



**Fall-Nr.:** IV 2022/86  
**Stelle:** Versicherungsgericht  
**Rubrik:** IV - Invalidenversicherung  
**Publikationsdatum:** 27.02.2023  
**Entscheiddatum:** 17.01.2023

### **Entscheid Versicherungsgericht, 17.01.2023**

**Art. 28 IVG. Art. 16 ATSG. Rente der Invalidenversicherung. Würdigung eines polydisziplinären Administrativgutachtens (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 17. Januar 2023, IV 2022/86).**

#### **Entscheid vom 17. Januar 2023**

Besetzung

Präsident Ralph Jöhl, Versicherungsrichterinnen Karin Huber-Studerus und Corinne Schambeck; Gerichtsschreiber Tobias Bolt

Geschäftsnr.

IV 2022/86

Parteien

**A.\_\_\_\_,**

**Beschwerdeführerin,**

vertreten durch Rechtsanwalt lic. iur. Dieter Studer, Studer Zahner Anwälte AG,  
Hauptstrasse 11a, Postfach 2125, 8280 Kreuzlingen,

gegen

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



### Beschwerdegegnerin,

Gegenstand

### Rente

### Sachverhalt

#### A.

**A.a.** A.\_\_\_\_ meldete sich im Dezember 2007 zum Bezug von Leistungen der Invalidenversicherung an (IV-act. 1). Sie gab an, sie habe keine Berufsausbildung absolviert. Sie sei als Produktionsmitarbeiterin angestellt. Die Arbeitgeberin berichtete im Februar 2008, der Jahreslohn der im Vollpensum tätigen Versicherten habe sich im Jahr 2006 auf 49'484 Franken belaufen (IV-act. 20). Im Auftrag der IV-Stelle erstattete die Ärztliches Begutachtungsinstitut (ABI) GmbH am 16. November 2009 ein polydisziplinäres Gutachten (IV-act. 43). Die Sachverständigen hielten fest, die Versicherte leide an einer Anpassungsstörung mit einer längeren depressiven Reaktion, an einem chronischen panvertebralen Schmerzsyndrom ohne radiculäre Ausfälle, an chronischen Fersenschmerzen beidseits, an einem Status nach einer aufklappenden Tibiakopf-Valgisationsosteotomie links, an chronischen diffusen Schulterschmerzen rechts, an chronischen Beschwerden im Bereich der Hände sowie – ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit – an einer Schmerzverarbeitungsstörung, (anamnestisch) an einem chronischen Migräneleiden, (anamnestisch) an einer arteriellen Hypertonie, an einer Adipositas, an einem Nikotinabusus und an einer Medikamentenincompliance. Bei der orthopädischen Untersuchung habe sich die Versicherte schmerzgeplagt, in der Beweglichkeit eingeschränkt und verlangsamt präsentiert. Die gesamte Untersuchung sei von einer praktisch unaufhörlichen Schmerzäusserung begleitet gewesen. Vier von fünf Waddell-Zeichen seien positiv gewesen. Unter Ablenkung habe keine wesentliche Bewegungseinschränkung festgestellt werden können. Der – im Gutachten ausführlich wiedergegebene – objektive klinische Befund sei weitestgehend unauffällig gewesen. Aus orthopädischer Sicht sei für sämtliche körperlich leichten bis mittelschweren Tätigkeiten unter Wechselbelastung eine uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit zu attestieren. Aus psychiatrischer Sicht bestehe eine Einschränkung von 20 Prozent



aufgrund der leichten depressiven Anpassungsstörung. Im Februar 2010 notierte Dr. med. B.\_\_\_\_ vom IV-internen regionalen ärztlichen Dienst (RAD), das Gutachten der ABI GmbH sei überzeugend, weshalb auf es abzustellen sei (IV-act. 46). Mit einer Verfügung vom 28. Februar 2011 wies die IV-Stelle das Rentenbegehren mangels eines rentenbegründenden Invaliditätsgrades ab (IV-act. 86). Diese Verfügung erwuchs unangefochten in formelle Rechtskraft.

