



**Fall-Nr.:** IV 2008/128  
**Stelle:** Versicherungsgericht  
**Rubrik:** IV - Invalidenversicherung  
**Publikationsdatum:** 02.07.2020  
**Entscheiddatum:** 29.09.2009

### **Entscheid Versicherungsgericht, 29.09.2009**

**Würdigung eines ABI-Gutachtens. Die der Begutachtung sich widersprechenden psychiatrischen Arztberichte der behandelnden Psychiater sowie des versicherungsmedizinischen Psychiaters vermögen den Beweiswert des Gutachtens nicht in Zweifel zu ziehen (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 29. September 2009, IV 2008/128).**

Präsident Franz Schlauri, Versicherungsrichterin Monika Gehrler-Hug,  
Versicherungsrichter Martin Rutishauser; Gerichtsschreiberin Philia Roth

Entscheid vom 29. September 2009

in Sachen

N.\_\_\_\_,

Beschwerdeführerin,

vertreten durch Rechtsanwalt lic. iur. Andreas Hagmann, Obere Bahnhofstrasse 11,  
Postfach, 9501 Wil SG 1,

gegen

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

Beschwerdegegnerin,

betreffend



Rente

Sachverhalt:

A.

A.a N.\_\_\_\_ (Jahrgang 1959) stürzte am 13. November 2005 von einer Treppe und erlitt eine Kontusion der linken Thoraxseite sowie der Lendenwirbelsäule (LWS). Die Schweizerische Unfallversicherungsgesellschaft (Suva) erbrachte die gesetzlichen Versicherungsleistungen. Am 19. Juli 2006 teilte sie der Versicherten mit, sie stelle die Taggeldleistungen auf den 30. Juni 2006 ein (IV-act. 30 - 42/47f.).

A.b Die Versicherte meldete sich am 1. Juni 2006 zum Bezug von Leistungen der Invalidenversicherung an (IV-act. 58). Die Arbeitgeberin A.\_\_\_\_ AG meldete der IV-Stelle des Kantons St. Gallen am 25. Juli 2006, die Versicherte sei vom 1. Dezember 2004 bis 30. Juni 2006 als Büglerin und Betriebsassistentin bei ihnen tätig gewesen. Das Arbeitsverhältnis habe man auf Grund des Unfalles aufgelöst. Die Versicherte habe seither ihre Arbeit nicht wieder aufgenommen. Monatlich habe die Versicherte Fr. 4'670.75 verdient (IV-act. 45).

A.c Dr. med. B.\_\_\_\_, Allgemeine Medizin FMH, berichtete der IV-Stelle am 2. August 2006, die Versicherte leide an einem chronischen Cerviko-thoraco-Lumbovertebralsyndrom seit November 2005, einem rezidivierenden Ulcus ventriculi mit St. n. mehrfach GI-Blutung sowie Depression. Die Versicherte sei vom 13. bis 27. November 2005 100% arbeitsunfähig, danach bis am 18. April 2006 50% arbeitsunfähig gewesen. Danach habe wiederum eine vollumfängliche Arbeitsunfähigkeit bis 31. Mai 2006 bestanden. Seit 1. Juni 2006 sei die Versicherte zu 50% und ab 1. Juli 2006 zu 25% arbeitsunfähig. Der Hausarzt gab an, der Versicherten sei gemäss den bisherigen Abklärungen eine leichte Tätigkeit ganztags zumutbar. Die Versicherte akzeptiere diese Beurteilung jedoch nicht (IV-act. 44 - 1/20f.). Dazu legte er verschiedene Arztberichte bei. Gemäss Austrittsbericht der Rehaklinik Bellikon vom 9. Juni 2006 hat sich die Versicherte vom 19. April bis 31. Mai 2006 in stationärer Behandlung befunden, ohne dass eine Verbesserung hätte erzielt werden können. Die Ärzte haben in ihrer Beurteilung angegeben, sie hätten eine massive



Belastungsintoleranz mit ausgeprägtem Schon- und Vermeidungsverhalten festgestellt, wobei Art und Ausmass der Funktionseinschränkung auf Grund der klinischen Befunde und Diagnosen nicht plausibel erscheine. Im Zusammenhang mit den Schmerzen habe sich ein maladaptives Überzeugungs- und Bewältigungsmuster mit Schonhaltung und Selbstlimitierung in vielen Aktivitäten gezeigt, eine psychische Störung mit Krankheitswert habe jedoch nicht festgestellt werden können (IV-act. 44 - 8/20ff.). Der Regionale Ärztliche Dienst (RAD) Ostschweiz empfahl in seiner Stellungnahme vom 12. Oktober 2006 eine MEDAS-Begutachtung, weil die ausgewiesenen Befunde das Ausmass der Beschwerden und der Arbeitsunfähigkeit nicht erklären würden (IV-act. 39). Am 21. März 2007 beauftragte die IV-Stelle das Ärztliche Begutachtungsinstitut GmbH (ABI) mit der Begutachtung (IV-act. 36).

A.d Das ABI erstattete am 18. Juni 2007 das Gutachten. In der Beilage legten sie unter anderem folgende Berichte bei: Gemäss Arztbericht vom 22. November 2006 von Dr. med. C.\_\_\_\_, Psychiatrie und Psychotherapie, leide die Versicherte an einer Anpassungsstörung mit Angst und depressiven Symptomen (ICD-10: F43.20), einer mittelgradigen depressiven Störung (ICD-10: F32.11) auf dem Boden einer anankastischen Persönlichkeit (ICD-10: F60.5) sowie einem chronifizierten Schmerzsyndrom nach einem Unfall (Sturz auf die Treppe mit Kontusion der Wirbelsäule am 13. November 2005). Die Versicherte stehe seit Juli 2006 bei ihm in Behandlung. Sie sei schnell mit ihm ins Gespräch gekommen und habe mit leiser Stimme und etwas verlangsamt ihre Situation geschildert. Dabei habe sie angegeben, wegen den intensiven Rückenschmerzen habe sie Beweglichkeitsprobleme und fühle sich deswegen ganz erschöpft. Sie sei auch depressiv und äusserst ängstlich geworden, habe jede Lebensfreude verloren. Weil sie sich wenig um ihren Sohn kümmern könne, habe sie starke Schuldgefühle. Sie fühle sich als Versagerin, weil sie selber auf die Hilfe anderer angewiesen sei. Sie habe Schlafprobleme und Alpträume. Der Psychiater führte aus, die Versicherte sei sehr ängstlich und psychomotorisch verlangsamt. Im Denken sei sie eingeeengt auf die bestehenden Beschwerden. Dies sei auch im Verlauf so geblieben. Manchmal sei sie sehr niedergeschlagen gewesen. Sie habe immer Scham- und Schuldgefühle geschildert. Am meisten sei die Selbstwertproblematik im Vordergrund gestanden. Sie habe oft geweint und sei sehr ratlos, jeweils ganz verzweifelt gewesen. Durch die bisherige Therapie sei es zu keiner Besserung gekommen. Nach wie vor seien Schlafstörungen und Alpträume vorhanden.



