

SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2023/170 vom 15. August 2024

Sg Versicherungsgericht, 2024-08-15, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg_publicationen_IV_2023_170

FR: SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2023/170 du 15 août 2024

IT: SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2023/170 del 15 agosto 2024

Regeste

Art. 28 IVG. Rentenanspruch. Neuanmeldung nach Abweisung. Beweiskraft des polydisziplinären Gutachtens bejaht. Kein rentenbegründender Mindestinvaliditätsgrad (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 15. August 2024, IV 2023/170).

Volltext

Entscheid vom 15. August 2024 Besetzung Versicherungsrichterin Mirjam Angehrn (Vorsitz), Versicherungsrichterin Christiane Gallati Schneider und Versicherungsrichter Michael Rutz; Gerichtsschreiber Markus Jakob Geschäftsnr. IV 2023/170 Parteien A.____, Beschwerdeführerin, vertreten durch Rechtsanwalt lic. iur. Adrian Fiechter, Anwalt und Beratung GmbH, Poststrasse 6, Postfach 239, 9443 Widnau, gegen IV-Stelle des Kantons St. Gallen, Postfach 368, 9016 St. Gallen, Beschwerdegegnerin, Gegenstand Rente Sachverhalt A.____ meldete sich am 15. März 2002 bei der IV-Stelle des Kantons St. Gallen zum Bezug von Leistungen der Invalidenversicherung an. Sie gab an, seit August 2000 zu 100 % arbeitsunfähig zu sein (IV-act. 2). Der behandelnde Dr. med. B.____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, erwähnte im Bericht vom 6. Mai 2002 unklare Schmerzzustände bei Status nach Operation eines Sakraldermoids Anfang 2000, eine Hypothyreose und eine depressive Entwicklung und empfahl dringend eine Medas-Abklärung (IV-act. 7). Die IV-Stelle liess die Versicherte in der Folge durch die Fachstelle C.____ psychiatrisch abklären. Die zuständige Oberärztin diagnostizierte am 27. August 2002 mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine Somatisierungsstörung (ICD-10: F45.0) sowie eine leichte depressive Episode ohne somatische Symptome (ICD-10: F32.0; DD: organische depressive Störung bei Hypothyreose mit allerdings derzeit kompensierten peripheren Schilddrüsenwerten) und bescheinigte der Versicherten eine seit September 2000 bestehende 100%ige Arbeitsunfähigkeit in der bisherigen und in einer adaptierten Arbeitstätigkeit (IV-act. 11). Mit Verfügung vom 19. März 2003 wurden der Versicherten ab 1. April 2003 bei einem Invaliditätsgrad von 100 % eine ganze Rente samt Zusatzrenten zugesprochen, wobei die Verfügung den Hinweis enthält, für die Periode vom 1. September 2001 bis 31. März 2003 erhalte die Versicherte nach abgeschlossenem Verrechnungsverfahren eine separate Verfügung (IV-act. 24; letztere ist nicht aktenkundig). Im Rahmen eines von Amtes wegen nach dem Inkrafttreten der IV-Revision 6a eingeleiteten Revisionsverfahrens (IV-act. 59) erstattete die Academy of Swiss Insurance Medicine (asim), Basel, der IV-Stelle am 31. Dezember 2013 ein polydisziplinäres (internistisches, psychiatrisches, orthopädisches, gynäkologisches und neurologisches) Gutachten. Darin wurden mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit die Diagnosen chronische Migräne ohne Aura (ICD-10: G43.0) mit möglicher Analgetika-induzierter

Kopfschmerzkomponente (ICD-10: G44.83) sowie ein zervikobrachiales Schmerzsyndrom beidseits (ICD-10: M54.82) erhoben. In der angestammten leichten, aber einseitig belastenden Tätigkeit schätzten die asim-Sachverständigen die Arbeitsfähigkeit auf 75 % (6 Stunden täglich). Für andere körperlich leichte Tätigkeiten mit angepasster Wechselbelastung bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 80 %. Diese Einschätzung beruhe auf einer Verbesserung des psychischen Gesundheitszustands. Da seit 2002 keine psychiatrischen Berichte vorlägen, die eine Vergleichsbeurteilung der depressiven Episoden ermöglichen würden, werde der Beginn der Arbeitsfähigkeit auf den Zeitpunkt des Gutachtens festgesetzt (IV-act. 80, insbesondere IV-act. 80-19 und IV-act. 80-23). Gestützt darauf verfügte die IV-Stelle am 15. April 2014 die Aufhebung der Rentenleistung auf das Ende des der Zustellung der Verfügung folgenden Monats (IV-act. 99). Die von der Versicherten dagegen erhobene Beschwerde vom 27. Mai 2014 (IV-act. 103-2 ff.) wies das Versicherungsgericht mit Entscheid vom 28. Februar 2017, IV 2014/285, ab (IV-act. 126). Am 10. Mai 2017 meldete sich die Versicherte erneut zum Leistungsbezug bei der IV-Stelle an (IV-act. 129). Dr. B.____ berichtete am 29. Mai 2017, die Versicherte leide konstant an Abdominalbeschwerden, die einerseits auf gastroenterologische Erkrankungen/Adhäsionen und andererseits auf gynäkologische Erkrankungen zurückzuführen seien. Weiterhin leide sie unter persistierenden Schmerzen im linken Bein bei bekannter Diskusprotrusion mit Kompression von L5 links. Wegen der multiplen Beschwerden abdominal und auch im Bereich des Bewegungsapparates sei die Versicherte in ihrer Belastbarkeit massiv eingeschränkt, was mit einer erheblichen Einschränkung der Arbeitsfähigkeit einhergehe (IV-act. 135-1 f.; siehe auch den Bericht von Dr. B.____ vom 31. Januar 2018, IV-act. 152-5 ff.). Die psychiatrischen Fachpersonen des Psychiatrie-Zentrums C.____, welche die Versicherte seit dem 15. September 2017 behandeln, berichteten am 15. März 2018, dass die Versicherte an einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10: F32.1), und an einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10: F45.41) leide. Aufgrund der dadurch verursachten Symptomatik sei die Versicherte in ihrer körperlichen und psychischen Leistungsfähigkeit stark eingeschränkt. Eine Wiedereingliederung in den Arbeitsprozess werde somit nicht möglich (IV-act. 158). Im Auftrag der IV-Stelle erstatteten die Sachverständigen der ABI Aerztliches Begutachtungsinstitut GmbH, Basel, am 3. September 2019 ein polydisziplinäres (allgemeininternistisches, psychiatrisches, orthopädisches, neurologisches und gynäkologisches) Gutachten, welches auf persönlichen Untersuchungen vom 11. und 17. Juni 2019 beruhte (IV-act. 208). Die ABI-Gutachter stellten ausschliesslich Diagnosen, denen sie keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit einräumten, so etwa eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10: F45.41) und ein chronisches panvertebrales Schmerzsyndrom (ICD-10: M54.80). Sie bescheinigten der Versicherten sowohl bezogen auf die angestammte als auch eine andere leidensangepasste Tätigkeit eine 100%ige Arbeitsfähigkeit (IV-act. 208, insbesondere IV-act. 208-9 ff.). Der psychiatrische ABI-Gutachter hielt fest, die Versicherte zeige eine ausgeprägte subjektive Krankheitsüberzeugung, die sich weder aus psychiatrischer noch aus somatischer Sicht objektivieren lasse (IV-act. 208-38 Ziff. 7.4). Der RAD-Arzt Dr. med. D.____, Facharzt u.a. für Allgemeine Innere Medizin, vertrat die Auffassung, die Versicherte sei umfassend gutachterlich untersucht worden und es könne darauf abgestellt werden (Stellungnahme vom 14. Oktober 2019, IV-act. 209). Die IV-Stelle ermittelte in der Folge einen 0%igen Invaliditätsgrad und stellte der Versicherten mit Vorbescheid vom 16. Oktober 2019 die Abweisung des Rentengesuchs in Aussicht

