



Fall-Nr.: IV 2020/209
Stelle: Versicherungsgericht
Rubrik: IV - Invalidenversicherung
Publikationsdatum: 25.04.2022
Entscheiddatum: 30.11.2021

Entscheid Versicherungsgericht, 30.11.2021

Art. 28 IVG. Art. 16 ATSG. Rente der Invalidenversicherung. Würdigung von zwei MEDAS-Gutachten (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 30. November 2021, IV 2020/209). Bestätigt durch Urteil des Bundesgerichts 9C_40/2022.

Entscheid vom 30. November 2021

Besetzung

Präsident Ralph Jöhl, Versicherungsrichterinnen Monika Gehrler-Hug und Karin Huber-Studerus; Gerichtsschreiber Tobias Bolt

Geschäftsnr.

IV 2020/209

Parteien

A.____,

Beschwerdeführerin,

vertreten durch Rechtsanwältin lic. iur. Regula Schmid, Engelgasse 2 / Marktplatz,
Postfach 42, 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 im November 2012 zur Früherfassung an (IV-act. 1). Im Früherfassungsgespräch vom 19. November 2012 gab sie an (IV-act. 5), sie habe keine berufliche Ausbildung absolviert. Sie arbeite vollzeitig „in der Handmontage der Produktion“. Seit elf Jahren leide sie an rechtsseitigen Rückenschmerzen, seit drei Jahren leide sie auch in der linken Seite an Rückenschmerzen. Zudem strahlten die Schmerzen nun auch aus. Seit August 2011 sei sie zu 50 Prozent arbeitsunfähig geschrieben. Eine stationäre Behandlung in der Klinik B.____ habe keine wesentliche Verbesserung bewirkt. Der Eingliederungsberater der IV-Stelle empfahl eine Anmeldung zum Leistungsbezug. Bereits Ende November 2012 reichte die Versicherte das ausgefüllte Anmeldeformular ein (IV-act. 8). Die Rheumatologin Dr. med. C.____ teilte in einem Telefonat mit Dr. med. D.____ vom IV-internen regionalen ärztlichen Dienst (RAD) am 29. November 2012 mit (IV-act. 26), die Versicherte leide an einem therapieresistenten lumbo-spondylogenen Syndrom. Vom 21. Juli 2012 bis zum 8. August 2012 sei sie vollständig und anschliessend zu 50 Prozent arbeitsunfähig gewesen. Eine leidensadaptierte Tätigkeit sei ihr grundsätzlich uneingeschränkt zumutbar. Im Austrittsbericht vom 28. November 2012 betreffend die stationäre Behandlung in der Zeit vom 29. Oktober 2012 bis zum 17. November 2012 hielt die Klinik B.____ fest (IV-act. 32), die Versicherte leide an psychologischen Faktoren und Verhaltensfaktoren bei andernorts klassifizierten Krankheiten, an einem chronischen lumbo-spondylogenen Syndrom, an einer arteriellen Hypertonie, an einer Adipositas sowie an einer Hypercholesterinämie. Im Verlauf der stationären Behandlung habe sie nur minime Fortschritte bezüglich der Kraft und der Ausdauer erzielt. Während der Dauer des Aufenthaltes sei ein vermehrtes demonstratives Verhalten aufgefallen. Dieses sei „vor allem nach Besprechung der Arbeitsfähigkeit, welche wir aus



körperlicher Sicht auf 80 Prozent eingestuft hätten, aufgetreten“ (IV-act. 32–2). Die Arbeitsfähigkeit sei deshalb aus psychiatrischer Sicht auf nur 50 Prozent festgelegt worden, „um anfänglich eine weitere Chronifizierungstendenz zu verhindern“ (IV-act. 32–2). Die Versicherte sei aus medizinischer Sicht in der Lage, den Arbeitsfähigkeitsgrad innerhalb von vier Wochen auf 80 Prozent zu steigern. Der Physiotherapeut der Klinik berichtete, dass schon beim Eintritt ein demonstratives Verhalten aufgefallen sei. Damals habe die Versicherte aber immerhin eine Treppe noch im gewöhnlichen Wechselschritt innerhalb von 70 Sekunden bewältigen können. Im Verlauf der Behandlung habe sich die Zeitdauer auf über 140 Sekunden erhöht, wobei sich die Versicherte nicht mehr in der Lage gezeigt habe, die Treppe alternierend zu besteigen. Sie habe sich seufzend und klagend mit beiden Händen am Geländer nach oben gezogen. Der Internist Dr. med. E.____ berichtete am 4. Februar 2013: „Hat immer Schmerzen, 24 Stunden lang, angeblich“ (IV-act. 33–5). Die Rheumatologin Dr. C.____ hielt in einem Verlaufsbericht vom 22. Februar 2013 fest (IV-act. 34), der Gesundheitszustand der Versicherten habe sich verschlechtert. Die Arbeitsfähigkeit werde nicht nur durch das lumbo-spondylogene Syndrom, sondern auch durch eine beidseitige, rechtsbetonte Gonarthrose beeinträchtigt. Die bisherige Tätigkeit sei nicht mehr zumutbar. Für eine leidensadaptierte Tätigkeit könne nur ein Arbeitsfähigkeitsgrad von 50 Prozent attestiert werden. Am 5. April 2013 wurden eine mikrochirurgische Dekompression L4/5 links sowie eine dorso-laterale Spondylodese L4/5 mit einer Vertebroplastie L4 und L5 durchgeführt (IV-act. 45). Der Orthopäde Dr. med. F.____ berichtete am 9. August 2013 (IV-act. 49), der operative und der postoperative Verlauf hätten sich komplikationslos gestaltet. Die Versicherte klage aber immer noch über linksseitige Lumboischialgien mit Gefühlsstörungen, die aber nicht dermatomal „zuortbar“ und auch nicht radiculär bedingt seien. Vorläufig sei sie vollständig arbeitsunfähig. Ab Januar 2014 könne voraussichtlich mit einer Wiedereingliederung begonnen werden. Längerfristig werde die Versicherte die bisherige Tätigkeit aber nicht zu mehr als 50 Prozent ausüben können. Ein Eingliederungsverantwortlicher der IV-Stelle hielt in einem Bericht vom 23. September 2013 unter anderem fest, ihm sei schleierhaft, wie die Versicherte – gemäss ihren eigenen Angaben – täglich die lange Treppe von der Wohnung bis in den Keller bewältigen, dort auf dem Hometrainer trainieren und dann noch Gewichte heben solle, wenn sie gleichzeitig – ebenfalls gemäss ihren eigenen Angaben – kaum in der Lage



sein solle, aufzustehen und nur wenige Schritte zu gehen; zudem müsste das tägliche Trainingsprogramm ja auch eine Wirkung hinterlassen, aber eine solche sei nicht feststellbar (IV-act. 64–3). Am 27. März 2014 berichtete der Psychiater Dr. med. G.____ (IV-act. 76), die Versicherte leide an einer Anpassungsstörung mit Angst und einer depressiven Reaktion gemischt. Sie sei vollständig arbeitsunfähig. Im Auftrag der Krankentaggeldversicherung erstatteten die Orhopädin Dr. med. H.____ und der Psychiater Dr. med. I.____ im April 2014 ein bidisziplinäres Gutachten (Fremdakten). Die orthopädische Sachverständige hielt fest, die Belastbarkeit der Wirbelsäule sei nach der Spondylodese im April 2013 vermindert. Ein nervenwurzelbezogenes neurologisches Defizit bestehe nicht. Der Bewegungsapparat werde durch ein Übergewicht von mehr als 35 Kilogramm erheblich fehl- und überlastet. In den Kniegelenken bestünden rezidivierende Beschwerden bei einer medial und retropatellar betonten Arthrose. Im Befund habe sich ein Anhalt auf Sehnenverkalkungen im Rahmen eines Diabetes mellitus ergeben. Zudem hätten eine Selbstlimitierung und Aggravationstendenzen festgestellt werden können. Anhand der Beschwielung der Fusssohlen und der linken Hand könne eine regelmässige körperliche Aktivität, wie sie die Versicherte angegeben habe, ebenso ausgeschlossen werden wie eine häufige Nutzung des Unterarmgehstocks, mit dem die Versicherte zur Untersuchung erschienen sei. Vorerst sei eine Arbeitsunfähigkeit ausgewiesen. Langfristig würden sich qualitative Einschränkungen für gehende, stehende, aber auch rein sitzende Tätigkeiten ergeben, wobei allerdings für leidensadaptierte Tätigkeiten eine uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit zu attestieren sei. Der psychiatrische Sachverständige Dr. I.____ führte aus, die Versicherte leide an einer leichten, depressiv gefärbten emotionalen Anpassungsstörung mit einem somatischen Syndrom im Rahmen einer chronischen Schmerzproblematik sowie an einer somatoformen Schmerzstörung. Diese Diagnosen wirkten sich nicht auf die Arbeitsfähigkeit aus. Aus psychiatrischer Sicht sei die Versicherte uneingeschränkt arbeitsfähig. In einem Verlaufsbericht vom 25. März 2015 hielt Dr. G.____ fest (IV-act. 101), die Versicherte leide auch an einer somatoformen Schmerzstörung. Die zuletzt ausgeübte Tätigkeit sei schon „sehr angepasst“ und leicht gewesen. Die Versicherte habe keine Gewichte heben und keine Drehbewegungen machen müssen. Sie habe nach Absprache mit den Vorgesetzten Pausen einlegen und sich jeweils sogar kurz hinlegen können. Eine