Es handle sich um ein psychisches Leiden mit Krankheitswert. Aus rein psychiatrischer Sicht halte er die Versicherte zu 70% arbeitsunfähig (IV-act. 30 - 36ff.). Sodann lag die arbeitsprognostische Beurteilung aus versicherungspsychiatrischer Sicht von Dr. med. Dr. phil. D.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 15. Dezember 2006 bei. Darin gab Dr. D.\_\_\_\_ an, Aktenlage und Fremdbefunde dürften als bekannt vorausgesetzt werden: Therapieresistentes Beschwerdebild trotz stationärem Behandlungsversuch. Keine psychopathologische Störung von Krankheitswert nach dem Bericht Rehaklinik Bellikon 05/2006. Der Psychiater führte aus, für die Symptomerhaltung sei ein maladaptives Überzeugungs- und Bewältigungsmuster mit/ bei Schonhaltung und Selbstlimitierung (Bericht Bellikon), eine chronifizierende Schmerzverarbeitungsstörung bei allenfalls konversionsneurotischer Überlagerung und sehr einfacher Persönlichkeitsstruktur mitausschlaggebend. Hinsichtlich der klinisch-psychopathologischen Schweregradbeurteilung habe er betreffend einer mittelschweren Anpassungsstörung mit Angst und depressiven Anteilen weitgehend kongruente Befunde zu den Ausführungen des behandelnden Psychiaters erheben können. Bei der Bemessung der "Validität der Befunde und Beurteilungen" sei dem ausführlichen Bericht von Dr. C.\_\_\_\_ der Vorzug vor dem Bericht der klinischen Psychologin der Rehaklinik Bellikon zu geben. Die Diskrepanz beider Beurteilungen sei bemerkenswert. Die Arbeitsunfähigkeit betrage 100% (IV-act. 30 - 33/47).

A.e Die begutachtenden Ärzte des ABI gaben als Hauptdiagnosen an:

1.Chronisches lumbospondylogenes Schmerzsyndrom links (ICD-10: M54.5)

- Spondylolyse L5 beidseits mit Anterolisthesis von L5 über S1 beidseits Grad I nach Meyerding, Teilobliteration der Neuroforamina beidseits L5/S1 ohne eindeutige Kompression von neuralen Strukturen

- St. n. Treppensturz mit Kontusion der linken Thoraxseite und LWS am 13. November 2005

- muskuläre Dekonditionierung mit Abschwächung der abdominellen und rückenstabilisierenden Muskelgruppen.

2.Chronisches zervikobrachiales Schmerzsyndrom rechtsbetont (ICD-10: M53.0)



- reaktive Myogelose der Subokzipial- und Trapeziusmuskulatur bilateral rechtsbetont.

Ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit bestehe ein Übergewicht bei einem BMI von 29 kg/m<sup>2</sup> (ICD-10: E66.0). Die Versicherte habe über Rückenschmerzen (vor allem im Kreuz) sowie Hüftschmerzen und Beinschmerzen mit Ausstrahlung links bis in die Zehenregion und rechts bis in die Ferse geklagt. Sie könne nicht lange Stehen und nicht lange Sitzen. Zudem bestünden Schmerzen in beiden Armen und Kribbelphänomene in Armen und Fingern. Sie könne deshalb schlecht schlafen. Sie gehe alle ein bis zwei Wochen zu ihrem Psychiater. Aus internistischer und allgemeinmedizinischer Sicht bestehe keine Einschränkung. Im psychiatrischen Teilgutachten vom 2. April 2007 wurde festgehalten, die Versicherte spreche gut Deutsch und könne sich recht differenziert in dieser Sprache ausdrücken. Die Versicherte habe auch bei ausführlicher Nachfrage keine störungsspezifischen seelischen Beschwerden angegeben. Lediglich von erheblichen Schlafstörungen nach dem Unfall sei berichtet worden. Diese seien jedoch mit der Einnahme von Remeron besser geworden. Die Schmerzen seien durch die Behandlung beim Psychiater jedoch nicht besser geworden. Sie mache sich wegen ihrer sozialen Situation Sorgen. Nähere Ausführungen seien von der Versicherten dazu nicht angegeben worden. Sie habe mit 15 Jahren einen 21-jährigen Mann aus dem Dorf geheiratet. Der gemeinsame Sohn sei inzwischen 30 Jahre alt. Die Ehe sei jedoch gescheitert, da sich der Mann in eine andere Frau verliebt habe. Bereits in ihrem 20. Lebensjahr sei die Ehe geschieden worden. Sie lebe in einer 3-Zimmer-Wohnung mit ihrem (leicht behinderten) Sohn zusammen. Bis 1992 habe ihr Sohn sein Leben auf Wunsch des Ex-Mannes in dessen Familie verbracht. Das Verhältnis zum Sohn schildere die Versicherte als gut, die Auskünfte diesbezüglich seien sehr spärlich. Sie habe zahlreiche Kontakte zu Freundinnen und Kolleginnen. Sie gehe spazieren und einkaufen. Wegen ihren Schmerzen liege sie allerdings auch viel im Bett. Die begutachtende Psychiaterin führte aus, der Kontakt zur Versicherten sei nur oberflächlich herstellbar. Die Antworten seien zögernd erfolgt. Die Versicherte wirke kontrolliert und zielgerichtet. Das Konzentrationsvermögen sei nicht beeinträchtigt. Mnestiche Störungen seien nicht erkennbar. Psychomotorisch bestehe ein starkes Ausdrucksverhalten. Die Affektlage sei nicht depressiv ausgelenkt. Die emotionale Schwingungslage sei nicht eingeschränkt. Es bestehe kein Hinweis für Impulskontrollstörung. Ein pathologischer Angstaffekt bestehe nicht. Zwänge und Phobien seien nicht nachweisbar. Weder aus



der Anamnese noch aus dem psychischen Befund liessen sich die Kriterien einer somatoformen Schmerzstörung nach ICD-10 ableiten. Eine krankheitswertige psychische Störung könne gutachterlich nicht festgestellt werden, weshalb keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit aus psychischer Sicht bestehe. Die jetzige Beurteilung stehe in Übereinstimmung mit dem Arztbericht von Dr. B.\_\_\_\_ vom 2. August 2006 sowie dem Austrittsbericht der Rehaklinik Bellikon vom 31. Mai 2006. Die von Dr. C.\_\_\_\_ gestellten Diagnosen könnten weder anamnestisch noch im psychischen Befund verifiziert und validiert werden. Die Schlussfolgerungen von Dr. D.\_\_\_\_ wiederum würden nicht auf einer präzisen Darstellung der Anamnese und des psychischen Befundes beruhen. Insofern erfolge auch hier unter Einfluss einer ausführlichen Exploration und einer Befundung gemäss den Kriterien des ICD-10 eine abweichende Beurteilung. Aus psychiatrischer Sicht wäre eine berufliche Wiedereingliederung sinnvoll, das subjektive Krankheitsverständnis mit empfundener vollständiger Invalidisierung stehe dem jedoch entgegen.

