

SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2020/186 vom 8. Juni 2022

Sg Versicherungsgericht, 2022-06-08, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg_publicationen_IV_2020_186

FR: SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2020/186 du 8 juin 2022

IT: SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2020/186 del 8 giugno 2022

Regeste

Art. 28, 28a und 29 IVG; Art. 88a IVV; Art. 44 und 61 ATSG. Beweiskraft eines Administrativgutachtens. Berechnung des Invaliditätsgrades. Tabellenlohnabzug (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 8. Juni 2022, IV 2020/186).

Volltext

Entscheid vom 8. Juni 2022 Besetzung Versicherungsrichterinnen Corinne Schambeck (Vorsitz), Christiane Gallati Schneider und Karin Huber-Studerus; Gerichtsschreiberin Felicia Sterren Geschäftsnr. IV 2020/186 Parteien A.____, Beschwerdeführerin, vertreten durch Rechtsanwalt lic. iur. Kurt Gemperli, advokatur am brühl, Scheffelstrasse 2, 9000 St. Gallen, gegen IV-Stelle des Kantons St. Gallen, Postfach 368, 9016 St. Gallen, Beschwerdegegnerin, Gegenstand Rente Sachverhalt A.____ (nachfolgend: Versicherte) meldete sich am 15. Mai 2000 wegen seit mehr als zehn Jahren bestehender, häufig schubweise auftretender ca. zwei bis drei Tage dauernder Migräne erstmals zum Bezug von Leistungen der Invalidenversicherung an (vgl. IV-act. 1 und 8-5). Mit Verfügung vom 3. Juni 2002 wies die IV-Stelle das Leistungsbegehren gestützt auf die gutachterlich attestierte Arbeitsfähigkeit von 80 % ab (IV-act. 37). Am 28. März 2017 meldete die Versicherte sich erneut zum Bezug von Leistungen bei der IV-Stelle an. Als gesundheitliche Beeinträchtigung gab sie Krämpfe in verschiedenen Körperteilen, Fibromyalgie und Migräne an. Sie sei in psychiatrischer Behandlung (IV-act. 51). In der Folge nahm die IV-Stelle Abklärungen vor (vgl. IV-act. 58 ff.). Gemäss dem von der Z.____ AG eingereichten Fragebogen für Arbeitgebende vom 12. Oktober 2017 war die Beschwerdeführerin vom 1. März 2011 bis 31. Mai 2017 zu 100 % als Mitarbeiterin Produktion angestellt (IV-act. 80). Vom 16. August bis 14. September 2017 befand die Versicherte sich in stationärer Behandlung in Y.____, wo die Behandler eine posttraumatische Belastungsstörung und eine dissoziative Bewegungsstörung diagnostizierten (vgl. Austrittsbericht Psychosomatik vom 14. September 2017, IV-act. 95). Vom 26. Juli bis 12. Oktober 2018 fand zur Behandlung der posttraumatischen Belastungsstörung und depressiven Symptomatik ein stationärer Aufenthalt in der Klinik B.____ statt. Im Rahmen dieser Behandlung wurde für die Zeit nach dem Austritt psychiatrische Spitex organisiert (vgl. Austrittsbericht vom 16. November 2018, IV-act. 99, insbesondere IV-act. 99-6). Für zwei weitere stationäre Behandlungen im Sinne von Timeouts begab sich die Beschwerdeführerin vom 4. bis 22. Februar und vom 4. bis 21. Juni 2019 in die Klinik B.____ (vgl. IV-act. 103 und 120). Die psychiatrische Spitex besuchte die Versicherte während einiger Monate jeweils im Abstand von drei Wochen (vgl. IV-act. 110, 113, 118 und 121). Am 21. Oktober 2019 teilte die IV-Stelle der Versicherten mit, dass sie eine polydisziplinäre Begutachtung für erforderlich halte. Mit der

Begutachtung wurde das ABI Ärztliches Begutachtungsinstitut GmbH (ABI) beauftragt (IV-act. 123 und 128). Vom 24. Oktober bis 15. November 2019 befand sich die Versicherte erneut im Sinne eines geplanten Time-Outs in stationärer Behandlung in der Klinik B. ___ (IV-act. 153). Mit Gutachten vom 13. Februar 2020 stellten die ABI-Gutachter folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit: chronisches lumbospondylogenes Schmerzsyndrom rechtsbetont (ICD-10 M54.5), Osteoporose (ICD-10 M81), rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte Episode ohne somatisches Syndrom (ICD-10 F33.00), Adipositas permagna, aktuell BMI 38 (ICD-10 E66), substituierte, präklinische Hypothyreose (ICD-10 E03.9), aktenanamnestisch chronische Migräne, nicht näher bezeichnet (ICD-10 G43.0). Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannten die Gutachter insbesondere Dysthymie (ICD-10 F34.1), Verdacht auf dissoziative Störung, gemischt (ICD-10 F44.7), chronisches multilokuläres Schmerzsyndrom mit chronischen krampfartigen Myalgien, somatisch nicht erklärbar (ICD-10 R52.9), und chronische multifaktoriell bedingte diffuse, ätiologisch nicht eindeutig klassifizierbare Muskelkrämpfe am ganzen Körper bei St.n. Abklärung im Muskelzentrum am Kantonsspital St. Gallen (nachfolgend: KSSG) 2017, DD Muskelkrämpfe ev. im Rahmen einer Elektrolytstörung bei Hypothyreose bei St.n. Thyreoidektomie und St.n. Magenbypass-OP 07/09 (IV-act. 171-9 ff.). Aufgrund der klar objektivierbaren lumbalen Pathologie bestehe in der angestammten beruflichen Tätigkeit eine Arbeitsfähigkeit von 50 % und für körperlich adaptierte Tätigkeiten eine solche von 75 %. Aufgrund der psychiatrischen Morbidität bestehe in der angestammten wie in sonstigen Tätigkeiten eine Arbeitsfähigkeit von 80 %. (IV-act. 171-11 f.). Die festgestellten Einschränkungen aus allgemeininternistischer, rheumatologischer sowie psychiatrischer Sicht würden sich nicht addieren, sondern ergänzen. Es könnten die gleichen Zeitabschnitte zum Einlegen vermehrter Pausen verwendet werden (IV-act. 171-13). Aufgrund der anamnestischen rezidivierenden Stuhlinkontinenz sei der Versicherten während der Arbeit zu ermöglichen, bei Bedarf eine Toilette aufzusuchen (IV-act. 171-12). Die maximale Präsenzzeit der Versicherten in einer angepassten Tätigkeit betrage sechs bis acht Stunden pro Tag. Während dieser Anwesenheitszeit bestehe eine gewisse Leistungseinschränkung bei vermehrter Müdigkeit und etwas erhöhtem Pausenbedarf. Insgesamt werde die Arbeits- und Leistungsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit auf 75 % geschätzt. Diese Arbeitsfähigkeit könne über die Zeit gemittelt seit November 2016 angenommen werden (IV-act. 171-12 f.). Aufgrund einer erheblichen subjektiven Krankheits- und Behinderungsüberzeugung mit deutlichem Rückzugsverhalten könnten keine spezifischen rehabilitativen Massnahmen als sinnvoll erachtet werden (IV-act. 171-13). Nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren (IV-act. 175 ff.) wies die IV-Stelle das Leistungsbegehren mit Verfügung vom 10. Juli 2020 ab. Der Versicherten sei eine leidensangepasste Tätigkeit zu 75 % zumutbar. Aus dem Einkommensvergleich ergebe sich ein Invaliditätsgrad von 24 % (IV-act. 185). Gegen diese Verfügung erhebt die Versicherte (nachfolgend: Beschwerdeführerin), vertreten durch Rechtsanwalt Kurt Gemperli, am 3. September 2020 Beschwerde. Sie beantragt, die Verfügung vom 10. Juli 2020 sei aufzuheben und ihr sei eine Rente zuzusprechen, unter Kosten- und Entschädigungsfolgen (zuzüglich Mehrwertsteuer). Zur Begründung führt sie im Wesentlichen aus, sie weise ein multiples Beschwerdebild auf, das nicht hinreichend und ohnehin verfrüht gewürdigt worden sei. Das ABI habe von der festgestellten lumbalen Pathologie auf eine Arbeitsunfähigkeit von 25 % geschlossen. Andere Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit würden in der angefochtenen Verfügung zu Unrecht keine Berücksichtigung mehr finden.