(IV-act. 212). Dagegen erhob die Versicherte am 22. November 2019 Einwand (IV-act. 215) und reichte mit der ergänzenden Begründung vom 10. Januar 2020 (IV-act. 217) Berichte von behandelnden medizinischen Fachpersonen ein, u.a. denjenigen von Dr. B.____ vom 17. Dezember 2019. Darin führte dieser aus, klinisch hätten sich am 6. Dezember 2019 eine Druckdolenz im Bereich der vorderen Schambeinäste sowie eine Schmerzhaftigkeit bei Belastung der Adduktoren und Bauchmuskulatur gezeigt. Eine Abklärung mittels MRT habe in der Folge die Verdachtsdiagnose einer Osteitis pubis mit nicht dislozierten Frakturen symphysennahe beidseits rechts grösser als links bestätigt. Diese Situation habe sicher bereits bei der Untersuchung in der ABI bestanden, sei vom orthopädischen Gutachter jedoch nicht wahrgenommen worden (IV-act. 218-4 f.; zur MR-Untersuchung des Beckens vom 11. Dezember 2019 siehe IV-act. 218-6 und zur Beurteilung der behandelnden psychiatrischen Fachpersonen den Verlaufsbericht vom 31. Dezember 2019, IV-act. 218-1 ff.). In der Stellungnahme vom 18. Februar 2020 empfahl der RAD-Arzt Dr. D.____, die Berichte der behandelnden psychiatrischen Fachpersonen und von Dr. B.____ den ABI-Gutachtern zur Stellungnahme vorzulegen (IV-act. 219). Der psychiatrische und orthopädische ABI-Gutachter antworteten am 28. April 2020 auf die Anfrage der IV-Stelle vom 17. März 2020 (IV-act. 222), dass nicht mit letzter Sicherheit ausgeschlossen werden könne, dass die Osteitis pubis bereits im Zeitpunkt der Begutachtung bestanden habe. Diese begründe lediglich eine vorübergehende qualitative Einschränkung der Arbeitsfähigkeit, indem körperlich mittelschwere und schwere Verrichtungen sowie das längere Stehen und Gehen vermieden werden sollten. Für körperlich leichte Tätigkeiten liege dagegen auch unter Berücksichtigung der neuen medizinischen Unterlagen eine zeitlich und leistungsmässig uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit aus orthopädischer Sicht vor. Aus dem psychiatrischen Verlaufsbericht würden sich keine neuen Aspekte ergeben, die geeignet seien, an der gutachterlichen Beurteilung etwas zu ändern (IV-act. 224-2 f.). Am 15. Juni 2020 reichte die Versicherte den Austrittsbericht des Rehasentrums Valens vom 9. Juni 2020 ein, wo sie vom 18. Mai bis 10. Juni 2020 stationär behandelt worden war. Die dort behandelnde Ärztin diagnostizierte, u.a. gestützt auf einen am 19. Mai 2020 erhobenen Röntgenbefund (siehe den radiologischen Bericht vom 26. Mai 2020, IV-act. 233-8 f.), eine Osteomalazie mit u.a. vorderer Schambeinastfraktur beidseits, eine schwere depressive Störung, eine Hypothyreose und eine Adipositas (IV-act. 233-3). Sie bescheinigte der Versicherten für die Dauer des stationären Aufenthalts eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit. Insgesamt habe keine anhaltende Aktivierung sowie keine Schmerzlinderung erreicht werden können. Die psychiatrische Problematik scheine aktuell führend bei den Beschwerden der Versicherten (IV-act. 233-4 f.; siehe auch die Berichtsversion vom 16. Juni 2020, IV-act. 236-2 ff.). Die behandelnden medizinischen Fachpersonen des Psychiatrie-Zentrums C.____ bescheinigten der Versicherten im Bericht vom 30. September 2020 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit für sämtliche Erwerbstätigkeiten. Sie leide u.a. an einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10: F33.1), und an einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10: F45.41; IV-act. 246-3 f.). Am 12. Oktober 2020 (IV-act. 247) reichte die Versicherte den Austrittsbericht der Frauenklinik am Kantonsspital St. Gallen vom 28. Juli 2020 (IV-act. 249; zur vollständigen Version siehe IV-act. 255) ein, wo am 22. Juli 2020 wegen rezidivierender Unterbauchschmerzen eine diagnostische Laparoskopie mit Adhäsiolyse durchgeführt worden war (siehe hierzu den Operationsbericht in IV-act. 250). Intraoperativ habe sich lediglich ein Adhäsionsstrang vom Colon ascendens an die rechte Bauchwand reichend gezeigt, der problemlos habe gelöst werden können (IV-act. 255-2).

Der RAD-Arzt Dr. D.____ führte in der Stellungnahme vom 27. Oktober 2020 aus, nach einer polydisziplinären Begutachtung im September 2019 seien bei der Versicherten Gesundheitsschäden im Bereich des kleinen Beckens neu bekannt geworden. «Weiterhin» seien die formalen Kriterien einer mittelgradigen depressiven Störung «zwischenzeitlich» festgestellt worden. Es stelle sich die Frage einer deutlichen und dauerhaften Veränderung des Gesundheitszustands seit September 2019 mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit. Der RAD-Arzt empfahl eine polydisziplinäre Verlaufsbeurteilung bei der ABI (IV-act. 259). Am 30. Oktober 2020 teilte die IV-Stelle der Versicherten ihr Vorhaben für die von Dr. D.____ empfohlene polydisziplinäre Verlaufsbeurteilung bei der ABI (IV-act. 258) sowie am 3. Dezember 2020 die Namen der ABI-Sachverständigen mit (IV-act. 263). Dagegen brachte die Versicherte am 19. Februar 2021 vor, das ABI sei offensichtlich befangen. Sie beantragte, es sei eine andere Gutachterstelle mit der polydisziplinären Begutachtung zu beauftragen (IV-act. 265). Nachdem der Rechtsdienst der Sozialversicherungsanstalt des Kantons St. Gallen die von der Versicherten gegen die Begutachtung vorgebrachten Einwände als nicht stichhaltig beurteilt hatte (Stellungnahme vom 1. März 2021, IV-act. 269), ordnete die IV-Stelle mit Zwischenverfügung vom 1. März 2021 die vorgesehene polydisziplinäre Begutachtung durch die ABI an (IV-act. 270). Gegen diese Zwischenverfügung erhob die Versicherte Beschwerde und beantragte darin deren Aufhebung und die Beauftragung einer anderen neutralen Begutachtungsstelle mit der Begutachtung bzw. eventualiter den Einsatz anderer neutraler Gutachter für bestimmte Disziplinen (IV-act, 281), welche das Versicherungsgericht mit Entscheid vom 10. Dezember 2021 (IV 2021/78) ablehnte (IV-act. 293). Die Versicherte liess daraufhin verschiedene Arztberichte einreichen (IV-act. 295 ff., 311, 318 ff.). Mit Schreiben vom 28. März 2022 informierte das ABI die Versicherte über die Begutachtungstermine, die Fachrichtungen und die Namen der Begutachter (IV-act. 305). Im Auftrag der IV-Stelle erstatteten die Sachverständigen des ABI am 2. August 2022 ein polydisziplinäres (allgemeininternistisches, psychiatrisches, orthopädisches, neurologisches und gynäkologisches) Verlaufsgutachten (vgl. IV-act. 324), welches auf persönlichen Untersuchungen der Versicherten beruht (allgemein-internistische Untersuchung am 25. Mai 2022 durch Dr. med. E.____, psychiatrische Untersuchung vom 2. Mai 2022 und wegen fehlender Tonbandaufzeichnung Wiederholung der psychiatrischen Untersuchung am 23. November 2022 [vgl. IV-act. 325 bis 337] jeweils durch Dr. med. F.____, orthopädische Untersuchung am 25. Mai 2022 durch Dr. med. G.____, neurologische Untersuchung am 25. Mai 2022 durch Dr. med. H.____ und gynäkologische Untersuchung vom 19. April 2022 durch Dr. med. I.____). Die ABI-Gutachter stellten keine Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit. Ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit wurden u.a. eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10: F45.41) und ein chronisches panvertebrales Schmerzsyndrom (ICD-10: M54.80; IV-act. 324-10) diagnostiziert. Bezüglich der angestammten Tätigkeit als Monteurin als auch hinsichtlich anderer leidensangepassten Tätigkeiten (leichte bis gelegentlich mittelschwere wechselbelastende Tätigkeiten ohne Zwangshaltungen und ohne Überkopfarbeiten) gingen die Gutachter von einer 100%igen Arbeitsfähigkeit aus (8 bis 8 ½ Stunden pro Tag, ohne Leistungseinschränkungen). Im Weiteren wurde insbesondere ausgeführt, dass in allen Fachrichtungen eine Beschwerdeangabe aufgefallen sei, die überhaupt nicht mit den kaum objektivierbaren Befunden übereingestimmt habe. Aus psychiatrischer Sicht habe zwar eine Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren zugeordnet, eine Depression dagegen nicht objektiviert werden können. Gelegentliche depressive Phasen seien im