weitere Anpassung oder Erleichterung sei kaum möglich. Die Versicherte sei vollständig arbeitsunfähig.

A.b. Am 28. September 2015 beauftragte die IV-Stelle die ärztliches Begutachtungsinstitut (ABI) GmbH mit einer polydisziplinären Begutachtung der Versicherten (IV-act. 109). Am 12. Oktober 2015 liess die Versicherte einwenden (IV-act. 113), gemäss der statistischen Auswertung der Zuteilungen über „Suisse-MED@P“ für das Jahr 2013 habe die ABI GmbH über 20 Prozent aller Gutachtensaufträge erhalten. Von einem „Zufallsprinzip“ könne folglich nicht mehr die Rede sein. Zudem fänden sich auf der Website der ABI GmbH Behauptungen über somatoforme Schmerzstörungen, die eine Voreingenommenheit der ABI GmbH nahelegten. Mit einer Zwischenverfügung vom 20. Oktober 2015 „hielt“ die IV-Stelle an der Beauftragung der ABI GmbH „fest“ (IV-act. 115). Diese Zwischenverfügung erwuchs unangefochten in formelle Rechtskraft (IV-act. 117). Am 5. April 2016 erstattete die ABI GmbH das in Auftrag gegebene polydisziplinäre Gutachten (IV-act. 122). Der internistische Sachverständige hielt fest, die Versicherte leide an einem metabolischen Syndrom mit einer Adipositas, einem Diabetes mellitus Typ II, einer Hypercholesterinämie und einer arteriellen Hypertonie, an einem Nikotinabusus sowie an einer Varikosis der Beine. Der Diabetes sei gut eingestellt. Die Hypercholesterinämie sollte medikamentös behandelt werden. Eine Gesundheitsbeeinträchtigung mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit liege aus allgemein-internistischer Sicht nicht vor. Der psychiatrische Sachverständige führte aus, bei der klinischen Untersuchung hätten keine psycho-pathologischen Befunde erhoben werden können. Auch die subjektiven Angaben der Versicherten hätten nicht auf eine Einschränkung im Alltag aufgrund von psycho-pathologischen Symptomen hingewiesen. Aus psychiatrischer Sicht könne lediglich eine Schmerzverarbeitungsstörung diagnostiziert werden, die sich allerdings nicht auf die Arbeitsfähigkeit der Versicherten auswirke. Der orthopädische Sachverständige hielt fest, die Versicherte leide an einem chronischen lumbo-vertebralen Schmerzsyndrom sowie an einer medial und femoro-patellar betonten Gonarthrose beidseits, links mehr als rechts. Die Serumspiegelbestimmung habe gezeigt, dass die Angaben der Versicherten zur regelmässigen Schmerzmitteleinnahme nicht wahrheitsgemäss gewesen seien. Im Rahmen der klinischen Untersuchung habe die Versicherte zwar massive Schmerzen und Einschränkungen angegeben und demonstriert, aber sie habe



Bewegungen – ohne Einschränkungen oder Schmerzäusserungen – ausgeführt, die sie nicht hätte machen können, wenn sie wirklich an den angegebenen und demonstrierten Einschränkungen und Schmerzen gelitten hätte. Die ganze Untersuchung sei von massiven Inkonsistenzen geprägt gewesen, wobei sich anhand der klinischen Befunde allerdings gewisse Beeinträchtigungen im lumbalen Bereich und im Bereich der Knie hätten objektivieren lassen, die allerdings nicht annähernd das Ausmass der angegebenen und demonstrierten Beschwerden erklären könnten. Ein Röntgenbild habe einen Bruch eines Haltestabes links und eine leichte Verbiegung rechts gezeigt, was als ein Zeichen einer möglichen Segmentinstabilität gedeutet werden könnte. Der Versicherten seien körperlich anstrengende Tätigkeiten nicht mehr zumutbar. Für körperlich leichte Tätigkeiten in wechselnden Positionen könne lediglich ein leicht erhöhter Pausenbedarf und damit ein Arbeitsfähigkeitsgrad von 80 Prozent attestiert werden. Die zuletzt ausgeübte Tätigkeit sei gemäss den Angaben in den Akten wohl als leidensadaptiert zu qualifizieren. Der neurologische Sachverständige führte aus, die Versicherte leide an einem chronischen lumbo-spondylogenen Schmerzsyndrom sowie an einem cervico-spondylogenen Schmerzsyndrom. Aus neurologischer Sicht liege allerdings keine Gesundheitsbeeinträchtigung mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit vor, da die Befunde der objektiven klinischen Untersuchung weitestgehend unauffällig gewesen seien. Der neuropsychologische Sachverständige hielt fest, bei der neuropsychologischen Testung habe kein valides Testprofil erstellt werden können. Die Versicherte sei zu stark auf ihre Schmerzen fixiert gewesen. Zudem verfüge sie wohl nur über eine rudimentäre Schulbildung. Nach der Konsensbesprechung hielten die Sachverständigen fest, die Versicherte leide an einem chronischen lumbo-vertebralen Schmerzsyndrom, an einer medial und femoro-patellar betonten Gonarthrose, links mehr als rechts, sowie – ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit – an einer Schmerzverarbeitungsstörung, an einem cervico-spondylogenen Schmerzsyndrom, an einem metabolischen Syndrom, an einem Nikotinabusus und an einer Varikosis der Beine. Körperlich mittelschwer oder schwer belastende Tätigkeiten seien nicht mehr zumutbar. Für körperlich leichte, angepasste Tätigkeiten sei ein Arbeitsfähigkeitsgrad von 80 Prozent zu attestieren, da die Versicherte einen erhöhten Pausenbedarf habe. Zum Verlauf in der Vergangenheit könnten keine sicheren Aussagen gemacht werden. Eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit dürfte allerdings wohl schon vor der



Begutachtung bestanden haben. Der RAD-Arzt Dr. D.____ qualifizierte das Gutachten als überzeugend (IV-act. 124).

