



Fall-Nr.: IV 2020/100
Stelle: Versicherungsgericht
Rubrik: IV - Invalidenversicherung
Publikationsdatum: 09.02.2022
Entscheiddatum: 11.08.2021

Entscheid Versicherungsgericht, 11.08.2021

Art. 28 IVG: Beweiskraft Gutachten und Verwertbarkeit Restarbeitsfähigkeit bejaht. Einkommensvergleich (Prozentvergleich). Kein Anspruch auf eine Invalidenrente. Abweisung der Beschwerde (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 11. August 2021, IV 2020/100).

Entscheid vom 11. August 2021

Besetzung

Versicherungsrichter Joachim Huber (Vorsitz), Versicherungsrichterinnen Christiane Gallati Schneider und Miriam Lendfers; Gerichtsschreiberin Sabrina Bleile

Geschäftsnr.

IV 2020/100

Parteien

A.____,

Beschwerdeführerin,

vertreten durch Rechtsanwalt Dr. iur. Ronald Pedernana, Rorschacher Strasse 21,
Postfach 27, 9004 St. Gallen,

gegen

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



Beschwerdegegnerin,

Gegenstand

Rente

Sachverhalt

A.

A.a. A.____ meldete sich am 20. Mai 2014 bei der IV-Stelle des Kantons St. Gallens (nachfolgend: IV-Stelle) für den Bezug von Hilfsmitteln in Form von orthopädischen Serienschuhen an (vgl. IV-act. 4 ff.). Am 21. Mai 2014 erfolgte zusätzlich eine Anmeldung für berufliche Massnahmen und Rentenleistungen (IV-act. 8). Die Versicherte war vom ____ März bis ____ April 2014 in der Klinik für Endokrinologie, Diabetologie, Osteologie und Stoffwechselerkrankungen des Kantonsspitals St. Gallen (KSSG) hospitalisiert worden. Im entsprechenden Austrittsbericht hatten die behandelnden Ärzte als Diagnosen ein diabetisches Fuss-Syndrom sowie einen Diabetes mellitus Typ 2 (Erstdiagnose 2009) festgehalten. Weiter hatten sie ausgeführt, dass die Versicherte im Eintrittszeitpunkt ein seit einigen Wochen bestehendes, nicht abheilendes, oberflächliches Ulkus an Dig IV akral sowie über dem Metatarsale V-Köpfchen lateralis des linken (gemeint wohl: rechten; vgl. IV-act. 26-25 f.) Fusses beklagt hatte. Eine durchgeführte MRT-Untersuchung des rechten Fusses habe den Verdacht einer Osteomyelitis des distalen Os metatarsale V sowie der Basis der proximalen Phalanx Dig V rechts bestätigt. Ausserdem habe sich eine ausgedehnte Phlegmone der perifokalen geschwollenen Weichteile Dig V und intermetatarsal Dig IV bis V gezeigt. Zudem sei auch eine geringe Signalstörung in der proximalen MT IV der Füsse erkennbar gewesen. Deswegen seien am ____ April 2014 eine transmetatarsale Amputation des fünften Strahls und eine Exartikulation im MTP IV des rechten Fusses vorgenommen worden. Während der Hospitalisation sei die Versicherte auch wiederholt durch Fachleute der Diabetes- und Ernährungsberatung des KSSG instruiert worden und adäquates orthopädisches Schuhwerk sei angepasst worden. Unter antidiabetischer Medikation hätten sich sehr zufriedenstellende BZ-Werte eingestellt (IV-act. 15; zur Operation vgl. ferner IV-act. 26-23).



St.Galler Gerichte

A.b. Mit Mitteilung vom 11. Juni 2014 leistete die IV-Stelle Kostengutsprache für orthopädische Serienschuhe nach ärztlicher Verordnung für die Zeit vom 14. Mai 2014 bis 31. Mai 2024 (IV-act. 17).

A.c. Am 15. Juli 2014 berichtete Dr. med. B.____, Facharzt für Allgemeine Medizin FMH, dass die Versicherte seit dem ____ Februar 2014 zu 100 % arbeitsunfähig sei. Sie leide an Schmerzen und einer Sensibilitätsstörung in beiden Füßen, bei Belastung zunehmend. Eine sitzende Tätigkeit ohne langen Arbeitsweg könnte die Versicherte an vier Stunden pro Tag ausüben (vgl. IV-act. 18).

A.d. Mit Mitteilung vom 8. September 2014 wies die IV-Stelle das Gesuch um berufliche Eingliederungsmassnahmen ab, da die Versicherte vorwiegend als Hausfrau tätig sei (IV-act. 25). In einem bei der IV-Stelle am 16. Oktober 2014 eingegangenen Bericht präziserte Dr. B.____, dass die Versicherte vor ihrer Erkrankung als Reinigungsangestellte gearbeitet habe. Aufgrund der belastungsbedingten Schmerzen im rechten Fuss sei diese Arbeit nicht mehr möglich (vgl. IV-act. 26). In einem Fragebogen der IV-Stelle zur Haushaltsabklärung gab die Versicherte am 3. November 2014 unter anderem an, dass sie ohne Behinderung einer Erwerbstätigkeit von 100 % nachgehen würde (vgl. IV-act. 31).

A.e. Am ____ Januar 2015 erklärte Dr. med. C.____, Klinik für Endokrinologie, Diabetologie, Osteologie und Stoffwechselerkrankungen des KSSG, dass sich nach der Amputation anfangs April 2014 eine problemlose Heilung eingestellt habe. Bei regelmässiger Selbstinspektion der Füsse, professioneller Fusspflege und konsequentem Tragen der orthopädischen Schuhe sowie einer guten Diabetes-Einstellung sollten neue Ulzera an den Füßen vermieden werden können (IV-act. 37-2). Nach Minoramputationen und generell bei diabetischem Fuss-Syndrom sei eine sitzende Tätigkeit zu bevorzugen. Bei einer Arbeit im Stehen oder Gehen seien häufige Pausen zu gewährleisten, um die Füsse nicht übermässig zu belasten. Sofern die genannten Punkte zur Entlastung der Füsse beachtet würden, stellten grundsätzlich weder der Diabetes mellitus noch das diabetische Fuss-Syndrom eine für die Invalidenversicherung (IV) relevante Einschränkung der Arbeitsfähigkeit dar (IV-act. 37-3 f.).



A.f. Anlässlich einer am 5. Juni 2015 durchgeführten häuslichen Abklärung stufte die IV-Stelle die Versicherte als im Gesundheitsfall zu 100 % erwerbstätig ein (vgl. IV-act. 46).

