Einschränkungen festgestellt werden.

3.3 Am 1. Dezember 2009 ging die Neuanmeldung bei der Beschwerdegegnerin ein, nachdem am 20. Juli 2009 aufgrund der Diagnose eines chronischen zerviko-thorako-lumbalen Schmerzsyndroms bzw. einer Diskopathie L4/5 mit positiver Diskografie ein operativer Eingriff (Spondylodese) durchgeführt worden war (IV-act. 77-10/20ff.). Dr. I.\_\_\_\_ berichtete am 19. Februar 2010, der Beschwerdeführerin seien keine körperlichen Tätigkeiten zumutbar (IV-act. 98). Er verneinte jedoch die Frage des RAD, ob sich der Gesundheitszustand der Versicherten im Vergleich zum rheumatologisch-orthopädischen Teilgutachten des ABI Basel vom Januar 2009 verschlechtert habe. Die LWS-Schmerzen seien besser geworden. Es persistiere eine deutliche Einschränkung und die Versicherte sei nicht belastbar. Subjektiv seien die Schmerzen mit Schmerzmitteln erträglich. Es könne wahrscheinlich nicht weiterhin von einer vollen Arbeitsfähigkeit in einer rückenadaptierten Tätigkeit – wie es im Gutachten beschrieben wird – ausgegangen werden. Jetzt klage die Patientin über eine Zunahme ihrer bekannten Zervikobrachialgien rechts und der chronischen Epicondylitis lateralis rechts. Eine erneute MRI habe degenerative Veränderungen ohne Operationsindikation gezeigt.

3.4 Mit Arztbericht vom 11. März 2010 (IV-act. 95-13/16ff.) diagnostizierte Dr. J.\_\_\_\_ psychoneuromuskuloskelettale Probleme in Form eines chronischen panvertebralen Syndroms lumbal betont, einer Epicondylitis humeri radialis rechts, chronisch ausgedehnter muskuloskelettaler Schmerzen und Fibromyalgie und einer rezidivierenden depressiven Störung mit/bei akzentuierten Persönlichkeitszügen mit histrionischen Merkmalen sowie Verdacht auf psychische Faktoren und Verhaltenseinflüssen bei andernorts klassifizierten Krankheiten. Als übrige Diagnosen verblieben eine Hyperuricämie und eine chronisch obstruktive Pneumopathie mit asthmatischer Komponente. Bei dieser chronischen, komplexen und weitgehend therapieresistenten Schmerzproblematik könne eine

