

VBE.2021.485 / cj / fi

Art. 44

Urteil vom 3. Mai 2022

Besetzung	Oberrichter Kathriner, Präsident Oberrichterin Vasvary Oberrichterin Fischer Gerichtsschreiberin Junghanss
-----------	---

Beschwerdefüh- rerin	A. _____ vertreten durch lic. iur. Claudia Pascali-Armanaschi, Inclusion Handicap, Rechtsdienst, Mühlemattstrasse 14a, 3007 Bern
-------------------------	--

Beschwerdegeg- nerin	SVA Aargau , IV-Stelle, Bahnhofplatz 3C, Postfach, 5001 Aarau
-------------------------	--

Gegenstand	Beschwerdeverfahren betreffend IVG Renten (Verfügung vom 5. Oktober 2021)
------------	--

Das Versicherungsgericht entnimmt den Akten:

1.

1.1.

Die 1966 geborene Beschwerdeführerin meldete sich am 2. April 2010 bei der Beschwerdegegnerin zum Bezug von Leistungen der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) an. Diese tätigte verschiedene Abklärungen in medizinischer, beruflicher und persönlicher Hinsicht und nahm Rücksprache mit dem Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD). Mit Verfügung vom 29. August 2012 sprach die Beschwerdegegnerin der Beschwerdeführerin in Anwendung der gemischten Methode der Invaliditätsbemessung eine vom 1. Januar 2011 bis 31. Januar 2012 befristete Dreiviertelsrente zu.

1.2.

Am 2. Juni 2016 meldete sich die Beschwerdeführerin erneut bei der Beschwerdegegnerin zum Leistungsbezug an. Diese tätigte verschiedene Abklärungen in medizinischer, beruflicher und persönlicher Hinsicht und liess die Beschwerdeführerin polydisziplinär (Allgemeine Innere Medizin, Psychiatrie, Orthopädie) durch die Ärztliches Begutachtungsinstitut GmbH, Basel (ABI), begutachten. Gestützt auf das am 25. Januar 2019 erstellte Gutachten und den Bericht über die Abklärung der Leistungsfähigkeit im Haushaltsbereich an Ort und Stelle vom 7. Juni 2019 stellte die Beschwerdegegnerin der Beschwerdeführerin mit Vorbescheid vom 12. September 2019 die Abweisung des Rentenbegehrens in Aussicht. Aufgrund der dagegen erhobenen Einwände holte die Beschwerdegegnerin weitere medizinische Berichte ein, bevor sie mit Verfügung vom 5. Oktober 2021 im Sinne ihres Vorbescheids entschied.

2.

2.1.

Am 2. November 2021 erhob die Beschwerdeführerin fristgerecht Beschwerde dagegen und beantragte Folgendes:

"Es sei die Verfügung vom 05.10.2021 aufzuheben und der Sachverhalt medizinisch näher abzuklären. Sodann sei über den Rentenanspruch erneut zu befinden.

– unter Entschädigungsfolge –"

2.2.

Mit Vernehmlassung vom 24. November 2021 beantragte die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde.

2.3.

Mit instruktionsrichterlicher Verfügung vom 26. November 2021 wurde die J., U., als berufliche Vorsorgeeinrichtung der Beschwerdeführerin im Verfahren beigegeben.

2.4.

Mit Schreiben vom 2. Dezember 2021 machte die Beschwerdeführerin ergänzende Ausführungen zum Sachverhalt; dieses Schreiben wurde der Beschwerdegegnerin und der J. mit Verfügung vom 7. Dezember 2021 zur Kenntnisnahme zugestellt.

2.5.

Mit Schreiben vom 6. Januar 2022 teilte die J. mit, sie könne die Verfügung vom 7. Dezember 2021 nicht zuordnen. Da sich aufgrund der Akten ergab, dass die Beschwerdeführerin bei ihrer letzten Arbeitsstelle mangels Erzielens eines BVG-pflichtigen Einkommens nicht bei der J. versichert war, wurde diese mit instruktionsrichterlicher Verfügung vom 11. Februar 2022 aus dem Verfahren entlassen.

Das Versicherungsgericht zieht in Erwägung:

1.

