



**Fall-Nr.:** IV 2013/60  
**Stelle:** Versicherungsgericht  
**Rubrik:** IV - Invalidenversicherung  
**Publikationsdatum:** 14.05.2020  
**Entscheiddatum:** 11.06.2015

### **Entscheid Versicherungsgericht, 11.06.2015**

**Art. 28 IVG. Rentenanspruch. Würdigung Gutachten. Rückweisung zur Verlaufsbeurteilung und zu neuer Verfügung wegen gesundheitlicher Verschlechterung. Für die Zeit vor der Verschlechterung wird die Beschwerde abgewiesen (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 11. Juni 2015, IV 2013/60).**

Entscheid Versicherungsgericht, 11.06.2015

Versicherungsrichterin Marie Löhler (Vorsitz), Versicherungsrichterinnen Lisbeth Mattle Frei und Marie-Theres Rüegg Haltinner; Gerichtsschreiber Philipp Geertsen

#### **Entscheid vom 11. Juni 2015**

in Sachen

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

**Beschwerdeführerin,**

vertreten durch Rechtsanwalt lic. iur. Robert Baumann, Waisenhausstrasse 17,  
Postfach, 9001 St. Gallen,

gegen

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

**Beschwerdegegnerin,**

betreffend



### Rente

#### Sachverhalt:

A.

A.a A.\_\_\_\_ meldete sich am 23. April 2010 wegen generalisierter chronischer Schmerzen und Müdigkeit, zunehmend seit 2008, zum Bezug von IV-Leistungen an (IV-act. 1). Anlässlich des FI-Gesprächs mit dem Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD) vom 3. Mai 2010 gab der behandelnde Dr. med. B.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Innere Medizin, an, die Versicherte leide an einem chronischen Erschöpfungszustand mit Müdigkeit, Schlafstörungen, generalisierten Schmerzen und Dekonditionierung, einem Zervikalsyndrom bei degenerativen HWS-Veränderungen, einer Fingerpolyarthrose und einem Spreizfuss beidseits mit Hallux valgus. Eine leidensangepasste Tätigkeit könne der Versicherten mit einem Pensum von 50% zugemutet werden (Protokoll vom 4./5. Mai 2010, IV-act. 6; vgl. auch den Bericht von Dr. B.\_\_\_\_ vom 8. Oktober 2010 [Datum Posteingang IV-Stelle], IV-act. 48). Am 30. August 2010 teilte die IV-Stelle der Versicherten mit, eine Arbeitsvermittlung sei zurzeit nicht möglich, da sie sich nicht in der Lage fühle zu arbeiten (IV-act. 37).

A.b Dr. med. C.\_\_\_\_, Innere Medizin und Rheumatologie FMH, der die Versicherte vom 20. Juli bis 10. Dezember 2010 ambulant behandelt hatte, führte im Bericht vom 23. Dezember 2010 als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine Fibromyalgie sowie ein chronisches Panvertebralsyndrom mit spondylogenen Ausstrahlungen in die Extremitäten auf (IV-act. 51-3 ff.). Er reichte weitere medizinische Berichte ein (Bericht der Klinik für Neurologie des Kantonsspitals St.Gallen [KSSG] vom 13. Dezember 2010, worin ausgeführt wurde, es hätten sich keine Hinweise für ein neurologisches Grundleiden finden lassen, IV-act. 51-7 ff.; konsiliarischer Untersuchungsbericht von Dr. C.\_\_\_\_ vom 20. Juli 2010, IV-act. 51-10 ff.).

A.c Im Auftrag der IV-Stelle wurde die Versicherte am 19. April 2011 internistisch/rheumatologisch durch Dr. med. D.\_\_\_\_, Spezialarzt FMH für Innere Medizin, speziell Rheumaerkrankungen, und psychiatrisch durch Dr. med. E.\_\_\_\_, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, begutachtet. Im Gesamtgutachten vom 14. Mai 2011 hielten die



Gutachter fest, die Versicherte leide mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit an einer Anpassungsstörung, Angst und depressive Reaktion gemischt (ICD-10: F43.22) DD: anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10: F45.4), bei Verdacht auf Fibromyalgie bei generalisiertem Schmerzsyndrom (ICD-10: M79.0), an einem chronischen Panvertebralsyndrom mit spondylogenen Ausstrahlungen in die Extremitäten, bei radiologisch und klinisch unauffälligen, altersentsprechenden Fingergelenken, an leichten Spreizfüssen und angedeutetem leichtem Hallux valgus nicht rigid beidseits. Für die angestammte Reinigungstätigkeit bestehe aus somatischer Sicht seit 20. Mai 2010 eine 50%ige und ab 3. Juni 2010 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit. Aus psychiatrischer Sicht bestehe nicht kumulativ zur somatischen Einschränkung eine anhaltende 40%ige Einschränkung. Für eine leidensangepasste Tätigkeit attestierte Dr. D.\_\_\_\_ eine 50%ige Arbeitsfähigkeit und Dr. E.\_\_\_\_ eine ebenfalls nicht kumulative 40%ige Arbeitseinschränkung. Eine den Schmerzen und deren Folgen angepasste Tätigkeit sei nur in einem geschütztem Rahmen möglich (IV-act. 58; zum psychiatrischen Teilgutachten vom 9. Mai 2011 siehe IV-act. 59).

