

SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2020/50 vom 19. November 2021

Sg Versicherungsgericht, 2021-11-19, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg_publicationen_IV_2020_50

FR: SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2020/50 du 19 novembre 2021

IT: SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2020/50 del 19 novembre 2021

Regeste

Art. 28 Abs. 3 IVG: ABI-Gutachten, welches eine volle leidensadaptierte Arbeitsfähigkeit ausweist, ist beweiskräftig. Wegen einer Rückenoperation besteht ein Anspruch auf eine befristete ganze Rente, im Übrigen besteht kein Rentenanspruch. Anwendung der gemischten Methode mit hoher Gewichtung des Haushaltsanteils. Im Erwerbsbereich Prozentvergleich. Offengelassen, ob Abzug vom Tabellenlohn gerechtfertigt wäre. Teilweise Gutheissung der Beschwerde (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 19. November 2021, IV 2020/50).

Volltext

Entscheid vom 19. November 2021 Besetzung Versicherungsrichter Joachim Huber (Vorsitz), Versicherungsrichtern Christiane Gallati Schneider und Miriam Lendfers; Gerichtsschreiberin Karin Kobelt Geschäftsnr. IV 2020/50 Parteien A.____, Beschwerdeführerin, vertreten durch Rechtsanwalt lic. iur. Markus Heer, Degersheimerstrasse 6, Postfach 354, 9230 Flawil, gegen IV-Stelle des Kantons St. Gallen, Postfach 368, 9016 St. Gallen, Beschwerdegegnerin, Gegenstand Rente Sachverhalt A.____ (nachfolgend: Versicherte) erlitt am .____ 2002 einen Verkehrsunfall als Beifahrerin eines von ihrem Ehemann gelenkten Fahrzeugs. Dabei erlitt sie eine HWS-Distorsion sowie eine Wirbelsäulenkontusion (Fremdakten 1-34). Am 9. Oktober 2007 meldete sich die Versicherte unter Hinweis auf Folgen dieses Unfalls erstmals zum Bezug von Leistungen der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) an (IV-act. 3). Dabei erklärte sie, Hausfrau und Mutter von vier Kindern (geb. 19__, 19__, 19__ und 19__); IV-act. 3-2) und für die B.____ AG, arbeitstätig zu sein (IV-act. 3-5). Die IV-Stelle nahm Abklärungen vor und hielt als Diagnosen ein chronifiziertes Schmerzsyndrom ohne neurologische Pathologie bei Status nach HWS-Beschleunigungstrauma mit Spannungskopfschmerzen und ein depressives Syndrom mit somatoformen Störungen mit teilweise Ganzkörperschmerzsyndrom fest (IV-act. 24). Mit Verfügung vom 26. März 2009 verneinte die IV-Stelle einen Anspruch der Versicherten auf eine IV-Rente. Dabei ging sie von einem Erwerbs- und Haushaltsanteil von je 50 % aus und ermittelte bei einer fehlenden Einschränkung im Erwerb und einer solchen von 4.45 % im Haushalt einen Invaliditätsgrad von 2 % (IV-act. 57). Diese Verfügung erwuchs in Rechtskraft (zum Sachverhalt vgl. Entscheid des Versicherungsgerichts IV 2011/5 vom 21. November 2012, IV-act. 132). Am 6. April 2010 meldete sich die Versicherte erneut zum Bezug von Leistungen der IV (berufliche Massnahmen/Rente) an (IV-act. 58). Nach Durchführung des Vorbescheidverfahrens (vgl. Vorbescheid vom 19. Juli 2010 in IV-act. 81 und Einwand vom 21. September 2010 in IV-act. 84) verfügte die IV-Stelle am 22. November 2010 ausgehend von den Diagnosen somatoforme autonome Funktionsstörung, mittelgradige

depressive Episode sowie Schmerzmittelabhängigkeit (IV-act. 78-1, gestützt auf einen Austrittsbericht der Psychiatrischen Klinik C.____ vom 9. März 2010 [IV-act. 73-1 ff.]) das Nichteintreten auf dieses Leistungsbegehren, da die Versicherte nicht glaubhaft dargelegt habe, dass sich die tatsächlichen Verhältnisse seit der Verfügung vom 26. März 2009 wesentlich verändert hätten (IV-act. 87). Hiergegen erhob Rechtsanwalt lic. iur. M. Heer, Wil (heute: Flawil), für die Versicherte am 6. Januar 2011 Beschwerde beim hiesigen Gericht (IV-act. 89-2). Am 5. Mai 2011 stellte Dr. med. D.____, Facharzt für Allgemeine Medizin, als Hausarzt der Versicherten aufgrund neu festgestellter Diskushernien ein Revisionsgesuch bei der IV-Stelle (IV-act. 105). Am 9. Juni 2011 füllte die Versicherte eine Wiederanmeldung zum Bezug von IV-Leistungen aus und verwies ebenfalls auf Bandscheibenvorfälle (IV-act. 108-6 und 108-4; vgl. entsprechende Aufforderung der IV-Stelle in IV-act. 107). Am 5. Oktober 2011 wurden bei der Versicherten von Dr. med. E.____, Facharzt für Neurochirurgie, mikrochirurgische Diskektomien C5/6, C6/7 von rechts und eine Spondylodese bei C5/6 und C6/7 durchgeführt (vgl. Bericht über den stationären Aufenthalt in der Klinik F.____ vom 4. bis 13. Oktober 2011 in IV-act. 124). Mit Verfügung vom 23. November 2011 sistierte die IV-Stelle das Verfahren bezüglich Überprüfung des Gesuchs vom Juni 2011 (IV-act. 130). Nachdem das hiesige Gericht die Nichteintretensverfügung vom 22. November 2010 mit Entscheid vom 21. November 2012 aufgehoben und diese durch einen verfahrensleitenden Eintretensentscheid ersetzt hatte (Verfahren IV 2011/5; IV-act. 132), veranlasste die IV-Stelle weitere medizinische Abklärungen (vgl. IV-act. 134). Med. pract. G.____, Facharzt für Allgemeine Medizin, attestierte der Versicherten am 12. Februar 2013 eine Beeinträchtigung von maximal 50 % als Hausfrau und von 100 % als Arbeitende bei kaum bestehender Motivation für Massnahmen (IV-act. 136-4 f.). Dr. med. H.____, Spezialärztin für Psychiatrie/Psychotherapie, bei welcher die Versicherte ab 23. März 2009 in Behandlung stand (vgl. IV-act. 199-3), erwähnte mit Bericht vom 26. Februar 2013 eine mittelgradige depressive Episode mit somatischem Syndrom, eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung und neu einen Verdacht auf eine Persönlichkeitsstörung Cluster-Gruppe B. Die Behandlung im ambulanten Setting einmal monatlich und die Einnahme von Psychopharmaka hätten keine deutliche Besserung der depressiven Antriebs- und Stimmungslage sowie der chronischen Schmerzen gebracht. Die Versicherte sei nicht mehr imstande, ihre bisherige Tätigkeit auszuüben. In angepasster Tätigkeit sei sie 30 % (3 Stunden pro Tag) arbeitsfähig mit einer 70%igen Leistungsfähigkeit für Arbeiten in geschütztem Rahmen (IV-act. 139-1 f.). Dr. E.____ berichtete am 27. Mai 2013 über eine Zervikobrachialgie links (bei Status nach Diskektomien und Spondylodesen C5/C6 und C6/C7), eine Lumbago, ein Ganglion carpi rechts und eine Depression. Die bisherige Tätigkeit sei nicht mehr zumutbar. Aus körperlicher Sicht sei eine leichte Arbeit ohne Heben, Überkopfarbeiten oder Arbeiten mit nach vorne geneigtem Kopf zu 50 % möglich ohne Leistungsverminderung. Bei dieser Einschätzung sei die Depression nicht mitberücksichtigt worden (IV-act. 143-1 ff.). RAD-Ärztin Dr. med. I.____ notierte am 29. Mai 2013, dass sich der Gesundheitszustand durch die HWS-Operation vom Oktober 2011 vorübergehend verschlechtert habe und aktuell dem Vorzustand entspreche (IV-act. 145). Eine Abklärung der Verhältnisse zu Hause am 10. Juli 2013 ergab laut Abklärungsbericht Haushalt einen Invaliditätsgrad von 24.24 %. Dabei ging die IV-Stelle gestützt auf die Angabe der Versicherten (vgl. IV-act. 152-10) von einer 75%igen Haushaltstätigkeit und von einer Erwerbstätigkeit von 25 % aus, um dem Umstand Rechnung zu tragen, dass die Versicherte bei voller Gesundheit ihre Enkelkinder betreuen würde. Die Einschränkung im