verwertbare Arbeitsfähigkeit auch in einer optimal angepassten Tätigkeit kaum mehr erzielt werden. 3.5 Am 14. April 2010 berichtete Dr. I.\_\_\_\_ über die ambulante Nachkontrolle vom 12. April 2010 (IV-act. 101-36/39f.). Es wurden ein panvertebrales Schmerzsyndrom, ein Status nach Spondylodese L4/5 im Juli 2009, ein cervicobrachiales Schmerzsyndrom rechtsbetont und eine Epicondylitis lateralis rechts sowie eine rezidivierende depressive Störung diagnostiziert. Anlässlich der letzten Kontrolle am 1. Februar 2010 habe die Beschwerdeführerin ihn wegen der HWS-Beschwerden konsultiert. Die Infiltration des Ellbogens durch Dr. J.\_\_\_\_ und die Physiotherapie bezüglich der HWS-Beschwerden hätten deutlich zu einer Teilbesserung der Symptomatik geführt. Die gesamte Situation sei trotz eines rechtsseitigen Schmerzes im ISG mit Pseudoausstrahlung in den Oberschenkel deutlich besser als präoperativ. Im Rahmen des schweren panvertebralen Schmerzsyndroms zeige sich ein guter postoperativer Verlauf. Weitere Verlaufskontrollen waren bei Dr. I.\_\_\_\_ nicht mehr vorgesehen. 3.6 Mit Bericht vom 14. April 2010 (IV-act. 101-34/39f.) wurde von den Psychiatrie-Diensten Süd unter anderem eine rezidivierende depressive Störung, derzeit leichte depressive Episode mit somatischem Syndrom, diagnostiziert. Das psychische Zustandsbild sei seit dem letzten Bericht vom 17. März 2009 weitgehend unverändert und stabil. 3.7 Aufgrund dieser zum Teil diskrepanten Beurteilungen bezüglich Arbeitsfähigkeit – insbesondere der von Dr. J.\_\_\_\_ vertretenen Auffassung, dass auch in einer optimal angepassten Tätigkeit keine verwertbare Arbeitsfähigkeit erreicht werden könne – wurde eine Verlaufsbeurteilung beim ABI Basel in die Wege geleitet. Mit ABI-Gutachten vom 20. September 2010 wurde als Diagnose mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit einzig ein chronisches lumbal betontes panvertebrales Schmerzsyndrom ohne radikuläre Symptomatik mit/bei Diskusprotrusion C3/4 und zentraler Diskushernie C6/7, klinisch und MR-tomographisch ohne Neurokompression, ein Status nach transforaminaler lumbaler interkorporeller Fusion L4/5, MR-tomographisch Narbenbildung epidural/foraminal L4/5 links mit Beeinträchtigung der Nervenwurzel L5 links, derzeit ohne fassbares klinisches Korrelat und Symptomausweitung und teilweise inadäquat wirkendem Schmerzverhalten, festgestellt. Die anhaltende somatoforme Schmerzstörung, die aktuell leichtgradige Epicondylopathia humeri radialis rechts, die Medikamenten-Malcompliance, die chronisch obstruktive Lungenkrankheit und anamnestisch Rhinitis allergica hätten keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit. Seit dem letzten ABI-Gutachten vom 29. Januar 2009 habe sich die Situation insofern geändert, dass sich die Beschwerdeführerin Ende Juli 2009 einer Operation lumbal am Rücken unterzogen habe, wodurch bei objektiv unauffälligem Verlauf aufgrund allgemeiner Erfahrung eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit für körperlich adaptierte Tätigkeiten während höchstens sechs Monaten bestanden habe. Dies werde auch durch einen Bericht aus der Neurochirurgie des KSSG bestätigt, wo am 2. Februar 2010 von einem klinisch und bildgebend unauffälligem Verlauf gesprochen werde, so dass die axialen Schmerzen deutlich im Hintergrund stünden. Entsprechend dürfe davon ausgegangen werden, dass aus somatischer Sicht ab Februar 2010 wieder eine Arbeitsfähigkeit in adaptierter Tätigkeit zumutbar gewesen sei. Aus psychiatrischer Sicht seien retrospektive Beurteilungen immer mit einer gewissen Unsicherheit behaftet, da der Verlauf naturgemäss schwankend sein könne. Aus den vorliegenden Unterlagen sei für die Gutachter allerdings nicht erkennbar, dass in der Vergangenheit jemals über längere Zeit ein wesentlich anderes psychisches Zustandsbild vorgelegen hätte, als es sich aktuell präsentierte, so dass die Angaben auch für die Vergangenheit Gültigkeit haben dürften, mit Sicherheit jedoch seit dem Datum der Begutachtung. Aus orthopädischer Sicht bestehe für körperlich leichte bis mittelschwere

Tätigkeiten in wechselnder Position, wo eine Hebe- und Traglimite von 10kg nicht überschritten werde und keine Zwangshaltungen von Hals- und Lendenwirbelsäule vorkämen, eine zeitlich und leistungsmässig uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit. Aus psychiatrischer und internistischer Sicht bestünden keine Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit.

