

SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2014/264 vom 2. März 2015

Sg Versicherungsgericht, 2015-03-02, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg_publicationen_IV_2014_264

FR: SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2014/264 du 2 mars 2015

IT: SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2014/264 del 2 marzo 2015

Regeste

Art. 28 IVG. Rentenanspruch. Beweiswürdigung medizinisches Gutachten. Höhe Tabellenlohnabzug (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 2. März 2015, IV 2014/264).

Erwägungen

E. 1

Streitig und zu prüfen ist einerseits, ob die Beschwerdeführerin Anspruch auf eine höhere als die ab 1. Dezember 2013 zugesprochene halbe Invalidenrente hat und andererseits der Zeitpunkt des Rentenbeginns (1. März 2013).

E. 2.1

Am 1. Januar 2004 sind die neuen Normen der 4. IV-Revision, am 1. Januar 2008 sind die im Zuge der 5. IV-Revision revidierten Bestimmungen und am 1. Januar 2012 jene der IV-Revision 6a des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG; SR 831.20), der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV; SR 831.201) und des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) in Kraft getreten. In materiell-rechtlicher Hinsicht gilt der allgemeine übergangsrechtliche Grundsatz, dass der Beurteilung jene Rechtsnormen zu Grunde zu legen sind, die bei Erlass des angefochtenen Entscheids beziehungsweise im Zeitpunkt gegolten haben, als sich der zu den materiellen Rechtsfolgen führende Sachverhalt verwirklicht hat (vgl. BGE 127 V 467 E. 1, 126 V 136 E. 4b, je mit Hinweisen). Die angefochtenen Rentenverfügungen sind am 17. April 2013 ergangen (IV-act. 246), wobei ein Sachverhalt zu beurteilen ist, der vor dem Inkrafttreten der revidierten Bestimmungen der 4., 5. und 6a IV-Revision begonnen hat (Anmeldung vom 21. August 2006, IV-act.1). Daher und aufgrund dessen, dass der Rechtsstreit eine Dauerleistung betrifft, über die noch nicht rechtskräftig verfügt wurde, ist entsprechend den allgemeinen intertemporalrechtlichen Regeln für die Zeit bis 31. Dezember 2007 bzw. bis 31. Dezember 2011 auf die damals geltenden Bestimmungen und ab 1. Januar 2012 auf die neuen Normen der 6a IV-Revision abzustellen (vgl. zur 4. IV-Revision: BGE 130 V 445 ff.; Urteil des Bundesgerichts vom 7. Juni 2006, I 428/04, E. 1). Nachfolgend werden die seit 1. Januar 2012 gültigen Bestimmungen des ATSG und IVG wiedergegeben, soweit nicht ausdrücklich auf die altrechtlichen Bestimmungen verwiesen wird.

E. 2.2

Nach der Rechtsprechung des Eidgenössischen Versicherungsgerichts ist die richterliche Überprüfung einer Verwaltungsverfügung grundsätzlich auf den Zeitraum bis zum Erlass dieser Verfügung beschränkt; nachträgliche Sachverhalts- und Rechtsänderungen werden

nicht berücksichtigt (Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG; seit 1. Januar 2007: Sozialrechtliche Abteilungen des Bundesgerichts] vom 28. August 2003, I 596/02, E. 1.1). Die angefochtenen Verfügungen sind am 17. April 2014 (IV-act. 246) ergangen. In der vorliegenden Angelegenheit ist daher einzig der bis zum 17. April 2014 eingetretene Sachverhalt zu beurteilen.

E. 3.1

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Sie kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 IVG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch 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 ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG).

E. 3.2

Anspruch auf eine Rente haben Versicherte, die a.) ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können; b.) während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40% arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) sind; und c.) nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40% invalid (Art. 8 ATSG) sind (Art. 28 Abs. 1 IVG). Nach Art. 28 Abs. 2 IVG besteht ein Anspruch auf eine ganze Invalidenrente, wenn die versicherte Person mindestens zu 70 %, auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens zu 60 %, auf eine halbe Rente, wenn sie mindestens zu 50 %, oder auf eine Viertelsrente, wenn sie mindestens zu 40 % invalid ist.

E. 3.3

Bei Teilerwerbstätigen (bzw. bei Personen, die ohne die Behinderung teilerwerbstätig wären) bemisst sich die Invalidität für den nichterwerblichen Teil nach der Einschränkung im bisherigen Aufgabenbereich (sogenannte 'gemischte Methode', Art. 28a Abs. 2 und 3 IVG). Für den Erwerbsbereich ist demgegenüber der Invaliditätsgrad gemäss Art. 28a Abs. 1 IVG auf Grund eines Einkommensvergleichs zu bestimmen (Art. 16 ATSG). Dazu 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 könnte (sogenanntes Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (sogenanntes Valideneinkommen).

E. 3.4

Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung bzw. das Gericht auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung stellen. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeit die versicherte Person arbeitsunfähig ist. Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 125 V 256 E. 4).

E. 3.5

Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob er für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen in der Expertise begründet sind (BGE 125 V 351 E. 3a).

E. 4

Zu prüfen ist zunächst, ob die vorliegende medizinische Aktenlage eine hinreichende Grundlage für die Beurteilung eines allfälligen Rentenanspruches bietet.

E. 4.1

Ausschlaggebende medizinische Grundlage für die Beurteilung des Rentenanspruches und zugleich hauptsächlicher Streitgegenstand bildet das (zweite) ABI-Gutachten vom 25. November 2013 (IV-act. 226). Dieses basiert auf einer allgemeininternistischen, psychiatrischen und nunmehr auch auf einer otorhinolaryngologischen, orthopädischen und neurologischen Untersuchung. In der Gesamtheit ergaben die Abklärungen folgende Diagnosen (mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit): 1.) Tetraspastik unklarer Aetiologie (ICD-10 G82.4), bei Verdacht auf frühkindliche Schädigung, mit sensorineuraler Schwerhörigkeit und Dysarthrie (DD relativ blande verlaufende multiple Sklerose, ICD-10 G 35); 2.) Chronisches lumbovertebrales Schmerzsyndrom (ICD-10 M54.5/Z98.8), mit/bei Status nach interlaminärer Fensterung LWK5/SWK1 rechts mit Nukleotomie in mikrochirurgischer Technik am 19.12.2003 (Neurochirurgie KSSG), Status nach Isthmotomie L5, Wurzeldekompression und Nukleotomie LWK5/SWK 1 rechts am 16.11.2005 (Neurochirurgie KSSG), Status nach interlaminärer Fenestration LWK4/5 rechts, Sequesterentfernung und Zwischenwirbelraumausträumung am 18.1.2006 (Neurochirurgie KSSG), Status nach Laminektomie LWK5 mit Austräumung einer Rezidivhernie LWK4/SWK1 beidseits und Transplantatfusion mit Eigenknochen LWK4/5 am 31.10.2006 (Dr. S. Oh), Status nach Dekompression mit interkorporeller und dorsolateraler Spondylodese LWK4-SWK1 am 17.10.2008 (Dr. D.____), radiologisch kein Hinweis für Implantatlockerung oder Neurokompression (Röntgen und MRI 5.9.2013); 3.) Chronisches zervikovertebrales Schmerzsyndrom (ICD-10 M54.2/Z98.8), mit/bei Status nach ventraler Mikrodiskektomie, Foraminotomie sowie Implantation von Bandscheibenprothesen HWK4/5/6/7 am 25.3.2012 (Dr. D.____), radiologisch regelrechter postoperativer Befund (Röntgen 25.4.2013); 4.) Pantonale, hochtonakzentuierte Schallempfindungsschwerhörigkeit beidseits (ICD- 10 H90.3) mit Zustand nach binauraler Hörgeräteversorgung. Ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit stellten die ABI-Ärzte die Diagnosen einer leichten depressiven Episode (ICD-10 F 32.0), eines Verdachts auf diabetische Stoffwechsellage, einer latenten Hypothyreose, asymptotisch, eines Status nach CTS-Op 2001 und anamnestisch Status nach Kniearthroskopie wahrscheinlich rechts vor mindestens zwanzig Jahren.

