



**Fall-Nr.:** IV 2007/352  
**Stelle:** Versicherungsgericht  
**Rubrik:** IV - Invalidenversicherung  
**Publikationsdatum:** 10.07.2020  
**Entscheiddatum:** 28.01.2009

### **Entscheid Versicherungsgericht, 28.01.2009**

**Art. 28 Abs. 1 IVG: Anspruch auf Invalidenrente; Anforderungen an den Beweiswert von Arztberichten; Stellenwert von Einschätzungen von behandelnden Fach- und Hausärzten, die von einem überzeugenden polydisziplinären Gutachten abweichen (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 28. Januar 2009, IV 2007/352).**

Vizepräsidentin Karin Huber-Studerus, Versicherungsrichterinnen Monika Gehrler-Hug und Marie-Theres Rüegg Haltinner; Gerichtsschreiber Bruno Räsamen

Entscheid vom 28. Januar 2009

in Sachen

B.\_\_\_\_,

Beschwerdeführerin,

vertreten durch Rechtsanwalt lic. iur. Simon Näscher, Alte Landstrasse 106,

Postfach 101, 9445 Rebstein,

gegen

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

Beschwerdegegnerin,

betreffend



Rente

Sachverhalt:

A.

A.a B.\_\_\_\_, geboren 1956, meldete sich am 16. November 2005 zum Bezug von Leistungen der Invalidenversicherung (Rente) an (IV-act. 4). Seit 1996 arbeitete sie als Zimmermädchen bei der A.\_\_\_\_ AG (IV-act. 12-1/11). Diese Arbeitsverhältnis wurde per Ende 2005 aus gesundheitlichen Gründen aufgelöst (IV-act. 12-11/11), wobei der letzte effektive Arbeitstag der 27. August 2004 war. Am 6. Oktober 2004 wurde am Kantonsspital St. Gallen eine mikrochirurgische Fensterungsdekompression der Wurzel L5 links bei der Diagnose einer Rezessusstenose LWK4/5 mit akuter Wurzelkompression L5 vorgenommen (vgl. Fremdakten Zürich Versicherung, Bericht des Kantonsspitals vom 19. Oktober 2004). Im Arztbericht vom 13. Dezember 2005 diagnostizierte Dr. med. C.\_\_\_\_, Physikalische Medizin und Rehabilitation, ein residuelles lumboradikuläres und Ausfallsyndrom links L5 (bei Status nach notfallmässiger Diskushernienoperation L4/5 mit Kompression L5 links), eine Grosszehenparese links M3, eine schwere Anpassungsstörung mit Somatisierung sowie eine Tension headache (IV-act. 14-1/7). Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit wurde eine arterielle Hypertonie, ein Zervikovertebralsyndrom sowie eine Adipositas festgestellt. Weder die bisherige Tätigkeit als Zimmermädchen noch eine adaptierte Tätigkeit seien der Versicherten zumutbar. Die Fachstelle für Sozialpsychiatrie und Psychotherapie in D.\_\_\_\_ stellte in ihrem Bericht vom 8. März 2006 u.a. eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung sowie eine leichte bis mittelgradige depressive Episode fest (IV-act. 16-1/5). Ohne eine ausführliche körperliche Abklärung könne keine präzise Aussage zur Arbeitsfähigkeit in einer adaptierten Tätigkeit gemacht werden (IV-act. 16-5/5).