A.d RAD-Ärztin Dr. med. F.\_\_\_\_, Fachärztin für Physikalische Medizin u. Rehabilitation, und RAD-Arzt G.\_\_\_\_, Facharzt für Arbeitsmedizin, hielten zur Klärung des medizinischen Sachverhalts verschiedene Rückfragen an die beiden Gutachter für erforderlich (Stellungnahme vom 30. Mai 2011, IV-act. 61). Hierzu nahmen Dr. E.\_\_\_\_ am 29. Juni 2011 (IV-act. 65) und Dr. D.\_\_\_\_ am 3. Juli 2011 Stellung (IV-act. 66). RAD-Ärztin Dr. F.\_\_\_\_ hielt die Beurteilung der Dres. D.\_\_\_\_ und E.\_\_\_\_ nicht für nachvollziehbar. Im Vordergrund stehe die somatoforme Schmerzstörung. Diesbezüglich sei eine "psychiatrische" Komorbidität von erheblicher Schwere nicht ausgewiesen. Zeichen einer mittelschweren Depression liessen sich nicht nachvollziehen. Auch die übrigen Förster-Kriterien seien "nicht überwiegend ausgewiesen". Dr. D.\_\_\_\_ begründe die Einschätzung, dass nur halbtags eine Arbeitsfähigkeit vorliegen solle, mit dem selbstlimitierenden, vermeidenden Verhalten und der sich entwickelten Dekonditionierung. Bei diesen Faktoren würde es sich nicht um einen langandauernden Gesundheitsschaden handeln. Es sei deshalb eine MEDAS-Begutachtung erforderlich (Stellungnahme vom 31. August 2011, IV-act. 67). Daraufhin beauftragte die IV-Stelle die ABI Aerztliches Begutachtungsinstitut GmbH mit einer polydisziplinären Begutachtung der Versicherten. Diese fand am 21. November 2011 statt. Im polydisziplinären (internistischen, orthopädischen und psychiatrischen)



## St.Galler Gerichte

Gutachten vom 3. Januar 2012 erhoben die Experten der ABI als Diagnose mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit ein chronisches panvertebrales Schmerzsyndrom ohne radikuläre Symptomatik. Ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit bestehe u.a. eine Schmerzverarbeitungsstörung (ICD-10: "F54"). Für körperlich leichte bis höchstens mittelschwere adaptierte Tätigkeiten bestehe eine 100%ige Arbeitsfähigkeit (IV-act. 76). RAD-Ärztin Dr. F.\_\_\_\_ bezeichnete die Beurteilung der ABI-Experten als ausführlich, schlüssig und nachvollziehbar (Stellungnahme vom 15. Februar 2012, IV-act. 79).

A.e Ausgehend von einer 100%igen Arbeitsfähigkeit für leidensangepasste Tätigkeiten stellte die IV-Stelle der Versicherten mit Vorbescheid vom 1. März 2012 in Aussicht, das Rentengesuch abzuweisen (IV-act. 82). Dagegen erhob die Versicherte am 19. April 2012 Einwand (IV-act. 86). Diesen begründete sie ergänzend in der Eingabe vom 23. Mai 2012 (IV-act. 91). Mit dieser reichte sie eine Stellungnahme von Dr. B.\_\_\_\_ zum IV-Vorbescheid und zum ABI-Gutachten vom 25. April 2012, worin dieser einen Verdacht auf eine psychiatrische Begleiterkrankung äusserte (IV-act. 91-9 f.), und eine ärztliche Bestätigung von Dr. med. H.\_\_\_\_, Spezialarzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, vom 7. Mai 2012 ein. Dieser gab an, dass die Versicherte im Zeitraum vom 23. März 1998 bis 24. Februar 1999 an acht Konsultationen teilgenommen habe. Vom 21. Mai bis 20. Juni 2007 sei er von der Versicherten dreimal aufgesucht worden. Seit dem 14. April 2012 sei sie wieder bei ihm in Behandlung. Früher habe die Versicherte ein italienisches Temperament gehabt. Gegenwärtig sei sie ein Schatten von sich selbst (IV-act. 91-11 f.). Mit Schreiben vom 27. Juni 2012 (IV-act. 92) reichte die Versicherte ein psychiatrisches Konsilium von Dr. med. I.\_\_\_\_, Eidg. Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 20. Juni 2012 ein. Dieses beruht auf einer persönlichen Untersuchung der Versicherten vom 7. Mai 2012. Dr. I.\_\_\_\_ berichtete, die Versicherte leide seit ihrem 34. Lebensjahr an einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig schwere Episode, seit Mai 2010 (unter Berücksichtigung der Beurteilung durch den Hausarzt) bestehend. Es gehe dabei um eine Komorbidität von erheblicher Schwere, Ausprägung und Dauer und nicht um eine reaktive Depression auf die Schmerzempfindung. "Die Schmerzempfindung gehört zum somatischen Syndrom, das einer schweren Depression zu subsumieren ist". Seines Erachtens hätten die Vorgutachter den vorliegenden Fall undifferenziert beurteilt. Eine Revision durch eine dritte, unabhängige Stelle sei dringend indiziert (IV-act. 93). In der



Folge holte die IV-Stelle einen Arztbericht bei Dr. H.\_\_\_\_ ein. Dieser gab am 5. September 2012 als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine anhaltende affektive, depressive Störung (ICD-10: F34.8) und eine andauernde Persönlichkeitsänderung bei chronischem Schmerzsyndrom (ICD-10: F62.8) an. Die drei bei ihm stattgefundenen Behandlungsphasen würden zeigen, dass es mit der Versicherten "auf und ab" gegangen sei und "starke affektive Reaktionen auf das Umfeld" stattgefunden hätten. Die derzeitige Störungsphase sei hartnäckig. Es fänden "etwa monatlich" psychotherapeutische Sitzungen und eine leichte symptomatische medikamentöse Behandlung statt. Seit der ABI-Begutachtung habe sich nichts Wesentliches geändert. Zur Beurteilung der Arbeitsfähigkeit für leidensangepasste Tätigkeiten verwies Dr. H.\_\_\_\_ auf das ABI-Gutachten. Die Diskrepanz zwischen den subjektiven Angaben und der objektiven Befunde sei derart, dass die Fragen nach der Restleistungsfähigkeit der Versicherten nicht von einer psychiatrischen Praxis aus beantwortet werden könnten (IV-act. 96).