E. 4.2.1

Aus psychiatrischer Sicht konnte der begutachtende (ABI-) Facharzt Dr. med. F.____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, bei der Beschwerdeführerin keine Krankheit mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit feststellen. Es bestünden zwar verminderte Freudeempfindungsfähigkeit, erhöhte Ermüdbarkeit, Appetitverminderung, Schuldgefühle und Schlafstörungen. Dies führe zu einer leichten depressiven Episode, die aber in ihrem

Schweregrad keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit habe. Bei der Beschwerdeführerin liege zudem eine chronische Schmerzproblematik mit Rückenschmerzen und somatischen Korrelaten vor. Dies müsse aus somatischer Sicht beurteilt werden. Eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung könne jedenfalls nicht diagnostiziert werden.

E. 4.2.2

Die Beschwerdeführerin berichte ferner über Konzentrationsschwierigkeiten (wegen ihrer Schmerzen). Im Untersuchungsgespräch habe sie sich aber (trotz Schmerzen) konzentrieren können; die Anamneseerhebung sei möglich gewesen und sie habe auch ihre Lebensdaten angeben können. Sie könne zudem kurze Strecken selber mit dem Auto fahren. Das spreche gegen eine deutliche Konzentrationsstörung. Die Beschwerdeführerin erhalte zudem ein Antidepressivum verordnet, das im Medikamentenspiegel aber nicht nachweisbar sei.

E. 4.2.3

Insgesamt liege bei der Beschwerdeführerin ein chronischer Verlauf vor, aber auch eine deutlich ausgeprägte Krankheits- und Behinderungsüberzeugung. Vielleicht bestünden bei ihr etwas auffällige Persönlichkeitszüge mit einer eher nach aussen gerichteten Beschwerdedarstellung. Diese reiche aber für die Achse-II-Diagnose einer Persönlichkeitsstörung nicht. Dagegen spreche vor allem auch der Verlauf mit vor der Erkrankung normaler Sozialisation und voller Leistungsfähigkeit. Im Ergebnis bestehe aus psychiatrischer Sicht keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit; die leichte depressive Episode wirke sich nicht einschränkend auf die Arbeitsfähigkeit aus. Der Beschwerdeführerin könne aus psychiatrischer Sicht zugemutet werden, einer ihrer körperlichen Einschränkung angepassten Tätigkeit ganztags und ohne Leistungseinschränkung nachzugehen.

E. 4.2.4

Hinsichtlich des Verlaufs kam der psychiatrische Gutachter zum Schluss, es könne rückwirkend auf das erste ABI-Gutachten abgestellt werden. Dort war noch keine psychiatrische Diagnose gestellt worden (IV-act. 159-18, ebensowenig im bidisziplinären Gutachten durch Dr. G.____, IV-act. 81-16). Mittlerweile bestehe aber eine leichte depressive Episode. Sollte es im Verlauf zu einer Verschlechterung der Depression kommen, sollte auch eine fachärztliche psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung erfolgen. Ausserdem müsste mit der Beschwerdeführerin die regelmässige Medikamenteneinnahme besprochen werden. Es mache keinen Sinn, Lyrica und Ciprexal zu verordnen, wenn sie diese nicht regelmässig einnehme. Allenfalls könnte die zusätzliche Einnahme eines sedierenden und schmerzmodulierenden Antidepressivums, auch in niedriger Dosierung, hilfreich sein.

E. 4.3.1

In somatischer Hinsicht bestätigt die orthopädische Untersuchung, dass die klinischen und radiologischen Befunde die von der Beschwerdeführerin geklagten Leiden der zervikalen und lumbalen Wirbelsäule begründen. Der Gutachter hielt auch fest, dass die Beschwerdeführerin bei der Untersuchung ausgezeichnet kooperiert habe, weshalb die ausführliche Untersuchung im Stehen, Gehen, Sitzen und Liegen problemlos habe durchgeführt werden können. Gemäss Gutachter kam es seit dem ersten ABI-Gutachten auf rein orthopädischer Ebene insgesamt nicht zu einer Veränderung der Arbeitsfähigkeit. Es scheine aber eine erhebliche neurologische Problematik zu bestehen. Nach den am 15. November 2011 und 25. März 2013 vorgenommenen Eingriffen könne vorübergehend von

einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit für körperlich leichte Tätigkeiten von längstens 6 Monaten ausgegangen werden. Anschliessend sei wiederum von einer Arbeitsfähigkeit von 70% auszugehen, wie bereits der frühere Gutachter Dr. H.____ ausgeführt habe. Demgegenüber sei die Beurteilung von Dr. D.____ vom 28. Mai 2013 widersprüchlich und nicht nachvollziehbar, wenn dieser einerseits den Einsatz als Putzfrau bis auf Weiteres für nicht mehr möglich, andererseits aber für 4.5 Stunden täglich doch zumutbar halte.