Haushalt wurde mit 32.33 % beziffert (IV-act. 152). Auf Anfrage präzisierte die Versicherte den Umfang der Enkelkinderbetreuung mit Schreiben vom 10. September 2013 dahingehend, dass sie bei voller Gesundheit die Enkelkinder an 3 Tagen pro Woche während 3 bis 4 Stunden pro Tag betreuen würde. Anfänglich würde sie 2 Enkelkinder betreuen. Im Haushalt der Betreuten würde sie auch Mahlzeiten für die Familie vorbereiten und bei Bedarf andere Haushaltsarbeiten verrichten, so dass eine zeitliche Präsenz von ca. 6 Stunden pro Tag resultieren würde. Zusätzlich würde sie zu Hause einen Garten zur Selbstversorgung anlegen und pflegen und sich dem Konservieren und Herstellen von Lebensmitteln widmen, was einem wöchentlichen Aufwand von 10 bis 12 Stunden entsprechen würde. Eine Entschädigung für die Betreuung der Enkelkinder würde voraussichtlich nicht ausgerichtet. Im aktuellen Gesundheitszustand sei sie nicht in der Lage, die Enkelkinder zu betreuen (IV-act. 155). Med. pract. G. ___ stellte laut Bericht vom 27. September 2013 gegenüber den Befunden von Dr. D. ___ aus dem Jahr 2012 keine gravierende Änderung fest; sämtliche Diagnosen bestünden nach wie vor. Im Vordergrund stehe ein chronifiziertes zervikalbetontes Schmerzsyndrom. Das Verhalten der Versicherten wirke inadäquat und aggraviert. Im Praxisumfeld wirke sie motorisch nicht beeinträchtigt. Zur Arbeitsfähigkeit hielt er fest, zwei bis vier Stunden pro Tag sehr leichte Arbeit schienen unter Berücksichtigung der somatoformen Störung möglich (IV-act. 158). Mit Bericht vom 14. Oktober 2013 stellte Dr. H. ___ eine gegenüber einem früheren Bericht von Dr. med. J. ___, Facharzt für Neurologie FMH, vom 17. März 2009 (vgl. IV-act. 74) deutliche Verschlechterung der depressiven Antriebslage und eine Zunahme sowie Chronifizierung der Schmerzproblematik fest. Sie begründete diese mit den massiven Ängsten im Zusammenhang mit dem operativen Eingriff vom 5. Oktober 2011 (IV-act. 159). RAD-Ärztin Dr. I. ___ ging gemäss Stellungnahme vom 23. Oktober 2013 von einer Arbeitsfähigkeit von 100 % in adaptierter Tätigkeit aus (IV-act. 160-2). RAD-Ärztin Dr. med. K. ___, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, notierte am 21. November 2013 im Rahmen einer Aktenbeurteilung das Vorliegen einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung und einer chronifizierten mittelgradigen depressiven Episode und bezifferte die Arbeitsunfähigkeit auf 50 % seit März 2009 (IV-act. 160-3 f.). Am 20. Dezember 2013 berichtete Dr. med. L. ___, Klinik M. ___, über eine ambulante Rehabilitationsbehandlung der Versicherten vom 11. November bis 6. Dezember 2013. Als Diagnose nannte er eine mittelgradige depressive Episode mit somatischen Symptomen im Rahmen einer psychophysischen Erschöpfung, einhergehend mit psychosomatischen funktionellen Beschwerden. Er bezifferte die Arbeitsfähigkeit der Versicherten ebenfalls mit 50 % aus psychiatrischer Sicht (IV-act. 165-4 ff.; vgl. Stellungnahme dazu von RAD-Ärztin Dr. I. ___ vom 5. Februar 2014 in IV-act. 166). Nach Durchführung des Vorbescheidverfahrens (vgl. Vorbescheid vom 5. Dezember 2013 in IV-act. 163 und Einwand vom 27. Januar 2014 in IV-act. 165) verneinte die IV-Stelle mit Verfügung vom 6. Februar 2014 bei einem Invaliditätsgrad von 0 % jegliche Einschränkung der Versicherten im Erwerbs- und Haushaltsbereich und damit einen Anspruch auf Rentenleistungen (IV-act. 167). Gegen diese Verfügung erhob die Versicherte, vertreten durch Rechtsanwalt Heer, am 13. März 2014 Beschwerde beim hiesigen Gericht (IV-act. 169-3). Vom 22. April bis 28. Mai 2015 war die Versicherte in der Psychiatrischen Klinik C. ___ hospitalisiert. Dem Austrittsbericht vom 8. Juni 2015 sind die Diagnosen anhaltende somatoforme Schmerzstörung, rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode, ohne somatisches Syndrom, zu entnehmen (IV-act. 196-29). Am 1. Juni 2016 suchte die Versicherte Dr. E. ___ wegen zunehmender Schmerzen in der rechten Schulter, im rechten

M. trapezius, im rechten Ober- und Unterarm und wegen Kribbelparästhesien in allen Fingern der rechten Hand auf (IV-act. 196-14 f.). Dr. med. N.____, Orthopädie O.____, berichtete am 21. Juni 2016 über ein positives Ansprechen auf eine Infiltration Fersensporns links vom 17. Mai 2016. Die Kribbelparästhesien an der rechten oberen Extremität seien aus seiner Sicht nicht sicher durch eine Schulterpathologie ausgelöst (IV-act. 196-16 ff.). Mit Entscheid vom 22. Juni 2016 hob das hiesige Gericht die Verfügung der IV-Stelle vom 6. Februar 2014 auf und wies die Sache zur Vornahme weiterer medizinischer Abklärungen und neuer Verfügung an die IV-Stelle zurück (Verfahren IV 2014/150 in IV-act. 180). Der Begründung ist zu entnehmen, dass die medizinischen Akten keine hinreichende Klarheit bei der Diagnosestellung sowie der Beurteilung der Auswirkungen der Beschwerden auf die Arbeitsfähigkeit aufwiesen (IV-act. 180-9). Dr. med. P.____, Fachärztin für Innere Medizin, berichtete im Januar 2017 als seit Februar 2014 behandelnde Hausärztin der Versicherten, diese sei 100 % arbeitsunfähig (IV-act. 196-1 und 196-3). Seit dem Autounfall im Jahr 2002 leide die Versicherte unter chronischen Nacken- und Kopfschmerzen; im 2012 (richtig wohl: 2002) habe sie ein Distorsionstrauma der HWS erlitten. Seit fünf Jahren fänden rezidivierende ambulante und stationäre Aufnahmen wegen Schmerzexazerbation (HWS, LWS) und Depression statt. Die Versicherte berichte über massive Schmerzen im Bereich der Ferse links, zusätzlich über Sensibilitätsstörungen im Bereich der rechten Hand mit Ausstrahlung vom Nacken über die Schulter (IV-act. 196-2). Dr. E.____ hielt am 16. Januar 2017 fest, die Versicherte sei zu 50 % arbeitsunfähig für alle Tätigkeiten (IV-act. 197-3). Am 21. Februar 2017 erklärte Prof. Dr. med. Q.____, Wirbelsäulenzentrum R.____, eine morphologische Ursache für die Beschwerden lasse sich nicht festmachen. Die Versicherte sollte in einem multidisziplinären Schmerzzentrum behandelt werden (IV-act. 199-11). Am 8. März 2017 berichtete Dr. H.____ über eine chronische somatoforme Schmerzstörung und eine mittelgradige Depression auf dem Boden einer Persönlichkeitsstörung Cluster-Gruppe B (IV-act. 199-5). Die Versicherte sei seit Behandlungsaufnahme bei ihr (März 2009; vgl. IV-act. 199-3) zu 100 % arbeitsunfähig. Die Prognose sei schlecht. Es handle sich um eine Patientin, welche seit Jahren an chronischen Schmerzen und Depressionen leide. Alle bis jetzt durchgeführten Therapien seien mehr oder weniger erfolglos geblieben. Es sei damit zu rechnen, dass mit einer Therapie eine Teilarbeitsfähigkeit erzielt werden könnte (IV-act. 199-5). Am 4. September 2017 wurde die Versicherte im Auftrag der IV-Stelle vom ABI Aerztliches Begutachtungsinstitut GmbH, Basel, psychiatrisch, orthopädisch, internistisch und neurologisch untersucht (IV-act. 207 i.V.m. 210-1) und am 26. September 2017 wurde das entsprechende Gutachten verfasst (IV-act. 210). Diesem ist folgende Diagnose mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit zu entnehmen: Chronisches zervikovertebrales Schmerzsyndrom (IV-act. 210 S. 29; für Details und die Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit vgl. dasselbe Actorum). Körperlich leichte Aktivitäten in wechselnder Position, wo eine Hebe- und Tragelimit von 5 kg nicht überschritten würden und keine länger dauernden Zwangshaltungen des Kopfes, des Rumpfes oder der unteren Extremitäten und keine repetitiven Bewegungen der Arme oberhalb der Horizontale vorkämen, seien uneingeschränkt möglich (IV-act. 210 S. 30). Es sei nicht erkennbar, dass die Arbeits- und Leistungsfähigkeit der Versicherten zumindest für Tätigkeiten gemäss dem formulierten Belastungsprofil von Seiten des Bewegungsapparates in der Vergangenheit jemals während langer Zeit relevant eingeschränkt gewesen seien. Ausnahmen bildeten jeweils die Perioden im Zusammenhang mit den durchgeführten Operationen. So sei die Versicherte nach der zervikalen Dekompression und Spondylodese am 5. Oktober 2011 wahrscheinlich für höchstens sechs Monate nur eingeschränkt arbeitsfähig gewesen. Gleiches gelte auch seit