A.f Die RAD-Ärztinnen Dr. F.\_\_\_\_ und Dr. med. J.\_\_\_\_, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, gelangten in den Stellungnahmen vom 11. und 16. Oktober 2012 zum Schluss, es könne aus rheumatologischer sowie psychiatrischer Sicht an der Einschätzung der ABI festgehalten werden (IV-act. 98). Die IV-Stelle zeigte der Versicherten am 5. November 2012 an, sie werde am im Vorbescheid in Aussicht gestellten Entscheid festhalten (IV-act. 99). Hierzu liess sich die Versicherte mit Schreiben vom 29. November 2012 vernehmen (IV-act. 102). Am 22. Januar 2013 verfügte die Versicherte die Abweisung des Rentengesuchs (IV-act. 103).

B.

B.a Gegen diese Verfügung richtet sich die vorliegende Beschwerde vom 7. Februar 2013. Die Beschwerdeführerin beantragt darin unter Kosten- und Entschädigungsfolge deren Aufhebung. Es sei ihr mit Wirkung ab wann rechtens, allerspätestens ab 1. Mai 2011 und bis auf weiteres, eine ganze Invalidenrente zuzusprechen. Eventualiter sei die Streitsache an die Beschwerdegegnerin zur Vornahme weiterer medizinischer Abklärungen zurückzuweisen. Im Wesentlichen bringt sie vor, das ABI-Gutachten sei nicht beweiskräftig. Stattdessen sei bei der Beurteilung des Rentenanspruchs auf die Einschätzung von Dr. I.\_\_\_\_ abzustellen, der eine vollständige Arbeitsunfähigkeit



## St.Galler Gerichte

bescheinigt habe. Was die somatischen Beeinträchtigungen anbelange, so seien diese durch Dr. D.\_\_\_\_ zutreffend beurteilt wurden. Bei der Bestimmung des Invalideneinkommens rechtfertige sich ein 25%iger Tabellenlohnabzug (act. G 1).

B.b Die Beschwerdegegnerin beantragt in der Beschwerdeantwort vom 18. März 2013 die Abweisung der Beschwerde. Zur Begründung führt sie aus, die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit durch die ABI-Experten sei beweiskräftig. Es rechtfertige sich ein Tabellenlohnabzug von 10% (act. G 4).

B.c In der Replik vom 30. April 2013 hält die Beschwerdeführerin unverändert an der Beschwerde fest (act. G 7). Sie reicht einen Bericht des behandelnden Dr. med. K.\_\_\_\_, Leitender Arzt in der Abteilung Psychosomatik des Departements Innere Medizin des KSSG, vom 30. Januar 2013 ein. Darin berichtet dieser, die Beschwerdeführerin leide unter einer erheblichen, bereits chronifizierten, seit Jahren bestehenden rezidivierenden depressiven Störung. Derzeit bestehe eine mittelschwere bis schwere depressive Episode. Früher, in den 80er-Jahren sei sie in Behandlung seines Vorgängers gestanden. Die Beschwerdeführerin habe angegeben, schon damals an einer depressiven Symptomatik gelitten zu haben (act. G 7.1).

B.d Die Beschwerdegegnerin hat die Frist für eine Duplik unbenützt verstreichen lassen (act. G 9).

B.e Am 13. März 2014 (act. G 10) reicht die Beschwerdeführerin einen weiteren Bericht von Dr. K.\_\_\_\_ vom 7. März 2014 ein, worin dieser eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit bescheinigt (act. G 10.1). Mit Eingabe vom 30. Juni 2014 (act. G 12) legt die Beschwerdeführerin Berichte des behandelnden Dr. med. L.\_\_\_\_, Leitender Arzt in der Klinik für Rheumatologie, Departement Innere Medizin des KSSG, vom 24. April 2014, 4. Juli und 3. Oktober 2013 ins Recht. Dr. L.\_\_\_\_ hält darin die Beschwerdeführerin seit Behandlungsbeginn vom 15. März 2013 für 100% arbeitsunfähig (act. G 12.1).

### **Erwägungen:**

1.

Zwischen den Parteien umstritten und nachfolgend zu prüfen ist der Rentenanspruch der Beschwerdeführerin.



1.1 Nach Art. 28 Abs. 2 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG; SR 831.20) besteht der Anspruch auf eine ganze Invalidenrente, wenn die versicherte Person mindestens zu 70%, derjenige auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens zu 60% invalid ist. Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50% besteht ein Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40% ein Anspruch auf eine Viertelsrente.

1.2 Als Invalidität gilt laut Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) die ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit, es sei denn, eine versicherte Person sei vor dem Eintritt der Gesundheitsbeeinträchtigung nicht erwerbstätig gewesen und es habe ihr auch nicht zugemutet werden können, einer Erwerbstätigkeit nachzugehen. In diesem Fall gilt gemäss Art. 8 Abs. 3 ATSG die Unmöglichkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, als Invalidität. Erwerbsunfähigkeit ist demgegenüber der durch eine Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG). Die Invalidität im Sinn von Art. 8 Abs. 1 ATSG wird durch einen Einkommensvergleich ermittelt (Art. 16 ATSG).

1.3 Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist (BGE 125 V 261 E. 4 mit Hinweisen). Hinsichtlich des Beweiswerts eines ärztlichen Berichts ist entscheidend, ob der Bericht 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 Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der



medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen in der Expertise begründet sind (BGE 125 V 352 E. 3a).

1.4 Im Sozialversicherungsprozess gelten die Grundsätze der Untersuchungspflicht und der freien Beweiswürdigung (Art. 61 lit. c ATSG). Demgemäss hat der Versicherungsträger bzw. im Beschwerdefall das Gericht den rechtserheblichen Sachverhalt von Amtes wegen abzuklären, ohne dabei an die Anträge der Parteien gebunden zu sein. Verwaltungsbehörden und Sozialversicherungsgerichte haben zusätzliche Abklärungen stets vorzunehmen, wenn hierzu aufgrund der Parteivorbringen oder anderer sich aus den Akten ergebender Anhaltspunkte hinreichender Anlass besteht (BGE 110 V 53 E. 4a in fine).

