



**Fall-Nr.:** IV 2009/401  
**Stelle:** Versicherungsgericht  
**Rubrik:** IV - Invalidenversicherung  
**Publikationsdatum:** 05.11.2019  
**Entscheiddatum:** 30.11.2011

### **Entscheid Versicherungsgericht, 30.11.2011**

**Art. 28 IVG. Würdigung von Arztberichten und eines Verlaufsgutachtens, hauptsächlich in psychiatrischer Hinsicht (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 30. November 2011, IV 2009/401).**

Entscheid Versicherungsgericht, 30.11.2011

Vizepräsidentin Miriam Lendfers, Versicherungsrichterin Monika Gehrler-Hug, a.o.  
Versicherungsrichter Christian Zingg; Gerichtsschreiberin Fides Hautle

#### **Entscheid vom 30. November 2011**

in Sachen

A.\_\_\_\_,

Beschwerdeführerin,

vertreten durch Rechtsanwältin lic. iur. Sabrina Schneider, St. Leonhard-Strasse 20,  
Postfach, 9001 St. Gallen,

gegen

IV-Stelle des Kantons St. Gallen, Postfach 368, 9016 St. Gallen,

Beschwerdegegnerin,

betreffend



Rente

Sachverhalt:

A.

A.a A.\_\_\_\_ meldete sich wegen Schilddrüsenkrebses, Rücken- und Schulterbeschwerden sowie psychischer Probleme am 14. Dezember 2004 zum Bezug von Leistungen der Invalidenversicherung (IV) an und beantragte die Ausrichtung einer Rente (IV-act. 2). Eine Begutachtung beim Ärztlichen Begutachtungsinstitut in Basel (ABI; Gutachten vom 24. März 2006, IV-act. 20) ergab, dass als Hauptdiagnosen vorlagen (erstens) ein chronisches zervikozephalas sowie zervikobrachiales Schmerzsyndrom bei radiomorphologisch kleiner medianer Diskushernie C5/6 ohne Nervenwurzelkompression und medianer breitbasiger Diskusprotrusion C6/7 mit Spondylosis zwischen C3 und C7 sowie reaktiver Myogelose subokzipital und in der Trapeziusmuskulatur bei allgemeiner ausgeprägter muskulärer Dekonditionierung und (zweitens) ein chronisches unspezifisches lumbovertebrales Schmerzsyndrom bei Wirbelsäulenfehlhaltung und -fehlform und deutlicher muskulärer Dysbalance mit Abschwächung der abdominellen und rückenstabilisierenden Muskelgruppen. Als Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit wurden unter anderem benannt: eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung und ein Status nach Operation eines polypösen Schilddrüsen-Karzinoms rechts 9/97. Körperlich schwer belastende berufliche Tätigkeiten seien der Versicherten nicht zumutbar, körperlich mittelschwer belastende - wie die zuletzt ausgeübte als Reinigungsfrau - seien zu 50 % und körperlich leichte, wechselbelastende mit bezeichneten Einschränkungen seien zu 100 % zumutbar. Gestützt auf dieses Gutachten und eine am 14. Juni 2006 vorgenommene Haushaltabklärung (IV-act. 25) verneinte die Sozialversicherungsanstalt/IV-Stelle des Kantons St. Gallen mit Verfügung vom 1. Dezember 2006 bei einem Invaliditätsgrad der Versicherten von 15 % einen Anspruch auf eine Invalidenrente (IV-act. 40). - Im Lauf des hiergegen angestrebten Beschwerdeverfahrens wurden verschiedene Arztberichte eingereicht. So hatte das Psychiatrische Zentrum St. Gallen (Dr. med. B.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie) am 14. Dezember 2006 berichtet, seit September 2006 habe eine deutliche Verschlechterung des Gesundheitszustands stattgefunden (IV-act. 53-36 ff.). Dr. med. C.\_\_\_\_, Facharzt FMH



## St.Galler Gerichte

für Innere Medizin, hatte in seinem Arztbericht vom 6. Februar 2007 berichtet, die Versicherte werde zunehmend depressiv und sei deswegen regelmässig in Behandlung im sozialpsychiatrischen Dienst, von wo sie auch Antidepressiva und Neuroleptika erhalte. Nachdem die IV einen Invaliditätsgrad von 15 % festgestellt habe - womit er nicht einverstanden sei -, habe sich die Situation erwartungsgemäss verschärft und die Versicherte benötige nun dringend eine stationäre Behandlung (IV-act. 61-5). Am 5. April 2007 hatte Dr. C.\_\_\_\_ der Versicherten ab dem 26. September 2006 bis auf weiteres eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % attestiert (IV-act. 61-4). Die Psychiatrische Klinik Wil hatte in einem Austrittsbericht vom 3. April 2008 angegeben, die Versicherte sei vom 20. März 2008 bis zum 3. April 2008 hospitalisiert gewesen. Es lägen eine mittelgradige depressive Episode mit somatischem Syndrom und ein St. post Schilddrüsenkarzinom (Operation 1997/1998) vor. Die Versicherte sei bei Austritt im formalen Denken verlangsamt und antriebsarm gewesen und es bestehe weiterhin ein sozialer Rückzug. Die Arbeitsunfähigkeit betrage 100 % und sei ambulant zu reevaluieren (IV-act. 63-2 ff.). In einem Kurzaustrittsbericht des Departements Innere Medizin, Onkologie/Hämatologie, am Kantonsspital St. Gallen vom 8. Mai 2008 (IV-act. 63-12) schliesslich war dargelegt worden, dass die Versicherte vom 29. April bis 8. Mai 2008 hospitalisiert gewesen sei. Es lägen (im Wesentlichen) rezidivierende unklare Episoden mit präsynkopalen Ereignissen, eine Polyneuropathie, eine unklare, wahrscheinlich seit längerem bestehende Pupillenstarre links, eine leichte Refluxoesophagitis mit Vitamin B12-Mangel, H. pylori positiv, eine Hypercholesterinämie, eine mittelgradige depressive Episode, eine langdauernde Schmerzstörung mit Polyarthralgien und Polymyalgien und ein St. n. follikulärem Schilddrüsenkarzinom rechts vor. - Das Versicherungsgericht des Kantons St. Gallen hob die Verfügung vom 1. Dezember 2006 mit Urteil vom 13. August 2008 in teilweiser Gutheissung der Beschwerde auf, stellte fest, dass die Versicherte als Vollerwerbstätige zu qualifizieren sei, und wies die Sache zur Vornahme weiterer medizinischer Abklärungen (betreffend die Zeit nach der ABI-Begutachtung) und zur neuen Verfügung an die IV-Stelle zurück (IV-act. 64).

