



**Fall-Nr.:** IV 2015/21  
**Stelle:** Versicherungsgericht  
**Rubrik:** IV - Invalidenversicherung  
**Publikationsdatum:** 23.10.2019  
**Entscheiddatum:** 08.08.2016

### **Entscheid Versicherungsgericht, 08.08.2016**

**Art. 28 IVG, Art. 7 ATSG: In ihren Auswirkungen auf die Arbeitsunfähigkeit nicht objektivierbare Beschwerden. Abstellen auf ein Gutachten, dass eine volle Arbeitsfähigkeit in adaptierten Tätigkeiten attestiert (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 8. August 2016, IV 2015/21).**

Besetzung

Präsidentin Lisbeth Mattle Frei, Versicherungsrichter Ralph Jöhl,

Versicherungsrichterin Marie Löhner; Gerichtsschreiberin Beatrix Zahner

Geschäftsnr.

IV 2015/21

Parteien

**A.\_\_\_\_,**

**Beschwerdeführerin,**

vertreten durch Rechtsanwalt lic. iur. Tomas Kempf, Flum Schlegel Kempf  
Rechtsanwälte, Webernstrasse 5, 8610 Uster,

gegen

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



### Beschwerdegegnerin,

Gegenstand

### IV-Leistungen

### Sachverhalt

A.

A.a A.\_\_\_\_ meldete sich mit am 6. Juli 2009 unterzeichnetem und am 20. Juli 2009 bei der IV-Stelle eingegangenem Antragsformular für Hilfsmittel bei der schweizerischen Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug an (IV-act. 1). Nachdem sie am 24. Juli 2009 von der IV-Stelle dazu eingeladen worden war (IV-act. 5), meldete sie sich am 2. September 2009 mit entsprechendem Formular zum Rentenbezug an (IV-act. 7).

A.b Gemäss Bericht des Kantonsspitals St. Gallen (KSSG), Departement Innere Medizin, Rheumatologie und Rehabilitation (im Folgenden: Rheumatologie KSSG) vom 8. Juli 2008 waren unter anderem im November 2006 ein Morbus Wegener (Erstdiagnose 11/06), eine ängstlich-depressive Reaktion sowie multiple Knocheninfarkte Tibia und Femur links und Femur rechts (Erstdiagnose März 2007) diagnostiziert worden (IV-act. 26-8 f.). Die Klinik für Orthopädische Chirurgie hatte am 26. Mai 2009 (IV-act. 26-3 f.) und am 8. Juli 2009 (IV-act. 26-1 f.) über einen Status nach Kniegelenksarthroskopie mit partieller Innenmeniskusresektion und retrograder Anbohrung Osteonekrose medialer Femurkondylus am 22. April 2009 berichtet.

A.c RAD-Arzt Dr.med. B.\_\_\_\_, Facharzt Innere Medizin, untersuchte die Versicherte am 2. Dezember 2009. In seinem Bericht vom 11. Dezember 2009 hielt er fest, medizintheoretisch wäre eine intellektuell nicht anspruchsvolle Produktionsarbeit in ausschliesslich sitzender Position mit Möglichkeit zu Positionswechseln (Wechselbelastung) ohne wiederholte Gehstrecken von über 10 bis 20 m zumutbar. Schliesslich müssten ihr im Rahmen einer ganztägigen Tätigkeit längere Pausen gewährt werden (IV-act. 28).



## St.Galler Gerichte

A.d Die IV-Stelle teilte der Versicherten am 12. Januar 2010 mit, aufgrund ihres Gesundheitszustandes seien keine beruflichen Eingliederungsmassnahmen möglich. Es werde der Anspruch auf eine Rente geprüft (IV-act. 32).

A.e Vom 27. Dezember 2010 bis 15. Januar 2011 wurde die Versicherte stationär in der Klinik Valens behandelt. Gemäss Austrittsbericht vom 11. Februar 2011 erfolgte die Zuweisung zur muskuloskelettalen Rehabilitation aufgrund zunehmender Dyspnoe mit Husten und Dekonditionierung sowie generalisierter Schmerzen. Unter anderem wurden bei den Diagnosen das Anbringen einer Schlittenprothese am linken Knie im März 2010 sowie die Diagnose eines seit August 2010 bestehenden chronischen trockenen Reizhustens vermerkt. Aufgrund der im Verlauf beobachteten sehr geringen Belastbarkeit (auch Haushaltstätigkeiten könnten höchstens während 15 Minuten durchgeführt werden) sei derzeit keine verwertbare berufliche Leistungsfähigkeit gegeben (IV-act. 120-1 ff.).

A.f Die behandelnde Ärztin der Rheumatologie des KSSG berichtete im Arztbericht vom 23. September 2011 (Posteingang bei der IV-Stelle) über einen stabilen Verlauf. Leichte körperliche Arbeiten seien während etwa einer bis zwei Stunden täglich zumutbar. Dabei bestehe eine Leistungsfähigkeit von 50 % wegen Bewegungseinschränkung, Dyspnoe, Kraftlosigkeit und Antriebsmangel (IV-act. 64-1 ff.). Die Hausärztin der Versicherten, Dr. med. C.\_\_\_\_, FMH Anästhesiologie, hielt im Verlaufsbericht vom 19. Dezember 2011 fest, der Gesundheitszustand sei stationär. Prognostisch sei die Krankheit nicht heilbar, und es sei mit regelmässigen Schüben zu rechnen, die immer wieder eine zusätzliche Verschlechterung bedeuteten (IV-act. 135).

A.g Im Auftrag der IV-Stelle führte die Berufliche Abklärungsstelle Appisberg, Männedorf, vom 20. Februar bis 2. März 2012 BEFAS-Abklärung der Versicherten durch. Gemäss Schlussbericht vom 30. März 2012 (IV-act. 95) wurde die Abklärung wegen nicht nachvollziehbarer Absenzen, völlig passivem Verhalten und ausgesprochenem Schon- und Vermeidverhalten vorzeitig abgebrochen (IV-act. 95-7).