Strittig und zu prüfen ist der Rentenanspruch der Beschwerdeführerin.

2.

Vorliegend handelt es sich beim Rentenbegehren der Beschwerdeführerin vom 2. Juni 2016 (Vernehmlassungsbeilage [VB] 51) um eine Neuansmeldung. Voraussetzung für einen Rentenanspruch ist daher insbesondere auch, dass seit der Verfügung vom 29. August 2012 eine wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen eingetreten ist, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen (vgl. BGE 134 V 131 E. 3 S. 132 f.; 133 V 108 E. 5 S. 110 ff.). Das grundsätzliche Vorliegen einer neuansmeldungsrechtlich relevanten Veränderung des Gesundheitszustands ist – nach Lage der Akten zu Recht – unbestritten; diesbezügliche Weiterungen erübrigen sich daher (vgl. BGE 119 V 347 E. 1a S. 349 f. mit Hinweis auf BGE 110 V 48 E. 4a S. 53).

3.

3.1.

Die Beschwerdegegnerin stützte sich in der angefochtenen Verfügung vom 5. Oktober 2021 (VB 177) in medizinischer Hinsicht im Wesentlichen auf das polydisziplinäre ABI-Gutachten vom 25. Januar 2019 (VB 112).

3.2.

Die Beschwerdeführerin wurde am 20. November 2018 durch Prof. Dr. med. B., Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, und die Dres. med. C., Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, und D., Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, begutachtet (VB 112.1 S. 2).

Die Gutachter stellten die folgenden Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit (VB 112.2 S. 4 f.):

- "1. Chronische Handbeschwerden der dominanten rechten Seite (ICD-10 M79.64/Z98.8)
(...)
2. Chronische Nacken-, Schulter- und Armbeschwerden der dominanten rechten Seite (ICD-10 M54.2/ M79.60)
(...)
3. Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichtgradige Episode ICD-10 F33.0
4. Anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4)
5. Asthma bronchiale und COPD-Overlap-Syndrom (ACOS) (ICD-10 J45.9)
(...)
6. Hochgradiger Verdacht auf Reizdarmsyndrom mit Diarrhoe (ICD-10 K58.0)
(...)"

Die Gutachter hielten fest, es lasse sich aktuell kein klarer Hinweis für das Vorliegen einer CRPS oder einer länger dauernden Schonung der rechten Extremität nachweisen. Es bestehe eine Diskrepanz zwischen dem Ausmass der subjektiv geklagten Beschwerden und den objektivierbaren Befunden. Dasselbe gelte auch für die von der Explorandin beklagten chronischen Nacken-, Schulter- und Armbeschwerden rechts, wobei sich aktuell klinisch ein subakromiales Impingement und Bewegungseinschränkungen oberhalb der Horizontalen unter Gegenspannung zeigen würden. Für die Diskrepanz zwischen dem Ausmass der subjektiv geklagten Beschwerden und den objektivierbaren Befunden sei eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung verantwortlich. Gleichzeitig könne aus psychiatrischer Sicht eine gegenwärtig leichtgradige Episode einer rezidivierenden depressiven Störung diagnostiziert werden. Aus allgemeininternistischer Sicht seien die von der Explorandin geklagten Bauchschmerzen am ehesten auf ein Reizdarmsyndrom mit Diarrhoe zurückzuführen. Zudem bestehe bei signifikanter reversibler Erhöhung der Atemwegswiderstände und fortgesetztem Nikotinkonsum ein Asthma bronchiale und COPD Overlap Syndrom (VB 112.2 S. 6).

Die Gutachter attestierten eine volle Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit sowie in anderen körperlich mittelschweren Tätigkeiten ab dem 5. Januar 2016. In einer angepassten, körperlich sehr leichten Tätigkeit unter Wechselbelastung, ohne Staub, Nässe oder Feuchtigkeitsexposition, ohne wiederholtes Heben und Tragen von Lasten über 5 kg und ohne Einsatz der rechten oberen Extremität oberhalb des Brustniveaus bestehe seit Januar 2016 eine 70%ige Arbeits- und Leistungsfähigkeit (VB 112.2 S. 6 f.).

4.