A.b Am 29. Dezember 2008 gab die Beschwerdegegnerin eine medizinische Begutachtung in Auftrag.



A.c In seinem Verlaufsbericht vom 28. Januar 2009 diagnostizierte das Psychiatrische Zentrum St. Gallen eine seit 2006 bestehende rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige bis schwere Episode ohne psychotische Symptome, eine seit 2006 bestehende anhaltende somatoforme Schmerzstörung sowie seit 2008 bestehende rezidivierende unklare Episoden mit präsynkopalen und synkopalen Ereignissen. Die ambulante Behandlung werde fortgesetzt. Es sei eine Chronifizierung eingetreten. Im EEG vom Mai 2008 seien epilepsieverdächtige Potentiale gefunden worden, weshalb eine Weiterbetreuung durch die Klinik für Neurologie am Kantonsspital St. Gallen erfolge. Aus psychiatrischer Sicht bestehe eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % seit mindestens Ende 2006. Zuvor sei die Krankschreibung durch den Hausarzt erfolgt. Eine adaptierte Tätigkeit sei der Versicherten aufgrund des gegenwärtig schweren Krankheitsbildes (ausgeprägte depressive Symptomatik) ebenso wenig zumutbar wie die bisherige Tätigkeit (IV-act. 71-1 ff.). - Beigelegt war ein Bericht des Departements Innere Medizin, Psychosomatik, am Kantonsspital St. Gallen (Dr. med. D.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie) vom 9. Mai 2008, wonach eine depressive Episode, mittelgradig bis schwer, vorliege. Es bestehe auch ein somatisches Syndrom (IV-act. 71-9 ff.). Das Departement Innere Medizin, Onkologie/Hämatologie, am Kantonsspital St. Gallen ferner hatte am 15. Mai 2008 rezidivierende unklare Episoden auch mit synkopalen Ereignissen und im Übrigen die bereits im Kurzaustrittsbericht erwähnten Diagnosen angegeben. Die Ereignisse seien am ehesten im Rahmen einer fokalen Epilepsie zu sehen. Differentialdiagnostisch kämen ein medikamentöses Problem, eine leichte orthostatische Dysregulation und eine psychogene Komponente in Frage (IV-act. 71-14 ff.).

A.d In seinem Verlaufsbericht vom Frühjahr 2009 (undatiert) diagnostizierte Dr. C.\_\_\_\_ ein chronisches zervicocephales und zervicobrachiales Syndrom beidseits bei ausgeprägten degenerativen Veränderungen der HWS, mehreren Diskusprotrusionen und einer Diskushernie C5/C6, eine Lumboischialgie links bei degenerativen Veränderungen L4/L5 und L5/S1, einen Verdacht auf eine somatoforme Schmerzstörung (seit 2004), mittelschwere chronische depressive Verstimmungen, Epilepsie und ein chronisches Schulterimpingement rechts bei Partialruptur der Supraspinatussehne mit begleitender Bursitis subdeltoidea seit 2008. Für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Reinigungsangestellte sei die Versicherte seit dem 13.



## St.Galler Gerichte

Dezember 2004 aus somatischer Sicht zu 50 % arbeitsunfähig mit Einschränkungen bei voller Stundenpräsenz. Die Gutachter würden die Auswirkungen auf die Arbeit kompetent beantworten (IV-act. 73-1 f.).

A.e Das ABI erstattete am 22. Juni 2009 das Verlaufsgutachten. Von Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit seien (erstens) ein subakromiales Impingement Schulter rechts mit bursaseitiger Partialruptur der Supraspinatussehne und (zweitens) ein chronisches zervikobrachiales Schmerzsyndrom ohne radikuläre Symptomatik bei kleiner medianer Diskushernie C5/6 und C6/7 sowie leichtgradiger ventral betonter Spondylose der Wirbelkörper C3 - C7, klinisch und bildgebend ohne Kompromittierung neuraler Strukturen. Ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit seien histrionische Wesenszüge mit Dramatisierung, Katastrophisierung und Beschwerdeausweitung ohne das Vorliegen einer krankheitswertigen Persönlichkeitsstörung, eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung bei anamnestisch multilokulärem Schmerzsyndrom, weitgehend ohne klinisches Korrelat, ein Status nach Operation eines follikulären Schilddrüsen-Karzinoms rechts mit Substitutionstherapie mit Euthyrox, derzeit nicht optimal eingestellt, und eine Adipositas. In der angestammten Tätigkeit im Reinigungsdienst bestehe eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit, indem Arbeiten mit den Armen oberhalb der Horizontalen nicht mehr durchgeführt werden könnten. Eine exakte Quantifizierung sei nur bei detaillierter Kenntnis des konkreten Arbeitsplatzes definitiv möglich. Für körperlich leichte bis mittelschwere Tätigkeiten in wechselnder Position, bei welchen eine Hebe- und Traglimite von 10 kg nur ausnahmsweise überschritten werde und keine Zwangshaltungen des Nackens oder regelmässigen Bewegungen der Arme oberhalb der Horizontalen vorkämen, bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 100 %. Zu denken sei vor allem an Kontroll- und Überwachungstätigkeiten, aber auch manuelle Arbeiten auf Tischhöhe kämen in Frage, falls die formulierten Einschränkungen berücksichtigt würden. Im Haushalt betrage die Einschränkung der Arbeitsfähigkeit höchstens 20 %. Im Vergleich zur ersten Begutachtung habe sich die Situation auf somatischer Ebene dahingehend etwas verändert, dass neu eine objektivierbare Pathologie an der rechten Schulter aufgetreten sei. An der Wirbelsäule hätten sich weitgehend unveränderte Verhältnisse gefunden. Auf psychiatrischer Ebene seien histrionische Wesenszüge stärker in den Vordergrund getreten, bei weiterhin bestehender anhaltender somatoformer Schmerzstörung. Es liege aber nach wie vor keine psychische Erkrankung mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit vor. - Zu den