E. 4.3.2

Dr. med. I.____, Facharzt für Neurologie, hält in seiner Beurteilung eingangs fest, dass die Anamnese der Beschwerdeführerin von "unglaublich vielen" operativen Wirbelsäuleneingriffen geprägt sei - insgesamt sei die Beschwerdeführerin in den letzten zehn Jahren sechs Operationen an der LWS und einer Operation an der HWS unterzogen worden. Diese Eingriffe und die weiterhin bestehenden (zervikalen und lumbalen) Schmerzen stünden ganz im Vordergrund. In der Untersuchung findet der Neurologe eine leichte rechts- und beinbetonte Tetraspastik, womit auch die diskrete Hypästhesie im Gesichtsbereich in Zusammenhang stehen könnte. Er diskutiert ausführlich die Aetiologie der Tetraspastik: Ursache könnte eine frühkindliche Hirnschädigung im Rahmen der Frühgeburt sein, zusammen mit der sensorineuralen Schwerhörigkeit und leichten Dysarthrie, allenfalls auch lediglich im Sinn einer Vorschädigung mit späterer Verschlechterung; oder es könnte, wie schon Dr. J.____ vermutet habe, in Richtung einer Encephalomyelitis disseminata gehen, was von Dr. J.____ allerdings bei unauffälligem MRI des Schädels ausgeschlossen worden sei. Es könnte auch eine funktionelle Komponente haben (differenzialdiagnostisch somatoforme Schmerzstörung); dagegen würden die vielen Operationen sprechen. Aufgrund des degenerativen HWS-Syndroms sei auch eine zervikale Myelopathie zu berücksichtigen, welche allerdings die sehr lebhaften Armeigenreflexe nicht erklären würde. Unabhängig der unklaren Aetiologie sei aber die Tetraspastik funktionell relevant. Bezüglich der rechtsbetonten Fussheberschwäche dürfte es sich um eine unglückliche Kombination einer peripher radikulären sowie zentralen Läsion handeln. Der Neurologe hielt schliesslich eine Vielzahl von Leistungseinschränkungen und Ausschlüssen bezüglich der Arbeitsfähigkeit fest. Alle Tätigkeiten mit schwerem Heben und Tragen oder in Zwangshaltungen könnten nicht verrichtet werden (was auch orthopädischerseits festzulegen sei). Aufgrund der spastischen Gangstörung könnten Tätigkeiten mit Anforderungen an das Gleichgewichtsvermögen oder überwiegend im Stehen oder Gehen durchgeführte Arbeiten nicht ausgeführt werden. Arbeiten, welche eine beidhändige, besondere Anforderung an die Feinmotorik stellten, seien nicht möglich. Die Schwerhörigkeit und die Dysarthrie (Sprechstörung) würden Arbeiten mit Publikumsverkehr einschränken. Für mögliche Tätigkeiten sei bei einer 8-stündigen Präsenz nur mit einer Leistung von 5-6 Stunden einer gesunden Person zu rechnen. Gesamthaft sei die Arbeitsfähigkeit auf 50% eingeschränkt. Der Beginn der neurologischen Einschränkung sei schwierig festzustellen; einerseits sei eine Verschlechterung der Befunde aufgrund der Unterlagen zu 2007 und 2008 festzustellen, andererseits verlaufe die Verschlechterung offenbar schleichend. Behelfsmässig werde als Beginn der März 2013 angesetzt, der Zeitpunkt der HWS-Operation. Sollte eine weitere Verschlechterung sich ergeben, sollte nochmals der Versuch einer Ursachenabklärung erfolgen. Mit einer Besserung sei nicht zu rechnen, im günstigsten Fall bleibe der Zustand stationär.

E. 4.3.3

Dr. med. K.____, FMH Otorhinolaryngologie, stellt schliesslich fest, dass der Hörverlust der Beschwerdeführerin nach dem Social Index 50% rechts und 64% links betrage. Mit der Hörgeräteversorgung werde aber eine deutliche Besserung erreicht. Dennoch sei die Beschwerdeführerin im Rahmen von Gesprächen mit mehreren Personen oder unter gesteigertem Umgebungsgeräuschpegel weiterhin auditiv eingeschränkt, so dass sie intermittierend sogar auf Lippenlesen angewiesen sei. In auditiv angepassten Tätigkeiten sei sie aber aus otorhinolaryngologischer Sicht nicht eingeschränkt.

E. 4.4

Insgesamt beruht das ABI-Gutachten auf umfassenden Untersuchungen. Die von der Beschwerdeführerin geklagten Leiden werden sowohl in den somatischen und psychiatrischen Teilgutachten als auch im Gesamtgutachten berücksichtigt. Die Gutachter berücksichtigen zudem ausführlich die Anamnese und die Vorakten. So sind die zahlreichen medizinischen Akten einzeln aufgelistet, wichtige Vorakten werden inhaltlich zusammengefasst und in den Teilgutachten auch gewürdigt. Die Schlussfolgerungen sind nachvollziehbar begründet. Es besteht kein Anlass, die Arbeitsfähigkeitsschätzung von insgesamt 50% in Zweifel zu ziehen, wie es die Beschwerdegegnerin in der Beschwerdeantwort erstmals tut (act. G 4 Rz 5). Selbst wenn die Beschwerdeführerin während einer 8-stündigen Präsenz eine Leistung von 5-6 Stunden erbringen kann, wie der Neurologe anführt, so bedeutet das nicht ohne Weiteres eine Arbeitsfähigkeit von knapp 70%. Die neurologischen Einschränkungen gehen erheblich weiter, als bereits aufgrund der orthopädischen Befunde zu schliessen ist, wovon offensichtlich sowohl der orthopädische Gutachter wie der neurologische Gutachter ausgehen. Die Einschätzung von 50% Arbeitsunfähigkeit insgesamt - unter Berücksichtigung des vermehrten Pausenbedarfs und der eingeschränkten neurologischen Leistungsfähigkeit - gibt zu keinen Zweifeln Anlass. Im Rahmen dieses Gutachtens wird sodann der Verlauf des Gesundheitszustands dargestellt und gewürdigt. Danach ist es spätestens seit der letzten HWS-Operation im März 2013 zu einer nicht mehr bloss vorübergehenden, sondern anhaltenden Verschlechterung gekommen, während die früheren Beurteilungen weiterhin als gültig erachtet werden (IV-act. 226-37).

E. 4.5.1

Die Beschwerdeführerin beanstandet, das ABI-Gutachten nehme zum Arztbericht von Dr. L.____ (vom 21. Mai 2013; IV-act. 211-1 ff) inhaltlich keine Stellung. Der Bericht von Dr. L.____ wird im ABI-Gutachten als wichtiges Vordokument angeführt und die Kernaussagen zusammengefasst (IV-act. 226-11). Es darf daher davon ausgegangen werden, dass die Ausführungen von Dr. L.____ im ABI-Gutachten beachtet wurden. So wird die von Dr. L.____ aufgeworfene Problematik der Wirbelsäule insbesondere im orthopädischen Teilgutachten (S. 37 und 27 des ABI-Gutachtens) eingehend untersucht und beurteilt. Insoweit wird der Standpunkt von Dr. L.____ im Gutachten berücksichtigt, auch wenn er dort nicht (mehr) namentlich erwähnt wird.