Der Rheumatologe führte aus, die Versicherte habe über chronische, 24 Stunden anhaltende, subjektiv kaum zu tolerierende, lumbale Schmerzen mit Ausstrahlung berichtet. Dadurch sei sie auch in der Haushaltstätigkeit deutlich eingeschränkt. Sie erhalte grosse Unterstützung durch den im gleichen Haushalt lebenden, voll berufstätigen Sohn. Sie nehme täglich viermal Dafalgan 1 g sowie zusätzlich Psychopharmaka. Sie erachte sich auf Grund der massivsten Schmerzsymptomatik völlig ausserstande, einer ausserhäuslichen beruflichen Tätigkeit nachgehen zu können. Der Rheumatologe gab weiter an, die Untersuchung der LWS und BWS sei objektiv nicht durchführbar gewesen, da bereits das Stehen zu Faszikulationen am Stamm und den unteren Extremitäten geführt habe. Diese Symptome seien aber unter Ablenkung sofort regeerdient gewesen. Auf Grund der aktuellen neurologischen cursorischen Untersuchung könne im Vergleich zu der fachärztlichen Untersuchung an der Rehaklinik Bellikon von einer Ausweitung der Sensibilitätsstörung ohne fassbares organisches Korrelat gesprochen werden. Die erwähnte Spondylolyse mit Anterolisthesis von L5/S1 sei sicherlich bereits prätraumatisch vorbestehend gewesen. Das komplette Nichtansprechen auf die stationären Behandlungsmassnahmen in Bellikon, das Scheitern des Arbeitsversuchs bereits nach einer Stunde am 1. Juli 2006 sowie die aktuelle Schmerzpersistenz trotz schmerzinterventionellen Massnahmen am



## St.Galler Gerichte

Kantonsspital St. Gallen im März 2007 sprächen für eine massive psychosoziale Überlagerung der gesamten Schmerzsymptomatik. Die Arbeitsfähigkeit im bisherigen Beruf als Büglerin sei um 50% eingeschränkt. Unter Berücksichtigung, dass die Arbeitsposition regelmässig gewechselt werden könne, sei der Versicherten eine Tätigkeit im Rahmen von 2 x 2 Stunden Bügeln pro Tag zuzumuten. Körperlich leichte, wechselbelastende Tätigkeiten seien ihr vollumfänglich zu 100% zumutbar. Aus rein rheumatologischer Sicht imponiere auf Grund des Krankheitsverlaufs eine zunehmende Chronifizierung, eine eindrücklich verstärkte subjektive Krankheits- und Behinderungsüberzeugung, so dass seines Erachtens eine stationäre Behandlung in einer psychiatrischen Klinik zur Diskussion gestellt werden sollte. Im Vordergrund stehe sicherlich das Erlernen von Coping-Strategien, die Versicherte wirke massiv verunsichert. Eine somatisch zentrierte Rehabilitation dürfte hingegen das Beschwerdebild kaum positiv beeinflussen.

Insgesamt gaben die begutachtenden Ärzte an, es bestehe eine 50%ige Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit ab Unfalldatum, mit Sicherheit ab April 2007, sowie eine 100%ige Arbeitsfähigkeit in einer leidensangepassten Tätigkeit (IV-act. 30). Der Regionale Ärztliche Dienst (RAD) Ostschweiz erachtete das ABI-Gutachten vom 18. Juni 2007 als ausführlich, in sich widerspruchsfrei, konsistent und nachvollziehbar (IV-act. 27).

A.f Am 9. Oktober 2007 fand ein Eingliederungsgespräch statt. Weil sich die Versicherte unverändert als vollkommen arbeitsunfähig ansah, wurde auf Eingliederungsmassnahmen verzichtet (IV-act. 24). Die IV-Stelle teilte der Versicherten deshalb den Abschluss der Arbeitsvermittlungsmassnahmen am 5. Dezember 2007 mit (IV-act. 19).

A.g Mit Vorbescheid vom 5. Dezember 2007 stellte die IV-Stelle der Versicherten die Abweisung des Rentengesuchs in Aussicht. Gemäss ihren Abklärungen bestehe in der bisherigen Tätigkeit als Büglerin/Betriebsassistentin eine um 50% verminderte Arbeitsfähigkeit. Bei langer Dauer der Arbeitsunfähigkeit werde auch die zumutbare Arbeitsfähigkeit in einem anderen Beruf berücksichtigt. Auf Grund der vorliegenden Unterlagen bestehe für körperlich leichte, wechselbelastende Tätigkeiten eine volle Arbeitsfähigkeit. Beim zumutbaren Einkommen sei zusätzlich ein Abzug von 10%



gewährt worden. Ohne Behinderung betrage ihr Einkommen Fr. 62'058.--. Mit Behinderung sei ihr ein Einkommen von Fr. 42'232.-- zumutbar. Daraus resultiere eine Erwerbseinbusse von Fr. 18'826.-- beziehungsweise ein Invaliditätsgrad von 30%. Da dieser unter 40% liege, habe sie keinen Anspruch auf eine Rente (IV-act. 18). Dagegen liess die Versicherte einwenden, bereits ihr behandelnder Psychiater sowie Dr. D.\_\_\_\_ von ihrer Krankentaggeldversicherung hätten sie auf Grund der psychischen Beschwerden als 70 bis 100% arbeitsunfähig erklärt. Dr. D.\_\_\_\_ und Dr. med. E.\_\_\_\_, Fachärztin FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, hätten sie am 20. März 2007 erneut in Serbokroatisch untersucht. Gemäss ihrem Bericht vom 21. März 2007 müsse auf Grund objektivierbarer psychopathologischer Affektalterationen erheblichen Ausprägungsgrads eine unveränderte Arbeitsunfähigkeit von 100% attestiert werden. Sie erhalte deshalb weiterhin ein Krankentaggeld ihrer Versicherung auf Grund einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit. Seit 4. Oktober 2007 werde sie nun von Dr. med. F.\_\_\_\_, Psychiatrie/Psychotherapie, behandelt, weil Dr. C.\_\_\_\_ beruflich überlastet sei. Wie aus dem beigelegtem Bericht vom 15. Januar 2008 hervorgehe, leide sie an einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung (ICD-10: F45.4), einer mittelgradigen depressiven Störung mit somatischem Syndrom (ICD-10: F32.1) sowie Merkmalen einer anankastischen Persönlichkeitsstörung (ICD-10: F60.5). Die Psychiaterin habe sie deshalb zu 70% arbeitsunfähig erklärt. Bei diesen verschiedenen fachärztlichen Berichten, welche eine Arbeitsunfähigkeit aus psychischer Sicht bestätigten, sei nicht nachvollziehbar, weshalb auf das ABI-Gutachten abgestellt werde. Die abweichende Meinung der begutachtenden Psychiaterin sei denn auch nicht schlüssig. Unter diesen Umständen sei eine weitere Begutachtung erforderlich, falls nicht auf die Einschätzungen der behandelnden Psychiaterin beziehungsweise des Versicherungsmediziners abgestellt werden wolle (IV-act. 11).

