



Fall-Nr.: IV 2011/84
Stelle: Versicherungsgericht
Rubrik: IV - Invalidenversicherung
Publikationsdatum: 25.02.2013
Entscheiddatum: 25.02.2013

Entscheid Versicherungsgericht, 25.02.2013

Art. 28 IVG. Würdigung medizinisches Gutachten. Berechnung des Invaliditätsgrads (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St.Gallen vom 25. Februar 2013, IV 2011/84).

Versicherungsrichterinnen Marie Löhner (Vorsitz), Lisbeth Mattle Frei und Marie-Theres Rüegg Haltinner; Gerichtsschreiber Marc Giger

Entscheid vom 25. Februar 2013

in Sachen

A.____,

Beschwerdeführerin,

vertreten durch Rechtsanwalt lic. iur. Daniel Ehrenzeller, Engelgasse 214, 9053 Teufen,

gegen

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

Beschwerdegegnerin,

betreffend

Rente



Sachverhalt:

A.

A.a A.____, meldete sich erstmals im Juni 2001 zum Bezug von Leistungen der Invalidenversicherung (IV) an (IV-act. 3). Dr. med. B.____, Facharzt FMH Allgemeine Medizin, diagnostizierte im Arztbericht vom 5. Juli 2001 ein Lumbovertebralsyndrom bei beginnender Spondylarthrose L5/S1 und hielt eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit für leichteste Arbeiten fest (IV-act. 8). Im Gutachten vom 25. März 2002 stellte Dr. C.____, Spezialarzt Orthopädische Chirurgie FMH, die Diagnosen lumbovertebrales Syndrom bei leichter Osteochondrose Th12 bis L3 und beginnender Spondylarthrose L4 bis S1; depressive Stimmungslage; geringe Diskopathie L 1/2 und kleiner peripherer Riss im Anulus fibrosus L5/S1; Nikotinabusus. Die bisherige körperlich leichte Tätigkeit als Montagearbeiterin sei der Versicherten zu 80 % zumutbar (IV-act. 17). Dr. med. D.____, FMH Rheumatologie und Rehabilitation, stellte im Gutachten vom 24. September 2002 u.a. eine somatoforme panvertebrale Schmerzproblematik fest. Aus rein rheumatologischer Sicht sei für eine leichte Tätigkeit in wechselnder Position eine 50%ige Arbeitsfähigkeit gegeben (IV-act. 21). Im Gutachten der Fachstelle für Sozialpsychiatrie und Psychotherapie, Heerbrugg, vom 25. März 2003 wurde eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung diagnostiziert (IV-act. 27). Im ABI-Gutachten vom 19. Januar 2005 wurde keine Diagnose mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit erhoben. Die anhaltende somatoforme Schmerzstörung und das lumbalbetonte panvertebrale Schmerzsyndrom ohne radikuläre Symptomatik hätten keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit. Weder aus orthopädischer, psychiatrischer noch internistischer Sicht seien objektivierbare Befunde erhebbare, welche die Arbeitsfähigkeit der Versicherten in ihrer angestammten Tätigkeit als Fabrikarbeiterin und als Hausfrau einschränken würden (IV-act. 53). Mit Verfügung vom 10. Februar 2005 bzw. Einspracheentscheid vom 7. Juli 2005 wies die IV-Stelle das Leistungsbegehren ab (IV-act. 56, 68).

A.b Mit Eingabe vom 29. Juni 2006 stellte die Versicherte ein Gesuch um Vornahme einer "Rentenrevision" und liess die Ausrichtung einer ganzen Invalidenrente