E. 4.5.2

Die wesentliche Diskrepanz zwischen dem ABI-Gutachten und dem Bericht von Dr. L.____ liegt in der unterschiedlichen Einschätzung der Arbeitsunfähigkeit. Während die ABI-Ärzte insgesamt eine Arbeitsunfähigkeit von 50% attestieren, hält Dr. L.____ an einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit fest. Im Gegensatz zum ABI-Gutachten ist der Bericht von Dr. L.____ sehr kurz und rudimentär gehalten. Eine eingehende Begründung zur

Einschätzung der Arbeitsfähigkeit fehlt. Seine Einschätzung der vollständigen Arbeitsunfähigkeit wird zudem von keinem anderen Arzt geteilt. Schliesslich gilt es zu berücksichtigen, dass ein den Beweisanforderungen grundsätzlich genügendes medizinisches Gutachten (BGE 125 V 351 E. 3a und b S. 352) nicht in Frage gestellt werden kann und kein Anlass zu weiteren Abklärungen besteht, wenn und sobald die behandelnden Ärzte nachher zu einer unterschiedlichen Beurteilung gelangen oder an vorgängig geäusserten abweichenden Auffassungen festhalten, ohne dass dafür objektive Gesichtspunkte aufgezeigt werden, die geeignet sind, zu einer anderen Beurteilung zu führen (Urteil des Bundesgerichts vom 29. Juli 2009, 9C_830/2007, E. 4.3).

E. 4.6.1

Keine grundsätzlich neuen erheblichen Befunde enthält sodann der Arztbericht von Dr. E.____ vom 12. November 2013. Diese berichtete, dass sich die Beschwerdeführerin bei ihr zu einer stationären Schmerztherapie begeben habe. Die Beschwerdeführerin klagt über einen konstanten Schmerz tief lumbal mit Ausstrahlung Richtung Gesäss und zum Teil auch die Oberschenkelrückseite entlang maximal zur Wade. Es sei daher vom 1. bis 6. November 2013 eine stationäre Schmerztherapie mit Einlage eines Katheters auf Lendenwirbelhöhle durchgeführt worden. Zu einer Schmerzbesserung sei es nicht gekommen. Im Verlauf (der Behandlung) habe die Beschwerdeführerin ausgeprägte Zitterattacken im Bereich der Beine entwickelt, so dass sie vorübergehend nicht gehfähig gewesen sei. Aktuell sei sie aber wieder selbständig gehfähig. Die Zitterattacken interpretiere sie (die Neurologin) als dissoziative Symptomatik. Die Befunde der klinisch-neurologischen Untersuchung (ausgesprochen lebhaftes Reflexniveau inklusiv unerschöpflichem ASR-Klonus, aber Fehlen von Pyramidenzeichen) könnten auch zu einer Myelopathie zervikal passen. Leider habe die Beschwerdeführerin das vorhandene Bildmaterial trotz Aufforderung nicht mitgebracht und sie (die Neurologin) habe auch keine Kenntnis der klinischen Befunde vor und nach der Operation an der Halswirbelsäule. Die Weiterbetreuung sei in der Klinik M.____ geplant. Bei Status nach sechs Eingriffen an der lumbalen Wirbelsäule und persistierenden chronischen Rückenschmerzen könne von einem Status nach Failed back surgery ausgegangen werden (IV-act. 224).

E. 4.6.2

Die RAD-Ärztin N.____ hielt dazu fest, die Zitterattacke und die anschliessende Behinderung der Gehfähigkeit hätten sich wieder normalisiert und seien deshalb nicht mehr relevant. Der klinische Befund der Neurologin decke sich im Übrigen mit jenem im neurologischen Gutachten. Ausserdem habe die Neurologin die Myelopathie nicht ausschliessen können, weil ihr kein Bildmaterial zur Verfügung gestellt worden sei. Unter diesen Umständen dränge sich eine Rückfrage beim neurologischen Gutachter nicht auf (IV-act. 228). Da nach dieser plausiblen Einschätzung praktisch unveränderte Befunde gegeben sind, erscheint eine weitere Abklärung nicht erforderlich. Dabei mag offen bleiben, ob eine zervikale Myelopathie bereits ausgeschlossen werden kann. Der neurologische Gutachter hat bezüglich der unklaren Aetiologie der Tetraspastik erklärt, dass eine weitere Ursachenforschung bei einer Progredienz der Beschwerden nochmals anzustreben wäre. Eine relevante Verschlechterung behauptet auch die Beschwerdeführerin nicht; sie hat einzig geltend gemacht, die Beurteilung durch das ABI sei zu optimistisch, weil darin keine Zitterattacken berücksichtigt seien. Letzteres mag zutreffen, indessen behauptet weder die Beschwerdeführerin noch ist medizinisch belegt, dass solche Attacken regelmässig aufgetreten seien bzw. auftreten würden.

E. 4.7

Die Beschwerdeführerin reicht reichhaltiges Informationsmaterial ein, worin u.a. die Nebenwirkungen der von ihr eingenommenen Medikamente aufgezählt werden. Die Beschwerdeführerin verkennt dabei, dass diese Nebenwirkungen nicht zwangsläufig bei jedem Konsum eintreten. Entscheidend ist einzig, wie der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin insgesamt ist bzw. wie die Ärzte diesen beurteilen. Die Einnahme der zahlreichen Medikamente war den ABI-Ärzten bei ihrer Beurteilung bekannt; das Gutachten führt die einzelnen Medikamente und die Tagesdosen einzeln auf (IV-act. 226-16). Schliesslich ist es fraglich, wieweit die Beschwerdeführerin ihre Medikamente einnimmt. So wird im ABI-Gutachten darauf hingewiesen, dass die Blutuntersuchung bei der Beschwerdeführerin das ihr verordnete Antidepressivum (Cipralex) und das Medikament Lyrica nicht habe nachweisen können (IV-act. 226-21 f, 37).

E. 4.8

Der Rüge der Beschwerdeführerin, wonach die Frage, welche Bedeutung dem Schmerz im Zusammenhang mit der Arbeitsfähigkeit zukomme, nicht beantwortet worden sei, kann nicht gefolgt werden. Das ABI-Gutachten diagnostiziert u.a. ein chronisches lumbovertebrales und zervikovertebrales Schmerzsyndrom, dessen Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit es sodann beurteilt. Auch ansonsten wird zu den Schmerzen im Gutachten verschiedentlich Stellung genommen (S.21, 27 und 31). Zwar wäre es namentlich mit Blick auf die E. 3.3 im Urteil des Versicherungsgerichts vom 16. März 2010 wünschenswert gewesen, dass die Gutachter die Schmerzproblematik zusammen mit dem Schmerzmittelkonsum ausführlicher erörtert hätten. Allein aus diesem Grund ist aber keine ergänzende Abklärung angezeigt, zumal die Verschlechterung im Wesentlichen auf die neurologischen Beschwerden zurückgeführt wird.

E. 4.9

Schliesslich enthalten auch die Berichte der Klinik O.____ vom 24. April 2014 (IV-act. 247-1 ff) und von Dr. D.____ vom 11. März 2014 (IV-act. 238) und vom 12. September 2013 (act. G 8.1) keine neuen Angaben oder Erkenntnisse, die am ABI-Gutachten Zweifel wecken würden. Damit ergibt sich, dass das ABI-Gutachten vom 25. November 2013 den rechtsprechungsgemässen Anforderungen an eine beweiskräftige medizinische Entscheidungsgrundlage entspricht und grundsätzlich eine zuverlässige Beurteilungsgrundlage darstellt, so dass darauf abzustellen ist. Für weitere medizinische Abklärungen besteht - entgegen dem Antrag der Beschwerdeführerin - kein Anlass.

