



**Fall-Nr.:** IV 2011/20  
**Stelle:** Versicherungsgericht  
**Rubrik:** IV - Invalidenversicherung  
**Publikationsdatum:** 19.06.2020  
**Entscheiddatum:** 19.11.2012

### **Entscheid Versicherungsgericht, 19.11.2012**

**Art. 16 ATSG. Invaliditätsbemessung mittels Einkommensvergleich  
(Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 19.  
November 2012, IV 2011/20).**

Entscheid Versicherungsgericht, 19.11.2012

Präsident Martin Rutishauser, Versicherungsrichterinnen Christiane Gallati Schneider  
und Monika Gehrler Hug; Gerichtsschreiber Ralph Jöhl

#### **Entscheid vom 19. November 2012**

in Sachen

A.\_\_\_\_,

Beschwerdeführerin,

vertreten durch Rechtsanwalt lic. iur. Marco Bivetti, Oberer Graben 42, 9000 St. Gallen,

gegen

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

Beschwerdegegnerin,

betreffend

Rente



Sachverhalt:

A.

A.a A.\_\_\_\_ meldete sich am 7. April 2008 zum Bezug von IV-Leistungen an (IV-act. 1). Die B.\_\_\_\_ AG teilte am 16. Mai 2008 mit (IV-act. 14), sie habe die Versicherte bis 31. März 2008 als Produktionsmitarbeiterin beschäftigt. Der letzte Arbeitstag sei der 25. Mai 2007 gewesen. Der Lohn habe Fr. 3'040.-- (x13) betragen. Die Versicherte habe vor allem Stanzmaschinen bedient. Die Kündigung sei aus gesundheitlichen Gründen erfolgt. Dr. med. C.\_\_\_\_, Psychiaterin/Psychotherapeutin, berichtete der IV-Stelle am 28. Mai 2008 (IV-act. 19), die Versicherte leide an einer mittelgradigen depressiven Episode mit somatischem Syndrom, an einem St. n. Knie-TP links am 6. September 2007, an einer beginnenden Gonarthrose rechts seit 2008, an Pollinosis und an Cholelithiasis. Aus rein psychiatrischer Sicht bestehe eine Arbeitsunfähigkeit von 70%. Bei der Versicherten liege eine ängstlich-depressive Stimmungslage mit einer ausgeprägten Traurigkeit wegen der schweren Erkrankung der Tochter und wegen der eigenen Erkrankung vor. Die Versicherte sei äusserst gereizt bzw. nervös. Aufgrund der Knieschmerzen könne sie kaum gehen. Der psychopathologische Status sei wie folgt: Bewusstseinsklar, allseits orientiert, Auffassung, Aufmerksamkeit und Konzentration deutlich herabgesetzt, einfach strukturiert, im formalen Denken weitschweifig, das Denkziel aber erreichend, Hinweise für eine hypochondrische Verarbeitung, keine inhaltlichen Denkstörungen, keine Sinnestäuschungen, in der Stimmung depressiv, weinerlich, leicht gereizt, jammerig, antriebsarm, psychomotorisch eher unruhig, sozialer Rückzug. Die Klinik Valens berichtete der Krankenversicherung am 4. Juni 2008 über eine interdisziplinäre Abklärung vom 19./20. Mai 2008 (IV-act. 20), ergonomisch funktionell habe die Versicherte eine erheblich reduzierte körperliche Leistungsfähigkeit gezeigt, die aufgrund der klinischen Befunde kaum habe erklärt werden können. Infolge einer erheblichen Symptomausweitung, Selbstlimitierung und Inkonsistenz seien die Resultate der ergonomischen Tests für die Beurteilung der zumutbaren Belastbarkeit nicht verwertbar gewesen. Im Rahmen der psychiatrischen Untersuchung sei eine mittelgradige depressive Symptomatik (gedrückte Stimmungslage, Freudlosigkeit, Schlafstörungen, Ängstlichkeit, Müdigkeit, akustische und optische Halluzinationen) diagnostiziert worden. Die Diagnosen lauteten: Mittelgradige depressive Episode mit somatischem Syndrom, Periarthropathia genu



bds., Periarthropathia humeroscapularis rechts und lumbovertebrales Syndrom. Die Ärzte der Klinik Valens gaben weiter an, aus psychiatrischer Sicht bestehe zur Zeit eine Arbeitsunfähigkeit von 70%, aus rein rheumatologischer Sicht bestehe für eine leichte, vorwiegend sitzende Tätigkeit eine Arbeitsfähigkeit von mindestens 50%. Dr. med. D.\_\_\_\_, Arzt für Allgemeine Medizin, berichtete der IV-Stelle am 13. Juni 2008 (IV-act. 21), folgende Diagnosen hätten einen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit: St. n. Knieimplantation, mittelgradige depressive Episode mit somatischem Syndrom, beginnende Gonarthrose, metabolisches Syndrom und mässige Spondylarthrose LWS. Die Versicherte sei seit dem 25. Mai 2007 bis auf weiteres für jegliche Arbeit zu 100% arbeitsunfähig. Im Vordergrund der Beschwerden stehe die Depression mit Konzentrationsstörung, Angst und Unsicherheit. Dr. med. E.\_\_\_\_ von der Klinik für Orthopädie des Kantonsspitals St. Gallen teilte der IV-Stelle am 27. Juni 2008 mit (IV-act. 25), nach der Implantation einer Knieprothese links am 6. September 2007 sei es zu einem deutlich protrahierten Verlauf gekommen. Die Versicherte berichte über Belastungsschmerzen im linken Knie. Dieser protrahierte Verlauf sei weder klinisch noch konventionell radiologisch und szintigraphisch zu erklären. Bei Ruheschmerz sei aktuell noch keine Arbeitsfähigkeit zu 100% möglich.