A.h Die IV-Stelle teilte der Versicherten am 26. April 2012 mit, die Eingliederungsberatung sei abgeschlossen. Es bestehe kein Anspruch auf berufliche Massnahmen (IV-act. 99).



A.i Die behandelnde Rheumatologin am KSSG bezeichnete im am 27. November 2012 bei der IV-Stelle eingegangenen Verlaufsbericht den Gesundheitszustand als stationär. Die bisherige Tätigkeit sei der Versicherten nicht zumutbar wegen einer schmerzhaften Bewegungseinschränkung des linken Kniegelenks, wegen eines chronischen Schmerzsyndroms sowie einer chronischen pulmonalen Symptomatik. Leichte körperliche Arbeiten seien während einer bis zwei Stunden täglich zumutbar. Dabei bestehe eine verminderte Leistungsfähigkeit aufgrund schmerzhafter Bewegungseinschränkung, Antriebslosigkeit, Kraftlosigkeit und Dyspnoe (IV-act. 118-1 ff.).

A.j Die Versicherte wurde am 10. Dezember 2012 am Schmerzzentrum des KSSG konsiliarisch abgeklärt. Dabei wurden unter anderem ein chronifiziertes pankorporelles Schmerzsyndrom, Gebershagen Stadium III bei Grunderkrankung Morbus Wegener, der Verdacht auf eine schwere depressive Störung (PHQ-D), mittlerer Schweregrad, sowie Granulomatose mit Polyangiitis (Morbus Wegener) erhoben. Es zeige sich (seit einem Konsilium im Jahre 2007) eine eindruckliche Veränderung mit Resignation und Hypoaktivität; eine aktive Auseinandersetzung mit der Krankheit lasse sich aktuell nicht mehr vermerken. Hinzu kämen fehlende Alltagsstruktur, Schlafstörungen und fehlende Ressourcen (Bericht Schmerzzentrum KSSG vom 19. Dezember 2012, IV-act. 145).

A.k Die Rheumatologie des KSSG beantwortete eine Anfrage der IV-Stelle nach der Einschränkung des Funktionsniveaus vom 17. Juni 2013 (IV-act. 159) am 27. Juni 2013, der Gesundheitszustand habe sich seit dem 11. Dezember 2009 nicht verändert. Weiterhin leide die Versicherte unter einem sekundär bedingten, chronischen Schmerzsyndrom. Die primär verursachende Erkrankung, namentlich Granulomatose mit Polyangiitis (ehemals Morbus Wegener), zeige sich seit Jahren in Remission. Die Einschränkungen des Funktionsniveaus bestünden unverändert fort (IV-act. 165).

A.l Die Versicherte wurde am 19. und 22. Mai 2014 an der Ärztlichen Begutachtungsinstitut GmbH (ABI) Basel polydisziplinär (allgemeininternistisch, psychiatrisch, rheumatologisch, neurologisch, HNO-ärztlich, neuropsychologisch) begutachtet (Gutachten vom 7. Juli 2014, IV-act. 194-2 ff.). Die Gutachter erhoben als Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit eine pantonale Schalleitungsschwerhörigkeit rechts (ICD-10: H90.1) sowie einen Tinnitus beidseits (ICD-10: H93.1). Es bestünden allerdings



nur qualitative Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit, so dass Tätigkeiten, welche eine normale auditive Kapazität oder ein intaktes Richtungshören voraussetzten, für die Versicherte nicht geeignet seien. Des weiteren sollten Tätigkeiten unter erhöhtem Störlärm gemieden werden. Weder aus neurologischer, neuropsychologischer, rheumatologischer, psychiatrischer noch aus allgemeininternistischer Sicht fänden sich weitere Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit. Die Granulomatose mit Polyangiitis zeige sich seit Jahren in Remission und beeinflusse die Arbeitsfähigkeit aus gutachterlicher Sicht nicht. Die Schmerzverarbeitungsstörung bei chronischem multilokulärem Schmerzsyndrom habe keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit. Der Versicherten könne aus psychiatrischer Sicht zugemutet werden, ganztags einer geeigneten Tätigkeit nachzugehen. Insgesamt bestehe somit aus polydisziplinärer Sicht eine uneingeschränkte Arbeits- und Leistungsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit als Reinigungsmitarbeiterin und in jeder anderen, vergleichbaren Erwerbstätigkeit. Im Haushalt bestehe ebenfalls keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit (IV-act. 194-29).

A.m Nach ergänzenden Abklärungen bei Dr. C.\_\_\_\_, wonach die Versicherte früher bei Dr. E.\_\_\_\_ in Behandlung gewesen sei und sie nicht herausfinden könne, ab wann und weshalb die Arbeitsunfähigkeit attestiert worden sei (IV-act. 200-1; IV-act. 198), und bei der ABI (IV-act. 200-2; IV-act. 199) nahm der RAD am 11. September 2014 Stellung, auf das ABI-Gutachten könne vollumfänglich abgestellt werden (IV-act. 200-3).

A.n Mit Vorbescheid vom 30. Oktober 2014 stellte die IV-Stelle der Versicherten die Abweisung des Rentenbegehrens in Aussicht (IV-act. 205). Die Versicherte erhob hiergegen am 1. Dezember 2014 Einwand (IV-act. 206). Sie machte im Wesentlichen geltend, das ABI-Gutachten sei nicht beweistauglich, weil die Berichte, welche sich ab August 2006 zur attestierten Arbeitsunfähigkeit äusserten, nicht beigezogen worden seien. Weiter reichte sie Berichte der Rheumatologie des KSSG vom 25. November 2013 (IV-act. 206-5 f.), vom 9. Januar 2014 (IV-act. 206-8 ff.) und vom 24. März 2014 (IV-act. 206-11 f.) und einen Bericht von Dr. C.\_\_\_\_ vom 4. September 2014 (IV-act. 206-14) ins Recht, wonach sie an chronischen Erschöpfungszuständen und Infektionserkrankungen leide, die auf die starke medikamentöse Behandlung zurückzuführen seien, welche zwar die Remission der primär verursachenden Erkrankung bewirkten, jedoch zu einer Arbeitsunfähigkeit zu 100 % führten (IV-act. 206-3 f.). Der RAD nahm am 29. Dezember 2014 Stellung, der Einwand bringe auch



## St.Galler Gerichte

unter Berücksichtigung der vorgelegten neuen Berichte keine wesentlichen neuen medizinischen Erkenntnisse. Aus versicherungsmedizinischer Sicht könne daher weiter vollumfänglich auf das ABI- Gutachten abgestellt werden (IV-act. 209-2).