Längsschnitt denkbar, jedoch ohne eine anhaltende Einschränkung im Sinne einer invalidisierenden Erkrankung. Die Schmerzstörung könne ebenfalls nicht als funktionell beeinträchtigend anerkannt werden. Der RAD-Arzt J.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, erklärte in der Stellungnahme vom 8. Dezember 2022, dass aus versicherungsmedizinischer Sicht auf das polydisziplinäre Gutachten abgestellt werden könne (IV-act. 338). Zu den vom Rechtsvertreter in der Folge eingereichten Arztberichten (u.a. Bericht des Rehasentrum Valens vom 4. November 2022, IV-act. 345, Arztbericht von Dr. B.____ vom 3. März 2023, IV-act. 346-1 f., Bericht der Radiologie K.____ vom 29. Oktober 2022, IV-act. 346-6 f., Bericht der Psychiatrie L.____ vom 4. April 2023, IV-act. 347) nahm RAD-Arzt J.____ am 12. April 2023 Stellung. So hielt er fest, dass die neu eingereichten Berichte keine somatischen Befunde enthielten, die nicht bereits im ABI-Gutachten vom 2. August 2022 gewürdigt worden seien. Er empfahl, an den Beurteilungen in der letzten Stellungnahme des RAD vom 8. Dezember 2022 festzuhalten, da es sich in den neu vorgebrachten Arztberichten lediglich um eine unterschiedliche Beurteilung des gleichen Gesundheitszustandes handle (IV-act. 348). Mit Vorbescheid vom 2. Juni 2023 stellte die IV-Stelle der Versicherten ausgehend von einer 100%igen Arbeitsfähigkeit sowohl angestammt als leidensangepasst und einem ermittelten Invaliditätsgrad von 0 % die Ablehnung des Rentenbegehrens in Aussicht (IV-act. 354; vgl. dazu Feststellungsblatt, IV-act. 353, und Einkommensvergleich, IV-act. 352). Gegen den Vorbescheid erhob der Rechtsvertreter der Versicherten unter Einreichung weiterer Arztberichte (u.a. ein Bericht des Notfallzentrums des Kantonsspitals St. Gallen [nachfolgend: KSSG] vom 30. Juni 2023, IV-act. 361, einem Sprechstundenbericht des Zentrum M.____ vom 23. Mai 2023, IV-act. 362, und einem Bericht der Psychiatrie L.____ vom 15. Juni 2023, IV-act. 365) am 10. Juli 2023 Einwand (IV-act. 360). RAD-Arzt Dr. med. N.____, Facharzt für Chirurgie, nahm am 28. Juli 2023 zu den eingereichten Arztberichten Stellung und erklärte, dass erneut keine neuen medizinischen Sachverhalte oder Diagnosen vorgebracht worden seien, die nicht bereits im medizinischen Dossier oder im massgeblichen Gutachten erwähnt bzw. diskutiert worden seien. Es bleibe daher versicherungsmedizinisch bei der bisherigen Einschätzung der Arbeitsfähigkeit und des Zumutbarkeitsprofils (IV-act. 366). Mit Verfügung vom 31. Juli 2023 verneinte die IV-Stelle einen Rentenanspruch der Versicherten (IV-act. 367). Gegen diese Verfügung liess die Versicherte (nachfolgend: Beschwerdeführerin), vertreten durch Rechtsanwalt lic. iur. Adrian Fiechter, Widnau, am 14. September 2023 Beschwerde erheben (act. G 1). Sie beantragte, die Verfügung vom 31. Juli 2023 aufzuheben und ihr ab 31. Juli 2023 eine ganze Rente der Invalidenversicherung zuzusprechen. Eventualiter sei ein neutrales psychiatrisches und rheumatologisches Gutachten zu erstellen; unter Kosten- und Entschädigungsfolge zu Lasten der IV-Stelle (nachfolgend: Beschwerdegegnerin; act. G1). In ihrer Beschwerdeantwort vom 14. November 2023 beantragte die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde (act. G4). In ihrer Replik vom 14. März 2024 hielt die Beschwerdeführerin an den in der Beschwerde gestellten Anträgen fest. Sie reichte u.a. einen Bericht von Dr. med. O.____, Rheumatologie am P.____, ein (act. G14, G14.1). Mit Schreiben vom 22. März 2024 verzichtete die Beschwerdegegnerin auf die Einreichung einer Duplik und hielt an den Ausführungen in der Beschwerdeantwort und am gestellten Antrag vollumfänglich fest (IV-act. G17). Erwägungen Vorliegend strittig und zu prüfen ist der Anspruch der Beschwerdeführerin auf eine Invalidenrente. Angesichts der am 10. Mai 2017 erfolgten Wiederanmeldung (IV-act. 129) kommen zur Beurteilung des Rentenanspruchs die bis zum 31. Dezember 2021 gültig gewesenen Bestimmungen des

Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG; SR 831.20) und der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV; SR 831.201) zur Anwendung (siehe das Kreisschreiben des Bundesamtes für Sozialversicherungen über Invalidität und Rente in der Invalidenversicherung, gültig ab 1. Januar 2022, Rz. 9100 ff.). Einen Anspruch auf eine Rente der Invalidenversicherung haben Versicherte, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wiederherstellen, erhalten oder verbessern können, während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig gewesen sind und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid sind (Art. 28 Abs. 1 IVG). Invalidität ist gemäss 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 wird in Art. 7 Abs. 1 ATSG als der durch eine 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 ausgeglichen Arbeitsmarkt definiert. Der Invaliditätsgrad ist grundsätzlich durch einen Einkommensvergleich zu ermitteln. Dabei wird 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 kann, in Beziehung gesetzt zum Einkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Art. 16 ATSG). 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 dabei, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsfähig 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 bzw. der Anamnese abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Fachperson begründet sind (BGE 125 V 352 E. 3a mit Hinweis). 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 (BGE 125 V 352 E. 3a). Der im Sozialversicherungsrecht geltende 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 unbewiesenen 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 umindest die Wahrscheinlichkeit für sich hat, der Wirklichkeit zu entsprechen (BGE 117 V 264 E. 3b mit Hinweisen). 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. Der Richter und die Richterin haben vielmehr jener Sachverhaltsdarstellung zu folgen, die sie von allen möglichen Geschehensabläufen als die wahrscheinlichste würdigen (BGE 138 V 221 f. E. 6, 126 V 360 E. 5b und 125 V 195 E. 2 jeweils mit Hinweisen). Die Beschwerdegegnerin stützte sich bei der Ablehnung des Rentenbegehrens in erster Linie auf das polydisziplinäre ABI-Gutachten vom 2. August 2022 (IV-act. 324) und die Ausführungen des psychiatrischen ABI-Gutachters vom 23. November 2022 zur wiederholten psychiatrischen Begutachtung (IV-act. 335, vgl. Sachverhalt A.m) sowie die Stellungnahmen des RAD vom 8. Dezember 2022 (IV-act. 338), vom 12. April 2023 (IV-act. 348) und vom 28. Juli 2023 (IV-act. 366). In den Stellungnahmen erklärte der RAD, dass das Gutachten auf allseitigen Untersuchungen beruhe, die geklagten Beschwerden berücksichtige und in Kenntnis der Vorakten abgegeben worden sei. Die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit im polydisziplinären Konsens sei plausibel und nachvollziehbar. Aus versicherungsmedizinischer Sicht könne auf das polydisziplinäre Gutachten abgestellt werden. Die 100%ige Arbeitsfähigkeit angestammt und adaptiert sowie die Adaptionskriterien könnten übernommen werden. Auch in der Vergangenheit habe keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit vorgelegen. Demgegenüber bemängelt die Beschwerdeführerin am ABI-Gutachten vom 2. August 2022, dass lediglich vier Teilbegutachtungen mit den Fachdisziplinen Psychiatrie, Orthopädie, Neurologie und Gynäkologie stattgefunden hätten. Eine rheumatologische Untersuchung sei dagegen nicht durchgeführt worden, obwohl das Rehaszentrum Valens im Bericht vom 4. November 2022 ein chronisches fibromyalgieformes generalisiertes Schmerzsyndrom festgestellt habe. Diese Diagnose sei u.a. vom KSSG am 30. Juni 2023 mit der Diagnose exazerbiertes Fibromyalgie-Syndrom bestätigt worden. Im Weiteren wird beanstandet, dass der psychiatrische ABI-Gutachter eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10: F45.41) diagnostiziert habe, jedoch ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit. Auch seien die Auswirkungen der von den behandelnden Ärzten diagnostizierten depressiven Störung auf die Arbeitsfähigkeit vom psychiatrischen ABI-Gutachter nicht berücksichtigt worden (act. G1-3 ff.). In der Replik wurde zudem geltend gemacht, dass die gutachterliche Aussage, die Beschwerdeführerin sei nie stationär psychiatrisch behandelt worden, falsch sei und das psychiatrische Gutachten tendenziöse Aussagen enthalte, weshalb nicht darauf abgestellt werden dürfe. Im Weiteren wird eingewendet, dass im Rahmen der ein bis eineinhalb Stunden dauernden Explorationsgespräche die Ressourcen, die Fähigkeiten und die Belastungsfähigkeit nicht hätten ermittelt werden können und die von den behandelnden Ärzten abweichende Arbeitsfähigkeitsschätzung von den ABI-Gutachtern zu wenig begründet worden sei. Daher sei gestützt auf die vorgelegten Arztberichte von einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit auszugehen (vgl. act. G14). Zu prüfen ist zunächst die Beweistauglichkeit des psychiatrischen Teilgutachtens des ABI-Verlaufgutachtens vom 2. August 2022 (IV-act. 324-38 ff.). In diesem Zusammenhang ist vorab festzuhalten, dass gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung auf ein versicherungsexternes Gutachten abzustellen ist, sofern nicht konkrete Indizien gegen dessen Zuverlässigkeit sprechen. Die unterschiedliche Natur von Behandlungsauftrag der therapeutisch tätigen (Fach-)Person einerseits und Begutachtungsauftrag des amtlich bestellten fachmedizinischen Experten andererseits lässt es rechtsprechungsgemäss nicht zu, ein Administrativ- oder Gerichtsgutachten stets in Frage zu stellen und zum Anlass weiterer Abklärungen zu nehmen, wenn die behandelnden Arztpersonen beziehungsweise Therapeuten zu