A.c. Mit einem Vorbescheid vom 11. Mai 2016 teilte die IV-Stelle der Versicherten mit, dass sie die Abweisung des Rentenbegehrens mangels eines rentenbegründenden Invaliditätsgrades vorsehe (IV-act. 129). Dagegen liess die Versicherte am 16. Juni 2016 einwenden (IV-act. 130), wie befürchtet habe die ABI GmbH eine „nicht näher begründete Arbeitsunfähigkeit von 20 Prozent“ attestiert, wie das so häufig der Fall sei bei ABI-Gutachten. Die Versicherte könne aber wegen ihrer Schmerzen in gar keiner Position länger verharren; sie sei nicht arbeitsfähig. In psychiatrischer Hinsicht liege keine Schmerzverarbeitungsstörung, sondern eine somatoforme Störung vor. In einem Bericht vom 4. November 2015 hatte das Palliativzentrum des Spitals J.____ eine somatoforme Schmerzstörung sowie eine depressive Reaktion diagnostiziert (IV-act. 131). Die ABI GmbH nahm am 8. August 2016 Stellung zu diesem Bericht und den Einwänden der Versicherten (IV-act. 136). Die Sachverständigen hielten fest, ihnen sei nicht klar, was ein „Palliativzentrum“ mit der Sache zu tun habe. Offensichtlich sei es um eine Schmerztherapie gegangen. Den erwähnten Diagnosen liege jedenfalls keine psychiatrische Untersuchung zugrunde. Die Versicherte leide nicht an einer Depression. Bei einer sorgfältigen Auseinandersetzung mit den Diagnosekriterien habe sich auch gezeigt, dass keine somatoforme Schmerzstörung, sondern nur eine Schmerzverarbeitungsstörung vorliege. Massgebend sei aber ohnehin nicht die Diagnose, sondern der klinische Befund. Diesbezüglich zeige sich kein Widerspruch zwischen dem Gutachten der ABI GmbH und dem Bericht des Palliativzentrums des Spitals J.____. Mit einer Verfügung vom 13. Oktober 2016 wies die IV-Stelle das Rentenbegehren der Versicherten ab (IV-act. 138), nachdem diese Stellung zum Schreiben der ABI GmbH vom 8. August 2016 genommen hatte (vgl. IV-act. 137).

A.d. Am 17. Oktober 2016 gingen der IV-Stelle weitere medizinische Berichte ein (IV-act. 140 ff.), unter anderem ein Bericht über eine Computertomographie der Wirbelsäule vom 23. September 2016 (IV-act. 141), in dem festgehalten worden war, dass der linke Stab der Spondylodese L4/5 gebrochen sei. Am 17. November 2016 widerrief die IV-Stelle ihre Verfügung vom 13. Oktober 2016, um weitere Abklärungen durchzuführen (IV-act. 146). Im Januar 2017 wurden der gebrochene Stab und die Schrauben operativ ersetzt. Im Bericht über die Nachkontrolle vom 30. März 2017 hielt



die Klinik für orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates des Kantonsspitals St. Gallen fest (IV-act. 157), der Befund sei zwei Monate nach der Operation unauffällig gewesen. Der Verlauf sei aber „noch sehr mässig“; die Versicherte sei deutlich schmerzgeplagt. In einem Verlaufsbericht vom 15. Juni 2017 wurde der Verlauf als weiterhin mässig beurteilt; die Versicherte hatte angegeben, die Operation sei wirkungslos gewesen (IV-act. 161). Im Januar 2018 berichtete Dr. med. K.____ (IV-act. 181–1 ff.), die Versicherte leide an einer intermittierenden symptomatischen supraventikulären Tachykardie. Im Juli 2017 sei am Kantonsspital St. Gallen eine Isthmusablation bei einem symptomatischen intermittierenden Vorhofflimmern erfolgt. Seit jenem Eingriff hätten sich die Rhythmusstörungen des Herzens wieder etwas beruhigt. Aktuell sei ein Rehabilitationsaufenthalt geplant. In ihrem Austrittsbericht vom 29. März 2018 betreffend die stationäre Behandlung der Versicherten in der Zeit vom 17. Januar 2018 bis zum 27. Februar 2018 hielt die Klinik L.____ fest (IV-act. 198), die Versicherte leide an einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren, an einer rezidivierenden depressiven Störung mit einer gegenwärtig mittelgradigen Episode, an einem chronischen lumbospondylogenen Schmerzsyndrom, an einer Gonarthrose links, an einer intermittierenden symptomatischen supraventikulären Tachykardie, an einem Diabetes mellitus Typ II, an einer arteriellen Hypertonie, an einer Adipositas sowie an einer Reizblasensymptomatik. Sie sei vollständig arbeitsunfähig. Aufgrund der Polymorbidität werde sie wohl nicht mehr arbeitsfähig werden.

A.e. Am 14. Juni 2018 teilte die IV-Stelle der Versicherten mit, dass sie die ABI GmbH mit einer polydisziplinären Verlaufsbeurteilung beauftragen werde (IV-act. 202). Die Versicherte erhob keine Einwände. Am 20. Juli 2018 liess sie einen Bericht des Spitals O.____ vom 16. Juli 2018 zuhanden der Gutachterstelle einreichen (IV-act. 209 f.). Am 22. November 2018 erstattete die ABI GmbH das Verlaufsgutachten (IV-act. 215). Der internistische Sachverständige hielt fest, die Versicherte leide an einem intermittierenden typischen und atypischen Vorhofflattern, an einer mikrozytären hypochromen Anämie unklarer Ursache sowie – ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit – an einem metabolischen Syndrom, an einem chronisch persistierenden Nikotinabusus, an leicht erhöhten Entzündungszeichen unklarer Ätiologie, an einer Varikosis der Beine und an einer subklinischen Hypothyreose. Das



Vorhofflattern, das erst nach der ersten Begutachtung durch die ABI GmbH aufgetreten sei, sei im Juli 2017 radiofrequenzabladiert worden. Eine umfassende kardiologische Abklärung im April 2018 habe gezeigt, dass die linksventrikuläre Auswurffraktion erhalten gewesen sei. Zudem habe anhand der unauffälligen Befunde einer Koronarangiographie eine relevante koronare Herzkrankheit ausgeschlossen werden können. Als Komplikation der Intervention sei ein Aneurysma spurium der rechten Leiste aufgetreten, das im Verlauf chirurgisch saniert werden müssen. Die Versicherte habe in der aktuellen Untersuchung über eine persistierende Belastungsdyspnoe geklagt. Diese könne klinisch nicht nachvollzogen werden, da der Gesamtzustand kardiopulmonal kompensiert gewesen sei, da sich die Halsvenen nicht gestaut gezeigt hätten, da sich über der Lunge keine Knister-Rasselgeräusche hätten auskultieren lassen und da die Versicherte eine umfangreiche kardiologische Medikation eingenommen habe. Grundsätzlich sei es allerdings durchaus möglich, dass die Versicherte intermittierend an tachykarden Entgleisungen leide. Zusammenfassend sei die Versicherte nur reduziert belastbar. Für alle durchgehend mittelschweren oder schweren körperlichen Belastungen müsse aus allgemein-internistischer Sicht eine anhaltende Arbeitsunfähigkeit attestiert werden. Für körperlich leichte, adaptierte Verweistätigkeiten sei eine Arbeitsfähigkeit von „50 Prozent“ (S. 37) zu attestieren. Auf der Folgeseite (S. 38) führte der internistische Sachverständige dann allerdings aus, der Versicherten sei eine maximale Präsenz von „7–8 Stunden pro Tag“ zumutbar; die Arbeitsfähigkeit betrage „80 Prozent“. Der psychiatrische Sachverständige hielt fest, die Versicherte leide an einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren. In der Untersuchung hätten die Schmerzen im Vordergrund gestanden. Da diese eine somatische Komponente aufwiesen, zugleich aber auch eine Tendenz zur Symptomausweitung und Dramatisierung beobachtet werden könne, und da auch psychosoziale Einflüsse überdeutlich seien, sei eine Schmerzverarbeitungsstörung respektive eine somatoforme Schmerzstörung zu diagnostizieren. Eine eigenständige psychische Erkrankung bestehe nicht. Insbesondere leide die Versicherte nicht an einer depressiven Erkrankung. Aus psychiatrischer Sicht sei die Versicherte uneingeschränkt arbeitsfähig. Der orthopädische Sachverständige führte aus, die Versicherte leide an einem chronischen lumbo-vertebralen Schmerzsyndrom, an einer medial und femoro-patellar betonten Gonarthrose, links mehr als rechts, sowie – ohne Auswirkung auf die