A.o Mit Verfügung vom 30. Dezember 2014 wies die IV-Stelle das Leistungsbegehren ab. Zum Einwand nahm sie Stellung, die IV-Anmeldung sei am 4. September 2009 eingereicht worden. Der Anspruch auf Leistungen hätte somit frühestens ab März 2010 bestanden. Eine Abklärung für rückwirkende Ansprüche bei fehlendem Leistungsanspruch sei nicht notwendig. Mit den eingereichten zusätzlichen medizinischen Berichten seien keine wesentlichen neuen medizinischen Erkenntnisse eingebracht worden. Auf das Gutachten könne vollumfänglich abgestellt werden. Danach bestehe eine uneingeschränkte Leistungsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit als Reinigungsmitarbeiterin und in jeder anderen vergleichbaren Erwerbstätigkeit. Lediglich Tätigkeiten, die eine normale auditive Kapazität oder ein intaktes Richtungshören voraussetzten, und Tätigkeiten unter erhöhtem Störlärm seien nicht geeignet (IV-act. 211).

B.

B.a Die Versicherte erhebt am 30. Januar 2015 Beschwerde gegen die Verfügung vom 30. Dezember 2014. Sie beantragt, die angefochtene Verfügung sei unter Kosten- und Entschädigungsfolgen aufzuheben. Die Beschwerdegegnerin sei zu verpflichten, ihr gemäss den nachfolgenden Erwägungen eine Invalidenrente der IV auszurichten und berufliche Massnahmen zu gewähren. Eventualiter sei die Sache zu weiterer Abklärung und Neuurteilung an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. Sie sei seit August 2006 arbeitsunfähig. Im November 2006 sei am KSSG Morbus Wegener diagnostiziert worden. Seither sei sie im Wesentlichen am KSSG in Behandlung; daneben attestiere ihr Hausarzt die jeweilige Arbeitsunfähigkeit von 100 % nach Rücksprache bzw. in enger Zusammenarbeit mit dem KSSG. Trotzdem nehme die Beschwerdegegnerin an, dass im iv-relevanten Zeitraum (ab März 2010) eine uneingeschränkte Arbeits- und Leistungs-fähigkeit bestehe. Im ABI-Gutachten werde als frühestes Aktenstück der Arztbericht der Rheumatologie KSSG vom 8. Juli 2008 erwähnt und es seien keine früheren Akten beigezogen worden. Das ABI-Gutachten sei u.a. mangelhaft, weil es nicht sämtliche Vorakten berücksichtige. Eine isolierte Betrachtungsweise der



Gutachter lediglich mit Blick auf die Zeit nach der Anmeldung sei nicht ausreichend, unabhängig davon, für welche Zeit überhaupt ein Leistungsanspruch bestehen könne. Es seien daher bei Dr. E.\_\_\_\_, ihrem früheren Hausarzt, sämtliche Arztberichte einzuholen. Sodann sei das ABI-Gutachten nicht beweistauglich, weil es sich nicht zu anders lautenden früheren Arztberichten und Einschätzungen anderer Ärzte äussere. Ausserdem bestätigten die ABI-Gutachter die Diagnosen der Rheumatologie des KSSG, akzeptierten jedoch die von diesen Ärzten angenommene Arbeitsunfähigkeit nicht, ohne ihre abweichende Einschätzung zu begründen. Das ABI-Gutachten berücksichtige sodann die im Zeitpunkt der Begutachtung bereits existenten Berichte der Rheumatologie des KSSG vom 25. November 2013, vom 09. Januar 2014 und vom 24. März 2014 nicht. Diese bestätigten einen unveränderten Gesundheitszustand, was bedeute, dass sie weiterhin wie schon im Jahre 2006 zu 100 % arbeitsunfähig sei. Zudem berichteten sie über einen Rückfall. Dr. C.\_\_\_\_ habe im Bericht vom 4. September 2014 festgehalten, dass die Versicherte zu 100 % arbeitsunfähig sei (IV-act. 206-3 f.). Dazu habe sich die Beschwerdegegnerin in der Verfügung vom 30. Dezember 2014 nicht geäußert. Gestützt auf die Berichte der behandelnden Ärzte bestehe weiterhin eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % und daher ein Anspruch auf eine ganze Rente. Selbst wenn heute kein Anspruch auf eine Rente bestehen würde, müsste ein Anspruch auf eine befristete Rente geprüft werden. Bei einer allenfalls angenommenen Restarbeitsfähigkeit wäre ausserdem ein Leidensabzug vorzunehmen und betrüge der Invaliditätsgrad ohne weiteres mindestens 20 %, weshalb auch der Anspruch auf berufliche Massnahmen zu prüfen wäre (act. G 1).