Der Versicherungsträger und das Gericht (vgl. Art. 61 lit. c in fine ATSG) haben die Beweise frei, das heisst ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob dieser 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 und der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1 S. 232; 125 V 351 E. 3a S. 352).

Den von Versicherungsträgern im Verfahren nach Art. 44 ATSG eingeholten Gutachten von externen Spezialärzten, welche auf Grund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, ist bei der Beweismwürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 135 V 465 E. 4.4 S. 470; 125 V 351 E. 3b/bb S. 353).

5.

5.1.

Die Beschwerdeführerin wurde im Rahmen der polydisziplinären Begutachtung fachärztlich umfassend und in Kenntnis der Vorakten (VB 112.3) sowie unter Berücksichtigung der geklagten Beschwerden (VB 112.4 S. 2 ff.; VB 112.5 S. 1 ff.; VB 112.6 S. 1 ff.) untersucht. Das Gutachten beruht auf allseitigen Untersuchungen der beteiligten medizinischen Fachrichtungen und bezieht die entsprechenden Teilgutachten mit ein (VB 112.2). Im Rahmen der Begutachtung wurde zudem eine Laboruntersuchung durchgeführt (VB 112.8). Die Beurteilung der medizinischen Situation sowie die fachärztlichen Schlussfolgerungen sind nachvollziehbar begründet (VB 112.2; VB 112.4 S. 5 f.; VB 112.5 S. 5 f.; VB 112.6 S. 6 ff.). Das Gutachten wird den von der Rechtsprechung formulierten Anforderungen an eine beweiskräftige medizinische Stellungnahme demnach gerecht (vgl. E. 4.), wovon auch RAD-Arzt Dr. med. E., Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, in der versicherungsmedizinischen Stellungnahme vom 18. Februar 2019 ausging (VB 116 S. 3). Das Gutachten ist somit grundsätzlich geeignet, den Beweis für den anspruchserheblichen medizinischen Sachverhalt zu erbringen.

5.2.

5.2.1.

Die Beschwerdeführerin macht geltend, auf das ABI-Gutachten könne nicht abgestellt werden. Das psychiatrische Teilgutachten sei ohne Kenntnis der Vorakten erstellt worden, da kein Bericht bei der behandelnden Psychiatrin eingeholt worden sei. Die Diagnoseliste im Gutachten sei im Übrigen

nicht vollständig, da gemäss der behandelnden Psychiaterin die Kriterien einer komplexen posttraumatischen Belastungsstörung erfüllt seien. Es sei fraglich, ob "genügend exploriert worden sei", da bei traumatisierten Menschen ein explizites Nachfragen notwendig und die Dauer der Befragung sehr kurz gewesen sei (Beschwerde, S. 3 f.).

5.2.2.

Die Beschwerdeführerin wurde am 20. November 2018 psychiatrisch begutachtet (VB 112.2 S. 2), wobei die Untersuchung "zwischen 08.00 und 09.00 Uhr" stattfand (VB 112.5 S. 4). In den Akten, die zu diesem Zeitpunkt vorgelegen hatten, finden sich die Berichte der Psychiatrischen Dienste K. (PD K), Memory Clinic, vom 30. November 2017 (VB 102 S. 17 ff.) und vom 14. Dezember 2017 (VB 94) sowie ein Bericht von Dr. med. F. und med. pract. G., beide Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 6. April 2018 (VB 96). Dr. med. F., bei dem die Beschwerdeführerin seit dem 8. Mai 2017 in Behandlung war, diagnostizierte unter anderem eine somatische Belastungsstörung bei Morbus Sudeck (CRPS), eine multifaktoriell bedingte kognitive Störung, eine posttraumatische Belastungsstörung, eine Persönlichkeitsakzentuierung mit ängstlich-unsicheren und abhängigen Zügen und ein komplexes therapieresistentes rezidivierendes Schmerzsyndrom in der rechten Hand und Schulter (CRPS Typ I / Rezidiv eines Morbus Sudeck; VB 96 S. 1). Diese Berichte waren dem psychiatrischen Gutachter bekannt. Sie wurden einerseits im Aktenzusammenzug aufgeführt (vgl. VB 112.3 S. 2; S. 5 ff.) und andererseits nahm der psychiatrische Gutachter im Rahmen der "Diskussion zu den Akten" Stellung zum Bericht von Dr. med. F. und med. pract. G. (vgl. VB 112.5 S. 6).