Arbeitsfähigkeit – an einem chronischen unspezifischen multilokulären Schmerzsyndrom. Die von der Versicherten geklagten Schmerzen liessen sich zu einem gewissen Teil im lumbalen Abschnitt und in den Knien grundsätzlich nachvollziehen, aber das Ausmass der geschilderten und demonstrierten Einschränkungen sei nicht nachvollziehbar. Insgesamt müsse von einer erheblichen nicht-organischen Beschwerdekomponekte ausgegangen werden. Aus rein orthopädischer Sicht könne für körperlich sehr leichte, überwiegend sitzende Tätigkeiten eine Arbeitsfähigkeit von mindestens 90 Prozent wegen eines erhöhten Pausenbedarfs von maximal zehn Prozent attestiert werden. Der neurologische Sachverständige hielt fest, die Versicherte leide an einem lumbo-vertebralen Schmerzsyndrom ohne ein radiculäres Defizit. Der objektive neurologische Befund sei unauffällig gewesen. Von der Art der Präsentation und der Ausweitung der Beschwerden her bestehe der Verdacht auf eine somatoforme Schmerzstörung, wobei das diskrepante Verhalten bei der Lasègue-Prüfung für eine bewusstseinsnahe Ausweitung spreche. Die von der Versicherten geklagten Beschwerden seien nur zu einem kleinen Teil konsistent und plausibel. Aus neurologischer Sicht sei die Versicherte uneingeschränkt arbeitsfähig. Der neuropsychologische Sachverständige führte aus, in der Testung hätten sich verschiedene Auffälligkeiten gezeigt, die klar auf ein suboptimales Leistungsverhalten hingewiesen hätten. Die durchgängig extrem unterdurchschnittlichen Leistungen seien nicht aussagekräftig. In ihrer Konsensbeurteilung hielten die Sachverständigen fest, aus polydisziplinärer Sicht seien der Versicherten körperlich sehr leichte, überwiegend sitzende wechselbelastende Tätigkeiten zu 80 Prozent zumutbar. Der Gesamtzustand habe sich seit der letzten Begutachtung nicht wesentlich verändert. Die Leistungseinbussen gemäss den verschiedenen Teilgutachten seien nicht zu addieren, da die Versicherte jeweils ein und dieselben Pausen zur Erholung nutzen könne. Der RAD-Arzt Dr. D.____ qualifizierte das Gutachten als überzeugend (IV-act. 216).

A.f. Mit einem Vorbescheid vom 15. Februar 2019 teilte die IV-Stelle der Versicherten mit, dass sie die Abweisung des Rentenbegehrens mangels eines rentenbegründenden Invaliditätsgrades vorsehe (IV-act. 220). Dagegen liess die Versicherte am 25. März 2019 einwenden (IV-act. 223–1 ff.), retrospektiv habe sich das erste orthopädische Teilgutachten der ABI GmbH als unzutreffend erwiesen, denn damals habe keine



Symptomausweitung oder Selbstlimitation, sondern vielmehr eine organische Ursache für die Schmerzen, nämlich der Stabbruch, vorgelegen. Dieser müsse schon kurz nach der Operation im April 2013 eingetreten sein, weshalb die Versicherte zumindest einen Anspruch auf eine befristete Rente für die Vergangenheit habe. Das aktuelle internistische Teilgutachten sei widersprüchlich, weil der Sachverständige einmal einen Arbeitsfähigkeitsgrad von 50 Prozent und einmal einen solchen von 80 Prozent attestiert habe. Der behandelnde Psychiater Dr. G. ___ machte am 25. März 2019 geltend (IV-act. 223–12 ff.), die Sachverständigen der ABI GmbH seien befangen gewesen, weil sie beziehungsweise ihre Arbeitskollegen bereits das erste Gutachten erstellt hätten. Der RAD habe schon am 16. April 2016 für die angestammte Tätigkeit eine vollständige Arbeitsunfähigkeit attestiert. Die Sachverständigen der ABI GmbH hätten die Akten offensichtlich nicht genau studiert, denn sie hätten festgehalten, sie verfügten über keine genauen Kenntnisse bezüglich des letzten Arbeitsplatzes der Versicherten, obwohl dieser doch in den Akten detailliert beschrieben worden sei. Die Sachverständigen hätten zudem nicht beachtet, dass ein Integrationsversuch am bisherigen Arbeitsplatz gescheitert sei. Den Grund dafür hätten nicht unbedingt die Schmerzen, sondern die Einschränkungen der kognitiven Fähigkeiten (Konzentration, Aufmerksamkeit und Durchhaltevermögen) unter der damals bestehenden Medikation gebildet. Der neuropsychologische Sachverständige habe seine Schlussfolgerungen nicht überzeugend begründet. Der psychiatrische Sachverständige habe verkannt, dass die Versicherte an einer depressiven Störung leide, die bloss gegenwärtig remittiert sei. Daraus könne nicht gefolgert werden, die Versicherte habe nie an einer depressiven Störung gelitten. In den Jahren 2013–2018 habe sich die Versicherte immer wieder in stationären Behandlungen befunden, denen jeweils ein ernsthaftes Leiden vorangegangen sei. Die IV-Stelle forderte die ABI GmbH auf, Stellung zu diesen Einwänden zu nehmen. In ihrer Stellungnahme vom 30. April 2019 hielten die Sachverständigen der ABI GmbH fest (IV-act. 228), auf die fachfremden Einwände von Dr. G. ___ sei nicht einzugehen. Im neurologischen Teilgutachten sei klargestellt worden, dass die beiden Rückenoperationen aus neurologischer Sicht nicht indiziert gewesen seien. In der psychiatrischen Beurteilung hätten alle relevanten Parameter darauf hingewiesen, dass die Versicherte nicht an einer eigenständigen depressiven Störung, sondern ausschliesslich an einem Schmerzsyndrom gelitten habe. Zu betonen sei diesbezüglich insbesondere das Verhalten der Versicherten während der



Begutachtung: Sie habe sehr aktiv und engagiert kommuniziert, sie sei während der gesamten Untersuchungsdauer aufmerksam geblieben und sie habe keine Affekteinbrüche gezeigt. An den Schlussfolgerungen im Verlaufsgutachten werde festgehalten. Der RAD-Arzt Dr. D.____ qualifizierte diese Ausführungen als überzeugend (IV-act. 229).

A.g. Die IV-Stelle räumte der Versicherten die Gelegenheit ein, Stellung zu den Ausführungen der ABI GmbH und des RAD zu nehmen (IV-act. 230). Diese liess am 28. Mai 2019 geltend machen (IV-act. 231), die Stellungnahme der ABI GmbH betreffe offensichtlich eine andere Person, denn die Versicherte lese kaum Bücher, schon gar nicht solche mit einem religiösen Inhalt, und sie gehe auch nicht in die Moschee. Sie trage kein Kopftuch und mache schon seit Jahren keinen Ramadan mehr mit. Sie verfolge das Weltgeschehen nicht und sie pflege aktiv keinerlei soziale Kontakte. Der RAD-Arzt Dr. D.____ sah keine Veranlassung, dem Gutachten der ABI GmbH den Beweiswert abzuspochen (IV-act. 232). Mit einer Verfügung vom 26. Juli 2019 wies die IV-Stelle das Rentenbegehren der Versicherten ab (IV-act. 233). Nachdem die Versicherte eine Beschwerde gegen diese Verfügung erhoben hatte (vgl. IV-act. 236), widerrief die IV-Stelle ihre Verfügung am 17. Dezember 2019, um weitere Abklärungen zu tätigen (IV-act. 243). Am 19. Dezember 2019 forderte sie die ABI GmbH auf, den Widerspruch zwischen den beiden vom internistischen Sachverständigen angegebenen Arbeitsunfähigkeitsgraden zu beheben und die Frage zu beantworten, ob sich die Stellungnahme vom 30. April 2019 wirklich auf die Versicherte beziehe (IV-act. 248). Mit einer Verfügung vom 16. Januar 2020 wurde das Beschwerdeverfahren betreffend die widerrufenen Verfügung vom 26. Juli 2019 abgeschlossen (IV 2019/248; vgl. IV-act. 255).