**A.b.** Im April 2018 meldete sich die Versicherte erneut zum Bezug von Leistungen der Invalidenversicherung an (IV-act. 95 und 103). Sie machte geltend, sie sei bis jetzt etwa sechzehnmal operiert worden. Zu den aus dem früheren Verfahren bekannten Kopf-, Rücken-, Knie- und Schulterbeschwerden rechts seien Nackenschmerzen und eine Schmerzausstrahlung in den linken Arm hinzugekommen. Der Neurologe Dr. med. C.\_\_\_\_ hatte im März 2018 über eine Operation an der Halswirbelsäule berichtet, die keinen Erfolg gezeitigt hatte (IV-act. 93). In einem Bericht des Universitätsspitals Zürich vom 20. März 2018 war eine Magenbypassoperation im Jahr 2013 erwähnt worden (IV-act. 96). Die Universitätsklinik Balgrist hatte im Dezember 2017 über eine Verlaufskontrolle vier Wochen nach einer mikrochirurgischen Dekompression und Spondylodese C5/6 berichtet (IV-act. 97). Der Allgemeinmediziner Dr. med. D.\_\_\_\_ berichtete am 30. April 2018 (IV-act. 109–1 ff.), die Versicherte leide an einem chronischen multiloculären Schmerzsyndrom, an einem Status nach einer mikrochirurgischen Dekompression C5/6, an einer chronischen Migräne, an einer chronischen Depression, an einer Adipositas, an einem Kurzsegment-Oesophagus, an einer Varusgonarthrose links, an einer symptomatischen Rhizarthrose rechts, an einem Nikotinabusus, an einer degenerativen medialen Meniscusläsion rechts sowie an einem Status nach einer Arthroskopie rechts. Sie sei seit dem Jahr 2008 arbeitsunfähig. Die Handchirurgin Dr. med. E.\_\_\_\_ hatte am 20. April 2018 berichtet (IV-act. 109–4 f.), sie habe eine Trapezektomie und Resektions-Interpositionsarthroplastik rechts durchgeführt. Bei einer Verlaufskontrolle eine Woche nach dem Eingriff habe sich ein adäquater Befund gezeigt. In einer Woche werde die Versicherte bereit für eine Ergotherapie sein, die dann umgehend in die Wege geleitet werden solle. Das Psychiatrie-Zentrum F.\_\_\_\_ teilte der IV-Stelle am 26. Oktober 2018 mit (IV-act. 120), die Versicherte leide an einem sonstigen seelischen Schmerz, an einer chronischen Migräne, an einer mittelgradigen depressiven Episode sowie an einer nicht näher



bezeichneten Angststörung. Sie sei vollständig arbeitsunfähig und auch nicht in der Lage, einen Teil der Hausarbeiten zu verrichten.

**A.c.** Im Auftrag der IV-Stelle erstattete die ABI GmbH am 20. Januar 2020 ein polydisziplinäres Gutachten (IV-act. 172). Der fallführende internistische Sachverständige hielt fest, bei der Versicherten sei kurz vor der Untersuchung wegen seit einem Jahr bestehenden unklaren Abdominalschmerzen eine diagnostische Laparoskopie durchgeführt worden. Der gesamte intraabdominelle Situs sei bis auf einen relativ langen Dünndarm komplett unauffällig gewesen. Im Rahmen der aktuellen allgemein-internistischen Untersuchung habe die Versicherte sowohl bei der Anamnese- als auch bei der Statuserhebung gut kooperiert. Aus internistischer Sicht könne keine Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gestellt werden. Der rheumatologische Sachverständige führte aus, der – im Gutachten ausführlich beschriebene – objektive klinische Befund sei weitgehend unauffällig gewesen. Der Status sei durch eine zum Teil deutliche Schmerzartikulation der Versicherten schon bei minimalen Bewegungsprüfungen und eine immer wieder sehr aktiv ausgeprägte Gegeninnervation gekennzeichnet gewesen. Die Beweglichkeit der Lenden-, der thoracalen und der Halswirbelsäule sei in alle Richtungen ganz erheblich eingeschränkt gewesen, was somatisch nicht erklärbar sei, da bildgebend, abgesehen von leichten Veränderungen im Bereich der Halswirbelsäule, keine relevanten degenerativen Veränderungen hätten festgestellt werden können. Die Versicherte habe über Schmerzen am Daumensattelgelenk rechts auf der Höhe des Operationssitus geklagt, das Gelenk sei aber inspektorisch völlig unauffällig gewesen. Auch auf der linken Seite habe die Versicherte über eine Druckdolenz am Daumensattelgelenk geklagt. Hinweise auf eine entzündliche rheumatische Affektion hätten aber klinisch nicht festgestellt werden können. Der Status der Hüftgelenke sei im Wesentlichen normal gewesen. Der Kniegelenksstatus habe eine normale Bewegungsfähigkeit ohne Auffälligkeiten ergeben. Der Fussstatus sei bis auf eine Fussfehlstatik klinisch unauffällig gewesen. Im rein cursorisch erhobenen neurologischen Status hätten sich keine Hinweise auf motorische Defizite feststellen lassen. Aufgrund der bildgebenden Befunde seien ein chronisches linksbetontes cervico-spondylogenes bis cervico-scapuläres Schmerzsyndrom, persistierende Schmerzen in beiden Daumensattelgelenken bei einer bilateralen Rhizarthrose, eine bilaterale Varusgonarthrose sowie Restbeschwerden im



