



Fall-Nr.: IV 2018/191
Stelle: Versicherungsgericht
Rubrik: IV - Invalidenversicherung
Publikationsdatum: 15.09.2020
Entscheiddatum: 03.06.2020

Entscheid Versicherungsgericht, 03.06.2020

Art. 28 IVG, Art. 16 ATSG. Würdigung medizinischer Akten samt polydisziplinärem Gutachten bei verschiedenartigen Symptomen, die diagnostisch schwierig einzuordnen sind. Weiterer Abklärungsbedarf verneint, kein Rentenanspruch (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 3. Juni 2020, IV 2018/191).

Entscheid vom 3. Juni 2020

Besetzung

Präsidentin Miriam Lendfers, Versicherungsrichterin Christiane Gallati Schneider,
Versicherungsrichter Joachim Huber; Gerichtsschreiber Markus Lorenzi

Geschäftsnr.

IV 2018/191

Parteien

A.____,

Beschwerdeführerin,

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

gegen

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



Beschwerdegegnerin,

Gegenstand

Rente

Sachverhalt

A.

A.a. A.____ meldete sich am 30. Januar 2015 zum Bezug von Leistungen der Invalidenversicherung (IV) an (Eingang Anmeldeformular IV-Stelle am 4. Februar 2015, IV-act. 1). Sie wies in der Anmeldung auf eine im April 2013 erfolgte Entfernung der Schilddrüse hin. Seither habe sie verschiedene Gesundheitsleiden, die offensichtlich im Zusammenhang mit dieser Operation stünden. Dies seien Schmerzen in Armen und Brust, Kopfschmerzen, Kribbeln in den Fingern und sehr schnelle Erschöpfung bei Tätigkeiten im Haushalt. Für ihre zuvor seit September 2000 vollzeitlich ausgeübten Arbeit in der Hauswirtschaft im Spital B.____ war die Versicherte seit dem 29. September 2014 krankgeschrieben (vgl. IV-act. 11-3).

A.b. Vom 2. bis 21. März 2015 hielt sich die Versicherte stationär in der Klinik C.____ auf. Im Austrittsbericht vom 31. März 2015 werden die Diagnosen Angststörung, mittelgradige depressive Episode, Zustand nach Thyreoidektomie 2013 und Hysterektomie ca. 3 Jahre zuvor genannt. Während des Aufenthalts sei es zu einer Teilremission des depressiven Zustandsbilds gekommen (IV-act. 17-1, 17-3). Am 1. April 2015 startete die Versicherte einen Arbeitsversuch im Pensum von 50% (vgl. IV-act. 19-1). Sie unterbrach diesen Einsatz Ende Mai und reduzierte das Pensum ab 8. Juni 2015 auf 30% (IV-act. 23-3 f.). Nachdem der Arbeitgeber mitgeteilt hatte, dass die Leistung nicht der Präsenzzeit entspreche, und keine Steigerung von Präsenz und Leistung erfolgte, wurde das Arbeitsverhältnis auf den Zeitpunkt des Auslaufens der Krankentaggelder im Mai 2016 hin aufgelöst (vgl. IV-act. 37-2 ff.).

A.c. Am 11. September 2015 hatte Dr. med. D.____ vom Institut E.____ die Diagnosen Chronic Fatigue Syndrom/Fibromyalgie genannt. Die Versicherte war im Institut zur besseren Einstellung der Schilddrüsenmedikation in Behandlung gewesen. Dr. D.____



St.Galler Gerichte

hatte darauf hingewiesen, dass eine Arbeitstätigkeit bei bestehendem Chronic Fatigue Syndrom nicht mehr möglich sei (IV-act. 25). Der zuständige Arzt des regionalen ärztlichen Dienstes der Invalidenversicherung (RAD) Dr. med. F.____ erwähnte am 26. Januar 2016 ein Telefongespräch mit Dr. D.____, in dem diese festgehalten habe, dass die Versicherte aus rein endokrinologischer Sicht über eine volle Arbeitsfähigkeit verfüge und ausschliesslich die Hausärztin, Dr. med. G.____, für die integrale, insbesondere durch eine anhaltende Fatigue-Symptomatik bestimmte Einschätzung des Gesundheitsschadens zuständig sei (IV-act. 36).