## St.Galler Gerichte

psychiatrischen Befunden wurde unter anderem ausgeführt, die Versicherte demonstriere eine sehr langsame, gequälte Sprechweise. Im interpersonalen Kontakt habe sie gleichgültig, affektiv kühl und kontrolliert gewirkt. Spontaneität habe nicht bestanden. Die Rapportfähigkeit sei durch die an Nicht-Kooperation grenzende Haltung erschwert gewesen. Die Versicherte habe die gesamte Untersuchung aber trotz der gezeigten hochgradigen Schmerzaffizierung aufmerksam verfolgt. Sie habe konzentriert gewirkt. Depressive Affektauslenkungen hätten nicht bestanden. Eine echte innere Beteiligung sei nicht spürbar gewesen. Wie bereits im Vorgutachten sei auch jetzt ein deutlicher sekundärer Krankheitsgewinn, kombiniert mit vollständiger Invalidisierungsüberzeugung, aufgefallen. Abgesehen von der somatoformen Schmerzstörung, die sich inzwischen durch den sekundären Krankheitsgewinn mit vollständiger Fürsorge durch die Familie eher ausgeweitet habe, könne keine psychiatrische Morbidität diagnostiziert werden. Der orthopädische Gutachter erkläre, die Versicherte berichte im Vergleich zur Vorbegutachtung mit Ausnahme einer leichten Akzentuierung im Bereich der rechten Schulter nicht über eine wesentliche Veränderung ihres Beschwerdebildes. Die von der Versicherten angegebenen Beschwerden an der rechten Schulter würden sich durch objektivierbare Befunde begründen lassen. Auch an der Halswirbelsäule würden sich bildgebend gewisse degenerative Veränderungen feststellen lassen, die eine dort etwas verminderte Belastbarkeit erklären würden. Für die übrigen anamnestisch angegebenen Beschwerden hingegen hätten sich keine klinischen Korrelate finden lassen und die gesamte Untersuchung sei auch dementsprechend weitgehend unauffällig gewesen und ohne wesentliche Schmerzäusserungen verlaufen. Im Vergleich zur letzten Begutachtung durch das ABI sei die Versicherte deutlich besser untersuchbar gewesen. Dies deute stark auf das Vorliegen von wesentlichen nichtorganischen Schmerzbestandteilen hin, da organische Alterationen zwar auch nicht immer gleich schmerzhaft seien, so grosse Unterschiede jedoch kaum auftreten würden. Betreffend die Arbeitsfähigkeit ergebe sich demnach grundsätzlich eine vergleichbare Beurteilung wie beim letzten Mal. Ob die erhebliche Diskrepanz zwischen den anamnestischen Beschwerdeschilderungen und den objektivierbaren Befunden psychische Ursachen habe, sei durch das psychiatrische Teilgutachten zu klären (IV-act. 75). - Beigelegt wurden ein Bericht der Klinik für Neurologie am Kantonsspital St. Gallen vom 25. Juni 2008, wonach ein V. a. psychogene Anfälle bestehe. Es würden Anhaltspunkte gegen



eine Qualifikation als epileptische Anfälle sprechen. Das EEG zeige unverändert eine Funktionsstörung. Klinisch habe die Versicherte depressiv, antriebsarm, müde, abgeschlagen und erschöpft gewirkt. Das MRI vom 6. Mai 2008 habe lediglich eine kleine venöse Anomalie im frontalen Marklager links ohne Krankheitswert gezeigt (IV-act. 75-34 ff.). Im Bericht vom 14. Januar 2009 waren die Anfälle nach der Verlaufskontrolle als psychogen bezeichnet worden. Die Versicherte habe depressiv gewirkt und von gelegentlichen Suizidgedanken berichtet. Es sei eine stationäre psychiatrische Behandlung, z.B. in der psychosomatischen Klinik Gais, zu empfehlen (IV-act. 75-32 f.). Die Klinik für Orthopädische Chirurgie am Kantonsspital St. Gallen hatte gemäss einem Bericht vom 9. April 2009 eine subacromiale Impingement-Symptomatik der rechten Schulter mit Verdacht auf eine Partialläsion der Supraspinatussehne festgestellt (IV-act. 75-30 f.).

A.f Der Regionale Ärztliche Dienst (RAD) der Invalidenversicherung hielt am 6. Juli 2009 fest, auf das Gutachten des ABI könne vollumfänglich abgestellt werden. Versicherungsmedizinisch gelte, dass sich der Gesundheitszustand seit der Begutachtung am 4. Januar 2006 im Wesentlichen nicht, sicherlich nicht in IV- und anhaltend arbeitsfähigkeitsrelevanten Aspekten, verändert habe, und dass eine Arbeitsfähigkeit von 100 % für adaptierte Tätigkeiten bestehe (IV-act. 76).

A.g Mit Vorbescheid vom 13. August 2009 teilte die Sozialversicherungsanstalt/IV-Stelle mit, dass kein Anspruch auf eine Invalidenrente bestehe. Validen- und Invalideneinkommen machten beide Fr. 44'474.-- aus (IV-act. 78 f.).

A.h Die Versicherte liess gegen diesen Vorbescheid durch ihre Rechtsvertreterin am 11. September 2009 Einwand erheben und rückwirkend ab dem 1. September 2006 eine ganze Invalidenrente beantragen. Zu Unrecht seien die diversen Verlaufsberichte der behandelnden Ärzte nicht in die Würdigung einbezogen worden. Mit der Partialruptur der Supraspinatussehne habe sich eine Verschlechterung ergeben, weshalb die neue Arbeitsfähigkeitsschätzung nicht nachvollziehbar sei. Das lumbovertbrale Schmerzsyndrom sei nicht mehr erwähnt worden, obwohl sich die entsprechenden Leiden intensiviert hätten. Es sei auf die Einschätzung von Dr. C.\_\_\_\_ abzustellen, der von einer Arbeitsunfähigkeit von 50 % aus somatischer Sicht ausgehe. Die Einschätzungen der psychiatrischen Gutachterin und die psychiatrischen



## St.Galler Gerichte

Einschätzungen sämtlicher übriger Ärzte divergierten diametral. Dr. C.\_\_\_\_, das Psychiatrische Zentrum St. Gallen, die Psychiatrische Klinik Wil und die Abteilung Psychosomatik am Kantonsspital St. Gallen würden von einer mittelgradigen bis schweren depressiven Störung und einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung ausgehen, die psychiatrische Gutachterin dagegen lediglich von histrionischen Wesenszügen und einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung. Die fehlende Diagnosestellung in Bezug auf die Depression werde nicht begründet. Es erscheine unwahrscheinlich, dass sich alle genannten Ärzte hätten täuschen lassen, zumal nicht allen eine Vertrauensstellung zukomme. Die psychiatrische Gutachterin habe nicht geprüft, ob die anhaltende somatoforme Schmerzstörung überwindbar sei; sie sei es nicht. Die Gutachterin hätte ferner spezifische Tests durchführen müssen. Sie sei ausserdem für eine psychiatrische Begutachtung nicht qualifiziert. Schliesslich bestehe der Anschein der Befangenheit des ABI. Vom Zeitpunkt der Verschlimmerung der Leiden an sei, da kein Invalideneinkommen erzielt werden könne, eine ganze Rente zu gewähren (IV-act. 80).