E. 5

Zu prüfen bleibt damit die Auswirkung der im ABI-Gutachten festgestellten Einschränkung der Arbeitsfähigkeit bzw. der Invaliditätsgrad. Dabei steht nunmehr unbestrittenermassen fest, dass die Beschwerdeführerin im Gesundheitsfall zu 80% erwerbstätig und zu 20% im Haushalt tätig wäre (vgl. Urteil vom 16. März 2010, E. 4.2, IV-act. 138-13), die Invalidität damit nach der sog. gemischten Methode zu bestimmen ist. Für den Erwerbsbereich ist ein Einkommensvergleich vorzunehmen (vgl. E. 3.3). Die Beschwerdegegnerin berücksichtigte bei der Bestimmung des Validen- sowie des Invalideneinkommens dieselbe Lohngrundlage (IV-act. 246-4). Aus den Akten ergeben sich keine Hinweise, welche gegen diese Vorgehensweise sprechen würden. Das Bundesgericht nimmt in derartigen Fällen, wo zur Bestimmung des Validen- und Invalideneinkommens dieselbe Vergleichsgrösse herangezogen wird, einen Prozentvergleich vor. Diesfalls entspricht der Invaliditätsgrad

dem Grad der Arbeitsunfähigkeit unter Berücksichtigung des Abzugs vom Tabellenlohn (Urteil des Bundesgerichts vom 9. März 2007, I 697/05, E. 5.4 mit Hinweis). Nach der Rechtsprechung können die statistischen Löhne um bis zu 25% gekürzt werden, um dem Umstand Rechnung zu tragen, dass versicherte Personen mit einer gesundheitlichen Beeinträchtigung in der Regel das durchschnittliche Lohnniveau nicht erreichen (RKUV 1999 Nr. U242 S. 412 E. 4b/bb) bzw. ihre Restarbeitsfähigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt nur mit unterdurchschnittlichem erwerblichem Erfolg zu verwerten in der Lage sind. Dabei hängt die Frage, ob und in welchem Ausmass Tabellenlöhne herabzusetzen sind, von sämtlichen persönlichen und beruflichen Umständen - auch von invaliditätsfremden Faktoren - des konkreten Einzelfalles ab (namentlich leidensbedingte Einschränkung, Alter, Dienstjahre, Nationalität/Aufenthaltskategorie und Beschäftigungsgrad). Diese Faktoren sind nach pflichtgemäßem Ermessen gesamthaft auf maximal 25% zu schätzen (BGE 126 V 79 E. 5b, bestätigt in AHI 2002 S. 62 und BGE 129 V 481 E. 4.2.3 mit Hinweisen). Schliesslich ist die Invalidität im Bereich Haushalt aufgrund der gutachterlichen Einschätzungen zu bemessen, zumal die Beschwerdegegnerin auf eine (erneute) Abklärung der Verhältnisse an Ort und Stelle verzichtet hat.

E. 5.1

Im ABI-Gutachten vom 25. November 2013 wird unter Hinweis auf das erste Gutachten vom 31. August 2010 festgehalten, bei der Beschwerdeführerin bestehe seit (Dezember) 2003 für körperlich schwere und mittelschwere Tätigkeiten eine (vollständige) Arbeitsunfähigkeit (IV-act. 226-37 und IV-act. 159-27). Für körperlich leichte, adaptierte Tätigkeiten sei bis zur Operation im Oktober 2008 auf die gutachterliche Einschätzung der MGSG abzustellen (75% Arbeitsfähigkeit in adaptierter Tätigkeit, 30% Arbeitsunfähigkeit im Haushalt ab Beurteilungszeitpunkt). Nach der Operation im Oktober 2008 habe für 6 Monate vollständige Arbeitsunfähigkeit vorgelegen. Danach sei adaptiert von einer leicht höheren Arbeitsunfähigkeit von 30% auszugehen, während im Haushalt mit teilweise mittelschwerer körperlicher Belastung, jedoch Möglichkeit zu vermehrten Pausen und selbständigem Einteilen des Pensums eine Einschränkung von 40% bestehe (IV-act. 159-27). Diese Einschätzung wurde im ABI-Gutachten vom 25. November 2013 ausdrücklich bestätigt (IV-act. 226-37). In der Gesamtbeurteilung wird sodann festgehalten, dass nach der Operation im März 2013 bis September 2013 eine vollständige Arbeitsunfähigkeit vorgelegen habe. Seither sei für adaptierte Tätigkeiten und im Haushalt eine Arbeitsunfähigkeit von 50% gegeben.

E. 5.1.1

Daraufhin sprach die Beschwerdegegnerin der Beschwerdeführerin ab 1. März 2013 eine ganze Rente und ab 1. Dezember 2013 eine halbe Rente zu. Einerseits ging sie (ohne Begründung) davon aus, dass die Wartezeit am 1. Mai 2009 eröffnet worden sei; andererseits hielt sie fest, die Beschwerdeführerin sei seit Dezember 2003 in ihrer angestammten Tätigkeit als Mitarbeiterin Bäckerei und Reinigungsangestellte nicht mehr arbeitsfähig (IV-act. 246-3).

E. 5.1.2

Die Beschwerdeführerin beantragt "ab wann rechtens", spätestens ab 1. November 2011 eine ganze Rente. Gemäss ABI-Gutachten habe eine halbjährige vollständige Arbeitsunfähigkeit auch ab Mitte November 2011 bestanden. Zudem wäre eine allfällige Restarbeitsfähigkeit auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt angesichts der Vielfalt ihrer

Einschränkungen nicht verwertbar. Zumindest wäre ein Leidensabzug von 25% angebracht (act. G 1).