A.g. Gemäss einem Bericht von Dr. C.____ vom ____ September 2015 hatte sich die Versicherte am ____ September 2015 nach längerer Abwesenheit wieder in der Fussprechstunde vorgestellt, da sie Blut im Schuh bemerkt habe. Sie habe angegeben, ganz überwiegend in ihren orthopädischen Schuhen unterwegs gewesen zu sein. An der Compliance müsse aber gezweifelt werden. Die Zweifel ergäben sich auch anhand der Diabeteseinstellung. Nach einer relativ guten postoperativen Phase sei wieder eine völlige Entgleisung festzuhalten. Es müsse in Frage gestellt werden, ob die Versicherte ihre Diabetesmedikation überhaupt eingenommen habe und ob die von ihr angegebenen Blutzuckermessungen der Realität entsprechen würden (IV-act. 47-4 f.). Am 26. Oktober 2015 berichtete Dr. B.____ von einem verschlechterten Gesundheitszustand der Versicherten. Bei ungenügender Einstellung des Diabetes mellitus sei es im September 2015 zu einer Nekrose am Köpfchen Metadorsale IV rechts und neu zu einem Ulkus unter dem MTP IV Köpfchen rechts gekommen. Aus medizinischer Sicht sei bei einer Tätigkeit eine möglichst weitgehende Druckentlastung notwendig. Im Falle eines kurzen Arbeitsweges oder einer organisierten Fahrt zum Arbeitsplatz sei der Versicherten eine Arbeit im Sitzen maximal für zweimal drei Stunden am Tag zumutbar, wobei in diesem zeitlichen Rahmen eine verminderte Leistungsfähigkeit bestehe. Aufgrund des Allgemeinzustandes bestehe eine "verminderte Leistungsfähigkeit von auf circa 1/3 bis Hälfte "(vgl. IV-act. 47-1 ff.). Am ____ Dezember 2015 berichtete eine Dr. C.____ vertretende Ärztin zusammen mit einem anderen Arzt darüber, dass die Versicherte in den weiteren Konsultationen sowohl das BZ-Messgerät als auch die aktuelle Medikamentenliste mitgenommen habe. Nach Umstellung des Langzeitinsulins auf ein Mischinsulin sowie erneuter Schulung mittel Diabetes- und Ernährungsberatung sei es gelungen, die BZ-Werte deutlich zu verbessern. Die Abheilung des Ulkus plantar rechts habe sich aufgrund einer nicht konsequenten Druckentlastung verzögert. Schliesslich habe sich die Compliance jedoch verbessert und das Ulkus habe abheilen können. Folglich bestehe kein Einfluss mehr auf die Arbeitsfähigkeit, da unter einem Diabetes mellitus Typ 2 eine volle Arbeitsfähigkeit theoretisch möglich sei. Fussprechstunden seien nur noch



gelegentlich vorgesehen. Weiterhin empfehlenswert seien das konsequente Tragen des orthopädischen Schuhwerks sowie regelmässige podologische Behandlungen (IV-act. 51). In einer Stellungnahme vom 6. April 2016 hielt der regionale ärztliche Dienst (RAD) fest, dass es unter Vernachlässigung der Stoffwechselführung im September 2015 zum Auftreten eines kleinen Geschwürs gekommen sei. Dieses und die Diabeteseinstellung hätten deutlich gebessert werden können, sodass nach Auskunft der zuständigen Spezialärzte ab Dezember 2015 keine Arbeitsunfähigkeit mehr vorliege. Der Bericht von Dr. B.____ datiere von Oktober 2015, weshalb der günstige Verlauf darin noch nicht erfasst worden sei. Die Leistungsbeurteilung sei auch inhaltlich nicht nachvollziehbar (vgl. IV-act. 55).

A.h. Mit Vorbescheid vom 30. Mai 2016 stellte die IV-Stelle der Versicherten die Abweisung des Rentengesuchs bei einem Invaliditätsgrad von 0 % in Aussicht (IV-act. 56).

A.i. Gegen diesen Vorbescheid wandte die Versicherte am 24. Juni 2016 im Wesentlichen ein, dass sie neben dem Diabetes auch noch an einer Fibromyalgie mit starken chronischen Muskelschmerzen erkrankt sei, starke Durchblutungsstörungen habe und an einer Schlafapnoe leide. Alle diese Einschränkungen liessen einen geregelten Tagesablauf nicht mehr zu, sodass keine berufliche Tätigkeit möglich sei (vgl. IV-act. 58). Mit Schreiben vom 30. Juni 2016 forderte die IV-Stelle die Versicherte dazu auf, für die im Einwand neu geltend gemachten Diagnosen entsprechende Arztberichte einzureichen (vgl. IV-act. 59). Zusammen mit einem ärztlichen Zeugnis vom 6. September 2016 (vgl. IV-act. 62) reichte Dr. B.____ einen Austrittsbericht der Klinik für Endokrinologie, Diabetologie, Osteologie und Stoffwechselerkrankungen des KSSG vom ____ Juli 2016 (IV-act. 63) ein, wonach die Versicherte vom ____ bis ____ Juli 2016 hospitalisiert gewesen sei. Als Diagnosen waren im Austrittsbericht neben dem Diabetes mellitus Typ 2 und dem diabetischen Fuss-Syndrom auch der Verdacht auf ein obstruktives Schlafapnoe-Syndrom (OSAS), ein Impingement der Schulter links sowie eine arterielle Hypertonie genannt worden. Weiter war im Austrittsbericht erwähnt worden, dass die Ursache für die fluktuierenden Blutzucker-Spiegel weiterhin im Rahmen einer anhaltend unbefriedigenden BZ-Kontrolle aufgrund einer unstrukturierten Kohlenhydratzufuhr gesehen werde. Im Verlauf der Hospitalisation hätten sich normglykämische BZ-Spiegel gezeigt. Das seit schon vielen Monaten



bestehende neuropathische Rezidivulcus unter MT IV/V plantar rechts zeige eine Abheilungstendenz trotz nicht optimaler Druckentlastung. Weiter bestehe der Verdacht auf ein OSAS, alternativ sei auch an ein Adipositas-Hyperventilationssyndrom zu denken. Im Anschluss an die stationäre Therapie sollte diesbezüglich eine ambulante Abklärung durchgeführt werden. Schliesslich habe die Versicherte bei Eintritt über Schmerzen im Bereich der linken Schulter geklagt. Diese seien am ehesten auf eine Impingement-Symptomatik zurückzuführen. Seitens Dr. B.____ sei bereits eine MRT-Untersuchung angeordnet worden, die dazu passend eine gering ausgeprägte Bursitis subacromialis-subdeltoidea und eine SLAP-Läsion mit Partialruptur der langen Bizepssehne gezeigt habe. Zudem habe eine moderate hypertrophe AC-Gelenksarthrose bestanden, die möglicherweise zusätzlich zur Schmerzsymptomatik beigetragen habe. Gemäss dem orthopädischen Konsilium (vgl. dazu IV-act. 74-9 f.) sei eine Infiltration empfohlen worden. Angesichts der komplexen diabetologischen Konstellation sei aktuell aber darauf verzichtet und stattdessen eine Schmerztherapie verordnet worden. Unter dieser sei es zu einer guten Schmerzkontrolle gekommen (vgl. zum Ganzen IV-act. 63). Unter Verweis auf den soeben genannten Austrittsbericht hielt Dr. B.____ im Arztzeugnis vom 6. September 2016 fest, dass die Abklärung bei Verdacht auf ein OSAS noch nicht abgeschlossen sei und ein entsprechender Therapieerfolg nicht beurteilt werden könne. Auch die therapeutischen Optionen bezüglich der massiven Schulterschmerzen links seien noch nicht ausgeschöpft. Arbeiten im Stehen und Gehen seien aufgrund des diabetischen Fuss-Syndroms nicht möglich. Arbeiten mit der linken Hand seien wegen der Impingement-Problematik und der SLAP-2 Läsion der linken Schulter nicht möglich. Der linke Arm könne höchstens als Hilfsarm eingesetzt werden. Eine Arbeitsfähigkeit bestehe für eine leichte rechtshändige Arbeit im Sitzen mit Einbezug des linken Arms höchstens als Hilfsarm. Die allgemeine Leistungsfähigkeit sei aufgrund des ungenügend eingestellten Diabetes mellitus und des Verdachts auf ein OSAS um mindestens 50 % reduziert. Vermehrte Pausen seien notwendig. Inwieweit medizinische Massnahmen die Arbeitsfähigkeit noch verbessern könnten, könne aktuell nicht beurteilt werden (vgl. IV-act. 62). Mit Schreiben vom 12. September 2016 bat die IV-Stelle Dr. B.____ um Mitteilung des Verlaufs seit der stationären Behandlung vom Juli 2016 im KSSG, namentlich auch um Mitteilung, ob die Versicherte sämtliche Massnahmen konsequent umgesetzt habe. Falls dies nicht der Fall sei, sei von Interesse, aus welchen Gründen die optimale Diabeteseinstellung