A.b Am 28. Dezember 2006 erstatte das von der IV-Stelle beauftragte ärztliche Begutachtungsinstitut in Basel (nachfolgend: ABI) ein polydisziplinäres Gutachten. Die Gutachter diagnostizierten mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit ein chronisches zervikozephalisches sowie linksbetontes lumbospondylogenes Schmerzsyndrom mit diskretem residuellem Ausfall L5 links (bei Status nach mikrochirurgischer



## St.Galler Gerichte

Fensterungsdekompression LWK 4/5 links am 6.10.2004 bei schwerem Wurzelkompressionssyndrom L5 links im Rahmen einer Recessusstenose LWK 4/5; eine reaktive muskuläre Dysbalance mit Myogelose der Suboccipital- und Trapeziusmuskulatur sowie der gesamten lumbalen paravertebralen Muskelgruppen; Verdacht auf deutliche psychosoziale Überlagerung). Ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit wurde eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung, ein metabolisches Syndrom, eine präklinische Hypothyreose sowie eine unklare leichte BSR-Erhöhung festgestellt (IV-act. 27-18/23). Es wurde eine massive Diskrepanz zwischen den subjektiv anhaltenden generalisierten Beschwerden und den objektiv somatisch fassbaren Befunden festgestellt. Für körperlich mittelschwer bis schwer belastende Tätigkeiten bestehe aktuell keine zumutbare Arbeitsfähigkeit mehr. In einer körperlich leichten und wechselbelastenden Tätigkeit bestehe medizinisch-theoretisch eine volle Arbeitsfähigkeit, wobei längeres fixiertes Sitzen oder Stehen an Ort sowie stereotype oder fließbandähnliche Bewegungsmuster sowie repetitive Rotationsbewegungen der LWS und das Heben und Tragen von Lasten über 5 - 10 kg zu vermeiden seien (IV-act. 27-19/23).

A.c Mit Vorbescheid vom 26. März 2007 wurde der Versicherten die Abweisung des Rentengesuches in Aussicht gestellt (IV-act. 36). Am 24. April 2007 liess die Versicherte den Einwand erheben, dass sich ihr Gesundheitszustand seit der Abklärung im ABI Basel verschlechtert habe. Mit Ergänzung vom 28. Juni bzw. 24. April 2007 (richtig wohl 12. Juli 2007) teilte die Versicherte mit, dass sie seit einigen Wochen in psychiatrischer Behandlung sei und reichte einen Arztbericht von Dr. med. E.\_\_\_\_, Psychiatrische Dienste F.\_\_\_\_, vom 29. Juni 2007 ein. Demnach leide sie an einer Somatisierungsstörung und an einer mittelgradigen depressiven Episode. Da diese Verschlechterung im ABI-Gutachten noch nicht berücksichtigt worden sei, müsse ein psychiatrisches Obergutachten eingeholt werden (IV-act. 41 und 43). Nach Rücksprache mit dem regionalen ärztlichen Dienst (RAD) erliess die IV-Stelle am 20. August 2007 im Sinne des Vorbescheids die rentenabweisende Verfügung (IV-act. 45).

B.

B.a Gegen diese Verfügung richtet sich die Beschwerde vom 20. September 2007. Die Beschwerdeführerin beantragt die Aufhebung der Verfügung vom 20. August 2007 und



die Zusprennung mindestens einer halben IV-Rente ab 1. August 2005. Eventualiter sei ein psychiatrisches Obergutachten einzuholen. Die Beschwerdeführerin macht wie bereits im Vorbescheidverfahren insbesondere geltend, dass sich der Gesundheitszustand seit der medizinischen Abklärung im November 2006 im ABI in Basel wesentlich verschlechtert habe. Denn Dr. E.\_\_\_\_ habe eine Somatisierungsstörung und eine mittelgradige depressive Episode diagnostiziert. Ausserdem attestiere Dr. E.\_\_\_\_ der Beschwerdeführerin eine Arbeitsunfähigkeit von 100%. Zudem habe die Beschwerdeführerin am 21. August 2007 in die Psychiatrische Klinik in Chur eintreten müssen, wo sie voraussichtlich bis 21. September 2007 bleiben müsse. Ein entsprechender Bericht werde nachgereicht. Das ABI-Gutachten berücksichtige diesen Umstand nicht und sei somit in psychiatrischer Hinsicht nicht umfassend. Deshalb müsse vorliegend ein psychiatrisches Obergutachten eingeholt werden (act. G 1).