A.h Mit Verfügung vom 31. Januar 2008 wies die IV-Stelle das Leistungsgesuch der Versicherten gemäss Vorbescheid vom 5. Dezember 2007 ab. Zu den Einwänden der Versicherten gab die IV-Stelle an, in den eingegangenen Unterlagen würden keine neuen medizinisch objektivierbaren wesentlichen Änderungen der Befunde oder Symptome mitgeteilt, die nicht schon zum Zeitpunkt des Vorbescheids bekannt gewesen wären. Gemäss der Stellungnahme des RAD vom 31. Januar 2008 würden die psychiatrischen Fachärztinnen und Fachärzte Dr. F.\_\_\_\_ wie auch Dr. D.\_\_\_\_ und Dr. E.\_\_\_\_ lediglich die bereits bekannten Befunde, Interpretationen und Diagnosen



wiederholen. Es werde deshalb weiterhin an der medizinischen Beurteilung des ABI festgehalten (IV-act. 8).

B.

B.a Gegen diese Verfügung lässt die Versicherte am 4. März 2008 Beschwerde erheben. Sie beantragt die Aufhebung der Verfügung vom 31. Januar 2008 und die Zusprache einer ganzen Invalidenrente. Eventualiter sei die Sache zu ergänzenden medizinischen und beruflichen Abklärungen an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. Sie macht geltend, die Beschwerdegegnerin habe in ihrer Verfügung die Begründungspflicht verletzt und sei nicht auf ihre Einwände eingegangen. Insbesondere werde nicht begründet, weshalb trotz mehrmaliger abweichender fachärztlicher Beurteilung auch bei der psychiatrischen Einschätzung auf das ABI-Gutachten abgestellt werde. Nach dem Unfall vom 13. November 2005 hätten sich immer mehr auch psychische Symptome entwickelt. Dr. C.\_\_\_\_ habe eine Anpassungsstörung mit Angst und depressiven Symptomen, eine mittelgradige depressive Störung auf dem Boden einer anankastischen Persönlichkeit sowie ein chronifiziertes Schmerzsyndrom nach dem Unfall diagnostiziert. Die Arbeitsunfähigkeit betrage 70%. Diese Einschätzung sei von verschiedenen Fach- und Vertrauensärzten bestätigt worden. Das ABI-Gutachten verneine das Vorliegen einer psychischen Erkrankung, ohne dass dies nachvollziehbar begründet werde. Insbesondere fehle es an einer vertieften Auseinandersetzung mit den abweichenden Beurteilungen. Werde vorliegend nicht bereits auf Grund der vorhandenen fachärztlichen Berichte auf eine Arbeitsunfähigkeit von mindestens 70% abgestellt und die Invalidität gestützt darauf festgesetzt, so wäre eine zusätzliche psychiatrische Begutachtung vorzunehmen. Sodann seien vorliegend auch die Voraussetzungen, unter denen die unter anderem diagnostizierte anhaltende somatoforme Schmerzstörung eine Invalidität begründe, als erfüllt zu betrachten. Denn sowohl anamnestisch wie auch auf Grund der aktuellen Befunde ergäben sich Angst- und depressive Störungen im Sinn der ICD-Klassifikation. Zudem lägen auch andere massgebende Faktoren vor wie ein chronifizierter Krankheitsverlauf sowie ein verfestigter innerseelischer Verlauf. Schliesslich wäre im vorliegenden Fall auf Grund der gesamten Umstände ein leidensbedingter Abzug vom Invalideneinkommen in der Höhe von 25% vorzunehmen. Somit ergäbe sich selbst bei der - bestrittenen - Annahme wie in der Verfügung vom 31. Januar 2008 ein



## St.Galler Gerichte

Invaliditätsgrad von 42%, weshalb zumindest ein Anspruch auf eine Viertelsrente gegeben sei (G act. 1).

B.b Am 10. April 2008 reichte der Rechtsvertreter der Versicherten den Eintrittsbericht der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Littenheit vom 7. April 2008 ein. Darin diagnostizierten die Ärzte eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10: F45.4) sowie eine schwere depressive Episode (ICD-10: F32.2). Die Versicherte sei am 2. April 2008 auf Grund einer zunehmenden psychosozialen Dekompensation bei mittel- bis schwergradiger depressiver Episode mit somatischem Syndrom sowie anhaltender somatoformer Schmerzstörung für eine stationäre Behandlung eingewiesen worden (G act. 4.1).

B.c Die Beschwerdegegnerin beantragte in ihrer Beschwerdeantwort vom 28. Mai 2008 die Abweisung der Beschwerde. Die Einschätzung der psychischen Gesundheit der Beschwerdeführerin durch das ABI sei umfassend, beruhe auf allseitigen Untersuchungen und sei in Kenntnis der Vorakten abgegeben worden. Die Beurteilung stimme mit den Einschätzungen der Ärzte der Rehaklinik Bellikon überein. Dort habe sich die Beschwerdeführerin immerhin während sechs Wochen aufgehalten. Betreffend Dr. D.\_\_\_\_ werde auf die Stellungnahme im ABI-Gutachten verwiesen. Sodann würden behandelnde Ärzte oft das Ausmass der Krankheit erheblich höher einschätzen als medizinische Sachverständige, weshalb das ABI-Gutachten vorzuziehen sei. Sodann seien für die Beurteilung die Verhältnisse bis zum Zeitpunkt des Verfügungserlasses massgebend, weshalb an der bisherigen Beurteilung der Arbeitsfähigkeit festgehalten werde. Eine allfällige Verschlechterung könne in einem Revisionsgesuch geltend gemacht werden. Schliesslich könne man neben dem bereits gewährten Abzug von 10% keinen weiteren Abzug gewähren, wie geltend gemacht werde (G act. 10).

B.d Mit Replik vom 19. Juni 2008 hält die Beschwerdeführerin an ihren Anträgen fest. Sie fügt an, der Klinikeintritt auf Grund einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung sowie schweren depressiven Episode lasse darauf schliessen, dass bereits davor eine massgebliche Einschränkung der Arbeitsfähigkeit bestanden habe. Dies werde durch die früheren Arztberichte bestätigt. Einzig das ABI weiche von dieser Beurteilung ab. Im Übrigen gehe auch die Krankentaggeldversicherung von einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit aus (G act. 12).



## St.Galler Gerichte

B.e Die Beschwerdegegnerin verzichtet am 30. Juni 2008 sinngemäss auf eine Duplik.