5.2.3.

Kurz vor der Begutachtung im ABI hatte die Beschwerdeführerin den psychiatrischen Behandler gewechselt; seit dem 3. September 2018 befindet sie sich bei der Psychologin H. und Dr. med. I., Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, in Behandlung (VB 145 S. 1). In deren von der Beschwerdegegnerin erst nach der Begutachtung eingeholten Bericht vom 6. April 2020 wurden die Diagnosen einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig remittiert, einer komplexen posttraumatischen Belastungsstörung, einer selbstunsicheren Persönlichkeitsstörung und einer dissoziativen Bewegungsstörung gestellt. Es wurde festgehalten, den Behandlerinnen sei bewusst, dass es eine grosse Schnittmenge zwischen der selbstunsicheren Persönlichkeitsstörung, der komplexen posttraumatischen Belastungsstörung und der dissoziativen Bewegungsstörung gebe. Aufgrund der Komplexität könnten die vorhandenen Symptome jedoch nicht eindeutig einer Diagnose zugeordnet werden (VB 145 S. 5).

Soweit die versicherte Person dem Gutachten die abweichenden Beurteilungen behandelnder Ärzte gegenüberstellen lässt, trifft es zwar grundsätzlich zu, dass die einen längeren Zeitraum abdeckende und umfassende

Betreuung durch einen behandelnden Arzt oft wertvolle Erkenntnisse zu erbringen vermag. Die unterschiedliche Natur von Behandlungsauftrag des therapeutisch tätigen (Fach-)Arztes einerseits und Begutachtungsauftrag des amtlich bestellten fachmedizinischen Experten andererseits (BGE 124 I 170 E. 4 S. 175) lässt es aber nicht zu, ein Administrativ- oder Gerichtsgutachten stets in Frage zu stellen und zum Anlass weiterer Abklärungen zu nehmen, wenn die behandelnden Ärzte zu anderslautenden Einschätzungen gelangen. Vorbehalten bleiben Fälle, in denen sich eine abweichende Beurteilung aufdrängt, weil die behandelnden Ärzte wichtige Aspekte benennen, die im Rahmen der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind (vgl. statt vieler: SVR 2008 IV Nr. 15 S. 43, I 514/06 E. 2.1.1; Urteil des Bundesgerichts 9C_425/2019 vom 10. September 2019 E. 3.4 mit Hinweisen).

Die von der Psychologin H. und Dr. med. I. gestellte Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung findet sich bereits als Verdachtsdiagnose in den Berichten der PD K (vgl. VB 102 S. 18; VB 94 S. 3) und als Diagnose im Bericht von Dr. med. F. (VB 96 S. 1). Dem psychiatrischen Gutachter war somit bekannt, dass die behandelnden Psychiater von dieser Diagnose ausgingen; im Weiteren waren ihm aus den Akten und der Anamnese auch die Ereignisse bekannt, die gemäss der Psychologin H. und Dr. med. I. Auslöser der PTBS waren (ständige verbale Abwertungen durch die Mutter in der Kindheit, Bedrohung durch den Expartner mit einer Waffe, Autounfall [VB 145 S. 5], vgl. VB 112.5 S. 2 f.). Im Bericht der Psychologin H. und von Dr. med. I. werden somit keine Aspekte genannt, die im Rahmen der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind. Im Hinblick darauf, dass von medizinischen Experten eine in Kenntnis der Aktenlage gebildete eigenständige Beurteilung erwartet wird, wozu es keiner ausdrücklichen Stellungnahme zu jeder einzelnen abweichenden Meinung bedarf (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_669/2008 vom 25. Februar 2009 E. 3), ist somit nicht zu beanstanden, dass der psychiatrische Gutachter, der durchaus anerkannte, dass die Beschwerdeführerin "verschiedene[] biographische[] Ereignisse noch nicht [habe] verarbeiten können", hinsichtlich der fraglichen Störung lediglich festhielt, in der Anamneseerhebung und in den beklagten Befunden habe er keine Hinweise für eine posttraumatische Belastungsstörung finden können (VB 112.5 S. 6).