A.i Mit Verfügung vom 25. September 2009 lehnte die Sozialversicherungsanstalt/IV-Stelle einen Anspruch der Versicherten auf eine Invalidenrente ab (IV-act. 83).

B.

Gegen diese Verfügung richtet sich die von Rechtsanwältin lic. iur. Sabrina Schneider für die Betroffene am 29. Oktober 2009 erhobene Beschwerde. Die Rechtsvertreterin der Beschwerdeführerin beantragt, der Beschwerdeführerin sei rückwirkend ab dem 1. September 2006 eine ganze Invalidenrente auszurichten. Wie im Einwand bereits dargelegt, wird wiederum vorgebracht, das zweite ABI-Gutachten sei nicht beweiskräftig. Es sei fraglich, ob die von Dr. C.\_\_\_\_ festgestellte Restarbeitsfähigkeit aus somatischer Sicht, auf welche abzustellen sei, auf dem freien Markt noch verwertbar sei. Die psychiatrische Gutachterin lasse ausser Acht, dass gedrückte Stimmung, Interessenverlust, Freudlosigkeit, verminderter Antrieb und schlechter Schlaf zu den typischen Symptomen einer depressiven Episode gehörten. Die Stimmungsänderung könne durch zusätzliche Symptome wie Reizbarkeit, histrionisches Verhalten und andere verdeckt sein. Den Berichten des behandelnden Psychiaters komme bezüglich dieser Befunde grösseres Gewicht zu. Die Überzeugungskraft der abweichenden



Arztberichte gesamthaft widerlege das psychiatrische Gutachten. Sämtliche behandelnden Ärzte und Psychiater attestierten der Beschwerdeführerin vorwiegend aufgrund ihrer gravierenden Depressionen und den weiteren Diagnosen aus nachvollziehbaren Gründen eine Arbeitsunfähigkeit von 100 %. Die gegenteiligen Spekulationen des ABI seien nicht massgebend. Eine erhebliche Verschlimmerung seit der ersten Begutachtung sei sowohl in somatischer wie psychiatrischer Sicht ausgewiesen.

C.

Mit Beschwerdeantwort vom 14. Januar 2010 beantragt die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde. Sie habe zu Recht auf das Gutachten abgestellt und nicht auf die Angaben der behandelnden Ärzte, welche den subjektiven Angaben der Beschwerdeführerin gefolgt seien. Das Gutachten sei von einem qualifizierten Begutachtungsinstitut erstellt worden. Der Beweiswert hänge von der Fachausbildung ab, doch sei ein FMH-Facharzttitel nicht vorausgesetzt. Auch unter Berücksichtigung des lumbovertebralen Schmerzsyndroms bei der ersten Begutachtung habe eine volle Leistungsfähigkeit in adaptierter Tätigkeit resultiert. Bei der psychiatrischen Exploration sei eine Übersetzerin anwesend gewesen. Die psychiatrische Gutachterin habe festgestellt, dass bei der Beschwerdeführerin zu keiner Zeit ein Leidensdruck zu erkennen gewesen sei (IV-act. G 4).

D.

Mit Replik vom 3. Februar 2010 lässt die Beschwerdeführerin darlegen, die psychiatrische Gutachterin habe sich mit dem Satz begnügt, die abweichenden ärztlichen Berichte könnten nicht nachvollzogen werden, sie habe sich aber nicht damit auseinandergesetzt. Als einzige der involvierten Psychiater und Ärzte komme sie zum Schluss, es liege keine krankheitswertige Persönlichkeitsstörung vor. Die behandelnden Ärzte seien unabhängig voneinander zur Erkenntnis gelangt, die Beschwerdegegnerin leide an einer mittelgradigen bis schweren depressiven Störung und an einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung. Es sei davon auszugehen, dass die psychiatrische Gutachterin nicht über fundierte Kenntnisse des schweizerischen Sozialversicherungsrechts verfüge, was den Beweiswert weiter



schmälere. Die Einschätzung zum Leidensdruck stelle eine rein subjektive Wahrnehmung der Gutachterin dar, welche von den übrigen Ärzten nicht geteilt werde. Das chronische lumbovertebrale Schmerzsyndrom nicht mehr zu erwähnen, sei ein Mangel, und zwar unabhängig von der Frage, ob es sich auf die Arbeitsfähigkeit auswirke oder nicht. Es sei zu vermuten, dass dieses Leiden zusammen mit den objektivierbaren Verschlechterungen des Gesundheitszustands zu einer Einschränkung der Arbeitsfähigkeit aus somatischer Sicht führe (act. G 7).

E.

Die Beschwerdegegnerin hat am 19./22. Februar 2010 auf die Einreichung einer Duplik verzichtet (act. G 9).

Erwägungen:

1.