E. 5.2

Nachfolgend zu prüfen ist zunächst der Rentenanspruch im zeitlichen Verlauf, nachdem sich die Beschwerdeführerin im August 2006 bei der Invalidenversicherung angemeldet hat, bislang keine rechtskräftige Verfügung vorliegt und zuvor wie auch seither verschiedene Operationen durchgeführt wurden, die jeweils für längere Zeit zu vollständiger Arbeitsunfähigkeit geführt haben. So wurden in den ABI-Gutachten explizit für die Wirbelsäulenoperationen im Oktober 2008, im November 2011 und im März 2013 postoperativ für längstens je sechs Monate eine vollständige Arbeitsunfähigkeit bestätigt (IV-act. 159-27, 226-37 und 27). Wie die Beschwerdeführerin zu Recht geltend macht, gilt dies auch für die Operation vom November 2011, nachdem der Orthopäde Dr. O. ___ explizit für diese Operation eine postoperative Rehabilitationsphase von längstens sechs Monaten angenommen hatte (IV-act. 226-27). Dass schliesslich in der Gesamtbeurteilung nur die Operation vom März 2013 genannt wird, muss auf einem Versehen beruhen, findet sich doch in der Gesamtbeurteilung keine andere Einschätzung (IV-act. 226-37). Was die Zeit vor der Operation im Oktober 2008 betrifft, wird im ersten ABI-Gutachten erklärt, dass der zeitliche Verlauf retrospektiv nicht festgelegt werden könne. Es müsse aber angenommen werden, dass während den perioperativen Phasen jeweils "sicher eine volle Arbeitsunfähigkeit" auch für geeignete Tätigkeiten bestanden habe, von jeweils unterschiedlicher Dauer (IV-act. 159-24). Darüber hinaus wird in diesem Gutachten die Beurteilung durch die MGSG bis zur Operation im Oktober 2008 bestätigt (IV-act. 159-27). Im Gutachten der MGSG vom 7. Januar 2008 wird festgehalten, dass die Beschwerdeführerin vom 15. Dezember 2003 bis 30. Juni 2004 und "vom 26.05. bis auf weiteres 100%" in der angestammten Tätigkeit arbeitsunfähig gewesen sei (IV-act. 81-7). Damit dürfte Dr. P. ___ Bezug auf die echtzeitlichen Atteste von Dr. L. ___ Bezug genommen haben. Dieser hatte nämlich am 19. Dezember 2006 die Beschwerdeentwicklung seit Juni 2003 ausführlich geschildert. Danach war die Beschwerdeführerin in der angestammten Tätigkeit vom 15. Dezember 2003 bis 30. Juni 2004 und erst wieder ab 26. Mai 2005 zu 100% arbeitsunfähig (IV-act. 62-1). Ab "Juni 2004" formulierten die ABI-Gutachter bzw. der Orthopäde Dr. P. ___ (IV-act. 81-8) quantitative und qualitative Einschränkungen für die angestammte und adaptierte Tätigkeit. Im Licht der ABI-Gutachten lässt sich diese Beurteilung nur so verstehen, dass ab Juni 2004 grundsätzlich eine adaptierte Tätigkeit von (jedenfalls) 75% zumutbar gewesen wäre (im Haushalt Einschränkung von 30%) und dass ab 26. Mai 2005 sowie postoperativ nach den (weiteren vergleichbaren) Wirbelsäulenoperationen vom 16. November 2005, 18. Januar 2006 und 31. Oktober 2006 - aufgrund der Beurteilungen in den ABI-Gutachten jeweils für längstens 6 Monate - von einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit auszugehen ist. Der Hinweis in den ABI-Gutachten, wonach für die angestammte Tätigkeit (verstanden als körperlich schwere bzw. mittelschwere Tätigkeit) bereits ab Dezember 2003 durchgehend von einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit auszugehen sei (IV-act. 159-27, vgl. auch IV-act. 226-37), dürfte insoweit einem Versehen zuzuschreiben sein, zumal die ABI-Gutachter die Beurteilung des Orthopäden P. ___ bis zur Operation im Oktober 2008 für zutreffend halten und zusätzlich auf früher attestierte Arbeitsunfähigkeiten verweisen (IV-act. 159-27). Schliesslich war die Beschwerdeführerin bis Juni 2005 auch noch erwerbstätig, wenn auch im bescheidenen Umfang (vgl. IV-act. 54-2 und 53), so dass eine durchgehende, vollständige Arbeitsunfähigkeit seit Dezember 2003 nicht plausibel

erscheint.

E. 5.3

Zusammenfassend ist bezüglich der angestammten Tätigkeit eine ununterbrochene, andauernde 100% Arbeitsunfähigkeit seit 26. Mai 2005 anzunehmen. Für adaptierte Tätigkeiten und im Haushalt ist von folgenden Einschränkungen (AUF) auszugehen: 100% AUF ab 15. Dezember 2003 bis Ende Mai 2004 (Operation 20.12.2003 KSSG, Gutachten MGSG) ab 26. Mai 2005 bis 18. Juli 2006 (Operationen 16.11.2005 und 18.1.2006 KSSG + max. 6 Monate) ab 31. Oktober 2006 bis 30. April 2007 (Operation 31.10.2006 Dr. Oh + max. 6 Monate) ab 17. Oktober 2008 bis 30. April 2009 (Operation 17.10.2008 Dr. D.____, ABI-Gutachten 2010) ab 15. November 2011 bis 31. Mai 2012 (Operation 15.11.2011 Dr. D.____, ABI-Gutachten 2013) ab 25. März 2013 bis 30. August 2013 (Operation 25.3.2013 Dr. D.____, ABI-Gutachten 2013) 25%/30% AUF ab 1. Juni 2004 (Gutachten MGSG) ab 19. Juli 2006 ab 1. Mai 2007 bis 16. Oktober 2008 30%/40% AUF ab 1. Mai 2009 bis 14. November 2011 (ABI-Gutachten 2010) ab 1. Juni 2012 bis 24. März 2013 50% AUF seit 1. September 2013 (ABI-Gutachten 2013)

E. 5.4.1

Der Rentenanspruch entsteht frühestens und nach Ablauf eines sog. Wartejahres (Art. 28 Abs. 1 lit. b und c IVG). Die Wartezeit gilt als eröffnet, sobald eine Arbeitsunfähigkeit von mindestens 20% vorliegt (AHI 1998 S. 124 E. 3c). Massgebend ist dabei die Arbeitsunfähigkeit im bisherigen Beruf (vgl. die Bundesgerichtsentscheide i/S H. vom 21. Oktober 2013, 8C_174 und 178/13, und i/S P. vom 27. Dezember 2007, 9C_684/07). Auch vor der Anmeldung liegende Zeiten von Arbeitsunfähigkeit sind zu berücksichtigen (vgl. BGE 121 V 264 E. 6). Bezüglich Rentenbeginn war bis 31. Dezember 2007 die Regelung von Art. 48 IVG in Kraft. Danach wurden die Leistungen regelmässig für die zwölf der Anmeldung vorangehenden Monate ausgerichtet, wenn sich eine versicherte Person mehr als 12 Monate nach Entstehen des Anspruchs angemeldet hatte (Art. 48 Abs. 2 aIVG).

E. 5.4.2

Bei rückwirkender Zusprechung einer abgestuften oder befristeten Invalidenrente ist nach der Rechtsprechung nebst der Revisionsbestimmung des Art. 17 Abs. 1 ATSG die Bestimmung über die Änderung des Leistungsanspruchs bei einer Verbesserung der Erwerbsfähigkeit (Art. 88a Abs. 1 IVV) analog anzuwenden (Urteil des Bundesgerichts vom 10. Februar 2012, 8C_670/2011, E. 5.1 mit weiteren Hinweisen). Danach ist eine Verbesserung der Erwerbsfähigkeit oder der Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, zu berücksichtigen, sobald diese ohne wesentliche Unterbrechung drei Monate gedauert hat und voraussichtlich weiterhin andauern wird (Abs. 1). Eine Verschlechterung dieser Fähigkeiten ist ebenfalls zu berücksichtigen, sobald sie ohne wesentlichen Unterbruch drei Monate gedauert hat (Abs. 2). Schliesslich regelt Art. 29 bis IVV das Wiederaufleben der Invalidität nach Aufhebung einer Rente. Danach ist keine neue Wartezeit zu bestehen, wenn eine Rente in den folgenden drei Jahren wegen einer auf dasselbe Leiden zurückzuführenden Arbeitsunfähigkeit erneut ein rentenbegründendes Ausmass erreicht.