der Karpaldachspaltung vom 23. August 2017, wo bei weiterhin günstigem Verlauf spätestens zwei Monate postoperativ mit einer Arbeitsfähigkeit gemäss dem formulierten Belastungsprofil gerechnet werden dürfe. Im Haushalt würden dieselben Einschränkungen wie bei einer Erwerbstätigkeit gelten, womit die Einschränkung unter 15 % liege (IV-act. 210 S. 30). Am 19. September 2017 berichtete das Spital V.____ über eine ambulante kardiologische Konsultation der Versicherten vom 7. September 2017. Diese gebe an, seit einigen Monaten wiederholt einen thorakalen Druck verspürt zu haben. Bei erhöhtem kardiovaskulärem Risikoprofil und dem Vorliegen von atypischen Thoraxbeschwerden wurde eine weitere Ischämiediagnostik empfohlen (IV-act. 228-20 ff.). Dr. med. S.____ vom RAD erachtete das ABI-Gutachten am 6. Oktober 2017 als die geltenden Qualitätskriterien erfüllend (IV-act. 211-2). Mit Vorbescheid vom 7. November 2017 stellte die IV-Stelle der Versicherten in Aussicht, das Rentenbegehren bei einem Invaliditätsgrad von 11 % abzuweisen (IV-act. 214). Am 7. Dezember 2017 wandte Rechtsanwalt Heer ein, die Versicherte habe mindestens Anspruch auf eine halbe Rente (IV-act. 217). Dem Einwand war ein Bericht der Klinik für Psychosomatik am Kantonsspital St. Gallen (nachfolgend: KSSG) vom 17. November 2017 beigelegt, gemäss welchem die Versicherte an einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode, und an einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Anteilen leide (IV-act. 218). Am 10. Januar 2018 ersuchte die IV-Stelle das ABI um Stellungnahme zum Einwand von Rechtsanwalt Heer (IV-act. 219; zu den diesbezüglichen Rückfragen des RAD vom 8. Januar 2018 vgl. IV-act. 221). Die Antwort erging am 30. Januar 2018 unter Festhalten an der Einschätzung, dass aus psychiatrischer Sicht keine Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit bestehe (IV-act. 220). Der RAD-Arzt notierte am 6. Februar 2018, dass nur eine seiner vier Fragen beantwortet worden sei (IV-act. 222). Gestützt darauf erfolgte eine erneute Anfrage der IV-Stelle an das ABI (IV-act. 223). Die Antwort wurde am 8. März 2018 verfasst (IV-act. 224) und von RAD-Arzt Dr. S.____ am 28. März 2018 gewürdigt (IV-act. 226). Gestützt darauf gewährte die IV-Stelle der Versicherten am 28. März 2018 erneut das rechtliche Gehör zum Vorbescheid vom 7. November 2017 (IV-act. 227). Davon machte Rechtsanwalt Heer am 30. April 2018 Gebrauch (IV-act. 228). Dies unter Einreichung eines Abschlussberichts des Zentrums für Schlafmedizin vom 16. Januar 2018 (IV-act. 228-15 ff.), sowie von Berichten des Schmerzzentrums vom 18. Januar 2018 (IV-act. 228-6 ff.), beides am KSSG, und der Lungenliga St. Gallen vom 8. Februar 2018 (IV-act. 228-5). Letzterem zufolge leidet die Versicherte an einer Adipositas-Hypoventilation und an einem obstruktiven Schlafapnoesyndrom, welches seit 24. Januar 2017 (richtig wohl: 2018) mit einer CPAP-Therapie behandelt werde (IV-act. 228-5). Am 4. Juli 2018 teilte die IV-Stelle Rechtsanwalt Heer mit, dass sie eine polydisziplinäre Verlaufsbeurteilung als notwendig erachte (IV-act. 236; für diesbezügliche RAD-Stellungnahme vom 28. Mai 2018 vgl. IV-act. 237). Nachdem die Versicherte am 6. und 7. November sowie 18. Dezember 2018 erneut begutachtet worden war, erstattete das ABI am 9. April 2019 ein polydisziplinäres (kardiologisches, pneumologisches, orthopädisches, internistisches und psychiatrisches) Verlaufsgutachten (IV-act. 244). Dieses postulierte als Diagnose mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit ein chronisches panvertebrales Schmerzsyndrom ohne fassbare radikuläre Symptomatik (IV-act. 244 S. 8; zu den Details und zu den Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit vgl. dasselbe Actorum) und schätzte die Arbeits- und Leistungsfähigkeit der Versicherten in angepasster Tätigkeit nach wie vor mit 100 % ein (IV-act. 244 S. 9). Am 7. Mai 2019 ersuchte die IV-Stelle das ABI um Beantwortung von Zusatzfragen