A.d. Die IV-Stelle teilte der Versicherten am 17. Februar 2016 mit, dass keine beruflichen Eingliederungsmassnahmen möglich seien (IV-act. 39).

A.e. Vom 23. Februar bis 12. April 2016 hielt sich die Versicherte in der Klinik H.____ auf. Seitens der Klinik wurden am 28. April 2016 eine Konversionsstörung, eine Schmerzstörung und eine Depression diagnostiziert. Die bisherige Tätigkeit als Reinigungskraft sei der Versicherten nicht mehr zumutbar. Lediglich im zweiten Arbeitsmarkt mit geringer körperlicher Belastung, mit der Möglichkeit vieler Pausen, langsamem Arbeitstempo und ohne Zeitdruck sei eine Arbeit noch vorstellbar (IV-act. 45-4 f.; siehe auch den Austrittsbericht vom 12. April 2016, IV-act. 55-51 ff.).

A.f. Im Auftrag der IV-Stelle erstattete Dr. med. I.____ am 26. September 2016 ein psychiatrisches Gutachten. Er erhob die Diagnose rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig remittiert. Dieser mass er keine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit zu (IV-act. 55-44).

A.g. Mit Mitteilung vom 25. Oktober 2016 verneinte die IV-Stelle erneut einen Anspruch der Versicherten auf berufliche Massnahmen (IV-act. 59). Mit Vorbescheid vom 3. November 2016 kündigte sie bei einem Invaliditätsgrad von 0% die Verneinung eines Rentenanspruchs an (IV-act. 62), wogegen die Versicherte am 9. Dezember 2016 Einwand erheben liess (IV-act. 67). Dennoch verneinte die IV-Stelle mit Verfügung vom 3. Januar 2017 einen Rentenanspruch (IV-act. 70). Auf Beschwerde hin (IV-act. 74) widerrief die IV-Stelle die Rentenverfügung und kündigte weitere Abklärungen an (IV-act. 80), worauf das Gerichtsverfahren abgeschlossen wurde (Verfügung vom 20. April 2017, IV-act. 92).



B.

B.a. Die Psychiaterin Dr. med. J.____, bei der sich die Versicherte seit Februar 2014 in Behandlung befand, erwähnte im Bericht vom 9. Mai 2017 in psychiatrischer Hinsicht die Diagnosen mittelgradige depressive Episode, Verdacht auf Konversionsstörung und chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren. Die Versicherte sei einmal monatlich zu stützenden Gesprächen und der Entgegennahme von Psychopharmaka bei ihr. Aufgrund der starken Müdigkeit und der Schmerzen mit Dyspnoe sei sie nicht imstande, irgendeiner Tätigkeit nachzugehen (IV-act. 97-2 ff.). Die Hausärztin Dr. G.____ berichtete am 7. Juni 2017, die Versicherte sei seit dem 6. Februar 2017 zu 80% arbeitsunfähig (IV-act. 99-4).

B.b. Im Auftrag der IV begutachtete die Ärztliches Begutachtungsinstitut GmbH, Basel (ABI), die Versicherte am 8. November 2017. Im Gutachten vom 11. Dezember 2017 finden sich insbesondere folgende Diagnosen: chronisches zervikospondylogenes Schmerzsyndrom, chronisches thorakolumbospondylogenes Schmerzsyndrom, Hypermobilität und partielle Recurrensparese links. Keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit massen die Gutachter unter anderem einer leichten depressiven Episode und einer Somatisierungsstörung zu. Für leichte bis gelegentlich mittelschwere, wechselbelastende Tätigkeiten wie die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Hauswirtschafterin bestehe von Seiten des Bewegungsapparates eine volle Arbeitsfähigkeit. Aus neurologischer Sicht bedinge die Dysphonie bei partieller Recurrensparese links Einschränkungen für alle Arbeiten mit Publikumsverkehr (IV-act. 112-23 f.). Der RAD empfahl, auf das Gutachten abzustellen (IV-act. 113).