Die im ABI-Gutachten bagatellierte Stuhlinkontinenz schränke sie erheblich ein. Sie trage Einlagen und esse vor ausserhäuslichen Aktivitäten nichts mehr, was bei vollschichtiger Erwerbstätigkeit nicht gehe. Die Toilettengänge seien rückenbelastend, sodass der rückenbedingte Pausenbedarf damit nicht abgedeckt werde. Die Arbeitsunterbrechungen würden plötzlich erfolgen, was ihre Einsatzmöglichkeiten einschränke. So sei sie etwa für Telefondienst nicht geeignet. Am meisten würden sie ihre chronischen, seit Jahren bestehenden, zunehmenden generalisierten Muskelkrämpfe und Verspannungen am ganzen Körper stören. Diese hätten den Hausarzt veranlasst, die Beschwerdeführerin zu fachärztlichen Untersuchungen an einen Neurologen, einen Viszeralchirurgen und einen Endokrinologen zu überweisen. Der internistisch-rheumatologische Gutachter habe "immer wieder plötzlich auftretende krampfartige Beschwerden" bestätigt, aber angefügt, sie könnten somatisch nicht erklärt werden, und die Muskelkrämpfe unter den Diagnosen ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit aufgeführt. Wie die Zuweisungen des Hausarztes zeigten, sei hier aber kein Rheumatologe gefragt. Das Muskelzentrum des KSSG habe festgehalten, nach einer Magenbandoperation hätten nicht wenige Patienten Muskelkrämpfe. Es habe weitere Abklärungen empfohlen. Entgegen der Beschwerdegegnerin seien die erwähnten Berichte kein Beleg für fehlende somatische Ursachen. Die psychiatrische Gutachterin bagatelliere das Leiden und habe die Beschwerdeführerin nicht ernst genommen. Keine Berücksichtigung habe gefunden, dass aufgrund des rezidivierenden Krankheitsgeschehens beim Vorliegen einer chronischen, episodisch verlaufenden affektiven Störung wiederholte Phasen mit höherer Arbeitsunfähigkeit möglich seien. Der Bericht der Klinik B. ___ werde in diesem Zusammenhang nicht korrekt gewürdigt. Die berichtenden Ärztinnen würden in Kenntnis des Krankheitsverlaufs und der bestehenden Symptomatik nicht davon ausgehen, dass sie eine auf dem ersten Arbeitsmarkt verwertbare Arbeitsfähigkeit erreichen werde. Im ABI-Gutachten fehle die unverzichtbare Betrachtung im Längsschnitt. Das ergebe sich schon daraus, dass laut ABI die festgestellte Arbeitsfähigkeit von 75 % in adaptierter Tätigkeit seit November 2016 anzunehmen sei. Die Aktenlage sei eindeutig anders. Das Valideneinkommen sei auf den Durchschnitt der Jahre 2015 und 2016, ergebend Fr. 55'612.--, anzusetzen (act. G1). Mit Beschwerdeantwort vom 18. November 2020 beantragt die IV-Stelle (nachfolgend: Beschwerdegegnerin) die Abweisung der Beschwerde. Sie vertritt die Ansicht, das ABI-Gutachten sei beweiskräftig. Die Beschwerden im Zusammenhang mit der Stuhlinkontinenz und den Krämpfen seien hinreichend gewürdigt worden. Die Gutachter hätten weitere Abklärungen nicht als nötig erachtet. Allein aufgrund der durch den Hausarzt eingeleiteten Abklärungen könne nicht darauf geschlossen werden, dass der Gesundheitszustand bisher unzureichend abgeklärt worden sei. Im ABI-Gutachten werde sodann auch der Verlauf diskutiert, wobei die angegebene Arbeitsfähigkeit von 75 % in angepasster Tätigkeit seit November 2016 attestiert werde. Im Gutachten werde festgestellt, dass sich die festgestellten Einschränkungen der einzelnen Fachdisziplinen nicht addieren würden. Mit der Reduktion des Pensums um 25 % werde der gesamte Pausenbedarf, betreffend Rückenbeschwerden wie auch Toilettengang, berücksichtigt. Da die Arbeitsunfähigkeit im November 2016 eingetreten sei, könne dieses Jahr nicht mehr zur Berechnung des Valideneinkommens herangezogen werden. Aufgrund der Einkommensschwankungen erscheine es angemessen, für das Valideneinkommen auf den Durchschnittslohn der Jahre 2014 und 2015 gemäss IK-Auszug vom 20. April 2017 abzustellen und auf das Jahr 2017 aufzuindexieren. Dies ergebe ein Einkommen von gerundet Fr. 56'411.-- als Validenbasis. Für das

Invalideneinkommen sei ein Tabellenlohn heranzuziehen und, da der Beschwerdeführerin nurmehr leichte Tätigkeiten ohne Rotationsbewegungen des Oberkörpers zumutbar seien und eine Toilette in der Nähe sein müsse, ein Abzug von 10 % angemessen. Der Invaliditätsgrad betrage demnach 34 % (act. G4). Mit Replik vom 6. April 2021 führt die Beschwerdeführerin aus, die erhoffte Besserung der Stuhlinkontinenz habe sich nicht eingestellt. Sie verlasse das Haus nur selten und nicht für lange, deshalb komme sie, wie sie dem Gutachter gesagt habe, zurecht. Die Berücksichtigung von Toilettengängen beim Tabellenlohnabzug genüge nicht. Weil sie von einem Moment auf den anderen auf die Toilette müsse, sei sie für etwelche Tätigkeiten nicht einsetzbar. Laut einem Bericht von Prof. Dr. med C.____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, Endokrinologie und Diabetologie, vom 29. Dezember 2020, der auf einen relativ langen Zeitraum zurückgeblieben habe, seien rezidivierende Krämpfe nach malabsorptiven bariatrischen Operationen ein bekanntes Phänomen, wenn auch laborchemisch oder durch neurologische Evaluation kaum fassbar. Am 17. Januar 2021 sei es bei der Beschwerdeführerin zu einer von der Kardiologie am KSSG "erstmalig" genannten Synkope gekommen, welche in den Zusammenhang der bekannten seit Jahren auftretenden blitzartigen Krämpfe in verschiedenen Körperpartien gestellt worden sei. Der Aufenthalt in der Klinik D.____ vom 17. August bis 19. September 2020 habe wie schon frühere stationäre Aufenthalte eine gewisse Besserung des Gesundheitszustands bewirkt, mittlerweile sei aber auch bekannt, dass diese Besserungen jeweils nicht von Dauer seien. Es werde denn auch eine andauernde Arbeitsunfähigkeit bescheinigt. Dies decke sich mit der Beurteilung der Klinik B.____ und belege, dass das Krankheitsbild der Beschwerdeführerin nicht mit einer Momentaufnahme anlässlich einer einmaligen gutachterlichen Exploration erfasst werden könne. Angesichts der Herabsetzungen, welche die Beschwerdeführerin durch die ABI-Gutachter zu Unrecht erfahren habe, sei darauf hinzuweisen, dass sie bei den stationären Behandlungen stets motiviert mitmache. Ein erneuter stationärer Aufenthalt in D.____ sei per 5. April 2021 geplant. Keinen Niederschlag in der Beschwerdeantwort finde, dass auch nach dem ABI-Gutachten ein Krankheitsgeschehen mit wiederholten Phasen höherer Arbeitsunfähigkeit vorliege, was im Gutachten bei der Arbeitsfähigkeitsbeurteilung unberücksichtigt geblieben sei. Bei einem chronischen, episodisch verlaufenden Krankheitsgeschehen nehme die Rechtsprechung mitunter eine anhaltende Invalidität an, selbst wenn die versicherte Person über längere Zeit 100 % arbeite. Wollte man diese Aspekte lediglich beim Tabellenlohnabzug berücksichtigen, so müsste jener erheblich höher angesetzt werden. Der Anspruch auf eine Viertelsrente ergebe sich schon bei einem Tabellenlohnabzug von etwas über 15 % und sei somit bei Weitem ausgewiesen (act. G12). Mit Duplik vom 21. April 2021 führte die Beschwerdegegnerin aus, gemäss RAD-Stellungnahme vom 15. April 2021 könne erst ab dem Eintritt in die Klinik D.____ am 17. August 2020 und somit erst nach Verfügungserlass von einer relevanten Verschlechterung des Gesundheitszustands ausgegangen werden (act. G14). Mit Triplik vom 27. Mai 2021 führt die Beschwerdeführerin aus, es sei stossend, dass die Beschwerdegegnerin eine medizinische Verschlechterung mit einer Arbeitsunfähigkeit von 100 % erst zum Zeitpunkt des Eintritts in die Klinik D.____ am 17. August 2020 annehme. Der Eintritt in die Klinik D.____ sei schon früher geplant gewesen, habe sich wegen den Auswirkungen der COVID-19-Epidemie aber verzögert. Die definitive Einweisung sei im Anschluss an eine Konsultation vom 19. Juni 2020 durch Dr. E.____ erfolgt. Damit sei erstellt, dass der ab dem 17. August 2020 in der Klinik D.____ festgestellte Gesundheitszustand bereits im Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung vom 10. Juli 2020