Schultergürtel rechts nach einer Schulterarthroskopie zu diagnostizieren. Das im Vordergrund stehende multiloculäre Schmerzsyndrom könne somatisch in keiner Art und Weise adäquat erklärt werden, weshalb es auch nicht überrasche, dass die Schmerzen trotz einer kürzlich durchgeführten Verdoppelung der Opioid-Therapie unverändert geblieben seien. Aus rheumatologischer Sicht müsse ganz klar eine ganz erhebliche Schmerzausweitungs- und Schmerzgeneralisierungstendenz mit einer deutlichen funktionellen Überlagerung postuliert werden. Aufgrund eines leicht erhöhten Pausenbedarfs sei für leidensadaptierte Tätigkeiten eine Arbeitsunfähigkeit von 20 Prozent zu attestieren. Der neurologische Sachverständige hielt fest, der – im Gutachten detailliert wiedergegebene – objektive klinische Befund sei weitgehend unauffällig gewesen. Die Versicherte habe deutliche Zeichen einer funktionellen Überlagerung gezeigt. Sie habe nämlich bei der Durchführung des Finger-Nasen-Versuchs beidseits gezielt daneben gezeigt, bei den erschwerten Stand- und Gangversuchen nach Augenschluss gut aufgefangene Beinahestürze präsentiert, über eine weder zentral noch peripher zuzuordnende Sensibilitätsstörung der rechten Körperseite geklagt und einen irregulären Tremor gezeigt, der bezüglich der Präferenz die Seite gewechselt habe. Diagnostisch leide die Versicherte an einem Medikamentenübergebrauchskopfschmerz, an einer chronischen Migräne ohne Aura sowie an einem chronischen Cervicalsyndrom mit einer pseudoradiculären Irritation rechts. Wegen der chronischen Schmerzen und den intermittierenden Migräneattacken könne eine Arbeitsunfähigkeit von 20 Prozent für leidensadaptierte Tätigkeiten attestiert werden. Der psychiatrische Sachverständige führte aus, die Versicherte habe sich im Kontakt mehrheitlich distanziert verhalten, sei dabei aber stets freundlich gewesen und habe den Blickkontakt gehalten. Das gesamte Ausdrucksverhalten habe auf eine Bedrücktheit hingedeutet. Die Mimik und die Gestik seien deutlich verhalten gewesen. Auffällig häufige Positionswechsel hätten nicht beobachtet werden können, die Versicherte habe aber erhebliche Schmerzen beklagt. Beeinträchtigungen der Bewusstseinsklarheit oder der Bewusstseinsshelligkeit hätten nicht festgestellt werden können. Die Versicherte sei zu allen Qualitäten orientiert gewesen. Sie habe etwas müde gewirkt, was möglicherweise auf die Einnahme von 1mg Temesta kurz vor der Untersuchung zurückzuführen sei. Die Aufmerksamkeit habe für die Dauer des gut zwei Stunden dauernden Gesprächs durchgehend aufrecht erhalten werden können. Ein Nachlassen oder erhebliche Schwankungen hätten nicht festgestellt werden können.



## St.Galler Gerichte

Die Konzentration habe durchgehend ungestört gewirkt, das fortlaufende Subtrahieren von sieben sei jedoch nur mit erheblichen Schwierigkeiten gelungen. Bei der Prüfung des Kurzzeitgedächtnisses habe die Versicherte deutliche Defizite präsentiert, im Gespräch hätten sich dagegen keine Auffälligkeiten gezeigt. Das Langzeitgedächtnis sei unauffällig gewesen. Zeitgitterstörungen hätten nicht festgestellt werden können. Der formale Gedankengang sei verlangsamt, aber kohärent und stringent gewesen. Die Schmerzschilderungen seien trotz wiederholter Nachfragen vage geblieben und sie hätten etwas stereotyp gewirkt. In der Grundstimmung habe die Versicherte deutlich niedergestimmt gewirkt. Es habe sich eine Affektarmut, aber keine Affektstarre gezeigt. Die Schwingungsfähigkeit sei reduziert gewesen. In den Schilderungen sei die Versicherte erheblich klagsam gewesen. In der Verhaltensbeobachtung habe sich kein Hinweis auf eine relevante Störung des subjektiv als deutlich reduziert beschriebenen Antriebs feststellen lassen. Im Übrigen sei der klinische Befund unauffällig gewesen. Diagnostisch leide die Versicherte an einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren sowie an einer gemischten Angst- und depressiven Störung. Für eine leidensadaptierte Tätigkeit sei ein Arbeitsunfähigkeitsgrad von 30 Prozent zu attestieren. Dies ergebe sich aus den Einschränkungen infolge der Medikation, vor allem der kognitiven Verlangsamung durch die regelmässige Opiateinnahme, und aus einer reduzierten Flexibilität und Umstellungsfähigkeit im Rahmen der affektiven Symptomatik. Der gastroenterologische Sachverständige hielt fest, die objektiven Untersuchungsbefunde seien unauffällig gewesen. Die Versicherte leide aus gastroenterologischer Sicht an einem Status nach einem Magenbypass sowie – ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit – an einer koloskopisch festgestellten Ulcera der Ileozökalklappe und an einem ätiologisch unklaren intermittierenden Erbrechen. Abgesehen von einem leicht vermehrten Pausenbedarf sei die Versicherte uneingeschränkt arbeitsfähig. Nach der interdisziplinären Konsensbesprechung führten die Sachverständigen aus, die Versicherte leide an einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren, an einer gemischten Angst- und depressiven Störung, an einem Medikamentenübergebrauchskopfschmerz, an einer chronischen Migräne ohne Aura, an einem Status nach einem Magenbypass, an einem chronischen cervico-spondylogenen bis cervico-scapulären Schmerzsyndrom, an persistierenden Schmerzen der Daumensattelgelenke, an einer bilateralen Varusgonarthrose sowie an