A.b Dr. med. F.\_\_\_\_, Spezialarzt Orthopädische Chirurgie FMH, Sportmedizin (SGSM), hielt in einem Gutachten vom 6. Juni 2008/1. Juli 2008 fest (IV-act. 30), die Schulterschmerzen rechts und die abnormen Untersuchungsbefunde könnten auf die sonographisch nachgewiesenen ausgedehnten degenerativen Veränderungen der Rotatorenmanschette sowie auf das Impingement bei AC-Gelenksarthrose zurückgeführt werden. Die Ursache der Kniegelenkschmerzen links sei unklar. Die Schmerzen im linken (gemeint wohl: rechten) Kniegelenk und die pathologischen Befunde seien mit den radiologisch nachgewiesenen degenerativen intraartikulären Veränderungen vereinbar. Die Schmerzen im rechten OSG resp. Rückfuss seien durch die mässige Chondropathie sowie durch die deutliche Talonavicular- und Calcaneocuboidalarthrose bedingt. Körperlich leichte Tätigkeiten in temperierten Räumen, die abwechslungsweise sitzend und stehend ausgeübt werden könnten, ohne dass dabei regelmässig Gegenstände über 5 kg gehoben oder getragen werden müssten, ohne Arbeiten über der Horizontalen, ohne häufiges Knien, ohne Gehen auf unebenem Boden und ohne Besteigen von Leitern seien bei voller Stundenpräsenz zu ca. 85% zumutbar. Am 27. Oktober 2008 berichtete Dr. med. C.\_\_\_\_ (IV-act. 33), die



antidepressive Medikation sei optimiert worden, aber es sei zu keiner Besserung der Antriebs- und Stimmungslage gekommen. Die Versicherte zeige weiterhin eine mittelgradige depressive Störung mit somatischen Symptomen und ausgeprägtem Grübeln und Schuldgefühlen besonders gegenüber den Kindern. Sie sei weinerlich, verzweifelt und mit der Bewältigung der alltäglichen Anforderungen vollkommen überfordert. Es bestünden massive Konzentrationsschwierigkeiten, eine ausgeprägte Interesse- und Lustlosigkeit etc. Die Versicherte sei nicht fähig, einer Erwerbstätigkeit nachzugehen. Dr. med. G. \_\_\_ vom RAD hielt am 19. November 2008 fest (IV-act. 34), gemäss einer telephonischen Auskunft von Dr. C. \_\_\_ sei in den nächsten drei bis sechs Monaten mit einem Eingliederungspotential zu rechnen. Am 5. Februar 2009 teilte Dr. C. \_\_\_ mit (IV-act. 35), die Versicherte sei aus psychiatrischer Sicht seit dem 14. Januar 2009 generell noch zu 70% arbeitsunfähig. Sie sei aufgrund des Antriebsmangels, der extremen Müdigkeit, der Konzentrationsschwäche und der depressiv-dysphorischen Stimmung nicht in der Lage, das Arbeitspensum zu steigern. Dr. G. \_\_\_ vom RAD betrachtete den Gesundheitszustand der Versicherten am 27. April 2009 als stationär und schlug deshalb vor, jetzt eine polydisziplinäre Begutachtung durchzuführen (IV-act. 37).

A.c Die Sachverständigen der ABI Ärztliches Begutachtungsinstitut GmbH in Basel führten in ihrem Gutachten vom 11. November 2009 aus (IV-act. 44), bei der psychiatrischen Abklärung sei die Versicherte bei klarem Bewusstsein und zeitlich, örtlich und autopsychisch voll orientiert gewesen. Ihr Gedankengang habe sich formal und inhaltlich unauffällig entfaltet. Es seien keine Hinweise für ein psychotisches Geschehen zu beobachten gewesen. Insbesondere hätten Wahnideen, Halluzinationen oder eine Ich-Störung ausgeschlossen werden können. Wahrnehmung, Auffassung und Gedächtnis seien klinisch nicht als beeinträchtigt erschienen. Die komplexen Ich-Funktionen (Realitätsprüfung, Beziehungsfähigkeit, Impulskontrolle, Urteilsfähigkeit, Willensbildung) seien intakt gewesen. Die Versicherte habe die Konzentration und die Aufmerksamkeit über die gesamte Untersuchungsdauer hinweg aufrechterhalten können, ohne dass nennenswerte Ermüdungszeichen aufgetreten wären. Psychosomatisch habe sich die Versicherte leicht nervös und ungeduldig präsentiert. Sie habe dysphorisch-verstimmt gewirkt, aber ein eigentlicher schwerer, niedergedrückter Affekt habe nicht vorgelegen. Es habe keine Hinweise für Angst oder Zwangssymptome gegeben. Der affektive Rapport zur Dolmetscherin sei lebendig



gewesen. Das Gespräch sei flüssig verlaufen und die Versicherte habe auf alle Fragen umgehend antworten können. Eine Antriebsstörung sei auszuschliessen gewesen. Die Affekte seien modulierbar gewesen. Suizidgedanken seien nicht thematisiert worden. Mimik und Gestik seien eher weinerlich gewesen. Die Versicherte habe sich freundlich und kooperativ verhalten. Er habe keine psychiatrische Diagnose mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit erheben können. Die Diagnose ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit laute: Verdacht auf Schmerzverarbeitungsstörung resp. Symptomausweitung mit algogener Verstimmung. Der psychiatrische Gutachter führte weiter aus, es liege keine Komorbidität vor. Eine somatoforme Schmerzstörung sei auszuschliessen, da emotionale Konflikte fehlten. Es bestehe kein primärer Krankheitsgewinn. Aufgrund der erhobenen Befunde könne die von Dr. C.\_\_\_\_ gestellte Diagnose einer depressiven Störung mittelgradigen Ausmasses nicht bestätigt werden. Zwar lägen leichtere dysphorisch-depressive Verstimmungszustände vor. Diese seien aber als algogenes Syndrom bei chronischen körperlichen Schmerzzuständen zu verstehen.