St.Galler Gerichte

beantragen. Sie führte aus, es sei eine wesentliche Verschlechterung des Gesundheitszustands eingetreten. Es sei praktisch keine Arbeitsfähigkeit mehr vorhanden (IV-act. 76). In einem undatierten Bericht beschrieb Dr. med. E.____, Facharzt FMH Allgemeine Medizin, Sportmedizin SGSM, Manuelle Medizin SAMM, Medizinisches Zentrum, Bad Ragaz, den Status der Beschwerdeführerin am 26. August 2005. Insbesondere stellte er diffuse Druckdolenzen im Rückenbereich fest. Es bestehe der dringende Verdacht einer Fibromyalgie. Die Depression schein recht ausgeprägt zu sein (IV-act. 81-6). Dr. F.____, Facharzt FMH für Physikalische Medizin und Rehabilitation, Klinik Valens, erhob im Bericht vom 1. November 2005 die Diagnose eines chronischen unspezifischen Weichteilrheumatismus. Die Diagnose einer Fibromyalgie könne nicht gestellt werden. Im Umfeld des chronischen Schmerzes seien auch psychiatrische Symptome auffällig gewesen. Als Nicht-Psychiater könne er jedoch keine entsprechende Diagnose stellen. Die Indikation für eine stationäre multimodale Behandlung sei gegeben (IV-act. 81-2ff.). Eine von Dr. G.____, am 10. August 2006 ausgestellte medizinische Bescheinigung bestätigt Beschwerden im lumbalen Bereich (IV-act. 81-5). Im ärztlichen Zeugnis vom 17. August 2006 diagnostizierte Dr. B.____ einen chronischen unspezifischen Weichteilrheumatismus sowie Spondylosen im Bereich der BWS und LWS. Seit 12. August 2000 bestehe bis auf weiteres, wahrscheinlich lebenslang, eine Arbeitsunfähigkeit von 100 %. Angesichts des riesigen Leidensdrucks sei eine leidensangepasste Tätigkeit nicht vorstellbar (IV-act. 81-1). Die IV-Stelle verfügte am 19. Februar 2007 wie zuvor angekündigt, auf das neue Leistungsbegehren werde nicht eingetreten, da mit dem Gesuch keine neuen Tatsachen geltend gemacht würden (IV-act. 89). Eine gegen diese Verfügung gerichtete Beschwerde wurde vom Kantonalen Versicherungsgericht am 19. August 2008 abgewiesen (Verfahren IV 2007/137). Eine gegen den Entscheid des Versicherungsgerichts erhobene Beschwerde wies das Bundesgericht ab (Urteil vom 5. November 2008, 9C_726/2008).

B.

B.a Im März 2009 meldete sich die Versicherte erneut zum Bezug von IV-Leistungen an. Zur gesundheitlichen Beeinträchtigung gab sie an, sie leide seit März 2007 an einer Depression (IV-act. 117). Die Klinik Teufen stellte in ihrem Arztbericht vom 29. April 2009 folgende Diagnosen: Rezidivierende depressive Störung, schwere Episode ohne



St.Galler Gerichte

psychotische Symptome (ICD-10: F 33.2); Verdacht auf somatoforme Schmerzstörung (IV-act. 122). Die Klinik St. Pirminsberg, Pfäfers, wo sich die Versicherte vom 16. November bis 4. Dezember 2009 in stationärer Behandlung befand, erwähnte in ihrem Austrittsbericht vom 11. Dezember 2009 (IV-act. 137) die Diagnosen rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode mit psychotischen Symptomen (ICD-10: F 33.3); anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10: F 45.40). Die Klinik Teufen hielt im Verlaufsbericht vom 29. Januar 2010 (IV-act. 138-1) fest, der Gesundheitszustand der Versicherten sei stationär. Als Diagnosen führte sie auf: Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode mit psychotischen Symptomen (ICD-10: F 33.3); anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10: F 45.40). Die IV-Stelle veranlasste am 15. Februar 2010 gestützt auf eine Stellungnahme des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD) eine medizinische Abklärung durch das ABI (IV-act. 141). Die Begutachtung fand am 26. Mai 2010 statt. Nebst einer internistisch/allgemeinmedizinischen Untersuchung wurden eine psychiatrische sowie eine rheumatologische Untersuchung durchgeführt. Das Gutachten vom 5. Juli 2010 gelangt zum Ergebnis, die Versicherte leide an einer leichten bis mittelgradigen depressiven Episode (ICD-10: F 33.0 / F 33.1) und an einer somatoformen Schmerzstörung, weshalb bei ihr für leichte bis mittelschwere Tätigkeiten eine Arbeits- und Leistungsfähigkeit von 70 % bestehe (IV-act. 147-22).

B.b Mit Vorbescheid vom 6. September 2010 stellte die IV-Stelle der Versicherten die Abweisung des Leistungsbegehrens in Aussicht (IV-act. 153). Dagegen erhob die Versicherte, vertreten durch Rechtsanwalt Daniel Ehrenzeller, am 6. Oktober 2010 Einwand. Darin wird insbesondere ausgeführt, das ABI-Gutachten sei in verschiedener Hinsicht mangelhaft, weshalb nicht darauf abgestellt werden könne (IV-act. 154). Mit Schreiben vom 11. November 2010 (IV-act. 157) bzw. vom 10. Januar 2011 (IV-act. 160) nahm das ABI zu ergänzenden Fragen der IV-Stelle Stellung.