Restbeschwerden im rechten Schultergürtel. Körperlich leichte bis selten mittelschwere, adaptierte berufliche Tätigkeiten seien ihr zu 70 Prozent zumutbar, wobei die Arbeitszeit idealerweise auf zweimal drei Stunden pro Tag verteilt werden sollte. Die leichten Leistungseinbussen der verschiedenen Fachrichtungen ergänzten sich, addierten sich aber nicht, da die gleichen Zeitabschnitte für Pausen und Erholung genutzt werden könnten und teilweise die gleiche Symptomatik betroffen sei. Die RAD-Ärztin Dr. med. G. \_\_\_ qualifizierte das Gutachten als überzeugend, empfahl aber, den rheumatologischen Sachverständigen aufzufordern, noch genauer zum retrospektiven Verlauf der Arbeitsfähigkeit Stellung zu nehmen (IV-act. 173). Auf eine entsprechende Rückfrage der IV-Stelle hin hielt der rheumatologische Sachverständige am 23. März 2020 fest, eine retrospektive Verlaufsbeurteilung sei schwierig, aber in rheumatologischer Sicht hätten sich seit der letzten Begutachtung ohnehin nur die qualitativen Hürden etwas erhöht (IV-act. 175). Mit einer Mitteilung vom 20. April 2020 wies die IV-Stelle das Begehren um berufliche Massnahmen ab (IV-act. 182).

**A.d.** Mit einem Vorbescheid vom 2. Juli 2020 teilte die IV-Stelle der Versicherten mit, dass sie die Abweisung des Rentenbegehrens mangels eines rentenbegründenden Invaliditätsgrades vorsehe (IV-act. 185). Dagegen liess die Versicherte am 28. September 2020 einwenden (IV-act. 193–1 ff.), die Sachverständigen hätten deutlich mehr Gesundheitsbeeinträchtigungen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit attestiert als noch im Jahr 2009, weshalb der nur leichte Anstieg des Arbeitsunfähigkeitsgrades nicht nachvollziehbar sei. Die Kopfschmerzproblematik sei weit gravierender als vom neurologischen Sachverständigen angenommen und zudem nicht durch einen Medikamentenübergebrauch induziert, wie ein kürzlich erfolgter Versuch mit einem stärkeren Medikament belege. Die Verneinung eines additiven Effektes der aus den einzelnen Disziplinen attestierten Arbeitsunfähigkeiten sei nicht nachvollziehbar. Die Sachverständigen hätten sich nicht zur Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit geäussert. Unter Berücksichtigung eines angemessenen Tabellenlohnabzuges resultiere ein Invaliditätsgrad von über 40 Prozent. Der Eingabe lag ein Bericht des Neurologen Dr. med. H. \_\_\_ vom 12. Juni 2020 bei (IV-act. 193–11), in dem festgehalten worden war, ein fünfwöchiger Behandlungsversuch mit Prednisolon habe zu einer Reduktion der Kopfschmerzen um mindestens 70 Prozent geführt. Aufgrund der Nebenwirkungen des Kortisons sei eine Fortführung dieser Behandlung aber nicht





## St.Galler Gerichte

vertretbar. Die RAD-Ärztin Dr. G.\_\_\_\_ hielt am 23. Oktober 2020 fest, aus versicherungsmedizinischer Sicht bestehe kein weiterer Abklärungsbedarf (IV-act. 194). Mit einer Verfügung vom 11. Januar 2021 wies die IV-Stelle das Rentenbegehren mangels eines rentenbegründenden Invaliditätsgrades ab (IV-act. 199).

**A.e.** Die Versicherte liess am 12. Februar 2021 eine Beschwerde gegen die Verfügung vom 11. Januar 2021 erheben und unter anderem darauf hinweisen, dass sie sich am 4. Februar 2021 in eine stationäre psychiatrische Behandlung begeben habe (vgl. IV-act. 203). Am 21. April 2021 widerrief die IV-Stelle die angefochtene Verfügung, um weitere Abklärungen durchzuführen (IV-act. 208). Das Beschwerdeverfahren wurde mit einem Entscheid vom 18. Mai 2021 abgeschlossen (IV 2021/29; vgl. IV-act. 216). Die Klinik I.\_\_\_\_ berichtete am 24. Februar 2021 (IV-act. 220), die Versicherte habe sich vom 21. Januar 2021 bis zum 4. Februar 2021 in einer stationären Behandlung befunden. Sie leide an einer mittelgradigen depressiven Episode, an einer nicht näher bezeichneten Angststörung, an einer Migräne ohne Aura, an einem Abhängigkeitssyndrom sowie an einem sonstigen chronischen Schmerz. Da sie an der Hochzeit ihrer Tochter habe teilnehmen wollen und da Beurlaubungen coronabedingt nicht möglich gewesen seien, sei sie am 4. Februar 2021 aus der Behandlung entlassen worden. Während der kurzen Behandlungsdauer habe keine wesentliche Verbesserung des Gesundheitszustandes erzielt werden können. Am 29. Juni 2021 berichtete die Klinik I.\_\_\_\_ über eine zweite stationäre Behandlung in der Zeit vom 24. März 2021 bis zum 14. Mai 2021 (IV-act. 224). Die Ärzte hielten fest, ein vertiefter psychotherapeutischer Zugang sei aufgrund der eingeschränkten Deutschkenntnisse leider nicht möglich gewesen. Die Panikattacken und die Belastungen durch die Schmerzen seien im Verlauf der Behandlung etwas in den Hintergrund getreten und es sei der Versicherten einige Male gelungen, Panikattacken selbständig zu bewältigen. Am 14. Mai 2021 sei sie auf eigenen Wunsch aus der Klinik ausgetreten. Die RAD-Ärztin Dr. G.\_\_\_\_ notierte am 27. August 2021 (IV-act. 231), die beiden Berichte der Klinik I.\_\_\_\_ enthielten nur einen rudimentären, sich stark auf die subjektive Beschwerdeschilderung der Versicherten stützenden Psychostatus. Ein vertiefter psychotherapeutischer Zugang sei mangels ausreichender Sprachkenntnisse nicht möglich gewesen. Die Medikamentenspiegel seien nicht gemessen worden. Eine Auseinandersetzung mit dem psychiatrischen Teilgutachten der ABI GmbH und