noch nicht erreicht worden sei (vgl. IV-act. 64). Gleichentags forderte die IV-Stelle die Versicherte um Zustellung einer Kopie ihres Diabetes-Tagebuchs ab November 2014 auf (vgl. IV-act. 65). Die Versicherte kam dieser Aufforderung am 19. September 2016 nach (vgl. IV-act. 66 f.). Auf eine Nachfrage seitens der IV-Stelle verwies Dr. B. ___ am 11. Januar 2017 auf seinen Bericht vom 6. April 2016 (vgl. IV-act. 69). Am 21. März 2017 hielt der RAD fest, dass der endokrinologische Bericht einerseits erneut die mangelhafte Mitwirkung der Versicherten bei der Diabeteseinstellung und andererseits die gute Einstellbarkeit der Stoffwechselerkrankung aufgezeigt habe. Bei guter Einstellbarkeit liege die Verantwortung für die Stoffwechselführung und deren Folgen bei der Versicherten. Die eingereichten BZ-Protokolle seien nicht verwertbar, da nicht dokumentiert sei, auf wen sich die Werte beziehen würden, in den meisten Fällen die zeitlichen Angaben fehlen würden und zum Teil unvollständige Tagesprotokolle vorgelegt worden seien. Aufgrund der im Raum stehenden Schulterbeschwerden und Schlafprobleme empfahl der RAD eine Nachfrage beim KSSG (vgl. IV-act. 70; vgl. dazu ferner IV-act. 73 f.). In einem Bericht des KSSG vom ___ April 2017 hiess es, dass es im Juli 2016 nochmals zu einem Rezidivulkus plantar rechts unter dem Metatarsale III rechts gekommen sei. Dieses sei unter stadiengerechter Wundversorgung inklusive Druckentlastung glücklicherweise wieder rasch abgeheilt. Die orthopädische Schuhversorgung sei damals nochmals angepasst worden und die BZ-Kontrolle nach vorübergehend deutlicher Verschlechterung wieder verbessert worden. Vorausgesetzt die Versicherte halte sich an die wiederholt abgegebenen Empfehlungen zur Sekundärprävention lasse sich das Risiko für weitere Komplikationen im Bereich der Füsse deutlich reduzieren. Seitens des Diabetes mellitus bestehe eine uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit. Das diabetische Fuss-Syndrom stehe einer Arbeitsfähigkeit im Wesentlichen ebenfalls nicht entgegen, wobei jedoch eine Tätigkeit gewählt werden sollte, die überwiegend im Sitzen ausgeführt werden könne und kein Herumlaufen oder längeres Stehen (wie z.B. bei der Tätigkeit als Reinigungsfrau) erfordere (vgl. IV-act. 74-4 ff.). In einem Telefonat vom ___ April 2017 teilte das Schlaflabor des KSSG der IV-Stelle mit, dass die Versicherte noch nie vorstellig geworden sei (vgl. IV-act. 75). In seiner Beurteilung vom 7. Juni 2017 kam der RAD zum Schluss, dass die beschriebenen Veränderungen im Bereich des linken Schultergelenks zu weiteren qualitativen Einschränkungen in einer adaptierten Tätigkeit und in der Haushaltstätigkeit führten. Es sollten keine repetitiven Bewegungen über



Mamillenhöhe und kein Heben und Tragen von Lasten über 5-7 kg mit der linken oberen Extremität erforderlich sein (vgl. IV-act. 76).

A.j. Mit Verfügung vom 12. Juni 2017 wies die IV-Stelle das Rentenbegehren der Versicherten bei einem Invaliditätsgrad von 0 % ab (IV-act. 77). Dagegen liess die Versicherte am 5. Juli 2017 beim Versicherungsgericht des Kantons St. Gallen Beschwerde erheben (vgl. IV-act. 81). Am 24. August 2017 hielt der RAD fest, im Beschwerdeverfahren sei angegeben worden, dass finanzielle Gründe einer ausreichenden Diagnostik und Therapie (z.B. einer schlafmedizinischen Abklärung) entgegenstünden. Deshalb schlage der RAD der IV-Stelle vor, die Kosten für eine schlafmedizinische Abklärung zu übernehmen (vgl. IV-act. 97-2). Am 4. September 2017 wiederrief die IV-Stelle ihre Verfügung vom 12. Juni 2017 (IV-act. 98; vgl. ferner IV-act. 99). Mit Verfügung vom 25. September 2017 wurde das hängige Beschwerdeverfahren seitens des Versicherungsgerichts abgeschlossen (vgl. IV-act. 101).

A.k. In einem Abschlussbericht des Zentrums für Schlafmedizin des KSSG vom ____ Januar 2018 über die Konsultationen zwischen dem ____ Oktober 2017 und ____ Januar 2018 wurde die Verdachtsdiagnose eines leichtgradigen obstruktiven Schlafapnoe-Syndroms mit Adipositas-Hyperventilation bestätigt. Weiter hiess es, dass in Zusammenarbeit mit der Z.____ eine nächtliche CPAP-Therapie eingeleitet werde (vgl. IV-act. 107; zu einer kurzzeitigen Hospitalisation aufgrund einer Pneumonie anfangs Januar 2018 vgl. IV-act. 112). Am 20. Februar 2018 berichtete die Z.____ über die erste Verlaufskontrolle unter der CPAP-Therapie zwei Wochen nach der Einschulung. Die Versicherte fühle sich durch die Maske und den Schlauch gestört. Entsprechende Massnahmen seien diskutiert und angewendet worden. Trotzdem sei die Versicherte nicht motiviert, die CPAP-Therapie weiterzuführen. Das OSAS sei somit derzeit unbehandelt. Weitere Kontrollen seien vorderhand nicht vorgesehen (IV-act. 117-5). Am ____ Mai 2018 erklärte die Klinik für Pneumologie und Schlafmedizin des KSSG, dass die Versicherte seit dem ____ Januar 2018 nicht mehr in Behandlung gewesen sei (vgl. IV-act. 114). Am ____ Juni 2018 berichtete Dr. C.____ über eine weiterhin unbefriedigende Diabetes-Einstellung und erneuerte seine Einschätzung, wonach bei diabetischem Fuss-Syndrom eine überwiegend sitzende Tätigkeit gewählt werden sollte, da sonst ein erhöhtes Risiko für eine Rezidivläsion an den Füessen bestehe. In



Tätigkeiten, bei denen die genannte Bedingung berücksichtigt werde, sei die Versicherte nicht eingeschränkt (vgl. IV-act. 116-1 ff.; zum beigelegten Sprechstundenbericht vom __. März 2018 vgl. IV-act. 116-6 f.). In einer Stellungnahme vom 12. Juli 2018 kam der RAD zum Schluss, dass keine Gesundheitsschäden vorlägen, die nach Ausschöpfung der zumutbaren Behandlungsmassnahmen die Arbeitsfähigkeit dauerhaft und erheblich einschränken würden (vgl. IV-act. 118-2).