bestanden habe. Ihr psychischer Gesundheitszustand sei schon vor dieser stationären Behandlung im Sommer 2020 erheblich limitierend gewesen. Mit dem zur Diskussion stehenden Bericht werde lediglich aufgezeigt, dass die Beeinträchtigung leider dauerhaft sei. Der Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin reicht eine Kostennote über Fr. 4'970.40 (inkl. Auslagen und MwSt) ein (act. G20). Am 26. Mai 2021 bestätigt das Versicherungsgericht den Erhalt der Triplik und stellt das Doppel der Beschwerdegegnerin zur Kenntnisnahme zu (act. G21). Erwägungen Am 1. Januar 2022 sind mit der Revision zur Weiterentwicklung der Invalidenversicherung verschiedene Änderungen des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG; SR 831.20) in Kraft getreten. Weil in zeitlicher Hinsicht grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgebend sind, die bei der Erfüllung des zu Rechtsfolgen führenden Tatbestands Geltung haben, und weil ferner das Sozialversicherungsgericht bei der Beurteilung eines Falles grundsätzlich auf den bis zum Zeitpunkt des Erlasses der streitigen Verfügung (hier: 10. Juli 2020) eingetretenen Sachverhalt abstellt, sind im vorliegenden Fall die bis zum 31. Dezember 2021 gültig gewesenen materiellen Bestimmungen anwendbar (vgl. BGE 132 V 215 E. 3.1.1 mit Hinweisen). Nachfolgend werden sie in dieser Fassung zitiert. Anspruch auf eine Invalidenrente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG Versicherte, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wiederherstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a), während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig gewesen sind (lit. b) und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid sind (lit. c). Als Invalidität gilt laut Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit. 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). 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). Ein invalidenversicherungsrechtlich relevanter Gesundheitsschaden setzt eine auf objektivierten Beschwerden beruhende fachärztlich gestellte Diagnose nach einem wissenschaftlich anerkannten Klassifikationssystem voraus (BGE 141 V 281 E. 3.2; Urteil des Bundesgerichts vom 22. Februar 2016, 8C_1/2016, E. 4.3). Erforderlich ist zudem, dass die geltend gemachten Beschwerden objektiviert werden können und sich auf die Arbeits- bzw. Erwerbsfähigkeit auswirken (vgl. BGE 143 V 418 E. 6). Für somatisch unklare Beschwerdebilder (somatoforme Schmerzstörung und gleichgestellte Diagnosen) und psychische Erkrankungen wie namentlich Depressionen und Abhängigkeitserkrankungen ist der Beweis nach dem strukturierten Verfahren mittels Indikatoren zu führen (vgl. dazu BGE 143 V 418 E. 7.2; BGE 141 V 281 E. 3.5 und E. 4.2). Der Beweis für eine lang andauernde und erhebliche gesundheitsbedingte Arbeitsunfähigkeit kann nur dann als geleistet betrachtet werden, wenn die Prüfung der massgeblichen Beweisthemen im Rahmen einer umfassenden Betrachtung ein stimmiges Gesamtbild einer Einschränkung in allen Lebensbereichen (Konsistenz) für die Bejahung einer Arbeitsunfähigkeit zeigt (BGE 143 V 418, E. 6 a.E.). Nach Art. 28 Abs. 2 IVG 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 ein Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % ein Anspruch auf eine Viertelsrente. Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung und im Beschwerdefall das Gericht auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist (BGE 125 V 261 E. 4). Im Sozialversicherungsrecht gelten der Untersuchungsgrundsatz und der Grundsatz der freien Beweiswürdigung (Art. 61 lit. c ATSG). Das Gericht hat seinen Entscheid, sofern das Gesetz nicht etwas Abweichendes vorsieht, nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu fällen (vgl. BGE 126 V 353 E. 5b; BGE 125 V 193 E. 2, je mit Hinweisen). Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten begründet sind (BGE 125 V 351 E. 3a mit Hinweisen). Auf ein im Verfahren nach Art. 44 ATSG eingeholtes Gutachten ist rechtsprechungsgemäss abzustellen, wenn nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 137 V 210 E. 1.3.4 und 135 V 466 E. 4.4; Urteile des Bundesgerichts vom 15. Juli 2020, 8C_335/2020, E. 4.1, und vom 13. Februar 2019, 8C_801/2018, E. 4.3). Gemäss der bundesgerichtlichen Rechtsprechung entspricht es einer Erfahrungstatsache, dass behandelnde Arztpersonen mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung im Zweifelsfall eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 22. Februar 2021, 9C_683/2020, E. 5.1.2 mit Hinweisen). Dabei handelt es sich um eine Richtlinie, die als solche mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung (Art. 61 lit. c ATSG) vereinbar ist. Die unterschiedliche Natur von Behandlungsauftrag des therapeutisch tätigen (Fach-)Arztes einerseits und Begutachtungsauftrag des amtlich bestellten fachmedizinischen Experten andererseits lässt es nicht zu, ein Administrativ- oder Gerichtsgutachten stets in Frage zu stellen und zum Anlass weiterer Abklärungen zu nehmen, wenn die behandelnden Ärzte zu anderslautenden Einschätzungen gelangen. Vorbehalten bleiben Fälle, in denen sich eine abweichende Beurteilung aufdrängt, weil die behandelnden Ärzte wichtige – und nicht rein subjektiver ärztlicher Interpretation entspringende – Aspekte benennen, die im Rahmen der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind (Entscheid des Bundesgerichts vom 20. Dezember 2021, 8C_491/2021, E. 4.1 mit Hinweisen). Zudem ist auch dem Umstand, dass die ärztliche Beurteilung von der Natur der Sache her unausweichlich Ermessenszüge trägt, Rechnung zu tragen (Entscheid des Bundesgerichts vom 23. Januar 2019, 9C_804/2018, E. 2.2 mit Hinweisen). Die Beschwerdeführerin hat sich am 28. März 2017 erneut zum Bezug von Leistungen der Invalidenversicherung angemeldet. Die Beschwerdegegnerin ist auf das neue Gesuch eingetreten, weshalb auf die entsprechenden Voraussetzungen von Art. 87 Abs. 2 IVV nicht näher einzugehen ist. In ihrer Anmeldung hat die Beschwerdeführerin angegeben, sie sei seit dem 3. November 2016 arbeitsunfähig (IV-act. 51). Im Zeitraum zwischen dem 19. September 2002 und dem 15. November 2016 wurde kein Arztbericht zuhanden der Beschwerdegegnerin ausgestellt (vgl. für eine Übersicht IV-act. 171-17 und für den Arztbericht vom 16. November 2016 IV-act. 73-6 ff.). Auch in den eingereichten einfachen Arztzeugnissen des damaligen Hausarztes wird der