1.1 Am 1. Januar 2008 ist die 5. IV-Revision in Kraft getreten. Die Beschwerdegegnerin hat die angefochtene Verfügung am 25. September 2009, also unter der Geltung des Rechts dieser Revision, erlassen. Zu beurteilen ist der Sachverhalt, wie er sich bis zum Zeitpunkt des Erlasses dieser Verfügung entwickelt hat. Dieser Sachverhalt reicht in eine Zeit vor Inkrafttreten der 5. IV-Revision zurück. Das Bundesamt für Sozialversicherungen unterstellt in Bezug auf das Fehlen einer übergangsrechtlichen Bestimmung (zum Rentenbeginn) zu Recht eine ausfüllungsbedürftige Lücke (vgl. das Rundschreiben Nr. 253 vom 12. Dezember 2007). Die Definition der Sachverhalte, auf die noch altes Recht anwendbar sein soll, sollte aufgrund des Zeitpunkts der Entstehung des Auszahlungsanspruchs oder des Eintritts des Versicherungsfalls, beide definiert nach dem alten, ausser Kraft getretenen Recht, erfolgen (zum Ganzen im Detail der Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen i/S M. vom 28. Oktober 2009, IV 2009/5). Bezüglich des allfälligen Rentenbeginns sind deshalb vorliegend angesichts der IV-Anmeldung vom Dezember 2004 und des Eintritts der Arbeitsunfähigkeit im November 2004 (vgl. IV-act. 13) die bis zum 31. Dezember 2007 gültig gewesenen Bestimmungen (im Folgenden angeführt)



anzuwenden. Für die Invaliditätsbemessung hat sich indessen materiell keine Änderung der Rechtslage ergeben.

1.2 Mit der angefochtenen Verfügung vom 25. September 2009 lehnte die Beschwerdegegnerin einen Anspruch auf eine Rente ab. Die Beschwerdeführerin beantragt in diesem Verfahren wie bereits im Verwaltungsverfahren einzig Rentenleistungen. Strittig ist daher zunächst der Rentenanspruch. Ergäbe sich allerdings, dass ohne Eingliederungsmassnahmen ein solcher Anspruch in Frage steht, so gehörte zum Streitgegenstand notwendigerweise auch die Frage, ob die Verwaltung den Grundsatz "Eingliederung vor Rente" beachtet und eine allfällige Pflicht der Beschwerdeführerin zu Massnahmen korrekt in Anspruch genommen habe.

2.

2.1 Nach Art. 28 Abs. 1 IVG besteht der Anspruch auf eine ganze Invalidenrente, wenn die versicherte Person mindestens zu 70 %, derjenige auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens zu 60 % invalid ist. Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % Anspruch auf eine Viertelsrente.

2.2 Im Falle einer rückwirkenden Rentenfestsetzung ist es unter Umständen notwendig, die Rente für verschiedene zurückliegende Zeitabschnitte nach Massgabe des jeweiligen Invaliditätsgrads unterschiedlich hoch zu bemessen (vgl. BGE 106 V 16; BGE 109 V 125; vgl. Art. 88a IVV).

2.3 Für die Invaliditätsbemessung sind zunächst die medizinischen Vorbedingungen von Bedeutung. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beschreiben und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist. Die ärztlichen Auskünfte sind in der Folge eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 125 V 261 E. 4; ZAK 1982 S. 34). Ob die versicherte Person eine ihr zumutbare Tätigkeit auch tatsächlich ausübt, ist für die Invaliditätsbemessung hingegen unerheblich (Rz 3046



des vom Bundesamt für Sozialversicherungen erlassenen Kreisschreibens über die Invalidität und Hilflosigkeit in der Invalidenversicherung = KSIH).

3.

Wie mit rechtskräftigem Urteil des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 13. August 2008 festgestellt wurde, kann für die Zeit bis September 2006 davon ausgegangen werden, dass die Beschwerdeführerin gemäss dem ersten ABI-Gutachten vom 24. März 2006 in einer der Behinderung angepassten Erwerbstätigkeit zu 100 % arbeitsfähig war und der Invaliditätsgrad jedenfalls weit unter 40 % lag.

4.

4.1 Der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin wurde, nachdem sie eine Verschlechterung ihres Gesundheitszustands ab September 2006 geltend gemacht hatte, vom ABI im Jahr 2009 erneut begutachtet. Die Beschwerdegegnerin stützte sich in der angefochtenen Verfügung auf das Ergebnis dieses Verlaufsgutachtens vom 22. Juni 2009 und ging entsprechend weiterhin von einer Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin von 100 % in einer adaptierten Tätigkeit aus. - Daneben liegen auch abweichende Arbeitsfähigkeitsschätzungen vor: Am 14. Dezember 2006 hatte das Psychiatrische Zentrum St. Gallen von einer deutlichen Verschlechterung berichtet, am 28. Januar 2009 von einer Arbeitsunfähigkeit der Beschwerdeführerin von 100 % seit mindestens Ende 2006. Dr. C.\_\_\_\_ hatte der Beschwerdeführerin am 5. April 2007 eine volle Arbeitsunfähigkeit bescheinigt, im Frühjahr 2009 eine solche von 50 % mit Einschränkungen, wohl beides für die bisherige Tätigkeit. Die Psychiatrische Klinik Wil hatte am 3. April 2008 um ambulante Reevaluation der Arbeitsfähigkeit (nach Austritt) ersucht.

4.2 Bestehen - wie hier - unterschiedliche ärztliche Beurteilungen, so hat der Sozialversicherungsrichter aufgrund des im Sozialversicherungsrecht geltenden Grundsatzes der freien Beweiswürdigung (BGE 125 V 352 E. 3a) alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestatten. Die Rechtsprechung hat es mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung



aber als vereinbar erachtet, in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Gutachten und Berichte Richtlinien für die Beweiswürdigung aufzustellen (BGE 125 V 352 E. 3b). Das im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholte Gutachten von externen Spezialärzten, welche aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, besitzt gemäss dem Bundesgericht bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (Bundesgerichtsentscheid i/S D. vom 28. Juni 2011, 9C\_243/10 E. 1.3.4; BGE 125 V 351 E. 3b/bb).

5.

5.1 Die Beschwerdeführerin erachtet das Verlaufsgutachten als mangelhaft und daher nicht beweistauglich. Sie beanstandet unter anderem, die Gutachterstelle sei wirtschaftlich von weiteren Gutachteraufträgen abhängig, welche ihrerseits an Stellen vergeben würden, die tendenziell tiefere Arbeitsunfähigkeiten attestierten. Deshalb bestehe zumindest der Anschein der Befangenheit des ABI und der Gutachter. Nach der Rechtsprechung führen der regelmässige Beizug eines Gutachters oder einer Begutachtungsinstitution durch den Versicherungsträger, die Anzahl der beim selben Arzt in Auftrag gegebenen Gutachten und Berichte sowie das daraus resultierende Honorarvolumen für sich allein genommen aber nicht zur Ausstandspflicht (BGE 137 V 210 E. 1.3.3, mit Hinweisen). Dieses Vorbringen rechtfertigt nicht, die Beweiskraft des Gutachtens von vornherein in Frage zu stellen.