(IV-act. 245; vgl. diesbezügliche Notiz des RAD vom 6. Mai 2019 in IV-act. 246-2). Das Antwortschreiben des ABI datiert vom 30. September 2019 (IV-act. 250). RAD-Arzt Dr. S. ___ notierte am 31. Oktober 2019, dass das ABI eine 100%ige Arbeitsfähigkeit für adaptierte Tätigkeiten bestätige und keine ergänzenden medizinischen Abklärungen angezeigt seien (IV-act. 251). Mit Vorbescheid vom 7. November 2019 teilte die IV-Stelle der Versicherten erneut mit, dass sie beabsichtige, ihr Rentenbegehren bei einem Invaliditätsgrad von 11 % (Anteil Erwerb 25 %, ohne Einschränkung; Anteil Haushalt 75 %, Einschränkung von 15 %) abzuweisen (IV-act. 254). Die Versicherte erhob am 27. November 2019 Einwand und erklärte unter anderem, sie sei weiterhin 100 % arbeitsunfähig und könne aus diesem Grund auch nicht ihre Enkelkinder betreuen (IV-act. 257). Rechtsanwalt Heer erhob am 31. Dezember 2019 für die Versicherte unter Beilage von Arztberichten von Dr. P. ___ vom 28. August und 21. November 2019 (IV-act. 260-1 f. und 5 f.) Einwand (IV-act. 259). RAD-Arzt Dr. S. ___ nahm hierzu am 16. Januar 2020 Stellung (IV-act. 263-2 f.). Mit Verfügung vom 20. Januar 2020 verneinte die IV-Stelle entsprechend dem Vorbescheid bei einem Invaliditätsgrad von 11 % einen Anspruch auf eine Invalidenrente (IV-act. 261). Gegen diese Verfügung richtet sich die von Rechtsanwalt Heer am 21. Februar 2020 eingereichte Beschwerde mit dem Antrag, der Versicherten (nachfolgend: Beschwerdeführerin) sei mindestens eine halbe Rente zuzusprechen. Eventualiter sei der medizinische Sachverhalt durch das Gericht zu ergänzen und über den Rentenanspruch direkt zu befinden, subeventualiter sei die Sache zur Neuurteilung an die IV-Stelle (nachfolgend: Beschwerdegegnerin) zurückzuweisen; unter Kosten- und Entschädigungsfolgen zu Lasten der Beschwerdegegnerin (act. G1). Mit Beschwerdeantwort vom 15. April 2020 ersucht die Beschwerdegegnerin um Abweisung der Beschwerde (act. G4). Am 15. Juni 2020 erstattet Rechtsanwalt Heer die Replik und hält an den Anträgen gemäss Beschwerde fest (act. G8). Die Beschwerdegegnerin verzichtet am 24. Juli 2020 auf die Erstattung einer Duplik (act. G10). Erwägungen Zwischen den Parteien umstritten und nachfolgend zu prüfen ist der Rentenanspruch der Beschwerdeführerin. Gemäss Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG ; SR 830.1) ist Invalidität die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit. Gemäss Art. 4 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG; SR 831.20) kann Invalidität die Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein. 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). Volljährige, die vor der Beeinträchtigung ihrer körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit nicht erwerbstätig waren und denen eine Erwerbstätigkeit nicht zugemutet werden kann, gelten als invalid, wenn eine Unmöglichkeit vorliegt, sich im bisherigen Aufgabenbereich zu betätigen. Artikel 7 Absatz 2 ist sinngemäss anwendbar (Art. 8 Abs. 3 ATSG). Versicherte haben gemäss Art. 28 IVG Anspruch auf eine ganze Rente, wenn sie mindestens zu 70 %, auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens zu 60 %, auf eine halbe Rente, wenn sie mindestens zu 50 %, oder auf eine Viertelsrente, wenn sie mindestens zu 40 % invalid sind. Für die Bestimmung des Invaliditätsgrades wird bei erwerbstätigen Versicherten 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 (sog. Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (sog. Valideneinkommen; Art. 28a Abs. 1 IVG in Verbindung mit Art. 16 ATSG). Der Einkommensvergleich hat in der Regel in der Weise zu erfolgen, dass die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen ziffernmässig möglichst genau ermittelt und einander gegenübergestellt werden, worauf sich aus der Einkommensdifferenz der Invaliditätsgrad bestimmen lässt (allgemeine Methode des Einkommensvergleichs; BGE 128 V 30 E. 1). Bei nicht erwerbstätigen Versicherten, die im Aufgabenbereich tätig sind und denen die Aufnahme einer Erwerbstätigkeit nicht zugemutet werden kann, wird gemäss Art. 28a Abs. 2 IVG für die Bemessung der Invalidität in Abweichung von Art. 16 ATSG darauf abgestellt, in welchem Masse sie unfähig sind, sich im Aufgabenbereich (unter anderem im Haushalt) zu betätigen (spezifische Methode des Betätigungsvergleichs). Bei Versicherten, die nur zum Teil erwerbstätig sind oder die unentgeltlich im Betrieb des Ehegatten oder der Ehegattin mitarbeiten, wird für diesen Teil die Invalidität nach Art. 16 ATSG festgelegt. Waren sie daneben auch im Aufgabenbereich tätig, so wird die Invalidität für diese Tätigkeit nach Art. 28a Abs. 2 IVG festgelegt. In diesem Fall sind der Anteil der Erwerbstätigkeit oder der unentgeltlichen Mitarbeit im Betrieb des Ehegatten oder der Ehegattin und der Anteil der Tätigkeit im Aufgabenbereich festzulegen und der Invaliditätsgrad in beiden Bereichen zu bemessen (Art. 28a Abs. 3 IVG in Verbindung mit Art. 27 bis der Verordnung über die Invalidenversicherung [IVV; SR 831.201]; gemischte Methode). 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). Hinsichtlich des Beweiswerts eines Arztberichts ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten begründet sind (BGE 125 V 352 E. 3a). Den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens formgerecht eingeholten Gutachten von externen Spezialärzten, welche auf Grund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, ist bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 137 V 227 E. 1.3.4; vgl. ferner Thomas Flückiger, Medizinische, insbesondere hausärztliche Berichte und ihre Beweiskraft – mit einem Seitenblick auf die medizinischen Gutachten, in: Kieser/Lendfers [Hrsg.], Sozialversicherungsrechtstagung 2013, St. Gallen 2014, S. 138 ff.). In Bezug auf Berichte von Hausärzten darf und soll das Gericht der Erfahrungstatsache Rechnung tragen, dass Hausärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 125 V 351 E. 3b/bb und cc). Dies gilt auch für Stellungnahmen behandelnder Spezialärzte (Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG] vom 6. April 2006, I 803/05, E. 5.5). Widersprechen Berichte behandelnder Ärzte dem von der

Verwaltung bei externen Spezialärzten eingeholten Gutachten, ist die unterschiedliche Natur von Behandlungsauftrag der therapeutisch tätigen (Fach-)Ärzte einerseits und Begutachtungsauftrag der amtlich bestellten fachmedizinischen Experten andererseits zu beachten (Urteil des EVG vom 18. April 2006, I 783/05, E. 2.2). Es ist deshalb nicht zulässig, ein medizinisches Administrativ- oder Gerichtsgutachten stets in Frage zu stellen und zum Anlass weiterer Abklärungen zu nehmen, wenn die behandelnden Ärzte später zu anderslautenden Einschätzungen gelangen oder an vorgängig geäusserten abweichenden Auffassungen festhalten. Vorbehalten bleiben aber 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 (Urteil des Bundesgerichts vom 27. Mai 2008, 9C_24/2008, E. 2.3.2). Im Sozialversicherungsrecht gilt der Untersuchungsgrundsatz. Verwaltung und Sozialversicherungsgericht haben von sich aus für die richtige und vollständige Abklärung des rechtserheblichen Sachverhalts zu sorgen (BGE 122 V 158 E. 1a). Rechtserheblich sind alle Tatsachen, von deren Vorliegen es abhängt, ob über den streitigen Anspruch so oder anders zu entscheiden ist. In diesem Rahmen haben Verwaltungsbehörden und das Sozialversicherungsgericht zusätzliche Abklärungen stets dann vorzunehmen oder zu veranlassen, wenn hierzu aufgrund der Parteivorbringen oder anderer sich aus den Akten ergebenden Anhaltspunkte hinreichender Anlass besteht (BGE 117 V 282 f. E. 4a). In beweisrechtlicher Hinsicht gilt der Grundsatz der freien Beweiswürdigung. Danach haben die urteilenden Instanzen die Beweise frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Der Untersuchungsgrundsatz schliesst die Beweislast im Sinne einer Beweisführungslast begriffsnotwendig aus. Im Sozialversicherungsprozess tragen mithin die Parteien in der Regel eine Beweislast nur insofern, als im Falle der Beweislosigkeit der Entscheid zu Ungunsten jener Partei ausfällt, die aus dem unbewiesen gebliebenen Sachverhalt Rechte ableiten wollte. Diese Beweisregel greift allerdings erst Platz, wenn es sich als unmöglich erweist, im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes auf Grund einer Beweiswürdigung einen Sachverhalt zu ermitteln, der zumindest die Wahrscheinlichkeit für sich hat, der Wirklichkeit zu entsprechen (BGE 117 V 264 E. 3b mit Hinweisen, 138 V 221 f. E. 6). Die Verwaltung resp. das Gericht dürfen eine Tatsache nur dann als bewiesen annehmen, wenn sie von ihrem Bestehen überzeugt sind. Im Sozialversicherungsrecht hat das Gericht seinen Entscheid, sofern das Gesetz nicht etwas Abweichendes vorsieht, nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu fällen. Die blosser Möglichkeit eines bestimmten Sachverhalts genügt den Beweisanforderungen nicht. Das Gericht hat vielmehr jener Sachverhaltsdarstellung zu folgen, die es von allen möglichen Geschehensabläufen als die wahrscheinlichste würdigt (BGE 126 V 360 E. 5b mit Hinweisen). Vorliegend ist zwischen den Parteien unumstritten, dass der Invaliditätsgrad nach der gemischten Methode festzulegen ist und dass die Aufteilung 75 % Haushaltstätigkeit und 25 % ausserhäusliche Erwerbstätigkeit betragen soll. Dies ist aufgrund der Akten nachvollziehbar, zumal die Beschwerdeführerin vor Eintritt des geltend gemachten Gesundheitsschadens neben der Führung ihres Haushalts und der Betreuung von vier Kindern in kleinem Umfang erwerbstätig war und davon auszugehen ist, dass sie dies im Gesundheitsfall so weitergeführt hätte (vgl. Auszug aus dem individuellen Konto vom 22. Juni 2011 in IV-act. 115) resp. nunmehr anstelle ihrer Kinder ihre Enkelkinder betreuen würde. Diese Einschätzung entspricht sodann der Angabe der Beschwerdeführerin (vgl. insbesondere IV-act. 155). Umstritten sind demgegenüber sowohl die Einschränkung in