Beschwerdeführerin erst ab dem 3. November 2016 eine Arbeitsunfähigkeit bescheinigt (vgl. IV-act. 54-8). Von rheumatologischer Seite bestand zu jenem Zeitpunkt keine Einschätzung zur Arbeitsfähigkeit (vgl. IV-act. 71). Die psychiatrische Behandlung bei Dr. med. F. ____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, wurde per 13. Dezember 2016 aufgenommen und die Psychiaterin hielt auch erst per diesem Datum eine Arbeitsunfähigkeit der Beschwerdeführerin in ihrer angestammten Tätigkeit fest (vgl. IV-act. 73). Gestützt auf diese Aktenlage wird im ABI-Gutachten nachvollziehbar festgehalten, dass über die Zeit gemittelt seit November 2016 eine Arbeitsunfähigkeit von 50 % in der angestammten Tätigkeit besteht (vgl. IV-act. 171-12). Das Wartejahr gemäss Art. 28 Abs. 1 lit. c IVG war somit per 3. November 2017 erfüllt. Nachdem zu diesem Zeitpunkt die sechsmonatige Karenzfrist ab Anmeldung gemäss Art. 29 Abs. 1 IVG bereits abgelaufen war, könnte ein allfälliger Rentenanspruch frühestens ab 1. November 2017 entstanden sein. Dementsprechend ist für die vorliegende Angelegenheit von Bedeutung und zu prüfen, ob und in welchem Umfang die Beschwerdeführerin ab dem 1. November 2017 auch in einer adaptierten Tätigkeit arbeitsunfähig war. Während die Beschwerdegegnerin für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit das polydisziplinäre ABI-Gutachten vom 13. Februar 2020 heranzieht, macht die Beschwerdeführerin geltend, auf dieses Gutachten könne nicht abgestellt werden. Nachfolgend wird deshalb geprüft, ob dem Gutachten Beweiswert zukommt. Die Beschwerdeführerin bringt gegen das ABI-Gutachten vor, in somatischer Hinsicht sei lediglich die lumbale Pathologie mit einer Reduktion der Arbeitsfähigkeit um 25 % berücksichtigt worden. Andere Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit hätten in der angefochtenen Verfügung zu Unrecht keine Berücksichtigung gefunden (act. G1, S. 3). Der internistisch-rheumatologische Gutachter hielt fest, der klinische allgemeininternistische Status habe keine fassbaren relevanten Pathologien ergeben bis auf die erhebliche Adipositas und die konsekutiv zu postulierende deutliche allgemeine kardiovaskuläre sowie muskuloskelettale Dekonditionierung der Beschwerdeführerin. Das Ausmass der von der Beschwerdeführerin beklagten Einschränkung auch nur für einfache Alltagstätigkeiten könne nicht adäquat nachvollzogen werden (IV-act. 171-32 und 171-41). Dabei berücksichtigte er auch die von der Beschwerdeführerin geschilderten Muskelkrämpfe und die angegebene Stuhlinkontinenz (vgl. IV-act. 171-27 f.). Er führte nebst der internistischen auch eine gründliche rheumatologische Untersuchung durch und erläuterte die Ergebnisse (vgl. insbesondere IV-act. 171-37 ff.). Er legte dar, es bestehe eine deutliche Osteoporose. In Bezug auf die beklagten lumboglutealen Beschwerden rechts bestehe durchaus ein somatischer Kern mit einer im Verlauf der letzten Jahre progredienten Pathologie im lumbosakralen Übergang. Die gesamten weiteren Beschwerden, insbesondere die plötzlich auftretenden und nota bene auch während der Untersuchung aufgetretenen krampfartigen Beschwerden, könnten somatisch in dieser Art und Weise nicht erklärt werden. Bei im Vordergrund stehender chronischer multilokulärer Schmerzproblematik sei von einer wesentlichen funktionellen Überlagerung im Rahmen der psychiatrischen Grunderkrankung auszugehen (IV-act. 171-41 f.). Der internistisch-rheumatologisch Gutachter zeigte sodann nachvollziehbar auf, inwiefern sich aus den gesundheitlichen Defiziten quantitative oder nur qualitative Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit ergeben würden. Er schätzte die Arbeitsfähigkeit in einer adaptierten Tätigkeit im internistischen Teilbereich auf 80 % und im rheumatologischen Teilbereich auf 75 % ein (vgl. zum Zumutbarkeitsprofil und zur Arbeitsfähigkeitsschätzung IV-act. 171-33 und 171-43). Die psychiatrische Gutachterin nahm ebenfalls eine ausführliche Untersuchung der Beschwerdeführerin vor (vgl.