A.d Der rheumatologische Sachverständige berichtete, die Versicherte habe angegeben, die Schmerzsymptomatik habe sich seit der letzten Untersuchung vom Juni 2009 um 100% verstärkt. Sie leide unter 24 Std. anhaltenden, generalisierten, multilokulären Schmerzen am gesamten Körper. Trotz mehrfacher Nachfrage habe die Versicherte aber keine Gelenke genannt, die spezifisch deutlich stärker schmerzhaft wären. Anamnestisch sei festzustellen gewesen, dass alle schmerztherapeutischen Massnahmen das multilokuläre Beschwerdebild zu keinem Zeitpunkt relevant positiv hätten beeinflussen können. Bei der Anamneseerhebung habe die Beschwerdeführerin ruhig und ohne spezifische Schmerzartikulation sitzen können. Die HWS-Rotation sei ohne Schmerzartikulation in allen Ebenen spontan problemlos möglich gewesen. Das An- und Ausziehen sei rasch und völlig schmerzfrei erfolgt. Die Versicherte habe mit ihren Armen den Verlauf der Schmerzsymptomatik an den unteren Extremitäten ohne Schmerzartikulation und bei weitgehend normaler Bewegungsfähigkeit der Wirbelsäule und der Schultergelenke demonstrieren können. Im Stehen habe ein Finger-Boden-Abstand von 30-40 cm erzielt werden können. In der liegenden Untersuchungsposition habe die Versicherte demgegenüber rasch den Langsitz einnehmen können. Dabei habe sie einen Abstand zwischen den Fingerspitzen und den Fusssohlen von 5 cm erreicht. Diese klinischen Befunde und die MRT-Untersuchung der LWS vom 11. April 2008 sprächen eindeutig gegen eine akute strukturelle Pathologie im Bereich der LWS.



Die Untersuchung der BWS und der HWS habe keine relevanten Bewegungseinschränkungen ergeben. Der Schultergelenkstatus habe bds. gut durchzuführende Schultergriffe ergeben. Die weiteren peripheren Gelenke an den oberen Extremitäten seien unauffällig frei beweglich gewesen (keine Hinweise auf Synovitiden oder Tenosynovitiden). Das rechte Knie habe eine Flexion von 135° zugelassen, das operierte linke Knie eine solche von 100°. An beiden Kniegelenken sei weder ein Erguss noch eine Überwärmung festzustellen gewesen. Im Bereich der OSG und der USG habe keine relevante Bewegungseinschränkung bestanden. Die Tenderpoints für eine Fibromyalgie seien allesamt sehr schmerzhaft gewesen, allerdings schon bei nur minimalstem Palpationsdruck, so dass sie nicht eindeutig als positiv gewertet werden könnten. Gleichzeitig hätten auch die ansonsten schmerzfreien Kontrollpunkte bei minimalstem Palpationsdruck eine identische Schmerzempfindung gezeigt, so dass nicht von einer eigentlichen Fibromyalgie, sondern nur von einem chronischen multilokulären Schmerzsyndrom ungeklärter Ätiologie ausgegangen werden könne. Trotz der somatisch objektivierbaren Befunde (relevante Wirbelsäulenfehlhaltung und -fehlform, deutliche allgemeine muskuläre Dekonditionierung bei massiver Adipositas, Gonarthrose am Kniegelenk rechts und im Bereich des Talonavikulargelenks rechts, St. n. Knie-TP links) sei weder die diffuse Schmerzsymptomatik noch deren Intensivierung um 100% seit der letzten Untersuchung nachvollziehbar. Diese Angaben sowie die deutlich diskrepanten Befunde bei der Untersuchung liessen nur den Schluss zu, dass eine wesentliche und wegweisende psychosoziale Überlagerung bestehe. Aus rein rheumatologischer Sicht sei der Versicherten eine körperlich leichte, wechselbelastende Erwerbstätigkeit (vorzugsweise sitzend, ohne repetitive Überkopfarbeiten, ohne Treppensteigen oder Gehen auf unebenem Boden) zu 75% zumutbar. Da aus psychiatrischer Sicht keine Arbeitsunfähigkeit bestand, ergab auch die multidisziplinäre Konsensbesprechung einen Arbeitsfähigkeitsgrad von 75%.

A.e Die IV-Stelle verglich ein anhand des Lohns am letzten Arbeitsplatz ermitteltes Valideneinkommen von Fr. 39'520.-- mit einem zumutbaren Invalideneinkommen (ermittelt anhand des schweizerischen Durchschnittslohns aller Hilfsarbeiterinnen) von Fr. 31'127.-- und ermittelte so einen Invaliditätsgrad von 21,25% (IV-act. 47-2). Mit einem Vorbescheid vom 15. April 2010 kündigte sie der Versicherten die Abweisung des Rentenbegehrens an (IV-act. 49). Die Versicherte liess am 21. Mai 2010 einwenden