ausserhäuslichen Erwerbstätigkeiten (E. 3) als auch die Einschränkung im Haushalt (E. 4). Zu prüfen ist vorab, ob der Sachverhalt in Bezug auf die Leistungsfähigkeit der Beschwerdeführerin in ausserhäuslichen Erwerbstätigkeiten genügend abgeklärt ist. Die Beschwerdegegnerin ging in der angefochtenen Verfügung von einer 100%igen Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin in angepassten Tätigkeiten aus. Sie stützte sich dabei auf die polydisziplinären Gutachten des ABI vom 26. September 2017 (IV-act. 210) und 9. April 2019 (IV-act. 244) inkl. Ergänzungen vom 30. Januar (IV-act. 220) und 8. März 2018 (IV-act. 224) sowie 30. September 2019 (IV-act. 250). Die Beschwerdeführerin erachtet die Gutachten des ABI als nicht beweistauglich und die Einschätzung ihrer Arbeitsfähigkeit durch die behandelnden Ärzte als massgeblich. Sie leide unter massiven, im Gegensatz zu früher persistierenden Kopfschmerzen, welche über die Schulternackengegend, den Rücken und die Arme ausstrahlten, und an Nervosität, Druckgefühlen in der Brust und Gereiztheit. Sie habe Mühe nachts einzuschlafen und mache sich Sorgen um die Zukunft. Sie fühle sich lustlos und habe das Gefühl, wie "nicht mehr am Leben" zu sein (act. G1 Rz. III/9). Angesichts des Umstandes, dass das Verlaufsgutachten des ABI vom 9. April 2019 mit Ausnahme der Neurologie sämtliche Fachrichtungen des ABI-Gutachtens vom 4. September 2017 erneut abdeckt und eine aktualisierte medizinische Aktenlage berücksichtigt, werden im Folgenden insbesondere das Verlaufsgutachten vom 9. April 2019 sowie das neurologische Teilgutachten vom 4. September 2017 auf ihren Beweiswert hin überprüft. Zu prüfen ist in diesem Zusammenhang, ob den ABI-Gutachten materiellrechtlich gefolgt werden kann oder ob konkrete Indizien gegen deren Zuverlässigkeit sprechen (vgl. vorstehend E. 1.3 und 1.4). Angesichts der Vorbringen der Beschwerdeführerin (vgl. act. G1 Rz. III/20 bis 38) wird ein besonderes Augenmerk darauf zu legen sein, ob die Gutachter des ABI aus den Berichten der behandelnden Ärzte ersichtliche, objektiv feststellbare Gesichtspunkte ausreichend berücksichtigt haben. Da die Beschwerdeführerin am Verlaufsgutachten vom 9. April 2019 insbesondere das psychiatrische Teilgutachten bemängelt (vgl. act. G1 Rz. III/29 bis 38), ist vorab dessen Beweistauglichkeit zu prüfen. Der psychiatrische Gutachter Dr. med. T.____ diagnostizierte eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10: F45.41), welcher er keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit beimass (IV-act. 244, Ziff. 6.2 S. 46). Die gelegentlich auftretenden, leichten depressiven Verstimmungen, welche auch in Zusammenhang mit den psychosozialen Belastungen durch die Sozialhilfeabhängigkeit und die jahrelange Arbeitslosigkeit des Ehemannes stehen würden, sind ihm zufolge im Rahmen der chronischen Schmerzstörung einzuordnen (IV-act. 244, Ziff. 6.3 S. 47). Die Diagnose der chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Anteilen stimmt mit der von der Klinik für Psychosomatik am KSSG am 17. November 2017 erhobenen Diagnose überein (vgl. IV-act. 218-1). Der dort zuständige Arzt diagnostizierte zusätzlich ein depressives Rezidiv bei mittlerweile chronifizierter Schmerzerkrankung (IV-act. 218-2). Auch dieser Arzt sah also - wie Dr. T.____ die depressiven Verstimmungen - die von ihm diagnostizierte Depression in Zusammenhang mit der Schmerzerkrankung. Es ist nachvollziehbar, dass Dr. T.____ keine Depression zu diagnostizieren vermochte. Denn er erhob folgende Befunde: Die Explorandin berichtete schnell und viel, erzählte von ihren Beschwerden, von ihren Depressionen und Schmerzen. Die Schilderung war diffus, so konnte sie nicht genau benennen, was sie unter Depressionen verstehe, auch die Schmerzschilderung war völlig diffus. Zusätzlich berichtete sie von Körperwahrnehmungen, vom Gefühl des Geschubst Werdens. Sie sprach schnell und viel, der Redefluss war manchmal kaum zu bremsen. Sie war klagsam, nicht

depressiv. Die Psychomotorik war sehr lebhaft. Sie nahm einen guten affektiven Kontakt zur Dolmetscherin und zum Untersucher auf. Sie machte einen wachen Eindruck, war bewusstseinsklar. Sie war zeitlich, örtlich, situativ und zur eigenen Person gut orientiert. Die Explorandin drückte sich differenziert aus. Die im Rahmen der Untersuchung gemachten Beobachtungen und Feststellungen wiesen auf durchschnittliche Intelligenzleistungen hin. Während der Untersuchung zeigte sie keine Zeichen von Konzentrationsschwäche. Sie konnte gut auf die gestellten Fragen eingehen. Die Merkfähigkeit und die Gedächtnisleistungen waren intakt. Ihre Ausführungen waren anschaulich. Das Denken war nicht eingeengt. Sie zeigte kein Gedankenabreissen, keine Neologismen, keine Gedankenleere. In ihren Schilderungen waren keine Hinweise auf überwertige Ideen erkennbar. Wahnhaftes Denken oder Wahnvorstellungen waren nicht vorhanden. Es gab keine Anhaltspunkte für illusionäre Verkennungen, akustische, optische, olfaktorische oder taktile Halluzinationen. Die Explorandin hatte einen klaren und guten Bezug zur Realität und zu ihrer Person. Sie konnte sich gegenüber der Umgebung klar abgrenzen. Gedankenausbreitung oder Fremdbeeinflussungserlebnisse waren nicht vorhanden. Die Explorandin äusserte keine Zwangsgedanken. Hinweise auf Zwangshandlungen waren nicht vorhanden. Sie berichtete nicht über Ängste, erwähnte keine Phobien. Aus ihren Schilderungen ergaben sich keine Hinweise auf Veränderungen der Stimmung und des Antriebes im Laufe des Tages. Die Explorandin berichtete nicht über einen Lebensverleider, Suizidgedanken oder Suizidimpulse (IV-act. 244, Ziff. 4.3 S. 45 f.). Auch konnte er bei seiner Untersuchung keine Auffassungs- und Konzentrationsstörungen feststellen. Die Beschwerdeführerin machte auf ihn einen sehr aktiven und energischen Eindruck, sie habe schnell und viel gesprochen, den Antrieb erlebte er als nicht vermindert. Die Beschwerdeführerin gestaltet nach seiner Einschätzung den Alltag aktiv, führe den Haushalt selbständig, unternehme Spaziergänge, pflege Kontakt mit ihren Kindern. Eine solche Tagesgestaltung ist mit einer mittelgradigen oder schweren Depression laut Dr. T. ___ nicht vereinbar (IV-act. 244, Ziff. 6.3 S. 47). Als einziges depressives Symptom habe die Beschwerdeführerin die Auseinandersetzungen mit ihrem Mann genannt (IV-act. 220 S. 2). Diese Ausführungen können nachvollzogen werden und leuchten in der Schlussfolgerung ein. Hinzu kommt, dass die ärztliche Beurteilung von der Natur der Sache her unausweichlich Ermessenszüge trägt (vgl. anstatt vieler das Urteil des Bundesgerichts vom 26. September 2019, 9C_379/2019, E. 3.5.1 mit weiteren Hinweisen). Insoweit die Beschwerdeführerin Dr. T. ___ eine lediglich oberflächliche Auseinandersetzung mit den Vorakten vorwerfen lässt (vgl. act. G1 Rz. III/32), kann ihr nicht gefolgt werden. Er führte in diesem Zusammenhang aus, in der Klinik M. ___ seien 2010 eine Anpassungsstörung und der Verdacht auf eine somatoforme Schmerzstörung diagnostiziert worden. 2013 habe die Klinik M. ___ eine mittelgradig depressive Episode im Rahmen einer psychophysischen Erschöpfung diagnostiziert. Die Psychiatrische Klinik C. ___ habe 2015 eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung und eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode, diagnostiziert. Die seit Jahren behandelnde Psychiaterin Dr. E. ___ diagnostiziere eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung, eine depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode, eine histrionische Persönlichkeitsstörung und erwähne zahlreiche somatische Diagnosen. Im Vordergrund stehe bei der Explorandin die ausgeprägte psychische Überlagerung der geklagten somatischen Beschwerden, die kaum objektiviert werden könnten. Im Rahmen der psychiatrischen Untersuchung hätten keine depressiven Symptome festgestellt werden können (IV-act. 210, Ziff. 4.1.7 S. 16 f.). Im Bericht der Psychosomatik des KSSG seien eine rezidivierende depressive Störung und eine