B.b Mit Beschwerdeantwort vom 24. Oktober 2007 beantragt die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde. Dabei macht sie insbesondere geltend, das ABI-Gutachten sei ausführlich abgefasst und dessen Schlussfolgerungen zusammen mit der Arbeitsfähigkeitsschätzung erschienen als begründet. Demgegenüber gehe der Bericht von Dr. E.\_\_\_\_ nicht auf das ABI-Gutachten ein und begründe seine abweichende Arbeitsfähigkeitsschätzung nicht. Zudem habe Dr. E.\_\_\_\_ offenbar keine Kenntnis der Vorakten gehabt. Die in ihrem Bericht diagnostizierte mittelgradige depressive Episode sei nicht weiter begründet. Selbst wenn die Beschwerdeführerin daran leiden würde, wäre dies zusammen mit der Somatisierungsstörung bzw. der somatoformen Schmerzstörung nur invalidisierend, wenn zusätzlich eine psychische Komorbidität von erheblicher Schwere, Ausprägung und Dauer vorläge, was bei der Beschwerdeführerin nicht der Fall sei. Im Übrigen seien bei der Beschwerdeführerin massive und teilweise äusserst diskrepante Untersuchungsbefunde festgestellt worden. Es deute vieles darauf hin, dass die Beschwerdeführerin aus der geltend gemachten vollständigen Arbeitsunfähigkeit einen sekundären Krankheitsgewinn erzielen möchte. Es sei vollumfänglich auf das ABI-Gutachten abzustellen. Weitere medizinische Abklärungen seien unnötig. Da die Beschwerdeführerin in einer adaptierten Tätigkeit voll arbeitsfähig sei, habe sie keinen Anspruch auf eine IV-Rente (act. G 7).



B.c In der Replik vom 7. Januar 2008 hält die Beschwerdeführerin an ihren Anträgen fest. Sie verweist insbesondere auf den Austrittsbericht der Psychiatrischen Klinik Waldhaus vom 11. Oktober 2007, in welchem die Diagnosen bestätigt würden. Da sich der Zustand einige Zeit nach dem Austritt aus der Klinik wieder verschlechtert habe, sei sie seit dem 22. November 2007 in psychiatrischer Behandlung bei Dr. med. G.\_\_\_\_. Ein entsprechender Arztbericht werde nachgereicht. Im Übrigen seien vorliegend die rechtsprechungsgemässen Voraussetzungen für die ausnahmsweise Unüberwindlichkeit der somatoformen Schmerzstörung gegeben. Demnach sei die Beschwerdeführerin von ihrer psychiatrischen Verfassung her gesehen objektiv nicht in der Lage, trotz ihrer subjektiv erlebten Schmerzen einer Arbeit nachzugehen (act. G 14).

B.d Die Beschwerdegegnerin verzichtete auf die Einreichung einer Duplik. Mit Eingabe vom 14. Februar 2008 reichte die Beschwerdeführerin einen Arztbericht des Psychiaters Dr. G.\_\_\_\_ vom 4. Februar 2008 nach (act. G 23.2).

B.e Auf weitere Vorbringen der Parteien wird, sofern wesentlich, im Rahmen der nachfolgenden Erwägungen eingegangen.

Erwägungen:

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 Rechtssätze massgebend sind, die bei der Erfüllung des zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben (BGE 127 V 467 Erw. 1), und weil bei der Beurteilung ferner auf den bis zum Zeitpunkt des Erlasses der streitigen Verfügungen vom 20. August 2007 eingetretenen Sachverhalt abzustellen ist (BGE 121 V 366 Erw. 1b), sind auf die angefochtene Verfügung die bis zum 31. Dezember 2007 geltenden materiellen Bestimmungen anzuwenden.

2.