insbesondere der dort erwähnten Inkonsistenzen habe nicht stattgefunden. Die Berichte seien deshalb nicht geeignet, Zweifel am Gutachten der ABI GmbH zu wecken. Mit einem Vorbescheid vom 30. August 2021 teilte die IV-Stelle der Versicherten mit, dass sie die Abweisung des Rentenbegehrens mangels eines rentenbegründenden Invaliditätsgrades vorsehe (IV-act. 233). Dagegen liess die Versicherte am 29. Oktober 2021 einwenden (IV-act. 239–1 ff.), die IV-Stelle hätte medizinische Abklärungen zum aktuellen Gesundheitszustand der Versicherten tätigen müssen. Der psychische Gesundheitszustand habe sich nämlich nachweislich verschlechtert, denn in den Berichten der Klinik I.\_\_\_\_ sei eine eigenständige depressive Störung und nicht bloss – wie im Gutachten der ABI GmbH – eine gemischte Angst- und depressive Störung diagnostiziert worden. Auch in somatischer Hinsicht habe sich der Gesundheitszustand in den vergangenen zwei Jahren verschlechtert. Der Eingabe lag eine Stellungnahme einer Ärztin der Klinik I.\_\_\_\_ vom 7. Oktober 2021 bei (IV-act. 239–8). Die Ärztin hatte festgehalten, die RAD-Ärztin Dr. G.\_\_\_\_ habe keine relevanten psychiatrischen Gesichtspunkte ausser Acht gelassen. Ergänzende medizinische Abklärungen seien nicht notwendig. Am 1. Dezember 2021 notierte der RAD-Arzt Dr. med. J.\_\_\_\_ (IV-act. 242), mit der beigelegten Stellungnahme der Ärztin der Klinik I.\_\_\_\_ habe der Rechtsvertreter der Versicherten seine eigene Argumentation, Dr. G.\_\_\_\_ sei nicht für eine versicherungsmedizinische Stellungnahme qualifiziert gewesen, widerlegt, da die Ärztin die Ausführungen von Dr. G.\_\_\_\_ ausdrücklich als zutreffend qualifiziert habe. Die Berichte der Klinik I.\_\_\_\_ enthielten keine vollständige objektive Befundschilderung, aber auch keine Hinweise auf eine schwergradige psychische Erkrankung. Selbst wenn man sich auf die subjektive Ebene der Schilderungen der Versicherten einlassen würde, liesse sich keine wesentliche Veränderung des Gesundheitszustandes zwischen der Begutachtung und der stationären Behandlung begründen, da die Schilderungen weitestgehend identisch gewesen seien. Aus psychiatrischer Sicht könne die Frage nach einer Verschlechterung des Gesundheitszustandes seit der Begutachtung durch die ABI GmbH eindeutig verneint werden. Mit einer Mitteilung vom 11. April 2022 wies die IV-Stelle das Begehren um berufliche Eingliederungsmassnahmen ab (IV-act. 250). Mit einer Verfügung vom 5. Mai 2022 wies sie das Rentenbegehren mangels eines rentenbegründenden Invaliditätsgrades ab (IV-act. 254).



### B.

**B.a.** Am 7. Juni 2022 liess die Versicherte (nachfolgend: die Beschwerdeführerin) eine Beschwerde gegen die Verfügung vom 5. Mai 2022 erheben (act. G 1). Ihr Rechtsvertreter beantragte die Aufhebung der angefochtenen Verfügung, die Zusprache mindestens einer Viertelsrente ab Januar 2018 und eventualiter die Rückweisung der Sache an die IV-Stelle (nachfolgend: die Beschwerdegegnerin) zur weiteren Abklärung. Zur Begründung führte er aus, gemäss den Berichten der Klinik I.\_\_\_\_ leide die Beschwerdeführerin an einer mittelgradigen depressiven Episode. Diese Tatsache sei von der Beschwerdegegnerin und dem RAD übergangen worden. Die Sachverständigen der ABI GmbH und der RAD hätten zudem unberücksichtigt gelassen, dass ein fachärztlich einwandfrei diagnostiziertes Abhängigkeitssyndrom als invalidenversicherungsrechtlich beachtlicher Gesundheitsschaden zu qualifizieren sei. Bei der Berechnung des Invaliditätsgrades sei ein Tabellenlohnabzug zu berücksichtigen.