B.c. Die IV-Stelle kündigte der Versicherten daraufhin mit Vorbescheid vom 17. Januar 2018 die Abweisung des Rentenbegehrens an (IV-act. 116). Trotz Einwands vom 12. März 2018 (IV-act. 123) verfügte die IV-Stelle nach Rückfrage beim RAD (vgl. IV-act. 124) am 4. Mai 2018 gemäss Vorbescheid (act. G 1.1).

C.

C.a. Gegen diese Verfügung richtet sich die von Rechtsanwalt D. Ehrenzeller für die Versicherte erhobene Beschwerde vom 1. Juni 2018. Beantragt werden unter Kosten- und Entschädigungsfolge die Aufhebung der Verfügung und die Zusprache mindestens



einer halben Invalidenrente. Eventualiter seien eine endokrinologische Begutachtung und eine Abklärung der Leistungsfähigkeit vorzunehmen. Der Rechtsvertreter wiederholt das Vorbringen des Einwands, wonach die Mutter der Beschwerdeführerin unter einem systemischen Lupus erythematodes leide und auch das Beschwerdebild der Beschwerdeführerin klar in diese Richtung weise. Die Frage einer möglichen Vererbung sei vom ABI nicht angesprochen worden, obwohl ein erhöhtes Risiko für Nachkommen bestehe. Weiter wird kritisiert, dass zwar eine Optimierung der Schilddrüsen-Substitution empfohlen worden sei, aber Angaben dazu fehlten, wie dies konkret vorzunehmen sei. Sinngemäss wird ferner ein innerer Widerspruch im Gutachten betreffend den Einfluss der Schilddrüsen-Entfernung vom April 2013 und dem späteren Beschwerdebild geltend gemacht. Im Weiteren wird in Bezug auf das psychiatrische Teilgutachten unter anderem gerügt, dass die erhobenen Ressourcen auf das frühere, normale Leben vor der Operation bezogen worden seien. Das bei der Beschwerdeführerin bestehende chronische Müdigkeitssyndrom sei nur schwierig zu objektivieren. Diesbezüglich sei die Beschwerdeführerin ungenügend abgeklärt worden (act. G 1). Mit der Beschwerde liess die Beschwerdeführerin einen Bericht des Internisten Dr. med. K.____ vom 26. April 2018 samt einem Begleitbrief dieses Arztes vom 19. Mai 2018 einreichen (act. G 1.2 f.).

C.b. Die Beschwerdegegnerin beantragt mit Beschwerdeantwort vom 31. Juli 2018 die Abweisung der Beschwerde. Sie sei mit der Einholung eines psychiatrischen und eines polydisziplinären Gutachtens ihrer Abklärungspflicht in genügender Weise nachgekommen. Zur Erkrankung der Mutter der Beschwerdeführerin wird festgehalten, dass der rheumatologische ABI-Gutachter seine Diagnosen im Wissen darum gestellt habe. In der endokrinologischen Abklärung sei die empfohlene Therapieoptimierung in TSH-Werten angegeben worden. Es sei grundsätzlich Sache der Behandler, diesen Ziel-Wert zu erreichen, was im Übrigen auch Dr. K.____ so sehe. Zur Kritik am psychiatrischen Teilgutachten hält die Beschwerdegegnerin fest, die Angaben der Beschwerdeführerin insbesondere zu ihrem Tagesablauf und ihren Kontakten machten es nachvollziehbar, dass der psychiatrische Gutachter Ressourcen erkannt habe. Die mit der Beschwerde eingereichten Schreiben von Dr. K.____ vermöchten sodann keine Zweifel am Ergebnis des ABI-Gutachtens auszulösen. Die angefochtene Verfügung sei bei einem Invaliditätsgrad von 0% nicht zu beanstanden (act. G 4).



St.Galler Gerichte

C.c. Die Beschwerdeführerin lässt mit Replik vom 12. Oktober 2018 an ihren Anträgen festhalten. Im Wesentlichen wiederholt und verstärkt ihr Rechtsvertreter die bereits geäusserten Standpunkte. Gerügt wird zudem, dass die vom Rheumatologen des ABI eigentlich anerkannten Dysbalancen und die myostatische Insuffizienz nicht einbezogen worden seien. Dabei komme es aber etwa mit Blockierungen im Wirbelsäulenbereich jeweils zu tageweisen Ausfällen jeglicher Aktivität (act. G 8).