A.h. Die ABI GmbH hielt in einem Schreiben vom 4. Februar 2020 fest (IV-act. 258), weder die IV-Stelle noch die Versicherte (vgl. IV-act. 252) hätten konkrete Fragen gestellt. Deshalb beschränke man sich auf den Widerspruch bezüglich der Arbeitsfähigkeitsschätzung im internistischen Teilgutachten. Bei der Angabe, die Versicherte sei zu 50 Prozent arbeitsfähig, handle es sich um einen Verschieb, wofür man sich entschuldige. Die IV-Stelle ersuchte die ABI GmbH am 17. Februar 2020, Stellung zur Frage zu nehmen, ob in der Ergänzung zum Gutachten vom 30. April 2019 wirklich die Versicherte und nicht eine andere Person beschrieben worden sei (IV-act. 259). Am 23. März 2020 antwortete die ABI GmbH (IV-act. 260), sie könne in keiner



Weise nachvollziehen, weshalb sie nicht die richtige Person beschrieben haben sollte. Dieser nicht nachvollziehbare Vorwurf werde vollumfänglich zurückgewiesen. Zu den Fragen der Versicherten betreffend den Verlauf der Arbeitsfähigkeit sei festzuhalten, dass vorübergehende Phasen mit einer höhergradigen Arbeitsunfähigkeit im Zusammenhang mit medizinischen Behandlungen in der Regel für die Invaliditätsbemessung irrelevant seien. Da hier aber offenbar ein Interesse an einer genaueren Spezifizierung des Verlaufs bestehe, werde kurz darauf eingegangen. Von April bis mindestens Juni 2013 sei die Versicherte während der postoperativen Rekonvaleszenzphase vorübergehend vollständig arbeitsunfähig gewesen. Von Januar 2017 bis längstens September 2017 sei sie im Rahmen einer weiteren postoperativen Rekonvaleszenzphase ebenfalls vollständig arbeitsunfähig gewesen. Der RAD-Arzt Dr. D.____ notierte im April 2020, er schliesse sich den Einschätzungen der Sachverständigen der ABI GmbH vollumfänglich an (IV-act. 261). Mit einem Vorbescheid vom 17. April 2020 kündigte die IV-Stelle der Versicherten an, dass sie weiterhin die Abweisung des Rentenbegehrens vorsehe (IV-act. 264). Dagegen liess diese am 26. Mai 2020 einwenden (IV-act. 267), beim Attest des internistischen Sachverständigen der ABI GmbH, die Versicherte sei zu 50 Prozent arbeitsunfähig, habe es sich keineswegs um einen Verschrieb gehandelt, denn der Sachverständige habe auf eine Verschlechterung im Vergleich zur Voruntersuchung im Jahr 2016 und auf die Möglichkeit einer Verbesserung der Arbeitsfähigkeit durch geeignete medizinische Massnahmen hingewiesen, was sich nicht mit dem Attest einer Arbeitsfähigkeit von 80 Prozent vereinbaren lasse. Offensichtlich sei das Teilgutachten nachträglich korrigiert worden, wobei man aber die entsprechende Passage übersehen habe. Selbstverständlich könne die ABI GmbH ein solches Vorgehen nicht zugeben, weshalb sie lapidar behauptet habe, es handle sich um einen Verschrieb. Zu den Fragen nach einer allfälligen vorübergehenden Invalidität habe die ABI GmbH gar keine Stellung genommen. Insbesondere seien die Sachverständigen nicht auf den Umstand eingegangen, dass nach dem Entdecken des Stabbruchs nicht mehr von einer Aggravation im Rahmen der ersten Begutachtung ausgegangen werden können. Die Behauptung der Sachverständigen, sie hätten in ihrer ergänzenden Stellungnahme vom 30. April 2019 die Versicherte und nicht eine andere Person beschrieben, überzeuge nicht. Einmal mehr habe die ABI GmbH demonstriert, wie unsorgfältig sie ihre Gutachten erstelle. Das Gutachten sei jedenfalls wertlos. Mit einer Verfügung vom



24. August 2020 wies die IV-Stelle das Rentenbegehren der Versicherten ab (IV-act. 268).

A.i. Am 25. September 2020 äusserte Dr. K.____ gegenüber der IV-Stelle (IV-act. 269–1), er könne gar nicht glauben, dass die Verfügung vom 24. August 2020 wirklich die Versicherte betreffe, denn diese sei gemäss seiner Einschätzung keineswegs arbeitsfähig. Der Eingabe lagen verschiedene medizinische Berichte bei: Das Zentrum M.____ hatte am 3. April 2020 berichtet (IV-act. 269–3 ff.), die Versicherte leide an einer rezidivierenden Varizenblutung aus kleinen intrakutanen Venektasien beider Unterschenkel bei einer primären Varikose. Die Situation sei stabil. Die begonnene Kompressionstherapie könne fortgesetzt werden. Medizinisch sei eine Varizenblutung prinzipiell nie bedrohlich. Die Klinik L.____ hatte am 1. Mai 2020 über eine stationäre Behandlung in der Zeit vom 19. Februar 2020 bis zum 13. März 2020 berichtet und festgehalten (IV-act. 269–8 ff.), die Versicherte leide an einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren, an einer rezidivierenden depressiven Störung mit einer gegenwärtig mittelgradigen Episode, an einer spontan sistierten Varizenblutung am rechten Unterschenkel, an degenerativen Wirbelsäulenveränderungen, an einer Arthrose in der Schulter, im Knie, im Grosszehengrundgelenk und an der Hüfte, an einer hypertensiven Herzkrankheit, an einer arteriellen Hypertonie sowie an einem Diabetes mellitus Typ II. Im Rahmen der stationären Behandlung hätten keine Erfolge erzielt werden können. Der Kardiologe Dr. med. N.____ hatte am 15. Mai 2020 berichtet (IV-act. 269–17 f.), das Holter sei unauffällig ausgefallen, weshalb die Therapie unverändert fortgesetzt werden sollte. Mindestens einmal pro Jahr sollte eine Laborkontrolle durchgeführt werden.

B.

B.a. Bereits am 24. September 2020 hatte die Versicherte (nachfolgend: die Beschwerdeführerin) eine Beschwerde gegen die Verfügung vom 24. August 2020 erheben lassen (act. G 1). Ihre Rechtsvertreterin hatte die Aufhebung der angefochtenen Verfügung und die Zusprache einer ganzen Rente mit Wirkung ab August 2013 beantragt. Zur Begründung hatte sie ausgeführt, Dr. C.____ habe bereits ab Juli 2012 eine Arbeitsunfähigkeit attestiert, die sich im Verlauf zwischen 50 Prozent und 100 Prozent bewegt habe. Die Sachverständigen der ABI GmbH seien nicht in der



Lage gewesen, sich im Rahmen der ersten Begutachtung im Jahr 2016 zum Verlauf der Arbeitsfähigkeit in den drei, vier Jahren davor zu äussern. Die ABI GmbH habe wie üblich eine Arbeitsfähigkeit von 80 Prozent attestiert. Nachträglich habe sich herausgestellt, dass ein Stab der Spondylodese gebrochen gewesen sei. Damit sei die Behauptung der ABI GmbH, die von der Beschwerdeführerin angegebenen Schmerzen hätten keine organische Ursache gehabt, widerlegt gewesen. Die Beschwerdeführerin habe zumindest einen Anspruch auf eine befristete Rente. Im Verlaufsgutachten habe der internistische Sachverständige eine Arbeitsunfähigkeit von 50 Prozent attestiert. Die nachträgliche Ergänzung vom 30. April 2019 beschreibe offensichtlich die falsche Person. Auf ein derart fehlerhaftes Gutachten könne nicht abgestellt werden. Bei der Beschwerdeführerin handle es sich nicht „nur“ um eine Schmerzpatientin mit einer Depression, denn sie leide auch an multiplen körperlichen Beschwerden. Ihre Schwägerin müsse fast den ganzen Haushalt für sie machen.

B.b. Die IV-Stelle (nachfolgend: die Beschwerdegegnerin) beantragte am 30. Dezember 2020 die Abweisung der Beschwerde (act. G 6). Zur Begründung führte sie an, die beiden Gutachten der ABI GmbH seien überzeugend begründet worden. Ein Hinweis darauf, dass der Arbeitsfähigkeitsgrad bereits vor der Untersuchung auf 80 Prozent festgesetzt worden wäre, sei nicht ersichtlich. Die Beschwerdeführerin habe bereits anlässlich der psychiatrischen Untersuchung angegeben, dass sie Bücher lese, ab und zu in die Moschee gehe und soziale Kontakte pflege. Weshalb sie nun plötzlich das Gegenteil behaupte, sei nicht nachvollziehbar und wecke Zweifel an ihren Aussagen während der Begutachtung. Das Gutachten der ABI GmbH zeige ohnehin diverse Inkonsistenzen auf. Am 5. Januar 2021 reichte die Beschwerdegegnerin eine Stellungnahme des RAD vom 3. Dezember 2020 nach (act. G 8). Der RAD-Arzt Dr. D.____ hatte geltend gemacht (act. G 8.1), das vom Venenzentrum M.____ beschriebene Venenleiden habe keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit. Der Bericht der Klinik L.____ enthalte keinen Hinweis auf eine relevante Veränderung des Gesundheitszustandes der Versicherten seit der Begutachtung. Auffallend sei, dass die behandelnden Ärzte und die Rechtsvertreterin der Versicherten mit keiner Silbe auf die zahlreichen Inkonsistenzen respektive Hinweise auf eine Aggravation eingegangen seien.