2.

Zunächst ist die Frage zu beantworten, ob der medizinische Sachverhalt rechtsgenügend abgeklärt ist. In den Akten liegen verschiedene, sich teils widersprechende medizinische Beurteilungen, die es nachfolgend zu würdigen gilt.

2.1 Dres. D.\_\_\_\_ und E.\_\_\_\_ diagnostizierten mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit eine Anpassungsstörung, Angst und depressive Reaktion gemischt (ICD-10: F43.22) DD: anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10: F45.4), einen Verdacht auf Fibromyalgie bei generalisiertem Schmerzsyndrom (ICD-10: M79.0), ein chronisches Panvertebralsyndrom mit spondylogenen Ausstrahlungen in die Extremitäten, radiologisch und klinisch unauffällige, altersentsprechende Fingergelenke, leichte Spreizfüsse und einen angedeuteten leichten Hallux valgus nicht rigid beidseits (Gutachten vom 14. Mai 2011). Somatischerseits wurde für leidensangepasste Tätigkeiten eine 50%ige Arbeitsfähigkeit bescheinigt. Aus psychiatrischer Sicht bestehe eine anhaltende 40%ige Arbeitseinschränkung nicht kumulativ zur somatischen Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Eine den Schmerzen und deren Folgen angepasste Tätigkeit sei nur noch in einem geschützten Rahmen möglich (IV-act. 58-17).

2.1.1 Dr. D.\_\_\_\_ begründet die Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit für die angestammte Tätigkeit mit einer Dekonditionierung, der objektivierten, allerdings leicht



bis mittelgradigen degenerativen Veränderungen der HWS, BWS und LWS, negativ beeinflusst durch die doch beträchtliche Adipositas. Welche dieser Gesichtspunkte auch die Arbeitsfähigkeit für leidensangepasste Tätigkeiten beeinträchtigen, legt Dr. D.\_\_\_\_ indessen im Gutachten nicht dar (IV-act. 58-16). Erst auf Nachfrage der Beschwerdegegnerin ergänzte er in der Stellungnahme vom 3. Juli 2011, die bescheinigte quantitative Einschränkung sei aus Gründen der rascheren Ermüdung, der Anfälligkeit für Verspannungen und entsprechenden Schmerzen erfolgt. Die vermehrt einzustreuenden Kurzpausen seien schon bedingt durch das selbstlimitierende, vermeidende Verhalten der Beschwerdeführerin (IV-act. 66). Zweifel weckt an der Beurteilung von Dr. D.\_\_\_\_, dass sich in der Diagnoseliste keine Dekonditionierung findet und die erwähnte Adipositas als Diagnose ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit aufgeführt wird (IV-act. 58-14). Er legt des weiteren nicht schlüssig dar, auf welcher somatischen Grundlage die raschere Ermüdung und die Anfälligkeit für Verspannungen beruhen, und inwiefern diese selbst bei einer leidensangepassten Tätigkeit zu einer 50%igen Einschränkung zu führen vermögen. Die degenerativen Veränderungen an der Wirbelsäule sind gemäss Dr. D.\_\_\_\_ nicht ausgeprägt (IV-act. 58-12; darauf hat bereits Dr. C.\_\_\_\_ hingewiesen, IV-act. 51-13). Hinzu kommt, dass er das selbstlimitierende Verhalten - entgegen der Ausführungen der Beschwerdeführerin (act. G 7, Rz 2.a) - bei der Begründung der Arbeitsunfähigkeit miteinbezogen (IV-act. 66-2) und damit keine strikt objektive Beurteilung der Restleistungsfähigkeit der Beschwerdeführerin vorgenommen hat. Diese wäre vorliegend umso erforderlicher gewesen, als sich im Rahmen des von Dr. D.\_\_\_\_ erhobenen rheumatologischen Status Inkonsistenzen ergeben haben (IV-act. 58-8: grösstenteils normale Befunde; "palpatorisch sich unbeobachtend fühlend indolent, sind auf Befragen sämtliche Sehnenansatzstellen am ganzen Körper druckdolent, stereotyp «viel viel Schmerz»"; betreffend HWS "erst auf Befragen dann schmerzhaft"; Inkonsistenz bei Langsitz, IV-act. 58-9), die indessen von ihm keiner (erkennbaren) Würdigung unterzogen wurden.

2.1.2 Fragen an der psychiatrischen Beurteilung wirft der Umstand auf, dass weder im Gutachten noch in der ergänzenden Antwort vom 29. Juni 2011 (IV-act. 65) schlüssig begründet wurde, weshalb der Beschwerdeführerin - sowohl bezüglich der angestammten Reinigungstätigkeit als auch für leidensangepasste Tätigkeiten - bloss noch Tätigkeiten in einem geschützten Rahmen zugemutet werden können (siehe hierzu IV-act. 59-10). Die diesbezügliche Argumentation von Dr. E.\_\_\_\_, die



Beschwerdeführerin brauche jeweils nach 30 Minuten körperlicher Tätigkeit längere Pausen, um sich von den Schmerzen und der "totalen Erschöpfung" zu erholen (IV-act. 65), vermag nämlich gerade bei im allgemeinen Arbeitsmarkt zur Verfügung stehenden leichten körperlichen Tätigkeiten ohne nähere Begründung nicht einzuleuchten. Zumindest erklärte Dr. E.\_\_\_\_ nicht nachvollziehbar, weshalb seine Einschätzung unabhängig von der körperlichen Schwere der Tätigkeit gilt. Der von ihm beschriebene Pausenbedarf scheint sich ferner hauptsächlich an den Angaben der Beschwerdeführerin zu orientieren ("Sie zwingt sich, im Haushalt Arbeiten zu verrichten, müsse aber jeweils nach 30 Minuten genervt aufgeben und vor den Schmerzen kapitulieren", IV-act. 59-6; siehe auch IV-act. 59-9: "Diese Willensanstrengung bricht jedoch jeweils nach ca. 30 Minuten zusammen und dann geht nichts mehr"). Eine objektive Einordnung dieser Angaben der Beschwerdeführerin bzw. ihrer Ressourcen fehlt. RAD-Ärztin Dr. F.\_\_\_\_ hat zudem plausibel und in Übereinstimmung mit der bundesgerichtlichen Rechtsprechung in der Stellungnahme vom 31. August 2011 dargelegt, dass die Bejahung einer psychischen Komorbidität durch Dr. E.\_\_\_\_ "in Form von Ängsten und reaktiven depressiven Verstimmungen" (IV-act. 59-9) unzutreffend ist (IV-act. 67).