E. 5.5.1

Wie ausgeführt ist aufgrund der gutachterlichen Beurteilung bzw. gestützt auf das echtzeitliche Attest von Dr. L.____ davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin seit dem

26. Mai 2005 in der angestammten Tätigkeit bleibend zu 100% arbeitsunfähig ist. Somit wurde das Wartejahr im Mai 2005 eröffnet und ist im Mai 2006 abgelaufen. Damals war die Beschwerdeführerin auch in adaptierter Tätigkeit zu 100% arbeitsunfähig, und zwar bis 18. Juli 2006 (6 Monate nach der Operation vom 18. Januar 2006). Am 31. Oktober 2006 wurde die Beschwerdeführerin erneut operiert und blieb bis 30. April 2007 vollständig arbeitsunfähig. Unbestrittenermassen ist ein ganzer Rentenanspruch gegeben, soweit die Beschwerdeführerin in adaptierter Tätigkeit während längerer Zeit vollständig arbeitsunfähig war, beträgt doch der Erwerbsanteil 80%. Unter Berücksichtigung von Art. 88a Abs. 1 IVV und mit Blick auf die Vorauszahlungspflicht von Rentenleistungen für den ganzen Kalendermonat (Art. 19 Abs. 3 ATSG) ist demnach ein Anspruch auf eine ganze Rente vom 1. Mai 2006 bis 31. Juli 2007 gegeben.

E. 5.5.2

Danach bis zur Operation vom 17. Oktober 2008 ist im Erwerbsbereich von einer Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit von 75% und im Aufgabenbereich von 70% auszugehen (vgl. E. 5.3). Diese Einschränkungen begründen keinen Rentenanspruch. Gemäss den beiden ABI-Gutachten ist die Beschwerdeführerin in einer angepassten Tätigkeit auf vermehrte Pausen angewiesen (pro Stunde 15 Minuten) und verfügte darüber hinaus über ein leicht vermindertes Rendement. Mithin wirkte sich die gesundheitliche Einschränkung auch im Teilpensum von 80% gleicher Massen wie bei einem 100% Pensum aus (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 20. Dezember 2013, 8C_428/2013, E 4.3). Damit ist im Erwerbsbereich ohne Tabellenlohnabzug eine Teilinvalidität von 20% gegeben ($25\% \times 80\%$). Ein Tabellenlohnabzug ist zwar angesichts der zahlreichen und verschiedenartigen Einschränkungen (leichte Tätigkeit, Schwerhörigkeit, Dysarthrie, neurologische Defizite) offensichtlich ausgewiesen. Mehr als 20% ist indessen auch mit Blick auf das Alter der Beschwerdeführerin und ihren bisherigen Werdegang nicht anzunehmen. Wird ein Abzug von maximal 20% berücksichtigt, so ergibt sich im Erwerbsbereich eine Teilinvalidität von 32% ($80\% - [75\% \times 80\% \times 0.8]$). Dazu kommt die Einschränkung im Haushalt von 6% ($30\% \times 20\%$), insgesamt somit maximal 38%. Mithin besteht keine rentenbegründende Invalidität mehr ab 1. August 2007.

E. 5.5.3

Am 17. Oktober 2008 wurde die Beschwerdeführerin ein weiteres Mal an der Wirbelsäule operiert. Bis 30. April 2009 ist gemäss den ABI-Gutachtern erneut von einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit auszugehen. Das bedeutet, dass die Invalidität im Sinne von Art. 29 bis IVV wieder auflebt (vgl. auch Rz 4011 des vom Bundesamt für Sozialversicherung herausgegebenen Kreisschreibens über Invalidität und Hilflosigkeit in der IV, in der ab 1. Januar 2008 geltenden Fassung) und unter Berücksichtigung von Art. 88a Abs. 1 IVV vom 1. Oktober 2008 bis 31. Juli 2009 erneut ein Anspruch auf eine ganze Rente besteht.

E. 5.5.4

Danach bis zur nächsten Operation im November 2011 ist gemäss ABI-Gutachten eine leicht höhere Arbeitsunfähigkeit von 30% im Erwerb und eine Einschränkung im Aufgabenbereich von 40% gegeben. Damit ergibt sich bei einem Tabellenlohnabzug von 20% nachfolgende Rechnung: Der Prozentvergleich ergibt eine Teilinvalidität von 35% ($80\% - [70\% \times 80\% \times 0.8]$). Zusammen mit der Einschränkung im Aufgabenbereich von 8% ($40\% \times 20\%$) resultiert eine Gesamtinvalidität von 43%. Ab 1. August 2009 ist damit ein Anspruch auf eine Viertelsrente gegeben.

E. 5.6

Ab 15. November 2011 bis 31. Mai 2012 besteht erneut eine vollständige Arbeitsunfähigkeit; vom 1. Juni 2012 bis zur Operation vom 25. März 2013 ist erneut von einer Arbeitsunfähigkeit von 30% im Erwerb und einer Einschränkung im Haushalt von 40% auszugehen. Entsprechend Art. 88a Abs. 1 IVV ist damit ein Anspruch auf eine ganze Rente ab 1. März 2012 bis 31. August 2012 und anschliessend ab 1. September 2012 erneut der Anspruch auf eine Viertelsrente gegeben.