B.c. Die Beschwerdeführerin liess am 25. Januar 2021 an ihren Anträgen festhalten und neu eventualiter die Einholung eines Gerichtsgutachtens beantragen (act. G 10).



B.d. Die Beschwerdegegnerin hielt am 23. Februar 2021 an ihrem Antrag fest und wies darauf hin, dass auf die in der Replik vom 25. Januar 2021 geltend gemachten Ausstands- und Befangenheitsgründe nicht eingegangen werden könne, weil diese vor der Begutachtung hätten vorgebracht werden müssen (act. G 12).

Erwägungen

1.

Dieses Beschwerdeverfahren bezweckt die Überprüfung der angefochtenen Verfügung vom 24. August 2020 auf deren Rechtmässigkeit, weshalb sein Gegenstand jenem des vorangegangenen Verwaltungsverfahrens entsprechen muss. Dieses hat die Prüfung einer Anmeldung zum Bezug einer Rente vom November 2012 zum Inhalt gehabt. Folglich ist in diesem Beschwerdeverfahren zu prüfen, ob die Beschwerdeführerin in der Zeit nach November 2012 einen Anspruch auf eine Rente der Invalidenversicherung gehabt hat.

2.

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

2.2. Die Beschwerdeführerin hat keine Berufsausbildung absolviert. Nach ihrer Einreise in die Schweiz hat sie ausschliesslich Hilfsarbeiten verrichtet. Ihre Validenkarriere entspricht folglich jener einer typischen Hilfsarbeiterin, was bedeutet, dass das Valideneinkommen dem statistischen Zentralwert der Hilfsarbeiterinnenlöhne entspricht.

2.3. Für die Bestimmung des zumutbarerweise erzielbaren Invalideneinkommens sind medizinische Aussagen dazu, welche Tätigkeiten in welchem Umfang zumutbar sind,



massgebend. Die Beschwerdegegnerin hat die ABI GmbH mit der Erstellung eines polydisziplinären Gutachtens und später mit der Erstellung eines polydisziplinären Verlaufsgutachtens beauftragt. Die Beschwerdeführerin hat die Auftragserteilung an die ABI GmbH akzeptiert. Ihre Eingaben an die Beschwerdegegnerin und an das Versicherungsgericht enthalten zwar verschiedene pauschale Einwendungen gegen die ABI GmbH, aber diese Vorbringen zielen nicht darauf ab, eine Befangenheit der Sachverständigen der ABI GmbH im vorliegenden konkreten Einzelfall zu belegen, sondern sie sollen offenbar nur dazu dienen, generelle Zweifel an der Zuverlässigkeit eines Gutachtens der ABI GmbH zu wecken. Die Kernbegründung lautet, die ABI GmbH sei befangen, weil sie wirtschaftlich von den IV-Stellen abhängig sei. Das genügt allerdings nicht für den Nachweis einer (generellen) Befangenheit der ABI GmbH. Die IV-Stellen sind verpflichtet, das geltende Recht objektiv und unparteiisch anzuwenden, weshalb sie von Gesetzes wegen daran interessiert sein müssen, möglichst objektive und überzeugend begründete Gutachten zu erhalten. Will eine MEDAS möglichst viele Aufträge von den IV-Stellen erhalten, muss sie also sorgfältige Gutachten erstellen, was augenscheinlich nicht nur im Interesse der IV-Stellen, sondern auch im Interesse der Versicherten ist. Mit unsorgfältigen, tendenziösen oder „versichertenfeindlichen“ Gutachten würde eine MEDAS einer IV-Stelle einen Bärendienst erweisen, da ein solches Gutachten keine taugliche Beweisgrundlage darstellen würde und sich die IV-Stelle folglich gezwungen sähe, eine Begutachtung durch eine andere MEDAS in Auftrag zu geben. Die wirtschaftliche Abhängigkeit der MEDAS von den IV-Stellen würde also nur dann eine Befangenheit der Sachverständigen zulasten der Versicherten bewirken, wenn auch die IV-Stellen befangen, das heisst nicht an der objektiven Rechtsanwendung, sondern an der Einsparung von Rentenausgaben interessiert wären. Eine solche generelle Befangenheit aller IV-Stellen könnte aber nur vorliegen, wenn dies von der Aufsichtsbehörde toleriert würde, womit auch diese dem Anschein nach befangen wäre. Wenn also behauptet wird, dass eine MEDAS befangen sei, weil sie wirtschaftlich von den IV-Stellen abhängig ist, schlösse das notwendigerweise auch eine Befangenheit sämtlicher IV-Stellen und des Bundesamtes für Sozialversicherungen mit ein. Tatsächlich ist aber eine solche umfassende und systematische Befangenheit des gesamten Verwaltungsapparates der Invalidenversicherung nicht ersichtlich, weshalb der Vorwurf, die ABI GmbH sei befangen, weil sie so viele Aufträge von den IV-Stellen erhalte, haltlos ist. Die Behauptung der Rechtsvertreterin der Beschwerdeführerin, der Zufallsmechanismus über die Plattform „SuisseMED@P“ werde unterlaufen, ist ebenso haltlos. Das Zufallsprinzip leistet nämlich entgegen anderslautender Behauptungen keinen Beitrag zur Unabhängigkeit oder Unparteilichkeit der Sachverständigen, weil die IV-Stellen nicht befangen sind und weil folglich auch die wirtschaftliche Abhängigkeit einer



MEDAS von den IV-Stellen keine Befangenheit der Sachverständigen begründen kann. Selbst wenn die IV-Stellen befangen wären, würde der Zufallsmechanismus keine Abhilfe leisten, da die begrenzte Zahl von MEDAS, die eine Tarifvereinbarung mit dem Bundesamt für Sozialversicherung geschlossen haben, ihre Gutachten in jedem Fall für eine befangene IV-Stelle erstellen würden, ob ihnen der Auftrag nun „zufällig“ oder gezielt zugeteilt würde. Zusammenfassend besteht keine Veranlassung, den beiden Gutachten der ABI GmbH ungeachtet ihres Inhaltes den Beweiswert abzuspochen.

2.4. In den Akten finden sich keine Hinweise, die darauf hindeuten würden, dass die mit der Begutachtung der Beschwerdeführerin beauftragten Sachverständigen der ABI GmbH befangen gewesen wären. Die Sachverständigen der ABI GmbH haben die Beschwerdeführerin sowohl im Rahmen der ersten als auch im Rahmen der zweiten Begutachtung umfassend persönlich untersucht und befragt. Zudem haben sie die medizinischen Vorakten eingehend gewürdigt. Sie haben deshalb über eine umfassende Kenntnis vom für ihre Beurteilung massgebenden medizinischen Sachverhalt verfügt. Die Beschwerdeführerin hat zwar in Bezug auf eine nachträgliche Stellungnahme der ABI GmbH vom 30. April 2019 geltend gemacht, sie könne unmöglich die von der ABI GmbH beschriebene Person sein, weil sie keine Bücher, schon gar keine mit einem religiösen Inhalt lese, weil sie höchstens einmal pro Jahr in die Moschee gehe und weil sie (aktiv) keine sozialen Kontakte pflege. Aber sie hatte bereits im Rahmen der zweiten Untersuchung gegenüber dem psychiatrischen Sachverständigen der ABI GmbH angegeben, dass sie nachmittags gerne albanische Bücher mit einem religiösen Inhalt lese, dass sie durchaus am Weltgeschehen interessiert sei, dass sie Besuche durch die Söhne des Schwagers, die Schwägerin und durch Freunde erhalte und dass sie etwa drei- bis viermal pro Jahr die Moschee aufsuche (IV-act. 215–42). Schon bei der ersten Begutachtung hatte sie angegeben, dass sie lese, wenn sie Zeit habe (IV-act. 122–12), und dass sie eine gute Beziehung zu Verwandten pflege (IV-act. 122–14). Die nachträgliche Behauptung, sie lese keine Bücher, sie gehe maximal einmal pro Jahr in die Moschee und sie pflege keine sozialen Kontakte, erweckt Zweifel an der Glaubwürdigkeit der Aussagen der Beschwerdeführerin. Die Behauptung, die Sachverständigen hätten in ihrer Stellungnahme vom 30. April 2019 offensichtlich eine andere Person, aber nicht die Beschwerdeführerin beschrieben, lässt sich nicht nachvollziehen. Unter Berücksichtigung sämtlicher Akten besteht kein ernsthafter Zweifel daran, dass es bei der ABI GmbH *nicht* zu einer Verwechslung von versicherten Personen gekommen ist. Die Sachverständigen der ABI GmbH haben anschaulich aufgezeigt, dass der Gesamteindruck von massiven Inkonsistenzen und von einer Aggravation geprägt gewesen ist. Sie haben nur geringfügig auffällige objektive klinische Befunde erheben



