



Fall-Nr.: IV 2019/85
Stelle: Versicherungsgericht
Rubrik: IV - Invalidenversicherung
Publikationsdatum: 11.11.2021
Entscheiddatum: 10.05.2021

Entscheid Versicherungsgericht, 10.05.2021

Art. 7, 8 und 16 ATSG. Art. 28 IVG. 87 Abs. 2 und 3 IVV. Die Beschwerdegegnerin ist zu Recht auf die (formlose) Neuanmeldung vom 13. Februar 2015 eingetreten. Würdigung eines polydisziplinären Gutachtens. Aufgrund einer nach der Begutachtung, aber vor dem Erlass der angefochtenen Verfügung vom 5. März 2019 erfolgten psychiatrischen Hospitalisation von dreieinhalb Monaten besteht die Möglichkeit, dass sich der psychische Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin relevant verschlechtert haben könnte. Rückweisung zu weiteren Abklärungen in der Form einer Verlaufsbegutachtung (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 10. Mai 2021, IV 2019/85).

Entscheid vom 10. Mai 2021

Besetzung

Präsident Ralph Jöhl, Versicherungsrichterinnen Monika Gehrler-Hug und Karin Huber-Studerus; Gerichtsschreiberin Viviane Kull

Geschäftsnr.

IV 2019/85

Parteien

A.____,

Beschwerdeführerin,

vertreten durch Goran Babic, Pat. Rechtsagent, Hauptstrasse 65, 9400 Rorschach,



St.Galler Gerichte

gegen

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

Beschwerdegegnerin,

Gegenstand

Rente

Sachverhalt

A.

A.a. A.____ meldete sich im Januar 2011 wegen eines Sturzes am 2. März 2010 erstmals zum Bezug von Leistungen der Invalidenversicherung (IV) an (IV-act. 3). Sie gab an, in ihrem Heimatland acht Jahre die Schule besucht zu haben. Einen Beruf habe sie nicht erlernt. Sie arbeite in einem Vollzeitpensum als Küchenhilfe. Die Arbeitgeberin der Versicherten, ein Pflegeheim, teilte am 19. Februar 2011 mit (IV-act. 22), es beschäftige die Versicherte seit August 1992 als Küchenhilfe. Vor dem Unfall habe das Pensum 100% betragen, seit dem 2. März 2010 sei dieses variabel. Ohne eine gesundheitliche Beeinträchtigung würde die Versicherte heute Fr. 55'023.15 verdienen.

A.b. Nach dem Einholen von Akten des Unfall- und des Taggeldversicherers (vgl. Fremdakten, unter anderem ein bidisziplinäres Gutachten der Z.____ vom 28. Oktober 2011) sowie von diversen medizinischen Berichten, namentlich einem Austrittsbericht der Y.____ vom 25. Februar 2011 betreffend einen stationären Aufenthalt vom 11. Januar 2011 bis 8. Februar 2011 (IV-act. 24), wurde die Versicherte am 20. und 22. August 2013 von der Medas Ostschweiz polydisziplinär (internistisch, rheumatologisch und psychiatrisch) begutachtet. Im Gutachten vom 7. Oktober 2013 gaben die Sachverständigen keine Diagnosen mit Einschränkung der zumutbaren Arbeitsfähigkeit an. Als Diagnosen ohne wesentliche Einschränkung der Arbeitsfähigkeit nannten sie (IV-act. 117-31): Chronisches Schmerzsyndrom gluteal und linker Oberschenkel lateral seit Sturzereignis 03/2010, multiple klinische und bildgebende Untersuchungen ohne relevante somatische Befunde, St.n. transanaler



St.Galler Gerichte

Rektumresektion 04/2009 bei Rektozele, anamnestisch Teilinkontinenz, massive Adipositas, leichte arterielle Hypertonie, Verdacht auf Analgetika-induzierte Kopfschmerzen, Anpassungsstörung (längere depressive Reaktion, DSM IV 309.9). Der psychiatrische Sachverständige Dr. med. X.____ führte aus (IV-act. 117-28 f.), die Versicherte habe nach der Operation im Jahr 2009 mit folgenden Mastdarmlstörungen eine reaktive depressive Episode mit suizidalen Gedanken entwickelt. Diese Episode sei kurzzeitig gewesen. Nach dem Unfall im März 2010 seien erneut depressive und ängstliche Symptome aufgetreten. Aus heutiger Sicht scheine es sich um eine psychische Reaktion auf das Unfallereignis bzw. die Schmerzen zu handeln. Mit der Zeit habe sich die Symptomatik zu einer rezidivierenden depressiven Störung, die zeitweise mittelgradig, gegenwärtig eher leichtgradig zu beurteilen sei, entwickelt. Die depressive Störung, an der die Versicherte leide, sei höchstwahrscheinlich eine chronische Anpassungsstörung und keine Komorbidität. Aus psychiatrischer Sicht bestehe eine uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Küchenhilfe. Der internistische/rheumatologische Gutachter Dr. med. B.____ erklärte (IV-act. 117-32 f.), das Schmerzsyndrom bleibe aus somatischer Sicht ätiologisch unklar. Internistisch und rheumatologisch bestünden keine Schädigungen oder Funktionsstörungen mit Auswirkungen auf das berufliche Leistungsvermögen. Die subjektiv beklagten Kontinenzprobleme (Stuhlinkontinenz) könnten belastend sein, dürften jedoch zu keiner wesentlichen Einschränkung der Arbeitsfähigkeit führen. Die Versicherte sei demnach weder somatisch noch psychiatrisch in ihrer Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit wesentlich eingeschränkt. Die Beurteilung gelte ab dem Gutachtenzeitpunkt. Am 18. November 2013 nahmen die Gutachter ergänzend zum Verlauf der Arbeitsfähigkeit Stellung (IV-act. 120). Sie teilten mit, nach dem Austritt aus der Y.____ am 8. Februar 2011 bis zum Gutachtenzeitpunkt sei (aus psychiatrischer Sicht) höchstens von einer 50%igen Arbeitsunfähigkeit auszugehen. Mit einer Verfügung vom 24. Februar 2014 wies die IV-Stelle das Rentengesuch bei einem Invaliditätsgrad von 3% ab (IV-act. 140). Die dagegen erhobene Beschwerde hiess das Versicherungsgericht des Kantons St. Gallen am 27. Oktober 2016 dahingehend gut, dass es die Verfügung vom 24. Februar 2014 aufhob, der Versicherten für die Zeit vom 1. Januar 2012 bis 31. Januar 2014 eine halbe Rente zusprach und die Sache zur Festsetzung der Rentenhöhe an die IV-Stelle zurückwies (Entscheid vom 27. Oktober



2016, IV 2014/182, IV-act. 179). Das Bundesgericht wies eine dagegen erhobene Beschwerde ab (Urteil vom 23. Mai 2017, 9C_808/2016, IV-act. 197).

B.

B.a. Bereits am 23. April 2014 hatte die Versicherte eine ärztliche Bestätigung von Dr. med. C.____, Psychiatrie und Psychotherapie FMH, vom 22. April 2014 am Schalter der IV-Stelle abgegeben (IV-act. 154). Dr. C.____ hatte bestätigt, dass die Versicherte seit Juli 2013 in einer regelmässigen tagesklinischen Behandlung stehe. Aufgrund der depressiven Symptomatik und der zusätzlichen Notwendigkeit der täglichen Therapiepräsenz sei die Versicherte seit Juli 2013 vollständig arbeitsunfähig. Am 13. Februar 2015 hatte die Versicherte einen Bericht der W.____ vom 14. November 2014 eingereicht (IV-act. 160). Deren Fachärzte hatten mitgeteilt, bei der Versicherten bestehe seit ca. zwei Monaten eine neu aufgetretene unkontrollierte Urininkontinenz bei einem schleichenden Beginn. Sie hatten eine Überaktivität des Detrusormuskels sowie eine Inkontinenz für weichen Stuhl (mit/bei St.n. Stapled transanaler Rektumresektion 04/2009 bei obstruktivem Defäkationssyndrom, Intussuszeption und anteriorer Rektozele, St.n. Fissur-Débridement und Botoxinjektion 09/2013) diagnostiziert. In der Zeit von August 2015 bis August 2016 hatte die Versicherte folgende Berichte der W.____ eingereicht: Vom 10. und 11. August 2015, 10. September 2015, 26. Januar 2016, 12. Februar 2016, 6. Juli 2016 und 10. August 2016 (IV-act. 165 ff.). Im Bericht vom 10. August 2016 (IV-act. 178) hatte ein Facharzt die Diagnosen einer unklaren Urininkontinenz, einer Dranginkontinenz und Inkontinenz für weichen Stuhl und eines chronifizierten oligolokulären Schmersyndroms Chronifizierungsgrad III nach Gebershagen angegeben.