(IV-act. 53), ihre psychische Situation sei zuwenig berücksichtigt worden. Sie leide an einer somatoformen Schmerzstörung und diese schränke die Arbeitsfähigkeit gemäss den Angaben von Dr. C.\_\_\_\_ um mindestens 50%, eher sogar um 70% ein. Die somatoforme Schmerzstörung könne durch die schwere Kindheit begründet werden, denn diese werde erst jetzt verarbeitet. Dr. D.\_\_\_\_ habe am 5. Mai 2010 angegeben, aus somatischer Sicht bestehe eine Arbeitsfähigkeit von höchstens 30%. Bemängelt werde zudem, dass keine arbeitsspezifische Abklärung erfolgt sei und dass die psychiatrische Untersuchung im Hinblick auf die somatoforme Schmerzstörung unterblieben sei. Am 28. Mai 2010 liess die Versicherte einen Bericht von Dr. C.\_\_\_\_ vom 26. Mai 2010 einreichen. Laut diesem Bericht (IV-act. 54-2) waren die folgenden Diagnosen erhoben worden: Mittelgradige depressive Episode mit somatischem Syndrom, metabolisches Syndrom, V. a. somatoforme Schmerzstörung. Die depressive Störung schränkte die Arbeitsfähigkeit nach der Auffassung von Dr. C.\_\_\_\_ um 50-70% ein. Am 15. Juni 2010 liess die Versicherte der IV-Stelle einen Bericht über ein aktuelles MRT der HWS zukommen. Ihr Rechtsvertreter machte geltend, ein erheblicher Teil der Schmerzsymptomatik sei auf eine Osteochondrose und Spondylose mit breitbasiger medio-bilateraler Protrusion und beginnender Impression des Myelons und leichtgradiger, sekundärer Einengung des Spinalkanals sowie weitere Diagnosen zurückzuführen. Dr. G.\_\_\_\_ vom RAD hielt dazu am 23. November 2010 fest (IV-act. 58), die vom Rechtsvertreter der Versicherten geschilderte psychiatrische Anamnese finde sich vollständig im Gutachten der ABI GmbH und sei dort umfassend gewürdigt worden. Der MRT-Befund der HWS ergebe keine Myelopathien im Bereich HWK 5/6. Der Hausarzt habe denn auch keine klinisch-neurologische radikuläre Ausfallsymptomatik angegeben. Zusammenfassend lägen keine neuen Diagnosen oder Befunde vor, welche die Arbeitsfähigkeit der Versicherten beeinflussen würden. Mit einer Verfügung vom 29. November 2010 wies die IV-Stelle das Rentenbegehren der Versicherten ab (IV-act. 59).

B.

B.a Die Versicherte liess am 18. Januar 2011 Beschwerde erheben und die Zusprache einer angemessenen Invalidenrente beantragen; eventualiter sei die Angelegenheit zur Vornahme weiterer Abklärungen an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. Zur Begründung führte ihr Rechtsvertreter insbesondere aus, die Einschätzung durch den



psychiatrischen Gutachter der ABI GmbH befasse sich einzig mit der Einschätzung von Dr. C.\_\_\_\_ vom 28. Mai 2008 und sei deshalb in Missachtung des Verlaufs der Krankheit, wie er in den späteren Berichten dieser Ärztin dargelegt worden sei, erfolgt. Der Gutachter habe sich nicht mit den Ärzten der Beschwerdeführerin auseinandergesetzt. Er sei vereinfachend davon ausgegangen, dass die psychiatrische Problematik einzig von den Kniebeschwerden herkomme. Die Behauptung des Gutachters, die Beschwerdeführerin unternehme regelmässig Spaziergänge, sei falsch. Der starke Rückzug in die eigene kleine Wohnung stelle einen wichtigen Teil der psychiatrischen Diagnose dar, da er die chronifizierte Depressivität belege. Gesamthaft betrachtet scheine sich der psychiatrische Gutachter nur ein sehr oberflächliches Bild von der Beschwerdeführerin gemacht zu haben. Es sei zu vermuten, dass er die im Gutachten aufgelisteten medizinischen Akten gar nicht gelesen habe. Er habe sich auch nicht mit den Vormeinungen auseinandergesetzt. Die Beschwerdeführerin sei bereit, sich einer erneuten psychiatrischen Begutachtung zu unterziehen. Allerdings dürfte dies nicht nötig sein, da die Berichte von Dr. C.\_\_\_\_ und derjenige der Klinik Valens eine deutliche Sprache sprächen: Die Beschwerdeführerin leide an einer depressiven Erkrankung, die seit Jahren die Arbeitsfähigkeit um mindestens 70% einschränke. Der Verdacht sei nicht von der Hand zu weisen, dass die Beschwerdegegnerin bewusst die versicherungsfreundliche ABI GmbH mit der Begutachtung beauftragt habe, weil der RAD am 24. April 2009 noch die Auffassung vertreten habe, dass eine Arbeitsunfähigkeit von 70% bestehe.

B.b Die Beschwerdegegnerin beantragte am 10. März 2011 die Abweisung der Beschwerde (act. G 4). Sie führte zur Begründung aus, im Bericht vom 3. Mai 2010 über ein MRT der HWS fänden sich keine Erkenntnisse, die Zweifel am Abklärungsergebnis der ABI GmbH wecken würden. Es bestehe kein Zweifel daran, dass der begutachtende Psychiater über die medizinischen Vorakten im Bild gewesen sei. Er habe sich mit den Befunden von Dr. C.\_\_\_\_ auseinandergesetzt. Das Valideneinkommen betrage Fr. 48'812.--. Bei der Frage nach einem allfälligen Tabellenlohnabzug sei zu berücksichtigen, dass die Voraussetzungen der Parallelisierung und des Tabellenlohnabzugs in einem gegenseitigen Abhängigkeitsverhältnis stünden. Es sei nicht möglich, dass ein und dieselben einkommensbeeinflussenden Faktoren sowohl einen Parallelisierungszuschlag/-abzug als auch einen Tabellenlohnabzug zu begründen vermöchten. Demnach lasse sich



vorliegend kein Tabellenlohnabzug begründen. Das zumutbare Invalideneinkommen belaufe sich auf Fr. 38'526.--. Die Erwerbseinbusse von Fr. 10'276.-- entspreche einem Invaliditätsgrad von 21%.