**B.b.** Die Beschwerdegegnerin beantragte am 29. August 2022 die Abweisung der Beschwerde (act. G 4). Zur Begründung führte sie an, das Gutachten der ABI GmbH sei in jeder Hinsicht überzeugend. Ein Abzug vom Tabellenlohn sei nicht gerechtfertigt.

**B.c.** Die Beschwerdeführerin verzichtete auf eine Replik (act. G 6).

### Erwägungen

1. Da sich der Zweck dieses Beschwerdeverfahrens in der Überprüfung der angefochtenen Verfügung auf deren Rechtmässigkeit erschöpft, kann sein Gegenstand nicht weiter als jener der angefochtenen Verfügung sein. Die angefochtene Verfügung vom 5. Mai 2022 hat ausschliesslich das Rentenbegehren der Beschwerdeführerin vom April 2018 betroffen (das Begehren um berufliche Massnahmen war mit einer Mitteilung vom 11. April 2022 abgeschlossen worden; vgl. IV-act. 250). Die Beschwerde betrifft ebenfalls ausschliesslich das Rentenbegehren. In diesem Beschwerdeverfahren ist folglich zu prüfen, ob die Beschwerdeführerin im massgebenden Zeitraum nach April 2018 respektive ab dem 1. Oktober 2018 (vgl. Art. 29 Abs. 1 IVG) einen Anspruch auf eine Rente der Invalidenversicherung hat.



### 2.

**2.1.** Die Beschwerdegegnerin ist zu Recht auf die Neuanmeldung vom April 2018 eingetreten, da mit dem Hinweis auf eine Operation an der Halswirbelsäule eine relevante Veränderung des Sachverhaltes seit der Abweisung des ersten Rentenbegehrens im Februar 2011 im Sinne des Art. 87 Abs. 3 IVV glaubhaft gemacht gewesen ist.

**2.2.** Eine versicherte Person, die ihre Erwerbsfähigkeit nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern kann, die während eines Jahres ohne einen wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 Prozent arbeitsunfähig gewesen ist und die nach dem Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 Prozent invalid ist, hat nach Art. 28 Abs. 1 IVG einen Anspruch auf eine Rente der Invalidenversicherung. Für die Bemessung der Invalidität wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach dem Eintritt der Gesundheitsbeeinträchtigung und nach der Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger beruflicher Eingliederungsmassnahmen bei einer ausgeglichenen Arbeitsmarktlage durch eine ihr zumutbare Erwerbstätigkeit erzielen könnte, in Beziehung zu jenem Erwerbseinkommen gesetzt, das sie erzielen könnte, wenn sie gesund geblieben wäre (Art. 28a Abs. 1 IVG i.V.m. Art. 16 ATSG).

**2.3.** Die Beschwerdeführerin hat keine Berufsausbildung absolviert. Nach ihrer Einreise in die Schweiz hat sie typische Hilfsarbeiten verrichtet. Ihre Erwerbsmöglichkeiten im hypothetischen „Gesundheitsfall“ entsprechen folglich jenen einer durchschnittlichen Hilfsarbeiterin, weshalb das Valideneinkommen (entsprechend der von der Beschwerdegegnerin vorgenommenen Berechnung) dem statistischen Zentralwert der Hilfsarbeiterinnenlöhne entspricht.

**2.4.** Für die Bemessung des zumutbarerweise erzielbaren Invalideneinkommens ist ausschlaggebend, welche Tätigkeiten der Beschwerdeführerin aus versicherungsmedizinischer Sicht trotz der Gesundheitsbeeinträchtigung noch in welchem Umfang zumutbar sind. Die Beschwerdegegnerin hat zur Beantwortung dieser Frage ein Gutachten bei der ABI GmbH eingeholt. Die Sachverständigen der ABI GmbH haben die Beschwerdeführerin umfassend – allgemein-internistisch, rheumatologisch, neurologisch, psychiatrisch und gastroenterologisch – persönlich untersucht und sie haben die medizinischen Vorakten eingehend gewürdigt. Nichts deutet darauf hin, dass sie eine wesentliche Tatsache übersehen oder ignoriert hätten. In jeder Untersuchung hat eine erhebliche funktionelle Überlagerung der Beschwerden mit vielfältigen Inkonsistenzen und Diskrepanzen im Vordergrund gestanden, die von