B.b. Am 16. November 2016 bat die IV-Stelle die Versicherte (IV-act. 182), die Wiederanmeldung vom 23. April 2014 noch zu unterzeichnen sowie allfällige weitere Berichte seit der letzten Untersuchung im W.____ einzureichen. Am 22. November 2016 ging die von der Versicherten am 21. November 2016 unterzeichnete ärztliche Bestätigung von Dr. C.____ vom 22. April 2014 ein (IV-act. 186).

B.c. Am 2. November 2016 berichtete die leitende Ärztin der V.____ (IV-act. 187), die Befunde der Versicherten seien am 28. Oktober 2016 am interdisziplinären Becken-Board mit Fachärzten der Gynäkologie, Urologie und Neurologie besprochen worden.



Die Befunde seien in ihrer Gesamtheit nicht konklusiv. Am 21. November 2016 wurde die Versicherte in der U.____ untersucht. Deren Fachärzte gaben am 5. Dezember 2016 die folgenden Diagnosen an (IV-act. 208): Unklare Urininkontinenz, Dranginkontinenz und Inkontinenz für weichen Stuhl, chronifiziertes oligolokuläres Schmerzsyndrom Chronifizierungsgrad III nach Gebershagen, manifeste Hypothyreose, Vitamin B12-Mangel. Sie führten aus, die Versicherte beschreibe eine seit längerer Zeit bestehende Stuhl- und Urininkontinenz, welche bei mehreren Fachdisziplinen abgeklärt worden sei. Eine Ursache habe bislang nicht gefunden werden können. Klinisch und laborchemisch ergäben sich weiterhin keine Hinweise auf eine neurologische Ursache der Inkontinenzsymptomatik. Die beschriebenen Sensibilitätsstörungen liessen sich weder einem Dermatome noch einem peripheren Nerven sicher zuordnen. Am 20. Dezember 2016 teilten Fachärzte des T.____ die Diagnosen einer komplexen Beckenbodenerkrankung, einer Hypästhesie/Hypalgesie, einer Dranginkontinenz und Inkontinenz für weichen Stuhl, eines chronifizierten oligolokulären Schmerzsyndroms Chronifizierungsgrad III nach Gebershagen und einer arteriellen Hypertonie mit (IV-act. 206). Sie gaben an, die Versicherte leide an einer unklaren totalen Inkontinenz mit einer wechselnden Blasenkapazität; anatomisch sei keine hypokapazitive Blase nachweisbar. Die Blase sei deutlich asensitiv. Weder die neurologischen noch die urogynäkologischen Befunde seien kongruent.

B.d. Dr. med. D.____ vom Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD) notierte am 20. September 2017 nach einer Durchsicht der medizinischen Berichte (IV-act. 209), es sei plausibel, dass sich der Gesundheitszustand der Versicherten verändert haben und dass dies einen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit haben könne. Bei der Versicherten sei im Jahr 2014 neu eine Urininkontinenz aufgetreten. Zur Beurteilung, ob sich der Gesundheitszustand und die Arbeitsfähigkeit verändert hätten, seien weitere Abklärungen nötig.

B.e. Dr. C.____ gab am 6. Oktober 2017 die Diagnosen einer andauernden Persönlichkeitsänderung im Rahmen der körperlichen und psychischen Erkrankung (ICD-10 F62.8) und einer rezidivierend depressiven Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode mit somatischen Symptomen (ICD-10 F33.11), an (IV-act. 217). Er berichtete, bei der Versicherten bestünden abgesehen von Konzentrationsstörungen unauffällige mnestiche Funktionen. Das formale Denken sei verlangsamt und weitschweifig. Die



Versicherte grübele über die eigene Zukunftslosigkeit, sei im Affekt deprimiert und intermittierend dysphorisch gereizt. Die affektive Schwingungsfähigkeit und der Elan vitae seien reduziert. Ein affektiver Rapport sei knapp herstellbar. Der Antrieb sei vermindert und die Versicherte sei motorisch wenig lebhaft. Mindestens seit dem Anmeldedatum bestehe eine vollständige Arbeitsunfähigkeit. Dr. med. E.____, Allgemeine Innere Medizin FMH, Praxisvertreter des Hausarztes Dr. med. F.____, teilte am 30. Oktober 2017 mit (IV-act. 229), die Versicherte leide an einer chronischen Insomnie (seit ca. 2015), einem chronischen Schmerzsyndrom (seit 2010) mit einer depressiven Verstimmung und Angst, einer arteriellen Hypertonie, einer komplexen Beckenbodenerkrankung und einer Stuhlinkontinenz. Er attestierte eine vollständige Arbeitsunfähigkeit vom 1. April 2013 bis 31. Dezember 2017. Er legte einen Bericht des S.____ vom 12. Oktober 2017 bei (vgl. IV-act. 229-7). Eine Fachärztin hatte im Zusammenhang mit der in diesem Bericht angegebenen Diagnose einer chronischen Insomnie Schlafhygienemassnahmen und Entspannungstechniken empfohlen.

B.f. Am 22. November 2017 bat die IV-Stelle Dr. C.____ (IV-act. 231), sich unter Berücksichtigung des Berichts der W.____ vom 6. Juli 2016 zu der darin erwähnten möglichen Nebenwirkung von Psychopharmaka hinsichtlich der Urininkontinenz zu äussern. Dr. C.____ teilte am 17. Januar 2018 mit (IV-act. 233), ab Juni 2015 sei eine schlaffördernde und schmerzdistanzierende antidepressive Behandlung mit Trimipramin eingeleitet worden, wobei das Nebenwirkungsprofil bei einer bestehenden Urininkontinenz mitberücksichtigt worden sei. Das Präparat Trimipramin sei bekannt für antiholinergische Nebenwirkungen inklusive Urinretention, aber nicht für Harninkontinenz. Trotzdem sei am 22. Dezember 2017 eine Umstellung der Psychopharmakotherapie auf Trazodon (Trittico) vorgenommen worden, was gemäss der Sprechstunde vom 12. Januar 2018 zu keiner Verbesserung der Urininkontinenz geführt habe.

B.g. Am 6. März 2018/3. April 2018 teilte die IV-Stelle der Versicherten mit (IV-act. 235, 241), dass eine polydisziplinäre Begutachtung notwendig und dass die ABI Begutachtungsinstitut GmbH (ABI GmbH) damit beauftragt worden sei. Am 4./5./7. und 11. Juni 2018 wurde die Versicherte polydisziplinär (internistisch, gynäkologisch, orthopädisch, psychiatrisch, neurologisch, gastroenterologisch und urologisch) untersucht. Im Gutachten vom 24. Juli 2018 gaben die Sachverständigen folgende