anderslautenden Einschätzungen gelangen. Vorbehalten bleiben Fälle, in denen sich eine abweichende Beurteilung aufdrängt, weil diese wichtige – und nicht rein subjektiver Interpretation entspringende – Aspekte benennen, die bei der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind (Urteil des Bundesgerichts vom 3. März 2022, 8C_461/2021, E. 4.1). Die psychiatrische Exploration kann von der Natur der Sache nach nicht ermessensfrei erfolgen, weshalb dem begutachtenden Psychiater praktisch immer ein gewisser Spielraum bleibt, innerhalb dessen verschiedene medizinisch-psychiatrische Interpretationen möglich, zulässig und zu respektieren sind, sofern der Experte lege artis vorgegangen ist (Urteile des Bundesgerichts vom 29. Dezember 2017, 8C_629/2017, E. 4.3, und vom 13. März 2014, 8C_839/2013, E. 4.2.2.1 jeweils mit Hinweisen). Bei psychischen Leiden kommt es nicht in erster Linie auf die Diagnose, sondern auf den Schweregrad der psychischen Symptomatik sowie der damit verbundenen Funktionseinschränkungen an. Entscheidend ist dabei, ob es gelingt, auf objektivierter Beurteilungsgrundlage den Beweis einer rechtlich relevanten Arbeits- und Erwerbsunfähigkeit zu erbringen, wobei die versicherte Person die materielle Beweislast zu tragen hat (BGE 143 V 416 E. 4.5.2, 141 V 295 f. E. 3.7.2). Der psychiatrische Gutachter hielt in seinem Teilgutachten (IV-act. 324-38 ff.) u.a. fest, die Beschwerdeführerin habe berichtet, dass sie seit zwanzig Jahren in ambulanter psychiatrischer Behandlung sei. Die Termine fänden in wechselnden Abständen – derzeit alle zwei Wochen – statt. Nach den Gesprächen, bei denen sie alles mit der Psychiaterin besprechen könne, sei sie erleichtert (IV-act. 324-39). Sie habe seit jeher eine gute Beziehung zu den Eltern sowie zu ihrer Schwester und ihren beiden Brüdern, die in der Nähe lebten. Auch zu ihrem Mann sowie zu ihrer Tochter und ihrem Sohn, die beide noch zu Hause lebten, habe sie eine sehr gute Beziehung. Letztmals gearbeitet habe sie im Jahr 2002. Sie verfüge über einen Führerschein, fahre aber nur selten und nur in Begleitung mit dem Auto (IV-act. 324-40). Zum Tagesablauf erklärte die Beschwerdeführerin, dass sie morgens mit ihrer Tochter jeweils einen fünfzehn- bis dreissigminütigen Spaziergang unternehme. Tagsüber lege sie sich oft hin und schaue Fernsehen. Ihre Tochter und ihr Sohn seien im Haushalt behilflich. Manchmal helfe sie, die Beschwerdeführerin, beim Kochen. Sie begleite ihren Mann und ihre Tochter beim Einkaufen. An den Wochenenden mache sie gelegentlich zusammen mit der Familie einen Spaziergang. Regelmässig kämen die Brüder, die Schwester und ihre Eltern zu einem Besuch vorbei (IV-act. 324-41). Im Untersuchungsbefund hielt Dr. F.____ insbesondere fest, dass die Beschwerdeführerin ausführlich über ihre Schmerzen berichtet habe. Das Denken sei von ihren Klagen geprägt gewesen. Aufgefallen sei, dass sie kaum einen leidenden Eindruck gemacht habe. So habe sie zum Teil gelächelt und auch Freude gezeigt. Der Antrieb sei leichtgradig herabgesetzt, die affektive Schwingungsfähigkeit jedoch erhalten gewesen. Zum Teil seien die Angaben widersprüchlich gewesen. So habe sie zunächst berichtet, dass sie von Mitternacht bis morgens überhaupt nicht schlafen könne, kurze Zeit später habe sie dann erwähnt, dass sie zwar nachts wach werde, eventuell eine Schmerztablette einnehme, dann aber wieder schlafen könne. Auch habe sie einerseits von nächtlichen Angstzuständen berichtet und andererseits explizit erwähnt, dass sie tagsüber kaum unter Ängsten leide. Im Weiteren hielt Dr. F.____ fest, dass die Merkfähigkeit und die Gedächtnisleistungen intakt und das Denken nicht eingengt gewesen seien. Ein Gedankenabreissen, Neologismen und eine Gedankenleere habe sie nicht gezeigt und Zwangsgedanken habe sie keine geäußert. Aus ihren Schilderungen hätten sich keine Hinweise auf Veränderungen der Stimmung und des Antriebs im Laufe des Tages ergeben. Auch habe sie nicht über einen Lebensverleider, Suizidgedanken oder Suizidimpulse berichtet (IV-act. 324-42). Zusammenfassend hielt der

Gutachter in seiner Beurteilung fest, dass die Schilderungen mehr oder weniger konsistent seien. Die Beschwerdeführerin schätze sich als nicht mehr arbeitsfähig ein. Im Rahmen der psychiatrischen Untersuchung hätten jedoch keine ausgeprägten depressiven Symptome festgestellt werden können. Die Beschwerdeführerin schone sich aufgrund der geklagten Schmerzen, die somatisch nicht hinreichend begründet werden könnten, über alle Massen. Diese Schonung, dieses passive Verhalten lasse sich aber nicht durch eine psychiatrische Störung im engeren Sinne erklären. Die depressive Symptomatik und auch die Angstsymptomatik seien geringgradig ausgeprägt und vermöchten nur eine geringgradige Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit zu begründen. Dass die Beschwerdeführerin zurzeit nur mit 50 mg Sarton behandelt werde und noch nie in stationärer psychiatrischer Behandlung gewesen sei, seien eindeutige Hinweise dafür, dass sie an keiner ausgeprägten depressiven Störung leide. Einmalig sei sie während ihres Aufenthalts in der Klinik Valens durch Dr. med. Q.____ untersucht worden, welcher eine anhaltende Schmerzstörung und eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradig, diagnostiziert habe. Im Gegensatz zur damals festgestellten Psychopathologie seien die Auffassung nicht träge, die Konzentrations- und Merkfähigkeit nicht eingeschränkt und das Kurzzeitgedächtnis ebenfalls nicht beeinträchtigt gewesen. Die depressive Symptomatik sei geringgradig ausgeprägt gewesen. Diese sei im Rahmen der Schmerzstörung einzuordnen. Die Beschwerdeführerin sei als Folge des passiven Lebenswandels dekonditioniert. Als psychiatrische Diagnose stellte er ausschliesslich eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10: F45.41), wobei diese keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit habe (IV-act. 324-42 ff.). Aus psychiatrischer Sicht bestehe für die bisherige und jede leidensangepasste Tätigkeit eine 100%ige Arbeitsfähigkeit. Hinweise dafür, dass die Arbeitsfähigkeit aus psychiatrischen Gründen jemals eingeschränkt gewesen sei, gebe es nicht (IV-act. 324-45 f.). Da die Beschwerdeführerin anlässlich der erneuten Untersuchung am 23. November 2022 keine anderen Angaben als anlässlich der Untersuchung vom 2. Mai 2022 gemacht habe, würden die Schlussfolgerungen gemäss psychiatrischem Teilgutachten vom 2. Mai 2022 weiterhin gelten (IV-act. 335). Festzuhalten ist soweit, dass die Anamnese ausführlich ist und die wichtigsten Aspekte abgefragt worden sind. Die erhobenen Befunde, die gestellte Diagnose und die Arbeitsfähigkeitseinschätzung sind nachvollziehbar und überzeugen. Der Beschwerdeführer bringt zunächst vor, auf das psychiatrische Teilgutachten könne nicht abgestellt werden, da insbesondere der psychiatrische Bericht des Ambulatoriums C.____ vom 4. April 2023 völlig diametral liege. Darin seien eine mittelgradige rezidivierende depressive Störung mit somatischem Syndrom (ICD-10: F33.11) sowie eine anhaltende Schmerzstörung (ICD-10: F45.4) diagnostiziert worden (act. G1). Dazu ist festzuhalten, dass der Bericht des Ambulatoriums keine Aussage enthält, wie sich die Diagnosen auf die Arbeitsfähigkeit auswirken (vgl. act. G1.7). Erst im nachfolgenden Bericht vom 15. Juni 2023 wird eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit bescheinigt, jedoch ohne diese zu begründen. Erwähnt wird lediglich, dass die Beschwerdeführerin über wenige persönliche Ressourcen verfüge, weshalb die Prognose als schlecht eingeschätzt werde (vgl. act. G1.9). Der Bericht der Klinik Valens vom 4. November 2022 liefert ebenfalls keine Belege, dass die gutachterlichen Einschätzungen unzutreffend wären, wird doch lediglich erwähnt, dass anamnestisch eine rezidivierende depressive Störung vorliege (ICD-10: F33.11; vgl. act. G1.3). Das gleiche trifft auf den Bericht des Zentrums M.____ vom 23. Mai 2023 zu. Zwar wird bei den Diagnosen eine schwere Depression angeführt, eine Begründung für diese Diagnose fehlt jedoch (vgl. act. G1.6). Zur Rüge des Rechtsvertreters der