2.1.3 Vor diesem Hintergrund gelangte RAD-Ärztin Dr. F.\_\_\_\_, auf deren weitere Begründung verwiesen werden kann, in der Stellungnahme vom 31. August 2011 zu Recht zur Auffassung, der Sachverhalt erweise sich als abklärungsbedürftig und es sei eine MEDAS-Begutachtung erforderlich (IV-act. 67).

2.2 Gegen das ABI-Gutachten vom 3. Januar 2012, auf das sich die Beschwerdegegnerin in der angefochtenen Verfügung stützt, bringt die Beschwerdeführerin verschiedene Einwände vor.

2.2.1 Zunächst führt sie gegen das ABI-Gutachten die davon abweichenden medizinischen Beurteilungen der Dres. D.\_\_\_\_, E.\_\_\_\_, C.\_\_\_\_ und B.\_\_\_\_ ins Feld (act. G 1, Rz 3.a und Rz 5.a, act. G 7 Rz 2.c). Was die Einschätzung der Dres. D.\_\_\_\_ und E.\_\_\_\_ anbelangt, so fehlt dieser die Beweiskraft (siehe vorstehende E. 2.1). Allein schon aus diesem Grund vermag deren Beurteilung das ABI-Gutachten nicht in Zweifel zu ziehen. Dies gilt vorliegend umso mehr, als sich die ABI-Experten mit der abweichenden Würdigung der Dres. D.\_\_\_\_ und E.\_\_\_\_ ausführlich auseinandergesetzt haben (IV-



act. 76-16 f. und 76-22 f.). Dr. B.\_\_\_\_ bescheinigte der Beschwerdeführerin am 25. April 2012 eine mindestens 50%ige Arbeitsunfähigkeit für eine leidensangepasste Tätigkeit. Allerdings berücksichtigte er dabei auch bzw. "insbesondere" fachfremde psychiatrische Gründe (IV-act. 91-9). Des Weiteren nahm er hinsichtlich der Beeinträchtigungen der diagnostizierten Fibromyalgie keine Prüfung der Försterkriterien vor. Die Würdigung der Arbeitsfähigkeit durch Dr. C.\_\_\_\_ steht der versicherungsmedizinischen ABI-Beurteilung nicht entgegen. Einerseits bescheinigte er für leidensangepasste Tätigkeiten eine "zumindest" 50%ige Arbeitsfähigkeit. Andererseits nahm er keine Überwindbarkeitsprüfung vor, sondern beschränkte sich auf den Hinweis, dass "die Fibromyalgie von der IV nicht als rentenwirksam" beurteilt werde. Im Übrigen bezeichnete er die degenerativen Veränderungen der HWS und der LWS als nicht sehr ausgeprägt (IV-act. 51-13), was mit der somatischen Würdigung im ABI-Gutachten einhergeht ("moderate degenerative Veränderungen", IV-act. 76-21).

2.2.2 Die Beweiskraft des ABI-Gutachtens sieht die Beschwerdeführerin ferner durch das psychiatrische Konsilium von Dr. I.\_\_\_\_ erschüttert (act. G 1, Rz 3.c und 4.a, act. G 7, Rz 3.a f.). Dr. I.\_\_\_\_ diagnostizierte eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome (ICD-10: F33.2) und hielt die Beschwerdeführerin für voll arbeitsunfähig (psychiatrisches Konsilium vom 20. Juni 2012, IV-act. 93). Entscheidend ist hinsichtlich der Würdigung des ABI-Gutachtens, dass sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin seit dem Tod ihrer Schwester im April 2012 überwiegend wahrscheinlich erheblich verschlechtert hat (IV-act. 93-2; siehe auch den Bericht von Dr. K.\_\_\_\_ vom 7. März 2014, act. G 10.1: Die jetzige depressive Verstimmung habe sich im Jahre 2012 nach dem Tod ihrer ältesten Schwester entwickelt und sie habe sich wieder in psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung begeben) und sich Dr. I.\_\_\_\_ somit ein anderer Gesundheitszustand als dem psychiatrischen ABI-Gutachter präsentierte. Bezüglich der von Dr. I.\_\_\_\_ aufgeführten retrospektiven Wertungen fällt zunächst auf, dass sich diese allein auf die Angaben der Beschwerdeführerin stützen und sich grösstenteils nicht mit der Voraktenlage vereinbaren lassen. So lässt sich die Angabe "anamnestisch seit mindestens 2 Jahren ist die Stimmung andauernd gedrückt" (IV-act. 93-4) mit dem vom psychiatrischen ABI-Gutachter erhobenen Befund ("Stimmung war ausgeglichen", siehe hierzu sowie dem im Wesentlichen unauffälligen psychiatrischen Befund IV-act. 76-15) nicht vereinbaren. Die von Dr. I.\_\_\_\_ übernommene Angabe, die



Beschwerdeführerin habe bis über 50 Stunden pro Woche als Reinigungskraft gearbeitet (IV-act. 93-4), bzw. ein überdurchschnittliches Erwerbsspensum geleistet, findet in der Voraktenlage keine Stütze (siehe IK-Auszug in IV-act. 7; sowie zur wiederholten Angabe "insgesamt zumindest 50%" IV-act. 48-1 und 59-5). Schliesslich fällt zugunsten der Beweiskraft des psychiatrischen Teils des ABI-Gutachtens ins Gewicht, dass die gesamte vor April 2012 ergangene medizinische Voraktenlage einhellig den Schluss enthält, nicht ein depressives, sondern ein somatoformes Geschehen oder eine Anpassungsstörung stehe im Vordergrund des Leidensbilds der Beschwerdeführerin (siehe etwa IV-act. 51, 58-14 und 76).