Diagnosen mit einer Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit an: Komplexe Beckenbodenerkrankung mit einer totalen Belastungsinkontinenz, Dranginkontinenz und Inkontinenz für weichen Stuhl, Diarrhoe-Symptomatik unklarer Ätiologie. Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannten sie: Chronisches Schmerzsyndrom gluteal linksbetont und tieflumbal, chronische mediale Knieschmerzen rechts, leichte depressive Episode (ICD-10 F33.0), Adipositas, arterielle Hypertonie, Verdacht auf COPD, asymptomatische Cholecystolithiasis, anamnestisch Hyperthyreose (ausführliche Diagnosen siehe IV-act. 245-9 f.). Der internistische Sachverständige führte aus (IV-act. 245-38), es bestehe eine medikamentös behandelte arterielle Hypertonie mit aktuell leicht erhöhten Blutdruckwerten. Zudem finde sich eine Adipositas, ein chronischer Nikotinabusus, eine asymptomatische Cholecystolithiasis sowie eine in der Vergangenheit festgestellte Hyperthyreose mit aktuell einem laborchemischen Nachweis einer manifesten Hypothyreose. Diese Befunde und Diagnosen könnten behandelt werden und begründeten keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Die gynäkologische Expertin hielt fest (IV-act. 245-46 f.), seit dem Jahr 2014 bestehe eine schleichend begonnene Urininkontinenz mit wechselnden Untersuchungsbefunden im Verlauf. Sämtliche therapeutische Massnahmen hätten zu keiner Besserung der Beschwerden geführt. Aus urogynäkologischer Sicht finde sich keine erklärende Diagnose. Auch aus neurologischer Sicht bestehe keine Erklärung der Inkontinenz. Die Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit und in adaptierten Tätigkeiten sei wegen eines erhöhten Pausenbedarfs zu 10% eingeschränkt. Dies ermögliche es der Versicherten, regelmässig die Toilette zu besuchen. Bedauerlicherweise sei die bisherige Psychopharmaka-Therapie trotz einer Empfehlung der Urologen nur eingeschränkt (ein Medikament) auf ihre Nebenwirkungen hin überprüft worden. Eine körperlich sehr belastende Tätigkeit sei ausgeschlossen. Der orthopädische Sachverständige erklärte (IV-act. 245-55 ff.), die Versicherte demonstriere ein ausgeprägtes, keinesfalls reproduzierbares linksseitiges Hinken. Während der Zehengang beidseits problemlos gelinge, erfolge beim Fersengang auf beiden Seiten ein Absinken. Beim Treppengehen werde nicht die subjektiv erheblich beeinträchtigte linke, sondern die rechte Seite vorangestellt. Die Untersuchung der Wirbelsäule ergebe unter Verspannung eine erhebliche Bewegungseinschränkung sämtlicher Abschnitte, doch könne der initial vermehrte Finger-Boden-Abstand später durch eine freie Auslenkung im Langsitz



relativiert werden. Auch die bei der expliziten Prüfung verminderte Kopffrotation gelinge unter Ablenkung frei und offenbar schmerzlos. An den oberen und unteren Extremitäten liege gleichfalls eine freie Beweglichkeit vor. Auf radiologischer Ebene fehlten relevante Veränderungen an der zervikalen, thorakalen und lumbalen Wirbelsäule, an den Hüft- und Iliosakralgelenken sowie am rechten Kniegelenk. Zusammenfassend könne festgestellt werden, dass sich die beklagten, letztlich unbeeinflussbaren Beschwerden durch die klinischen, radiologischen und infiltrativen Befunde keinesfalls klar begründen liessen. Nicht auszuschliessen sei eine gewisse Affektion des linken Iliosakralgelenks, doch sei dafür die anamnestische und klinische inkonsistente Präsentation keinesfalls typisch. Zu betonen sei aber eine massive Fehlhaltung im Sinne einer vermehrten Beckenkipfung, welche in Zusammenhang mit der deutlichen Adipositas als sehr ungünstig anzusehen sei. Für körperlich leichte bis selten mittelschwere Verrichtungen unter Wechselbelastung bestehe eine zeitlich und leistungsmässig uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit. Der psychiatrische Gutachter legte dar (IV-act. 245-63 ff.), der affektive Kontakt sei gut herstellbar gewesen. Die Stimmung sei leicht depressiv mit etwas verminderter Freude bei durchaus erhaltenen Interessen gewesen. Auch der Antrieb sei erhalten gewesen. Die Versicherte habe Schlafstörungen in der Nacht und eine erhöhte Ermüdbarkeit am Tag angegeben. Es hätten negative Zukunftsperspektiven bezüglich der gesundheitlichen und beruflichen Situation bestanden. Der Selbstwert sei erhalten gewesen. Hinweise auf manifeste Ängste mit vegetativen Symptomen als Ausdruck der Ängste und Zwänge hätten nicht bestanden. Die Versicherte sei wach, bewusstseinsklar und allseits orientiert gewesen. Die Aufmerksamkeit, die Auffassung und das Gedächtnis seien intakt gewesen. Das Denken sei formal geordnet gewesen und inhaltlich hätten keine Wahnideen, Halluzinationen und Ich-Störungen bestanden. Eine Zirkadianität sei nicht ausgeprägt gewesen. Die Versicherte habe als Hauptbeschwerden ausgeweitete Schmerzen am Bewegungsapparat angegeben. Sie habe auch Probleme mit der Blase und mit dem Dickdarm angegeben. Diagnostisch bestehe eine leichte depressive Episode, gekennzeichnet durch depressive Verstimmungen mit einer verminderten Freude, aber auch durch eine erhöhte Ermüdbarkeit, Schlafstörungen und negative Zukunftsperspektiven bezüglich der gesundheitlichen und beruflichen Situation. Im Jahr 2011 sei eine teilstationäre psychiatrische Behandlung erfolgt. Gut möglich sei, dass die Depression punktuell stärker ausgeprägt gewesen sei. Da im bidisziplinären



Gutachten (2011) keine depressive Episode (mehr) diagnostiziert worden sei, vom behandelnden Psychiater aber wieder (2017), sei von einer rezidivierenden depressiven Störung auszugehen. Die Versicherte habe somatische Probleme angegeben. Sie habe die Schmerzen relativ genau lokalisiert; dies spreche eher für eine somatische Ursache der Symptomatik. Eine zusätzliche Schmerzstörung bzw. somatoforme Schmerzstörung könne nicht diagnostiziert werden. Der behandelnde Psychiater Dr. C. ___ habe im Jahr 2017 eine Persönlichkeitsänderung im Rahmen körperlicher und psychischer Krankheit diagnostiziert und eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradig mit somatischem Syndrom, angegeben. Die depressive Episode sei aber leicht ausgeprägt, wie oben dargelegt worden sei. Vielleicht sei die depressive Episode auch deutlicher ausgeprägt gewesen, nicht aber gemittelt über den Verlauf. In der R. ___ und in der Y. ___ sei 2011 eine mittelgradig depressive Episode angegeben worden. Eine depressive Episode könne behandelt werden, wenn auch eine Heilung nicht immer möglich sei. Die Diagnose einer Persönlichkeitsänderung könne nicht bestätigt werden. Dafür müssten deutlich schwere und mit entsprechenden somatischen Befunden objektivierbare Schmerzen vorliegen, zum Beispiel im Rahmen eines lange dauernden Tumorleidens, oder es müsste eine deutlich schwere psychische Störung bestehen, was bei einer leichten oder mittelgradigen depressiven Episode im Rahmen einer rezidivierend depressiven Störung nicht der Fall sei. Auch fehle die entsprechende Symptomatik, für die auch eine Entfremdung gefordert werde. Die Versicherte sei im Untersuchungsgespräch vielmehr sehr gut zugänglich und affektiv gut spürbar gewesen. Im Gutachten der Medas Ostschweiz 2013 sei auch keine Diagnose mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit gestellt worden. Gut möglich sei, dass damals keine depressive Episode mehr vorgelegen habe, sondern lediglich noch eine Anpassungsstörung im Rahmen der rezidivierenden depressiven Störung habe diagnostiziert werden können. Die Versicherte verfüge über Ressourcen bezüglich angelernter Arbeiten mit Berufserfahrung. Sie habe eine Familie mit zwei Kindern gegründet und könne leichtere Haushaltsarbeiten selber erledigen. Sie könne sogar kochen. Sie beschäftige sich auch gerne mit Zeichnen, Stricken und Häkeln. Die Arbeitsfähigkeit sei nicht eingeschränkt. Von einer vollständigen Arbeitsfähigkeit könne mit Sicherheit seit mindestens der aktuellen Untersuchung ausgegangen werden. Auch im Verlauf könne aber keine langanhaltende Arbeitsunfähigkeit begründet werden. Der neurologische Sachverständige hielt fest (IV-act. 245-71 f.), die Versicherte klage seit