B.c Der Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin wandte am 23. März 2011 ein (act. G 7), die Handnotizen des begutachtenden Psychiaters seien beizuziehen, da seine - dezidiert bestrittene - Behauptung, die Beschwerdeführerin unternehme regelmässig Spaziergänge, ein relevanter Bestandteil der Diagnose sei. Die ABI GmbH habe wesentliche Diagnosen anderer Fachärzte und Gutachter ausser Acht gelassen (z.B. Schulterproblematik gemäss Gutachter Dr. F.\_\_\_\_, Diskushernie C 5/6 mit Myelonimpression und chronische Diarrhoe). Zudem sei nicht nachvollziehbar, weshalb die Adipositas per magna keine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit habe sollte. Dr. med. H.\_\_\_\_, Facharzt für Neurochirurgie FMH, habe osteochondrotische Veränderungen bei C 5/6 mit paradoxer Kyphosierung und Bandscheibenprotrusion bis -vorfall festgestellt, der das Myelon etwas eindelle. Dass keine Myelopathie vorliege, ändere nichts daran, dass diese somatische Problematik bei der Begutachtung nicht berücksichtigt worden sei. Dass die Gutachter der ABI GmbH bei Kenntnis dieser Problematik keine höhere Arbeitsunfähigkeit angegeben hätten, sei eine reine Spekulation seitens der Beschwerdegegnerin. Die psychiatrische Begutachtung werde in Frage gestellt, weil sich dem entsprechenden Teilgutachten entnehmen lasse, dass nicht sämtliche massgebenden Vorakten beachtet worden seien. Faktoren wie die eingeschränkte Beweglichkeit, die Konzentrationsschwierigkeiten und die chronische Diarrhoe (20x Toilette pro Tag) wirkten sich auf den Lohn in einer Verweistätigkeit aus.

B.d Die Beschwerdegegnerin verzichtete am 31. März 2011 auf eine Duplik (act. G 9).

B.e Am 6. März 2012 reichte der Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin einen Bericht über ein MRT der rechten Schulter vom 22. Februar 2012 ein. Laut diesem Bericht lagen ein vollständiger Durchriss der Supraspinatussehne ventral sowie eine Partialruptur der Subscapularissehne mit vermutlich begleitender Pulley-Läsion und eine Tendinose der langen Bizepssehne vor.

Erwägungen:

1.



Anspruch auf eine Invalidenrente hat, wer nicht (weiter) eingegliedert werden kann (Art. 28 Abs. 1 lit. a IVG), während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40% arbeitsunfähig gewesen ist (Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG) und nach Ablauf dieses Jahres mindestens 40% invalid ist (Art. 28 Abs. 1 lit. c IVG). Die Bemessung des Invaliditätsgrads erfolgt bei Personen, die als Erwerbstätige zu qualifizieren sind, durch einen Einkommensvergleich (Art. 28a Abs. 1 IVG). Gemäss Art. 16 ATSG ist das Einkommen, das die versicherte Person nach dem Eintritt der Invalidität und nach der Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (Invalideneinkommen), in Beziehung zu setzen zum Erwerbseinkommen, das die versicherte Person erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Valideneinkommen).

1.1 Die Beschwerdeführerin ist ab 2000 als Produktionsmitarbeiterin an Stanzmaschinen tätig gewesen. Das Arbeitsverhältnis ist als Folge der krankheitsbedingten Arbeitsunfähigkeit aufgelöst worden. Trotzdem handelt es sich bei diesem Arbeitsverhältnis nicht um die das Valideneinkommen bestimmende Berufskarriere, denn die Beschwerdeführerin ist weit unterdurchschnittlich entlohnt worden. Hätte sie vor dem Eintritt der Arbeitsunfähigkeit die Möglichkeit gehabt, bei grundsätzlich unveränderten Begleitumständen (z.B. die Länge des Arbeitswegs) eine Stelle als Hilfsarbeiterin anzunehmen, an der sie durchschnittlich entlohnt worden wäre, hätte sie keine Veranlassung gehabt, diesen Wechsel zu unterlassen und weiterhin am bisherigen Arbeitsplatz zu einem unterdurchschnittlichen Lohn zu arbeiten. Die gegen eine Invalidität versicherte erwerbliche Leistungsfähigkeit der Beschwerdeführerin ist deshalb eine durchschnittlich entlohnte Hilfsarbeit in irgendeiner Branche. Das bedeutet, dass sich das Valideneinkommen nicht nach dem am letzten Arbeitsplatz erzielbaren Lohn, sondern nach dem Durchschnittseinkommen der Hilfsarbeiterinnen aller Branchen richten muss. Es ist also dasselbe Einkommen, von dem auch zur Ermittlung des zumutbaren Invalideneinkommens auszugehen sein wird. Die Beschwerdeführerin ist an ihrem letzten Arbeitsplatz ab Mai 2007 arbeitsunfähig gewesen. Es steht also ein Rentenanspruch ab 2008 (Erfüllung des Wartejahrs) zur Diskussion. Das bedeutet, dass der Einkommensvergleich auf der Grundlage der Einkommen des Jahres 2008 zu erfolgen hat. Das Durchschnittseinkommen der Hilfsarbeiterinnen hat sich in diesem Jahr auf Fr. 51'368.-- belaufen (vgl. Anhang 2 zu



der von der Informationsstelle AHV/IV herausgegebenen Textausgabe des IVG). Dieser Betrag ist als Valideneinkommen in den Einkommensvergleich einzusetzen.