B.f Die Beschwerdeführerin lässt am 9. Juli 2008 den Austrittsbericht der Klinik Littenheid vom 3. Juli 2008 einreichen. Daraus ist ersichtlich, dass die Beschwerdeführerin bei den Diagnosen einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung (ICD-10: F45.4) sowie einer schweren depressiven Episode (ICD-10 F32.2) am 3. Juli 2008 aus der Klinik entlassen worden ist. Der Schlafrhythmus habe normalisiert werden können. Im Weiteren sei es zu einer deutlichen Aufhellung der Stimmung gekommen, so dass bei Austritt bezüglich der depressiven Symptomatik eine weitgehende Remission habe festgestellt werden können. Das Schmerzerleben sei bis zuletzt unverändert geblieben, jedoch habe ein deutlicher Rückgang des Schonverhaltens erreicht werden können. Nach wie vor bestehe eine hohe Ermüdbarkeit - paratherapeutische und arbeitstherapeutische Angebote hätten maximal 90 Minuten besucht werden können - so dass auf weitere arbeitsrehabilitative Schritte verzichtet werden müsse (G act. 16).

Erwägungen:

1.

Am 1. Januar 2008 sind die im Zuge der 5. IV-Revision revidierten Bestimmungen 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 materiellrechtlicher Hinsicht gilt jedoch 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 angefochtene Verfügung ist am 31. Januar 2008 ergangen. Dennoch ist ein Sachverhalt zu beurteilen, der vor dem Inkrafttreten der revidierten Bestimmungen der 5. IV-Revision am 1. Januar 2008 begonnen hat. Daher ist entsprechend den allgemeinen intertemporalrechtlichen Regeln für die Zeit bis 31. Dezember 2007 auf die damals geltenden Bestimmungen und ab diesem Zeitpunkt auf die neuen Normen der 5. 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). Diese übergangsrechtliche Lage zeitigt indessen keine materiellrechtlichen Folgen, da die 5. IV-Revision hinsichtlich der Invaliditätsbemessung keine substantiellen Änderungen gegenüber der bis Ende 2007 gültig gewesenen Rechtslage gebracht hat. Nachfolgend werden die seit 1. Januar 2008 geltenden Bestimmungen wiedergegeben.

2.

Die Beschwerdeführerin rügt, die Beschwerdegegnerin sei in der Verfügung nicht oder nur unzureichend auf ihre Einwände eingegangen. Damit macht die Beschwerdeführerin sinngemäss geltend, die Beschwerdegegnerin habe ihre Begründungspflicht verletzt. Diese Rüge ist vorab zu beurteilen. Die Begründung einer Verfügung entspricht den Anforderungen an das rechtliche Gehör (Art. 29 Abs. 2 der Bundesverfassung; SR 101), wenn die betroffene Person dadurch in die Lage versetzt wird, die Tragweite der Entscheidung zu beurteilen und sie in Kenntnis der Begründung an eine höhere Instanz weiterzuziehen. Die Behörde ist aber nicht verpflichtet, sich zu allen Rechtsvorbringen der Parteien zu äussern. Es genügt, wenn ersichtlich ist, von welchen Überlegungen sich die Behörde hat leiten lassen (vgl. Ulrich Häfelin/Georg Müller/Felix Uhlmann, Allgemeines Verwaltungsrecht, 5. Aufl., Zürich 2006, Rz 1706). In der Verfügung vom 31. Januar 2008 betreffend Rente hat die Beschwerdegegnerin zu den wesentlichen Einwänden der Beschwerdeführerin lediglich festgehalten, die eingereichten Arztberichte würden keine neuen medizinisch objektivierbaren wesentlichen Änderungen der Befunde oder Symptome darlegen, die nicht schon zum Zeitpunkt des Vorbescheids bekannt gewesen seien. Aus regionalärztlicher Sicht könne weiterhin an der bisherigen abschliessenden medizinischen Beurteilung des ABI festgehalten werden. Das Gutachten sei nachvollziehbar und insgesamt konsistent (IV-act. 8). Diese Begründung ist zwar eher knapp gehalten, rechtfertigt jedoch keine Aufhebung der Verfügung aus formellen Gründen (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 17. Juni 2005 [I 3/05] zur Begründungspflicht). Diese Begründung reicht aus, um sich über eine Anfechtung oder Akzeptanz der Verfügung schlüssig zu werden.

3.



3.1 Nach Art. 28 Abs. 2 IVG besteht der Anspruch auf eine ganze Invalidenrente, wenn die versicherte Person mindestens zu 70%, derjenige auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens zu 60% invalid ist. Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50% besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40% Anspruch auf eine Viertelsrente. Der Invaliditätsgrad ist an Hand eines Einkommensvergleichs zu ermitteln. Dabei wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der notwendigen und zumutbaren Eingliederungsmassnahmen bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte, in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das die versicherte Person erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Art. 28a Abs. 1 IVG i.V.m. Art. 16 ATSG). Das anrechenbare Einkommen wiederum ist abhängig vom Grad der Erwerbsunfähigkeit. Diese konkret verwertbare Arbeitsfähigkeit wird dabei von den Ärzten gemäss den Beeinträchtigungen der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit beurteilt (vgl. BGE 125 V 261 E. 4 mit Hinweisen).

3.2 Für das gesamte Verwaltungs- und Verwaltungsgerichtsverfahren gilt der Grundsatz der freien Beweiswürdigung (Art. 61 ATSG). Danach haben Versicherungsträger und Sozialversicherungsgerichte die Beweise frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Für das Beschwerdeverfahren bedeutet dies, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruchs gestatten. Hinsichtlich des Beweiswerts eines Gutachtens ist nach der höchstrichterlichen Rechtsprechung entscheidend, ob es für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten bzw. der Anamnese abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Gutachters begründet sind (vgl. BGE 125 V 351 E. 3a). Nach der Rechtsprechung des Bundesgerichts ist bei der Beweiswürdigung der Erfahrungstatsache Rechnung zu tragen, dass Hausärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 125 V 351 E. 3b/cc), oder dass sie deren pessimistische subjektive Einschätzung übernehmen. Dieser Vorbehalt ist nach den Entscheiden des Bundesgerichts i/S S.



vom 20. März 2006 (I 655/05) E. 5.4 und i/S T. vom 13. April 2006 (I 645/05) E. 2.3 auch für behandelnde Spezialärzte anzubringen. Andererseits kann die Möglichkeit zu längerer Beobachtungszeit auch Vorteile bieten. Das Bundesgericht hat in diesem Sinn – für den Fall der Feststellungen eines Hausarztes – festgehalten, das Gericht könne auch auf die speziellen, etwa dank der langjährigen Betreuung nur einem Hausarzt zugänglichen Kenntnisse des Gesundheitszustandes eines Versicherten abstellen (nicht veröffentlichter Entscheid des Bundesgerichts I 255/96, zit. In 4P.254/2005).

4.