B.c Die IV-Stelle verfügte am 26. Januar 2011 im Sinn des Vorbescheids (IV-act. 162).

C.

C.a Gegen diesen Entscheid richtet sich die vorliegende Beschwerde der Versicherten, wiederum vertreten durch Rechtsanwalt Ehrenzeller, vom 24. Februar



2011. Unter Kosten- und Entschädigungsfolge beantragt sie, die Verfügung vom 26. Januar 2011 sei aufzuheben, und es sei ihr mit Wirkung ab März 2008 mindestens eine halbe Rente zuzusprechen; eventualiter sei die Verfügung vom 26. Januar 2011 aufzuheben und die Angelegenheit zwecks Vornahme weiterer Abklärungen an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. Ausserdem sei ihr die unentgeltliche Rechtspflege zu bewilligen. Zur Begründung trägt der Rechtsvertreter vor, das ABI-Gutachten sei in verschiedener Hinsicht widersprüchlich und deshalb mangelhaft. Ausserdem beanstandet er die Bemessung des Invaliditätsgrads. Grundsätzlich sei nicht von einer Arbeitsfähigkeit von 70 % auszugehen, sondern höchstens von 40 - 50 %, was je nach weiteren Abzügen zu einer halben oder einer $\frac{3}{4}$ -Rente führen müsste (act. G 1).

C.b In ihrer Beschwerdeantwort vom 15. April 2011 beantragt die Beschwerdegegnerin, die Beschwerde sei abzuweisen. Zur Begründung führt sie aus, das Gutachten erfülle sämtliche rechtsprechungsgemässen Kriterien der Beweistauglichkeit. Es gelte vorliegend einzig, die leichte bis mittelgradige depressive Episode sowie die anhaltende somatoforme Schmerzstörung zu würdigen. Die diagnostizierte depressive Episode sei im Verhältnis zur somatoformen Schmerzstörung nicht als Komorbidität zu qualifizieren, sondern lediglich als deren reaktive Begleiterscheinung. Es seien auch keine anderen qualifizierenden Umstände auszumachen, nach welchen einer somatoformen Schmerzstörung ausnahmsweise invalidisierende Wirkung zuzuerkennen sei. Damit sei von der Überwindbarkeit der somatoformen Schmerzstörung auszugehen (act. G 6).

C.c Mit Schreiben vom 15. April 2011 zog die Beschwerdeführerin ihr Gesuch betreffend unentgeltliche Rechtspflege zurück (act. G 7).

C.d Mit Replik vom 1. Juli 2011 machte die Beschwerdeführerin geltend, das ABI gelange zum Schluss, die Arbeitsfähigkeit betrage 70 %, es halte aber die Einschätzung der Klinik Teufen offenbar für ebenso realistisch, mithin auch das Vorliegen einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit. Sodann weist sie darauf hin, es sei unverständlich, dass das ABI kein MRI und keine neurologische Untersuchung durchgeführt habe. Die Beschwerdegegnerin habe ihre Abklärungspflicht verletzt. Zudem wird beanstandet,



die Beschwerdegegnerin sei auf die Frage des Leidensabzugs nicht eingegangen (act G 12).

C.e In ihrer Duplik vom 8. Juli 2011 hielt die Beschwerdegegnerin an ihren Ausführungen in der Beschwerdeantwort bzw. an ihrem Antrag fest. Betreffend den Leidensabzug erklärte sie, sie habe diesen deshalb nicht thematisiert, weil den Beschwerden der Beschwerdeführerin gar keine invalidisierende Wirkung zugesprochen werden könne. Selbst wenn sich jedoch die Frage eines Leidensabzugs stellen würde, wäre ein solcher vorliegend nicht gerechtfertigt (act. G 14).

Erwägungen:

1.

Zwischen den Parteien ist der Invalidenrentenanspruch der Beschwerdeführerin streitig.