Beschwerdeführerin, dass es nicht glaubhaft sei, dass die Beschwerdeführerin anlässlich der Nachuntersuchung vom 23. November 2022 praktisch identische Aussagen gemacht haben solle, ist festzuhalten, dass eine Begründung für diese Einschätzung fehlt (vgl. act. G1). Im Weiteren wird geltend gemacht, dass das psychiatrische Teilgutachten sachverhaltswidrige Darstellungen enthalte. So sei die Aussage, dass die Beschwerdeführerin nie stationär psychiatrisch behandelt worden sei, falsch, denn sie sei in der Klinik Valens vom 18. Mai bis 10. Juni 2020 behandelt worden. Dazu ist festzuhalten, dass gemäss dem Austrittsbericht vom 9. Juni 2020 der Klinikaufenthalt primär der Abklärung der Schmerzsymptomatik sowie der Aktivierung und Schmerzlinderung gedient haben dürfte (IV-act. 233-3 ff.). So wird unter Verlaufsverlauf ausgeführt, dass die Zuweisung bei immobilisierenden Schmerzen bei bekannten vorderen Schambeinastfrakturen erfolgt sei. Aus dem Austrittsbericht ergibt sich jedoch nicht, dass der stationäre Aufenthalt zwecks psychotherapeutischer Behandlung durchgeführt worden wäre. Folglich vermögen diese Einwände keine Zweifel am Teilgutachten zu wecken. RAD-Arzt J.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, würdigte in seiner Stellungnahme vom 8. Dezember 2022 das psychiatrische Teilgutachten aus versicherungsmedizinischer Sicht. Er stufte dieses als beweiskräftig ein. Angesichts dessen und der Unbegründetheit bzw. der fehlenden Relevanz der beschwerdeführerischen Einwände ist der Einschätzung des Gutachters hinsichtlich des Vorliegens einer 100%igen Arbeitsfähigkeit aus psychiatrischer Sicht zu folgen. Im Weiteren ist die Rüge der Beschwerdeführerin, dass die Fachdisziplin Rheumatologie im ABI-Verlaufsgutachten nicht berücksichtigt worden sei, zu prüfen. Vorab ist darauf hinzuweisen, dass die Auswahl der vorzunehmenden fachärztlichen Abklärungen, namentlich auch der Entscheid über die Notwendigkeit des Beizugs weiterer Experten, grundsätzlich im Ermessen der Gutachter liegt. Mit anderen Worten ist davon auszugehen, dass die Gutachterstelle weitere Fachdisziplinen beiziehen würden, wenn sie solche für eine umfassende Beurteilung als notwendig erachteten (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 30. Januar 2015, 8C_277/2014, E. 5.2 mit Hinweisen). Dazu ist festzuhalten, dass weder die Beschwerdeführerin noch ihr Rechtsvertreter nach erfolgter Anzeige der in der Begutachtung vorgesehenen Fachdisziplinen dagegen opponiert und eingewendet hatten, die ausgewählten Fachdisziplinen seien unvollständig bzw. nicht ausreichend und es sei deshalb auch ein rheumatologisches Teilgutachten durchzuführen (vgl. IV-act. 305-2 ff., 308). Vorliegend fehlen auch Hinweise dafür, dass die berücksichtigten Fachdisziplinen zur Beurteilung der geltend gemachten Leiden und der vorgelegten Arztberichte unzureichend gewesen wären. So kann dem RAD-Bericht vom 28. Juli 2023 (IV-act. 366) entnommen werden, dass die rheumatische (Schmerz-) Problematik und dabei insbesondere das geltend gemachte Fibromyalgie-Syndrom den Gutachtern aufgrund der vorgelegten Arztberichte bekannt gewesen seien. Der orthopädische Gutachter habe sich denn auch in seinem Teilgutachten umfassend und vor allem versicherungsmedizinisch nachvollziehbar mit dem Bericht der Rheumatologin dipl. med. R.____ vom 24. September 2021 und den vorgebrachten Beschwerden auseinandergesetzt (vgl. IV-act. 324-54 f.). Im Weiteren wird im RAD-Bericht auf Inkonsistenzen in den Aussagen und Einschätzungen in den eingegangenen Arztberichten hingewiesen. Zudem wird festgestellt, dass aus versicherungsmedizinischer Sicht erneut keine medizinischen Sachverhalte oder Diagnosen vorgebracht worden seien, die nicht ohnehin bereits im medizinischen Dossier oder im massgeblichen Gutachten erwähnt bzw. diskutiert worden seien. In versicherungsmedizinischer Hinsicht bleibe es daher bei der bisherigen Einschätzung der Arbeitsfähigkeit und des Zumutbarkeitsprofils. In der Beschwerdeantwort vom 14.

November 2023 (act. G4) wies die Beschwerdegegnerin zudem darauf hin, dass die beiden Berichte, worauf sich die Beschwerdeführerin in ihrer Beschwerde bezieht (Sprechstundenbericht des Rehasentrums Valens vom 4. November 2022 und Bericht des Notfallzentrums des KSSG vom 30. Juni 2023), nach Vorliegen des ABI-Verlaufsgutachtens erstellt worden seien. Zudem würden sich diese Berichte weder zur Arbeitsfähigkeit äussern noch würden sie neue relevante Befunde beschreiben, worauf der RAD in seiner Stellungnahme vom 12. April 2023 (vgl. IV-act. 348-2) hingewiesen habe. Ausserdem sei die im Bericht des KSSG gestellte Diagnose eines exazerbierten Fibromyalgie-Syndroms nicht begründet worden. Dem Bericht des Rehasentrums Valens könne bezüglich der gestellten Diagnose eines generalisierten fibromyalgieformen Schmerzsyndroms des Bewegungsapparates lediglich entnommen werden, dass die Kriterien einer Fibromyalgie formal erfüllt seien. Somit fehle es sowohl an einer genauen Herleitung der Diagnose als auch an einer nachvollziehbaren Begründung anhand eines anerkannten Klassifikationssystems. Die Rheumatologin dipl. med. R. ___ habe zwar im Bericht vom 24. September 2021 erwähnt, dass die multiokulären Beschwerden der Beschwerdeführerin zum Krankheitsbild passen würden, jedoch auch festgehalten, dass sich im Zusammenschau der Befunde bis anhin kein Hinweis auf eine entzündliche Grunderkrankung aus dem rheumatologischen Formenkreis zeige (vgl. IV-act. 296). Dies würde gegen die Erforderlichkeit der von der Beschwerdeführerin verlangten zusätzlichen rheumatologischen Begutachtung sprechen (vgl. act. G4-11 Ziff. 8.1). Ebenfalls zuzustimmen ist der Beschwerdegegnerin darin, dass bei der Erstellung des ABI-Verlaufsgutachtens verschiedene Fachrichtungen vertreten gewesen sind, deren Fachkompetenz sich auch auf rheumatische Leiden – wie die vorliegend zu würdigende Fibromyalgie – erstrecken. Die ABI-Gutachter hätten sich mit den geklagten Schmerzen befasst und die Schmerzproblematik im Rahmen ihrer Beurteilungen gewürdigt. Der psychiatrische Gutachter Dr. F. ___ habe die somatisch nicht hinreichend erklärbaren Schmerzen diagnostisch als chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10: F45.41) qualifiziert. Insofern würden die Berichte des Rehasentrums Valens vom 4. November 2022 und des Notfallzentrums des KSSG vom 30. Juni 2023 keine Zweifel am Beweiswert des ABI-Verlaufsgutachtens zu erwecken vermögen (vgl. act. G4-12 Ziff. 8.2). Der orthopädische Gutachter Dr. G. ___ befragte die Beschwerdeführerin ebenfalls umfassend zu ihren Beschwerden. Dabei gab die Beschwerdeführerin an, nebst Bauch- und Rückenschmerzen aktuell auch an Schmerzen im Nacken, in den Armen und in den Leisten sowie beidseitig am Gesäss mit grossflächiger Ausstrahlung in die vordere Partie der Oberschenkel zu leiden. Die Hände seien taub und der ganze Körper schmerze. Auch die Fingergelenke seien einmal rechts und einmal mehr links betroffen. Die Nacken- und Rückenschmerzen würden im Vordergrund stehen. Infolge der Rückenschmerzen gelinge das Stehen für längstens zehn Minuten. Nach einer Gehstrecke von maximal fünfzehn Minuten benötige sie eine Pause. Der vor zwei Jahren erfolgte Aufenthalt in der Klinik in Valens habe zu keiner Veränderung geführt. Nun warte sie auf einen Termin in der Schmerzlinik. Die Physio- und Hydrotherapie habe sie aufgrund der Nacken- und Rückenschmerzen sowie Kraftlosigkeit vor drei Monaten abgebrochen. Selbstständig habe sie vor etwa einem Monat letztmals Übungen durchgeführt. Schmerzmittel verwende sie bedarfsweise. Alle ein bis zwei Wochen suche sie einen Psychiater auf. Die wiederholte Frage nach der Alltagsgestaltung sei von der Beschwerdeführerin unbeantwortet geblieben. Bezüglich des Autofahrens seien unklare Angaben erfolgt. Die Beschwerdeführerin habe erklärt, dass für sie derzeit keinerlei Berufsausübung mehr vorstellbar sei: "Ich bin krank,