IV-act. 171-46 ff. und 171-50). Sie legte differenziert die Herleitung ihrer Diagnosen dar. So hielt sie etwa fest, die Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung sei zu bestätigen. Gegenwärtig bestehe ein leichtes depressives Zustandsbild. Die Beschwerdeführerin gehe einer regelmässigen Tagesstruktur nach, führe den Haushalt, koche, pflege soziale Kontakte und fahre Auto. Zudem sei im Sinne einer Double Depression eine Dysthymie anzunehmen. Bei offenbarem Fehlen einer somatischen Ursache seien die beklagten Krämpfe am ehesten als dissoziative Störung einzuordnen. Die in den Vorakten erwähnte posttraumatische Belastungsstörung könne zum gegenwärtigen Zeitpunkt nicht bestätigt werden, da die Diagnosekriterien der ICD-10 hierfür nicht vorliegen würden. Vielmehr sei das gemäss Beschwerdeführerin "ständige Denken an Ereignisse in ihrer Lebensgeschichte" im Rahmen der Dysthymie einzuordnen, bei welcher u.a. "Grübeln über die Vergangenheit" auftrete. Eine externe Tagesstruktur, wie sie ein Klinikaufenthalt, jedoch auch eine Arbeitstätigkeit mit sich bringe, könne zu einer Verbesserung bzw. Stabilisierung des Zustandsbildes führen. Möglich sei aufgrund der eingeschränkten Belastbarkeit und des erhöhten Pausenbedarfs bei chronischer, episodisch verlaufender affektiver Störung eine Präsenz von acht Stunden mit einer Leistungserwartung, die 80 % entspreche (vgl. IV-act. 171-50 f. und 171-53 f.). In der Konsensbeurteilung hielten die Gutachter fest, die festgestellten Einschränkungen aus allgemeininternistischer, rheumatologischer und psychiatrischer Sicht würden sich nicht addieren, sondern ergänzen. Es könnten die gleichen Zeitabschnitte zum Einlegen vermehrter Pausen verwendet werden (IV-act. 171-13). Diese Einschätzung ist angesichts der sorgfältig für jede Fachdisziplin herausgearbeiteten Arbeitsfähigkeit und Adaptionskriterien nachvollziehbar und einleuchtend. Die Beschwerdeführerin nimmt im Beschwerdeverfahren auf den folgenden Satz aus dem ABI-Gutachten Bezug: "Gesamthaft gesehen besteht aufgrund der klar objektivierbaren lumbalen Pathologie in der angestammten beruflichen Tätigkeit eine Arbeits- und Leistungsfähigkeit von 50 % und für körperlich adaptierte Tätigkeiten eine solche von 75 %" (IV-act. 171-11). Mit dieser Formulierung haben die Gutachter erklärt, weshalb in der angestammten Tätigkeit gegenüber einer adaptierten Tätigkeit eine höhere Arbeitsunfähigkeit vorliegt. Die zuletzt ausgeübte Tätigkeit der Beschwerdeführerin war nicht genügend wechselbelastend, sodass gemäss der gutachterlichen Einschätzung aufgrund der Rückenproblematik der Beschwerdeführerin nurmehr eine tiefere Arbeitsfähigkeit zumutbar war. Insgesamt ergibt sich aus den gutachterlichen Ausführungen, dass entgegen der Ansicht der Beschwerdeführerin nicht nur die lumbale Pathologie bei der Festsetzung der Arbeitsfähigkeitsschätzung berücksichtigt worden ist, sondern alle von der Beschwerdeführerin geltend gemachten Beschwerden (siehe hierzu auch E. 3.3 und 3.4 nachfolgend) Berücksichtigung fanden. Die Beschwerdeführerin macht weiter geltend, ihre Stuhlinkontinenz sei im Rahmen der Begutachtung bagatellisiert worden (act. G1, S. 3). Hierzu ist festzuhalten, dass die Beschwerdeführerin beide Gutachter ausführlich über die geltend gemachte Stuhlinkontinenz informiert hat (vgl. IV-act. 171-27 f. und 171-48). Beide Gutachter waren sich dieser Problematik bei ihrer Beurteilung demnach bewusst. Sie berücksichtigten diese Beschwerden denn auch im Rahmen der Kriterien für eine adaptierte Erwerbstätigkeit (vgl. IV-act. 171-12). Dass die Beschwerdeführerin die Stuhlinkontinenz als belastend und sehr störend erlebt (vgl. IV-act. 171-53 und act. G12), ist nachvollziehbar. Indes verunmöglicht diese gesundheitliche Problematik eine Erwerbstätigkeit nicht. Dem Verlaufsbericht der G. ___ vom 29. Oktober 2019 (IV-act. 141-2) wie auch dem Bericht des Interdisziplinären Beckenbodenzentrums des KSSG vom 9. Juni 2020 (act. G1.3, S. 2) ist

zu entnehmen, dass die Verdauungsprobleme und Stuhlinkontinenz bei flüssiger Stuhlkonsistenz und chronischem Durchfall seit der Magenbypass-Operation 2009 bestehen. Dennoch war die Beschwerdeführerin nach 2009 noch über Jahre hinweg in der Lage, ihrer vollschichtigen Berufstätigkeit nachzugehen (vgl. IV-act. 82-1), was gegen eine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit spricht. Dem Bericht des Beckenbodenzentrums ist weiter zu entnehmen, dass die Beschwerdeführerin im häuslichen Umfeld meist rechtzeitig die Toilette erreicht (act. G1.3, S. 2). Dies sollte auch an einem Arbeitsplatz möglich sein, vorausgesetzt, die Arbeit kann bei Bedarf jederzeit unterbrochen werden. Schliesslich wird im Bericht des Beckenbodenzentrums festgehalten, die Beschwerdeführerin habe sich mit der Situation so arrangiert, dass sie jeweils bei ausserhäuslichen Aktivitäten ein bis zwei Stunden vorher nichts mehr esse, womit sie mit Einlagen gut durchkomme. Eine Proximalisierung des distalen Magenbypasses, mit welcher die Beschwerden betreffend Stuhlinkontinenz allenfalls gelindert werden könnten, habe die Beschwerdeführerin abgelehnt, da sie nicht wieder Gewicht zunehmen wolle und die Stuhlinkontinenz und chronische Diarrhoe unterdessen einigermaßen im Griff habe (act. G1.3, S. 3). Es ist daher zu erwarten, dass die Beschwerdeführerin – allenfalls unter Einbezug von Hilfsmitteln wie Inkontinenzeinlagen, Mitführen von Ersatzunterwäsche und Planung ihrer Mahlzeiten – bei offenbar kleinen Stuhlentleerungen (vgl. hierzu act. G12.1) und ohnehin reduzierter täglicher Arbeitszeit (sechs bis acht Stunden) trotz der gesundheitlichen Problematik im Zusammenhang mit dem Stuhlgang in der Lage ist, einer Erwerbstätigkeit nachzugehen. Sodann ist darauf hinzuweisen, dass zumindest zum Zeitpunkt der Begutachtung nicht alle medizinischen und therapeutischen Möglichkeiten betreffend Stuhlinkontinenz ausgeschöpft waren. Seitens des Beckenbodenzentrums wurden im Bericht vom 9. Juni 2020 eine Beckenbodenphysiotherapie und ein Stuhlregulans sowie Bedarfsmedikation empfohlen (vgl. act. G1.3, S. 5; vgl. auch Austrittsbericht der Klinik B. ___ vom 16. November 2018, wonach bei anhaltenden Durchfällen Bioflorin eingesetzt worden sei, welches nach Besserung wieder abgesetzt werden können, IV-act. 99-4). Soweit die Beschwerdeführerin geltend macht, die Toilettengänge seien rückenbelastend, sodass dafür nicht die gleichen Zeiträume verwendet werden könnten wie für die rückenbedingten Pausen (vgl. act. G1, S. 3), kann ihr nicht gefolgt werden. Die ABI-Gutachter haben die vermehrten Toilettengänge in ihrer Einschätzung der Arbeitsfähigkeit, namentlich der möglichen Anwesenheitszeit und des Rendements, in Kenntnis der Rückenproblematik bereits berücksichtigt. Eine weitergehende Berücksichtigung durch mehr bzw. längere Pausen lässt sich deshalb nicht rechtfertigen. Die Beschwerdeführerin macht geltend, am meisten würden sie ihre chronischen, seit sieben Jahren bestehenden, zunehmenden generalisierten Muskelkrämpfe und Verspannungen am ganzen Körper stören. Diese würden von den ABI-Gutachtern zu wenig besprochen und bagatellisiert (act. G1, S. 3 f.). Wiederum ist festzuhalten, dass beide ABI-Gutachter über die von der Beschwerdeführerin geltend gemachten Krämpfe informiert waren. Der internistisch-rheumatologische Gutachter hielt, wie bereits erwähnt, fest, die plötzlich auftretenden, auch während der Untersuchung aufgetretenen krampfartigen Beschwerden könnten somatisch in dieser Art und Weise nicht erklärt werden. Bei im Vordergrund stehender chronischer multilokulärer Schmerzproblematik sei von einer wesentlichen funktionellen Überlagerung im Rahmen der psychiatrischen Grunderkrankung auszugehen (IV-act. 171-41 f.). Der ABI-Gutachter konnte demnach anlässlich der persönlichen Untersuchung die krampfartigen Beschwerden beobachten und kam in Kenntnis der Vorakten und unter Einbezug seiner Untersuchungsergebnisse zum Schluss, dass die Krämpfe sich