2.1 Unter Invalidität wird bei als Gesunden voll erwerbstätigen Personen 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). Der Grad der für einen allfälligen Rentenanspruch massgebenden Invalidität wird gemäss Art. 16 ATSG durch einen Einkommensvergleich ermittelt, bei dem das Einkommen, das die versicherte Person nach dem Eintritt der Invalidität und nach der Durchführung der notwendigen und zumutbaren Eingliederungsmassnahmen bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (zumutbares Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt wird zum Einkommen, das die versicherte Person erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Valideneinkommen). Nach Art. 28 Abs. 2 IVG (bzw. Art. 28 Abs. 1 IVG in der bis Ende 2007 gültigen Fassung) besteht der Anspruch auf eine ganze Invalidenrente, wenn der Versicherte mindestens zu 70%, derjenige auf eine Dreiviertelsrente, wenn er wenigstens zu 60% invalid ist. Liegt ein Invaliditätsgrad von mindestens 50% vor, so besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem IV-Grad von mindestens 40% auf eine Viertelsrente.

2.2 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 Erw. 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. Hinsichtlich des Beweiswertes 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 Erw. 3a). Was Parteigutachten anbelangt, rechtfertigt



der Umstand allein, dass eine ärztliche Stellungnahme von einer Partei eingeholt und in das Verfahren eingebracht wird, nicht Zweifel an ihrem Beweiswert (ZAK 1986 S. 189 Erw. 2a in fine, BGE 122 V 161 Erw. 1c). Daraus folgt indessen nicht, dass eine solche Expertise den gleichen Rang besitzt wie ein vom Gericht oder von der IV-Stelle nach Massgabe des anwendbaren Verfahrensrechts eingeholtes Gutachten. Trotz dieser beschränkten Bedeutung verpflichtet es indessen, wie jede substantiiert vorgetragene Einwendung gegen eine solche Expertise, das Gericht, den von der Rechtsprechung aufgestellten Richtlinien für die Beweiswürdigung folgend, zu prüfen, ob es in rechtserheblichen Fragen die Auffassungen und Schlussfolgerungen des vom Gericht oder von der IV-Stelle förmlich bestellten Gutachters derart zu erschüttern vermag, dass davon abzuweichen ist (AHI 2001 S. 112, 115).

In Bezug auf Atteste von Hausärzten darf und soll das Gericht der Erfahrungstatsache Rechnung tragen, dass Hausärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zugunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 125 V 351 Erw. 3b.cc; SVR 2001 IV Nr. 8 Erw. 3b.cc).

3.

3.1 Die Beschwerdegegnerin stellte in der Beurteilung des Leistungsanspruchs auf die Einschätzungen im ABI-Gutachten vom 28. Dezember 2006 ab. Die Beschwerdeführerin ist hingegen der Ansicht, dieses Gutachten sei nicht (mehr) beweistauglich, da die seither eingetretene Verschlechterung des psychischen Gesundheitszustandes nicht berücksichtigt worden sei. Nachfolgend ist daher zu prüfen, ob die Beschwerdegegnerin zu Recht der Einschätzung des ABI gefolgt ist.

3.2 Die Beschwerdeführerin hielt sich am 22. November 2006 im ABI in Basel auf und wurde dort einer polydisziplinären medizinischen Begutachtung unterzogen. Gemäss dem rheumatologischen Fachgutachten leidet die Beschwerdeführerin an einem chronischen zervikozephalen sowie linksbetonten lumbospondylogenen Schmerzsyndrom mit diskretem residuellen Ausfall L5 links (IV-act. 27-15/23). Es hätten sich zum Teil äusserst diskrepante Untersuchungsbefunde ergeben. Insgesamt sei auf Grund des Verlaufs, den in den Akten aufgeführten und zitierten Untersuchungsbefunden sowie der eigenen rheumatologischen Untersuchungen eine