4.1 Die Höhe der behinderungsbedingten Erwerbseinbusse hängt vor allem von der ärztlichen Arbeitsfähigkeitsschätzung ab, d.h. davon, in welchem Umfang für die versicherte Person noch eine Tätigkeit in Betracht fällt (BGE 125 V 261 E. 4). Die Beschwerdegegnerin betrachtet die Arbeitsfähigkeitsschätzung des ABI als überzeugend, in sich widerspruchsfrei und nachvollziehbar. Die Beschwerdeführerin macht dagegen geltend, entgegen der Beurteilung der begutachtenden Psychiaterin leide sie an psychischen Beschwerden, die ihre Arbeitsfähigkeit einschränkten. Vorerst kann festgestellt werden, dass die Beschwerdeführerin unbestrittenermassen an einem chronischen lumbospondylogenen Schmerzsyndrom links sowie einem chronischen cerviko-brachialen Schmerzsyndrom rechtsbetont leidet, welche die Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit um 50% einschränken. Eine leidensangepasste körperlich leichte Tätigkeit ist aus rheumatologischer Sicht zu 100% zumutbar. Das Ausmass der geklagten Beschwerden konnte jedoch keiner organischen Ursache zugeordnet werden (vgl. IV-act. 44 und 30). Strittig ist, ob die Beschwerdeführerin an psychischen Beschwerden mit Krankheitswert leidet und deshalb die Arbeitsfähigkeit eingeschränkt ist.

4.2 Gemäss der höchstrichterlichen Praxis kann eine psychiatrische Exploration von der Natur der Sache her nicht ermessensfrei erfolgen. Sie eröffnet dem begutachtenden Psychiater daher praktisch immer einen gewissen Ermessensspielraum, innerhalb dessen verschiedene medizinisch-psychiatrische Interpretationen möglich, zuverlässig und zu respektieren sind, sofern der Gutachter lege artis vorgegangen ist. Daher und unter Beachtung der Divergenz von medizinischem Behandlungs- und Abklärungsauftrag kann eine medizinische



Administrativ- oder Gerichtsexpertise nicht damit in Frage gestellt und zum Anlass weiterer Abklärungen genommen werden, wenn die behandelnden Ärzte nachträglich zu unterschiedlichen Einschätzungen gelangen oder an vorgängig geäußerten abweichenden Auffassungen festhalten. Anders verhält es sich hingegen, wenn die behandelnden Ärzte objektiv feststellbare Gesichtspunkte vorbringen, welche im Rahmen der psychiatrischen Begutachtung unerkannt geblieben oder geeignet sind, zu einer abweichenden Beurteilung zu führen (Urteil des Bundesgerichts vom 16. Mai 2008 i/S. L. [8C\_809/2007] E. 4.1 mit weiteren Hinweisen). Sodann hat das Bundesgericht hinsichtlich den invaliditätsfremden Faktoren in BGE 127 V 194 E. 5 festgehalten, es brauche in jedem Fall zur Annahme einer Invalidität ein medizinisches Substrat. Dieses müsse (fach-)ärztlich schlüssig festgestellt werden und nachgewiesenermassen die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit wesentlich beeinträchtigen. Je stärker psychosoziale oder soziokulturelle Faktoren im Einzelfall in den Vordergrund träten und das Beschwerdebild mitbestimmen, desto ausgeprägter müsse eine fachärztliche festgestellte psychische Störung von Krankheitswert vorhanden sein. Das bedeute, dass das klinische Beschwerdebild nicht einzig in Beeinträchtigungen, die von den belastenden soziokulturellen Faktoren herrührten, bestehen dürfe, sondern davon psychiatrisch zu unterscheidende Befunde zu umfassen habe, zum Beispiel eine von depressiven Verstimmungszuständen klar unterscheidbare andauernde Depression.

4.3 Die Beschwerdeführerin hat sich vom 19. April bis 31. Mai 2006 in der Rehaklinik Bellikon aufgehalten, was eine Beobachtungszeit von sechs Wochen ermöglicht hat. Das betreffende psychosomatische Konsilium vom 9. Mai 2006 ist in der Muttersprache der Beschwerdeführerin erfolgt. Die Ärzte haben angegeben, die psychischen Grundfunktionen seien intakt. Der affektive Rapport sei bei der in ihrer Persönlichkeit eher verschlossen und zurückhaltend wirkenden Beschwerdeführerin etwas erschwert herstellbar gewesen. Bei der Versicherten liege zwar keine psychopathologische Störung von Krankheitswert vor, jedoch bestehe im Zusammenhang mit den anhaltenden Schmerzen ein maladaptives Überzeugungs- und Bewältigungsmuster mit Schonhaltung und Selbstlimitierung in vielen Aktivitäten (IV-act. 44 - 17/20ff.). Auch ein Jahr später bei der Begutachtung im ABI vom 2. April 2007 konnte die untersuchende Psychiaterin keine psychische Erkrankung mit Krankheitswert feststellen. Die Exploration hat in Deutsch stattgefunden. Hinweise für



Verständigungsschwierigkeiten liegen keine vor. Die Psychiaterin hat angegeben, die Beschwerdeführerin könne sich differenziert in Deutsch ausdrücken (IV-act. 30 - 9/47). Selbst wenn die Beschwerdeführerin als eher zurückhaltende Persönlichkeit eher knapp Auskunft gegeben hat, hat die Psychiaterin genügend Informationen für eine Beurteilung erhalten. Auch der Umstand, dass keine speziellen Tests durchgeführt wurden, stellt noch keinen Mangel dar, denn bei psychiatrischen Explorationen kommt den Tests lediglich eine ergänzende Funktion zu (Urteil des Bundesgerichts vom 3. Juni 2008 i/S. N. [9C\_351/2007] E. 2.2.4). Sodann stützt das ABI-Gutachten seine Beurteilung auf sämtliche Vorakten, auf die eigene persönliche Befragung der Beschwerdeführerin und die eigenen internistischen, rheumatologischen und psychiatrischen Untersuchungen am 2. und 4. April 2007. Das polydisziplinäre Gutachten erfüllt daher sämtliche rechtsprechungsgemässen Kriterien der Beweistauglichkeit.