### 1.2

1.2.1 Die Beschwerdegegnerin hat der Bemessung des zumutbaren Invalideneinkommens einen Arbeitsfähigkeitsgrad der Beschwerdeführerin von 75% zugrundegelegt. Sie hat sich dabei auf das Ergebnis der polydisziplinären Begutachtung durch die ABI GmbH gestützt. Die dort ermittelte Arbeitsunfähigkeit von 25% ist nur auf körperliche Beeinträchtigungen zurückgeführt worden. Der rheumatologische Gutachter hat zwar - ebensowenig wie Dr. F.\_\_\_\_ vor ihm - angegeben, worin die direkte Ursache dieser Arbeitsunfähigkeit besteht, aber die Qualität der Diagnosen, welche die Schultern, den Rücken und die unteren Extremitäten betreffen, lassen den Schluss zu, dass die Arbeitsunfähigkeit in einer diesen Behinderungen Rechnung tragenden Erwerbstätigkeit auf einen erhöhten Pausenbedarf und/oder auf eine Verlangsamung, generell also auf eine Reduktion der Arbeitsleistung pro Arbeitstag zurückzuführen ist. Die Beschwerdeführerin ist mit dieser Arbeitsfähigkeitsschätzung nicht einverstanden gewesen. Sie hat dies sinngemäss damit begründet, dass die durch die Schulterproblematik, die Diskushernie C 5/6 und die chronische Diarrhoe bewirkten Einschränkungen keine Berücksichtigung gefunden hätten. Dr. F.\_\_\_\_ hat den Schulterbeschwerden in seinem Gutachten Rechnung getragen, indem er das regelmässige Heben und Tragen von Gegenständen über 5 kg als unzumutbar bezeichnet hat. Beinhaltet eine Erwerbstätigkeit keine derartigen Verrichtungen, ist die Beschwerdeführerin seiner Meinung nach also durch die Schulterbeschwerden allein nicht in ihrer Arbeitsfähigkeit eingeschränkt. Dr. F.\_\_\_\_ hat sich auf bildgebende Verfahren und auf eine eingehende klinische Untersuchung gestützt. Die klinische Untersuchung hat gemäss den Ausführungen im Gutachten von Dr. F.\_\_\_\_ keine Einschränkungen aufgezeigt, die in einer entsprechend angepassten Arbeitstätigkeit eine Arbeitsunfähigkeit zur Folge hätten. Das Ergebnis der klinischen Untersuchung hat sich mit dem Ergebnis der bildgebenden Untersuchung der oberen Extremitäten gedeckt. Auch der rheumatologische Gutachter der ABI GmbH hat sich auf die bildgebenden Verfahren und auf das Ergebnis seiner eigenen klinischen Untersuchung der Beschwerdeführerin gestützt. Das Ergebnis seiner Abklärungen hat sich weitgehend mit den Erkenntnissen von Dr. F.\_\_\_\_ gedeckt. Entgegen der



Behauptung der Beschwerdeführerin sind die Beschwerden an den oberen Extremitäten, insbesondere an den Schultern, lege artis abgeklärt und beurteilt worden. Das MRT der rechten Schulter vom 22. Februar 2012 zeigt zwar eine gegenüber den Dr. F.\_\_\_\_ und dem rheumatologischen Gutachter der ABI GmbH vorliegenden Bildern verschlechterte Situation auf, die durchaus vermuten lässt, dass sich die Beeinträchtigung der rechten Schulter spürbar verstärkt haben könnte. Diese Verschlechterung muss aber nach den Abklärungen durch Dr. F.\_\_\_\_ und durch den rheumatologischen Gutachter der ABI GmbH eingetreten sein, denn aufgrund der jeweiligen Ergebnisse der klinischen Untersuchungen hatten diese beiden Gutachter offensichtlich keine Veranlassung anzunehmen, dass sich die Situation in der rechten Schulter gegenüber der letzten bildgebenden Untersuchung verschlechtert hätte. Es bestand deshalb keine Veranlassung, neue Bilder anzufertigen. Selbst wenn der rheumatologische Gutachter der ABI GmbH ein neues Bild der rechten Schulter hätte anfertigen lassen, wäre darauf wohl noch keine relevante Verschlechterung zu erkennen gewesen, denn die am 22. Februar 2012 dokumentierte Verschlechterung muss erheblich später, nach dem Erlass der angefochtenen Verfügung, eingetreten sein, hätte doch der behandelnde Arzt diese MRT-Untersuchung früher in Auftrag gegeben, wenn die Beschwerdeführerin über stärkere Schmerzen in der rechten Schulter geklagt hätte. Dr. H.\_\_\_\_ hat noch im Dezember 2010 angegeben, dass die Beschwerdeführerin an einer Krücke gehe, die sie mit der rechten Schulter führe. Das hätte sie wohl kaum getan, wenn die Verschlechterung bereits vorhanden gewesen wäre und verstärkt Schmerzen ausgelöst hätte. Die Entwicklung in der rechten Schulter kann aber immerhin Anlass dafür sein, sich erneut zum Bezug einer Invalidenrente anzumelden. Die Beschwerdeführerin ist vom rheumatologischen Sachverständigen der ABI GmbH gründlich und kompetent untersucht worden. Dabei hat sich keine relevante Beeinträchtigung ergeben, die geeignet gewesen wäre, die Arbeitsfähigkeit zu beeinträchtigen. Demnach ist der medizinische Sachverhalt auch in Bezug auf die Situation an der HWS mit dem erforderlichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erstellt: Es besteht keine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit. Die Adipositas ist zwar sehr ausgeprägt, aber in einer angepassten Erwerbstätigkeit stellt sie kein Hindernis dar, d.h. sie vermag keine Arbeitsunfähigkeit zu bewirken. Dasselbe gilt für die chronische Diarrhoe. So erscheint es als unwahrscheinlich, dass die Beschwerdeführerin über einen längeren Zeitraum hinweg bis zu zwanzigmal pro Tag