A.I. Zwischen dem 19. Februar und dem 29. April 2019 wurde die Versicherte im Auftrag der IV-Stelle von der Ärztlichen Begutachtungsinstitut GmbH (ABI) polydisziplinär (allgemeininternistisch, neurologisch, rheumatologisch, psychiatrisch, endokrinologisch und pneumologisch) untersucht (vgl. IV-act. 144-5). In der Konsensbeurteilung ihres Gutachtens vom 15. Mai 2019 (zum Datum des Gutachtens vgl. IV-act. 144-1) nannten die Gutachter folgende Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit: ein metabolisches Syndrom, eine Epicondylitis humeri radialis links, ein chronisches zervikospodylogenes Schmerzsyndrom sowie ein leichtgradiges obstruktives Schlafapnoe-Syndrom und ein Adipositas-Hyperventilations-Syndrom (IV-act. 144-9 f.). Sodann kamen die Sachverständigen zum Schluss, dass die zuletzt ausgeübten Tätigkeiten als Reinigungsangestellte und Produktionsmitarbeiterin ebenso wie ausschliesslich stehende und gehende Arbeiten der Versicherten nicht mehr zumutbar seien. Diese Arbeitsunfähigkeit bestehe mit Sicherheit seit dem Zeitpunkt der Zehenamputation rechts im April 2014. Eine optimal angepasste Tätigkeit (leichte, überwiegend sitzende Tätigkeit ohne höhere Anforderungen an die Kognition mit der Möglichkeit, jederzeit aufstehen und herumgehen zu können, ohne Arbeiten mit häufigem kraftvollem Zupacken der Hände und monotonen, häufig wiederkehrenden Bewegungsabläufen wie Sortierarbeiten, ohne Schichtarbeiten und ohne selbst- und fremdgefährdende Arbeiten) sei der Versicherten während sechs bis acht Stunden pro Tag zumutbar. Während dieser Anwesenheitszeit bestehe eine Einschränkung aufgrund eines erhöhten Pausenbedarfs. Bezogen auf ein Pensum von 100 % sei die Arbeits- und Leistungsfähigkeit auf 70 % zu schätzen. Nach der Zehenamputation am __. April 2014 habe aufgrund der postoperativen Rekonvaleszenz für sechs Monate eine volle Arbeitsunfähigkeit bestanden. Seither könne über die Zeit gemittelt vom obgenannten Arbeits- und Leistungsprofil ausgegangen werden (vgl. IV-act. 144-12 f.).



A.m. Auf eine entsprechende Rückfrage der IV-Stelle (vgl. IV-act. 153), die auch eine vom Rechtsvertreter der Versicherten gestellte Frage beinhaltete (vgl. 149 ff.), erklärten zwei Sachverständige des ABI am 23. September 2019, dass bei der Bemessung der Arbeitsfähigkeit in adaptierten Tätigkeiten im Gutachten eine mögliche Stundenzahl von sechs bis acht Stunden angegeben worden sei. Mit dieser variablen Stundenzahl könne je nach den konkreten Möglichkeiten am Arbeitsplatz dem Pausenbedarf schon weitgehend Rechnung getragen werden, wenn ein Einsatz beispielsweise über zweimal drei Stunden erfolge. Wenn vom Arbeitgeber eine Präsenz von acht Stunden gewünscht sei, seien die Pausen über diese Stunden zu verteilen. Deshalb mache es keinen Sinn, bei der Leistungsreduktion eine fixe Zahl anzugeben. Die Leistungsreduktion bei einer Präsenz von sechs Stunden würde beispielsweise im Rahmen des erhöhten Pausenbedarfs 5 % betragen, bei einer Präsenz von acht Stunden 25 %. Da jedoch eine vollschichtige Tätigkeit möglich sei und die IV-Stelle offensichtlich eine klare Zahl benötige, solle sie sich doch einfach auf die volle Stundenzahl mit der entsprechenden Leistungsreduktion von 30 % beziehen (vgl. IV-act. 154).

A.n. Mit Vorbescheid vom 3. Januar 2020 stellte die IV-Stelle der Versicherten die Abweisung des Rentenbegehrens bei einem Invaliditätsgrad von 30 % in Aussicht (IV-act. 159). Dagegen liess die anwaltlich vertretene Versicherte am 10. Februar 2020 Einwand erheben (vgl. IV-act. 163).

A.o. Nach der Einholung einer weiteren RAD-Stellungnahme (vgl. IV-act. 164) verfügte die IV-Stelle am 13. März 2020 die Abweisung des Rentenbegehrens (IV-act. 165).

B.

B.a. Gegen diese Verfügung erhob die Versicherte (nachfolgend: Beschwerdeführerin), vertreten durch Rechtsanwalt Dr. iur. R. Perdgana, St. Gallen, am 15. Mai 2020 Beschwerde. Sie beantragte, die Verfügung der IV-Stelle (nachfolgend: Beschwerdegegnerin) vom 13. März 2020 sei aufzuheben und ihr sei eine ganze IV-Rente ab Oktober 2014 zuzusprechen; unter Kosten- und Entschädigungsfolge zulasten der Beschwerdegegnerin (vgl. act. G 1). In formeller Hinsicht beantragte sie anstelle eines zweiten Schriftenwechsels die Durchführung einer mündlichen



St.Galler Gerichte

Verhandlung (vgl. act. G 1 S. 3). Ausserdem beantragte sie die unentgeltliche Rechtspflege für das Verfahren vor Versicherungsgericht (vgl. act. G 1 und 4).

B.b. In ihrer Beschwerdeantwort vom 11. August 2020 beantragte die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde (act. G 7).

B.c. Am 1. September 2020 entsprach der verfahrensleitende Richter dem Gesuch um Bewilligung der unentgeltlichen Rechtspflege (Befreiung von den Gerichtskosten und Bewilligung der unentgeltlichen Rechtsverteidigung) für das Verfahren vor Versicherungsgericht (act. G 8).

B.d. Mit Schreiben vom 13. Januar 2021 reichte die Beschwerdeführerin einen Austrittsbericht der Klinik für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates des KSSG vom __ Dezember 2020 ein, wonach am __ Dezember 2020 eine transmetatarsale Amputation des Strahls IV des Fusses rechts erfolgt sei und die Beschwerdeführerin bis zum 15. Januar 2021 zu 100 % arbeitsunfähig sei (vgl. act. G 13 und 13.1).