1.1 Am 1. Januar 2008 sind mit der 5. IVG-Revision verschiedene Änderungen des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG; SR 831.20) in Kraft getreten. Weil in zeitlicher Hinsicht grundsätzlich diejenigen Rechtsätze massgebend sind, die bei der Erfüllung des zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben (BGE 127 V 467 E. 1), und weil bei der Beurteilung ferner auf den bis zum Zeitpunkt des Erlasses der streitigen Verfügung eingetretenen Sachverhalt abzustellen ist (BGE 121 V 366 E. 1b), sind für den bis 31. Dezember 2007 verwirklichten Sachverhalt die altrechtlichen, danach die bis 31. Dezember 2011 geltenden materiellen Bestimmungen anzuwenden. Die am 1. Januar 2012 in Kraft getretene IV-Revision 6A ist für dieses Verfahren nicht von Bedeutung

1.2 Unter Invalidität wird die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit verstanden (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Erwerbsunfähigkeit ist dabei der durch eine Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung



verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 ATSG).

1.3 Nach aArt. 28 Abs. 1 IVG (heute 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 ein Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % ein Anspruch auf eine Viertelsrente. Nach aArt. 29 Abs. 1 entsteht der Rentenanspruch frühestens in dem Zeitpunkt, in dem die versicherte Person mindestens zu 40 % bleibend erwerbsunfähig geworden ist (lit. a) oder während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens zu 40 % arbeitsunfähig gewesen war (lit. b). Nach der ab 1. Januar 2008 geltenden Regelung entsteht ein Anspruch nur noch nach der zweiten Variante (Art. 28 Abs. 1 IVG). Zusätzlich muss eine Karenzzeit von sechs Monaten seit Anmeldung bestanden werden (Art. 29 Abs. 1 IVG).

2.

2.1 Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung und im Beschwerdefall das Gericht auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist (BGE 125 V 261 E. 4). Das Gericht hat den Sachverhalt von Amtes wegen festzustellen und demnach zu prüfen, ob die vorliegenden Beweismittel eine zuverlässige Beurteilung des strittigen Leistungsanspruches gestatten. Die Rechtsprechung hat es mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung als vereinbar erachtet, in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten Richtlinien für die Beweiswürdigung aufzustellen (BGE 125 V 351 E. 3b). Das im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholte Gutachten von externen Spezialärzten, die aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, besitzt bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (vgl. Urteil des



Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG; seit 1. Januar 2007: Sozialrechtliche Abteilungen des Bundesgerichts] vom 16. Oktober 2002, I 779/01, E. 4.2).

2.2 Zunächst ist die Frage zu beantworten, ob die medizinische Aktenlage eine rechtsgenügende Beurteilung der Restarbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin erlaubt. Die Beschwerdegegnerin stützt die rentenablehnende Verfügung vom 26. Januar 2011 auf das ABI-Gutachten vom 5. Juli 2010 (IV-act. 147). Das Gutachten stellt folgende Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit: Leichte bis mittelgradige depressive Episode (ICD-10: F 33.0 / F 33.1); anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10: F 45.4). Als Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit werden genannt: Regelmässige Benzodiazepineinnahme (ICD-10: F 45.4); zervikospodylogenes Schmerzsyndrom (ICD-10: M 53.1) [Dysbalancen der Schultergürtelmuskulatur; radiologisch altersentsprechender Befund; klinisch keine Hinweise für radikuläre Symptomatik]; chronisches thorakolumbospondylogenes Schmerzsyndrom linksbetont (ICD-10 M 54.5) [myostatische Insuffizienz mit den entsprechenden muskuloligamentären Überlastungsreaktionen; klinisch keine Hinweise für radikuläre Symptomatik; radiologisch unauffälliger Befund]; allgemeine Hypermobilität; generalisiertes multilokuläres Schmerzsyndrom (ICD-10: R52.9) [Ganzkörperschmerzen mit vegetativer Begleitsymptomatik; klinisch und labortechnisch keine Hinweise für entzündlich rheumatisches Geschehen]; fortgesetzter Nikotinkonsum, schädlicher Gebrauch (ICD-10: F17.1). Aus polydisziplinärer Sicht sei die Beschwerdeführerin für körperlich leichte bis mittelschwere Tätigkeiten zu 70 % arbeits- und leistungsfähig. Die zuletzt ausgeübte Tätigkeit einer Fabrikmitarbeiterin sei ebenfalls noch zu einem 70%-Pensum zumutbar. Über die Zeit gemittelt sei davon auszugehen, dass die 30%ige Arbeitsunfähigkeit aus psychiatrischer Sicht wahrscheinlich seit März 2007 bestehe. Mit medizinischen Massnahmen könne die Arbeitsfähigkeit erhalten und gegebenenfalls verbessert werden. Berufliche Massnahmen könnten erst durchgeführt werden, wenn die Beschwerdeführerin die Motivation für die Wiederaufnahme einer Erwerbstätigkeit aufbringe (IV-act. 147-20ff.).