den Sachverständigen in deren Teilgutachten anschaulich aufgezeigt und beschrieben worden ist. Trotzdem ist es den Sachverständigen gelungen, den massgebenden objektiven klinischen und bildgebenden Befund zu erheben und sich auf diesen objektiven Befund stützende Schlussfolgerungen hinsichtlich der Diagnosestellung und der Arbeitsfähigkeitsschätzung zu ziehen. Entscheidend ist, dass in internistischer, in rheumatologischer, in neurologischer und in gastroenterologischer Hinsicht kaum wesentlich auffällige Befunde haben erhoben werden können, weshalb es aus der Sicht eines medizinischen Laien – trotz der vom Rechtsvertreter offenbar als besonders relevant erachteten Anzahl der Diagnosen – ohne Weiteres einleuchtet, dass die Sachverständigen jeweils aus ihrer fachärztlichen Sicht, aber auch interdisziplinär für ideal leidensadaptierte Tätigkeiten eine somatisch nur unwesentlich eingeschränkte Arbeitsfähigkeit attestiert haben. Der Rechtsvertreter hat zwar behauptet, in der Zeit zwischen der Begutachtung und der Eröffnung der angefochtenen Verfügung habe sich der somatische Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin verschlechtert, aber er hat diese Behauptung nicht belegen können. In den Akten finden sich keine Hinweise auf eine relevante Verschlechterung des somatischen Gesundheitszustandes der Beschwerdeführerin nach der Begutachtung. Der psychiatrische Sachverständige der ABI GmbH hat zwar gewisse objektive Auffälligkeiten festgestellt, aber sorgfältig und überzeugend begründet dargelegt, dass die Auswirkungen der (objektiven) psychischen Gesundheitsbeeinträchtigungen auf die Arbeitsfähigkeit in einer ideal leidensadaptierten Tätigkeit nur als relativ geringfügig zu qualifizieren sind. Er hat ebenso überzeugend aufgezeigt, dass die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin aus psychiatrischer Sicht durch eine kognitive Verlangsamung, durch eine reduzierte Flexibilität und durch eine reduzierte Umstellungsfähigkeit beeinträchtigt gewesen ist, weshalb aus der Sicht eines medizinischen Laien kein Grund besteht, das Attest einer Arbeitsunfähigkeit von 30 Prozent aus psychiatrischer Sicht anzuzweifeln. Der Vorwurf des Rechtsvertreters, der Sachverständige habe fälschlicherweise die Abhängigkeitsproblematik unberücksichtigt gelassen, überzeugt nicht, denn der Sachverständige hat sein Arbeitsunfähigkeitsattest unter anderem ausdrücklich mit der aus der Abhängigkeitsproblematik resultierenden kognitiven Verlangsamung begründet. Die Berichte der Klinik I.\_\_\_\_ vermögen keine relevante Verschlechterung des psychischen Gesundheitszustandes der Beschwerdeführerin nach der Begutachtung zu belegen. Ihr Beweiswert ist nach der bundesgerichtlichen Auffassung minimal, weil in Bezug auf behandelnde Ärzte der objektive Anschein der Befangenheit besteht. Die Berichte enthalten, wie die RAD-Ärzte Dres. G.\_\_\_\_ und J.\_\_\_\_ überzeugend aufgezeigt haben, keine objektive Befundschilderung, was den Beweiswert weiter schmälert. Die behandelnde Ärztin hat auf eine Rückfrage des Rechtsvertreters hin sogar ausdrücklich darauf hingewiesen, dass sie sich der Einschätzung der RAD-Ärztin



Dr. G. \_\_\_ anschliesse; sie hat damit eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes der Beschwerdeführerin explizit verneint. Daran ändert die abweichende (gravierendere) Diagnosestellung nichts, da die Diagnose unzureichend – nämlich nicht mit objektiven Befunden – begründet worden ist und da die in den Berichten der Klinik I. \_\_\_ wiedergegebenen subjektiven Klagen der Beschwerdeführerin mit jenen identisch gewesen sind, die im Gutachten der ABI GmbH wiedergegeben sind, wie der RAD-Psychiater Dr. J. \_\_\_ überzeugend dargelegt hat. Zusammenfassend belegt das psychiatrische Teilgutachten der ABI GmbH mit dem erforderlichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit, dass die Beschwerdeführerin aus psychiatrischer Sicht zu 30 Prozent arbeitsunfähig gewesen ist. Die Sachverständigen der ABI GmbH haben die aus ihrer jeweiligen Fachdisziplin zu attestierende Einschränkung unterschiedlich begründet: Der rheumatologische Sachverständige hat festgehalten, die Beschwerdeführerin benötige vermehrte Pausen; der neurologische Sachverständige hat ausgeführt, das Rendement sei reduziert; der psychiatrische Sachverständige ist zum Schluss gekommen, die Beschwerdeführerin sei kognitiv verlangsamt, reduziert flexibel und reduziert umstellungsfähig. Mit den aus rheumatologischer Sicht notwendigen zusätzlichen Pausen ist dem aus neurologischer Sicht attestierten reduzierten Rendement Rechnung getragen. Auch die kognitive Verlangsamung kann durch zusätzliche Pausen kompensiert werden. Aus der Sicht eines medizinischen Laien leuchtet deshalb die im interdisziplinären Konsens erarbeitete Einschätzung der Sachverständigen, dass die aus rheumatologischer und neurologischer Sicht zu attestierenden Einschränkungen durch die aus psychiatrischer Sicht attestierte Einschränkung kompensiert würden, ohne Weiteres ein. Zusammenfassend erweist sich das Gutachten der ABI GmbH damit als überzeugend, weshalb gestützt auf es mit dem erforderlichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit feststeht, dass die Beschwerdeführerin für ideal leidensadaptierte Tätigkeiten zu 70 Prozent arbeitsfähig gewesen ist, dass der Arbeitsunfähigkeitsgrad also 30 Prozent beträgt.