einem Sturz im Jahr 2010 über Gefühlsstörungen und Schmerzen in der linken Hüfte, zum Teil auch in den Rücken und das Bein ausstrahlend. In den Vordergrund ihrer Beschwerden stelle sie allerdings eine Harninkontinenz. Diesbezüglich seien mehrfache Abklärungen erfolgt. Eine schlüssige Ursache dafür habe sich nicht ergeben, insbesondere sei neurologischerseits eine neurale Läsion ausgeschlossen worden. Das neurologische Gebiet werde von einer jetzt angegebenen, nicht näher untersuchten Sensibilitätsstörung im Schritt, welche seit zwei Monaten bestehe, mittangiert. Die Anamnese sei aber unklar geblieben. Insgesamt sei die Anamneseerhebung sehr schwierig gewesen. Die Schilderungen seien diffus geblieben und er habe den Eindruck gewonnen, die Vorgeschichte sei nur sehr begrenzt mitgeteilt worden. Die neurologische Untersuchung sei in objektiver Hinsicht regelrecht ausgefallen. Eine wesentliche Einschränkung der Arbeitsfähigkeit bestehe nicht. Die motorischen, sensorischen und kognitiven Funktionen seien erhalten. Der gastroenterologische Experte erklärte (IV-act. 245-76 f.), seit einer Operation wegen einer Defäkationsproblematik sei die Versicherte im Gegenteil nun dranginkontinent, vor allem bei weichem Stuhl. Die Inkontinenz sei durch die verminderte Stuhlkontinenz (richtig wohl: Stuhlkonsistenz) verstärkt. Deren Ätiologie sei unklar. Bisherige Versuche, die Inkontinenz zu behandeln, seien fehlgeschlagen; die Möglichkeiten schienen ausgeschöpft. Hingegen scheine es, dass die Verminderung der Stuhlkonsistenz selbst nicht vollständig abgeklärt worden sei. Erst seit kurzem werde diese symptomatisch behandelt, was bisher keinen Einfluss auf die Inkontinenzsymptomatik gehabt habe. Eine Arbeit in der Küche sei aus hygienischen Gründen nicht geeignet. Die aktuelle Situation bestehe seit dem Jahr 2009. Die Versicherte sollte eine Arbeit ausüben können, welche keinen erhöhten Pressdruck im Abdomen verursache, zum Beispiel beim Tragen von Lasten. Sie müsse ihre Arbeit jederzeit unterbrechen können, um eine Toilette aufzusuchen und sie müsse die Möglichkeit haben, Pausen einzulegen, wenn sie sich reinigen müsse. Bei einer Präsenz von acht Stunden bestehe in einer adaptierten Tätigkeit eine Arbeitsunfähigkeit von 20%. Die aktuelle Situation bestehe seit mindestens fünf Jahren. Der urologische Gutachter führte aus (IV-act. 245-82 f.), bei der Versicherten bestünden seit Ende 2009 im Rahmen der Stuhlentleerung auch zunehmende Miktionsbeschwerden. Diese seien seit August 2014 deutlich zunehmend und resultierten aktuell in einer kompletten Inkontinenzproblematik. Sämtliche therapeutischen Massnahmen hätten keinerlei Verbesserung gebracht. Die



Inkontinenzproblematik habe zu einem sozialen Regress geführt und sei für die Versicherte sehr belastend. Insgesamt bestehe die Notwendigkeit, dass am Arbeitsplatz eine Toilette unmittelbar erreichbar sei. Die Versicherte müsse die Möglichkeit haben, mehrfach am Tag, sicherlich fünfmal, die Einlagen zu wechseln. Bei einer Präsenz von acht Stunden am Tag bestehe in der angestammten Tätigkeit und in adaptierten Tätigkeiten eine 90%ige Arbeitsfähigkeit. In der Konsensbeurteilung gaben die Gutachter an (IV-act. 245-12 f.), die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Küchenhilfe sei der Versicherten aus hygienischen Gründen wegen der Inkontinenz sicher seit Dezember 2016 nicht mehr zumutbar. In einer adaptierten Tätigkeit bestehe bei einer Präsenz von acht Stunden am Tag eine verminderte Leistung von 20% aufgrund regelmässiger Toilettengänge. Von dieser Arbeits- und Leistungsfähigkeit könne sicher seit Dezember 2016 ausgegangen werden. Vorgehend könne auf die Annahmen im Gerichtsurteil vom Oktober 2016 abgestützt werden. Die in den Teilgutachten aufgeführten Arbeitsunfähigkeiten könnten in der Summe nicht addiert werden, da für die verschiedenen geringen Einschränkungen die gleichen Ruhephasen und dieselben Pausen in Anspruch genommen werden könnten. Als Adaptionkriterien nannten die Gutachter: Keine Arbeiten in der Küche und keine Tätigkeiten, welche einen erhöhten Pressdruck im Abdomen verursachen würden, zum Beispiel beim Tragen von Lasten. Die Versicherte sollte jederzeit die Möglichkeit haben, die Arbeit zu unterbrechen, um eine Toilette aufzusuchen. Ausserdem sollte sie die Möglichkeit haben, zur Reinigung Pausen einzulegen. Das berufsbedingte Führen eines Fahrzeuges sei nicht möglich.

B.h. Der RAD-Arzt Dr. D.____ notierte am 13. August 2018 (IV-act. 246), das Gutachten sei umfassend und schlüssig. Darauf könne abgestellt werden.

B.i. Mit einem Vorbescheid vom 14. August 2018 stellte die IV-Stelle die Abweisung des Begehrens um eine Invalidenrente in Aussicht (IV-act. 249). Zur Begründung gab sie an, die medizinischen Abklärungen hätten ergeben, dass die Versicherte in der angestammten Tätigkeit als Küchenhilfe in der Arbeitsfähigkeit vollständig eingeschränkt sei. Es wäre der Versicherten möglich, in dieser Tätigkeit ein Jahreseinkommen von Fr. 56'523.-- (aufgerechnet auf das Jahr 2015) zu erzielen. Für leidensadaptierte Tätigkeiten bestehe eine 80%ige Arbeitsfähigkeit. Dabei wäre es der Versicherten möglich, ein Jahreseinkommen von Fr. 43'244.-- zu erzielen. Sie (die IV-Stelle) stütze sich hierbei auf den durchschnittlichen Lohn einer Hilfsarbeiterin gemäss



der Lohnstrukturerhebung des Bundesamts für Statistik. Der Invaliditätsgrad betrage damit 23%. Die Versicherte erhob dagegen am 15. November 2018 einen Einwand (IV-act. 260). Sie machte im Wesentlichen geltend, die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit sei nicht korrekt "interpretiert" worden. Sie leide an einer schweren Urin- und Stuhlganginkontinenz, darüber hinaus an einem chronifizierten Schmerzsyndrom. Als Folge davon müsse sie mit weiteren Problemen zurechtkommen. So müsse sie immer wieder kurz erbrechen und habe mit einem anhaltenden und unzumutbaren Körpergeruch zu kämpfen. Die damit verbundenen und anhaltenden psychischen Folgen seien seit Jahren vorhanden, würden jedoch immer wieder ignoriert. Der Bericht von Dr. C.____ sei ebenfalls nicht berücksichtigt worden. Aus urologischer und psychiatrischer Sicht sei sie seit Jahren arbeitsunfähig. Das Invalideneinkommen betrage Fr. 0.--. Selbst wenn ein Einkommen, welches nach einem "Leidensabzug" von 25% höchstens Fr. 14'322.-- betrage, berücksichtigt werde, resultiere ein Invaliditätsgrad von 74%. Der "Leidensabzug" begründe sich durch die Tatsache, dass sie aufgrund der Schmerzen, der Urin- und Stuhlganginkontinenz sowie der psychischen Leiden nie das durchschnittliche Einkommen erzielen könne. Die Versicherte reichte Berichte der W.____ vom 26. September 2018 und von Dr. med. G.____, Facharzt Chirurgie FMH, vom 16. Oktober 2018 ein. Eine Fachärztin der W.____ hatte mitgeteilt (IV-act. 261), im April bzw. Mai 2018 sei eine Pessararanpassung durchgeführt worden. Auch diese habe keinerlei Wirkung auf die einschränkende Inkontinenz gezeigt. Sie überwies die Versicherte zur Beurteilung und gegebenenfalls Therapieeinleitung an die Q.____. Dr. G.____ hatte die Diagnosen einer Stuhlinkontinenz 3°, einer Harninkontinenz 3° und von chronischen Schmerzen Hüfte und LWS Z.n. Unfall 2010 angegeben und mitgeteilt (IV-act. 261-4), die Proktoskopie/Rekto habe bei einem St.n. Hämorrhoiden OP einen partiellen Mukosaprolaps bei ca. 11-3° SSL gezeigt. Ein Tumor habe nicht bestanden. Der Sphinkter habe sich mit einer erniedrigten Ruhe und Aktionstonus/Kraft gezeigt.