2.3 Im Folgenden ist zu prüfen, ob bzw. inwieweit auf das medizinische Gutachten abgestellt werden kann. Die Beschwerdeführerin hält dieses nicht für beweiskräftig. Sie macht geltend, das Gutachten weise etliche Mängel auf.



2.3.1 Zunächst rügt die Beschwerdeführerin die Begründung des ABI, weshalb keine Persönlichkeitsstörung vorliegen könne. Dass jemand, der irgendwann voll erwerbstätig gewesen sei, gar keine Persönlichkeitsstörung entwickeln könne, sei falsch. Das ABI führt im Gutachten aus, bei der Beschwerdeführerin würden keine deutlich auffälligen Persönlichkeitszüge für die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit bestehen, und gegen diese Diagnose spreche auch der Verlauf mit vor der Erkrankung voller Arbeitsfähigkeit. Im Schreiben vom 11. November 2010, in welchem das ABI zu Ergänzungsfragen der Beschwerdegegnerin Stellung nimmt, wird zudem dargelegt, eine Persönlichkeitsstörung entwickle sich früh, bereits in der Kindheit, manifestiere sich im jungen Erwachsenenalter definitiv und bleibe im ganzen weiteren Verlauf relativ unverändert. Der Verlauf einer Persönlichkeitsstörung sei also im Wesentlichen unabhängig von Phasen mit Verschlechterung oder Verbesserung. Gemäss diesen plausiblen Ausführungen erscheint somit unwahrscheinlich, dass die Beschwerdeführerin an einer Persönlichkeitsstörung leidet. Im Übrigen wurde von der Beschwerdegegnerin zutreffend darauf hingewiesen, dass auch von Seiten der behandelnden Ärzte keine Persönlichkeitsstörung diagnostiziert worden ist.

2.3.2 Im Zusammenhang mit der psychiatrischen Begutachtung führt die Beschwerdeführerin sodann aus, die Ausführungen im Gutachten zu den von ihr geschilderten Alpträumen seien nicht nachvollziehbar. Sie habe nie erklärt, diese Alpträume quasi nur im Halbschlaf oder unter Medikamenten zu erleiden; sie habe im Frühling 2007 unter anderem aus diesem Grunde eine psychiatrische Therapie beginnen müssen. Erst danach habe sie Psychopharmaka erhalten. Es sei damit bewiesen, dass die Alpträume eben echt seien und sich auch auf den konkreten Tagesablauf auswirkten. Allgemein bleibe die Frage vom Gutachten unbeantwortet, weshalb keine psychotischen Symptome "im engeren Sinne" vorliegen könnten. Nach Auffassung des Gerichts setzt sich das Gutachten mit der Frage nach dem Vorliegen einer psychotischen Symptomatik hinreichend auseinander. Im Abschnitt über die psychopathologischen Befunde wird erklärt, die Beschwerdeführerin sei bewusstseinsklar und allseits orientiert. Die Aufmerksamkeit, die Auffassung und das Gedächtnis seien nicht beeinträchtigt gewesen. Das Denken sei formal geordnet und inhaltlich seien keine Wahnideen, Halluzinationen und Ich-Störungen vorhanden (Gutachten, Ziff. 4.1.2). Was die geschilderten Alpträume betreffe, so könne es sich



dabei auch um sogenannte hypnagoge Halluzinationen handeln. Im Gegensatz zu echten Halluzinationen würden diese bei herabgesetztem Bewusstseinszustand wie im Halbschlaf oder unter dem Einfluss von Drogen bzw. Medikamenten auftreten, sie seien gegenüber echten Halluzinationen bei einer Schizophrenie deutlich weniger plastisch ausgeprägt und die Betroffenen könnten sich besser von ihnen distanzieren (Gutachten, Ziff. 4.1.4). Vorliegend konnten die Experten somit nicht mit Sicherheit beurteilen, ob es sich bei den Albträumen tatsächlich um hypnagoge Halluzinationen handelt. Sogenannt echte Halluzinationen und damit eine mögliche Schizophrenie werden im Gutachten jedoch nicht angegeben. Echte Halluzinationen bzw. die Diagnose einer Schizophrenie werden denn auch weder von der Beschwerdeführerin selber noch von ihren behandelnden Ärzten geltend gemacht.