massive Diskrepanz zwischen den subjektiv anhaltenden generalisierten Beschwerden und den objektiven somatisch fassbaren Befunden festzustellen. Es bestehe eine eindrückliche Krankheits- und Behinderungsüberzeugung (IV-act. 27-17 und 19/23). Zur Arbeitsfähigkeit aus rheumatologischer Sicht wurde ausgeführt, dass die allgemeine muskuläre Dekonditionierung aktuell eine Reintegration in die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Zimmermädchen auf Grund der mangelnden physischen Belastbarkeit verunmögliche. Dies gelte für sämtliche weiteren mittelschwer- bis körperlich schwer belastenden beruflichen Tätigkeiten. Aus rein rheumatologischer Sicht könne der Explorandin aber auf Grund der Befunde eine körperlich leichte und wechselbelastende berufliche Tätigkeit vollumfänglich zugemutet werden. Dabei müsse die Explorandin die Arbeitsposition regelmässig und nach eigenem Gutdünken wechseln können; insbesondere sei das längere fixierte Sitzen und Stehen an Ort zu vermeiden. Ebenso seien stereotype oder fließbandähnliche Bewegungsmuster sowie repetitive Rotationsbewegungen der LWS oder das Heben und Tragen von Lasten über 5 – 10 kg zu vermeiden (IV-act. 27-17/23, Ziff. 4.2.5). Aus aktueller rheumatologischer Sicht könne die Feststellung der behandelnden Ärztin Dr. C.\_\_\_\_, wonach eine 100%-ige Arbeitsunfähigkeit sowohl in der angestammten als auch in anderen Tätigkeiten bestehen solle, in keiner Art und Weise unterstützt werden, da hierfür schlicht die objektiv somatischen Gründe fehlen würden. Auch die von Dr. C.\_\_\_\_ diagnostizierte Grosszehenheberparese links Grad M3 könne auf Grund der vorher neurologisch und neurochirurgisch objektivierten deutlich besseren Innervationsfähigkeit kaum als objektiver Befund bezeichnet werden. Insbesondere sei auch die neurochirurgische Abklärung im Januar 2006 am Kantonsspital St. Gallen (vgl. IV-act. 27-22f./23) im Wesentlichen unauffällig gewesen. Bei der aktuellen Untersuchung habe höchstens eine leichte Kraftabschwächung Grad M4-5 des Grosszehenhebers links als Residuum der Kompressionssymptomatik von L5 festgestellt werden können (IV-act. 27-19/23 Ziff. 6.2). Der Psychiater stellte – ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit – eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung fest, begleitet von einer leichten Affektlabilität und einer dramatisierenden Schilderung der Beschwerden. Es wurde nur eine leichte Stimmungslabilität festgestellt, die im Rahmen der anhaltenden somatoformen Schmerzstörung zu erklären sei. Eine eigenständige depressive Störung lasse sich nicht diagnostizieren. Eine leichte Schlafstörung sei mit Hilfe der Medikamente kompensiert. Bei einer effektiven medikamentösen Behandlung sei



davon auszugehen, dass auch die leichte Affektlabilität zurückgehe. Aus psychiatrischer Sicht lasse sich insgesamt keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit attestieren. Es bestehe der Verdacht auf das Anstreben eines sekundären Krankheitsgewinnes (IV-act. 27-19/23 Ziff. 6.2). Die Explorandin fühle sich überhaupt nicht mehr in der Lage zu arbeiten; auch eine leichtere, adaptierte Tätigkeit werde wegen der Rückenschmerzen zurückgewiesen. Es liege ein ausgesprochenes subjektives Krankheitsempfinden vor. Die objektiven Befunde könnten das subjektive Krankheitsempfinden der Explorandin nicht stützen (IV-act. 27-10/23 Ziff. 4.1.6). In Bezug auf die im Bericht der Fachstelle für Sozialpsychiatrie und Psychotherapie vom 8. März 2006 erwähnte leichte bis mittelgradige depressive Episode wird ausgeführt, dass eine solche nicht nachvollziehbar sei. Die leichte depressive Verstimmung sei Begleiterscheinung einer insgesamt somatoformen Schmerzstörung (IV-act. 27-11/23 oben). In einer Gesamtbeurteilung kamen die Gutachter zum Schluss, dass für körperlich mittelschwer bis schwer belastende berufliche Tätigkeiten aktuell keine zumutbare Arbeitsfähigkeit bestehe. Körperlich leicht belastende berufliche Tätigkeiten seien ihr unter den erwähnten Voraussetzungen zu 100% zumutbar (IV-act. 27-20/23).