B.b Mit Beschwerdeantwort vom 4. Mai 2015 beantragt die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde. Die Begutachtung basiere auf umfassenden Kenntnissen des Sachverhalts. Anamnese sowie Befunde seien erhoben worden. Auch die Beschwerdebeschreibung der Beschwerdeführerin sowie sämtliche IV-Akten hätten in das Gutachten Eingang gefunden. Auf das Gutachten könne damit ohne weiteres abgestellt werden. Grundsätzlich entstehe der Rentenanspruch mit Eintritt des Versicherungsfalles nach Ablauf der einjährigen Wartezeit, jedoch frühestens sechs Monate nach Einreichung der Anmeldung. Dies habe zur Folge, dass die IV-Stelle den Gesundheitszustand nicht weiter rückliegend abzuklären habe. Somit sei dargetan, dass den ABI-Gutachtern alle notwendigen Akten und Informationen zu Verfügung gestanden hätten. Die von der Beschwerdeführerin zitierten Ärzte stünden als



behandelnde Ärzte in einem auftragsrechtlichen Vertrauensverhältnis und seien somit als eindeutig weniger unabhängig als ein ABI-Gutachter anzusehen. Weiter attestiere Dr. C.\_\_\_\_ der Beschwerdeführerin eine 100 %ige Arbeitsunfähigkeit unabhängig davon, dass sich ihr Gesundheitszustand mit Bezug auf den Morbus Wegener durchaus verbessert habe. Das Gutachten sei schlüssig und nachvollziehbar. Es sei daher zu Recht als Grundlage für die angefochtene Verfügung verwendet und auf weitere Abklärungen verzichtet worden. Die Beschwerdeführerin könne jegliche leichte bis mittelschwere Hilfsarbeit ausführen und somit ohne weiteres gleich viel verdienen wie in ihrer früheren Tätigkeit. Die Berücksichtigung eines Leidensabzug ergäbe sogar im Höchstmass lediglich einen Invaliditätsgrad von 25 %. Ein Anspruch auf eine befristete Rente habe zu keiner Zeit bestanden. Bereits im April 2010 habe der RAD eine 100 %ige Arbeitsfähigkeit in leidensadaptierten Tätigkeiten bestätigt. Die ABI-Gutachter hätten lediglich für die Operationen im April 2009 und im März 2010 befristete Arbeitsunfähigkeiten angegeben und in den vorliegenden Akten keine Hinweise für eine länger dauernde Arbeitsunfähigkeit in der Vergangenheit finden können (act. G 4).

B.c In ihrer Replik vom 8. Juli 2015 macht die Beschwerdeführerin im Wesentlichen geltend, das ABI-Gutachten erfülle die nach der Änderung der Rechtsprechung zu den somatoformen Schmerzstörungen entwickelten Anforderungen an ein Gutachten nicht. Die Anwendung der Rechtsprechung, wonach Berichte von behandelnden Ärzten mit Vorbehalt zu würdigen seien, sei nur dann angebracht, wenn der behandelnde Arzt im Zweifel zu Gunsten des Patienten berichte. Solche Zweifel seien vorliegend aber nicht angebracht, zumal die behandelnden Spezialärzte an einem Kantonsspital - anders als häufig Hausärzte - nicht in einem besonderen Vertrauensverhältnis zum Beschwerdeführer stünden. Die Arbeitsunfähigkeit betrage gestützt auf die Berichte der behandelnden Ärzte weiterhin 100 %, weshalb ein Anspruch auf eine ganze Rente bestehe (act. G 8).

B.d Mit Duplik vom 9. September 2015 bringt die Beschwerdegegnerin vor, auch nach der Änderung der bundesgerichtlichen Rechtsprechung habe das ABI-Gutachten vom 7. Oktober 2014 (richtig: 7. Juli 2014) grundsätzlich nach wie vor Beweiswert. Die Gutachter hätten nicht dargetan, dass die Schmerzverarbeitungsstörung eine Arbeitsunfähigkeit bewirken würde, die lediglich aus rechtlicher Sicht - also in Anwendung der nun nicht mehr gültigen Überwindbarkeitsrechtsprechung - als



überwindbar gelten würde. Im Gegenteil hätten die Gutachter ausgeführt, dass der Beschwerdeführerin die Willensanstrengung aus rein psychiatrischer - also rein medizinischer - Sicht zumutbar sei (act. G 10).

### Erwägungen

1.

Zu beurteilen sind die Prüfung des Anspruchs auf Eingliederungsmassnahmen der Beschwerdeführerin sowie ihr Rentenanspruch. Vorab umstritten und zu prüfen ist, ob auf das ABI-Gutachten vom 7. Juli 2014 abgestellt werden kann.

2.

2.1 Nach Art. 28 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG, SR 831.20) haben Versicherte, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wiederherstellen, erhalten oder verbessern können, Anspruch auf eine Rente (lit. a), wenn sie während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40% arbeitsunfähig gewesen sind (lit. b) und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40% invalid sind (lit. c). Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40% besteht Anspruch auf eine Viertelsrente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50% auf eine halbe Rente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 60% auf eine Dreiviertelsrente und ab einem Invaliditätsgrad von mindestens 70% auf eine ganze Invalidenrente (Art. 28 Abs. 2 IVG).

2.2 Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) umschreibt Invalidität als voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit. Erwerbsunfähigkeit ist der durch die gesundheitliche Beeinträchtigung verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen.



Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG).

2.3 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 mit Hinweisen; Urteil vom 1. Dezember 2015, 8C\_586/2015, E. 2).

2.4 Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob der Bericht 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 des Experten begründet sind (BGE 125 V 352 E. 3a mit Hinweisen; BGE 141 V 14 E. 6.3.1). Im Sinne einer Richtlinie ist den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten Gutachten von externen Spezialärzten, welche aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 137 V 227 E. 1.3.4; BGE 125 V 353 E. 3b/bb).