internistisch-rheumatologisch im geltend gemachten Umfang nicht erklären liessen. Die psychiatrische Gutachterin hielt fest, aufgrund der Schilderungen in den Akten und der Angaben der Beschwerdeführerin seien beim offenbaren Fehlen einer somatischen Ursache die beklagten Krämpfe am ehesten als dissoziative Störung einzuordnen (IV-act. 171-51). Dies ist nicht zu beanstanden und steht im Einklang mit diversen im Recht liegenden Behandlerberichten. Zu erwähnen sind in diesem Zusammenhang namentlich die Berichte von Dr. med. H.____, Rheumatologie und manuelle Medizin SAMM, vom 30. Januar 2017 und 29. September 2017 (IV-act. 62 und 71) und des Muskelzentrums vom 30. Mai 2017 (IV-act. 75-9 ff.) sowie der G.____ vom 29. Oktober 2019 (IV-act. 141). Dr. H.____ hielt eine ausgeprägte Verkrampfungstendenz der gesamten Muskulatur fest. Eine neurologische Beurteilung Ende 2016 sei weitgehend ohne Befund geblieben, speziell ohne Hinweis auf eine neuromuskuläre Grunderkrankung (IV-act. 62-1 und 71-3). Im Bericht des Muskelzentrums wurde unter anderem festgehalten, die Muskelkrämpfe würden seit der Magenbypass-Operation bestehen. Gegenwärtig würden sie 20 bis 30 Mal pro Tag mit einer sehr hohen Schmerzintensität (VAS 7-8/10) auftreten. Die Beschwerdeführerin habe berichtet, dass sie vor drei Jahren wegen eines Krampfs beim Schwimmen im Meer beinahe ertrunken sei (IV-act. 75-9 f.). Im Bericht der G.____ vom 29. Oktober 2019 ist von vermutlich dissoziativ-konversiven Krämpfen und Bewegungsstörungen bzw. V.a. auf Konversionssymptome die Rede (IV-act. 141-2 und 141-3), was mit der Einschätzung der psychiatrischen Gutachterin vergleichbar ist. Trotz der seit ca. 2009 auftretenden Krämpfe, die gemäss den Angaben der Beschwerdeführerin seit spätestens 2014 auch immer wieder zu Vorkommnissen (z.B. Krampf beim Schwimmen / Sturzereignisse, beispielsweise im September 2016 oder August 2018) führten, arbeitete die Beschwerdeführerin aktenkundig bis Ende September 2016 (letzter effektiv geleisteter Arbeitstag, vgl. IV-act. 80-2) in einem Vollzeitpensum. Dass sich die Muskelkrämpfe seither bzw. seit dem Bericht des Muskelzentrums vom 30. Mai 2017 weiter verschlimmert hätten, wie die Beschwerdeführerin in der Beschwerdeschrift geltend macht (act. G1, S. 3 f.), kann den Akten nicht entnommen werden. Dies ist auch nicht überwiegend wahrscheinlich, zumal zu erwarten gewesen wäre, dass die von der Beschwerdeführerin angegebene Häufigkeit (20 bis 30 Mal pro Tag) wie auch das Schmerzerleben der Beschwerdeführerin (VAS 7-8/10) andernfalls in den Berichten über die stationären Aufenthalte der Beschwerdeführerin mehr Beachtung gefunden und sich in weiteren fachspezifischen Untersuchungen und Behandlungen niedergeschlagen hätte. Zwar wurde seitens des Muskelzentrums erwähnt, dass die Krämpfe allenfalls durch eine Elektrolyt-Störung und/oder eine Hypothyreose verursacht werden könnten und dass nicht wenige Patienten nach einer Magenbandoperation an Krämpfen leiden würden. Klinisch-neurologisch und elektrophysiologisch ergaben sich jedoch keine Hinweise für eine Ursache der Muskelkrämpfe (IV-act. 75-10). Demnach konnte auch das Muskelzentrum keine somatische Ursache für die Krämpfe feststellen bzw. bestätigen. Im Juni 2017 sistierte es die unternommenen Therapieversuche, nachdem die Beschwerdeführerin eine Behandlung mit Cannabinoiden vorderhand – bis zum Abschluss anderweitiger gesundheitlicher Abklärungen – ablehnte (vgl. IV-act. 75-2 und 75-8). Weitere neurologische Abklärungen waren folglich nicht erforderlich, da von ihnen kein Erkenntnisgewinn zu erwarten war. Gemäss dem Bericht der Y.____ vom 14. September 2017 hatte die Beschwerdeführerin im Rahmen der stationären Behandlung angegeben, sie glaube längst, ihre Krämpfe seien mehrheitlich psychischen Ursprungs. Sie würden vor allem dann auftreten, wenn sie sich unter Druck fühle, "wie ein Vulkan, der nicht ausbrechen dürfe/könne". Ein während des

stationären Aufenthalts stattgefundenes neurologisches Konsilium habe die Beschwerdeführerin eher dysfunktional erlebt. Sie habe geäußert, man habe wohl ein weiteres Mal versucht, eine organische Ursache ihrer Beschwerden zu finden. Dies sei nicht gelungen, mehrheitlich passe es ihr auch so, sie habe die Psychogenese zumindest eines Grossteils ihres Beschwerdebildes längst akzeptieren müssen (IV-act. 95-2 und 95-4). Die Beschwerdeführerin ging somit auch selbst zumindest zeitweise davon aus, dass die krampfartigen Beschwerden hauptsächlich psychisch bedingt seien. Auch die Klinik B.____ hielt in ihrem Austrittsbericht vom 16. November 2018 fest, da die Beschwerdeführerin unter häufigen muskulären Verkrampfungen gelitten habe, welche auch deutlich sichtbar gewesen und mehrmals stündlich aufgetreten seien und diagnostische Abklärungen keine körperlich begründbare Ursache ergeben hätten, werde eine sonstige somatoforme Störung diagnostiziert. Eine Somatisierung scheine bei der Beschwerdeführerin bereits seit der Kindheit zu bestehen. Die Krämpfe würden die Beschwerdeführerin im Alltag stark beeinträchtigen und zu Stürzen, Verletzungen oder Zerschlagen von Gegenständen führen (vgl. IV-act. 99-4 ff.). Auch die während dem laufenden Beschwerdeverfahren vorgenommenen Abklärungen – welche für das vorliegende Verfahren von vornherein nur insofern relevant sein können, als sie Rückschlüsse auf den Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin bis zum Verfügungserlass ermöglichen (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 26. Februar 2021, 9C_361/2020, E. 3.3) – ergaben keine somatische Ursache für die krampfartigen Beschwerden der Beschwerdeführerin. Nichts anderes lässt sich aus den Ausführungen von Prof. C.____ ableiten, wonach die rezidivierenden Krämpfe nach malabsorptiven bariatrischen Operationen ein bekanntes Phänomen seien, deren Ursache letztlich nicht klar sei (vgl. act. G12 und act. G12.3). Zusammenfassend ist festzuhalten, dass die Muskelkrämpfe sich trotz diverser Abklärungen und Untersuchungen in verschiedenen medizinischen Fachdisziplinen nicht haben objektivieren lassen. Die Beschwerdeführerin war trotz der seit 2009 auftretenden und gemäss ihren Angaben zunehmenden Krämpfe bis September 2016 weiterhin in einem 100%-Pensum erwerbstätig. Medizinische Gründe, weshalb seit September 2016 eine Verschlimmerung der Krämpfe hätte auftreten sollen, werden von den Behandlern nicht dargelegt. Eine Zunahme der Beschwerden seit September 2016 ist angesichts der Angaben der Beschwerdeführerin gegenüber dem Muskelzentrum über die Häufigkeit und Intensität der Krämpfe auch nicht überwiegend wahrscheinlich. Die geltend gemachte Gefahr von sekundären Verletzungen (also Folge von Stürzen u.ä.) besteht schon seit mindestens 2014, war den Gutachtern bekannt (vgl. IV-act. 171-28) und konnte damit in deren Beurteilung miteinfließen. Dementsprechend hat auch der von der Beschwerdeführerin im Beschwerdeverfahren eingereichte Bericht der Klinik für Kardiologie vom 10. März 2021 (act. G12.4) keinen Einfluss auf den Beweiswert des ABI-Gutachtens. Denn in diesem Bericht wird lediglich die Schilderung der Beschwerdeführerin, aufgrund der Krämpfe komme es mehrmals jährlich zu Stürzen, wiedergegeben. Weder wird eine Ursache für die Krämpfe aufgezeigt noch eine (sonstige) kardiologische Diagnose gestellt. Die ABI-Gutachter berücksichtigten die krampfartigen Beschwerden unter den Diagnosen (Verdacht auf dissoziative Störung, chronisches multilokuläres Schmerzsyndrom mit chronischen krampfartigen Myalgien, chronische multifaktoriell bedingte diffuse, ätiologisch nicht eindeutig klassifizierbare Muskelkrämpfe am ganzen Körper, DD Muskelkrämpfe ev. im Rahmen einer Elektrolytstörung bei Hypothyreose bei St.n. Thyreoidektomie und St.n. Magenbypass-OP 07/09), kamen aber zum Ergebnis, dass diese die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin in einer adaptierten Tätigkeit nicht relevant beeinträchtigen (vgl. IV-act. 171-10 f. und