C.d. Die Beschwerdegegnerin hält an ihrem Abweisungsantrag fest und verzichtet auf weitere Ausführungen (Schreiben vom 23. Oktober 2018, act. G 10).

Erwägungen

1.

1.1. Zwischen den Parteien umstritten und nachfolgend zu prüfen ist der Rentenanspruch der Beschwerdeführerin. Die entsprechende Prüfung der Beschwerdegegnerin erfolgte gestützt auf die Anmeldung der Beschwerdeführerin zum Leistungsbezug vom 30. Januar 2015.

1.2. Anspruch auf eine Rente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG; SR 831.20) Versicherte, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wiederherstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a), 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). Als Invalidität gilt laut Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit. Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). 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).



1.3. Für die Bestimmung des Invaliditätsgrads wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte, in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Art. 16 ATSG).

1.4. Nach Art. 28 Abs. 2 IVG besteht 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.

1.5. 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). Hinsichtlich des Beweiswerts eines Arztberichts ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten begründet sind (BGE 125 V 352 E. 3a).

2.

2.1. Zwischen den Parteien umstritten ist, ob der Sachverhalt und damit die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin in medizinischer Hinsicht ausreichend abgeklärt wurden.

2.2. Die Beschwerdeführerin ist sinngemäss der Ansicht, die Beschwerdegegnerin hätte eingehender nach Ursachen für ihre gesundheitlichen Beeinträchtigungen suchen müssen. Neben Erkrankungen von Vater und Bruder erwähnt sie diesbezüglich insbesondere einen systemischen Lupus erythematoses, an dem die Mutter leide. Die Frage einer möglichen Vererbung sei von den ABI-Gutachtern nicht angesprochen worden (vgl. IV-act. 123-2 f., act. G 1 S. 2). Der rheumatologische Teilgutachter hatte diese Erkrankung der Mutter erfragt und festgehalten (IV-act. 112-15). Notorischerweise sind viele Erkrankungen vererbbar. Darüber im Rahmen einer



Begutachtung zur Ermittlung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit einer versicherten Person zu diskutieren, ist im vorliegenden Fall jedoch weder erforderlich noch dürfte es zielführend sein. Denn die Akten liefern keine Anhaltspunkte für das Vorliegen dieser Erkrankung bei der Beschwerdeführerin. Der RAD hielt dazu nachvollziehbar fest, dass der Lupus zu einer Kollagenose zähle und das Vorliegen einer solchen bei der Beschwerdeführerin mit den durchgeführten Laboruntersuchungen ausgeschlossen worden sei (IV-act. 124; zu den Laborwerten IV-act. 112-8). Der rheumatologische Teilgutachter hatte darauf hingewiesen, dass eine Kollagenose als Ursache der diffusen Schmerzsymptomatik zudem bereits im April 2017 ausgeschlossen worden sei (IV-act. 112-17). Die Erkrankung der Mutter war schon den Ärzten der Klinik H.____ im Frühling 2016 bekannt gewesen (IV-act. 55-52; dies galt übrigens bereits für die Ärzte der Rheumatologie im Silberturm im April 2015, vgl. IV-act. 21-47). Auch in der Klinik H.____ war im Rahmen des stationären Aufenthalts der Beschwerdeführerin im Februar 2016 eine Labordiagnostik durchgeführt worden (IV-act. 55-53 unten, 55-57). Auffällige Werte wären zweifelsohne seitens der Klinikärzte diskutiert und angezeigte konkrete weitere Abklärungen wären in die Wege geleitet worden. Mit der Beschwerdegegnerin ist damit festzuhalten, dass dem ABI in Bezug auf allfällige unerkannte Erbkrankheiten keine Unsorgfalt in der Abklärung vorgeworfen werden kann.