2.5 Im Sozialversicherungsrecht gilt der Untersuchungsgrundsatz. Verwaltung und Sozialversicherungsgericht haben von sich aus für die richtige und vollständige Abklärung des rechtserheblichen Sachverhaltes zu sorgen (BGE 122 V 158 E. 1a). Rechtserheblich sind alle Tatsachen, von deren Vorliegen es abhängt, ob über den streitigen Anspruch so oder anders zu entscheiden ist. In diesem Rahmen haben Verwaltungsbehörden und das Sozialversicherungsgericht zusätzliche Abklärungen stets dann vorzunehmen oder zu veranlassen, wenn hierzu aufgrund der Parteivorbringen oder anderer sich aus den Akten ergebenden Anhaltspunkte hinreichender Anlass besteht (BGE 117 V 282 E. 4a). In beweisrechtlicher Hinsicht gilt der Grundsatz der freien Beweiswürdigung. Danach haben die urteilenden Instanzen



die Beweise frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Im Sozialversicherungsrecht hat das Gericht seinen Entscheid, sofern das Gesetz nicht etwas Abweichendes vorsieht, nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu fällen. Die blosser Möglichkeit eines bestimmten Sachverhalts genügt den Beweisanforderungen nicht. Das Gericht hat vielmehr jener Sachverhaltsdarstellung zu folgen, die es von allen möglichen Geschehensabläufen als die wahrscheinlichste würdigt (BGE 126 V 360 E. 5b, 125 V 195 E. 2, je mit Hinweisen).

3.

3.1 Die Beschwerdeführerin macht geltend, es hätten den Gutachtern der ABI wesentliche medizinische Berichte der Zeit bis zum 8. Juli 2008 sowie die von ihr eingereichten Berichte der Rheumatologie des KSSG vom 25. November 2013 (IV-act. 206-5 f.) und vom 9. Januar 2014 (IV-act. 206-8 ff.) sowie von Dr. C.\_\_\_\_ vom 4. September 2014 (IV-act. 206-14) nicht vorgelegen. Auf das Gutachten könne daher nicht abgestellt werden.

3.2 Aus dem Bericht der Rheumatologie des KSSG vom 8. Juli 2008 geht hervor, dass bei der Beschwerdeführerin im November 2006 Morbus Wegener diagnostiziert worden war, nachdem sie an einer Sattelnase, Gewichtsverlust, an chronischer Mastoiditis beidseits und Sinusitis, an pulmonalen Infiltraten, an einer Facialis-Parese links und an Myalgien gelitten hatte. Die seit November 2006 mit Methotrexat therapierte Beschwerdeführerin hatte sich nach der vorangegangenen Konsultation vom 17. Juni 2008 erneut wegen einem Rezidiv von rechtsseitigen Knieschmerzen vorgestellt (IV-act. 26-8 f.). In einem eine Konsultation vom 24. Januar 2008 betreffenden Bericht der Klinik für Neurologie des KSSG vom 13. August 2008 war vermerkt worden, dass seit einhalb Jahren intermittierende, bandförmige, diffus ausstrahlende Schmerzen vom Knie in beide Füsse bestünden. Klinisch und elektrophysiologisch fänden sich keine Hinweise auf eine Polyneuropathie. Die Ätiologie der angegebenen Beschwerden sei (neurologisch) nicht einzuordnen, denkbar sei ein Zusammenhang zur rheumatologischen Erkrankung (IV-act. 26-5 f.). Im weiteren Verlauf wurden am linken Knie eine Kniegelenksarthroskopie mit partieller Innenmeniskusresektion und eine retrograde Anbohrung eines Osteonekroseareals am medialen Femurkondylus



durchgeführt (Berichte der Klinik für Orthopädische Chirurgie, KSSG, vom 26. Mai 2009, IV-act. 26-3 f., und vom 8. Juli 2009, IV-act. 26-1 f.; Gesprächsprotokoll RAD vom 9. November 2009, IV-act. 21). Am 18. März 2010 wurde das linke Knie mit einer Prothese versorgt (Berichte der Klinik für Orthopädische Chirurgie KSSG vom 8. März 2011, IV-act. 127-3 f., und vom 2. September 2011, IV-act. 127-1 f.). Die Rheumatologie des KSSG berichtete in der Folge jeweils, es bestehe seit Jahren bzw. seit 11. Dezember 2009 keine Aktivität der Grunderkrankung bzw. ein stabiler Krankheitsverlauf (Berichte vom 7. Juni 2011, IV-act. 64-9 f., vom 12. September 2011, IV-act. 130-12 f., vom 23. September 2011 [Posteingang], IV-act. 64-1 ff., vom 22. November 2011, IV-act. 130-10 f., vom 11. Mai 2012, IV-act. 130-7 f., vom 11. Juni 2012, IV-act. 130-4 f., vom 15. Oktober 2012, IV-act. 118-4 f., vom 26. April 2013, IV-act. 151, vom 27. Juni 2013, IV-act. 165, vom 25. November 2013, IV-act. 206-5 f. und vom 24. März 2014, IV-act. 206-11 ff.). Bezüglich der Schmerzsymptomatik wurden einerseits weiterhin schmerzhafteste Bewegungseinschränkungen der Kniegelenke festgehalten (Berichte Rheumatologie KSSG vom 23. September 2011, IV-act. 64-1, vom 11. Juni 2012, IV-act. 130-4 und vom 10. November 2012, IV-act. 118-1 ff.). Daneben wurde ab November 2011 von einem, weitere Körperteile bzw. den ganzen Körper betreffenden, therapierefraktärem, sekundär bedingten chronischen Schmerzsyndrom berichtet (Berichte Rheumatologie KSSG vom 22. November 2011, IV-act. 130-10 f., vom 10. November 2012, IV-act. 118-1 ff., vom 26. April 2013, IV-act. 151, vom 27. Juni 2013, IV-act. 165, vom 25. November 2013, IV-act. 206-5 f. und vom 24. März 2014, IV-act. 206-11 ff.; Schlussbericht BEFAS vom 30. März 2012, IV-act. 95-7; Bericht Schmerzzentrum KSSG vom 19. Dezember 2012, IV-act. 145). Der Austrittsbericht der Klinik Valens vom 11. Februar 2011 dokumentiert einen chronischen trockenen Reizhusten seit August 2010 (IV-act. 120), und Berichte der Rheumatologie KSSG vom 23. September 2011 (IV-act. 64-1 ff.) und vom 10. November 2012 (IV-act. 118-1 ff.) erwähnen eine Dyspnoe.