E. 5.7

Gemäss ABI-Gutachten ist vom 25. März 2013 bis 31. August 2013 wiederum von einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit auszugehen und seit 1. September 2013 von einer 50%igen Arbeitsunfähigkeit im Erwerb und 50%igen Einschränkung im Haushalt. Die Beschwerdeführerin macht geltend, diese (bestrittene) Restarbeitsfähigkeit von 50% sei angesichts der vielen Einschränkungen auf dem hypothetischen Arbeitsmarkt nicht mehr verwertbar. Soweit sie dabei Zitterattacken mit Gehunsicherheit behauptet, fehlen medizinische Grundlagen, wonach solche Attacken regelmässig vorkommen (vgl. vorne E. 4.6.2). Hingegen trifft es zu, dass der neurologische Gutachter von einer Vielzahl von Leistungseinschränkungen und Ausschlüssen spricht (IV-act. 226-31). Indessen werden in der bundesgerichtlichen Rechtsprechung keine übermässigen Anforderungen an die Konkretisierung von Arbeitsgelegenheiten und Verdienstaussichten gestellt (vgl. BGE 138 V 457 E. 3.1 mit Hinweisen). Ob eine Arbeitsfähigkeit noch realistischerweise verwertbar ist, hängt von den persönlichen und beruflichen Gegebenheiten ab. Wird das letzte Gutachten vom 25. November 2013 als massgebender Zeitpunkt erachtet (vgl. BGE 138 V 457 E. 3.3 f.), so war die Beschwerdeführerin damals __ Jahre alt. Bis zur Pensionierung lag vor ihr noch eine relativ lange Zeitspanne von mehr als __ Jahren. Nachdem die Beschwerdeführerin keinen Beruf erlernt hat, entfällt für sie auch ein erheblicher Umstellungs- und Einarbeitungsaufwand. Wohl bestehen sowohl in orthopädischer Hinsicht wie in neurologischer Hinsicht erhebliche Einschränkungen. So hielt der orthopädische Gutachter entsprechend dem Vorgutachten einen vermehrten Pausenbedarf bei ganztägigem Einsatz von 15 Minuten pro Stunde und leicht reduziertem Rendement in einer leichten, wechselbelastenden Tätigkeit für gegeben (IV-act. 159-27 und 226-27). Der neurologische Gutachter schloss Tätigkeiten mit Anforderungen an das Gleichgewichtsvermögen oder überwiegend im Stehen oder Gehen ausgeübte Tätigkeiten aus. Auch Arbeiten, welche beidhändige besondere Anforderungen an die Feinmotorik stellen, seien unmöglich. Die Schwerhörigkeit und die Dysarthrie schränkten Tätigkeiten mit Publikumsverkehr ein (IV-act. 226-31). Dass diese insgesamt zwar erheblichen Einschränkungen, die teils in die Arbeitsfähigkeitsschätzung eingeflossen sind, darüber hinaus jede Hilfstätigkeit als realistischerweise nicht mehr verwertbar machen würden, ist dennoch nicht anzunehmen. Immerhin dürften leichte Kontroll- bzw. leichte Hilfstätigkeiten in Industrie und Gewerbe möglich bleiben.

E. 5.8

Ist grundsätzlich von der Verwertbarkeit der 50%igen Restarbeitsfähigkeit auszugehen, so bleibt die entsprechende Invalidität im Rahmen der gemischten Methode zu bemessen. Weiterhin ist auch ein Tabellenlohnabzug von (maximal) 20% zu berücksichtigen, sind doch die insgesamt erheblichen Einschränkungen teilweise in die Arbeitsfähigkeit eingeflossen und können nicht nochmals reduzierend berücksichtigt werden. Die 50%ige Einschränkung führt bei einem Tabellenlohnabzug von 20% zu einer Teilinvalidität im

Erwerb von 48% (80% - [50% x 80% x 0.8]) und zu einer Teilinvalidität im Haushalt von 10% (50% x 20%), d.h. zu einer Gesamtinvalidität von 58%. Unter Berücksichtigung von Art. 88a Abs. 1 IVV ist somit (um drei Monate verzögert) ein Anspruch auf eine ganze Rente vom 1. Juli 2013 bis 30. November 2013 gegeben und seit 1. Dezember 2013 der verfügte Anspruch auf eine halbe Rente.

E. 6.1

Die Beschwerde ist damit teilweise gutzuheissen und der Beschwerdeführerin ist vom 1. Mai 2006 bis 31. Juli 2007 und vom 1. Oktober 2008 bis 31. Juli 2009 eine ganze Rente, vom 1. August 2009 bis 29. Februar 2012 eine Viertelsrente, vom 1. März 2012 bis 31. August 2012 erneut eine ganze Rente, vom 1. September 2012 bis 30. Juni 2013 eine Viertelsrente, vom 1. Juli 2013 bis 30. November 2013 wiederum eine ganze Rente zuzusprechen. Seit 1. Dezember 2013 besteht der (verfügte) Anspruch auf eine halbe Rente. Die Sache ist zur Festsetzung und Ausrichtung der geschuldeten Leistungen an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen.

E. 6.2.1

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). Praxisgemäss ist die Gerichtsgebühr für das vorliegende Verfahren auf Fr. 600.-- festzulegen. Da die Beschwerde einzig für rückliegende Zeiten gutzuheissen ist, rechtfertigt es sich, die Gerichtskosten hälftig auf die Parteien zu verlegen. Vom geleisteten Kostenvorschuss ist damit der Beschwerdeführerin der Betrag von Fr. 300.-- zurückzuerstatten.

E. 6.2.2

Da die Beschwerdeführerin teilweise obsiegt, hat sie einen reduzierten Anspruch auf eine Parteientschädigung. Diese ist vom Gericht ermessensweise festzusetzen und ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache und nach der Schwierigkeit des Prozesses zu bemessen (Art. 61 lit. g ATSG). In der Verwaltungsrechtspflege beträgt das Honorar vor Versicherungsgericht pauschal Fr. 1'000.-- bis Fr. 12'000.-- (Art. 22 Abs. 1 lit. b HonO; sGS 963.75). Der Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin hat keine Kostennote eingereicht. Aufgrund der Bedeutung der Streitsache und dem Aufwand wäre bei vollständigem Obsiegen eine Parteientschädigung von Fr. 3'500.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) gesprochen worden. Aufgrund des teilweisen Obsiegens ist ihr damit eine Parteientschädigung von Fr. 1'750.-- zuzusprechen. Eine Entschädigung wegen Mehraufwand wegen unsorgfältiger Aktenführung ist aus denselben Gründen wie im Rückweisungsurteil vom 17. Dezember 2012 nicht ausgewiesen, auch wenn einzuräumen ist, dass die Aktenführung der Beschwerdegegnerin zusammen mit dem nicht aussagekräftigen Aktenverzeichnis zu bemängeln ist, wie die Beschwerdeführerin zu Recht festhält (Beschwerde S. 10). Demgemäss hat das Versicherungsgericht im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP entschieden: 1. In teilweiser Guttheissung der Beschwerde werden die Verfügungen vom 17. April 2013 aufgehoben und der Beschwerdeführerin rückwirkend vom 1. Mai 2006 bis 31. Juli 2007 eine ganze Rente, vom 1. Oktober 2008 bis 31. Juli 2009 eine ganze Rente, vom 1. August 2009 bis 29. Februar 2012 eine Viertelsrente, vom 1. März 2012 bis 31. August 2012 eine ganze Rente, vom 1. September 2012 bis 30. Juni 2013 eine Viertelsrente, vom 1. Juli 2013 bis 30. November 2013 eine ganze Rente zugesprochen. Seit 1. Dezember

2013 besteht der Anspruch auf eine halbe Rente. Die Sache wird zur Festsetzung und Ausrichtung der geschuldeten Leistungen an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen. 2. Die Parteien haben die Gerichtskosten von Fr. 600.-- je zur Hälfte zu bezahlen. Der Beschwerdeführerin wird vom geleisteten Kostenvorschuss der Betrag von Fr. 300.-- zurückerstattet. 3. Die Beschwerdegegnerin hat der Beschwerdeführerin eine Parteientschädigung von Fr. 1'750.- (einschliesslich Barauslagen und Mehrwertsteuer) zu bezahlen.

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.