**2.5.** Da der invalidenversicherungsrechtlich massgebende allgemeine und ausgeglichene Arbeitsmarkt einen breiten Fächer von ideal leidensadaptierten Hilfsarbeiten bereithält und da kein statistischer Nachweis dafür existiert, dass leichte Hilfsarbeiten schlechter als körperlich anstrengende Hilfsarbeiten entlohnt würden, entspricht der Ausgangswert des zumutbarerweise erzielbaren Invalideneinkommens dem statistischen Zentralwert der Hilfsarbeiterinnenlöhne und damit dem Valideneinkommen. Der Betrag kann bei der Berechnung des Invaliditätsgrades deshalb mathematisch keine Rolle spielen, was bedeutet, dass der Invaliditätsgrad anhand eines sogenannten Prozentvergleichs zu ermitteln ist. Der Invaliditätsgrad



entspricht also dem Arbeitsunfähigkeitsgrad in einer behinderungsadaptierten Erwerbtätigkeit, korrigiert um einen dem sogenannten Tabellenlohnabzug analogen Abzug. Die am 1. Januar 2022 in Kraft getretene Änderung des IVG und der IVV ist irrelevant, da ein „altrechtlicher“ Rentenanspruch zu prüfen ist, der bereits am 1. Oktober 2018 entstanden sein kann. Ein dem Tabellenlohnabzug analoger Abzug ist folglich zu berücksichtigen, weil davon ausgegangen werden muss, dass die Beschwerdeführerin ihre Arbeitsfähigkeit nicht mit demselben ökonomischen Erfolg verwerten kann wie eine gesunde, im selben Pensum tätige Person, denn es ist anzunehmen, dass ein strikt ökonomisch-betriebswirtschaftlich denkender, also keinen Soziallohn ausrichtender Arbeitgeber der Beschwerdeführerin keinen durchschnittlichen, sondern nur einen unterdurchschnittlichen Lohn ausbezahlen wird, um seinen aus der Anstellung der Beschwerdeführerin resultierenden „Arbeitsmehrwert“ – die Differenz zwischen dem ökonomischen Wert der Arbeitsleistung und den direkten und indirekten Lohn- und Lohnnebenkosten – auf einen durchschnittlichen Betrag zu erhöhen. Die Beschwerdeführerin kann aber nur einen unterdurchschnittlichen ökonomischen Mehrwert generieren, denn die indirekten Lohnkosten oder die Lohnnebenkosten sind überdurchschnittlich hoch, weshalb für den Arbeitgeber nur ein unterdurchschnittlicher „Arbeitsmehrwert“ resultiert. Ein strikt betriebswirtschaftlich operierender Arbeitgeber wird das nicht hinnehmen, sondern diese „Einbusse“ auf die Beschwerdeführerin überwälzen, indem er ihr nur einen unterdurchschnittlichen Lohn bezahlt, sodass für den Arbeitgeber ein durchschnittlicher „Arbeitsmehrwert“ resultiert. Die Beschwerdeführerin kann zwar ganztags arbeiten, aber sie kann keine volle Arbeitsleistung erbringen, weil sie vermehrte Pausen benötigt und weil ihre Leistungsfähigkeit eingeschränkt ist. Um ihre Arbeitsfähigkeit voll auszuschöpfen, muss sie jedoch ihren Arbeitsplatz den ganzen Tag belegen. Auch wenn sie an keiner „eigenständigen“ depressiven Störung leidet, ist doch mit überdurchschnittlich starken Schwankungen der Arbeitsleistung und überdurchschnittlich vielen krankheitsbedingten Ausfällen zu rechnen. Ein strikt ökonomisch denkender Arbeitgeber sieht sich folglich mit einer unterdurchschnittlichen Amortisation der Arbeitsplatzkosten konfrontiert. Zudem muss er das Risiko der überdurchschnittlichen Leistungsschwankungen und der überdurchschnittlich häufigen Absenzen einkalkulieren. Das hat eine „Einbusse“ zur Folge, die allerdings nicht allzu hoch ausfallen kann, sodass sich insgesamt jedenfalls kein Abzug von mehr als zehn Prozent rechtfertigt. Der Invaliditätsgrad beträgt folglich *maximal* 37 Prozent (=  $100\% - 90\% \times 70\%$ ). Da erst ab einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 Prozent ein Anspruch auf eine Rente besteht, erweist sich die angefochtene Verfügung als rechtmässig, weshalb die Beschwerde abzuweisen ist.



**3.** Die angesichts des durchschnittlichen Verfahrensaufwandes auf 600 Franken festzusetzenden Gerichtskosten sind der unterliegenden Beschwerdeführerin aufzuerlegen. Sie sind durch den von ihr geleisteten Kostenvorschuss von 600 Franken gedeckt. Die unterliegende Beschwerdeführerin hat keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung.

### **Entscheid**

im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP

**1.**

Die Beschwerde wird abgewiesen.

**2.**

Die Beschwerdeführerin hat die Gerichtskosten von 600 Franken zu bezahlen; diese sind durch den von ihr geleisteten Kostenvorschuss von 600 Franken gedeckt.

**3.**

Das Begehren um eine Parteientschädigung wird abgewiesen.