5.2 Die Beschwerdeführerin bemängelt zudem, die psychiatrische Gutachterin sei nicht im Ärzteverzeichnis der FMH verzeichnet; sie sei nicht Fachärztin für Psychiatrie FMH. Deshalb sei sie, auch wenn ein Arzt mit einem Facharztstitel mit entsprechender Äquivalenz rechtsgenüglich praktizieren könne, nicht zu einer psychiatrischen Begutachtung qualifiziert. Bei einer im Ausland erworbenen Fachausbildung seien die Qualitätsprüfung und Pflicht zur regelmässigen Weiterbildung gemäss den FMH-Standards nicht gewährleistet. Zudem sei davon auszugehen, dass die psychiatrische Gutachterin über keine fundierten Kenntnisse des schweizerischen Sozialversicherungsrechts verfüge, was den Beweiswert des psychiatrischen ABI-Gutachtens weiter schmälere. - Der Beweiswert einer spezialärztlichen Expertise hängt



davon ab, ob die begutachtende Person über die entsprechende Fachausbildung verfügt. Ihre fachliche Qualifikation spielt für die richterliche Würdigung einer Expertise eine erhebliche Rolle. Bezüglich der medizinischen Stichhaltigkeit eines Gutachtens müssen sich Verwaltung und Gerichte auf die Fachkenntnisse der Expertin oder des Experten verlassen können. Deshalb ist für die Eignung einer Ärztin oder eines Arztes als Gutachtensperson in einer bestimmten medizinischen Disziplin ein entsprechender, dem Nachweis der erforderlichen Fachkenntnisse dienender spezialärztlicher Titel der berichtenden oder zumindest der den Bericht visierenden Arztperson vorausgesetzt. Hingegen ist der FMH-Facharztstitel nicht Bedingung (Bundesgerichtsentscheid i/S M. vom 6. September 2010, 8C\_65/10). Die Fachausbildung kann auch im Ausland erworben werden (vgl. Bundesgerichtsentscheid i/S L. vom 9. Oktober 2009, 9C\_82/09). Die psychiatrische Gutachterin verfügt über einen ausländischen Facharzttitel in Psychiatrie und Psychotherapie und ist von der Interessengemeinschaft Versicherungsmedizin Schweiz (Swiss Insurance Medicine) zertifizierte Gutachterin (vgl. [http://www.swiss-insurance-medicine.ch/users/1/content/20110916\\_gutachterliste\\_d.pdf](http://www.swiss-insurance-medicine.ch/users/1/content/20110916_gutachterliste_d.pdf)). Bezüglich der für eine Gutachtertätigkeit erforderlichen medizinischen (nicht einer sozialversicherungsrechtlichen) fachlichen Ausbildung ist daher kein Mangel zu erkennen. Aus dem Umstand der Zertifizierung als Gutachterin kann allerdings wohl nicht abgeleitet werden, ihre fachliche Kompetenz und klinische Erfahrung sei so viel grösser als diejenige der anderen berichtenden psychiatrischen Fachärzte, dass diesem Umstand ausschlaggebende Bedeutung zukäme. Welche Beweiskraft ihrer Beurteilung zukommt, ist im Sinn der freien Beweiswürdigung im inhaltlichen Vergleich mit den übrigen fachärztlichen Stellungnahmen zu entscheiden. Kontrastiert die Einschätzung eines (nicht hervorgehoben qualifizierten) Gutachters von anderen (also grundsätzlich gleichwertigen) fachmedizinischen Aussagen, ohne dass die Divergenzen aufgelöst werden könnten, so sind Abklärungen erforderlich (vgl. Urteil des Bundesgerichts i/S P. vom 29. September 2009, 9C\_661/09; vgl. auch den Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen i/S V. vom 16. Mai 2007, IV 2006/91).

5.3 Des Weiteren hält die Beschwerdeführerin für nicht nachvollziehbar, dass im Verlaufsgutachten – trotz des zusätzlichen objektivierbaren Befundes einer Partialruptur der Supraspinatussehne – eine im Vergleich zum ersten Gutachten vom März 2006 unveränderte Arbeitsfähigkeit von 80 % im Haushalt und von 100 % in einer



adaptierten Tätigkeit attestiert wurde. Aus somatischer Sicht habe sich eine Verschlechterung des Zustands eingestellt. Subjektiv hatte die Beschwerdeführerin bei der Begutachtung von einer leichten Akzentuierung der Beschwerden im Bereich der rechten Schulter berichtet. Das Hinzukommen eines zusätzlichen Befundes bedeutet indessen nicht zwingend, dass sich die zumutbare Arbeitsfähigkeit in leidensangepasster Tätigkeit verringert. Der rheumatologische Gutachter ist unter Berücksichtigung der hinzugetretenen Partialruptur der Supraspinatussehne (ohne Hinweise auf eine transmurale Schädigung) zu der abgegebenen Arbeitsfähigkeitsschätzung gelangt. Aufgrund dieses Leidens wurde die angepasste Tätigkeit so umschrieben, dass keine regelmässigen Bewegungen der Arme oberhalb der Horizontalen vorkommen sollten. Ein Grund, die Zuverlässigkeit der ärztlichen Beurteilung zu bezweifeln, ergibt sich unter diesem Aspekt nicht.

5.4 Ferner bemängelt die Beschwerdeführerin, das chronische lumbovertbrale Schmerzsyndrom sei in der Diagnoseliste nicht mehr aufgeführt worden, obwohl sich die lumbovertebralen Beschwerden nicht zurückgebildet, sondern im Gegenteil intensiviert hätten. Sie hatte bei der Exploration nach Nacken-, Schulter- und Knieschmerzen auch panvertebrale Rückenschmerzen benannt. Bei der Erhebung des orthopädischen Status hat der Gutachter beim Kauergang die Angabe lumbaler Schmerzen zur Kenntnis genommen. Bei der Untersuchung des Rumpfes habe sich eine recht gute Beweglichkeit in sämtlichen Abschnitten gezeigt. Gegenstand zusätzlicher Untersuchungen bildete die lumbale Wirbelsäule nicht. Bei der ersten Begutachtung hatte die Beweglichkeit von LWS und BWS wegen ausgeprägten Abwehrverhaltens und Gegeninnervation nicht abschliessend objektiv beurteilt werden können. Gemäss dem Verlaufsgutachten war die Beschwerdeführerin deutlich besser untersuchbar gewesen, was stark auf das Vorliegen von wesentlichen nichtorganischen Schmerzbestandteilen hindeute. Denn organische Alterationen seien zwar ebenfalls nicht immer in gleicher Weise schmerzhaft, doch würden so grosse Unterschiede dort kaum auftreten. Dass ein chronisches lumbovertebrales Schmerzsyndrom in die Diagnoseliste des Verlaufsgutachtens nicht aufgenommen wurde, vermag keine relevanten Zweifel an der Stichhaltigkeit der Schlussfolgerungen zu erwecken. Zu bedenken ist denn auch, dass in der ersten Begutachtung selbst bei Einbezug dieses Leidens in die Hauptdiagnosen keine Arbeitsunfähigkeit für eine adaptierte Tätigkeit festgestellt worden ist.