3.8 Das Datum des Verfügungserlasses (10. Oktober 2011) bildet rechtsprechungsgemäss die zeitliche Grenze der richterlichen Überprüfungsbefugnis (vgl. BGE 121 V 362 E. 1b mit Hinweisen; Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, 2. Aufl. 2009, N. 61 zu Art. 61). Der Bericht vom 27. September 2012 und das Arztzeugnis vom 28. September 2012 des KSSG handeln vom stationären Aufenthalt aufgrund der Operation am 24. September 2012 und auch im Arztbericht vom 15. Mai 2013 äussert sich Dr. E.\_\_\_\_ vorwiegend zu einer Verschlechterung des Gesundheitszustands nach Verfügungserlass. Dr. J.\_\_\_\_ hält im Bericht vom 3. Mai 2013 im Wesentlichen an seiner Beurteilung vom 11. März 2010 fest, wobei die nach der zervikalen Operation vom 24. September 2012 geklagten anhaltend diffusen Schmerzen und Gefühlsstörungen zervikobrachial beidseits im vorliegenden Verfahren ebenfalls nicht zu berücksichtigen sind. Insofern lassen diese vom Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin ins Recht gelegten Arztberichte keine Rückschlüsse auf die Zeit vor Verfügungserlass zu und haben daher für die hier zu entscheidenden Fragen unberücksichtigt zu bleiben.

3.9 Der oben beschriebene Verlauf bzw. die dargestellte Aktenlage zeigt – wie im ABI-Gutachten vom 20. September 2010 angeführt – lediglich dahingehend eine wesentliche Änderung des Gesundheitszustands, als Ende Juli 2009 eine Rückenoperation durchgeführt wurde. Gemäss ABI-Gutachten bestand für höchstens sechs Monate eine Einschränkung in körperlich adaptierten Tätigkeiten. Danach habe zeitlich und leistungsmässig eine uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit in adaptierter Tätigkeit bestanden. Zu den anderen medizinischen Einschätzungen nahmen die ABI-Gutachter insofern Stellung, als sie zum Bericht vom 14. April 2010 des KSSG auf rein objektiver Ebene eine sehr gute Übereinstimmung sahen. Zur Arbeitsfähigkeit äusserte sich Dr. I.\_\_\_\_ nicht konkret, weshalb diesbezüglich eine vergleichende Beurteilung durch die ABI-Gutachter nicht möglich war. Zum Bericht vom 11. März 2010 von Dr. J.\_\_\_\_ stellten die ABI-Gutachter fest, dass sich für die darin festgehaltene chronische und komplexe neuromuskuloskelettale Problematik keine signifikanten Hinweise auf eine entzündliche oder endokrin-metabolische muskuloskelettale Störung ergäben. Auf diagnostischer Ebene bestehe betreffend Rücken und rechten Ellbogen eine recht gute Übereinstimmung mit der Beurteilung des ABI, doch habe die Beschwerdeführerin zum Begutachtungszeitpunkt nicht mehr explizit über eine Ganzkörperschmerzproblematik berichtet, wie sie Dr. J.\_\_\_\_ offenbar noch habe feststellen können und sich anlässlich früherer Begutachtungen im ABI habe finden lassen. Allerdings fänden sich auch keine objektivierbaren Hinweise darauf, dass sich die von der Beschwerdeführerin angegebenen Beschwerden am Bewegungsapparat auf eindeutige organische Befunde zurückführen liessen. So müsse als einzige relevante strukturelle Alteration der Zustand nach einer Spondylodese L4/5 angesehen werden, welche die zuvor bestehenden Schmerzen der Beschwerdeführerin nicht beeinflusse, allerdings auch nicht zu einer Verschlechterung geführt habe. Diese Schlussfolgerung erscheint einleuchtend, zumal eine leichte Verbesserung der lumbalen Beschwerden postoperativ durch das KSSG festgehalten wird. Erfahrungsgemäss neigen behandelnde Ärzte zudem dazu, die oft (allzu) pessimistische Selbsteinschätzung ihrer Patienten zu übernehmen. Dies legt auch die Arbeitsfähigkeitseinschätzung von Dr. J.\_\_\_\_ nahe. Die Beschwerdeführerin bemängelt am Gutachten zwar, dass die ABI Basel mit der neuerlichen Begutachtung beauftragt worden