2.2.3 Im Weiteren soll gemäss Ausführungen der Beschwerdeführerin auffallend sein, dass bei ihr just am Tag der Untersuchung durch die ABI-Gutachter am 21. November 2011 eine zwischenzeitlich eingetretene Besserung des Gesundheitszustands festgestellt worden sei (act. G 1, Rz 3.a). Der psychiatrische ABI-Gutachter führte aus, die Beschwerdeführerin habe angegeben, mittlerweile akzeptiert zu haben, mit ihren Schmerzen und der dadurch bedingten Kraftlosigkeit und Leistungsunfähigkeit zu leben. Er hielt fest, so sei es durch den natürlichen Verlauf und durch Adaptationsvorgänge zu einer "gewissen" Besserung gekommen. Aufgrund der von Dr. E. \_\_\_ gestellten Diagnose könne aber eine Arbeitsunfähigkeit nicht bestätigt werden (IV-act. 76-16 f.). Im Rahmen der Gesamtbeurteilung wies er darauf hin, aus psychiatrischer Sicht seien retrospektive Beurteilungen immer mit einer gewissen Unsicherheit behaftet, da der Verlauf naturgemäss schwankend sein könne. Aufgrund der Angaben der Beschwerdeführerin müsse aus heutiger Sicht allerdings postuliert werden, dass bereits seit längerem ein vergleichbares psychisches Zustandsbild vorgelegen habe, wie es sich heute präsentiere, sodass die festgelegte Arbeitsfähigkeit auch in der Vergangenheit Gültigkeit haben dürfte (IV-act. 76-25). An diesen abwägenden Ausführungen ist kein Mangel erkennbar, der den Beweiswert des ABI-Gutachtens zu erschüttern vermöchte.

2.2.4 Zudem rügt die Beschwerdeführerin, die ABI-Beurteilung basiere auf einem unvollständigen medizinischen Sachverhalt, seien doch die ABI-Gutachter davon ausgegangen, dass sie in der Vergangenheit noch nie in psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlung gewesen sei, was aber aktenmässig klar widerlegt sei (act. G 1, Rz 3.a, und act. G 7, Rz 3.a und Rz 3b [betreffend die in den 80er Jahren



stattgefundenen psychosomatischen Behandlungen]). Die Beschwerdegegnerin weist in diesem Zusammenhang vorab zutreffend darauf hin, dass die Beschwerdeführerin anlässlich der psychiatrischen Exploration in der ABI ausgeführt habe, sie sei nie in psychiatrischer Behandlung gewesen (act. G 4, Rz 2.3; IV-act. 76-14). Des Weiteren wurde im ABI-Gutachten die von Dr. E.\_\_\_\_ erwähnte, erfolglos beendete "frühere kurze psychiatrische Intervention" sowie dessen Einschätzung, dass eine psychotherapeutische Behandlung wenig sinnvoll und Erfolg versprechend sei, aufgeführt (IV-act. 76-9; gegenüber Dr. E.\_\_\_\_ gab die Beschwerdeführerin an, "früher sei sie einmal bei einem Psychiater gewesen, der ihr nicht helfen konnte, weil die Ursache ihrer Beschwerden nicht psychiatrischer Natur sei", IV-act. 59-7). Dr. B.\_\_\_\_ erzählte die Beschwerdeführerin im Übrigen erst im April 2012 von einem früheren "sporadischen Kontakt" zu Dr. H.\_\_\_\_ (auf Dr. B.\_\_\_\_ wirkte das Aussageverhalten der Beschwerdeführerin "befremdlich"; zum Ganzen siehe IV-act. 91-10). Deshalb und da es sich um abgeschlossene, sporadische psychiatrische Behandlungen bei Dr. H.\_\_\_\_ (vom 23. März 1998 bis 24. Februar 1999 fanden acht Konsultationen statt; vom 21. Mai bis 20. Juni 2007 wurde Dr. H.\_\_\_\_ dreimal aufgesucht, IV-act. 91-11) handelt, vermag die fehlende einlässliche Kenntnis der (sporadischen) Behandlungen bei Dr. H.\_\_\_\_ keinen Mangel am ABI-Gutachten zu begründen. Gleiches gilt betreffend die von Dr. K.\_\_\_\_ im Bericht vom 30. Januar 2013 erwähnte Behandlung in den 80-er Jahren (act. G 7.1, S. 2). Hinzu kommt, dass der psychiatrische ABI-Gutachter gestützt auf die eigene Untersuchung nachvollziehbar begründete, weshalb er eine depressive Störung ausschloss (IV-act. 76-15). Seine Schlussfolgerung, aus heutiger Sicht ergäben sich keine Hinweise darauf, dass die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin in der Vergangenheit jemals während längerer Zeit aufgrund eines psychiatrischen Leidens namhaft eingeschränkt gewesen wäre (IV-act. 76-16), lässt sich mit den sporadischen Behandlungen bei Dr. H.\_\_\_\_ und der restlichen Voraktenlage vereinbaren. Im Licht dieser Verhältnisse ist die von der Beschwerdeführerin vorgebrachte Rüge unbegründet, auch wenn es wünschenswert gewesen wäre, dass der psychiatrische ABI-Gutachter in Kenntnis der von Dr. E.\_\_\_\_ geschilderten psychiatrischen Behandlung die Beschwerdeführerin mit ihrem Aussageverhalten konfrontiert hätte, anstatt eine frühere Inanspruchnahme (wohl einer massgeblichen) psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung bei der Stellungnahme zur Selbsteinschätzung zu verneinen (IV-act. 76-16).