ich kann nicht". In der medizinischen Beurteilung erwähnte der Gutachter insbesondere folgende objektivierbaren Befunde: Das Gangbild auf der Treppe und unebenen Terrain sei einschliesslich der geprüften Varianten regelgerecht erfolgt. Bei der Untersuchung der Wirbelsäule habe sich die Beweglichkeit lumbal frei und zervikothorakal unter Gegenhalten deutlich bis vollständig eingeschränkt gezeigt, doch habe die bei der expliziten Prüfung verminderte Kopffrotation durch uneingeschränkte Auslenkung unter Ablenkung relativiert werden können. Auch an den oberen und unteren Extremitäten bestehe eine freie Beweglichkeit. Die Beschwerdeführerin habe auffallend schleppend und widersprüchlich über Beginn, Verlauf und Modulation ihrer Beschwerden berichtet. Auch die Angaben bezüglich Alltagsgestaltung seien kaum verwertbar. Die gesamte ausführliche Untersuchung im Stehen, Gehen, Sitzen und Liegen habe bei eingeschränkter Kooperation nur erschwert durchgeführt werden können. So habe die Beschwerdeführerin selbst bei geringster Berührung mit den Fingerkuppen eine massive Druckdolenz am Stamm und an sämtlichen Extremitäten beklagt und etwa das Tasten an der Fusspule nicht toleriert. Eine weit höhere Belastung aufgrund des eigenen Körpergewichts im Liegen scheine aber keinen Leidensdruck auszulösen. Während die Prüfung der unteren Extremitäten in Rückenlage unter massiver Schmerzangabe und Gegenspannung bei gleichzeitiger Schilderung einer Kraftlosigkeit misslungen sei, hätten dieselben Manöver in sitzender Position mit hängenden Beinen wiederholt und ausladend völlig problemlos durchgeführt werden können. Die klar vermehrte Beschwielen der Hände und Füsse sei mit dem angegebenen völlig passiven Lebensstil keinesfalls vereinbar. Vier von fünf Waddel-Zeichen seien positiv. Auf radiologischer Ebene hätten an der Wirbelsäule zervikal regelrechte Verhältnisse und tieflumbal moderate Spondylarthrosen festgehalten werden können. Der Befund an den Hüft- und Iliosakralgelenken sowie linken am Kniegelenk sei regelrecht. Am rechten Sprunggelenk und Rückfuss seien ossäre Zystenbildungen und an den Schambeinästen undislozierte Frakturen und eine Osteitis gefunden worden. In Anbetracht der klinisch objektiv weitgehend blanden Befunde sei auf die Anfertigung neuer Bilddokumente verzichtet worden. Zusammenfassend könne festgestellt werden, dass sich die völlig diffusen, unter anderem sämtliche Abschnitte des Bewegungsapparates umfassenden Beschwerden, durch die klinischen und radiologischen Befunde weiterhin keinesfalls vollständig begründen lassen würden. Nachvollziehbar bleibe ein gewisser Leidensdruck bei erheblicher Fehllhaltung im Sinne eines Hohl-Rundrückens mit Protraktion der Schultern sowie auch angesichts tieflumbaler Degeneration und Schambeinastfrakturen. Die gesamte anamnestiche und klinische Präsentation, einschliesslich massiver Inkonsistenzen mit gleichzeitig deutlichen Gebrauchsspuren der Hände und der Füsse, lasse aber weiterhin an eine im Vordergrund stehende nicht-organische Beschwerdekomponekte denken. Die im Alltag geltend gemachten Einschränkungen könnten bezüglich ihres Ausmasses auf rein orthopädischer Ebene nicht nachvollzogen werden. Im Weiteren setzte sich der Gutachter mit dem im Bericht von dipl. med. R. ___ vom 24. September 2021 erwähnten Krankheitsbild der Fibromyalgie sowie dem im Bericht des Zentrums für Neurochirurgie, Hirslanden Ostschweiz, vom 28. Februar 2022 aufgeführten multilokulären, fibromyalgieformen Schmerzsyndrom und dessen Behandlung auseinander. Der orthopädische Gutachter diagnostizierte ein chronisches panvertebrales Schmerzsyndrom (ICD-10: M54.80), einen chronischen Beckenschmerz (ICD-10: M79.65/T91.2) und ein chronisches unspezifisches multilokuläres Schmerzsyndrom (ICD-10: R52.9) jeweils ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit. So ging der Gutachter für körperlich leichte bis gelegentlich mittelschwere Verrichtungen unter