sei (act. G 1 S. 12f.). Gemäss Rechtsprechung schliesst jedoch die Tatsache, dass ein Gutachter eine versicherte Person bereits früher begutachtet hat, eine spätere erneute Verlaufskontrolle durch den gleichen Gutachter nicht aus. Im Gegenteil ist es sinnvoll, den oder die bereits mit der versicherten Person befassten medizinischen Fachpersonen zur Entwicklung des Beschwerdebildes und der Arbeitsfähigkeit zu befragen (BGE 132 V 93 E. 7.2.2). Daher und weil keine Umstände vorliegen, die den Anschein einer Befangenheit oder die Gefahr einer Voreingenommenheit seitens der Verlaufsgutachter begründen, bestehen keine Einwände gegen das Verlaufsgutachten. Ein Verstoss gegen das Fairnessgebot des Art. 6 der Konvention zum Schutze der Menschenrechte und Grundfreiheiten (EMRK; SR 0.101) ist nicht ersichtlich. Auch mit Blick auf die übrigen Anforderungen ist das ABI-Gutachten vom 20. September 2010 damit beweiskräftig.

#### **E. 4**

4.1 Gemäss Bericht vom 10. Februar 2011 (IV-act. 120-3/9ff.) des KSSG, Departement Interdisziplinäre medizinische Dienste, Palliativzentrum, wurde – bei hauptsächlich gleicher Diagnosestellung wie im ABI-Gutachten – festgehalten, dass die Beschwerdeführerin am ambulanten Schmerzbewältigungsprogramm teilnehmen möchte, keine Veränderungen der Medikation vorgenommen worden seien und die Betreuung im Psychiatrischen Zentrum G.\_\_\_\_ weitergeführt werden solle. Eine Beeinflussbarkeit der Schmerzen scheine insgesamt fraglich. Momentan seien keine weiteren Termine vereinbart, aber bei Veränderung der Situation/der Bedürfnisse bestehe die Bereitschaft zu weiteren Konsultationen. 4.2 Ein MRT der HWS und der LWS vom 10. Februar 2011 (IV-act. 120-2/9) zeigte gemäss Bericht der Neurochirurgie des KSSG an Dr. E.\_\_\_\_ vom 17. März 2011 unter anderem eine kleine, breitbasige Diskushernie HWK6/7 linksseitig mit leichter foraminaler Kompression der Nervenwurzel C7 links. Jedoch zeige die Beschwerdeführerin keinerlei radikuläre Symptomatik für C7 links. Eine Indikation für eine zervikale OP ergebe sich aus klinischen und radiologischen Kriterien nicht. 4.3 Eine MRI des rechten Handgelenks nativ vom 18. März 2011 (IV-act. 121-31/33) führte gemäss Bericht des Spitals K.\_\_\_\_ vom 18. März 2011 an Dr. E.\_\_\_\_ eine Tendovaginitis der Sehne des Musculus flexor carpi radialis (Sehnenscheidenentzündung) zutage. Darüber hinaus fänden sich bildgebende Hinweise auf ein Karpaltunnelsyndrom bei Auftreibung und Signalanhebung des Nervus medianus. Es wurde die klinische Korrelation empfohlen. Zudem bestehe ein kleines Ganglion tief zum Karpaltunnel ventromedial des Os trapezium und trapezoidum. 4.4 Prof. Dr. med. L.\_\_\_\_, Facharzt FMH Neurologie, Extra- und intrakranielle Doppler-Duplexsonographie, diagnostizierte mit Bericht vom 15. April 2011 (IV-act. 121-29/33f.) ein beginnendes Carpal-tunnelsyndrom rechts, ein panvertebrales Schmerzsyndrom und eine Epicondylitis lateralis rechts. Neurographisch zeige sich in der rechten Hand allenfalls ein beginnendes Carpal-tunnelsyndrom mit diskreter Verzögerung der distal motorischen Latenz, aber noch normalen sensiblen Nervenleitgeschwindigkeiten. Anderweitige Kompressionsneuropathien liessen sich nicht darstellen. Die beklagten Beschwerden seien seines Erachtens durch dieses beginnende Carpal-tunnelsyndrom aber nicht hinreichend geklärt, sondern dürften allenfalls mehr von einer Arthralgie herrühren. 4.5 Dr. med. M.\_\_\_\_, FMH für Handchirurgie, war bei seiner Untersuchung der Beschwerdeführerin am 3. Mai 2011 die Ursache der Kribbelparästhesien in beiden Händen unklar (IV-act. 121-26/33f.). Eine FCR-Tendinitis rechts sei klinisch rückläufig. Dr. M.\_\_\_\_ berichtete, er habe persönlich das Gefühl, dass eventuell psychosoziale Faktoren eine Rolle spielen könnten. 4.6 Dr. E.\_\_\_\_ erhob in seinem Bericht vom 31. August 2011 die Befunde eines chronischen Schmerzsyndroms, einer chronischen depressiven Störung, von