können, die die subjektiven Angaben und die Beschwerdepräsentation nicht haben erklären können. In internistischer Hinsicht ist der Gesamtzustand kardiopulmonal kompensiert gewesen. Bei der klinischen Untersuchung hat sich gezeigt, dass die Halsvenen nicht gestaut gewesen sind und dass keine Knister-Rasselgeräusche über der Lunge haben auskultiert werden können. Die Laboruntersuchung hat ergeben, dass die Beschwerdeführerin die verschriebene, umfangreiche kardiologische Medikation eingenommen hat. Angesichts dieses unauffälligen klinischen Befundes hat der internistische Sachverständige nur eine leichte Reduktion der Belastbarkeit für leichte sowie eine vollständige Arbeitsunfähigkeit für belastende Tätigkeiten attestieren können. Diese Schlussfolgerung ist angesichts der minimalen objektiven klinischen Befunde überzeugend. Der orthopädische Sachverständige hat zwar bei der klinischen Untersuchung objektive Anhaltspunkte für die von der Beschwerdeführerin geklagten Schmerzen im lumbalen Abschnitt und in den Knien feststellen können, aber er hat aufgezeigt, dass diese objektiven klinischen Befunde so geringfügig ausgeprägt gewesen sind, dass sie für ideal leidensadaptierte, das heisst körperlich sehr leichte, überwiegend sitzende Tätigkeiten maximal eine Einschränkung von zehn Prozent wegen eines leicht erhöhten Pausenbedarfs haben begründen können. Für das von der Beschwerdeführerin geschilderte und demonstrierte Ausmass der Schmerzen hat die objektive klinische Untersuchung keine Erklärung liefern können. Der neurologische Sachverständige hat bei der klinischen Untersuchung überhaupt keine Auffälligkeiten objektivieren können. Auch in psychiatrischer Hinsicht ist der objektive klinische Befund weitestgehend unauffällig gewesen. Abgesehen von der von der Beschwerdeführerin geltend gemachten ausgeprägten Schmerzproblematik hat der psychiatrische Sachverständige der ABI GmbH keine relevanten Auffälligkeiten feststellen können. Er hat überzeugend darauf hingewiesen, dass der Zusammenhang zwischen der Schmerzstörung, den reaktiven Verstimmungen und den psychosozialen Faktoren offensichtlich sei. Dass die Sachverständigen der ABI GmbH den massgebenden medizinischen Sachverhalt sorgfältig abgeklärt und gewürdigt haben, zeigt im Übrigen auch das erste orthopädische Teilgutachten: Der orthopädische Sachverständige hatte nämlich den Bruch des Verbindungsstabes erkannt und diese Tatsache überzeugend in seine medizinische Würdigung einfliessen lassen (IV-act. 122–32). Entgegen der Behauptung der Beschwerdeführerin hat jene Komplikation keineswegs die übertriebenen Schmerzangaben und Beschwerdepräsentationen erklären können, denn objektiv klinisch hat dieser Bruch – wenn überhaupt – nur eine gewisse Instabilität im Bereich der Lendenwirbelsäule bewirken können. Bereits einer der ersten Berichte überhaupt, nämlich der Austrittsbericht der Klinik B.____ vom 17. November 2012, zeigt anschaulich eine massive Beschwerdeverdeutlichung auf, die kaum anders als eine Aggravation interpretiert werden kann. Der Physiotherapeut hat in



seinem Teilbericht festgehalten, dass sich die mehr oder weniger normale Gehfähigkeit der Beschwerdeführerin im Rahmen der dreiwöchigen Behandlung ohne jede organische Erklärung – von der Beschwerdedarstellung her – so stark verschlechtert habe, dass die Beschwerdeführerin sich nur noch mit beiden Händen am Handlauf eine Treppe habe hochziehen können, was unter Berücksichtigung der damals minimalen körperlichen Beschwerden als eine geradezu absurde theatralische Darstellung interpretiert werden muss. Die Sachverständigen der ABI GmbH haben in ihren beiden Gutachten überzeugend aufgezeigt, dass unter Ausblendung der massiv übertriebenen Beschwerdedarstellung kaum ein organisches oder psychiatrisches „Substrat“ verbleibe, das eine relevante Einschränkung der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin erklären würde. Die behandelnden Ärzte haben in ihren Berichten und Stellungnahmen die offenkundige Diskrepanz zwischen den subjektiven Angaben und dem objektiven klinischen Befund, die ja bereits im ihnen bekannten Austrittsbericht der Klinik B.____ vom 17. November 2012 deutlich dargestellt worden war, konsequent ignoriert. Dies verstärkt den bereits aufgrund des Auftragsverhältnisses bestehenden objektiven Anschein der Befangenheit. Die Kritik der behandelnden Ärzte an den Gutachten der ABI GmbH ist deshalb nicht geeignet, wesentliche Zweifel an der Überzeugungskraft der beiden Gutachten zu wecken. Schliesslich erweist sich auch die Behauptung der Rechtsvertreterin als unzutreffend, die ABI GmbH habe die Arbeitsfähigkeitsschätzung des internistischen Sachverständigen nachträglich „korrigiert“. Der internistische Sachverständige hat nämlich nur geringe Auffälligkeiten hinsichtlich des massgebenden objektiven klinischen Befundes feststellen können und er hat – damit übereinstimmend – ein Pensum von „7–8 Stunden pro Tag“ als zumutbar erachtet, was dem auf derselben Seite des Gutachtens (S. 38) attestierten Arbeitsfähigkeitsgrad von 80 Prozent entspricht. Es besteht keine Veranlassung, die nachträgliche Erklärung der ABI GmbH, bei dem auf der S. 37 des Gutachtens festgehaltenen Arbeitsfähigkeitsgrad von 50 Prozent handle es sich um einen Verschieb, anzuzweifeln. Entgegen der Behauptung der Rechtsvertreterin der Beschwerdeführerin stimmt nämlich das Attest einer um 20 Prozent eingeschränkten Arbeitsfähigkeit mit der Aussage überein, der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin habe sich im Vergleich zur ersten Begutachtung aus internistischer Sicht verschlechtert. Bei der ersten Begutachtung war nämlich aus internistischer Sicht noch eine uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit attestiert worden. Auch die Aussage, durch medizinische Massnahmen liesse sich die Arbeitsfähigkeit weiter steigern, steht nicht im Widerspruch zum Attest einer Arbeitsfähigkeit von 80 Prozent, denn auch ein Arbeitsfähigkeitsgrad von 80 Prozent lässt sich steigern, nämlich um maximal 20 Prozent, was über eine Arbeitswoche hinweg immerhin der Arbeitsleistung von einem ganzen Arbeitstag entspricht.