Im Bericht vom 6. April 2020 wurde weiter eine selbstunsichere Persönlichkeitsstörung diagnostiziert (vgl. VB 145 S. 5). Bereits im ABI-Gutachten finden sich Ausführungen zur Persönlichkeit der Beschwerdeführerin. Der psychiatrische Gutachter hielt allerdings fest, Hinweise für eine Persönlichkeitsstörung lägen nicht vor (VB 112.5 S. 4). Er stellte jedoch die Diagnose einer ängstlich-unsicheren Persönlichkeitsakzentuierung, die keine Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit habe. Er begründete die Diagnose damit, dass die biographische Entwicklung der Beschwerdeführerin durch Unsicherheit und Ängstlichkeit mit geringem Selbstvertrauen geprägt sei

(VB 112.5 S. 5). Auch in diesem Zusammenhang ergeben sich aus dem Bericht der Behandlerinnen vom 6. April 2020 keine Aspekte, die im Rahmen der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind, womit auf die Beurteilung im Gutachten abzustellen ist.

Die von der Psychologin H. und Dr. med. I. gestellte Diagnose einer dissoziativen Bewegungsstörung (VB 145 S. 5) wird im Bericht vom 6. April 2020 nicht begründet, so dass nicht weiter darauf einzugehen ist.

5.2.4.

Soweit die Beschwerdeführerin geltend macht, die Stellungnahme des RAD-Arztes Dr. med. E. vom 6. Mai 2020 (VB 147) zum Bericht der Psychologin H. und Dr. med. I. vom 6. April 2020 sei nicht beweistauglich, da Dr. med. E. über keine Fachausbildung in Psychiatrie verfüge (vgl. Beschwerde, S. 4), ist festzuhalten, dass vorliegend vollumfänglich auf den psychiatrischen Teil des Gutachtens abgestellt werden kann (vgl. E. 5.2.1 ff.). Weiterungen zum Beweiswert der RAD-Stellungnahme vom 6. Mai 2020 erübrigen sich daher.

5.3.

5.3.1.

Die Beschwerdeführerin rügt weiter, das orthopädische Teilgutachten sei in Bezug auf die CRPS-Diagnose nicht schlüssig. Sodann sei es seit der Begutachtung zu einer Verschlechterung ihres somatischen Gesundheitszustandes gekommen (Beschwerde, S. 4 f.).

5.3.2.

Die behandelnden Ärzte diagnostizierten bei der Beschwerdeführerin ein CRPS an der rechten dominanten Hand bei Status nach A2-Ringbandrekonstruktion Dig I und Vorderarm-Faszienflap rechts am 5. Januar 2016 (vgl. statt vieler Bericht der Universitätsklinik L. vom 16. März 2018 in VB 102 S. 9).

Dem orthopädischen Gutachter war diese Diagnose bekannt (vgl. Aktenzusammenzug in VB 112.3 S. 5 f.; sowie die anamnestischen Angaben der Beschwerdeführerin in VB 112.8 S. 1 f.). Im Rahmen der Beurteilung hielt er fest, auffallend seien eine erheblich ausgeprägte Druckdolenz beziehungsweise Berührungsempfindlichkeit an Ellbogen und Hand der rechten Seite bei allerdings fehlenden Hinweisen für eine längerdauernde Schonung dieser Extremität (VB 112.6 S. 8 f.). Es würden keine Schwellung an Daumen und Handrücken samt Rötung bestehen (VB 112.6 S. 10, S. 5). Entsprechend diagnostizierte der Gutachter chronische Handbeschwerden bei Status nach diversen Eingriffen und hielt fest, es bestehe klinisch aktuell kein klarer Hinweis für ein CRPS (VB 112.6 S. 6 f.). Die vom Gutachter erhobenen Befunde (Berührungsempfindlichkeit, keine Schwellung, praktisch freie Beweglichkeit, vgl. VB 112.6 S. 5 und S. 8) decken sich im Übrigen

mit den nach der Begutachtung am 18. April 2019 in der Universitätsklinik L. erhobenen Befunden, wo von einem CRPS in partieller Remission ausgegangen wurde (VB 123 S. 4 f.).