3.3 Das ABI-Gutachten stützt seine Beurteilung auf sämtliche Vorakten, auf die eigene persönliche Befragung der Beschwerdeführerin und die eigenen internistischen, rheumatologischen und psychiatrischen Untersuchungen am 22. November 2006. Das polydisziplinäre Gutachten erfüllt sämtliche rechtsprechungsgemässen Kriterien der Beweistauglichkeit. Es ist für die strittigen Belange umfassend, beruht auf allseitigen Untersuchungen, berücksichtigt die beklagten Beschwerden und ist in Kenntnis der Vorakten abgegeben worden. Zudem sind die Ausführungen in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge sowie der medizinischen Situation einleuchtend und beinhalten begründete Schlussfolgerungen. Schliesslich setzt sich das Gutachten auch mit den abweichenden Einschätzungen der behandelnden Ärzte in Bezug auf die Auswirkungen der gesundheitlichen Einschränkungen auf die Arbeitsfähigkeit auseinander. Insgesamt sind keine Gründe ersichtlich, weshalb nicht auf dieses Gutachten abgestellt werden sollte. Daran vermögen auch die von der Beschwerdeführerin eingereichten Berichte der behandelnden Ärzte nichts zu ändern. Der Bericht von Dr. E.\_\_\_\_, Psychiatrische Dienste F.\_\_\_\_, vom 29. Juni 2007 hält zwar als Diagnose nebst der Somatisierungsstörung eine mittelgradige depressive Episode fest (act. G 1.1.2). Dieser Kurzbericht enthält jedoch weder eine Begründung für die



Diagnosestellung noch setzt er sich mit dem ABI-Gutachten auseinander. Zudem wird einerseits festgehalten, dass die Patientin aus psychiatrischer Sicht zur Zeit nicht in der Lage sei, einer Arbeit nachzugehen. Andererseits wird jedoch auch ausgeführt, dass die Arbeitsunfähigkeit nicht in Prozenten angegeben werden könne, da die Patientin nur einmal gesehen wurde. Dieser Arztbericht ist somit im Hinblick auf die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit nicht nur ungenügend begründet, sondern auch widersprüchlich. Jedenfalls lässt sich damit keine relevante Verschlechterung des Gesundheitszustandes der Beschwerdeführerin seit der Begutachtung im ABI Basel nachweisen. Dies gilt auch in Bezug auf den Austrittsbericht von Dr. E.\_\_\_\_ vom 11. Oktober 2007 über den Aufenthalt der Beschwerdeführerin in der Klinik Waldhaus vom 21. August bis 21. September 2007 (act. G 10.2). Darin wurde u.a. ausgeführt, dass in Bezug auf das depressive Erleben grosse Fortschritte gemacht worden seien. Die Patientin sei nach und nach zu einem sehr fröhlichen und zentralen Bestandteil im Stationsleben geworden und ihre depressive Symptomatik sei in den Hintergrund getreten. Sie habe in deutlich gebessertem Zustand nach Hause entlassen werden können. Eine Arbeitsunfähigkeit wird in diesem Bericht für den Zeitraum des Aufenthaltes in der Klinik Waldhaus bis 21. September 2007 attestiert. Im Übrigen konnte auch Dr. G.\_\_\_\_, bei welchem die Beschwerdeführerin offenbar seit dem 20. November 2007 in psychiatrischer Behandlung ist, anlässlich der Erstkonsultation wohl ebenfalls eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung, jedoch keine depressive Störung, sondern eher eine Anpassungsstörung feststellen (act. G 23.2). Im Weiteren führte er in seinem Bericht an den Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin vom 4. Februar 2008 aus, dass – abgesehen von den erwähnten depressiven Episoden, welche zur Zeit nicht mehr feststellbar seien – keine zusätzlichen psychiatrischen Erkrankungen und/oder Störungen im Vergleich zum Zeitpunkt der Untersuchung im ABI aufgetreten seien. Die Patientin selber schildere ihren psychischen Zustand in den letzten Jahren praktisch unverändert. Seine Diagnosen seien deshalb als andere Einschätzung desselben psychischen Zustandes zu betrachten. Der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin habe sich seit der Untersuchung im ABI nicht wesentlich verschlechtert. Unter diesen Umständen ist auch seine Einschätzung der Arbeitsfähigkeit, wonach die Beschwerdeführerin aus psychiatrischer Sicht in jeglicher beruflicher Tätigkeit 50% arbeitsunfähig sei, als eine unterschiedliche Beurteilung des gleichen Sachverhalts zu verstehen. Den Beweiswert des ABI-