2.2.5 Sodann sind die ABI-Gutachter gemäss Darstellung der Beschwerdeführerin von weiteren unzutreffenden bzw. irrigen Annahmen ausgegangen. Sie sei offensichtlich in verschiedener Hinsicht "falsch" verstanden worden (act. G 1, Rz 3.a). Betreffend die Selbsteinschätzung der Beschwerdeführerin haben die ABI-Gutachter ausgeführt, für die Untersucher entstehe nicht der Eindruck, als ob sie sich selbst noch in verwertbarem Ausmass für arbeitsfähig halte (IV-act. 76-25). Es bleibt damit unklar, wie die Beschwerdeführerin zur Auffassung gelangt, "anders als im Gutachten angenommen" sehe sie sich nicht mehr als arbeitsfähig (act. G 1, Rz 3a). Entscheidend ist weiter, dass die Explorationen jeweils in italienischer Sprache durchgeführt und sich für eine ungenügende Kommunikation keine konkreten Hinweise finden lassen. Entgegen der Darstellung der Beschwerdeführerin findet sich an der von ihr referenzierten Gutachtenstelle (S. 10, IV-act. 76-11) keine Erwähnung, dass das Spaziergehen "mit einer Kollegin" durchgeführt wird (IV-act. 91-6; bereits gegenüber Dr. D.\_\_\_\_ gab sie an, kleinere Spaziergänge [täglich eine Stunde] und Kleineinkäufe vorzunehmen, IV-act. 58-7). Lediglich bei der Stellungnahme zur Selbsteinschätzung wird u.a. die von der Beschwerdeführerin bestrittene Angabe aufgeführt, sie würde auch mit Kolleginnen Kaffee trinken (IV-act. 76-16). Ob dies nun zutrifft oder nicht, lässt sich rückwirkend wohl nicht mehr abklären, kann indessen offen bleiben. Denn dieser Gesichtspunkt vermag ohnehin keinen relevanten Kommunikationsmangel darzutun, zumal Umstände auf ein fragliches Aussageverhalten seitens der Beschwerdeführerin ausgewiesen sind (vgl. vorstehende E. 2.2.4). Auch ein Mangel im Rahmen der Arbeitsfähigkeitsbeurteilung ist nicht ersichtlich, stützte sich der psychiatrische Gutachter hinsichtlich der sozialen Situation hauptsächlich auf die unbestritten gebliebene "sehr gute Beziehungssituation" innerhalb der Familie (mit dem weiteren Hinweis, dass in der Herkunftsfamilie ebenfalls gute Beziehungen bestünden, IV-act. 76-16; zur guten Beziehung zu den Töchtern siehe ferner das psychiatrische Konsilium von Dr. I.\_\_\_\_, IV-act. 93-3). Vergleichbares gilt hinsichtlich des fraglichen Aufenthalts in M.\_\_\_\_, der über die Sozial- und Arbeitsanamnese hinaus keinen Niederschlag in der gutachterlichen Beurteilung gefunden hat und offenbar zumindest ernsthaft beabsichtigt gewesen ist (IV-act. 91-6). Schliesslich ist im Gutachten der Dres. D.\_\_\_\_ und E.\_\_\_\_ festgehalten, dass die Beschwerdeführerin im August 2010 in N.\_\_\_\_ weilte (IV-act. 58-7).



2.2.6 Gegen die Beurteilung des somatischen ABI-Gutachters wendet die Beschwerdeführerin ein, dieser sei nicht Facharzt für Rheumatologie (act. G 7, Rz 2.b). Somatischerseits wurde die Beschwerdeführerin nicht rheumatologisch, sondern von Dr. med. O.\_\_\_, FMH Orthopädische Chirurgie, untersucht und beurteilt. Angesichts dessen, dass zwischen der Beurteilung von Dr. O.\_\_\_ und der rheumatologischen Voraktenlage keine wesentlichen Differenzen hinsichtlich der objektivierbaren Befunde bestehen (mässige degenerative Veränderungen an der Wirbelsäule; IV-act. 76-23, 58-12 und 51-13) und weder ersichtlich noch dargetan ist, dass das somatisch objektivierbare Leidensbild zwingend einer rheumatologischen Begutachtung bedurft hätte, ist ein Mangel zu verneinen. Zu ergänzen bleibt, dass die Beurteilung somatoformer Zustände wie die übrigen psychischen Leiden in den Fachbereich der Psychiatrie fallen (BGE 130 V 353 f. E. 2.2.3).

2.2.7 Schliesslich ergeben sich auch aus den Berichten der Dres. K.\_\_\_ (act. G 7.1 und 10.1) und L.\_\_\_ (act. G 12.1) keine Mängel am ABI-Gutachten. Den Berichten von Dr. K.\_\_\_ liegt eine seit dem April 2012 und damit nach dem ABI-Gutachten eingetretene Verschlechterung des Gesundheitszustands zugrunde (act. G 10.1). Es ergeben sich daraus ferner keine relevanten Gesichtspunkte, die bereits im Zeitpunkt der ABI-Begutachtung vom 21. November 2011 bestanden hätten und im ABI-Gutachten ausser Acht gelassen worden wären. Die bescheinigte 100%ige Arbeitsunfähigkeit wird denn auch auf den Beginn der Behandlung im Januar 2013 datiert (act. G 10.1). Das Gesagte gilt gleichermassen für die rudimentär begründeten Berichte von Dr. L.\_\_\_ (act. G 12.1).