Zusammenfassend besteht kein Zweifel an der Überzeugungskraft der beiden Gutachten der ABI GmbH, weshalb mit dem erforderlichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit feststeht, dass die Beschwerdeführerin von April 2013 bis mindestens Juni 2013 und von Januar 2017 bis längstens September 2017 vollständig arbeitsunfähig gewesen ist, während in der übrigen Zeit ideal leidensadaptierte Tätigkeiten zu 80 Prozent zumutbar gewesen sind (vgl. IV-act. 215–14 und IV-act. 260). Wie der RAD-Arzt Dr. D.____ in seiner überzeugenden Aktenwürdigung festgehalten hat, besteht kein Grund zur Annahme, dass sich der massgebende medizinische Sachverhalt nach der zweiten Begutachtung durch die ABI GmbH in einer für den Rentenanspruch relevanten Weise verändert hätte. Diese Arbeitsfähigkeitsschätzung gilt deshalb für die Zeit bis zum Abschluss des Verwaltungsverfahrens mit dem Erlass der angefochtenen Verfügung vom 24. August 2020.

2.5. Die Invalidenkarriere besteht in der Ausübung einer ideal leidensadaptierten Hilfsarbeit, was bedeutet, dass der Ausgangswert des zumutbarerweise erzielbaren Invalideneinkommens dem statistischen Zentralwert der Hilfsarbeiterinnenlöhne und damit dem Valideneinkommen entspricht. Bei der Berechnung des Invaliditätsgrades kann der Betrag mathematisch keine Rolle spielen. Der Invaliditätsgrad ist also anhand eines sogenannten Prozentvergleichs zu berechnen, das heisst er entspricht dem Arbeitsunfähigkeitsgrad, allenfalls korrigiert um einen dem sogenannten Tabellenlohnabzug analogen Abzug. Dieser Abzug trägt dem Umstand Rechnung, dass die Beschwerdeführerin die ihr aus medizinischer Sicht zumutbare Restarbeitsfähigkeit wegen ihrer Gesundheitsbeeinträchtigung nicht mit demselben betriebswirtschaftlich-ökonomischen Erfolg wie eine gesunde Person verwerten kann, die dieselbe Tätigkeit im selben Pensum (80 Prozent) ausübt. Das ist auf die Tatsache zurückzuführen, dass jeder sich strikt betriebswirtschaftlich verhaltende Arbeitgeber aus der Anstellung eines Arbeitnehmers einen möglichst hohen „Gewinn“ erzielen muss. Dieser „Gewinn“ entspricht der Differenz zwischen dem ökonomischen Mehrwert, den der Arbeitnehmer für den Arbeitgeber generiert, und den Kosten, die dem Arbeitgeber durch die Beschäftigung eines Arbeitnehmers entstehen, nämlich den Lohn- und Lohnnebenkosten sowie den indirekten Kosten. Diese indirekten Kosten umfassen unter anderem die Kosten für die Einarbeitung und die Überwachung des Arbeitnehmers, aber auch jene Kosten, die anfallen, wenn der Arbeitnehmer krankheitsbedingt nicht zur Arbeit erscheint oder wenn er seine Arbeit nicht konstant zuverlässig verrichtet. Bei krankheitsbedingten Absenzen muss der Arbeitgeber nämlich kurzfristig für einen Ersatz sorgen, damit der Betriebsablauf möglichst ungestört bleibt. Eine unzuverlässige oder schwankende Arbeitsleistung mindert den



Mehrwert der Arbeitsleistung, was betriebswirtschaftlich zu einer Reduktion des aus der Anstellung resultierenden „Gewinns“ des Arbeitgebers führt. Ein sich strikt betriebswirtschaftlich verhaltender Arbeitgeber wird nur jenen Arbeitnehmern einen Lohn in der Höhe des dem Arbeitspensums entsprechenden Anteils des statistischen Zentralwertes ausrichten, die (mindestens) einen durchschnittlichen „Gewinn“ für ihn erzielen. Ist der von einem Arbeitnehmer geschaffene ökonomische Mehrwert unterdurchschnittlich oder sind die indirekten Kosten überdurchschnittlich hoch, wird dieser Arbeitnehmer von einem sich strikt betriebswirtschaftlich verhaltenden Arbeitgeber nur einen diese „Gewinneinbusse“ kompensierenden tieferen Lohn erhalten. Diesem rein betriebswirtschaftlichen Umstand trägt der sogenannte Tabellenlohnabzug Rechnung. Würde den betriebswirtschaftlich-ökonomischen Nachteilen, mit denen sich eine versicherte Person gesundheitsbedingt bei der Verwertung ihrer Restarbeitsfähigkeit im konkreten Einzelfall konfrontiert sieht, nicht Rechnung getragen, würde bei der Festsetzung des Invalideneinkommens im Ergebnis ein Soziallohnanteil berücksichtigt, was eine nicht strikt ökonomische und damit gesetzwidrige Bemessung des Invaliditätsgrades zur Folge hätte. Die Gesundheitsbeeinträchtigung der Beschwerdeführerin wirkt sich in einer ideal leidensadaptierten Tätigkeit nur geringfügig aus. Ein Abzug von mehr als zehn Prozent kommt jedenfalls nicht in Frage. Der Invaliditätsgrad beträgt folglich *maximal* 28 Prozent (= $100\% - 90\% \times 80\%$). Die Beschwerdeführerin hat also keinen Anspruch auf eine Rente.

2.6. Nach der Praxis des Versicherungsgerichtes des Kantons St. Gallen bleibt zu prüfen, ob die Beschwerdeführerin für die Vergangenheit einen Anspruch auf eine befristete Rente hat. Obwohl sie in der Zeit zwischen November 2012 (Anmeldung zum Leistungsbezug) und August 2020 (Abschluss des Verwaltungsverfahrens) zweimal für eine längere Zeit vollständig arbeitsunfähig gewesen ist, besteht kein Anspruch auf eine befristete Rente. Die erste postoperative Rehabilitationsphase im Frühjahr 2013 hat nämlich nur wenige Wochen gedauert, was offensichtlich nicht als eine „länger dauernde“ Erwerbsunfähigkeit im Sinne des Art. 8 Abs. 1 ATSG qualifiziert werden kann. Die zweite Rehabilitationsphase im Jahr 2017 hat zwar deutlich länger gedauert, gemäss den Angaben der Sachverständigen der ABI GmbH nämlich *maximal* neun Monate. Aber auch dieser Zeitraum kann nicht als „länger dauernd“ im Sinne des Art. 8 Abs. 1 ATSG qualifiziert werden, denn bis zum Beginn jener Phase im Januar 2017 ist die Beschwerdeführerin für leidensadaptierte Hilfsarbeiten und damit auch für die zuletzt ausgeübte, als ideal leidensadaptiert zu qualifizierende Tätigkeit (vgl. IV-act. 101–5) zu 80 Prozent arbeitsfähig gewesen, was bedeutet, dass sie erst im Januar 2017 wieder neu arbeitsunfähig geworden ist. Selbst wenn man die Regel des Art. 29^{bis}



IVV „analog“ anwenden würde, hätte damit das Wartejahr neu zu laufen begonnen, weil die letzte Phase einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit im Frühjahr 2013 damals mehr als drei Jahre in der Vergangenheit gelegen hatte. Die vorübergehende vollständige Arbeitsunfähigkeit im Jahr 2017 hat weniger als ein Jahr gedauert, weshalb die Beschwerdeführerin nach dem (erneuten) Ablauf des Wartejahres bereits seit Monaten nicht mehr vollständig arbeitsunfähig gewesen ist. Damit steht fest, dass die Beschwerdeführerin weder einen befristeten noch einen unbefristeten Rentenanspruch gehabt hat. Die angefochtene Verfügung erweist sich als rechtmässig.

3.

Die Beschwerde ist abzuweisen. Die Gerichtskosten von 600 Franken sind der unterliegenden Beschwerdeführerin aufzuerlegen. Sie sind durch den von ihr geleisteten Kostenvorschuss von 600 Franken gedeckt. Die unterliegende Beschwerdeführerin hat keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung.

Entscheid

im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Die Beschwerdeführerin hat die Gerichtskosten von 600 Franken zu bezahlen; diese sind durch den von der Beschwerdeführerin geleisteten Kostenvorschuss von 600 Franken gedeckt.
3. Das Begehren um eine Parteientschädigung wird abgewiesen.