die Toilette hat aufsuchen müssen. Die Möglichkeit, im Umfang von einem Viertel der täglichen Arbeitszeit beliebig Pausen einzuschalten, erlaubt es der Beschwerdeführerin, überdurchschnittlich oft die Toilette aufzusuchen. Auch in Bezug auf die Adipositas und die Diarrhoe gilt also, dass nichts auf eine unzureichende Abklärung und/oder auf eine ungenügende Berücksichtigung bei der Arbeitsfähigkeitsschätzung hindeutet. Der rheumatologische Gutachter hat als Ergebnis seiner Abklärung festgehalten, dass trotz der somatisch objektivierbaren Befunde (Wirbelsäulenfehlform und -fehlhaltung, allgemeine muskuläre Dekonditionierung bei massiver Adipositas, Gonarthrose am Kniegelenk rechts und am Talonavikulargelenk rechts, St. n. Knie-TP links) nur der Schluss gezogen werden könne, dass eine wesentliche und wegweisende psychosoziale Überlagerung der gesamten Schmerzsymptomatik vorliege. Auch die Beeinträchtigungen an den unteren Extremitäten haben also nachweislich keine Arbeitsunfähigkeit in einer adaptierten Erwerbstätigkeit zur Folge. In Bezug auf die somatische Seite der Gesundheitsbeeinträchtigung erweist sich die Arbeitsfähigkeitsschätzung somit als überwiegend wahrscheinlich richtig.

1.2.2 Dem psychiatrischen Sachverständigen der ABI GmbH hat der Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin vorgeworfen, er habe die im Gutachten aufgelisteten medizinischen Vorakten nicht oder nur bruchstückhaft gekannt. Er hat diesen Vorwurf damit begründet, dass der psychiatrische Gutachter nur auf den Bericht von Dr. C.\_\_\_\_ vom 28. Mai 2008 und nicht auch auf deren Berichte vom 27. Oktober 2008 und vom 20. Januar 2009 verwiesen habe. Diese Begründung ist nicht stichhaltig, denn der Bericht vom 28. Mai 2008 ist im Rahmen der Stellungnahme zu früheren ärztlichen Einschätzungen angeführt worden. Dr. C.\_\_\_\_ hat ihre Einschätzung des Gesundheitszustands der Beschwerdeführerin nach diesem Datum nicht mehr geändert. Deshalb ist es ohne weiteres nachvollziehbar, dass der psychiatrische Gutachter nur den ersten Bericht erwähnt hat, um die abweichende Meinung von Dr. C.\_\_\_\_ wiederzugeben. Daraus kann offensichtlich nicht abgeleitet werden, dass der psychiatrische Gutachter die medizinischen Vorakten nicht gewürdigt habe. Ebenso unbegründet ist der sinngemäss erhobene Vorwurf, der psychiatrische Gutachter habe angegeben, die Beschwerdeführerin gehe spazieren, obwohl sie nichts dergleichen gesagt habe. Hätte die Beschwerdeführerin dies nicht erwähnt, wäre es im Gutachten auch nicht wiedergegeben worden. Es besteht keine Veranlassung, irgendwelche Handnotizen des psychiatrischen Gutachters beizuziehen, denn dem Spaziergehen



kommt keineswegs die vom Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin vermutete Relevanz für die Arbeitsfähigkeitsschätzung zu. Massgebend für die Diagnose und damit auch für die Arbeitsfähigkeitsschätzung ist nämlich das durch die medizinischen Vorakten und die Exploration gewonnene Gesamtbild (und nicht nur ein Detail wie das Spazierengehen) gewesen. Die Angaben des psychiatrischen Gutachters zum Ergebnis seiner Exploration der Beschwerdeführerin weichen so stark von den Einschätzungen der behandelnden Psychiaterin Dr. C.\_\_\_\_ und der Klinik Valens ab, dass beinahe der Eindruck entsteht, es seien zwei verschiedene Personen untersucht worden. Die Ursache dieser Abweichung kann nicht in einer starken Verbesserung des psychischen Gesundheitszustands unmittelbar vor der Begutachtung liegen, denn Dr. C.\_\_\_\_ hat nämlich am 25. Mai 2010, also nach der Begutachtung, erneut die Diagnose einer mittelgradigen depressiven Episode mit somatischem Syndrom angegeben und die Arbeitsunfähigkeit mit 50-70% beziffert. Sie hat ausserdem bereits zu einem früheren Zeitpunkt darauf hingewiesen, dass der erhoffte therapeutische Erfolg nur in einem sehr geringen Mass eingetreten sei. Die grosse Differenz in der Einschätzung der Schwere der psychischen Gesundheitsbeeinträchtigung lässt sich nur damit erklären, dass die mit der Behandlung der Beschwerdeführerin betrauten Ärzte die Selbstangaben der Beschwerdeführerin unkritisch übernommen, d.h. als objektive Darstellung der Realität qualifiziert und ihre Diagnose und ihre Arbeitsfähigkeitsschätzung darauf abgestützt haben. Die Ausführungen im psychiatrischen Teilgutachten belegen, dass die Beschwerdeführerin ihre gesundheitliche Situation in körperlicher und indirekt auch in psychischer Hinsicht als stark beeinträchtigt wahrgenommen und entsprechend geschildert hat. Hätte der psychiatrische Gutachter diese Schilderung für bare Münze genommen, wären seine Diagnosestellung und damit auch seine Arbeitsfähigkeitsschätzung wohl denjenigen der behandelnden Ärzte sehr ähnlich gewesen. Da er seine Exploration aber auf die erfahrungsgemäss zu erwartende Diskrepanz zwischen dem geschilderten und dem effektiven Zustand ausgerichtet hat, ist ihm nicht entgangen, dass das während der Untersuchung gezeigte Verhalten stark von der Selbsteinschätzung der Beschwerdeführerin abgewichen ist. Die Exploration hat keine Anzeichen für eine Beeinträchtigung von Wahrnehmung, Auffassung und Gedächtnis geliefert, die komplexen Ich-Funktionen sind intakt gewesen, die Beschwerdeführerin hat ihre Konzentration und ihre Aufmerksamkeit über die gesamte Untersuchungsdauer hinweg