2.2.8 Zusammenfassend ist gestützt auf das die Anforderungen an beweiskräftige Gutachten erfüllende ABI-Gutachten (vgl. BGE 125 V 351 E. 3b/bb) bis Ende März 2012 davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin für leidensangepasste Tätigkeiten über eine 100%ige Arbeitsfähigkeit verfügte. Eine konkrete Berechnung der Vergleichseinkommen kann vorerst offen gelassen werden. Denn ausgehend von einer 100%igen Arbeitsfähigkeit für leidensangepasste Tätigkeiten würde kein rentenbegründender Invaliditätsgrad resultieren, selbst wenn zugunsten der Beschwerdeführerin ein von ihr beantragter Prozentvergleich (act. G 1, Rz 7) vorgenommen und ein 25%iger Tabellenlohnabzug gewährt würde.



2.2.9 Was die Zeit ab April 2012 anbelangt, so ergeben sich aus den Ausführungen der Dres. I.\_\_\_\_ und K.\_\_\_\_ mehrere Hinweise auf einen verschlechterten Gesundheitszustand (vgl. vorstehende E. 2.2.2 und 2.2.7). Daran ändert nichts, dass Dr. H.\_\_\_\_ im Bericht vom 5. September 2012 auf die Arbeitsfähigkeitsbeurteilung der ABI-Gutachter verwies, begründete er dies doch einzig mit der durch ihn offenbar nicht beurteilbaren Diskrepanz zwischen subjektiven Angaben und objektiven Befunden (IV-act. 96-4). Des Weiteren wies er darauf hin, dass sich die "jetzige Phase" hartnäckig zeige (IV-act. 96-2). Dies spricht für einen veränderten Gesundheitszustand. Auch der psychiatrische ABI-Gutachter wies darauf hin, dass eine fachärztliche psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung erfolgen solle, wenn es im weiteren Verlauf zu einer Verschlechterung und einer manifesten depressiven Störung komme (IV-act. 76-17). Da sich weder Dr. K.\_\_\_\_ noch Dr. I.\_\_\_\_ bei ihrer Beurteilung der Restleistungsfähigkeit auf eine kritische Einordnung der Angaben der Beschwerdeführerin stützen, was angesichts der aktenkundigen Inkonsistenzen für eine aussagekräftige Arbeitsfähigkeitsschätzung erforderlich ist, erweist sich der Sachverhalt seit April 2012 als noch nicht spruchreif. Die Sache ist daher zur psychiatrischen Verlaufsbeurteilung des Gesundheitszustands seit April 2012 an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. Mit Blick darauf, dass in den Berichten von Dr. L.\_\_\_\_ neu von einer Cervico-Cephalo-Brachialgie beidseits die Rede ist (act. G 12.1), die ABI-Begutachtung inzwischen schon mehr als vier Jahre zurückliegt und ein degeneratives Wirbelsäulenleiden besteht, erscheint auch eine somatische Verlaufsbeurteilung angezeigt. Hernach wird die Beschwerdegegnerin über das die Zeit ab April 2012 betreffende Rentengesuch erneut zu befinden haben.

3.

3.1 Nach dem Gesagten ist in teilweiser Gutheissung der Beschwerde die angefochtene Verfügung insoweit aufzuheben, als darin das Rentengesuch für die Zeit ab April 2012 abgewiesen wurde. Die Sache ist im Sinn der Erwägungen zur Verlaufsbeurteilung des Gesundheitszustands ab April 2012 und zu neuer Verfügung an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. Soweit die Beschwerdeführerin für die Zeit vor April 2012 um Rentenleistungen ersucht, ist die Beschwerde abzuweisen.



3.2 Das Beschwerdeverfahren ist kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festgelegt (Art. 69 Abs. 1<sup>bis</sup> IVG). Eine Gerichtsgebühr von Fr. 600.-- erscheint in der vorliegend zu beurteilenden Angelegenheit als angemessen. Da die Beschwerdeführerin Rentenleistungen mit Wirkung ab spätestens 1. Mai 2011 beantragt hat und die Rückweisung lediglich die Zeit ab April 2012 betrifft, ist von einem Obsiegen von drei Vierteln auszugehen. Dem Obsiegen entsprechend haben die Beschwerdeführerin Fr. 150.-- und die Beschwerdegegnerin Fr. 450.-- zu bezahlen. Der geleistete Kostenvorschuss ist der Beschwerdeführerin im Betrag von Fr. 150.-- anzurechnen und im Restbetrag von Fr. 450.-- zurückzuerstatten.

3.3 Da die Beschwerdeführerin teilweise obsiegt, hat sie einen reduzierten Anspruch auf eine Parteientschädigung. Dieser ist vom Gericht ermessensweise festzusetzen, wobei insbesondere der Bedeutung der Streitsache und dem Aufwand Rechnung zu tragen ist (Art. 61 lit. a ATSG). Bei vollständigem Obsiegen wäre eine Parteientschädigung von Fr. 3'500.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) angemessen. Wegen des nur teilweisen Obsiegens erscheint eine Parteientschädigung von Fr. 2'625.-- als gerechtfertigt. Die Beschwerdegegnerin hat der Beschwerdeführerin somit eine Parteientschädigung von Fr. 2'625.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) zu bezahlen.

Demgemäss hat das Versicherungsgericht

im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP

### **entschieden:**

1. In teilweiser Gutheissung der Beschwerde wird die angefochtene Verfügung insoweit aufgehoben, als darin das Rentengesuch für die Zeit ab April 2012 abgewiesen wurde. Die Sache wird im Sinn der Erwägungen zur Verlaufsbegutachtung und zu neuer Verfügung an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen. Im Übrigen wird die Beschwerde abgewiesen.
2. An die Gerichtsgebühr von Fr. 600.-- haben die Beschwerdeführerin Fr. 150.-- und die Beschwerdegegnerin Fr. 450.-- zu bezahlen. Der geleistete Kostenvorschuss wird



der Beschwerdeführerin im Betrag von Fr. 150.-- angerechnet und im Restbetrag von Fr. 450.-- zurückerstattet

3. Die Beschwerdegegnerin hat der Beschwerdeführerin eine Parteientschädigung von Fr. 2'625.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) zu bezahlen.