B.j. Die IV-Stelle bat am 16. Januar 2019 die Gutachter der ABI GmbH, zum Einwand der Versicherten Stellung zu nehmen (IV-act. 263). Diese teilten am 24. Januar 2019 mit (IV-act. 264), beim Bericht der W.____ handle es sich um ein Überweisungsschreiben an die Q.____. Neue Befunde, Erkenntnisse oder Aussagen seien dem Schreiben nicht zu entnehmen. Der Anmerkung der Versicherten, dass der psychischen Einschränkung zu



wenig Rechnung getragen worden sei, sei entgegenzuhalten, dass eine funktionelle Überlagerung des Geschehens auf der Hand liege. Unbesehen davon hätten sie den funktionellen Einschränkungen, welche durch die Inkontinenz resultierten, Genüge getan, ob diese nun eher somatisch oder nur psychiatrisch erklärbar seien. Hinsichtlich der Arbeitsfähigkeit würde sich folglich nichts ändern, wenn die funktionelle bzw. eine dysfunktionelle oder eine dissoziative Komponente in den Vordergrund gerückt würde; es wären die gleichen Vorgaben hinsichtlich der Erreichbarkeit der Toilette zu formulieren, wie dies aus somatischer Sicht getan worden sei. Die IV-Stelle stellte der Versicherten am 4. Februar 2019 die gutachterliche Stellungnahme im Rahmen einer zweiten Anhörung zu (IV-act. 265). Die Versicherte liess sich nicht vernehmen.

B.k. Mit einer Verfügung vom 5. März 2019 wies die IV-Stelle das Begehren um eine Invalidenrente bei einem Invaliditätsgrad von 23% ab (IV-act. 266). Zum Einwand hielt sie fest, dieser sei der ABI GmbH zur Stellungnahme unterbreitet worden. Die gutachterliche Stellungnahme sei der Versicherten zugestellt worden. Es werde nicht nochmals darauf eingegangen. Somit sei am Entscheid festzuhalten.

C.

C.a. Die Versicherte (nachfolgend: Beschwerdeführerin) erhob am 5. April 2019 (Postaufgabe: 6. April 2019) eine Beschwerde gegen die Verfügung vom 5. März 2019 (act. G 1). Sie beantragte die "Annullierung" der angefochtenen Verfügung und die Zusprache einer Invalidenrente. Ausserdem beantragte sie die Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung und Rechtsverteidigung. Die Begründung entsprach im Wesentlichen dem Einwand zum Vorbescheid. Ergänzend reichte sie einen Bericht der Q.____ vom 7. Februar 2019 betreffend eine neuro-urologische Untersuchung vom 31. Januar 2019 ein (act. G 1.1.6). Fachärzte hatten die folgenden Diagnosen mitgeteilt: Harnblasenfunktionsstörung unklarer Ätiologie (DD neurogen), Darmfunktionsstörung unklarer Ätiologie, chronifiziertes Schmerzsyndrom nach Sturz auf Becken 2013 (recte: 2010) mit einer psycho-somatischen Komponente, Anpassungsstörung (Angst und Depression gemischt) und Verdacht auf posttraumatische Belastungssituation (Hospitalisation in der P.____ seit 12/2018 wegen einer akuten psychiatrischen Dekompensation mit Suizidalität), arterielle Hypertonie. Sie hatten berichtet, die Bildgebung sowie die neurophysiologische Untersuchung hätten eine neurologische



Pathologie nicht objektivieren können, so dass die Ursache für die Harnblasen- und Darmfunktionsstörung unklar bleibe.

C.b. Die IV-Stelle (nachfolgend: Beschwerdegegnerin) beantragte am 22. Mai 2019 die Abweisung der Beschwerde (act. G 5). Zur Begründung führte sie an, das polydisziplinäre Gutachten der ABI GmbH vom 24. Juli 2018 erfülle zusammen mit der Stellungnahme vom 24. Januar 2019 zweifellos die Voraussetzungen an eine beweisfähige medizinische Entscheidungsgrundlage. Der psychiatrische Sachverständige habe sich mit den Einschätzungen der behandelnden psychiatrischen Fachärzte auseinandergesetzt und seine eigene Einschätzung ausführlich begründet. Beschwerdeweise werde nichts vorgebracht, was gegen die Zuverlässigkeit des Gutachtens sprechen würde. Ein "Leidensabzug" sei nicht vorzunehmen, da die dafür geltend gemachten Gründe von den Gutachtern bei der Arbeitsfähigkeitsschätzung bereits berücksichtigt worden seien.

C.c. Der verfahrensleitende Richter des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen bewilligte am 14. Juni 2019 das Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege (Befreiung von den Gerichtskosten und Bewilligung der unentgeltlichen Rechtsverteidigung) für das Beschwerdeverfahren (act. G 6).

C.d. Die Beschwerdeführerin verzichtete auf eine Replik (vgl. act. G 8).

C.e. Am 18. Januar 2021 bat das Versicherungsgericht des Kantons St. Gallen die Beschwerdegegnerin, bei der P.____ einen Austrittsbericht betreffend die Hospitalisation seit 12/2018 einzuholen (act. G 9). Am 19. Februar 2021 reichte die Beschwerdegegnerin einen Austrittsbericht der P.____ vom 12. März 2019 ein (act. G 10, 10.1). Fachärzte hatten berichtet, die Beschwerdeführerin sei vom 15. November 2018 bis 28. Februar 2019 hospitalisiert gewesen. Sie hatten die Diagnosen einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome (ICD-10 F33.2), einer andauernden Persönlichkeitsänderung bei einem chronischen Schmerzsyndrom (ICD-10 F62.80), einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41) sowie einer Stuhl- und einer nicht näher bezeichneten Harninkontinenz angegeben.



C.f. Die Beschwerdeführerin machte am 3. März 2021 geltend (act. G 12), der Bericht der P.____ belege alle ihre vorgängigen Eingaben. Die bereits erwähnten Beschwerden hätten sich verschlechtert. Die Beschwerdegegnerin verzichtete am 11. März 2021 auf eine Stellungnahme (act. G 14).

Erwägungen

1.

1.1. Die Beschwerdeführerin hat der Beschwerdegegnerin ab April 2014 bis August 2016, also während des beim Versicherungsgericht des Kantons St. Gallen laufenden Beschwerdeverfahrens betreffend die Anfechtung der rentenabweisenden Verfügung vom 24. Februar 2014, routinemässig und unaufgefordert mehrere Arztberichte eingereicht. Eine Begründung für das Einreichen dieser Unterlagen ist den Akten nicht zu entnehmen. Der Beschwerdeführerin kann es aber nur darum gegangen sein, dass die Beschwerdegegnerin den Rentenanspruch erneut prüfen solle, insbesondere für den Fall, dass das Versicherungsgericht die Beschwerde gegen die Verfügung vom 24. April 2014 abweisen sollte. Die Beschwerdegegnerin hat die am 23. April 2014 eingereichte Bestätigung von Dr. C.____ vom 22. April 2014 daher zu Recht als (formlose) Neuanschuldung qualifiziert (vgl. das Schreiben der Beschwerdegegnerin an die Beschwerdeführerin vom 16. November 2016, IV-act. 182).