5.5 Sodann weist die Beschwerdeführerin darauf hin, dass die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit durch die psychiatrische Gutachterin sich diametral von jener sämtlicher übriger Ärzte unterscheide. Es dränge sich die Vermutung auf, dass entgegen der Einschätzung der Gutachterin bei der Beschwerdeführerin eine depressive Episode vorliege, die mittelschwer bis schwer wiege. - Neben Dr. C.\_\_\_\_ und dem Departement Innere Medizin, Onkologie/Hämatologie, am Kantonsspital St. Gallen als Vertreter anderer Disziplinen hatten auch die Psychiatrische Klinik Wil, das Psychiatrische Zentrum St. Gallen und das Departement Innere Medizin, Psychosomatik, am Kantonsspital St. Gallen als psychiatrische Fachstellen Diagnosen aus dem depressiven Bereich (rezidivierende depressive Störung, depressive Episode) gestellt. Die psychiatrische Gutachterin dagegen erklärte, eine depressive Symptomatik (mit Ausnahme eines gelegentlichen Tränenflusses) nicht objektiviert haben zu können. Im Vordergrund stünden histrionische Merkmale. Eine Depressivität, wie andernorts festgestellt, habe sich nicht validieren lassen. Vielmehr habe die Beschwerdeführerin gleichgültig, affektiv kühl und kontrolliert gewirkt und habe mechanistisch schematische Beschwerdeauskünfte gegeben. Sie habe künstlich gewirkt, eine echte innere Beteiligung sei nicht spürbar gewesen. Ein Leidensdruck sei ebenfalls zu keinem Zeitpunkt feststellbar gewesen. Ihre Schilderung habe deutliche katastrophisierende und dramatisierende Elemente enthalten. Sie halte ihre körperliche Situation für vollständig invalidisierend. Sie habe über dramatische nächtliche Träume berichtet und es bestünden unspezifische Erwartungsängste bezüglich des seit zwölf Jahren überwundenen Karzinomleidens. Sonstige Angstaffekte seien nicht darstellbar. Die von der Psychiatrischen Klinik Wil beschriebene Affektstörung, insbesondere ein Angstaffekt, habe sich bei der gutachterlichen Untersuchung zu keiner Zeit nachweisen lassen. Die histrionischen Wesenszüge seien bewusstseinsnah gestaltet und erfüllten nicht den Charakter etwa einer schweren dissoziativen Störung. - Es lässt sich festhalten, dass die psychiatrische Gutachterin die Befunde detailliert erhoben und beschrieben hat. Sie stellte ferner unter anderem fest, dass der Medikamentenspiegel für Duloxetin (Cymbalta) einen stark erhöhten Wert ergeben habe. Der TSH-Wert sei erniedrigt, entsprechend der T4-Spiegel erhöht gewesen. Die thyreotrope Situation sei indessen für die geschilderte psychische Situation nicht als pathognomisch (wohl: pathognomonisch) anzusehen. Nichts anderes nahm die Gutachterin offenbar auch für die Überdosierung des Psychopharmakons an. Ihre Diagnosestellung und ihre



Einschätzung der Arbeitsfähigkeit hat die psychiatrische Gutachterin in Kenntnis der früheren Beurteilungen anderer Fachärzte abgegeben. Sie hat sich mit den Abweichungen ausreichend auseinandergesetzt. Zu berücksichtigen ist in diesem Zusammenhang einerseits, dass die Psychiatrische Klinik Wil im April 2008 berichtet hatte, die Beschwerdeführerin habe sich im Verlauf des stationären Aufenthalts (unter antidepressiver Medikation mit Cymbalta) stabilisieren können. Dass nach Austritt eine Arbeitsunfähigkeit aus psychiatrischen Gründen bestehe, wurde in jenem Bericht nicht festgehalten. Auch das Departement Innere Medizin, Psychosomatik, am Kantonsspital St. Gallen hatte keine Arbeitsfähigkeitsschätzung abgegeben. Die Beschreibung der Befunderhebung des Psychiatrischen Zentrums St. Gallen andererseits lässt darauf schliessen, dass sie weitgehend auf den subjektiven Schilderungen der Beschwerdeführerin selber basierte. Im Zentrum wurde nebst der Therapie mit Cymbalta eine Gesprächstherapie durchgeführt, welche sich aber aufgrund der sprachlichen Situation schwierig gestaltete. Bei der psychiatrischen Begutachtung hingegen war eine Übersetzerin anwesend. Ein Vergleich des psychiatrischen Verlaufsgutachtens mit dem früheren ABI-Gutachten schliesslich zeigt, dass damals ebenfalls keine Störung oder Episode depressiver Art diagnostiziert worden war. Es war festgehalten worden, die Beschwerdeführerin sei sicherlich im Rahmen der somatoformen Schmerzstörung leicht depressiv, doch begründe dies keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Die psychiatrische Verlaufs-Gutachterin hielt dafür, sie stimme mit diesem Vorgutachten überein. Wie dort sei ein deutlicher sekundärer Krankheitsgewinn aufgefallen, kombiniert mit vollständiger Invalidisierungsüberzeugung. Eine Veränderung lasse sich insofern beobachten, als damals das interpersonale Verhalten, die Kontaktfähigkeit und die affektive Situation als nicht wesentlich beeinträchtigt betrachtet worden seien, während nun deutliche histrionische Züge vorherrschten. Eine psychiatrische Morbidität sei aber (nach wie vor) nicht zu diagnostizieren.