Nach der Rechtsprechung kommt es invalidenversicherungsrechtlich nicht auf die (genaue) Diagnose an, sondern darauf, welche Auswirkungen eine Krankheit auf die Arbeitsfähigkeit hat (Urteil des Bundesgerichts 9C_216/2018 vom 7. September 2018 E. 3.6 mit Hinweis). So attestierte der orthopädische Gutachter der Beschwerdeführerin – genauso wie die behandelnden Ärzte (vgl. Berichte der Universitätsklinik L. vom 18. April 2019, VB 123 S. 5, und vom 6. Dezember 2017, VB 102 S. 16) – eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit (VB 112.6 S. 11). Im Rahmen der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit berücksichtigte der Gutachter die sich aus den Handbeschwerden ergebenden funktionellen Einschränkungen, indem er der Beschwerdeführerin aus orthopädischer Sicht eine 80%ige Arbeitsfähigkeit für körperlich sehr leichte Verrichtungen unter Wechselbelastung attestierte, wobei ein wiederholtes Heben und Tragen von Lasten über 5 kg ebenso wie der Einsatz der rechten oberen Extremität oberhalb des Brustniveaus vermieden werden sollte (VB 112.6 S. 11).

5.4.

5.4.1.

Im Zusammenhang mit der von der Beschwerdeführerin geltend gemachten Verschlechterung ihres somatischen Gesundheitszustands ergibt sich aus den Akten, dass sie nach der Begutachtung im ABI weiterhin in der Universitätsklinik L. in Behandlung war.

5.4.2.

Im Bericht vom 15. Juli 2019 wurde bei der Beschwerdeführerin (unter anderem) die Diagnose einer Epicondylitis radialis Ellbogen links gestellt. Es wurde festgehalten, klinisch imponiere ein klassischer sogenannter Tennisellbogen links, wahrscheinlich aufgrund der Überbelastung bei vermehrtem Einsatz des linken Armes (VB 128). Diesbezüglich hielt RAD-Arzt Dr. med. E. in der Stellungnahme vom 10. September 2019 fest, "der neu aufgetretene "Tennisellbogen spreche in der Regel auf vorübergehende Ruhigstellung sowie lokale Massnahmen (Infiltrationen) an und rechtfertige gegebenenfalls eine vorübergehende, aber keine längerdauernde Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit (VB 131 S. 2). In der Folge wurde zwar die Diagnose Epicondylitis radialis weiterhin in den Berichten der Universitätsklinik L. aufgeführt (ergänzt mit dem Hinweis auf eine Epicondylitis ulnaris), Anamnese- oder Befunderhebungen dazu finden sich in den Akten aber nicht mehr (vgl. Berichte vom 29. Januar 2020, VB 151 S. 9; vom 6. Mai 2020, VB 151 S. 6; vom 9. Juni 2020, VB 152 S. 3; und vom 24. August

2020, VB 158 S. 3). Damit ist diesbezüglich lediglich von einer vorübergehenden bzw. nicht erheblichen Beeinträchtigung des Gesundheitszustandes der Beschwerdeführerin auszugehen.

5.4.3.

Die Beschwerdeführerin verweist weiter auf ihre Schulterbeschwerden. Diese bestehen seit mindestens dem Jahr 2016, wurde doch bereits im Bericht vom 8. April 2016 der Universitätsklinik L. die Diagnose "Chron. Schulterbeschwerden rechts bei Tendinitis calcarea Supra-/Infraspinatussehne" gestellt (VB 54 S. 1). Der orthopädische Gutachter stellte entsprechend die Diagnose von chronischen Nacken-, Schulter- und Armbeschwerden der dominanten rechten Seite mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit, bei "radiologisch Tendinopathie der Rotatorenmanschette, leichte Degeneration des Akromioklavikulargelenkes, SLAP-Läsion, Tendinitis calcarea und regelrechter Befund der HWS" (VB 112.6 S. 7). Der Gutachter berücksichtigte dann auch die sich aus den Schulterbeschwerden ergebenden Einschränkungen bei der Formulierung des Belastungsprofils einer angepassten Tätigkeit (vgl. VB 112.6 S. 11).