1.2. Zu prüfen ist alsdann, ob die Beschwerdegegnerin zu Recht auf die (formlose) Neuanschuldung eingetreten ist. Gemäss Art. 87 Abs. 2 und 3 der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV, SR 831.201) wird eine neue Anmeldung nur geprüft, wenn darin glaubhaft gemacht wird, dass sich der Grad der Invalidität in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert hat. Dr. C.____ hat in der Bestätigung vom 22. April 2014 weder neue psychiatrische Befunde noch eine neue Diagnose angegeben; Dr. X.____ von der Medas Ostschweiz hatte nämlich anlässlich der Begutachtung im August 2013 bereits eine depressive Symptomatik festgestellt. Die Angabe von Dr. C.____, dass die Beschwerdeführerin seit Juli 2013 in einer regelmässigen tagesklinischen Behandlung gestanden sei, vermag keine Verschlechterung des Gesundheitszustands glaubhaft zu machen, da die Tatsache einer tagesklinischen Behandlung allein keinen Rückschluss auf einen verschlechterten psychischen Gesundheitszustand zulässt. Eine relevante Sachverhaltsveränderung ist damit nicht glaubhaft gemacht worden. Die Beschwerdegegnerin ist damit zu Unrecht auf die (formlose) Neuanschuldung vom 23. April 2014 eingetreten. Am 13. Februar 2015 hat die Beschwerdeführerin einen Bericht der Klinik für W.____ vom 14. November 2014



eingereicht. Das ist – gleich wie die am 23. April 2014 eingereichte Bestätigung von Dr. C.____ – als (formlose) Neuanschuldung zu qualifizieren, da es der Beschwerdeführerin mit dem routinemässigen Einreichen von Arztberichten bei der Beschwerdegegnerin nur darum gegangen sein kann, letztere dazu bringen, den Anspruch auf eine Invalidenrente erneut zu prüfen (vgl. E. 1.1). Fachärzte haben im Bericht vom 14. November 2014 angegeben, die Beschwerdeführerin leide seit ca. zwei Monaten an einer neu aufgetretenen unkontrollierten Urininkontinenz bei einem schleichenden Beginn. Im Gutachten der Medas Ostschweiz vom 7. Oktober 2013, das der rentenabweisenden Verfügung vom 24. Februar 2014 zugrunde gelegen hat und das vom Versicherungsgericht als beweiskräftig qualifiziert worden ist, ist die Urininkontinenz nicht erwähnt worden. Damit hat die Möglichkeit bestanden, dass sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin nach dem 24. Februar 2014 verschlechtert haben könnte. Die Beschwerdeführerin hat also mit diesem Bericht eine relevante Sachverhaltsveränderung glaubhaft gemacht. Auf die zweite (formlose) Neuanschuldung vom 13. Februar 2015 ist die Beschwerdegegnerin somit zu Recht eingetreten. Der Zeitpunkt des frühest möglichen Rentenbeginns ist der 1. August 2015 gewesen (vgl. Art. 29 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung, IVG, SR 831.20).

2.

Die Beschwerdegegnerin hat mit der angefochtenen Verfügung vom 5. März 2019 einen Rentenanspruch der Beschwerdeführerin bei einem Invaliditätsgrad von 23% verneint. Strittig ist somit, ob die Beschwerdeführerin einen Anspruch auf eine Invalidenrente hat.

3.

3.1. 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 die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG, SR 830.1). Erwerbsunfähigkeit ist der durch eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise



St.Galler Gerichte

Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG).

3.2. Gemäss Art. 28a Abs. 1 IVG i.V.m. Art. 16 ATSG ist die Invalidität 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 könnte (zumutbares Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Einkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Valideneinkommen).

4.

4.1. Um das zumutbare Invalideneinkommen ermitteln zu können, muss der verbliebene Arbeitsfähigkeitsgrad der Beschwerdeführerin mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit feststehen. Massgebend zur Beurteilung der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin sind das von der Beschwerdegegnerin bei der ABI GmbH in Auftrag gegebene polydisziplinäre (internistisch, gynäkologisch, orthopädisch, psychiatrisch, neurologisch, gastroenterologisch und urologisch) Gutachten vom 24. Juli 2018 sowie die im Nachgang dazu erstellten Berichte der W.____ vom 26. September 2018, von Dr. G.____ vom 16. Oktober 2018, der Q.____ vom 7. Februar 2019 und der P.____ vom 12. März 2019. Strittig und im Folgenden zu prüfen ist, ob dem Gutachten voller Beweiswert zukommt, das heisst, ob es die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit belegt.

4.2. Ein Gutachten hat vollen Beweiswert, wenn es für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge sowie der medizinischen Situation einleuchtet und die Schlussfolgerungen der Experten begründet sind (BGE 125 V 352 E. 3a). Notwendig ist zudem, dass der psychiatrische Gutachter die vom Bundesgericht in Bezug auf anhaltende somatoforme Schmerzstörungen und vergleichbare psychosomatische Leiden geschaffenen und später auf alle psychischen Erkrankungen, insbesondere auf leichte bis mittelschwere depressive Störungen, anwendbar erklärten Standardindikatoren berücksichtigt hat (vgl. BGE 141 V 281; 143 V 409 und 143 V 418).

4.3. Im Vordergrund der gesundheitlichen Beeinträchtigungen der Beschwerdeführerin stehen die Stuhl- und die Urininkontinenz unklarer Ätiologie. Sowohl die



gynäkologische Gutachterin als auch der urologische Sachverständige der ABI GmbH haben übereinstimmend mit den Berichten der behandelnden Fachärzte eine komplexe Beckenbodenerkrankung mit einer totalen Belastungsinkontinenz diagnostiziert. Sie haben dieser Diagnose eine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit zugemessen und angegeben, aufgrund eines erhöhten Pausenbedarfs für das regelmässige Aufsuchen einer Toilette (zum Wechseln der Einlagen, sicherlich fünfmal am Tag) bestehe eine 10%ige Arbeitsunfähigkeit. Der gastroenterologische Gutachter hat – ebenfalls übereinstimmend mit den behandelnden Fachärzten – eine Dranginkontinenz und Inkontinenz für weichen Stuhl und eine Diarrhoe-Symptomatik unklarer Ätiologie diagnostiziert. Die bisherige Tätigkeit in der Küche hat er aus hygienischen Gründen als ungeeignet qualifiziert. In adaptierten Tätigkeiten hat er eine 20%ige Arbeitsunfähigkeit attestiert und diese mit der Notwendigkeit des jederzeitigen Aufsuchens einer Toilette und des Einlegens von Pausen zur Körperreinigung begründet. Diese Arbeitsunfähigkeitsschätzung scheint bei Inkontinenzen von bis zweimal pro Tag bzw. bei Zeitdruck von mehr als zweimal pro Tag (vgl. IV-act. 245-75) eher grosszügig bemessen zu sein. Im Bericht der W.____ vom 26. September 2018 sind im Vergleich zu den früheren Berichten der behandelnden Ärzte sowie zum Gutachten keine neuen Diagnosen angegeben worden. Eine Fachärztin hat in diesem Bericht über eine erfolglose Behandlung mittels einer Pessaranpassung im April bzw. Mai 2018 berichtet und die Beschwerdeführerin zur weiteren Abklärung an die Q.____ überwiesen. Neue Befunde sind darin nicht enthalten. Die gynäkologische Gutachterin hat von dieser Behandlung und den entsprechenden Berichten Kenntnis gehabt (vgl. die Aktenanamnese im gynäkologischen Teilgutachten, IV-act. 245-43). Die Berichte über diese Behandlung im April/Mai 2018 liegen nicht bei den Akten. Dieser Umstand vermag den Beweiswert des Gutachtens aber nicht zu schmälern, da die gynäkologische Gutachterin von diesen Berichten offenkundig Kenntnis gehabt hat und da sich aus dem Bericht vom 26. September 2018 keine Änderung des Gesundheitszustands ergibt. Aus dem Bericht der Q.____ vom 7. Februar 2019 ergeben sich in Bezug auf die Stuhl- und Urininkontinenzbeschwerden ebenfalls keine Veränderungen. Die Fachärzte haben nämlich weitere Untersuchungen durchgeführt und angegeben, die Ursache für die Harnblasen- und Darmfunktionsstörung bleibe unklar. Dr. G.____ hat die Beschwerdeführerin wegen der Stuhlinkontinenzbeschwerden untersucht. Weder der RAD noch die Gutachter der ABI GmbH haben zum Bericht von Dr. G.____ vom 16. Oktober 2018 Stellung genommen (vgl. IV-act. 262, 264). Aus der Anamneseerhebung ergibt sich jedoch keine Verschlechterung der Beschwerden; die Beschwerdeführerin hat nämlich angegeben, an einer Inkontinenz bei einem breiigen, eher weichen Stuhl zu leiden. Überwiegend wahrscheinlich hat sich also in Bezug auf die Stuhlinkontinenz im Vergleich zum Zeitpunkt der Begutachtung keine Veränderung