aufrechterhalten können, ohne dass nennenswerte Ermüdungszeichen aufgetreten wären. Eine an einer mittelgradigen depressiven Episode oder einer ähnlich schweren anderen psychischen Krankheit leidende Person wäre dazu nicht fähig gewesen. Im Verlauf der Exploration wären notwendigerweise entsprechende Symptome aufgetreten. Entgegen der Auffassung der Beschwerdeführerin lässt sich dieses klare Resultat der psychiatrischen Exploration nicht mit den abweichenden Einschätzungen der behandelnden Ärzte widerlegen. Die Ursache der psychischen Problematik ist vom Gutachter entgegen der Behauptung des Rechtsvertreters der Beschwerdeführerin nicht ausschliesslich in den Kniebeschwerden erblickt worden. Vielmehr ist das durch die Symptomausweitung verstärkte Empfinden von Schmerzen in mehreren Körperregionen als möglicher Anlass für die Reizbarkeit, Lustlosigkeit und depressive Verstimmtheit angegeben worden. Die Selbsteinschätzung der Beschwerdeführerin dürfte zu einem erheblichen Teil auf einen sekundären Krankheitsgewinn zurückzuführen sein. Der als krankheitsbedingt geschilderte Rückzug in die kleine Wohnung dürfte eher eine rein soziale Ursache haben, denn die Beschwerdeführerin ist nicht integriert, weder in die Gesellschaft insgesamt noch in jenen Teil der Gesellschaft, der sich aus dem aus ihrem Herkunftsland stammenden Personen zusammensetzt. Hätte der Rückzug seine Ursache in einer psychischen Krankheit, gäbe es kein funktionierendes Verhältnis zu den Kindern (und den Enkeln). Dass sich der psychiatrische Gutachter nicht explizit auch mit der abweichenden Auffassung der Klinik Valens auseinandergesetzt hat, ist kein Mangel der Abklärung, da sich die Auffassung der Klinik Valens mit derjenigen von Dr. C.\_\_\_\_ gedeckt hat und deshalb nicht explizit angeführt werden müssen. Zusammenfassend ist festzustellen, dass die Kritik an der psychiatrischen Begutachtung durch die ABI GmbH nicht stichhaltig ist. Es steht deshalb mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit fest, dass der psychische Zustand der Beschwerdeführerin keine Arbeitsunfähigkeit auslöst. Der generelle Vorwurf der Befangenheit der Sachverständigen der ABI GmbH entbehrt jeder Grundlage. Der Bemessung des zumutbaren Invalideneinkommens ist deshalb ein Arbeitsfähigkeitsgrad von 75% zugrunde zu legen.

1.3 Die Beschwerdeführerin könnte ihre Arbeitsfähigkeit von 75% in einer adaptierten Hilfsarbeit in praktisch jeder Branche verwerten, da überall entsprechende Arbeitsplätze zur Verfügung stehen. Sie weist weder eine berufliche Ausbildung noch eine besondere Fertigkeit auf, die es nahelegen würde, die Restarbeitsfähigkeit in einer



bestimmten Branche zu verwerfen. Auch das zumutbare Invalideneinkommen ist deshalb ausgehend vom Durchschnittseinkommen von Fr. 51'368.-- zu ermitteln. Bei einem Arbeitsfähigkeits- bzw. Beschäftigungsgrad von 75% resultiert ein Durchschnittseinkommen von Fr. 38'526.--. Für einen potentiellen Arbeitgeber weist die Beschwerdeführerin verschiedene Nachteile gegenüber gesunden Hilfsarbeiterinnen mit identischem Beschäftigungsgrad auf. Diese Nachteile müssen durch einen Minderlohn kompensiert werden, damit die Beschwerdeführerin gleiche Chancen auf eine Anstellung hat wie die gesunden Hilfsarbeiterinnen. Sie bestehen etwa in der Befürchtung des potentiellen Arbeitgebers, die Beschwerdeführerin wäre überdurchschnittlich oft krank, in der Notwendigkeit besonderer Rücksichtnahme (mehr und betriebsunübliche Pausen), in der Unfähigkeit, Überstunden zu leisten bzw. zu mehr als 75% zu arbeiten, in der fehlenden Flexibilität in Bezug auf die Anforderungen an den adaptierten Arbeitsplatz usw. Dabei handelt es sich um Nachteile durchschnittlichen Ausmasses, die praxismässig einen Tabellenlohnabzug von 10% rechtfertigen. Das zumutbare Invalideneinkommen beträgt somit Fr. 34'673.--. Die behinderungsbedingte Erwerbseinbusse von Fr. 16'695.-- entspricht einem Invaliditätsgrad von (aufgerundet) 33%. Die Beschwerdegegnerin hat somit im Ergebnis zu Recht einen Rentenanspruch der Beschwerdeführerin verneint.

2.

Demnach ist die Beschwerde abzuweisen. Die unterliegende Beschwerdeführerin hat keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung, so dass auch der entsprechende Antrag abzuweisen ist. Das Beschwerdeverfahren in IV-Sachen ist kostenpflichtig; die unterliegende Beschwerdeführerin hat für diese Kosten aufzukommen. Da der Verfahrensaufwand als durchschnittlich zu werten ist, erscheint praxismässig eine Gerichtsgebühr von Fr. 600.-- als angemessen. Diese Gebühr ist durch den von der Beschwerdeführerin in gleicher Höhe geleisteten Kostenvorschuss gedeckt.

Demgemäss hat das Versicherungsgericht

im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP

entschieden:



1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Die Beschwerdeführerin hat eine Gerichtsgebühr von Fr. 600.-- zu bezahlen; diese Gebühr ist durch den in gleicher Höhe geleisteten Kostenvorschuss gedeckt.