2.3.3 Die Beschwerdeführerin hält das Gutachten im Zusammenhang mit der Frage nach der Schwere der depressiven Störung für widersprüchlich. So habe das ABI in der Stellungnahme zur Beurteilung der Klinik Teufen geschrieben, deren Einschätzung sei "nicht unbedingt falsch"; es sei möglich, dass es unter der Behandlung zur Remission einer schwergradigen Depression, auch mit psychotischer Symptomatik, gekommen sei. Das ABI nehme mithin "in Kauf", dass die Arbeitsfähigkeitsschätzung gemäss der Beurteilung der Klinik Teufen zutreffend sei, womit von einer erheblichen Einschränkung auszugehen sei. Was die Frage nach dem Vorliegen einer Depression betrifft, ist festzuhalten, dass die Beurteilung des ABI ebenfalls nachvollziehbar erscheint. Zwar fällt auf, dass die Klinik Teufen im Verlaufsbericht vom 29. Januar 2010 die Diagnosestellung der Klinik St. Pirminsberg übernahm, von einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig schwere Episode mit psychotischen Symptomen sprach und dabei auch nichts mehr von einer (Teil-)Remission erwähnte. Allerdings wird nicht klar dargelegt, inwiefern sich im Vergleich zur Beurteilung vom 29. April 2009 eine Verschlechterung ergeben haben soll. Die Frage nach einer Änderung der Diagnose wurde zudem mit "Nein" angekreuzt (IV-act. 138). Obwohl nach dem Gesagten der Verlaufsbericht der Klinik Teufen und der Austrittsbericht der Klinik St. Pirminsberg vom 11. Dezember 2009 in Bezug auf die Diagnosestellung übereinstimmen, kommt ihnen kein massgebender Beweiswert zu. Die Beschwerdeführerin machte offenbar auch gegenüber den behandelnden Ärzten keine genaueren Angaben bezüglich ihrer Albträume. Es wird zudem weder von der Klinik Teufen noch von der Klinik St. Pirminsberg begründet, weshalb die bei der



Beschwerdeführerin bestehende rezidivierende depressive Störung schweren Grades sei bzw. weshalb eine psychotische Symptomatik vorliege. Gesamthaft vermögen deshalb weder die Einschätzungen der Klinik Teufen noch jene der Klinik St. Pirminsberg Zweifel an der gutachterlichen Beurteilung zu erwecken. Rechtssprechungsgemäss kommt dem Gutachten Priorität zu. Im Ergebnis ist mithin von einer rezidivierenden depressiven Störung, leichte bis mittelgradige Episode (F 33) auszugehen.

2.3.4 Gemäss Auffassung der Beschwerdeführerin sei sodann die Annahme des ABI nicht haltbar, dass kein emotionaler Rückzug vorliege. Das ABI schreibe, ein emotionaler Rückzug wäre daraus ersichtlich, dass auch innerhalb der Familie Kontakte vermieden würden. Die Beschwerdeführerin stellt sich auf den Standpunkt, es sei offensichtlich, dass ein familieninterner Rückzug existiere. Sie sehe sich nämlich nicht einmal mehr in der Lage, die eigenen Kinder zu betreuen. Es liege zweifellos innerhalb der Familie eine Gefühlsabstumpfung vor, welche sich in der Quasi-Fremdbetreuung manifestiere. Dieser Begründung der Beschwerdeführerin, weshalb ein emotionaler Rückzug vorliegen soll, kann nicht gefolgt werden. Es leuchtet ein, dass die Beschwerdeführerin sich aufgrund der von ihr empfundenen körperlichen und psychischen Beschwerden mit der Kinderbetreuung bzw. der Haushaltsführung überfordert sieht. Es ist hingegen durch nichts belegt, dass sie diese Aufgaben deshalb nicht wahrnimmt, um Kontakte innerhalb der Familie zu meiden. Im Gegenteil wird im psychiatrischen Teil des Gutachtens anschaulich beschrieben, dass die Beschwerdeführerin ein "familienorientiertes Krankheitsmodell" habe. Sie erwarte und erhalte von ihrer Familie Hilfe (sekundärer Krankheitsgewinn). Insgesamt vermögen auch diese Ausführungen der Beschwerdeführerin keine Zweifel an der Beurteilung des ABI zu erwecken.