chronische Schmerzstörung diagnostiziert worden. Im psychopathologischen Befund seien Auffassungs- und Konzentrationsstörungen vermerkt worden, das Denken sei umständlich, affektiv und deprimiert (IV-act. 244, Ziff. 6.3 S. 47). Aufgrund des vorstehend Erwähnten konnte Dr. T.____ diesen Befund nicht teilen und begründete auch wieso. Dr. T.____ setzte sich in seinen Teilgutachten mit den aktenkundigen früheren Diagnosen auseinander und kam unter Würdigung derselben sowie unter Berücksichtigung der von der Beschwerdeführerin geklagten Beschwerden und der von ihm erhobenen Befunde zum Schluss der vorgenannten Diagnose - welche wie gesagt mit derjenigen von der Klinik für Psychosomatik am KSSG übereinstimmt, wobei letztere wie gesagt zusätzlich eine rezidivierende depressive Störung diagnostizierte (IV-act. 218-1). Die aktenkundig einzig von der behandelnden Psychiaterin erhobene Diagnose der Persönlichkeitsstörung Cluster-Gruppe B wird von dieser nicht als die Arbeitsfähigkeit einschränkend geschildert (IV-act. 199-6 Ziff. 1.7). Hinsichtlich des Verlaufsgutachtens bemängelt die Beschwerdeführerin namentlich, dass der von Dr. T.____ geschilderte Tagesablauf dem vom Fallführer geschilderten widerspreche. Auch der kardiologische Gutachter berichte von Lustlosigkeit, fehlenden Hobbies und häufigen Streitereien zwischen den Ehegatten. Somit basiere die Einschätzung des Psychiaters auf einem falschen Sachverhalt (vgl. act. G1 Rz. III/34 ff.). Die Beschwerdeführerin erzählte Dr. T.____, dass sie regelmässig von den Töchtern und den Enkelkindern besucht werde (IV-act. 244, Ziff. 3.2 S. 44, Soziale Anamnese). Ihren Tagesablauf schilderte sie dahingehend, dass sie tagsüber meistens zu Hause sei. Sie mache regelmässig kürzere Spaziergänge. Die Einkäufe erledige sie mit dem Bus, dies sei gut möglich. Der Haushalt gebe nicht viel zu tun, sie könne ihn alleine führen, alleine bei der Wäsche helfe ihr ihre Tochter (IV-act. 244, Ziff. 3.2 S. 45, Tagesablauf). Vor diesem Hintergrund ist es nachvollziehbar, dass Dr. T.____ davon ausging, dass die Beschwerdeführerin in der Lage sei, den Zweipersonenhaushalt weitgehend selbständig zu führen, Einkäufe zu erledigen, Spaziergänge zu unternehmen und Kontakt mit ihren Kindern zu pflegen (IV-act. 244, Ziff. 7.4S. 48). Angesichts der von Dr. T.____ nachvollziehbar erhobenen Befunde (vgl. vorstehend) ist im Übrigen nicht davon auszugehen, dass er zu einer anderen Einschätzung gelangt wäre, auch wenn die Beschwerdeführerin ihm ihren Tagesablauf anders geschildert hätte. Darüber hinaus ist es durchaus nachvollziehbar, dass die Schilderung des Tagesablaufs gegenüber einem Orthopäden anders erfolgt als gegenüber einem Psychiater, zumal die zu begutachtende Person sich bei einem Psychiater wohl automatisch auf ihre Psyche und bei einem Orthopäden auf ihren Körper fokussiert. Auch in diesem Kritikpunkt ist somit kein konkretes Indiz erkennbar, das gegen die Zuverlässigkeit der ABI-Gutachten sprechen würde. Insgesamt ist denn psychiatrischerseits auch kein behandlungsanamnestisch ausgewiesener Leidensdruck der Beschwerdeführerin erkennbar, zumal sie seit Jahren vorwiegend eine ambulante Psychotherapie bei immer derselben psychiatrischen Fachärztin besucht, die sie laut Dr. T.____ als wirkungslos erlebt und nach welcher sie sich jeweils deutlich schlechter fühle (IV-act. 244, Ziff. 7.2 S. 47). Bei der Einschätzung einer vollen Arbeitsfähigkeit aus psychiatrischer Sicht blendet Dr. T.____ zu Recht die psychosozial schwierige Situation der Beschwerdeführerin aus (IV-act. 244, Ziff. 7.2 S. 48), denn der bio-psycho-soziale Krankheitsbegriff ist rechtlich im Rahmen der Arbeitsunfähigkeit nach Art. 6 ATSG nicht massgebend (BGE 143 V 426 f. E. 6). Dies dürfte - neben dem von den ABI-Gutachtern erwähnten Umstand, dass die behandelnde Psychiaterin wohl die subjektive Limitierung der Beschwerdeführerin in den Vordergrund stelle (vgl. IV-act. 250) - seine im Vergleich zur behandelnden Psychiaterin höhere Arbeitsfähigkeitseinschätzung