ergeben. Die Beurteilungen der gynäkologischen Gutachterin, des urologischen und des gastroenterologischen Sachverständigen überzeugen. Der internistische Gutachter hat keine Diagnose mit einer Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit stellen können. Er hat überzeugend erklärt, dass die arterielle Hypertonie, die Adipositas, der chronische Nikotinabusus, die asymptomatische Cholecystolithiasis und die anamnestische Hyperthyreose behandelt werden könnten und keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit begründeten. Zu der von Dr. E.____ und einer Fachärztin des S.____ angegebenen Diagnose einer chronischen Insomnie hat sich der internistische Sachverständige nicht geäußert, obwohl die Beschwerdeführerin auf die Schlafstörung hingewiesen hatte (IV-act. 243-34). Da die Fachärztin des S.____ zur Behandlung der Schlafstörung Schlafhygienemassnahmen und Entspannungstechniken empfohlen hat, ist davon auszugehen, dass die Schlafstörung ohne weiteres behandelbar ist. Sie hat daher mit überwiegender Wahrscheinlichkeit keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit in adaptierten Tätigkeiten. Der orthopädische Experte hat ebenfalls keine Diagnose mit einer Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gestellt. Er hat dargelegt, dass die beklagten Beschwerden an der linken Hüfte, an der Wirbelsäule und am rechten Knie durch die klinischen, radiologischen und infiltrativen Befunde nicht klar begründet werden könnten; eine gewisse Affektion des linken Iliosakralgelenks könne nicht ausgeschlossen werden, doch sei die anamnestische und klinische inkonsistente Präsentation nicht typisch dafür. Er hat jedoch betont, dass eine massive Fehlhaltung im Sinne einer vermehrten Beckenkipfung bestehe, welche in Zusammenhang mit der Adipositas als ungünstig anzusehen sei. Er hat als Diagnosen ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit ein chronisches Schmerzsyndrom gluteal linksbetont und tieflumbal sowie chronische mediale Knieschmerzen rechts angegeben. Den Beschwerden hat er Rechnung getragen, indem er als Belastungsprofil für eine adaptierte Tätigkeit eine körperlich leichte bis selten mittelschwere, wechselbelastende Tätigkeit formuliert hat. Unter Beachtung dieser Adaptionkriterien hat er überzeugend eine vollständige Arbeitsfähigkeit attestiert. Zu berücksichtigen ist in diesem Zusammenhang, dass bereits im (beweiskräftigen) Gutachten der Medas Ostschweiz vom 7. Oktober 2013 (IV-act. 117) festgestellt worden ist, dass das Schmerzsyndrom ätiologisch unklar geblieben sei. Der rheumatologische Gutachter hat damals ebenfalls keine Diagnose mit einer Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit stellen können. Die Beschwerdeführerin hat vorgebracht, im Bericht der Q.____ vom 7. Februar 2019 sei angegeben worden, dass sie nur mit Gehstöcken laufen könne. Soweit sie damit geltend machen möchte, dass ihre Beschwerden nicht ausreichend berücksichtigt worden seien, ist festzuhalten, dass die Beschwerdeführerin auch in der Untersuchung durch den orthopädischen Sachverständigen Stöcke benutzt hat (IV-act. 245-51). Das Argument der



Beschwerdeführerin ist damit nicht stichhaltig. Der neurologische Gutachter der ABI GmbH hat auch keine Diagnose mit einer Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit stellen können. Er hat dargelegt, dass die neurologische Untersuchung aus objektiver Sicht regelrecht ausgefallen sei und dass die Beschwerden mit den Untersuchungsbefunden nicht konsistent gewesen seien. Auch diese Einschätzung überzeugt. Die Beschwerdeführerin hat geltend gemacht, sie müsse immer wieder kurz erbrechen und habe mit einem anhaltenden und unzumutbaren Körpergeruch zu kämpfen. Gegenüber dem internistischen Gutachter hat sie angegeben, dass sie an Erbrechen leide (IV-act. 245-34). Sofern sie damit geltend machen möchte, dass sie stärker in ihrer Arbeitsfähigkeit eingeschränkt sei als im Gutachten der ABI GmbH angegeben, ist festzuhalten, dass es sich dabei um eine rein subjektive Angabe der Beschwerdeführerin handelt. Auch der behauptete unzumutbare Körpergeruch ist weder von den Gutachtern noch von den behandelnden Ärzten erwähnt worden; er ist damit nicht belegt. Dieses Vorbringen ist daher nicht geeignet, Zweifel am Beweiswert des Gutachtens zu wecken.

4.4. Der psychiatrische Gutachter hat eine leichte depressive Episode (ICD-10 F33.0) diagnostiziert und diese mit depressiven Verstimmungen mit einer verminderten Freude, einer erhöhten Ermüdbarkeit, Schlafstörungen und negativen Zukunftsperspektiven bezüglich der gesundheitlichen und beruflichen Situation begründet. Er hat erklärt, dass von einer rezidivierenden depressiven Störung auszugehen sei, da bereits früher über depressive Episoden berichtet worden sei. Eine Schmerzstörung bzw. somatoforme Störung hat er ausgeschlossen. In Bezug auf die von Dr. C.____ im Jahr 2017 diagnostizierte rezidivierende depressive Störung, mittelgradig mit somatischem Syndrom, hat er festgehalten, die depressive Episode sei – wie dargelegt – nur leicht ausgeprägt. Selbst wenn diese (früher) deutlicher ausgeprägt gewesen sei, sei sie gemittelt über den Verlauf nur leicht ausgeprägt gewesen. Eine depressive Episode könne behandelt werden. Eine nachvollziehbare Begründung für diese Einschätzung fehlt. Dennoch ist davon auszugehen, dass der psychiatrische Gutachter im Rahmen einer sorgfältigen Würdigung der Vorakten zu diesem Schluss gekommen ist, zumal der Erfahrungstatsache Rechnung zu tragen ist, dass behandelnde Ärzte aufgrund ihrer auftragsrechtlichen Vertrauensstellung im Zweifel eher zugunsten ihrer Patienten auszusagen pflegen und dazu neigen, die pessimistischen Beschwerdeschilderungen ihrer Patienten als objektiv ausgewiesen zu qualifizieren (vgl. BGE 125 V 353, E. 3b.cc; Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts vom 5. April 2004, I814/03, E. 2.4.2). Die von Dr. C.____ gestellte Diagnose einer Persönlichkeitsänderung hat der psychiatrische Gutachter nicht bestätigen können und hat dies damit begründet, dass dafür deutlich schwere und mit



somatischen Befunden objektivierbare Schmerzen oder eine deutlich schwere psychische Störung vorliegen müssten. Die von der Beschwerdeführerin vorgebrachte Kritik, dass der Bericht von Dr. C.____ nicht berücksichtigt worden sei, vermag in Anbetracht der ausführlichen Würdigung dieses Berichts durch den psychiatrischen Gutachter nicht zu überzeugen. Im Weiteren hat der psychiatrische Sachverständige darauf hingewiesen, dass im Gutachten der Medas Ostschweiz vom 7. Oktober 2013 keine psychiatrische Diagnose mit einer Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit habe gestellt werden können. Das Vorbringen der Beschwerdeführerin, die Abklärung durch Dr. X.____, also des psychiatrischen Gutachters der Medas Ostschweiz (IV-act. 117), sei nicht berücksichtigt worden, ist damit nicht stichhaltig. Der psychiatrische Gutachter der ABI GmbH hat sich zu den Standardindikatoren geäussert; insbesondere hat er bei der Beschwerdeführerin erhebliche Ressourcen festgestellt. Er hat der Diagnose einer leichten depressiven Episode keine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit zugemessen und eine vollständige Arbeitsfähigkeit in adaptierten Tätigkeiten im Begutachtungszeitpunkt attestiert, was angesichts der gering ausgeprägten objektiven Befunde und der erheblichen Ressourcen überzeugt. Auch retrospektiv hat er eine vollständige Arbeitsfähigkeit attestiert, da keine langanhaltende psychiatrische Arbeitsunfähigkeit begründet werden könne. Auch diese Angabe überzeugt.