5.6 Die Beschwerdeführerin rügt weiter, es wäre unumgänglich gewesen, Tests zur Objektivierung der massgeblichen Kriterien für die Abgrenzung der verschiedenen psychischen Störungen zu machen. Die notwendigen Standardtests seien nicht durchgeführt worden. Das bedeutet indessen keinen Mangel. Denn dem schematischen, testmässigen Erfassen der Psychopathologie nach bestimmten Skalen, die vor allem auf den Angaben und Einschätzungen der versicherten Person selbst



beruhen, kommt bei der psychiatrischen Exploration höchstens ergänzende Funktion zu; entscheidend ist die klinische Untersuchung mit Anamneseerhebung, Symptomerfassung und Verhaltensbeobachtung (vgl. Urteil des Bundesgerichts i/S N. vom 3. Juni 2008, 9C\_531/2007, E. 2.2.4, mit Hinweisen). Die weitgehend fehlende Validierbarkeit (Reliabilität) psychiatrischer Diagnosen liegt im Übrigen in der Natur der Sache begründet und kann nicht automatisch zu Beweisweiterungen bei sich widersprechenden psychiatrischen Berichten und Expertisen führen (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C\_661/2009, E. 3.2, mit Hinweisen). Massgebend sind ohnehin nicht Art und Genese des Gesundheitsschadens, sondern es ist die Arbeitsunfähigkeit ausschlaggebend, welche sich aus dem Gesundheitsschaden ergibt.

5.7 Bezüglich der somatoformen Schmerzstörung bemängelt die Beschwerdeführerin, es fehle im Gutachten eine Prüfung, ob diese nicht ausnahmsweise unüberwindbar sei. Die Überwindbarkeit sei anscheinend durch die Ärztin und auch durch die Beschwerdegegnerin stillschweigend angenommen worden, indem der Beschwerdeführerin eine 100 %ige Arbeitsfähigkeit attestiert worden sei. Die Beschwerdeführerin leide seit Jahren an chronischen körperlichen Begleiterkrankungen, welche verbunden seien mit einem sozialen Rückzug, was von verschiedenen Ärzten wiederholt wiedergegeben worden sei. Der innerseelische Verlauf der Krankheit habe sich zudem verfestigt und sei therapeutisch nicht mehr angebar. Die bisherigen Behandlungsergebnisse hätten die mannigfaltigen Leiden kaum zu lindern vermocht, sodass die Ärzte der Beschwerdeführerin eine schlechte bis miserable Prognose stellten. Damit sei erwiesen, dass die somatoforme Schmerzstörung nicht durch einfache Willensanstrengung überwunden werden könne.

- Die psychiatrische Gutachterin hat der somatoformen Schmerzstörung keine die Arbeitsfähigkeit beeinträchtigende Wirkung zugemessen. Dies war bereits im ersten Gutachten so beurteilt worden. Von einer wesentlichen, die Arbeitsfähigkeit tangierenden Veränderung im Zeitablauf ist vorliegend aufgrund der gutachterlichen Angaben nicht auszugehen. Ein sekundärer Krankheitsgewinn, wie er im Vordergrund zu stehen scheint, bleibt rechtlich grundsätzlich unbeachtlich (vgl. BGE 130 V 352). Auch den histrionischen Wesenszügen kommt gemäss dem Gutachten kein die Arbeitsfähigkeit beeinträchtigender Einfluss zu.

6.



6.1 Die psychiatrische Befunderhebung bei der Begutachtung erscheint vorliegend wie erwähnt vollständig. Das Verlaufsgutachten vom 22. Juni 2009 wurde in Kenntnis der Vorakten und nach Erfragen der Anamnese und der geklagten Beschwerden abgegeben. Insgesamt kann sein Ergebnis als ausreichend plausibel betrachtet werden. Die Arbeitsfähigkeitsschätzung des Psychiatrischen Zentrums St. Gallen als behandelnder Stelle vermag dagegen im Beweiswert nicht anzukommen oder diesen zu erschüttern, zumal wie dargelegt weitgehend subjektive Schilderungen der Beschwerdeführerin berücksichtigt wurden. Auch der Standpunkt von Dr. C.\_\_\_\_ vermag gegen das polydisziplinäre Begutachtungsergebnis in Aktenkenntnis nicht durchzudringen. Was die beschriebenen Anfälle der Beschwerdeführerin betrifft, kann angemerkt werden, dass in den EEG eine bilaterale Funktionsstörung, ein leichter intermittierender Herdbefund links temporal und epilepsieverdächtige Potentiale gefunden wurden (act. 71-15), dass die Anfälle auf der Klinik für Neurologie am Kantonsspital St. Gallen aber nach eingehenden Abklärungen schliesslich als psychogen bezeichnet worden sind (act. 75-32).

6.2 Gemäss dem Gutachten vom 24. März 2006 wie gemäss dem Verlaufsgutachten vom 22. Juni 2009 ist die Beschwerdeführerin in einer adaptierten Tätigkeit zu 100 % arbeitsfähig. Eine diesbezügliche Änderung hat sich im vorliegend massgeblichen Zeitraum demnach nicht eingestellt.

6.3 Es kann davon ausgegangen werden, dass die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin auf einem ausgeglichenen Arbeitsmarkt verwertbar ist. Ein Invaliditätsgrad von mindestens 40 % besteht daher nicht. Die Beschwerdeführerin hat folglich keinen Anspruch auf eine Invalidenrente. Die Verfügung der Beschwerdegegnerin ist nicht zu beanstanden.

7.

7.1 Im Sinne der vorstehenden Erwägungen ist die Beschwerde abzuweisen.

7.2 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<sup>bis</sup> IVG). Eine Gerichtsgebühr von Fr. 600.--



erscheint in der vorliegend zu beurteilenden Angelegenheit als angemessen. Dem Ausgang des Verfahrens entsprechend sind die Kosten vollumfänglich der Beschwerdeführerin aufzuerlegen. Der von ihr geleistete Kostenvorschuss von Fr. 600.-- ist ihr daran anzurechnen.

Demgemäss hat das Versicherungsgericht

entschieden:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Die Beschwerdeführerin bezahlt die Gerichtskosten von Fr. 600.-- unter Anrechnung des bezahlten Kostenvorschusses in gleicher Höhe.