4.4 Im Widerspruch zur gutachterlichen Beurteilung stehen die Einschätzungen des behandelnden Psychiaters Dr. C.\_\_\_\_ gemäss seinem Bericht vom 22. November 2006 (IV-act. 30 - 36/47ff.) sowie des Psychiaters Dr. D.\_\_\_\_ gemäss den Berichten vom 15. Dezember 2006 (IV-act. 30 - 33/47) und 21. März 2007 (IV-act. 11 - 9/13). Bei der Untersuchung im ABI ist jedoch von keinen Schuldgefühlen oder Versagensängsten berichtet worden, wie das in der Anamnese von Dr. C.\_\_\_\_ beschrieben wird. Die Beziehung zum im gleichen Haushalt lebenden Sohn wurde nämlich als gut angegeben. Sodann bestünde viel Kontakt mit den Freundinnen. Die begutachtende Psychiaterin hat zudem angegeben, die Beschwerdeführerin habe keinen ängstlichen oder verzweifelten Eindruck gemacht. Lediglich von Schlafproblemen habe sie berichtet. Diese seien jedoch seit der Einnahme von Remeron besser geworden. Sie könne deshalb weder eine Anpassungsstörung noch eine depressive Episode feststellen. Auch der vom begutachtenden Rheumatologen geäusserte Verdacht einer massiven psychosozialen Überlagerung der gesamten Schmerzsymptomatik hat die Psychiaterin nicht bestätigen können. Die Beschwerdeführerin habe zu ihrer sozialen Situation zwar ausgeführt, diese mache ihr Sorgen. Nähere Auskünfte habe sie nicht erteilt. Jedenfalls kommen die begutachtende Psychiaterin wie der Rheumatologe zum Schluss, das subjektive Krankheitsverständnis mit empfundener vollständiger Invalidisierung stehe einer beruflichen Wiedereingliederung entgegen (IV-act. 30 - 8/47ff.). Die im Gutachten ausgeführten Aussagen beschreiben im Gegensatz zu den



Angaben von Dr. C.\_\_\_\_ gemäss seinem Bericht 22. November 2006 keine Frau, die an einer depressiven Episode leidet, pflegt sie doch gemäss ihren Aussagen beispielsweise regelmässige Kontakte mit ihren Freundinnen. Von einem sozialen Rückzug kann damit nicht ausgegangen werden. Auch wirkte sie kontrolliert und zielgerichtet und nicht verzweifelt oder ängstlich, wie das Dr. C.\_\_\_\_ ausgeführt hatte. Sodann sind keine Angaben gemacht worden, die mit überwiegender Wahrscheinlichkeit eine psychosoziale Belastungssituation erklären könnten, aus welcher sich eine Anpassungsstörung entwickeln könnte. Allein das Zusammenleben mit dem voll erwerbstätigen Sohn, der leicht behindert ist, stellt noch nicht a priori eine Belastungssituation dar. Schuldgefühle, dass sie sich weniger um ihren behinderten Sohn kümmern könne, hat die Beschwerdeführerin bei der Begutachtung nicht erwähnt. Deshalb bleibt fraglich, ob solche denn auch bestehen. Eine weitere belastende Situation könnte die Kündigung des langjährigen Arbeitsverhältnisses sein. Diese ist auf Ende Juni 2006 erfolgt, nachdem ein Arbeitsversuch am 1. Juni 2006 nach fünfmonatiger Abwesenheit nach einer Stunde abgebrochen wurde. Diesbezüglich fehlen aber nähere Hinweise. Unter diesen Umständen ist schlüssig, dass die begutachtende Psychiaterin die Diagnosen von Dr. C.\_\_\_\_ nicht validieren konnte. Die Diagnosen von Dr. C.\_\_\_\_ überzeugen dagegen nicht. Vielmehr ist davon auszugehen, dass dieser hauptsächlich auf die subjektiven Aussagen der Beschwerdeführerin abgestellt hat. Insbesondere die getroffene Arbeitsunfähigkeitsschätzung müsste selbst bei Annahme der Massgeblichkeit der angeführten Diagnosen als sehr hoch betrachtet werden.

4.5 Die Diagnosen von Dr. C.\_\_\_\_ werden im Bericht von Dr. D.\_\_\_\_ vom 15. Dezember 2006 sowie vom 21. März 2007 bestätigt. Diesen Berichten kann im vorliegenden Verfahren jedoch kein Beweiswert zugemessen werden: Es fehlt ihnen an wesentlichen Angaben zur Untersuchung sowie einer nachvollziehbaren Begründung (vgl. BGE 125 V 351). Der Verweis auf den Bericht von Dr. C.\_\_\_\_ ersetzt die eigene Anamnese und Begründung der Diagnosestellung nämlich nicht. Dr. D.\_\_\_\_ gibt lediglich an, er selbst habe weitgehend kongruente Befunde zu Dr. C.\_\_\_\_ erheben können. Welche diese sind und wie er zu diesen Befunden gekommen ist, ist aus seinen Berichten vom 15. Dezember 2006 sowie vom 21. März 2007 nicht ersichtlich. Schliesslich ist auch nicht nachvollziehbar, weshalb die Arbeitsfähigkeitsschätzung auf 100% Arbeitsunfähigkeit angehoben worden ist, nachdem Dr. C.\_\_\_\_ diese auf 70% geschätzt



hat. Diese Arztberichte überzeugen insgesamt nicht. Unter diesen Umständen vermögen sie das Ergebnis der gutachterlichen Untersuchung nicht in Zweifel zu ziehen. Aus diesen Gründen erübrigt sich auch, die gesamten Akten der Krankentaggeldversicherung beizuziehen, wie das die Beschwerdeführerin verlangt hat.

4.6 Die Beschwerdeführerin hat auf Grund der beruflichen Überlastung von Dr. C.\_\_\_\_ die psychiatrische Behandlung ab Oktober 2007 bei Dr. F.\_\_\_\_ fortgesetzt. In ihrem Bericht vom 15. Januar 2008 hat Dr. F.\_\_\_\_ sich jedoch mit dem ABI-Gutachten nicht auseinander gesetzt. Die neu hinzugekommene Diagnose einer somatoformen Schmerzstörung anstelle der Anpassungsstörung wird nicht weiter begründet (IV-act. 11 - 10/13). Das Vorliegen einer somatoformen Schmerzstörung ist jedoch im ABI ausdrücklich verneint worden (IV-act. 30 - 10/47). Diese Diagnose ist deshalb zweifelhaft. Es erübrigt sich somit eine weitere Prüfung der von der Rechtsprechung verlangten Kriterien bei einer somatoformen Schmerzstörung. Die von Dr. F.\_\_\_\_ aufgeführte weiterhin bestehende mittelgradige depressive Episode wird wie bereits von Dr. C.\_\_\_\_ mit ähnlichen Angaben untermauert. Dr. F.\_\_\_\_ hat angegeben, die Beschwerdeführerin sei ängstlich, deprimiert, affektarm bis affektstarr, klagsam, im formalen Denken umständlich auf ihre Traumatisierung eingeeengt bei inhaltlicher Denkstörung im Sinn von Schuldgedanken. Sodann bestünden Merkmale einer anankastischen Persönlichkeitsstörung (IV-act. 11 - 10/13). Diese Angaben stehen wiederum im Widerspruch zu den Erhebungen im ABI-Gutachten, wo keine Anzeichen einer chronischen depressiven Störung erhoben werden konnten. Der Bericht von Dr. F.\_\_\_\_ gleicht in seinen Diagnosen und in seiner Arbeitsfähigkeitsschätzung dem Bericht von Dr. C.\_\_\_\_ und begründet eine allfällige Verschlechterung des Gesundheitszustandes nicht. Vielmehr ist zu vermuten, dass die behandelnde Psychiaterin wegen ihrer auftragsrechtlichen Vertrauensstellung im Zweifel eher zu Gunsten ihrer Patientin Stellung genommen hat (vgl. Urteile des Bundesgerichts vom 20. März 2006 i/S S. [I 655/05] E. 5.4 und vom 13. April 2006 i/S T. [I 645/05] E. 2.3). Objektiv feststellbare Gesichtspunkte, die im ABI-Gutachten unberücksichtigt geblieben wären, sind nicht ersichtlich. Im Übrigen waren die abweichenden Beurteilungen der Arbeitsfähigkeiten auf Grund von früheren Arztberichten bekannt. Dazu wurde vom ABI ausdrücklich Stellung genommen (IV-act. 30 - 11/47 und 30 - 17/47). Und letztlich drängen sich beim Vorliegen von somatischen und möglichen