erklären. Insgesamt kommt dem psychiatrischen Gutachten Beweiswert zu. Insoweit die Beschwerdeführerin geltend machen lässt, auch mit dem zweiten ABI-Gutachten könnten die Arbeitsunfähigkeitsschätzungen der behandelnden Ärzte nicht entkräftet werden (act. G1, Rz. III/38), verkennt sie, dass nicht die Beschwerdegegnerin das Vorhandensein einer Arbeitsfähigkeit zu beweisen hat, sondern sie das Vorhandensein einer Arbeitsunfähigkeit (vgl. vorstehend E. 1.5), was ihr, wie ausgeführt, nicht gelingt. Insgesamt liefern die Akten keine Erklärung für die Selbsteinschätzung der Beschwerdeführerin in Bezug auf ihre ihrer Ansicht nach nicht vorhandene Arbeits- und Leistungsfähigkeit. Gegen die übrigen Teilgutachten des Verlaufsgutachtens des ABI bringt die Beschwerdeführerin nichts vor und es sind auch keine Gründe ersichtlich, die gegen den Beweiswert des internistischen, orthopädischen, kardiologischen oder pneumologischen Gutachtens sprechen würden. Das orthopädische Teilgutachten ist insbesondere auch unter Berücksichtigung des Umstandes, dass es für die Begründung einer schmerzbedingten Arbeitsunfähigkeit damit korrelierender, fachärztlich schlüssig feststellbarer Befunde bedarf, welche die Schmerzangaben hinreichend erklärbar machen und die Schmerzangaben zuverlässiger medizinischer Feststellung und Überprüfung zugänglich sein müssen (BGE 130 V 398 E. 5.3.2), nachvollziehbar. Folglich kann auf das ABI-Gutachten vom 9. April 2019 abgestellt werden. Hinsichtlich der nicht Gegenstand des Verlaufsgutachtens bildenden neurologischen Abklärung des ABI beanstandet die Beschwerdeführerin insbesondere, dass eine Auseinandersetzung mit vorbestehenden neurologischen Leiden fehle (act. G1, Rz. III/Rz. 22). In der Tat hielt der neurologische Gutachter fest, dass keine neurologischen Stellungnahmen neueren Datums zur Verfügung stehen würden (IV-act. 210 Ziff. 4.3.7 S. 28). Vor dem Hintergrund, dass die Beschwerdeführerin aktenkundig zuletzt am 6. Februar 2009 in fachärztlicher neurologischer Behandlung gestanden hat (vgl. Bericht von Dr. J. ___ vom 17. März 2009 in IV-act. 74), ist es jedoch nicht zu beanstanden, dass der neurologische Gutachter des ABI auf eine Auseinandersetzung mit den Vorakten verzichtete, zumal aus dem jahrelangen fehlenden Aufsuchen einer neurologischen Fachperson darauf geschlossen werden kann, dass die Beschwerdeführerin diesbezüglich keinen Leidensdruck verspürte. Vor diesem Hintergrund ist auch nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin bei der Verlaufsbeurteilung auf eine neuerliche neurologische Untersuchung verzichtete. Von weiteren medizinischen Abklärungen und insbesondere der Erstellung eines weiteren polydisziplinären Gutachtens - wie dies vom Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin eventualiter beantragt wird (act. G1 Rz. I/2) - sind in antizipierender Beweiswürdigung angesichts der umfangreichen und aussagekräftigen medizinischen Aktenlage keine neuen objektiven Erkenntnisse zu erwarten. Den Nachteil der Beweislosigkeit im Sinne des fehlenden Nachweises von invalidisierenden Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung hat die Beschwerdeführerin zu tragen (vgl. BGE 139 V 563 E. 8.1; vgl. vorstehend E. 1.5). Zusammenfassend ist grundsätzlich von einer 100%igen Leistungsfähigkeit der Beschwerdeführerin in leidensadaptierten Erwerbstätigkeiten (körperlich leichte, überwiegend sitzende Tätigkeiten unter Wechselbelastung, ohne wiederholtes Heben und Tragen von Lasten über 5 - 10 kg, ohne Einnahme von Zwangshaltungen und ohne wiederholten Einsatz der oberen Extremitäten oberhalb Schulterniveau unter Ausschluss von fremd- oder selbstgefährdenden Tätigkeiten; IV-act. 244 S. 9) auszugehen. Für die Zeit vom 5. Oktober 2011 bis 4. April 2012 (zervikale Dekompression und Spondylodese in der Klink F. ___, IV-act. 124), vom 22. April bis 28. Mai 2015 (Aufenthalt in der Psychiatrischen Klinik C. ___ 1, IV-act. 196-29) und vom 23. August bis 22. Oktober 2017 (Karpaldachspaltung, Operationsbericht ist nicht aktenkundig)

ist jeweils eine durch die stationären Aufenthalte bedingte resp. postoperative vollständige Arbeitsunfähigkeit zu berücksichtigen (vgl. IV-act. 210 S. 23 f. und S. 30). Hinsichtlich der Leistungsfähigkeit der Beschwerdeführerin im Betätigungsbereich Haushalt geht die Beschwerdegegnerin gestützt auf die Einschätzung der ABI-Gutachter von einer höchstens 15%igen Einschränkung aus (vgl. IV-act. 253-2 i.V.m. IV-act. 244 S. 30). Die Beschwerdeführerin ist demgegenüber der Ansicht, dass ihre Einschränkung grösser sei als die im Jahr 2013 von der Beschwerdegegnerin mittels Abklärung im Haushalt festgestellten 30 % (act. G1 Rz. III/39 ff.). Hierauf lasse auch der Umstand schliessen, dass Dr. U.____ im orthopädischen Teilgutachten von Schwierigkeiten beim Treppensteigen, Kochen und Waschen berichte (act. G1 Rz. III/40). Angesichts der Gewichtung des Haushaltsbereichs mit maximal 75 % und angesichts der fehlenden Einschränkung bei der Ausübung einer ausserhäuslichen Erwerbstätigkeit (vgl. vorstehend E. 3) müsste die Einschränkung der Beschwerdeführerin im Haushalt mindestens 54 % erreichen, um zu einem rentenbegründenden Invaliditätsgrad zu führen ($75 \% : 100 \% \times 54 = 40.5 \%$). Auch wenn der Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin zu Recht geltend macht, dass die letzte Haushaltsabklärung bereits im Jahr 2013 stattgefunden habe, kann anhand der medizinischen Akten mit überwiegender Wahrscheinlichkeit ausgeschlossen werden, dass die Einschränkung im Haushalt auch nur annähernd ein solches Mass erreicht (vgl. vorstehend E. 3; zur Berechnung inkl. Berücksichtigung eines allfälligen Abzugs vom Tabellenlohn vgl. nachstehend E. 5.1). Die Beschwerdegegnerin ist - wie ausgeführt - in körperlich leichten, überwiegend sitzenden Tätigkeiten unter Wechselbelastung, ohne wiederholtes Heben und Tragen von Lasten über 5 - 10 kg, ohne Einnahme von Zwangshaltungen und ohne wiederholten Einsatz der oberen Extremitäten oberhalb Schulterniveau unter Ausschluss von fremd- oder selbstgefährdenden Tätigkeiten 100 % leistungsfähig. Auch wenn in einem Haushalt Tätigkeiten im Stehen und Gehen, selten allenfalls auch mit Tragen von Lasten über 5 bis 10 kg erforderlich sind, ist eine Wechselbelastung dort möglich. Darüber hinaus kann die Arbeitseinteilung weitgehend frei vorgenommen werden. Auch lebte die Beschwerdeführerin anlässlich der Haushaltsabklärung im Jahr 2013 noch in einem Dreipersonenhaushalt, welcher sich mit dem Auszug der Tochter auf einen Zweipersonenhaushalt verkleinert hat (vgl. IV-act. 152-5), womit sich auch der Aufwand für die Haushaltsführung verkleinert haben dürfte. Hinsichtlich des Vorbringens der Beschwerdeführerin, in den Bereichen Ernährung, Wohnungspflege, Einkauf und Wäsche seien im Jahr 2013 lediglich 30 % an Einschränkung berücksichtigt worden, welche zwischenzeitlich bis zu 60 % betrage (act. G1 Rz. III/41), ist darauf hinzuweisen, dass bereits im Haushaltsabklärungsbericht vom 26. August 2013 in jedem dieser Bereiche eine Einschränkung von 60 % berücksichtigt worden ist. Diese Einschränkung wurde jedoch aufgrund der Mitwirkungspflicht des Ehemannes der Beschwerdeführerin jeweils um 30 resp. 40 % reduziert (vgl. IV-act. 152-12). Die Mithilfe von Familienangehörigen bei der Bewältigung des (auch deren) Haushalts ist laut bundesgerichtlicher Rechtsprechung grundsätzlich zu berücksichtigen. Denn eine gewisse Entlastung durch sie ist nach der Rechtsprechung des Bundesgerichts in die Schätzung einzubeziehen; allerdings darf nach dieser Rechtsprechung nicht etwa die Bewältigung der Haushaltstätigkeit in einzelnen Funktionen oder insgesamt auf die übrigen Familienmitglieder überwältzt werden mit der Folge, dass gleichsam bei jeder festgestellten Einschränkung danach gefragt werden müsste, ob sich ein Familienmitglied finden lässt, das allenfalls für eine ersatzweise Ausführung der entsprechenden Teilfunktion in Frage kommt (vgl. BGE 133 V 504 E. 4.2). Die Auswirkungen des Gesundheitsschadens auf die