2.3. Auch konkrete Anhaltspunkte dafür, dass die endokrinologische Abklärung mangelhaft gewesen wäre, liegen nicht vor. Die Dauer der Untersuchung, die seitens der Beschwerdeführerin mit 10 Minuten angegeben und als zu kurz gerügt wird, wurde seitens des ABI nicht quantifiziert, hat aber bei dieser fachärztlichen Teildisziplin ohnehin keine eigenständige Bedeutung. Dem endokrinologischen Teilgutachter lagen die Vorakten vor und er war über die Leidensgeschichte der Beschwerdeführerin offenkundig im Bild (vgl. IV-act. 112-22). Die Akten liefern keine Hinweise für konkrete Zweifel an seiner Einschätzung, wonach ein Zusammenhang der multiplen Beschwerden der Beschwerdeführerin mit der Schilddrüsenoperation unwahrscheinlich sei. Diese Einschätzung teilte im Übrigen auch Dr. K.____ in seinem Schreiben vom 19. Mai 2018 (act. G 1.3). Der endokrinologische ABI-Teilgutachter schliesst ferner nicht aus, dass Müdigkeit, Orthostaseneigung und Schwindelgefühl durch die persistente leichte hypothyreote Stoffwechsellage bedingt oder begünstigt sein könnten. Einerseits sind jedoch diese Symptome und insbesondere ihr Ausmass weitestgehend nur durch die subjektiven Schilderungen der Beschwerdeführerin zu erheben, sodass ihr Ausmass im konkreten Fall unklar bleibt. Andererseits sah der Gutachter eine Verbesserungsmöglichkeit in einer Optimierung der Schilddrüsenhormonsubstitution. Die Beschwerdegegnerin weist zu Recht darauf hin, dass der Gutachter einen Zielwert für das zu substituierende Thyreoidea-stimulierende



Hormon (auch Thyreotropin genannt, TSH) angab (IV-act. 112-22) und die Umsetzung der Therapieanpassung durch die behandelnden Ärzte zu erfolgen hat. Diesbezüglich kann ein Gutachter freilich nicht mehr als eine Empfehlung abgeben. Den weitgehend gleichen Zielwert strebte Dr. K.____ in der Behandlung später denn auch an (vgl. dessen Bericht vom 26. April 2018, S. 2 unten, act. G 1.2).

2.4. Dr. K.____ erwähnte einen Verdacht auf ein chronisches Müdigkeitssyndrom (act. G 1.2 S. 2). Ein solches hatte auch Dr. D.____ erwähnt (undatiertes Bericht, bei der IV eingegangen am 18. Januar 2016, IV-act. 34-2, siehe auch IV-act. 29). Chronische Müdigkeit wurde bereits 2014 in den Akten erwähnt. Nach einer Ursache wurde im Spital L.____, im Muskelzentrum ALS Clinic des Kantonsspitals St. Gallen (IV-act. 21-32) und seitens der Rheumatologie M.____ gesucht, dies ohne Erfolg (vgl. IV-act. 21-48). Im Rahmen des stationären Aufenthalts in der Klinik C.____ vom 2. bis 21. März 2015 wurde allerdings nicht auf vermehrte Müdigkeit hingewiesen. Hingegen wurde erwähnt, die Beschwerdeführerin habe keine Ein- und Durchschlafprobleme (IV-act. 21-40). Über Erschöpfung hatte die Beschwerdeführerin zwar geklagt, aber auch über viele weitere Symptome, die seitens der Klinik nicht zuverlässig einer konkreten Diagnose zugeordnet werden konnten. Auch beim siebenwöchigen stationären Aufenthalt in der Klinik H.____ trat die Müdigkeit offenbar nicht als zentrales Problem in Erscheinung, sondern wirkt eher wie ein untergeordneter Teil des überaus vielfältigen Beschwerdebilds (vgl. IV-act. 55-51 ff.). Derselbe Eindruck ergibt sich bei der von Dr. I.____ vorgenommenen detaillierten Dokumentation der Leidensangaben; diesem Gutachter gegenüber klagte die Beschwerdeführerin primär über Schmerzen (IV-act. 55-23 f.). Im Rahmen der ABI-Begutachtung berichtete sie über Müdigkeit, aber auch bei der dortigen Protokollierung des aktuellen Leidens durch den psychiatrischen Gutachter wirkt diese Schilderung eher untergeordnet (IV-act. 112-9). Gegenüber dem Rheumatologen erwähnte sie offenbar nur, dass sie nach den zweimaligen Spaziergängen mit dem Hund müde und erschöpft sei (IV-act. 112-15). Gegenüber dem Neurologen klagte sie primär über Schwäche. Dass dieser bei den (sich nicht auf die Arbeitsfähigkeit auswirkenden) Diagnosen seines Fachgebiets schliesslich lediglich ein subjektives Müdigkeitsgefühl festhielt und den Verdacht auf eine somatoforme Schmerzstörung äusserte (IV-act. 112-20), ist insgesamt nachvollziehbar. Weitere Abklärungen zur Müdigkeitssymptomatik drängen sich bei Gesamtschau der Akten nicht auf.