3.3 Da vorliegend ein Rentenanspruch aufgrund der Anmeldung vom 6. Juli 2009 frühestens ab Januar 2010 besteht (Art. 29 Abs. 1 IVG), sind vorherige Berichte nur relevant, soweit sie Informationen enthalten, die für die Beurteilung des Gesundheitszustandes ab diesem Zeitpunkt bzw. ein Jahr zurück (vgl. Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG) massgeblich sind. Vorliegend geht aus den Berichten der Rheumatologie KSSG vom 8. Juli 2008 (IV-act. 26-8 f.) und vom 13. August 2008 (IV-act. 26-5 f.) hervor,



aufgrund welcher Symptome die Diagnose des Morbus Wegener gestellt worden war, und dass die Beschwerdeführerin etwa seit deren Ausbruch unter ausstrahlenden Knieschmerzen litt. Diese Situation war nach den Knieoperationen ohnehin neu zu beurteilen. In späteren Berichten ist zudem nicht mehr in erster Linie von Knieproblemen, sondern von einer Ganzkörperschmerzsymptomatik und von einem chronischen Lumbovertebralsyndrom die Rede (Berichte der Rheumatologie KSSG vom 15. Oktober 2012, IV-act. 118-4 f., vom 26. April 2013, IV-act. 151, vom 27. Juni 2013, IV-act. 165 und vom 25. November 2013, IV-act. 206-5 f.; Berichte des Schmerzzentrums des KSSG vom 19. Dezember 2012, IV-act. 145 und der Klinik für Allgemeine Innere Medizin des KSSG vom 9. Januar 2014, IV-act. 206-8 f.). Die Schmerzen wurden durch den rheumatologischen Gutachter erhoben, untersucht und gewürdigt. Bezüglich des Morbus Wegener wird von einem seit Dezember 2009 stabilen bzw. regredienten Verlauf berichtet. Auch die Atembeschwerden wurden abgeklärt und die entsprechenden Berichte (Dr. F.\_\_\_\_ vom 16. April 2011, IV-act. 62-1 ff., und vom 19. März 2013, IV-act. 141) haben in die Begutachtung Eingang gefunden. Die von der Beschwerdeführerin eingereichten Berichte der Rheumatologie des KSSG vom 25. November 2013 (IV-act. 206-5 f.) und vom 9. Januar 2014 (IV-act. 206-8 ff.) sowie von Dr. C.\_\_\_\_ vom 4. September 2014 (IV-act. 206-14) halten wie die den Gutachtern vorgelegenen Berichte im Wesentlichen fest, es bestehe ein stabiler Gesundheitszustand. Die Stellungnahme des RAD vom 29. Dezember 2014, wonach diese Berichte keine wesentlichen neuen medizinischen Erkenntnisse enthielten (IV-act. 209-2), ist somit nachvollziehbar. Zusammenfassend ist daher davon auszugehen, dass die vorhandenen medizinischen Akten den medizinischen Sachverhalt für die Begutachtung ausreichend wiedergeben, auch wenn nicht alle je erstellten Berichte vorhanden waren. Hätten den Gutachtern wesentliche Informationen gefehlt, hätten sie darauf hingewiesen bzw. vorhandene Berichte nachträglich eingeholt (vgl. IV-act. 194-5). Mithin fehlen Anhaltspunkte dafür, dass das Gutachten auf einer relevant unvollständigen medizinischen Aktengrundlage beruhe.

4.

4.1 Die Beschwerdeführerin beklagte im Rahmen der Begutachtung in erster Linie ständig andauernde, am ganzen Körper gleich stark ausgeprägte, diffuse Schmerzen, ohne ein spezielles, spezifisch schmerzhaftes Areal anzugeben (IV-act. 194-9, 11, 14,



16, 21, 24). Durch diese Schmerzen leide sie an Schlafstörungen und sei in ihrer Leistungsfähigkeit massiv eingeschränkt. Sie könne nicht arbeiten und im Haushalt nur wenig anspruchsvolle bzw. keine regelmässigen Arbeiten ausführen (IV-act. 194-10, 14, 16). Der rheumatologische Gutachter, Dr.med. G.\_\_\_\_, stellte eine ausgeprägte Druckdolenz am ganzen Körper und eine ausgeprägte Schmerzartikulation bei der Weichteilpalpation fest; deren spezifische anatomische Zuordnung sei nicht möglich. Vier von fünf Waddell-Zeichen seien ausgeprägt positiv (IV-act. 194-15). Vielfältige Bewegungstests am Achsenskelett, aber auch an den oberen und unteren Extremitäten zeigten eine ausgedehnte aktive Gegeninnervation, ein ausgeprägtes Schmerzgebaren und Schmerzartikulieren, was somatisch nicht zu erklären sei. Im klinisch-rheumatologischen Status fänden sich keine Hinweise für entzündliche Veränderungen. Insgesamt sei daher das chronische multilokuläre Schmerzsyndrom somatisch orientiert bisher nicht zu beeinflussende Schmerzsyndrom nicht zu erklären. Es bestehe ein chronisches multilokuläres Schmerzsyndrom mit massiv ausgeprägter subjektiver Krankheits- und Behinderungsüberzeugung und massiver Selbstlimitierung. Die Diagnose der Rheumatologie des KSSG könne bestätigt werden. Die Einschätzung, dass die frühere Tätigkeit als Teilzeitreinigungsangestellte nicht mehr zumutbar sei, sei aus aktueller Sicht nicht nachvollziehbar, insbesondere da die Rheumatologen (des KSSG) selber seit mehreren Jahren einen sehr stabilen Verlauf der entzündlichen Grunderkrankung postuliert hätten (IV-act. 194-17). Der neurologische Gutachter, Dr.med. H.\_\_\_\_, führte aus, es seien das sehr langsame Ausführen der Bewegungen bei der Prüfung zum Beispiel der Feinmotorik oder Diadochokinese sowie das Nachlassen bzw. die sakkadierte Innervation bei der Kraftprüfung aufgefallen, so dass eine zuverlässige Testung nicht möglich gewesen sei. Diese Befunde seien als funktionell, das heisst als nicht organisch erklärbar, zu beurteilen. Zusammengefasst ergäben sich derzeit weder klinisch noch in der zerebralen Bildgebung vom 4. April 2013 Anhaltspunkte für eine neurologische Mitbeteiligung von Seiten der Granulomatose. Für das deskriptiv vorliegende "Ganzkörperschmerzsyndrom" ergebe sich aus neurologischer Sicht keine Erklärung. Es sei von einer sekundären Schmerzfehlerverarbeitung auszugehen (IV-act. 194-20 f.). Im Rahmen der neuropsychologischen Testungen war die Beschwerdeführerin nach Hinweisen auf weit unterdurchschnittliche Leistungen oder Fehler mehrfach in der Lage, sofort ein richtiges bzw. besseres Testergebnis zu erbringen (vgl. dazu IV-act. 194-22 f.). Der