171-51). Diese Einschätzung ist nach dem Gesagten überzeugend, sodass darauf abgestellt werden kann. Die Beschwerdeführerin kritisiert, obwohl im ABI-Gutachten festgestellt werde, dass aufgrund des rezidivierenden Krankheitsgeschehens beim Vorliegen einer chronischen, episodisch verlaufenden affektiven Störung wiederholte Phasen mit höherer Arbeitsunfähigkeit möglich seien (vgl. IV-act. 171-54), habe die Beschwerdegegnerin dies nicht berücksichtigt. Im ABI-Gutachten fehle die unverzichtbare Betrachtung im Längsschnitt. Tatsächlich wäre wünschenswert gewesen, dass die psychiatrische Gutachterin sich detaillierter zum zeitlichen Verlauf der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin aufgrund der rezidivierenden depressiven Störung geäußert hätte. Im Gutachten wird indes formuliert, die Arbeitsfähigkeit von 75 % in einer adaptierten Tätigkeit könne über die Zeit gemittelt seit November 2016 angenommen werden (IV-act. 171-12 f.). Während die Beschwerdeführerin aus dieser Formulierung nur eine tiefere Arbeitsfähigkeit für gewisse Zeitabschnitte vor der Begutachtung ableitet, ergibt sich im Umkehrschluss, dass auch Zeitabschnitte mit höherer Arbeitsfähigkeit aus rein psychiatrischer Sicht bestanden haben. Zudem ist aus der Aussage der Gutachterin zu schliessen, dass sie offensichtlich nicht von längeren Phasen mit einer tieferen Arbeitsfähigkeit ausging. Für die Zeitdauer von stationären Behandlungen wird in der Regel von einer vollen Arbeitsunfähigkeit ausgegangen. Da die Beschwerdeführerin im Jahr 2017 einmal für rund einen Monat, im Jahr 2018 für nicht ganz drei Monate und im Jahr 2019 dreimal für jeweils drei Wochen in stationärer Behandlung war, ist für diese Zeiträume eine vollständige Arbeitsunfähigkeit anzunehmen. Eine Verschlechterung der Erwerbsfähigkeit ist jedoch erst zu berücksichtigen, sobald sie ohne wesentliche Unterbrechung drei Monate gedauert hat (vgl. Art. 88a Abs. 2 der Verordnung über die Invalidenversicherung [IVV; SR 831.201]). Da keine stationäre Behandlung drei Monate oder länger andauert hat, ist nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin keine befristete Rente in Betracht gezogen hat. Nach dem Gesagten drängt sich eine abweichende Beurteilung der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin im Längsschnitt nicht auf. Die von der Beschwerdeführerin angeführte Rechtsprechung (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 3. März 2021, IV 2020/160) ist nicht einschlägig, weil es in jenem Fall um eine an Schizophrenie erkrankte Person ging, welche nach ihrem Zuzug in die Schweiz nie eine stabile Arbeitsfähigkeit erreicht hatte, sodass die versicherungsmässigen Voraussetzungen für die Zusprache einer Invalidenrente fehlten. Auch in den von der Beschwerdeführerin herangezogenen Bundesgerichtsentscheiden ging es um eine bereits vor dem Zuzug in die Schweiz bestehende Gesundheitsschädigung. Soweit die Beschwerdeführerin vorbringt, ihre Behandler würden ihr eine weitergehende Arbeitsunfähigkeit attestieren als die ABI-Gutachter, ist darauf hinzuweisen, dass das ABI-Gutachten gemäss der bundesgerichtlichen Rechtsprechung nicht bereits deshalb in Frage gestellt werden kann, weil die behandelnden Ärzte zu einer anderen Einschätzung gelangt sind als die Gutachter (vgl. E. 1.8 vorstehend). Zur Einschätzung des behandelnden Neurochirurgen Dr. I. ___ (IV-act. 168) nahm der rheumatologische Gutachter ausdrücklich Stellung (vgl. IV-act. 171-42). Zudem ist zu erwähnen, dass die Beschwerdeführerin ihre gesundheitliche Verfassung und ihre Leistungsfähigkeit generell deutlich zu negativ einschätzt (vgl. hierzu etwa IV-act. 120-2, 168-3, 171-30 f. und 171-41 sowie act. G12.7, S. 6). Entgegen der Meinung der Beschwerdeführerin erfolgte die Begutachtung sodann nicht verfrüht. Wie sich aus den voranstehenden Darlegungen ergibt, bestehen die gesundheitlichen Einschränkungen der Beschwerdeführerin, namentlich die Krämpfe und die Stuhlinkontinenz, aber auch die depressive Störung, schon seit vielen Jahren. Weitere