2.5. Die psychiatrische Beurteilung des ABI-Gutachtens will die Beschwerdeführerin insbesondere deshalb nicht gelten lassen, weil sie dem Gutachter unterstellt, er habe die erkannten Ressourcen einfach aus dem früheren normalen Leben gezogen. Es ist



zutreffend, dass der psychiatrische Gutachter der Aufforderung im Fragenkatalog, "detaillierte Aussagen betreffend Beeinträchtigungen und vorhandener persönlicher Ressourcen" zu machen (IV-act. 112-13), an dieser Stelle nur unzureichend nachgekommen ist. Er begnügte sich mit der Aussage, es bestünden durchaus Ressourcen, vor allem für angelernte Arbeiten, die Beschwerdeführerin habe zusammen mit ihrem Mann auch zwei Töchter grossgezogen. Betrachtet man das Teilgutachten aber in der Gesamtheit, treten andernorts gewisse Ressourcen der Beschwerdeführerin zu Tage, wie die Beschwerdegegnerin sinngemäss zu Recht geltend macht. Der Gutachter erwähnte, dass die Beschwerdeführerin durchaus Hausarbeiten verrichte, so auch die Wäsche. Kurze Strecken fahre sie selber Auto oder benütze den ÖV. Auch vornehmlich telefonische Kontakte zu Kolleginnen erwähnte der Gutachter. Innerhalb der Familie sei der Kontakt sehr gut. Die Beschwerdeführerin kümmere sich auch gerne um ihren kleinen Hund, mit dem sie selbst spazieren gehe. Für Ehemann und Tochter koche sie (IV-act. 112-14). Gegenüber Dr. I. ___ hatte die Beschwerdeführerin erwähnt, sie würde auch lesen, beispielsweise die Zeitung, aber nicht täglich. Aktuell stricke sie an einem Pullover für sich. Fern sehe sie maximal 2 Stunden am Tag. Sie erwähnte zudem eine Kollegin, mit der sie etwas unternehme, wenn diese frei habe (IV-act. 55-29, vgl. auch 55-42). Insgesamt scheint die Beschwerdeführerin insbesondere mit ihrer (nicht nur der Kern-, sondern der erweiterten) Familie, von der sie Unterstützung erfährt, eine nennenswerte Ressource zu besitzen und sich ein gewisses Aktivitätsniveau erhalten zu haben. Dass ihr eine geeignete Arbeitstätigkeit als zumutbar erachtet wurde, ist auch vor diesem Hintergrund ausreichend nachvollziehbar und steht überdies im Einklang mit den wenig auffälligen psychopathologischen Befunden bei der Begutachtung (guter affektiver Kontakt; erhalten wirkender Selbstwert; vorhandener Antrieb; keine Hinweise auf manifeste Ängste; Aufmerksamkeit, Auffassung und Gedächtnis ungestört; formal geordnetes Denken [IV-act. 112-10], sehr gute Konzentration im Untersuchungsgespräch [IV-act. 112-13]). Der Psychostatus war sodann auch bei der Begutachtung durch Dr. I. ___ unauffällig gewesen (IV-act. 55-33 f.).