neuropsychologische Gutachter, lic. phil. I.\_\_\_\_, kam zum Schluss, ein valides neuropsychologisches Testprofil habe nicht erstellt werden können, weshalb zur Frage der Arbeitsfähigkeit nicht Stellung genommen werden könne. Reproduzierbare Befunde, die eine Einschränkung begründen könnten, lägen nicht vor (IV-act. 194-24). Der psychiatrische Gutachter, Dr.med. J.\_\_\_\_, legte dar, die Stimmung sei ausgeglichen und die affektive Modulation etwas eingeschränkt gewesen. Aufmerksamkeit, Auffassung und Gedächtnis seien nicht beeinträchtigt gewesen. Das Ausmass der Beschwerden und die Überzeugung, nicht mehr arbeiten zu können, liessen sich durch die somatischen Befunde nicht hinreichend objektivieren, so dass eine psychische Überlagerung angenommen werden müsse. Diagnostisch handle es sich um eine Schmerzverarbeitungsstörung. Depressive Symptome seien für die Diagnose einer depressiven Störung zuwenig ausgeprägt; auch eine Angststörung könne nicht diagnostiziert werden. Die Diagnose einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung könne nicht gestellt werden, da deutlich schwere psychosoziale oder emotionale Belastungsfaktoren, die als hauptsächliche ursächliche Einflüsse der Schmerzen gelten könnten, fehlten. Ein deutliches aufmerksamkeitsuchendes Verhalten bestehe nicht, die Diagnose einer Entwicklung körperlicher Symptome aus psychischen Gründen (Rentenneurose) könne nicht gestellt werden. Die Selbsteinschätzung der Beschwerdeführerin, nicht mehr arbeitsfähig zu sein, könne durch die psychiatrischen Befunde nicht objektiviert werden. Sie habe sich im Untersuchungsgespräch gut konzentrieren können, die Anamneseerhebung sei gut möglich gewesen und die Beschwerdeführerin habe auch Lebensdaten angeben können. Sie habe vielleicht nicht viele, aber dennoch normale Kontakte in ihrem Umfeld angegeben. Sie sei bislang nicht in psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlung und erhalte eine psychopharmakologische Medikation. Aus psychiatrischer Sicht könne nicht begründet werden, warum der Beschwerdeführerin eine einfache, körperlich angepasste und ihren Fähigkeiten entsprechende Arbeit nicht mehr zugemutet werden könnte (IV-act. 194-11 f.). Der otorhinolaryngologische Gutachter, Dr.med. K.\_\_\_\_, stellte eine pantonale Schalleitungsschwerhörigkeit rechts und einen Tinnitus beidseits fest. Diese Diagnosen würden die die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin qualitativ einschränken. Gesamtbeurteilend hielten die Gutachter fest, nebst der qualitativen Einschränkung der Arbeitsfähigkeit aus otorhinolaryngologischer Sicht fänden sich weder aus neurologischer, neuropsychologischer, rheumatologischer noch aus



allgemeininternistischer Sicht weitere Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit. Die Granulomatose mit Polyangiitis zeige sich seit Jahren in Remission und beeinflusse die Arbeitsfähigkeit aus gutachterlicher Sicht nicht (IV-act. 194-29).

4.2 Das Gutachten erscheint bezüglich Befunderhebung und Diagnoseherleitung schlüssig und nachvollziehbar. Die von der Beschwerdeführerin geschilderten Beschwerden sind danach nur insoweit erklärbar, als die anfänglich geltend gemachten und operativ behandelten Schmerzen in den unteren Extremitäten offenbar durch die Behandlung der Grunderkrankung eingetretenen Knocheninfarkte verursacht wurden (vgl. Bericht RAD-Abklärung vom 11. Dezember 2009, IV-act. 28, wonach die Beschwerdeführerin "im Gefolge der durch den Morbus Wegener bedingten multiplen Knocheninfarkte" ein verlangsamtes Gangbild mit schmerzbedingtem Schonhinken zeige; Schlussbericht BEFAS-Abklärung vom 30. März 2012, IV-act. 95-5, wonach die Knocheninfarkte steroidinduziert seien). Hingegen finden die Gutachter keine Erklärung für die Ausdehnung der Schmerzen auf den ganzen Körper. Auch in den Berichten der Rheumatologie des KSSG wird neben der Diagnose des nicht mehr aktiven Morbus Wegener diejenige eines sekundär bedingten chronischen Schmerzsyndroms aufgeführt (vgl. insbesondere Bericht vom 27. Juni 2013, IV-act. 165). Dazu veranlassten die behandelnden Rheumatologen weitere Abklärungen am Schmerzzentrum des KSSG (Bericht vom 19. Dezember 2012, IV-act. 145) und insbesondere durch das Fachgebiet der Neurologie (Austrittsbericht Rheumatologie KSSG, IV-act. 170-2 ff.). Letztere führten zum mit der Beurteilung des neurologischen Gutachters übereinstimmenden Ergebnis, dass keine neurologische Mitbeteiligung im Rahmen des Morbus Wegener vorliege (vgl. IV-act. 194-20). Die von der Beschwerdeführerin subjektiv empfundene vollständige Arbeitsunfähigkeit beruht damit massgeblich auf der von den Gutachtern diagnostizierten Schmerzverarbeitungsstörung (ICD-10: F54) bei chronischem multilokulärem Schmerzsyndrom (ICD-10: R52.9), welche die mittelbar durch die Granulomatose verursachten Schmerzen mittlerweile überlagert. Es liegen damit grösstenteils organisch nicht erklärbare Beschwerden vor.