Abklärungen oder ein weiteres Zuwarten vor der Begutachtung waren somit auch rückblickend nicht geboten. Die Beschwerdeführerin beanstandet, dass die Beschwerdegegnerin eine Verschlechterung mit einer Arbeitsunfähigkeit von 100 % erst zum Zeitpunkt des Eintritts in die Klinik D. ___ am 17. August 2020 anerkennt (vgl. act. G20). Die vollständige Arbeitsunfähigkeit ist indes durch die stationäre Behandlung bedingt und kann nicht auf die Zeiträume vor oder nach dem Klinikaufenthalt übertragen werden. Der von der Beschwerdeführerin erst mit der Triplik vom 27. Mai 2021 eingereichte Bericht der Klinik für Psychosomatik und Konsiliarpsychiatrie des KSSG vom 8. Juli 2020 stützt sich massgeblich auf die subjektiven Beschwerdeschilderungen der Beschwerdeführerin (vgl. act. G20.1, S. 1 f.). Die Berichte früherer Behandler, namentlich die Austrittsberichte der Klinik B. ___, lagen den Fachpersonen der Klinik für Psychosomatik und Konsiliarpsychiatrie offenbar nicht vor. Der Fokus dieses Berichts lag auf der chronischen Schmerzstörung und dem Behandlungsangebot der Psychosomatik. Die gestellte Diagnose der rezidivierenden Depression wurde hingegen nicht hergeleitet, ja unter den Titeln "Beurteilung" und "Procedere" nicht einmal erwähnt (act. G20.1, S. 2). Es fällt auf, dass die Beschwerdeführerin kein Timeout mehr in der Klinik B. ___ wünschte, nachdem dort die depressive Störung anlässlich ihrer letzten Aufenthalte als remittiert eingestuft worden war, sondern sich neu für einen Aufenthalt in der Klinik D. ___ interessierte. Auch das spricht dafür, dass in der Klinik für Psychosomatik und Konsiliarpsychiatrie nicht die depressive Störung, sondern die somatoforme Schmerzstörung im Vordergrund der Untersuchung stand. Eine Verschlechterung des psychischen Gesundheitszustands lässt sich aus dem Bericht vom 8. Juli 2020 daher nicht ableiten. Zusammenfassend ist festzuhalten, dass die ABI-Gutachter die Beschwerdeführerin persönlich untersuchten und nebst den Vorakten auch die letzten Laborauswertungen und weitere eingereichte Akten (vgl. IV-act. 171-16 ff. und 171-57 ff.) berücksichtigten. Sie gingen auf die geklagten Beschwerden ein. Das Gutachten ist umfassend und die gestellten Diagnosen sowie die Einschätzungen zur Arbeitsfähigkeit sind einleuchtend und nachvollziehbar begründet. Die Vorbringen der Beschwerdeführerin und die von ihr eingereichten zusätzlichen Arztberichte vermögen nach dem Gesagten keine ernstlichen Zweifel an den Ergebnissen der Begutachtung zu wecken. Somit ist das Gutachten beweiskräftig, sodass darauf abgestellt werden kann. Die Beschwerdeführerin ist folglich in einer adaptierten Tätigkeit bei einer leicht reduzierten Leistungsfähigkeit während einer täglichen Arbeitszeit von sechs bis acht Stunden zu 75 % arbeitsfähig. Für die Bestimmung des Invaliditätsgrades wird grundsätzlich 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; Art. 16 ATSG i.V.m. Art. 28a Abs. 1 IVG). Für den Einkommensvergleich sind die Verhältnisse im Zeitpunkt des Beginns des Rentenanspruchs massgebend, wobei Validen- und Invalideneinkommen auf zeitidentischer Grundlage zu erheben und allfällige rentenwirksame Änderungen der Vergleichseinkommen bis zum Verfügungserlass zu berücksichtigen sind (BGE 129 V 222 E. 4.1 f. mit Hinweisen). Vorliegend ist nicht mehr streitig, dass für das Valideneinkommen das auf das Jahr 2017 aufindexierte Durchschnittseinkommen der Jahre 2014 und 2015 gemäss IK-Auszug (IV-act. 59) von Fr. 56'411.-- heranzuziehen ist (vgl. zur Berechnung act. G4). Ebenso ist unbestritten, dass als Grundlage für das Invalideneinkommen die Tabelle TA1 2017, total

alle Wirtschaftszweige, Kompetenzniveau 1, Frauen, der vom Bundesamt für Statistik periodisch herausgegebenen Schweizerischen Lohnstrukturerhebung (LSE) dienen soll. Gemäss dieser Tabelle beträgt der Jahreslohn für ein Vollzeitpensum Fr. 54'783.-- (siehe Anhang 2 der von der Informationsstelle AHV/IV herausgegebenen IV-Textausgabe, Ausgabe 2022, S. 278, basierend auf der Schweizerischen Lohnstrukturerhebung LSE des Bundesamtes für Statistik). Bei einem Pensum von 75 % beträgt der Jahreslohn entsprechend Fr. 41'087.--. Zwischen den Parteien streitig ist die Höhe des von diesem Tabellenlohn zu machenden Abzugs. Mit dem Tabellenlohnabzug ist zu berücksichtigen, dass gesundheitlich beeinträchtigte Personen im Vergleich zu voll leistungsfähigen und entsprechend einsetzbaren arbeitnehmenden Personen lohnmässig benachteiligt sind und deshalb mit unterdurchschnittlichen Lohnansätzen rechnen müssen. In BGE 126 V 75 hat das Bundesgericht festgestellt, dass es von sämtlichen persönlichen und beruflichen Umständen des konkreten Einzelfalls (leidensbedingte Einschränkung, Alter, Dienstjahre, Nationalität, Aufenthaltskategorie und Beschäftigungsgrad) abhängt, ob und in welchem Ausmass Tabellenlöhne herabzusetzen sind. Bereits in der Beurteilung der medizinischen Arbeitsfähigkeit enthaltene gesundheitliche Einschränkungen dürfen nicht zusätzlich in die Bemessung des leidensbedingten Abzugs einfließen und so zu einer doppelten Anrechnung desselben Gesichtspunkts führen. Der Einfluss sämtlicher Merkmale auf das Invalideneinkommen ist nach pflichtgemäsem Ermessen gesamthaft zu schätzen. Der Abzug ist auf höchstens 25 % begrenzt (Urteil des Bundesgerichts vom 20. April 2018, 9C_833/2017, E. 2.2; BGE 134 V 327 E. 5.2). Entgegen der Ansicht der Beschwerdeführerin führt die geltend gemachte Stuhlinkontinenz nicht zu einer Unverwertbarkeit ihrer Arbeitsfähigkeit. Sie ist aber insofern zu berücksichtigen, als ihr gewisse Tätigkeiten – wie der von ihr genannte Telefondienst – nicht mehr möglich sind. Auf dem hypothetisch ausgeglichenen Arbeitsmarkt stehen ihr dennoch eine Vielzahl von möglichen Arbeitsstellen offen. Zu denken ist etwa an Tätigkeiten wie einfache Sortier-, Kontroll- und Konfektionierungsarbeiten, Montage von Kleinteilen oder Verpackung verschiedener Produkte, welche wechselbelastend ausgeführt, jederzeit kurz unterbrochen werden können und für den Fall einer plötzlichen Verkrampfung kein erhöhtes Verletzungsrisiko beinhalten. Der von der Beschwerdegegnerin im Beschwerdeverfahren zugestandene Tabellenlohnabzug von 10 % erscheint gestützt auf die vorliegenden Adaptionskriterien angemessen. Mit Blick auf die strenge bundesgerichtliche Rechtsprechung und darauf, dass die gesundheitlichen Einschränkungen der Beschwerdeführerin bereits im Rahmen der ABI-Begutachtung weitgehend berücksichtigt wurden, rechtfertigt sich ein darüber hinausgehender Tabellenlohnabzug hingegen nicht. Unter Berücksichtigung des Tabellenlohnabzugs beträgt das Invalideneinkommen demnach Fr. 36'978.-- (Fr. 41'087.-- x 0.9). Der Invaliditätsgrad der Beschwerdeführerin beträgt somit 34 % (100 % - [Fr. 36'978.-- / Fr. 56'411.-- x 100]). Die Beschwerdegegnerin hat also einen Rentenanspruch der Beschwerdeführerin zu Recht verneint. Die vorliegende Beschwerde ist folglich abzuweisen. 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 in der vorliegenden Angelegenheit angemessen. Da die Beschwerdeführerin vollumfänglich unterliegt, ist die Gerichtsgebühr ihr aufzuerlegen (Art. 95 Abs. 1 des Gesetzes über die Verwaltungsrechtspflege [VRP; sGS 951.1]). Der von ihr geleistete Kostenvorschuss von Fr. 600.-- wird ihr daran angerechnet. Ausgangsgemäss hat die Beschwerdeführerin keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung. Entscheid im

Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP Die Beschwerde wird abgewiesen. Die Beschwerdeführerin bezahlt die Gerichtskosten in Höhe von Fr. 600.-- unter Anrechnung des Kostenvorschusses von Fr. 600.--.

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