Am 7. Januar 2021 wurden an der rechten Schulter eine Schulterarthroskopie, AC-Resektion, Bizepsstenotomie und Bursektomie durchgeführt (vgl. Operationsbericht in VB 167 S. 4 f.). Im Bericht zur Verlaufskontrolle nach sechs Wochen wurde festgehalten, das CRPS sei wie erwartet postoperativ exazerbiert. Diesbezüglich sei die Patientin unter Behandlung. Es werde zudem noch Physiotherapie zur exzentrischen Beübung bzw. Dehnung der Ellbogenextensoren und -flexoren rezeptiert. Hinsichtlich der rechten Schulter bestehe ein regelrechter Verlauf (VB 170 S. 2). Im Bericht vom 31. Mai 2021 zur Verlaufskontrolle nach sechs Monaten wurde festgehalten, es zeige sich noch eine etwas eingeschränkte glenohumerale Beweglichkeit. Erfreulicherweise sei es jedoch nicht zu einem Vollbild eines CRPS gekommen. Die Physiotherapie und auch die Wassertherapie würden forciert ausgebaut, um noch die Capsulitiskomponente weiter zu behandeln. Es sei von einem positiven Spontanverlauf auszugehen (VB 173 S. 3).

5.5.

Die medizinischen Berichte aus der Zeit nach der Begutachtung beziehen sich somit auf bereits vorbestehende Gesundheitsbeschwerden, die im Rahmen der Begutachtung berücksichtigt worden sind. Darauf wies auch RAD-Arzt Dr. med. E. in der Stellungnahme vom 20. Juli 2021 hin, in der er festhielt, sowohl im Schulter- wie auch im Handbereich gebe es eine lange Vorgeschichte mit multiplen Interventionen, was sich fortgesetzt habe. Es sei wiederum zu einer Infiltration im Daumensattelgelenk rechts bei progredienter Rhizarthrose gekommen; zudem auch zu Degenerationen im Daumenendgelenk. Auch die Schulterproblematik rechts sei vorbestehend, es sei zu einer vorübergehenden Verschlechterung gekommen, aber mit dem

im Januar 2021 erfolgte ein Eingriff, wurde eine gute Prognose gestellt, und es sei eine Besserung der Schultermobilität zu erwarten (VB 175 S. 3). Die von Dr. med. E. basierend darauf gezogene Schlussfolgerung, dass das gutachterlich-orthopädisch erstellte Belastungsprofil (körperlich sehr leichte Verrichtung unter Wechselbelastung, ohne Staub-, Nässe- oder Feuchtigkeitsexposition, ohne wiederholtes Heben und Tragen von Lasten über fünf Kilogramm und ohne Einsatz der rechten oberen Extremität oberhalb des Brustniveaus, VB 112.2 S. 7) nach wie vor gültig sei (VB 175 S. 3), erscheint schlüssig und nachvollziehbar.

Nachdem keine auch nur geringen Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der Beurteilungen von Dr. med. E. vom 10. September 2019 und vom 20. Juli 2021 bestehen, sind keine weitergehenden Abklärungen erforderlich (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 14. Oktober 2019 9C_415/2019 E. 4.2). Aus den medizinischen Berichten ab 2019 ergibt sich somit keine Änderung des Gesundheitszustandes der Beschwerdeführerin mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit seit dem Gutachten vom 25. Januar 2019. Sie vermögen damit die Schlussfolgerungen des ABI-Gutachtens vom 25. Januar 2019 nicht in Frage zu stellen.

Soweit die Beschwerdeführerin geltend macht, sie leide zusätzlich an Schmerzen am rechten Fuss, ohne darzulegen, dass und gegebenenfalls inwiefern sich dies auf ihre Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit und/oder ihre Leistungsfähigkeit im Haushaltsbereich auswirke (Beschwerde, S. 5), finden sich hierfür keine Anhaltspunkte in den medizinischen Akten, so dass sie daraus nichts zu ihren Gunsten ableiten kann.