psychischen Beschwerden eine interdisziplinäre Gesamtbeurteilung der Arbeitsfähigkeit auf, wie das vorliegend im ABI geschehen ist.

4.7 Nach Erlass der angefochtenen Verfügung ist es drei Monate später zu einer stationären psychiatrischen Behandlung der Beschwerdeführerin gekommen. Eine allfällige Verschlechterung ist somit mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erst nach Erlass der Verfügung eingetreten. Für die richterliche Beurteilung ist grundsätzlich auf die tatsächlichen Verhältnisse zur Zeit des Abschlusses des Verwaltungsverfahrens (hier: Verfügung vom 31. Januar 2008) abzustellen (BGE 116 V 248 E. 1a; Urteil des Bundesgerichts vom 3. Januar 2005 [I 172/04] E.5.2 und vom 27. Mai 2008 [9C\_24/2008] E. 2.3.1). Prüft man jedoch den weiteren Verlauf in diesem Verfahren mit, so ist auch die Diagnose einer schweren depressiven Episode nach der erfolgreichen stationären Behandlung kaum mehr gegeben. Die Ärzte der Klinik Littenheit haben in ihrem Bericht vom 3. Juli 2008 bei Austritt zwar eine schwere Depression (neben einer somatoformen Schmerzstörung) festgestellt. Gleichzeitig wurde aber angegeben, der Schlafrhythmus der Beschwerdeführerin habe normalisiert werden können und es sei zu einer deutlichen Aufhellung der Stimmung gekommen. Bei Austritt habe bezüglich der depressiven Problematik eine weitgehende Remission festgestellt werden können. Das Schonverhalten sei deutlich zurückgegangen (G act. 16). Bei dieser Ausgangslage überzeugt die Diagnose einer andauernden schweren Depression bei Austritt nicht. Sollte sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin seit dem Erlass der Verfügung vom 31. Januar 2008 dennoch relevant verschlechtert haben, so steht es ihr frei, ein neues Leistungsbegehren zu stellen.

4.8 Insgesamt ist der Sachverhalt damit als ausreichend abgeklärt zu betrachten. Zur Einholung eines Obergutachtens, wie dies beantragt wird, besteht kein Anlass. Zusammenfassend ist in Übereinstimmung mit der Beschwerdegegnerin und auf Grund des polydisziplinären ABI-Gutachtens vom 18. Juni 2007 von einer vollen Arbeitsfähigkeit in einer leidensadaptierten Tätigkeit bis zum Verfügungserlass auszugehen.

5.



5.1 Die Beschwerdeführerin ist als Vollerwerbstätige zu qualifizieren. Zur Bemessung des Invaliditätsgrades ist deshalb ein Einkommensvergleich durchzuführen. Die Beschwerdeführerin verlangt die Berücksichtigung eines zusätzlichen Abzuges in der Höhe von 25%. Wie die Beschwerdeführerin korrekt berechnet hat, beträgt das Valideneinkommen für das Jahr 2007 Fr. 62'058.--. Beim Invalideneinkommen hat sich die Beschwerdegegnerin auf die Tabellen der schweizerischen Lohnstrukturerhebung 2007 gestützt und einen Jahreslohn von Fr. 48'036.-- angewendet, den Frauen im Durchschnitt für Tätigkeiten im Niveau 4 verdient haben. Sodann wurde ein "Leidensabzug" von 10% gewährt (IV-act. 12). Der oftmals als "Leidensabzug" bezeichnete Abzug hat nichts mit dem Leiden zu tun. Vielmehr sollen damit jene Nachteile ausgeglichen werden, welche die versicherte Person bei der Anwendung statistischer Daten für das Invalideneinkommen erleidet. Die Invalidität bewirkt – neben der Arbeitsunfähigkeit – auf den realen Arbeitsmarkt bezogen eine zusätzliche Lohneinbusse. Denn die statistischen Tabellenlöhne werden auf der Grundlage von Daten gesunder Arbeitnehmer erhoben. Solche Werte erreicht der invalide Arbeitnehmer im Allgemeinen nicht. Vielmehr muss er in der Entwicklung des Invaliditätseinkommens beziehungsweise der Invalidenkarriere mannigfaltige Nachteile gewärtigen (vgl. [BGE 126 V 75 neues Fenster](#) zum Leidensabzug). Die Beschwerdeführerin ist körperlich gegenüber einer gesunden Konkurrentin benachteiligt, weil sie mehr Krankheitsabwesenheiten haben sowie für Überstundentätigkeit weniger verfügbar sein wird. Sie wird deshalb eine Lohneinbusse in Kauf nehmen müssen. Die körperlichen Beschwerden an und für sich sind jedoch bereits in der ärztlichen Schätzung der Arbeitsfähigkeit abschliessend berücksichtigt worden, sodass sich diesbezüglich kein weiterer Abzug rechtfertigt. Insgesamt erscheint unter diesen Umständen der von der Beschwerdegegnerin gewährte Abzug von 10% als angemessen. Die Ermittlung eines Invaliditätsgrades von 30.34% erweist sich unter diesen Umständen als korrekt.

6.

Im Sinne der vorstehenden Erwägungen ist die Beschwerde abzuweisen. Das Beschwerdeverfahren ist kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festgelegt (Art. 69 Abs. 1<sup>bis</sup> IVG). Eine Gerichtsgebühr von Fr. 600.-- erscheint



## St.Galler Gerichte

als angemessen. Als unterliegende Partei hat die Beschwerdeführerin die Gerichtskosten zu bezahlen (vgl. Art. 95 Abs. 1 VRP). Mit dem von ihr geleisteten Kostenvorschuss im Verfahren IV 2008/128 in gleicher Höhe ist die geschuldete Gerichtsgebühr getilgt.

Demgemäss hat das Versicherungsgericht

im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 53 GerG

entschieden:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Die Beschwerdeführerin hat die Gerichtskosten von Fr. 600.-- zu bezahlen; diese sind durch den geleisteten Vorschuss in gleicher Höhe gedeckt.