akzentuierten Persönlichkeitszügen mit abhängigen und unreifen Anteilen sowie einer chronischen obstruktiven Pneumopathie mit asthmatischer Komponente (IV-act. 121-3/33f.). Die konservativen Massnahmen seien weitgehend ausgeschöpft. Für weitere chirurgische Interventionen sei aktuell keine Indikation gesehen worden. Aufgrund der psychischen Beeinträchtigung sei von sämtlichen chirurgischen Massnahmen aktuell abzusehen. Es bestehe bis aktuell und weiteres eine Arbeitsunfähigkeit von 100%. Eine konstante Leistung, die notwendig für die Aufrechterhaltung eines Arbeitsplatzes sei, sei für die Beschwerdeführerin weder ganztätig unter reduzierter Leistung noch Teilzeit bei voller Leistung zumutbar. 4.7 Mit Stellungnahme vom 7. Oktober 2011 (IV-act. 122) nahm der RAD eine subjektiv veränderte Bewertung des Gesundheitszustands an, eine IV-relevante Änderung des Gesundheitszustands sei jedoch nicht objektiviert und plausibel dargestellt. Die bisherige Einschätzung der adaptierten Arbeitsfähigkeit von einer Arbeits- und Leistungsfähigkeit zu 100% könne beibehalten werden. 4.8 Die Beschwerdeführerin lässt die Kürze der Stellungnahme des RAD beanstanden. Die RAD-ärztliche Stellungnahme vom 7. Oktober 2011 ist in der Tat äusserst knapp. Indessen fehlen konkrete Anhaltspunkte für eine erhebliche Verschlechterung des Gesundheitszustands seit der letzten Verlaufsbeurteilung im September 2010 bis Verfügungserlass am 10. Oktober 2011, wie die oben aufgeführten Arztberichte (E. 4.1ff.) zeigen. Abgesehen von den Kribbelparästhesien in beiden Händen, der Tendovaginitis und dem allenfalls beginnenden Carpal tunnel syndrome der rechten Hand werden keine neuen Diagnosen erhoben. Es geht aus den Berichten auch keine objektivierbare Verschlechterung hervor. Was die Kribbelparästhesien angeht, so äussert Dr. M. \_\_\_ den Verdacht, dass eventuell psychosoziale Faktoren eine Rolle spielen könnten. Eine konkrete Ursache fand Dr. M. \_\_\_ nicht, zumal die Beschwerdeführerin mehr linksseitige Beschwerden angegeben hatte, während sich das Carpal tunnel syndrome höchstens an der rechten Hand zeigte. Auch Prof. Dr. L. \_\_\_ diagnostizierte letztlich ein beginnendes Carpal tunnel syndrome der rechten Hand. Allerdings befanden sich die sensiblen Nervenleitgeschwindigkeiten noch immer im normalen Bereich. Auch anderweitige Kompressionsneuropathien konnten nicht zur Darstellung gebracht werden. Hinsichtlich der Tendovaginitis ist der Beurteilung durch Dr. M. \_\_\_ zu entnehmen, dass sich die "FCR-Tendinitis" rechts klinisch rückläufig zeige. Insgesamt ist somit mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nicht von einer IV-relevanten Änderung des Gesundheitszustands auszugehen. 4.9 Auf die Erstellung eines neuen psychiatrischen und rheumatologischen Gutachtens kann verzichtet werden, da aus weiteren Abklärungen keine für die Beurteilung des vorliegend relevanten Sachverhalts aufschlussreichen neuen Erkenntnisse zu erwarten sind (antizipierte Beweiswürdigung; vgl. BGE 124 V 90, E. 4b; 136 I 229, E. 5.3).