B.e. Auf eine entsprechende Nachfrage des verfahrensleitenden Richters (vgl. act. G 14) verzichtete die Beschwerdeführerin am 25. Januar 2021 auf eine mündliche Verhandlung, da es ihr gesundheitlich nicht gut gehe (vgl. act. G 15).

B.f. In ihrer Replik vom 6. April 2021 hielt die Beschwerdeführerin an den in der Beschwerde gestellten Anträgen fest (vgl. act. G 21). In formeller Hinsicht stellte sie ein Ausstandsbegehren gegen einen Richter des Versicherungsgerichts (vgl. act. G 21 S. 2 f.).

B.g. In einem Schreiben vom 12. April 2021 hielt die Beschwerdegegnerin an ihrem in der Beschwerdeantwort gestellten Antrag fest und verzichtete auf eine ausführliche Duplik (act. G 23).

B.h. Mit Schreiben vom 15. April 2021 informierte das Versicherungsgericht die Parteien über den Abschluss des Schriftenwechsels. Mit Bezug auf das von der Beschwerdeführerin gestellte Ausstandsbegehren wurde festgehalten, dass der vorliegende Fall aufgrund der massgebenden Zuteilungskriterien der Abteilung III des



Versicherungsgerichts zugewiesen worden sei. Der Richter, welchen die Beschwerdeführerin ablehne, sei nicht Mitglied dieser Abteilung (vgl. act. G 24).

Erwägungen

1.

Vorliegend strittig und zu prüfen ist der Anspruch der Beschwerdeführerin auf eine Invalidenrente.

2.

2.1. Einen Anspruch auf eine Rente der Invalidenversicherung haben Versicherte, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wiederherstellen, erhalten oder verbessern können, während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig gewesen sind und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid sind (Art. 28 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung [IVG; SR 831.20]). Invalidität ist gemäss Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit. Erwerbsunfähigkeit wird in Art. 7 Abs. 1 ATSG als der durch eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichen Arbeitsmarkt definiert. Die Invalidität ist grundsätzlich durch einen Einkommensvergleich zu ermitteln. Dabei wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen kann, in Beziehung gesetzt zum Einkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Art. 16 ATSG).

2.2. Um den Arbeitsfähigkeitsgrad bestimmen 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 (BGE 125 V 261 E. 4). Für das gesamte Verwaltungs- und Verwaltungsgerichtsverfahren gilt der Grundsatz der freien Beweiswürdigung (Art. 61 lit. c ATSG). Danach haben die urteilenden Instanzen die Beweise frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln



sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen und alle Beweismittel unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruchs gestatten. Hinsichtlich des Beweiswerts eines Arztberichts ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten bzw. der Anamnese abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Fachperson begründet sind (BGE 125 V 352 E. 3a mit Hinweis).

3.

3.1.

3.1.1. Die Beschwerdegegnerin stützt sich für die Rentenablehnung in medizinischer Hinsicht in erster Linie auf das ABI Gutachten vom 15. Mai 2019 (vgl. IV-act. 144-12 f.) sowie auf die ergänzende Stellungnahme des ABI vom 23. September 2019 (vgl. IV-act. 154), wonach bei der Beschwerdeführerin in optimal leidensangepassten Tätigkeiten eine 70%ige Arbeitsfähigkeit gegeben sei (vgl. act. G 7). Demgegenüber stellt sich die Beschwerdeführerin auf den Standpunkt, dass ihr eine Präsenz von sechs bis acht Stunden, wie von den ABI-Gutachtern festgehalten, schlicht nicht möglich sei. Eine Präsenz von sechs Stunden sei wohl das Limit. So habe dies auch Dr. B.____ im Arztbericht vom 26. Oktober 2015 festgehalten, wozu sich die Sachverständigen des ABI jedoch nicht geäussert hätten. In einem Gutachten müssten Abweichungen zu anderen fachärztlichen Meinungen zwingend begründet werden bzw. müsse wenigstens auf andere Meinungen eingegangen werden. Da die ABI-Gutachter dies unterlassen hätten, sei am Gutachten zu zweifeln (vgl. act. G 1 S. 8). Ihre Leistungsfähigkeit sei ihrer Einschätzung nach um etwa die Hälfte reduziert. Dr. B.____ sei im Bericht vom 26. Oktober 2015 von einer verminderten Leistungsfähigkeit von einem Drittel bis zur Hälfte ausgegangen (vgl. act. G 1 S. 6 und 21 S. 8).

3.1.2. Das ABI-Gutachten ist in Kenntnis der Vorakten erstellt worden (vgl. IV-act. 144-17 ff.). Der von der Beschwerdeführerin zitierte Bericht von Dr. B.____ vom 26. Oktober 2015 ist den Gutachtern ebenfalls bekannt gewesen. Dessen Inhalt haben sie im Gutachten zusammengefasst wiedergegeben (vgl. IV-act. 144-19). Auf eine detaillierte Auseinandersetzung mit diesem Bericht haben die Gutachter, soweit ersichtlich, zwar tatsächlich verzichtet, jedoch ist dies aufgrund der Gesamtheit der Akten nachvollziehbar. Denn die Einschätzung von Dr. B.____ vom 26. Oktober 2015



(vgl. IV-act. 47-1 ff.) ist im Zeitpunkt der Begutachtung bereits überholt gewesen. Schon am 6. April 2016 hat der RAD festgehalten, dass es unter Vernachlässigung der Stoffwechselführung im September 2015 zum Auftreten eines kleinen Geschwürs gekommen sei. Dieses und die Diabeteseinstellung hätten deutlich gebessert werden können, sodass nach Auskunft der zuständigen Spezialärzte ab Dezember 2015 keine Arbeitsunfähigkeit mehr vorliege. Der Bericht von Dr. B.____ datiere von Oktober 2015, weshalb der günstige Verlauf darin noch nicht erfasst worden sei, und er sei bezüglich Leistungsbeurteilung nicht nachvollziehbar (vgl. IV-act. 55). Dass der RAD die Beurteilung von Dr. B.____ vom 26. Oktober 2015 als nicht nachvollziehbar bezeichnet hat, ist angesichts der Berichte der Fachärzte des KSSG, die weder aufgrund des Diabetes noch des diabetischen Fuss-Syndroms eine zeitliche Einschränkung der Arbeitsfähigkeit angenommen haben (vgl. IV-act. 37-3 f., 51 und 74-4 ff.), verständlich, zumal in den Berichten der Fachärzte auch mehrfach gewisse Zweifel hinsichtlich der Compliance der Beschwerdeführerin geäussert worden sind (vgl. z.B. IV-act. 47-5, 51, 63; und 70). Schliesslich hat aber auch Dr. B.____ in seinem Arztzeugnis vom 6. September 2016 eine - im Vergleich zu derjenigen vom 26. Oktober 2015 - aktuellere Einschätzung der Leistungsfähigkeit abgegeben (vgl. IV-act. 62). Diese wurde im Rahmen des allgemeininternistischen Fachgutachtens des ABI berücksichtigt, auch wenn das Datum des hausärztlichen Berichts im Fachgutachten wohl versehentlich nicht korrekt wiedergegeben worden ist (vgl. IV-act. 144-33). Ebenso hat im allgemeininternistischen Fachgutachten eine Bezugnahme auf den wenig aussagekräftigen Verlaufsbericht von Dr. B.____ vom 15. Juni 2018 (vgl. IV-act. 117-2) stattgefunden (vgl. IV-act. 144-33). Die Einschätzungen von Dr. B.____ haben nach dem Gesagten jedenfalls ausreichend Eingang in das Gutachten gefunden.