2.6. Abschliessend ist festzuhalten, dass sich auch aus den von der Beschwerdeführerin erwähnten "eigentlich anerkannten Dysbalancen" und der "myostatische[n] Insuffizienz mit entsprechenden muskuloligamentären Überlastungsreaktionen" keine hinreichenden Zweifel am Beweiswert des ABI-Gutachtens ableiten lassen. Bereits im April 2015 wurde ein chronisches Panvertebralsyndrom erwähnt (IV-act. 21-47). Einer eingehenden Behandlung der Rückenschmerzen bedurfte die Beschwerdeführerin aber offenbar nicht (abgesehen von kurzzeitiger Physio- und medizinischer Trainingstherapie, vgl. IV-act. 112-15). Auch



diagnostisch wurden keine weiteren grösseren Anstrengungen unternommen (zur Kernspintomographie der HWS von 2017 und der CT der LWS von 2014 vgl. IV-act. 112-14 unten). Rückschlüsse auf einen diesbezüglichen Leidensdruck können aufgrund der vorliegenden Akten nicht hinreichend gezogen werden. Anhaltspunkte für diesbezügliche ungenügende Abklärungen bestehen nicht.

2.7. Zum Adaptationsprofil und der Zumutbarkeit einer Arbeitstätigkeit hielten die ABI-Gutachter in der Gesamtbeurteilung fest, das chronische zervikospondylogene und thorakolumbospondylogene Schmerzsyndrom sowie die Hypermobilität beeinflussten die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin. Aufgrund der Hypermobilität und der beginnenden degenerativen Veränderungen im Zervikal- und Lumbalbereich seien ihr schwere und überwiegend mittelschwere Tätigkeiten nicht zumutbar. Für leichte bis gelegentlich mittelschwere, wechselbelastende Tätigkeiten, wie die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Hauswirtschafterin, bestehe von Seiten des Bewegungsapparats eine volle Arbeitsfähigkeit. Aus neurologischer Sicht wurden nur für Tätigkeiten mit Publikumsverkehr Einschränkungen attestiert. Aus endokrinologischer, allgemeininternistischer und psychiatrischer Sicht wurde die Arbeitsfähigkeit nicht als eingeschränkt betrachtet (IV-act. 112-24). Diese Beurteilung erscheint im Gesamtkontext als nachvollziehbar und schlüssig. Dem ABI-Gutachten ist voller Beweiswert beizumessen.

3.

3.1. Basierend auf einer vollen Arbeitsfähigkeit für adaptierte Tätigkeiten erübrigt sich die genaue Bemessung des Invaliditätsgrads. Die Beschwerdegegnerin hat die Methode des Einkommensvergleichs nach Art. 16 ATSG angewendet, was nicht zu beanstanden ist. Da die Beschwerdeführerin auch ihre letzte Tätigkeit als Hauswirtschaftsmitarbeiterin in einem Spital noch vornehmen könnte, ist das Einkommensniveau vor und nach Eintritt der gesundheitlichen Beeinträchtigungen grundsätzlich dasselbe. Ohne quantitative Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit würde damit nur ein Tabellenlohnabzug zu einem 0% übersteigenden Invaliditätsgrad führen. Die rentenanspruchsbegründende Schwelle von 40% wird damit jedoch offenkundig nicht erreicht, sodass auch die Bemessung des Tabellenlohnabzugs, der ohnehin auf maximal 25% beschränkt ist (BGE 126 V 75), offenbleiben kann. Die Beschwerdegegnerin hat den Rentenanspruch der Beschwerdeführerin zu Recht verneint, sodass die Beschwerde abzuweisen ist.

3.2. 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. 1^{bis} IVG). Eine Gerichtsgebühr von Fr. 600.-- erscheint in der vorliegend zu beurteilenden Angelegenheit als angemessen. Dem Ausgang des Verfahrens entsprechend ist sie vollumfänglich der Beschwerdeführerin aufzuerlegen und durch den von ihr geleisteten Kostenvorschuss von Fr. 600.-- gedeckt. Die Beschwerdeführerin hat bei diesem Verfahrensausgang keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung (vgl. Art. 61 lit. g ATSG).

Entscheid

im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP

1.

Die Beschwerde wird abgewiesen.

2.

Die Beschwerdeführerin hat eine Gerichtsgebühr von Fr. 600.-- zu bezahlen; diese ist durch den in gleicher Höhe geleisteten Kostenvorschuss gedeckt.