Wechselbelastung einschliesslich sämtlicher bisher durchgeführten Tätigkeiten von einer zeitlich und leistungsmässig uneingeschränkten Arbeitsfähigkeit aus (IV-act. 324-48 ff.). Nach dem Gesagten ist festzuhalten, dass die von den behandelnden Ärzten gestellten rheumatologischen Diagnosen und dabei speziell diejenige der Fibromyalgie dem orthopädischen Gutachter bekannt waren. Die Fibromyalgie wurde nebst den weiteren somatischen Leiden von ihm im Teilgutachten gewürdigt (vgl. IV-act. 324-24 ff. insb. 324-54 f.). Die somatisch nicht hinreichend erklärbaren Schmerzen wurden dagegen vom psychiatrischen Gutachter insofern berücksichtigt, als er von einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10: F45.41) ausging (vgl. Erwägung 4.1.2 hiervor). Die Rüge bezüglich des Fehlens eines rheumatologischen Teilgutachtens sowie die ungenügende Würdigung der geltend gemachten Fibromyalgie sind daher unbegründet. Hinsichtlich des orthopädischen Teilgutachtens ist festzustellen, dass die Diagnosestellung sowie die Arbeitsfähigkeitseinschätzung nachvollziehbar und schlüssig sind, so dass darauf abgestellt werden kann. Ergänzender rheumatischer Abklärungen bedarf es nicht. Im neurologischen Teilgutachten wies Dr. H. ___ darauf hin, dass die geltend gemachten Beschwerden im Kopf, im Nacken, in den Extremitäten und im Bauch bereits seit vielen Jahren beklagt würden, so auch anlässlich der im Jahr 2019 durchgeführten Untersuchung am ABI. Die aktuelle neurologische Untersuchung sei wiederum regelrecht ausgefallen. Lediglich die Verspannungen der Nackenmuskulatur, welche hinreichend eine Spannungskopfschmerzkomponente erklären könnten, seien neurologisch-organisch erklärbar. Die motorischen, sensorischen und kognitiven Fähigkeiten seien erhalten. Im Vergleich zum Gutachten von 2019 ergebe sich keine relevante Gesamtänderung. Der Neurologe konnte ausschliesslich Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit stellen. Dazu gehören ein HWS-Syndrom (ICD-10: M53.1) ohne Anhalt für radikuläre oder medulläre Beteiligung, ein multifaktorielles Kopfschmerzsyndrom mit Migräne- und Spannungskopfschmerzen (ICD-10: G44.8) sowie ein Verdacht auf eine Somatisierungsstörung mit Schwindel und Kopfschmerzen sowie multiplen Schmerzen (ICD-10: R42). Hinsichtlich des Zervikalsyndroms empfahl der Gutachter aktive Bewegungsübungen sowie eine allgemeine Mobilisierung. Festzuhalten ist, dass nach dem Gesagten auch dieses Teilgutachten (IV-act. 324-58 ff.) sowohl hinsichtlich der gestellten Diagnosen als auch bezüglich der uneingeschränkten Arbeitsfähigkeit aus neurologischer Sicht zu überzeugen vermag, weshalb darauf abgestellt werden kann. Im gynäkologischen Teilgutachten führte Gutachter Dr. I. ___ basierend auf den Vorakten, einer Befragung der Beschwerdeführerin sowie einer gynäkologischen Untersuchung und Sonographie insbesondere aus, dass bei der Beschwerdeführerin seit ca. dem Jahr 2007 ein chronisches Schmerzsyndrom im Bereich der linken Flanke bekannt sei, für welches es bislang keine befriedigende Erklärung gebe. Die bisher durchgeführten laparoskopischen Eingriffe hätten nur kurzzeitig zu einer Verbesserung geführt. Die Zysten seien histologisch funktionell und von der Grösse her jeweils eher bescheiden gewesen. Adhäsionen im Abdomen seien per se nicht schmerzhaft. Sie führten erst zu klinischen Symptomen, wenn sie eine Passagelstörung bewirkten, was vorliegend nicht der Fall gewesen sei. Eine Einschränkung im Alltag sei aus gynäkologischer Sicht nicht plausibel. Vom gynäkologischen Gutachter wurde ein chronisches somatoformes Schmerzsyndrom in der linken Flanke bestehend seit ca. 2007 diagnostiziert. Eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit liege indes nicht vor. Die Ausführungen des Gynäkologen sind nachvollziehbar und vermögen zu überzeugen, weshalb wie von ihm festgehalten, auch aus gynäkologischer Sicht von einer 100%igen Arbeitsfähigkeit auszugehen ist (IV-act. 324-64

ff.). Im allgemeininternistischen Teilgutachten hielt Dr. med. E. ___ fest, dass die Beschwerdeführerin keine spezifischen Beschwerden durch allgemeininternistische Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit gelten gemacht habe. Er habe denn auch keine Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit erheben können und dies auch nicht retrospektiv. Folglich kann auch aus allgemeininternistischer Sicht von einer uneingeschränkten Arbeitsfähigkeit ausgegangen werden (IV-act. 324-31 ff.). Zusammenfassend ist nach dem Gesagten festzuhalten, dass die ABI-Gutachter die Beschwerdeführerin persönlich untersuchten und die Vorakten berücksichtigten. Sie gingen auf die geklagten Beschwerden ein. Das ABI-Verlaufsgutachten vom 2. August 2022 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 konkreten Zweifel an den Ergebnissen der Begutachtung zu wecken. Die interdisziplinäre Konsensbeurteilung vermag in Anbetracht der Teilgutachten hinsichtlich der gestellten Diagnosen wie auch bezüglich der Arbeitsfähigkeitseinschätzung zu überzeugen (vgl. IV-act. 324-5 ff.; vgl. Sachverhalt A.1). Folglich ist davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin in ihrer angestammten Tätigkeit (Monteurin) als auch in einer adaptierten Tätigkeit (leichte bis gelegentlich mittelschwere Tätigkeit ohne Zwangshaltungen und ohne Überkopfarbeiten) während einer täglichen Arbeitszeit von acht bis achteinhalb Stunden zu 100 % arbeitsfähig ist. In der Vergangenheit lag ebenfalls keine wesentliche Arbeitsunfähigkeit im Sinne einer invalidisierenden Erkrankung vor (vgl. IV-act. 324-11). Der medizinische Sachverhalt erweist sich als abschliessend abgeklärt und von weiteren Abklärungen – wie sie die Beschwerdeführerin beantragte – sind keine zusätzlichen Erkenntnisse zu erwarten, weshalb davon abzusehen ist. In einem nächsten Schritt gilt es den Invaliditätsgrad der Beschwerdeführerin zu bestimmen. Da diese von der Beschwerdegegnerin als im Gesundheitsfall Vollzeiterwerbstätige eingestuft worden ist (vgl. IV-act. 354), ist der Invaliditätsgrad anhand eines Einkommensvergleichs (vgl. oben E. 2.1) festzulegen. Für den Einkommensvergleich sind grundsätzlich die Verhältnisse im Zeitpunkt des Beginns des Rentenanspruchs entscheidend, 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). Die vorliegend zu beurteilende erneute IV-Anmeldung der Beschwerdeführerin zum Leistungsbezug stammt vom 10. Mai 2017 (IV-act. 129). Der frühestmögliche Rentenbeginn i.S.v. Art. 28 Abs. 1 und Art. 29 Abs. 1 und 3 IVG fiel somit grundsätzlich auf den 1. Mai 2018. Da sowohl hinsichtlich des hypothetischen Valideneinkommens als auch bezüglich des Invalideneinkommens derselbe Lohn zugrunde zu legen ist, kann der Einkommensvergleich anhand eines sogenannten Prozentvergleichs vorgenommen werden. Dabei entspricht der Invaliditätsgrad dem Grad der Arbeitsunfähigkeit, allenfalls unter Berücksichtigung eines Abzuges vom Tabellenlohn (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 9. März 2007, I 697/05, E. 5.4 mit Hinweis; zum Tabellenlohnabzug vgl. BGE 126 V 75). Die Frage der Gewährung eines Tabellenlohnabzugs stellt sich vorliegend nicht, da die Beschwerdeführerin ihre ursprüngliche Tätigkeit als Monteurin uneingeschränkt ausüben kann. Folglich erleidet die Beschwerdeführerin keine invaliditätsbedingte Erwerbseinbusse. Der Invaliditätsgrad beträgt somit 0 %. 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 vorliegend zu beurteilenden Angelegenheit als angemessen. Da die Beschwerdeführerin vollumfänglich unterliegt, ist ihr die Gerichtsgebühr aufzuerlegen (Art. 95 Abs. 1 des Gesetzes über die Verwaltungsrechtspflege [VRP; sGS 951.1]). Der 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.-. Die Beschwerdeführerin hat keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung.

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