3.2.

3.2.1. Weiter moniert die Beschwerdeführerin, es sei nicht nachvollziehbar, weshalb ihre Schulterprobleme plötzlich nicht mehr relevant sein sollten. SLAP-2-Läsionen würden unter nicht operativer Therapie nicht von selbst verschwinden. Es könne somit nicht sein, dass die Schulter zum gutachterlichen Untersuchungszeitpunkt wieder in Ordnung gewesen sei. Bei einer sachgemässen Untersuchung hätte die rheumatologische Gutachterin dies feststellen müssen, zumal in den Vorakten eine SLAP-Läsion aufgrund einer MRT-Untersuchung dokumentiert sei. Hätte sie sich intensiv mit den Vorakten beschäftigt, hätte sie zur SLAP-2-Läsion bzw. zum MRT-Befund Stellung genommen (vgl. act. G 1 S. 8 f. und 21 S. 4 ff.). Das Schulterproblem sei aktuell nicht schmerzhaft, weil sie, die Beschwerdeführerin, nicht arbeite und deshalb die Schulter auch nicht übermässig bewege. Jede Arbeit sei jedoch mit der



Bewegung der Arme verbunden. Folglich wirke sich das strukturelle Problem an der Schulter auf die Arbeit aus. Der RAD habe in seiner Beurteilung vom 7. Juni 2017 denn auch festgehalten, dass die Veränderungen am linken Schultergelenk zu qualitativen Einschränkungen führten, indem keine repetitiven Bewegungen über Mamillenhöhe und kein Heben und Tragen von Lasten über 5-7 kg mit der linken oberen Extremität mehr möglich seien (vgl. act. G 21 S. 4).

3.2.2. Entgegen der Behauptung der Beschwerdeführerin hat die rheumatologische Gutachterin die bildgebend festgestellte SLAP-Läsion nicht unterwähnt gelassen oder in Abrede gestellt. Vielmehr hat sie in ihrem Teilgutachten festgehalten, dass es nach Angaben der Beschwerdeführerin im Frühjahr 2016 zum Auftreten von Schmerzen und Funktionseinschränkungen im Bereich der linken Schulter gekommen sei. Auf Veranlassung des Hausarztes sei am 9. Juli 2016 ein MRI der linken Schulter durchgeführt worden, bei der sich eine SLAP-Läsion mit Partialruptur der langen Bizepssehne sowie eine moderate hypertrophe AC-Gelenksarthrose gezeigt hätten. Die Rotatorenmanschette habe sich unauffällig dargestellt. In der Folge sei die Beschwerdeführerin im Juli 2016 im KSSG untersucht worden. Damals hätten sich keine Hinweise auf eine Frozen shoulder ergeben. Der Impingement-Test sei positiv gewesen. Die Beschwerden seien auf eine AC-Arthropathie zurückgeführt worden. Nach Angaben der Beschwerdeführerin hätten die Schmerzen und Funktionseinschränkungen über die Dauer von ca. einem Jahr bestanden, ehe sie sich innerhalb weniger Tage spontan zurückgebildet hätten. Dieser Verlauf spreche für das Vorliegen einer Frozen shoulder. Bei der aktuellen klinischen Untersuchung sei die Schulter frei beweglich gewesen. Hinweise für eine Rotatorenmanschettenläsion fänden sich in Übereinstimmung mit dem kernspintomographischen Befund vom Juli 2016 nicht. Der Impingement-Test sei negativ gewesen. Die im Juli 2016 gestellten Diagnosen einer AC-Arthropathie und eines Impingement-Syndroms Schulter links seien zum damaligen Zeitpunkt korrekt gewesen. Mittlerweile habe sich die Beschwerdesymptomatik vollständig zurückgebildet (vgl. IV-act. 144-47). Die rheumatologische Gutachterin hat also nicht behauptet, dass keine SLAP-Läsion bestehe. Sie hat aber aufgrund der Angaben der Beschwerdeführerin angenommen, die Beschwerdesymptomatik habe sich zurückgebildet, zumal sich die klinische Untersuchung der linken Schulter im Rahmen der Begutachtung relativ unauffällig dargestellt hat. Die Beschwerdegegnerin hat zu Recht darauf hingewiesen, dass radiologische Befunde für sich allein nicht den Schluss auf eine Arbeitsunfähigkeit zulassen (vgl. act. G 7 S. 6 f. mit Hinweisen auf die bundesgerichtliche Rechtsprechung). Folglich ist es nicht zu beanstanden, dass die rheumatologische



Gutachterin zur Beurteilung einer allfälligen Leistungsminderung auch auf die geklagten Leiden und die in der klinischen Untersuchung erhobenen Befunde abgestellt hat. Im Beschwerdeverfahren stellt die Beschwerdeführerin nun in Abrede, anlässlich der Begutachtung ausgesagt zu haben, sie sei beschwerdefrei (vgl. act. G 1 S. 8 und 21 S. 5). Nicht schmerzhaft sei das Schulterproblem aktuell nur deshalb, weil sie nicht arbeite (vgl. act. G 21 S. 4). Da die Beschwerdeführerin auch im Zeitpunkt der Begutachtung nicht gearbeitet hat, erscheinen die im Gutachten wiedergegebenen Aussagen somit gleichwohl stimmig. Im Übrigen ist aufgrund der Aktenlage anzunehmen, dass die Beschwerdeführerin bereits im Juli 2016, als die SLAP-Läsion festgestellt worden ist (vgl. IV-act. 63 und 74-9 f.), keiner ausserhäuslichen Arbeit nachgegangen ist (vgl. IV-act. 4-3, 12-1 ff., 31-1 und 46-1 ff.). Folglich leuchtet die Argumentation, wonach die Beschwerden nur deshalb geringer seien, da sie nicht arbeite (vgl. act. G 21 S. 4), nicht vollends ein. Jedenfalls legt auch die Aktenlage nahe, dass die Beschwerden an der linken Schulter sich in quantitativer Hinsicht nicht auf die Arbeitsfähigkeit auswirken. Im Austrittsbericht der Klinik für Endokrinologie, Diabetologie, Osteologie und Stoffwechselerkrankungen des KSSG über die vom ____ bis ____ Juli 2016 dauernde Hospitalisation ist nämlich festgehalten worden, dass es unter der angeordneten Schmerztherapie zu einer guten Schmerzkontrolle betreffend die linke Schulter gekommen sei (vgl. IV-act. 63). Anschliessend sind, soweit ersichtlich, keine Behandlungen bezüglich der linken Schulter mehr dokumentiert, was ebenfalls dafür spricht, dass es zu einer Besserung der Beschwerdeproblematik gekommen ist bzw. die Beschwerden unter der Schmerzmedikation gut tolerierbar sind. Dr. B.____ hat in seinem Arzzeugnis vom 6. September 2016 die Arbeitsfähigkeit aufgrund der Schulterproblematik in qualitativer Hinsicht zwar dahingehend als eingeschränkt angesehen, dass der linke Arm nur als Hilfsarm eingesetzt werden könne. Die von ihm attestierte 50%ige Arbeitsunfähigkeit scheint er jedoch in erster Linie aufgrund des ungenügend eingestellten Diabetes mellitus und des Verdachts auf ein OSAS attestiert zu haben (vgl. IV-act. 62). Der RAD hat in seiner Beurteilung vom 7. Juni 2017 den Schulterproblemen ebenfalls keine quantitative Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit beigemessen. Vielmehr hat er lediglich qualitative Kriterien in dem Sinne festgehalten, dass keine repetitiven Bewegungen über Mamillenhöhe und kein Heben und Tragen von Lasten über 5-7 kg mit der linken oberen Extremität erforderlich sein sollten (vgl. IV-act. 76). Diese qualitativen Kriterien dürfte das von den ABI-Gutachtern definierte Zumutbarkeitsprofil mitumfassen. Gemäss den ABI-Sachverständigen ist unter einer optimal angepassten Arbeit nämlich eine leichte, überwiegend sitzende Tätigkeit ohne höhere Anforderungen an die Kognition mit der Möglichkeit, jederzeit aufstehen und herumgehen zu können, zu verstehen. Ausserdem sollten keine Arbeiten mit häufigem