4.3 Subjektive (Schmerz-)Angaben der versicherten Person genügen in Anbetracht der sich naturgemäss ergebenden Beweisschwierigkeiten für die Begründung einer (teilweisen) Arbeitsunfähigkeit alleine nicht. Voraussetzung einer invalidisierenden



Gesundheitseinschränkung ist zunächst, dass diese Folge einer Gesundheitsbeeinträchtigung ist, die fachärztlich einwandfrei diagnostiziert worden ist (BGE 130 V 396; BGE 141 V 285 E. 2.1). Eine gesundheitsbedingte Beeinträchtigung der Erwerbsfähigkeit muss in jedem Einzelfall ausgewiesen und in ihrem Ausmass bestimmt sein (BGE 127 V 298 E. 4c, mit weiteren Hinweisen). Den unklaren Beschwerden (wie etwa der anhaltenden somatoformen Schmerzstörung) ist eigen, dass mittels klinischer Untersuchungen weder Pathologie noch Ätiologie (vollständig) nachweis- oder erklärbar sind. Wie das Bundesgericht in Änderung der Rechtsprechung entschieden hat, ist in solchen Fällen anhand eines strukturierten Beweisverfahrens ergebnisoffen zu prüfen, wieweit aus objektiver Betrachtungsweise ein invalidisierender Gesundheitsschaden nachgewiesen ist (BGE 141 V 281). Massgebende Indikatoren bilden der Schweregrad einer Gesundheitsschädigung (Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde und Symptome, diagnose-inhärenter Mindestschweregrad, Behandlungserfolg oder -resistenz, Teilnahme an beruflichen Eingliederungs- und Integrationsmassnahmen, psychische und körperliche Begleiterkrankungen, Anzahl der nicht ausreichend organisch erklärten Körperbeschwerden; zit. Urteil E. 4.3.1), die Persönlichkeit (Persönlichkeitsdiagnostik, persönliche Ressourcen, Persönlichkeitsentwicklung und -struktur; zit. Urteil E. 4.1.3, 4.3.2), der soziale Kontext (zit. Urteil E. 4.3.3) sowie die Konsistenz (Gleichmässigkeit der Einschränkung des Aktivitätsniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen, sozialer Rückzug, soziale Aktivität vor Eintritt der Gesundheitsschädigung, Inanspruchnahme therapeutischer Optionen als Hinweis auf den tatsächlichen Leidendruck; zit. Urteil E. 4.4).

4.4 Vorliegend konnten die Gutachter keine Befunde erheben, welche die Arbeitsfähigkeit quantitativ einschränken würden. Auch im Schlussbericht der BEFAS Appisberg vom 30. März 2012 wird festgehalten, die berufliche Abklärung habe wegen nicht nachvollziehbaren Absenzen, völlig passivem Verhalten und ausgesprochenem Schon- und Vermeidungsverhalten vorzeitig abgebrochen werden müssen bzw. sei nicht möglich gewesen (IV-act. 95-7). Auch hier konnte das Ausmass der Einschränkung der Arbeitsfähigkeit nicht nachvollzogen werden. Die Beschwerdeführerin ist in der Lage, zeitweise leichtere Hausarbeiten zu verrichten und Kontakte zu pflegen, was den angegebenen, jegliche Arbeit verunmöglichenden Beschwerden nicht entspricht. Auch waren keine Beeinträchtigungen der



Aufmerksamkeit, der Auffassung und des Gedächtnisses feststellbar (IV-act. 194-11) und die Beschwerdeführerin war in der neuropsychologischen Testung zu unauffälligen Leistungen in der Lage. Die Schlussfolgerung des psychiatrischen Gutachters, dass eine körperlich angepasste Arbeit möglich sei, erscheint somit nachvollziehbar und hält auch vor der neuen Schmerzrechtsprechung Stand, gemäss welcher einer dem Schweregrad der Einschränkungen entsprechenden Diagnose und der Konsistenz massgebliches Gewicht zukommen. Es ist davon auszugehen, dass die behandelnden Rheumatologen in ihrer nicht näher begründeten Schätzung der Arbeitsfähigkeit Faktoren mitberücksichtigt haben, welche gemäss der dargelegten Rechtsprechung invalidenversicherungsrechtlich nicht berücksichtigt werden können. Zusätzliche Abklärungen sind bei der vorhandenen Aktenlage und einem beweiskräftigen Gutachten nicht erforderlich. Mangels eines in seiner Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit objektivierbaren Gesundheitsschadens besteht keine Invalidität und somit kein Anspruch auf eine Rente oder berufliche Massnahmen.

5.

5.1 Nach dem Gesagten ist die Beschwerde abzuweisen.

5.2 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. 1bis IVG). Eine Gerichtsgebühr von Fr. 600.-- erscheint in der vorliegend zu beurteilenden Angelegenheit als angemessen. Die Gerichtskosten sind vollumfänglich der unterliegenden Beschwerdeführerin aufzuerlegen unter Anrechnung des von ihr bezahlten Kostenvorschusses von Fr. 600.--.

### **Entscheid**

im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP

1.

Die Beschwerde wird abgewiesen.

2.



Die Beschwerdeführerin bezahlt eine Gerichtsgebühr von Fr. 600.--. Der geleistete Kostenvorschuss von Fr. 600.-- wird ihr daran angerechnet.