Gutachtens vermag jedenfalls auch dieser Bericht nicht zu erschüttern. Denn eine medizinische Administrativ- oder Gerichtsexpertise ist nicht stets dann in Frage zu stellen und zum Anlass weiterer Abklärungen zu nehmen, wenn die behandelnden Ärzte zu unterschiedlichen Einschätzungen gelangen oder an vorgängig geäusserten abweichenden Auffassungen festhalten. Anders verhält es sich hingegen, wenn die behandelnden Ärzte objektiv feststellbare Gesichtspunkte vorbringen, die im Rahmen der Begutachtung unerkant geblieben sind und sich eignen, zu einer abweichenden Beurteilung zu führen (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 18. April 2006, I 783/05, E. 2.2; vgl. auch Urteil vom 27. November 2006, I 663/05, E. 2.2.2 und Urteil vom 2. August 2006, U 58/06, E. 2.2 in fine). Solche objektiv feststellbaren Gesichtspunkte, welche im ABI-Gutachten unberücksichtigt geblieben wären, sind in den eingereichten Arztberichten nicht ersichtlich. Zudem ist auch der Erfahrungstatsache Rechnung zu tragen, dass Hausärzte mitunter wegen ihrer auftragsrechtlichen Vertrauensstellung im Zweifel eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen. Im Hinblick auf einen möglichen Ziel- und Interessenkonflikt (Behandlung versus Begutachtung) gilt dies auch für Spezialärzte (vgl. EVG-Urteil vom 5. April 2004, I 814/03, E. 2.4.2). Im Übrigen waren dem ABI die abweichenden Beurteilungen der Arbeitsfähigkeit aufgrund früherer Arztberichte bekannt. Dazu wurde auch ausdrücklich Stellung genommen (IV-act. 27-10f./23 Ziff. 4.1.7, 27-17/23 Ziff. 4.2.6 und act. 27-20/23 Ziff. 6.6). Und schliesslich drängt es sich beim Vorliegen von somatischen und psychischen Beschwerden auf, die Arbeitsfähigkeit im Rahmen einer interdisziplinären Gesamtbeurteilung zu bestimmen, wie dies vorliegend geschehen ist. Letztlich ist in Übereinstimmung mit der Beschwerdegegnerin festzuhalten, dass die rechtsprechungsgemässen Voraussetzungen, unter denen eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung bzw. deren Folgen ausnahmsweise als nicht überwindbar gelten (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 22. November 2007, I 290/06, E. 4.2.1 mit Hinweisen), vorliegend nicht erfüllt sind.

3.4 Nach dem Gesagten ist der Sachverhalt als ausreichend abgeklärt zu betrachten. Zur Einholung eines Obergutachtens, wie dies beantragt wird, besteht kein Anlass. Zusammenfassend ist in Übereinstimmung mit der Beschwerdegegnerin und aufgrund des polydisziplinären ABI-Gutachtens vom 28. Dezember 2006 von einer vollen Arbeitsfähigkeit in einer leidensangepassten Tätigkeit, wie sie in der Gesamtbeurteilung im Gutachten beschrieben wird (vgl. IV-act. 27-19/23 Ziff. 6.2), auszugehen.