2.3.5 Im Zusammenhang mit den somatischen Leiden rügt die Beschwerdeführerin eine unvollständige Abklärung des Sachverhalts. Vom ABI seien nur konventionelle Röntgenbilder angefertigt worden. Das ABI hielt in seinem Schreiben vom 10. Januar 2011 fest, eine Kernspintomographie der Wirbelsäule könne nicht zur Abklärung der generalisierten Schmerzproblematik beitragen. Degenerative Wirbelsäulenveränderungen hätten anhand der Röntgenaufnahmen der HWS und der LWS ausgeschlossen werden können. Sowohl im Zervikal- wie auch im Lumbalbereich



hätte sich ein altersentsprechender Befund gezeigt. Die Durchführung einer Kernspintomographie der Wirbelsäule wäre lediglich bei begründetem Verdacht auf eine sich neurokompressiv auswirkende Diskushernie indiziert. Hierfür hätten sich klinisch keine Hinweise gefunden. Sowohl die Sensomotorik als auch der Reflexstatus seien unauffällig gewesen. Der "Lasègue beidseits" sei negativ gewesen (IV-act. 160). Dem Schreiben ist also klar zu entnehmen, dass bei Durchführung eines MRI keine für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit relevanten Befunde zu erwarten wären, die sonst nicht zum Vorschein treten könnten. Es bestehen keine Anhaltspunkte, welche diese Auffassung des ABI als offenkundig falsch erscheinen lassen. Im Ergebnis ist somit davon auszugehen, dass eine Kernspintomographie im vorliegenden Fall nichts zur Klärung der Schmerzsymptomatik beitragen kann. Eine Verletzung der Abklärungspflicht seitens der Beschwerdegegnerin liegt mithin nicht vor, umso mehr als die Rückenbeschwerden der Beschwerdeführerin schon mehrfach intensiv abgeklärt worden sind, ohne dass sich ein organisches Korrelat feststellen liess (vgl. IV-act. 17, 21, 53 und 81-2).

2.3.6 Betreffend die somatischen Beschwerden bemängelt die Beschwerdeführerin im Übrigen, mit Blick auf die regelmässigen Ausstrahlungen in den Kopf und in die Beine sowie mit Blick auf die Taubheit im linken Bein wäre auch eine neurologische Untersuchung durch das ABI notwendig gewesen. Ein Rheumatologe allein helfe hier nicht weiter. Wie die Beschwerdeführerin richtig feststellt, wurde der neurologische Status im Rahmen der rheumatologischen Untersuchung erhoben. Es wurde festgestellt, die Sensomotorik der oberen und unteren Extremität sei intakt. BSR, TSR, PSR und ASR seien beidseits seitengleich auslösbar. Bei der Lasègue'schen Prüfung hätten beide Beine bis 50° schmerzfrei angehoben werden können (Gutachten Ziff. 4.2.2.2). Vorliegend bestehen keine Anhaltspunkte dafür, dass eine Begutachtung durch einen neurologischen Facharzt wesentliche weitere Erkenntnisse gebracht hätte. Das ABI schreibt im Zusammenhang mit dem Beschwerdebild, welches sich zeigte, als objektivierbare schmerzauslösende Befunde hätten eine allgemeine Hypermobilität, Dysbalancen der Schultergürtelmuskulatur sowie eine myostatische Insuffizienz mit den entsprechenden muskuloligamentären Überlastungsreaktionen festgestellt werden können. Hierdurch erkläre sich jedoch nicht das geklagte Schmerzausmass. Als Ursache für das verstärkte Schmerzerleben sei bei der psychiatrischen Untersuchung eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung



eruiert worden. Aus diesen Ausführungen ergibt sich, dass die von der Beschwerdeführerin geltend gemachten Beschwerden rheumatologischer- und psychiatrischerseits erklärt werden konnten. Vor diesem Hintergrund sind weitere fachärztliche neurologische Abklärungen nicht angezeigt.