Arbeitsfähigkeit sind aber durch geeignete organisatorische Massnahmen und die Mithilfe der Familienangehörigen - denen dadurch ausserdem keine unverhältnismässige Belastung entstehen darf - möglichst zu mildern (vgl. BGE 130 V 396 E. 8), stets allerdings ohne aus dem Blick zu verlieren, dass es um die Bemessung der behinderungsbedingten Einbusse an persönlicher Leistungsfähigkeit der versicherten Person geht. Auch unter Berücksichtigung der gesundheitlichen Situation des Ehemanns der Beschwerdeführerin, welcher seit dem 1. Mai 2016 eine Viertelsrente der IV bezieht (vgl. den in Rechtskraft erwachsenen Entscheid des hiesigen Gerichts vom 9. Juli 2020, IV 2018/257), ist eine Mitwirkung von diesem zu berücksichtigen. Insgesamt dürfte sich die Einschränkung im Haushaltsbereich tatsächlich in dem vom ABI erwähnten Ausmass von maximal 15 % befinden. Die genaue Bezifferung hat jedoch nicht zu erfolgen, da wie gesagt selbst bei einer Beeinträchtigung von bis zu 54 % keine rentenbegründende Einschränkung ausgewiesen wäre. Ausgehend von der gutachterlichen Arbeitsfähigkeitsschätzung und unter Berücksichtigung der Zeiträume einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit (vgl. vorstehend E. 3.5) bleiben die erwerblichen Auswirkungen der Leistungsbeeinträchtigung zu prüfen. Hinsichtlich des Invaliditätsgrades im ausserhäuslichen Erwerbssbereich ist der Invaliditätsgrad mittels Einkommensvergleichs zu bestimmen (vgl. vorstehend E. 1.2). Mit der Beschwerdegegnerin (vgl. Einkommensvergleich in IV-act. 252) ist davon auszugehen, dass im vorliegenden Fall sowohl hinsichtlich des hypothetischen Valideneinkommens als auch bezüglich des Invalideneinkommens der Lohn für Hilfsarbeiterinnen zugrunde zu legen ist und folglich der Einkommensvergleich anhand eines sogenannten Prozentvergleichs vorgenommen werden kann. Dabei entspricht der Invaliditätsgrad dem Grad der Arbeitsunfähigkeit, allenfalls unter Berücksichtigung eines Abzugs vom Tabellenlohn (vgl. BGE 126 V 75). Angesichts der geringen Gewichtung der ausserhäuslichen Erwerbstätigkeit und damit der geringen Auswirkung eines allfälligen Abzugs vom Tabellenlohn kann die Frage offengelassen werden, ob ein solcher vorzunehmen ist. Denn selbst unter Berücksichtigung eines 15%igen Abzugs, welcher in der vorliegenden Konstellation sicherlich das Maximum bildet, würde im Erwerbssbereich ein Invaliditätsgrad von 4 % resultieren, womit die Einschränkung im Haushaltsbereich immer noch 47 % betragen könnte, ohne rentenbegründend zu wirken (Erwerb: $25\% : 100\% \times 15 = 3.75\%$; Haushalt: $75\% : 100\% \times 47\% = 35.25\%$). Für die Zeiten ausserhalb der operationsbedingten vollständigen Erwerbsunfähigkeit (vgl. vorstehend E. 3.5) ist somit von einer rentenausschliessenden Erwerbsfähigkeit auszugehen. Die vorliegend zu beurteilende Anmeldung bei der IV erfolgte im April 2010. Der frühestmögliche Rentenbeginn - unter Vorbehalt der Erfüllung des Wartejahres (vgl. sogleich) - ist damit der 1. Oktober 2010. Zu diesem Zeitpunkt bleibt - wie vorstehend ausgeführt - eine rentenbegründende Einschränkung beweislos. Eine solche ist erst ab dem 5. Oktober 2011 ausgewiesen, ab welchem Zeitpunkt die Beschwerdeführerin aufgrund einer Rückenoperation gemäss ABI-Gutachten bis 4. April 2012 in sämtlichen Tätigkeiten zu 100 % arbeitsunfähig war. Das Wartejahr gemäss Art. 29 Abs. 1 lit. b IVG begann spätestens am 27. März 2009 zu laufen, ab welchem Zeitpunkt die Beschwerdeführerin von der behandelnden Psychiaterin Dr. E.____ zu 50 % krankgeschrieben wurde. Ab Dezember 2009 wurde die Arbeitsunfähigkeit auf 100 % erhöht (IV-act. 60). Damit war das Wartejahr im Zeitpunkt der nachgewiesenen vollständigen Erwerbsunfähigkeit erfüllt und es entstand ein Rentenanspruch ab 1. Oktober 2011. Bei rückwirkender Zusprache einer abgestuften und/oder befristeten Invalidenrente sind gemäss Rechtsprechung die für die Rentenrevision geltenden Art. 17 Abs. 1 ATSG und Art. 88a IVV über die Änderung des Leistungsanspruchs bei einer Verbesserung oder

Verschlechterung der Erwerbsfähigkeit analog anzuwenden, weil noch vor Erlass der ersten Rentenverfügung eine Änderung eingetreten ist (Urteil des Bundesgerichts vom 16. Mai 2019, 9C_687/2018, E. 2 mit Hinweisen). Gemäss Art. 88a IVV ist bei einer Verbesserung (Abs. 1) oder Verschlechterung (Abs. 2) der Erwerbsfähigkeit die anspruchsbefehlende Änderung zu berücksichtigen, sobald sie ohne wesentliche Unterbrechung drei Monate angedauert hat. Renten werden stets für den ganzen Kalendermonat im Voraus ausbezahlt (Art. 19 Abs. 3 ATSG). Somit hat die Beschwerdeführerin angesichts der vorstehend festgestellten Arbeits- resp. Erwerbsunfähigkeiten vom 1. Oktober 2011 bis 31. Juli 2012 Anspruch auf eine befristete ganze Rente. Darüber hinaus vermag sie keinen rentenbegründenden Invaliditätsgrad zu erreichen. Zusammenfassend ergibt sich, dass die Beschwerde teilweise gutzuheissen ist und die Beschwerdeführerin für die Dauer vom 1. Oktober 2011 bis 31. Juli 2012 einen Anspruch auf eine ganze Rente hat. Darüber hinaus besteht kein Rentenanspruch. Die Sache ist zur Festsetzung und Ausrichtung der geschuldeten Leistungen an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. 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 im vorliegenden durchschnittlich aufwändigen Fall als angemessen. Die Beschwerdeführerin hat gemessen am Antrag um Zusprache einer unbefristeten, mindestens halben Rente nur in untergeordnetem Ausmass obsiegt. Die Beschwerdegegnerin hat es jedoch pflichtwidrig unterlassen, der Beschwerdeführerin die ihr zustehende befristete Rente zuzusprechen und auszurichten. Vor diesem Hintergrund sind der Beschwerdeführerin ermessensweise zwei Drittel der Kosten, d.h. Fr. 400.--, aufzuerlegen. Der geleistete Kostenvorschuss von Fr. 600.-- ist der Beschwerdeführerin im Umfang von Fr. 400.-- daran anzurechnen und im Umfang von Fr. 200.-- zurückzuerstatten. Den Restbetrag von Fr. 200.-- hat die Beschwerdegegnerin zu bezahlen. Gemäss Art. 61 lit. g ATSG hat die obsiegende beschwerdeführende Partei Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. 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 der Honorarordnung (sGS 963.75) pauschal Fr. 1'500.-- bis Fr. 15'000.--. Im hier zu beurteilenden Fall erscheint eine pauschale Parteientschädigung von Fr. 4'000.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) bei vollem Obsiegen als angemessen. Da die Beschwerdeführerin teilweise obsiegt, hat sie einen reduzierten Anspruch auf eine Parteientschädigung. Einem Obsiegen zu einem Drittel entsprechend hat die Beschwerdegegnerin die Beschwerdeführerin mit Fr. 1'333.35 (inkl. Barauslagen und Mehrwertsteuer) zu entschädigen. Da die Gerichtsschreiberin verhindert ist, wird der Entscheid für diese stellvertretend von einer mitwirkenden Richterin unterzeichnet (Art 39 ter Abs. 2 des Gesetzes über die Verwaltungsrechtspflege [VRP; sGS 951.1]). Entscheid im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP In teilweiser Gutheissung der Beschwerde wird die angefochtene Verfügung vom 20. Januar 2020 aufgehoben und der Beschwerdeführerin mit Wirkung vom 1. Oktober 2011 bis 31. Juli 2012 eine ganze Invalidenrente zugesprochen. Darüber hinaus besteht kein Rentenanspruch. Zur Festsetzung und Ausrichtung der Leistung wird die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen. Die Gerichtsgebühr von Fr. 600.-- hat die Beschwerdeführerin zu zwei Dritteln und die Beschwerdegegnerin zu einem Drittel zu bezahlen. Der geleistete Kostenvorschuss von Fr. 600.-- wird der Beschwerdeführerin daran angerechnet und im Umfang von Fr. 200.--

zurückerstattet. Die Beschwerdegegnerin hat der Beschwerdeführerin eine Parteientschädigung von Fr. 1'333.35 (inkl. Barauslagen und Mehrwertsteuer) zu bezahlen.

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