#### **E. 4.10**

Bei voller Arbeitsfähigkeit in einer adaptierten Tätigkeit gemäss ABI-Gutachten resultiert jedenfalls kein rentenbegründender Invaliditätsgrad von mindestens 40%.

#### **E. 5**

5.1 Im Sinn der vorstehenden Erwägungen ist die Beschwerde abzuweisen. 5.2 Der Beschwerdeführerin wurde die unentgeltliche Rechtspflege am 3. Januar 2012 bewilligt (act. G 6). Wenn ihre wirtschaftlichen Verhältnisse es gestatten, kann sie jedoch zur Nachzahlung verpflichtet werden (Art. 123 der Schweizerischen Zivilprozessordnung [ZPO; SR 272] i.V.m. Art. 99 Abs. 2 des Gesetzes über die Verwaltungsrechtspflege [VRP; sGS 951.1]). 5.3 Das Beschwerdeverfahren ist kostenpflichtig. Die Kosten werden nach

dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festgelegt (Art. 69 Abs. 1 bis IVG). Eine Gerichtsgebühr von Fr. 600.-- erscheint als angemessen. Der unterliegenden Beschwerdeführerin ist die Gerichtsgebühr in der Höhe von Fr. 600.-- aufzuerlegen. Zuzufolge unentgeltlicher Rechtspflege ist sie von der Bezahlung zu befreien. Der Staat bezahlt zuzufolge unentgeltlicher Rechtsverteiständung die Kosten der Rechtsvertretung der Beschwerdeführerin. Die Parteientschädigung wird vom Versicherungsgericht festgesetzt und ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache und nach der Schwierigkeit des Prozesses bemessen (Art. 61 lit. g ATSG). In der Verwaltungsrechtspflege beträgt das Honorar vor Versicherungsgericht nach Art. 22 Abs. 1 lit. b Honorarordnung für Rechtsanwälte und Rechtsagenten (HonO; sGS 963.75) pauschal Fr. 1'000.-- bis Fr. 12'000.--. In der vorliegend zuzubeurteilenden Angelegenheit erscheint eine pauschale Parteientschädigung von Fr. 3'500.-- angemessen. Diese ist um einen Fünftel zuzukürzen (Art. 31 Abs. 3 des Anwaltsgesetzes, [AnwG; sGS 963.70]). Somit entschädigt der Staat den Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin pauschal mit Fr. 2'800.-- (einschliesslich Barauslagen und Mehrwertsteuer). Demgemäss hat das Versicherungsgericht im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP entschieden: 1. Die Beschwerde wird abgewiesen. 2. Die Beschwerdeführerin wird zuzufolge unentgeltlicher Rechtspflege von der Bezahlung der Gerichtsgebühr in Höhe von Fr. 600.-- befreit. 3. Der Staat entschädigt den Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin zuzufolge unentgeltlicher Rechtsverteiständung mit Fr. 2'800.-- (einschliesslich Barauslagen und Mehrwertsteuer).

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