2.4 Zusammenfassend bestehen keine Anhaltspunkte, welche gegen die Zuverlässigkeit des Gutachtens sprechen. Es kann zur Beurteilung des Rentenanspruchs darauf abgestellt werden.

3.

Ausgehend von einer 30%igen Arbeitsunfähigkeit bleiben die erwerblichen Auswirkungen zu prüfen. Was die Berechnung des Valideneinkommens betrifft, ist zu beachten, dass die Beschwerdeführerin seit dem Jahr 1999 nicht mehr erwerbstätig ist. Es ist deshalb nicht auf das zuletzt erzielte Einkommen abzustellen. Das Valideneinkommen ist vielmehr auf derselben Grundlage wie das Invalideneinkommen zu erheben. Sind Validen- und Invalideneinkommen ausgehend vom selben Tabellenlohn zu berechnen, entspricht der Invaliditätsgrad dem Grad der Arbeitsunfähigkeit unter Berücksichtigung des Abzugs vom Tabellenlohn (SVR 2008 IV Nr. 2, I 697/05 E. 5.4). Beim Invalideneinkommen ist in Form eines entsprechenden Abzugs der Tatsache Rechnung zu tragen, dass persönliche und berufliche Merkmale, wie Art und Ausmass der Behinderung, Lebensalter, Dienstjahre, Nationalität oder Aufenthaltskategorie und Beschäftigungsgrad, Auswirkungen auf die Lohnhöhe haben können (BGE 124 V 323 E. 3b/aa) und je nach Ausprägung die versicherte Person deswegen die verbliebene Arbeitsfähigkeit auch auf einem ausgeglichenen Arbeitsmarkt nur mit unterdurchschnittlichem erwerblichen Erfolg verwerten kann (BGE 126 V 80 E. 5b/aa). Dabei ist der Abzug unter Würdigung der Umstände im Einzelfall nach pflichtgemäsem Ermessen gesamthaft zu schätzen. Er darf 25 % nicht übersteigen (BGE 134 V 327 E. 5.2). Die Beschwerdegegnerin hat die Gewährung eines Leidensabzugs abgelehnt. Die Beschwerdeführerin führte demgegenüber aus, es seien folgende Faktoren als lohnreduzierend zu berücksichtigen: die lange Abwesenheit vom Arbeitsmarkt, die voraussehbaren gesundheitlich bedingten Abwesenheiten, die fehlende Flexibilität am Arbeitsplatz (eine ausfallende Kollegin könnte nicht einfach ersetzt werden), die Rücksichtnahme auf die psychische Befindlichkeit sowie die



Tatsache, dass es sich um ein Teilzeitarbeitsverhältnis handle. Total sei ein Abzug von mindestens 15 % vorzunehmen. Vorliegend ist der Beschwerdeführerin zuzustimmen, dass sich ihre lange Abwesenheit vom Arbeitsmarkt lohnreduzierend auswirken könnte. Konkret ist ein Leidensabzug von 10 % zu gewähren. Darüber hinaus erscheint ein Abzug nicht gerechtfertigt; der eingeschränkten Belastbarkeit der Beschwerdeführerin ist bereits mit der Arbeitsfähigkeitsschätzung von 70 % ausreichend Rechnung getragen. Im Ergebnis resultiert ein Invaliditätsgrad von 37 % ($100 \% - [70 \% \times 0,9]$). Es besteht damit kein Rentenanspruch. Bei diesem Ergebnis kann im Übrigen offen bleiben, ob den Leiden der Beschwerdeführerin, wie von der Beschwerdegegnerin mit Verweis auf die Rechtsprechung des Bundesgerichts geltend gemacht wird, der invalidisierende Charakter gänzlich abzusprechen wäre.

4.

Damit ist die Beschwerde abzuweisen. Die Beschwerdeführerin hat gemäss Art. 69 Abs. 1^{bis} IVG die Gerichtsgebühr, die angesichts des durchschnittlichen Aufwands auf Fr. 600.-- festgelegt wird, zu bezahlen, wobei diese durch den in gleicher Höhe geleisteten Kostenvorschuss gedeckt ist. Ein Anspruch auf Parteientschädigung besteht ausgangsgemäss nicht.

Demgemäss hat das Versicherungsgericht

im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP

entschieden:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Die Beschwerdeführerin hat eine Gerichtsgebühr von Fr. 600.-- zu bezahlen. Der geleistete Kostenvorschuss in gleicher Höhe wird angerechnet.