5.6.

Zusammenfassend ist somit zur Beurteilung der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin weiterhin auf das beweiskräftige ABI-Gutachten vom 25. Januar 2019 abzustellen. Die Beschwerdeführerin ist somit in ihrer angestammten Tätigkeit seit dem 5. Januar 2016 vollständig arbeitsunfähig. In einer ihren gesundheitlichen Einschränkungen angepassten Tätigkeit ist die Beschwerdeführerin hingegen seit dem 5. Januar 2016 zu 70 % arbeitsfähig (VB 112.2 S. 7).

6.

In der angefochtenen Verfügung vom 5. Oktober 2021 ging die Beschwerdegegnerin gestützt auf den Bericht über die Abklärung an Ort und Stelle vom 7. Juni 2019 (VB 124) davon aus, dass die Beschwerdeführerin als teilerwerbstätig mit Aufgabenbereich (Erwerbstätigkeit 60 %; Haushalt 40 %) zu qualifizieren und im Haushaltsbereich zu 21 % in ihrer Leistungsfähigkeit eingeschränkt sei. Sie ermittelte den Invaliditätsgrad in Anwendung der gemischten Methode für die Zeit von Januar 2017 (nach Ablauf des Wartejahrs) bis am 31. Dezember 2017 in Anwendung des bis 31. De-

zember 2017 gültigen Berechnungsmodells (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_462/2017 vom 30. Januar 2018 E. 5.3. in fine mit Hinweisen) und für die Zeit danach nach der neuen Berechnungsmethode gemäss Art. 27^{bis} Abs. 3 IVV (VB 177 S. 2 f.). Die von der Beschwerdegegnerin so vorgenommene Ermittlung des Invaliditätsgrads wird von der Beschwerdeführerin – nach Lage der Akten zu Recht – nicht gerügt (BGE 119 V 347 E. 1a S. 349 f., 110 V 48 E. 4a S. 52 f.), womit darauf abzustellen ist.

Es ist somit auf den durch die Beschwerdegegnerin ermittelten Invaliditätsgrad von 15 % ab 1. Januar 2017 bzw. 31 % ab 1. Januar 2018 abzustellen. Damit besteht nach Art. 28 Abs. 1 IVG kein Anspruch auf eine Invalidenrente.

7.

7.1.

Nach dem Dargelegten ist die Beschwerde abzuweisen.

7.2.

Gemäss Art. 69 Abs. 1^{bis} IVG ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.00 bis Fr. 1'000.00 festgesetzt. Für das vorliegende Verfahren betragen diese Fr. 800.00. Sie sind gemäss dem Verfahrensausgang der Beschwerdeführerin aufzuerlegen.

7.3.

Der Beschwerdeführerin steht nach dem Ausgang des Verfahrens (Art. 61 lit. g ATSG) und der Beschwerdegegnerin aufgrund ihrer Stellung als Sozialversicherungsträgerin (BGE 126 V 143 E. 4 S. 149 ff.) kein Anspruch auf Parteientschädigung zu.

Das Versicherungsgericht erkennt:

1.

Die Beschwerde wird abgewiesen.

2.

Die Verfahrenskosten von Fr. 800.00 werden der Beschwerdeführerin auferlegt.

3.

Es werden keine Parteientschädigungen zugesprochen.

Zustellung an:
die Beschwerdeführerin (Vertreterin; 2-fach)
die Beschwerdegegnerin
das Bundesamt für Sozialversicherungen

Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten

Gegen diesen Entscheid kann **innert 30 Tagen** seit der Zustellung beim **Bundesgericht Beschwerde** eingereicht werden (Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern, vom 15. Juli bis und mit 15. August sowie vom 18. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG).

Die Beschwerdeschrift ist dem Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, zuzustellen.

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift des Beschwerdeführers oder seines Vertreters zu enthalten; der angefochtene Entscheid sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind beizulegen, soweit die Partei sie in Händen hat (Art. 42 BGG).

Aarau, 3. Mai 2022

Versicherungsgericht des Kantons Aargau

1. Kammer

Der Präsident:

Die Gerichtsschreiberin:

Kathriner

Junghanss