4.5. In der Konsensbeurteilung haben die Sachverständigen festgehalten, dass die in den Teilgutachten aufgeführten Arbeitsunfähigkeiten nicht addiert werden könnten, da für die quantitativen Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit die gleichen Ruhephasen und Pausen in Anspruch genommen werden könnten. Nicht ausgeschlossen scheint jedoch, dass aufgrund der Stuhl- und der Urininkontinenz nicht stets die gleichen Pausen genutzt werden können, da die Möglichkeit besteht, dass beispielsweise kurz nach dem Wechseln der Einlage wegen der Stuhlinkontinenz die Einlage wegen der Urininkontinenz erneut gewechselt werden muss. Weil die 20%ige Arbeitsunfähigkeit aufgrund der Stuhlinkontinenz aber grosszügig bemessen scheint (vgl. E. 4.3), überzeugt die in der Konsensbeurteilung angegebene 20%ige Arbeitsunfähigkeit. Damit ist mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erstellt, dass die Beschwerdeführerin im Begutachtungszeitpunkt in adaptierten Tätigkeiten zu 20% in ihrer Arbeitsfähigkeit eingeschränkt gewesen ist. Nicht geeignete Tätigkeiten sind Tätigkeiten, welche einen erhöhten Pressdruck im Abdomen verursachen, und Arbeiten in der Küche. Die Beschwerdeführerin muss jederzeit die Möglichkeit haben, die Arbeit zu unterbrechen, um eine Toilette aufzusuchen und Pausen einzulegen, um sich zu reinigen. Ausserdem muss es sich um eine körperlich leichte bis selten mittelschwere, wechselbelastende Tätigkeit handeln. Zum Verlauf haben die Gutachter angegeben, diese Einschränkung habe sicher seit Dezember 2016 bestanden. Vorangehend könne



auf die Annahmen im Gerichtsurteil vom Oktober 2016 abgestellt werden. Eine Begründung dafür, weshalb sicher ab Dezember 2016 von einer 20%igen Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in adaptierten Tätigkeiten ausgegangen werden könne, fehlt. Das Versicherungsgericht hat im Entscheid vom 27. Oktober 2016 über den Rentenanspruch der Beschwerdeführerin bis zum 24. Februar 2014 entschieden und einen Rentenanspruch ab dem 1. Februar 2014 mit der ab November 2013 bestandenen vollständigen Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit als Küchenhilfe verneint. Sofern die Gutachter also haben aussagen wollen, vor Dezember 2016 habe eine vollständige Arbeitsfähigkeit in adaptierten Tätigkeiten bestanden, überzeugt dies aufgrund des langen Zeitraums von Februar 2014 bis Dezember 2016 nicht. Der frühest mögliche Rentenbeginn ist der 1. August 2015 gewesen (vgl. E. 1.2). Angesichts des Behandlungsverlaufs mit den in etwa gleichbleibenden Beschwerden ab August 2015 (vgl. die Berichte der W. ___ vom 10. August 2015, 10. September 2015, 26. Januar 2016, 12. Februar 2016, 6. Juli 2016, 10. August 2016 und 5. Dezember 2016, IV-act. 165 ff.) ist aber davon auszugehen, dass vor Dezember 2016 überwiegend wahrscheinlich keine Arbeitsunfähigkeit von mehr als 20% bestanden hat. Dr. C. ___ und Dr. E. ___ haben im Oktober 2017 je eine vollständige Arbeitsunfähigkeit attestiert (vgl. IV-act. 217, 229). Dabei handelt es sich aber lediglich um andere Beurteilungen desselben Sachverhalts. Diese sind nicht geeignet, Zweifel an der Arbeitsfähigkeitsschätzung im Gutachten zu wecken, zumal auch hier der Erfahrungstatsache Rechnung zu tragen ist, dass behandelnde Ärzte aufgrund ihrer auftragsrechtlichen Vertrauensstellung im Zweifel eher zugunsten ihrer Patienten auszusagen pflegen und dazu neigen, die pessimistischen Beschwerdeschilderungen ihrer Patienten als objektiv ausgewiesen zu qualifizieren (vgl. BGE 125 V 353, E. 3b.cc; Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts vom 5. April 2004, I814/03, E. 2.4.2). Auch das Vorbringen der Beschwerdeführerin, dass die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit nicht korrekt geschätzt worden sei, da sie an einer schweren Urin- und Stuhlganginkontinenz, an einem chronifizierten Schmerzsyndrom und an psychischen Beeinträchtigungen leide, vermag keine Zweifel an der Arbeitsfähigkeitsschätzung der Gutachter zu wecken, da es sich auch hier lediglich um eine andere Beurteilung des gleichen Sachverhalts handelt. Zusammenfassend ist festzuhalten, dass die Beschwerdeführerin überwiegend wahrscheinlich ab Dezember 2016 bis zum Begutachtungszeitpunkt zu 20% in der Arbeitsfähigkeit in adaptierten Tätigkeiten eingeschränkt gewesen ist und dass ab August 2015 bis Dezember 2016 keine höhergradige Arbeitsunfähigkeit in adaptierten Tätigkeiten bestanden hat.

4.6. Vom 15. November 2018 bis 28. Februar 2019, also vor dem Erlass der angefochtenen Verfügung vom 5. März 2019, ist die Beschwerdeführerin in der P. ___.



hospitalisiert gewesen. Die Fachärzte haben als Hauptdiagnose eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome (ICD-10 F33.2), und als Nebendiagnosen eine andauernde Persönlichkeitsänderung bei einem chronischen Schmerzsyndrom (ICD-10 F62.80), eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41) sowie eine Stuhl- und eine nicht näher bezeichnete Harninkontinenz angegeben. Sie haben über einen beim Austritt gebesserten Zustand, aber mit einer weiterhin beschränkten Belastbarkeit, berichtet. In Anbetracht der dreieinhalb Monate dauernden Hospitalisation und der beim Austritt angegebenen weiterhin bestehenden beschränkten Belastbarkeit besteht die Möglichkeit, dass sich der psychische Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin noch vor dem Erlass der angefochtenen Verfügung relevant verschlechtert haben könnte. Damit kann nicht mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit davon ausgegangen werden, dass am 5. März 2019 nach wie vor eine 20%ige Arbeitsunfähigkeit in adaptierten Tätigkeiten bestanden hat. Die Sache ist deshalb zu weiteren Abklärungen an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. Sie wird im Rahmen einer Verlaufsbeurteilung zu prüfen haben, ob sich die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin in adaptierten Tätigkeiten seit der Beurteilung durch die ABI GmbH langandauernd verändert hat.

5.

5.1. 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.-- erweist sich als angemessen. Praxismässig ist die Rückweisung an die Verwaltung zur ergänzenden Abklärung als volles Obsiegen der Beschwerdeführerin zu werten (vgl. BGE 132 V 235, E. 6.1). Dementsprechend ist die Gerichtsgebühr von Fr. 600.-- vollumfänglich der Beschwerdegegnerin aufzuerlegen.

5.2. Gemäss Art. 61 lit. g ATSG hat die obsiegende beschwerdeführende Partei Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Auch hier gilt, dass eine Rückweisung zur weiteren Abklärung als volles Obsiegen der Beschwerdeführerin zu betrachten ist. Die Parteienschädigung wird vom Versicherungsgericht festgesetzt und ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache und nach der Schwierigkeit des Prozesses bemessen. In der Verwaltungsrechtspflege beträgt das Honorar vor Versicherungsgericht nach Art. 22 Abs. 1 lit. b der Honorarordnung (sGS 963.75) pauschal Fr. 1'500.-- bis Fr. 15'000.--. Der Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin hat keine Honorarnote eingereicht. In durchschnittlich aufwändigen Beschwerdeverfahren betreffend einen Rentenanspruch wird regelmässig eine pauschale



Parteientschädigung von Fr. 3'500.-- zugesprochen. Vorliegend ist dem Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin ein unterdurchschnittlicher Vertretungsaufwand entstanden, da er keine Replik eingereicht hat. Der Aufwand für die spätere Stellungnahme ist nur gering gewesen. Deshalb erscheint eine pauschale Parteientschädigung von Fr. 3'000.-- als angemessen. Die Beschwerdegegnerin hat die Beschwerdeführerin also mit Fr. 3'000.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) zu entschädigen.

Entscheid

im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP

1. Die Verfügung vom 5. März 2019 wird aufgehoben und die Sache wird zur Weiterführung des Verwaltungsverfahrens im Sinne der Erwägungen an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen.
2. Die Beschwerdegegnerin hat die Gerichtsgebühr von Fr. 600.-- zu bezahlen.
3. Die Beschwerdegegnerin hat der Beschwerdeführerin eine Parteientschädigung von Fr. 3'000.-- zu bezahlen.