4.

4.1 Die Beschwerdegegnerin hat soweit ersichtlich keinen konkreten Einkommensvergleich vorgenommen. Aufgrund der vorliegend dafür massgebenden Werte steht jedoch im Ergebnis fest, dass keine rentenbegründende Erwerbseinbusse vorliegt. Denn bei einem massgebenden Valideneinkommen im Jahr 2004 von Fr. 42'900.-- (13 x Fr. 3'300.--, vgl. IV-act. 12-2/11; im Jahr 2003 belief sich das Einkommen noch auf Fr. 41'600.-- [13 x Fr. 3'200.--], vgl. IV-act. 12-8/11; vgl. auch Auszug aus dem individuellen Konto der Ausgleichskasse, IV-act. 6-2/4) und bei Verwendung der Tabellenlöhne der Lohnstrukturerhebung des Jahres 2004 für die Ermittlung des Invalideneinkommens (Durchschnittslohn für einfache und repetitive Tätigkeiten für Frauen Fr. 48'701.--[12 x Fr. 3'893.-- : 40h x 41.7h]; vgl. LSE 2004, Tabelle TA1, Anforderungsniveau 4, Frauen, umgerechnet von 40 auf eine betriebsübliche Wochenarbeitszeit von 41,7 Stunden; vgl. zur Anwendung der Tabellenlöhne etwa das Urteil des Bundesgerichts vom 10. März 2008, 8C\_119/2007, E. 5.2) ergibt sich selbst bei einer Herabsetzung des Invalideneinkommens auf das Niveau des unterdurchschnittlichen Verdienstes bei der letzten Arbeitgeberin (vgl. dazu ZAK 1989 S. 456, AHI 1999 S. 237) und unter Berücksichtigung eines zusätzlichen angemessenen Abzuges auf dem Invalideneinkommen ("Leidensabzug"; vgl. dazu BGE 126 V 78 E. 5a/bb mit Hinweisen) ein IV-Grad unter den rentenbegründenden 40%, weshalb die Beschwerdegegnerin den Rentenanspruch im Ergebnis zu Recht verneint hat. Die angefochtene Verfügung vom 20. August 2007 ist somit nicht zu beanstanden, weshalb die Beschwerde abzuweisen ist.

4.2 Schliesslich ist darauf hinzuweisen, dass für die richterliche Beurteilung grundsätzlich die tatsächlichen Verhältnisse zur Zeit des Abschlusses des Verwaltungsverfahrens (hier: Verfügung vom 20. August 2007) massgebend sind (BGE 116 V 248 E. 1a; Urteil des Bundesgerichts vom 3. Januar 2005, I 172/04, E.5.2 und vom 27. Mai 2008, 9C\_24/2008, E. 2.3.1). Der Arztbericht von Dr. G.\_\_\_\_ vom 4. Februar 2008 ist somit, soweit er Ausführungen zum Gesundheitszustand seit der Erstkonsultation vom 20. November 2007 enthält, für das vorliegende Verfahren grundsätzlich unbeachtlich. Sollte sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin seit dem Erlass der Verfügung vom 20. August 2007 relevant verschlechtert haben, so steht es ihr frei, ein neues Leistungsbegehren zu stellen.



5.

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<sup>bis</sup> IVG). Eine Gerichtsgebühr von Fr. 600.-- erscheint als angemessen. Der geleistete Kostenvorschuss von Fr. 600.00 kommt zur Anrechnung.

Demgemäss hat das Versicherungsgericht

im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 53 GerG

entschieden:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Die Beschwerdeführerin bezahlt eine Gerichtsgebühr von Fr. 600.00, unter Anrechnung des geleisteten Kostenvorschusses von Fr. 600.00.