kraftvollen Zupacken der Hände und monotonen, häufig wiederkehrenden Bewegungsabläufen sowie keine selbst- und fremdgefährdenden Arbeiten ausgeführt werden (vgl. IV-act. 144-12). Folglich gibt es keine Anhaltspunkte dafür, dass der Schulterproblematik im ABI-Gutachten ungenügend Rechnung getragen worden ist. Der im Beschwerdeverfahren eingereichte Bericht von Prof. Dr. med. D.____, Facharzt für Allgemeinmedizin, vom 28. März 2021 enthält keine Einschätzung der Arbeitsfähigkeit und beschreibt die Befunde einer Untersuchung, die rund ein Jahr nach Erlass der angefochtenen Verfügung stattgefunden hat (vgl. act. G 21.2). Folglich ist auch dieser Bericht, der keine Rückschlüsse auf den vorliegend relevanten Zeitraum zulässt, nicht geeignet, Zweifel am ABI-Gutachten zu erwecken.

3.3. Die von der Beschwerdeführerin gegen das ABI-Gutachten vorgebrachten Einwände erweisen sich nach dem Gesagten als nicht stichhaltig. Das Gutachten beruht auf eigenständigen Abklärungen und ist für die streitigen Belange umfassend. Die medizinischen Vorakten und die von der Beschwerdeführerin geklagten Leiden sind berücksichtigt worden. Die bescheinigte Arbeitsfähigkeit leuchtet in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation ein. Das Gutachten erscheint in der Zusammenschau mit der Stellungnahme vom 23. September 2019 (vgl. IV-act. 154) als nachvollziehbar und schlüssig (zum Ganzen vgl. IV-act. 144). Weiter bestehen keine Anhaltspunkte dafür, dass objektiv wesentliche Tatsachen im Gutachten nicht berücksichtigt worden wären oder dass sich der Gesundheitszustand zwischen der Begutachtung und dem Erlass der angefochtenen Verfügung vom 13. März 2020 (vgl. act. G 1.1.2) wesentlich verschlechtert hätte (vgl. IV-act. 144 ff.). Der im Beschwerdeverfahren am 13. Januar 2021 eingereichte Austrittsbericht betreffend die Hospitalisation vom ____ bis ____ Dezember 2020 spricht sich zum Gesundheitszustand nach Erlass der angefochtenen Verfügung aus (vgl. act. G 13.1), weshalb er in diesem Beschwerdeverfahren grundsätzlich keine Berücksichtigung finden kann. Im Übrigen wird in dem Bericht lediglich eine vorübergehende Arbeitsunfähigkeit attestiert (vgl. act. G 13.1). Sollte sich aufgrund der weiteren Amputation des 4. Strahls Fuss rechts aber eine für die Arbeitsfähigkeit relevante andauernde und wesentliche Veränderung ergeben haben, steht es der Beschwerdeführerin natürlich frei, sich erneut bei der Beschwerdegegnerin anzumelden. Im vorliegenden Beschwerdeverfahren kann jedoch auf die gutachterliche Arbeitsfähigkeitsschätzung des ABI, wonach sechs Monate nach der Zehenamputation vom ____ April 2014 über die Zeit gemittelt eine 70%ige Arbeitsfähigkeit in leidensangepassten Tätigkeiten anzunehmen sei, abgestellt werden (vgl. IV-act. 154 und 144-12 f.).



4.

4.1. In einem nächsten Schritt ist die Frage zu beantworten, inwiefern die Beschwerdeführerin ihre medizinisch-theoretische Restarbeitsfähigkeit von 70 % auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt noch verwerten kann.

4.2. Die Beschwerdeführerin stellt sich auf den Standpunkt, dass sie mit dem im ABI-Gutachten umschriebenen Tätigkeitsprofil keine Arbeitsstelle mehr finden könne, da es eine solche auf dem Arbeitsmarkt nicht gebe. Die umschriebenen Pausen und deren Umsetzung würden das Finden einer entsprechenden Stelle zusätzlich verkomplizieren. In Anbetracht ihres Alters und der massiven Einschränkungen könne sie keine Stelle mehr finden. Die bevorstehende Rezession spüle ohnehin alle schwächeren Arbeitnehmerinnen aus dem ersten Arbeitsmarkt. Dies seien zwar keine bemessungsrelevanten Gründe; relevant sei aber, dass sie körperlich und seelisch gesundheitlich geschädigt sei und diese Schädigung sie in jeglicher Tätigkeit massiv einschränke (vgl. act. G 1 S. 9; vgl. ferner act. G 21 S. 6).

4.3. Für die Invaliditätsbemessung ist nicht massgeblich, ob eine invalide Person unter den konkreten Arbeitsmarktverhältnissen vermittelt werden kann, sondern einzig, ob sie die ihr verbliebene Arbeitskraft noch wirtschaftlich nutzen könnte, wenn ein Gleichgewicht von Angebot an und Nachfrage nach Arbeitskräften bestünde (ausgeglichener Arbeitsmarkt, Art. 16 ATSG). An der Massgeblichkeit des fiktiven ausgeglichenen Arbeitsmarktes vermag auch der Umstand nichts zu ändern, dass es für die versicherte Person im Einzelfall schwierig oder gar unmöglich ist, im tatsächlichen Arbeitsmarkt eine entsprechende Stelle zu finden. Eine Unverwertbarkeit der Restarbeitsfähigkeit ist hingegen in denjenigen Fällen anzunehmen, in denen die zumutbare Tätigkeit nur in so eingeschränkter Form möglich ist, dass sie selbst der ausgeglichene Arbeitsmarkt praktisch nicht kennt oder sie nur unter nicht realistischem Entgegenkommen eines durchschnittlichen Arbeitgebers möglich wäre und das Finden einer entsprechenden Stelle daher von vornherein als ausgeschlossen erscheint (zum Ganzen Urteil des Bundesgerichts vom 28. November 2014, 9C_485/2014, E. 2 und E. 3.3.1 mit Hinweisen).

4.4. Vorliegend ist davon auszugehen, dass der Beschwerdeführerin im massgebenden Zeitpunkt (vgl. BGE 138 V 461 E. 3.3) auf dem ausgeglichenen fiktiven Arbeitsmarkt Tätigkeiten offen gestanden haben. Der RAD hat in einer Stellungnahme vom 24. Februar 2020 ausgeführt, dass leichte, überwiegend sitzende Tätigkeiten ohne höhere Anforderungen an die Kognition in der freien Wirtschaft vorhanden seien. Zu denken sei z.B. an das Zusammenstecken von Komponenten, Verpackungsarbeiten,



Konfektionierung von Waren oder an eine Tätigkeit im Bereich Qualitätsprüfung von Kleinteilen am Mikroskop. Dass die Beschwerdeführerin jederzeit aufstehen und umhergehen könne, müsste mit dem Arbeitgeber bzw. der Arbeitgeberin abgesprochen werden und sei ja bereits im Rahmen der attestierten 30%igen Arbeitsunfähigkeit berücksichtigt worden. Die genannten Tätigkeiten existierten sowohl in Schichtarbeit als auch mit fester Arbeitszeit. Das Adaptationskriterium "keine häufig wiederkehrende Tätigkeit" sei bei den genannten Tätigkeiten ebenfalls berücksichtigt (vgl. IV-act. 164-1). Selbst wenn die vom RAD vorgeschlagenen Tätigkeiten aufgrund gewisser repetitiver Komponenten ausscheiden sollten, so wäre gleichwohl noch an einfache Überwachungstätigkeiten zu denken, bei denen eine vorwiegend sitzende Tätigkeit mit der gleichzeitigen Möglichkeit, bei Bedarf aufzustehen oder zeitweise umherzugehen, ebenfalls denkbar erscheint.

5.

5.1. Ausgehend von einer 70%igen Arbeitsfähigkeit in einer adaptierten Tätigkeit sind die erwerblichen Auswirkungen der Leistungsbeeinträchtigung zu prüfen. Dabei ist der Invaliditätsgrad anhand eines Einkommensvergleichs zu bestimmen (vgl. E. 2.1 und IV-act. 46).

5.2. In der angefochtenen Verfügung hat die Beschwerdegegnerin sowohl für das Validen- als auch das Invalideneinkommen auf denselben Tabellenlohn der Lohnstrukturhebung des Bundesamtes für Statistik abgestellt (vgl. act. G 1.1.2), was angesichts der beruflichen Karriere der Beschwerdeführerin (vgl. IV-act. 4-3, 12-1 ff., 21-1, 31-1 und 46-1 ff.) nicht zu beanstanden ist. Da demnach beiden Vergleichseinkommen dieselbe Lohnbasis zu Grunde zu legen ist, kann der Einkommensvergleich anhand eines sogenannten Prozentvergleichs durchgeführt werden. Dabei entspricht der Invaliditätsgrad dem Grad der Arbeitsunfähigkeit, allenfalls unter Berücksichtigung eines Abzugs vom Tabellenlohn (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 10. April 2017, 9C_804/2016, E. 2.2 mit Hinweis; zum Tabellenlohnabzug vgl. BGE 126 V 75). Gründe, die einen Tabellenlohnabzug rechtfertigen würden, sind entgegen der Ansicht der Beschwerdeführerin (vgl. act. G 1 S. 7) nicht ersichtlich. Den von der Beschwerdeführerin angeführten Leistungseinschränkungen, die sich aufgrund des Diabetes und des diabetischen Fuss-Syndroms sowie aufgrund des Allgemeinzustandes ergeben (vgl. act. G 1. S. 7), wird mit der gutachterlich attestierten 30%igen Arbeitsunfähigkeit bereits Rechnung getragen. Im Übrigen sei an dieser Stelle auch erwähnt, dass sich die Beschwerdeführerin gegen die Therapie des Schlafapnoe-Syndroms entschieden hat (vgl. IV-act. 117-5) und auch eine nicht über alle Zweifel erhabene Compliance



betreffend Diabeteseinstellung und Druckentlastung bei den Füßen aktenkundig ist (vgl. z.B. IV-act. 47-5, 51, 70, 116-1 ff.). Folglich resultiert im Rahmen des Prozentvergleichs ein rentenausschliessender Invaliditätsgrad von 30 %. Die Beschwerdegegnerin hat einen Anspruch auf eine Invalidenrente somit zu Recht verneint. Zu diesem Ergebnis gelangte man im Übrigen auch, wenn man zugunsten der Beschwerdeführerin einen Tabellenlohabzug von 10 % berücksichtigen würde.

6.

6.1. Im Sinn der vorstehenden Erwägungen ist die Beschwerde gegen die Verfügung vom 13. März 2020 abzuweisen. Das Beschwerdeverfahren ist kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festgelegt (Art. 69 Abs. 1^{bis} IVG). Eine Gerichtsgebühr von Fr. 600.-- erscheint in der vorliegend zu beurteilenden Angelegenheit als angemessen. Der unterliegenden Beschwerdeführerin sind die Gerichtskosten in der Höhe von Fr. 600.-- aufzuerlegen. Zuzugunsten unentgeltlicher Rechtspflege ist sie von der Bezahlung zu befreien.

6.2. Der Staat bezahlt zufolge unentgeltlicher Rechtsverteidigung die Kosten der Rechtsvertretung der Beschwerdeführerin. Die Parteientschädigung wird vom Versicherungsgericht festgesetzt und ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache und nach der Schwierigkeit des Prozesses bemessen (vgl. Art. 61 lit. g ATSG). In der vorliegend zu beurteilenden Angelegenheit erscheint mit Blick auf vergleichbare Fälle eine pauschale Parteientschädigung von Fr. 4'000.-- als angemessen. Diese ist um einen Fünftel zu kürzen (Art. 31 Abs. 3 des Anwaltsgesetzes [AnwG; sGS 963.70]). Somit hat der Staat den Rechtsvertreter des Beschwerdeführers pauschal mit Fr. 3'200.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) zu entschädigen.

6.3. Eine Partei, der die unentgeltliche Rechtspflege gewährt worden ist, ist zur Nachzahlung verpflichtet, sobald sie dazu in der Lage ist (Art. 123 der Schweizerischen Zivilprozessordnung [ZPO; SR 272] i.V.m. Art. 99 Abs. 2 des Gesetzes über die Verwaltungsrechtspflege [VRP; sGS 951.1]).

7.

Da die Gerichtsschreiberin verhindert ist, unterzeichnet den Entscheid stellvertretend eine mitwirkende Richterin (Art. 39^{ter} Abs. 2 VRP).

Entscheid



im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Die Beschwerdeführerin wird von der Bezahlung der Gerichtsgebühr in der Höhe von Fr. 600.-- zufolge unentgeltlicher Rechtspflege befreit.
3. Der Staat entschädigt den Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin zufolge unentgeltlicher Rechtsverteistandung mit Fr. 3'200.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer).