

GR_GERICHTE S 2019 9 vom 15. April 2020

GR Gerichte, 2020-04-15, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/gr_gerichte_S_2019_9

FR: GR_GERICHTE S 2019 9 du 15 avril 2020

IT: GR_GERICHTE S 2019 9 del 15 aprile 2020

Regeste

IV-Rente | Invalidenversicherung

Erwägungen

E. 3

In der Folge holte die IV-Stelle verschiedene Arztberichte ein. Dr. med. B._____, Hausarzt und Facharzt für Allgemeinmedizin, erwähnte in seinem Bericht vom 3. Februar 2014 folgende Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit: Chronisches lumbospondylogenes Schmerzsyndrom mit/bei (seit 2012) isthmisch lytischer Spondylolisthese Grad II L5/S1, os- teoporotischen Frakturen LWK2/LWK4, Osteoporose; Colitis ulcerosa (seit 2011); Adipositas. Ab dem 11. November 2013 betrage die Arbeitsunfähigkeit rund 50 % eines 80 %-Pensums; insgesamt sei maximal eine 40%ige Tätigkeit als Altersbetreuerin möglich.

E. 3.1

Bei erwerbstätigen Versicherten gilt als Invalidität die durch einen körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheitsschaden verursachte, voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde Erwerbsunfähigkeit (Art. 1 Abs. 1 IVG i.V.m. Art. 8 Abs. 1 ATSG), welche Folge von Geburts- gebrechen, Krankheit oder Unfall sein kann (Art. 4 Abs. 1 IVG). Zur Beurteilung der Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen, wobei eine Erwerbsunfähigkeit zudem nur vorliegt, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG). Keine Beeinträchtigungen der Gesundheit stellen soziokulturelle Schwierigkeiten mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit sowie psychosoziale Faktoren dar. Invaliditätsfremde Faktoren sind darüber hinaus auch Aggravation und Simulation (vgl. zum Ganzen KIESER, ATSG-Kommentar, 4. Aufl., Zürich/Basel/Genf 2020, Art. 7 Rz. 22 ff.; siehe bezüglich Aggravation und ähnlicher Erscheinungen auch BGE 141 V 281 E.2.2.1 f., 140 V 193 E.3.3). 3.2.1. Für die Bemessung der Invalidität von erwerbstätigen Versicherten ist Art. 16 ATSG anwendbar (Art. 28a Abs. 1 IVG). Danach wird für die Bestimmung des Invaliditätsgrades das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der me-

- 15 -
dizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitslage erzielen könnte (Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Valideneinkommen). Der Einkommensvergleich hat in der Regel in der Weise zu erfolgen, dass die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen ziffernmässig möglichst genau ermittelt und einander gegenübergestellt werden. Aus der Einkommensdifferenz lässt sich der Invaliditätsgrad bestimmen (allgemeine Methode des

Einkommensvergleichs; BGE 144 I 21 E.2.1, 142 V 290 E.4, 141 V 15 E.3.2, 128 V 29 E.1; Urteil des Bundesgerichts 9C_225/2019 vom 11. September 2019 E.2). 3.2.2. Bei nichterwerbstätigen Versicherten, welche im Aufgabenbereich (z.B. Haushalt) tätig sind und denen die Aufnahme einer Erwerbstätigkeit nicht zugemutet werden kann, wird für die Bemessung der Invalidität in Abweichung von Art. 16 ATSG darauf abgestellt, in welchem Masse sie unfähig sind, sich im Aufgabenbereich zu betätigen (Betätigungsvergleich; Art. 28a Abs. 2 IVG). 3.2.3. Bei Versicherten, die nur zum Teil erwerbstätig sind, wird für diesen Teil die Invalidität nach Art. 16 ATSG festgelegt (vgl. vorstehende Erwägung 3.2.1). Waren sie daneben auch im Aufgabenbereich tätig, so wird die Invalidität für diese Tätigkeit nach Art. 28a Abs. 2 IVG festgelegt (vgl. vorstehende Erwägung 3.2.2). In diesem Fall sind der Anteil der Erwerbstätigkeit und der Anteil der Tätigkeit im Aufgabenbereich festzulegen und es ist der Invaliditätsgrad in beiden Bereichen zu bemessen (gemischte Methode der Invaliditätsbemessung; Art. 28a Abs. 3 IVG).

E. 4

Am 5. März 2014 gab die IV-Stelle beim IME Institut für medizinische und ergonomische Abklärungen ein monodisziplinäres Gutachten (Rheumatologie inkl. Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit [EFL]; nachfolgend: IME-Gutachten) in Auftrag. Der Gutachter C._____, Facharzt für Rheumatologie und Innere Medizin, erwähnte in seinem Gutachten vom 27. Juni 2014 (Untersuchung am 14. April 2014) folgende Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit: Chronisches lumbovertebrales bis panvertebrales Schmerzsyndrom (u.a. progrediente symptomatische Os-

- 3 - teoporose und Spondylolisthese L5/S1), rezidivierende Colitis ulcerosa (letzter Entzündungsschub im Januar 2014, wiederholt hochdosierte Steroidtherapie, aktuell immunsuppressive Therapie), primär und sekundär klinisch manifeste progrediente Osteoporose und rezidivierende Knieschmerzen rechts. In der angestammten Tätigkeit als Pflegehilfe bestehe eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit. In der zuletzt ausgeübten Tätigkeit bestehe eine 40%ige Arbeitsfähigkeit mit zumutbarer Steigerung bis ganztags mit vermehrten Pausen im Ausmass von zwei Stunden pro Tag bezogen auf ein 100 %-Pensum; dabei sollten möglichst keine Bewohner im Rollstuhl transportiert oder beim Gehen begleitet werden müssen. In einer ideal angepassten Tätigkeit (knapp leichte wechselbelastende Arbeit mit maximal zumutbaren Gewichten von 7.5 kg selten am Tag gehoben, ohne Tätigkeiten in kniender, kriechender oder Hock-Position und ohne Tätigkeiten mit erhöhten Anforderungen an das Gleichgewicht) bestehe eine mindestens 50%ige Arbeitsfähigkeit mit Steigerungsmöglichkeiten im Verlauf bis zu einem 80 % bis 90 %-Pensum, falls keine weiteren Komplikationen von Seiten der Osteoporose und der Colitis ulcerosa aufträten. Hinsichtlich der Prognose hielt der Gutachter C._____ folgendes fest: Es bestehe eine unsichere Prognose bei im Verlauf progredienter Osteoporose mit multiplen Frakturen der Wirbelkörper im Bereich der LWS und BWS trotz der anamnestisch adäquat durchgeführten antiosteoporotischen Therapien. Zusätzlich bestehe eine Colitis ulcerosa mit rezidivierenden Entzündungsschüben, welche wiederholt sehr hochdosierte Steroidtherapien zufolge gehabt hätten; diese würden die Osteoporose wiederum stark negativ beeinflussen. Der weitere Verlauf werde davon abhängen, ob es zu weiteren Frakturen im Bereich der Wirbelsäule kommen und sich die Colitis ulcerosa mittels immunsuppressiver Therapien genügend behandeln lassen werde. Eine weitere Zunahme der Osteoporose durch weitere Colitis ulcerosa-Schübe, welche erneut

hochdosierte Steroidtherapien zur Folge

- 4 - hätten, könnte die Belastbarkeit und auch die Arbeitsfähigkeit deutlich verschlechtern. Dem EFL-Bericht vom 23. Mai 2014 (Evaluation am 24./25. April 2014) ist zu entnehmen, dass keine Symptomausweitung beobachtet werden konnte.

E. 4.1

Bei der Feststellung des Gesundheitszustands und der Beurteilung der Erwerbsfähigkeit der versicherten Person sind die Verwaltung und das im

- 16 - Streitfall angerufene Gericht auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls andere Fachleute zur Verfügung stellen. Die Aufgabe des Arztes besteht darin, mit den Mitteln fachgerechter ärztlicher Untersuchung unter Berücksichtigung der subjektiven Beschwerden die Befunde zu erheben und gestützt darauf die Diagnose zu stellen. Hiermit erfüllt der Arzt seine originäre Aufgabe, wofür die Verwaltung und das im Streitfall angerufene Gericht nicht kompetent sind. Bei der Folgeabschätzung der erhobenen gesundheitlichen Beeinträchtigungen für die Arbeitsfähigkeit kommt dem Arzt jedoch keine abschliessende Beurteilungskompetenz zu. Vielmehr gibt er eine Einschätzung zur Arbeitsfähigkeit ab, welche er aus seiner Sicht so substantiell wie möglich begründet. Die ärztlichen Auskünfte bilden sodann eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen dem Versicherten konkret noch zugemutet werden können (vgl. BGE 140 V 193 E.3.2, 132 V 93 E.4, 125 V 256 E.4).

E. 4.2

Das Bundesrecht schreibt nicht vor, wie die einzelnen Beweismittel zu würdigen sind. Für das gesamte Verwaltungs- und Verwaltungsgerichtsbeschwerdeverfahren gilt der Grundsatz der freien Beweiswürdigung. Danach haben Versicherungsträger und Sozialversicherungsgerichte die Beweise grundsätzlich frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Für das Beschwerdeverfahren bedeutet dies, dass das Gericht alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruchs gestatten. Insbesondere darf es bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt (vgl. BGE 125 V 351 E.3a). Hinsichtlich des Beweiswerts eines Arztberichts ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf

- 17 - allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten begründet sind (vgl. BGE 134 V 231 E.5.1, 125 V 351 E.3a). Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (vgl. BGE 125 V 351 E.3a, 122 V 157 E.1c). Dennoch hat es die Rechtsprechung mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung als vereinbar erachtet, in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten Richtlinien für die Beweiswürdigung aufzustellen (vgl. BGE 125 V 351 E.3b, 118 V 286 E.1b, 112 V 30 E.1a). 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, ist bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (vgl. BGE 137 V 210 E.1.3.4, 125 V 351 E.3b/bb). In Bezug auf Berichte von behandelnden Ärzten darf und soll der Richter auch der Erfahrungstatsache Rechnung tragen, dass behandelnde Ärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (vgl. BGE 135 V 465 E.4.3.2, 4.4 und 4.5, 125 V 351 E.3a und 3b). Sodann kommt auch den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärzte Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit sprechen. Die Tatsache allein, dass der befragte Arzt in einem Anstellungsverhältnis zum Versicherungs-

- 18 -
träger steht, lässt nicht schon auf mangelnde Objektivität und auf Befangenheit schliessen. Es bedarf vielmehr besonderer Umstände, welche das Misstrauen in die Unparteilichkeit der Beurteilung objektiv als begründet erscheinen lassen. Im Hinblick auf die erhebliche Bedeutung, welche den Arztberichten im Sozialversicherungsrecht zukommt, ist an die Unparteilichkeit des Gutachters allerdings ein strenger Massstab anzulegen (vgl. BGE 125 V 351 E.3b, 122 V 157 E.1c). Bestehen auch bloss geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen Feststellungen, so sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (vgl. BGE 135 V 465 E.4.3.2 und 4.4; Urteil des Bundesgerichts 8C_245/2011 vom

E. 5

Der Arzt des Regionalen Ärztlichen Dienstes Ostschweiz, RAD-Arzt D._____, hielt in seiner Beurteilung vom 3. Juli 2014 im Wesentlichen fest, dass er sich grundsätzlich mit der gutachterlichen Einschätzung vollumfänglich einverstanden erklären könne. Auch die Prognose der Besserung halte er für durchaus nachvollziehbar. Zudem stelle der Gutachter zu Recht heraus, dass der weitere Verlauf davon abhängen werde, ob es zu weiteren Frakturen im Bereich der Wirbelsäule kommen werde und ob sich die Colitis ulcerosa mittels immunsuppressiver Therapie genügend behandeln lasse.

E. 5.1

Die IV-Stelle stützt sich bei der Beurteilung des Gesundheitszustands und der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin neben den Beurteilungen des RAD-Arztes D._____ insbesondere auf das ABI-Gutachten vom 6. November 2017 und hält unter anderem fest, dass dieses Gutachten auf der Vorgeschichte, den bisherigen Akten sowie mehreren persönlichen (internistischen, rheumatologischen, psychiatrischen und gastroenterologischen) Untersuchungen der Beschwerdeführerin beruhe und in seinen Ergebnissen schlüssig, nachvollziehbar und widerspruchsfrei erscheine.

E. 5.2

Es stellt sich somit die Frage, ob die IV-Stelle zu Recht auf das ABI-Gutachten vom 6. November 2017 (und die Beurteilungen des RAD-Arztes D._____) abgestellt hat oder ob dieses durch die übrigen medizinischen Akten, insbesondere die Berichte des Hausarztes Dr. med. B._____ vom

E. 6

Am 6. November 2014 teilte die IV-Stelle A. _____ mit, dass die Integrationsmassnahmen abgeschlossen würden und auch die Frühinterventionsmassnahme in Form von Support bei der Stellensuche beendet werde. Aufgrund ihres Gesundheitszustandes seien zurzeit keine Integrationsmassnahmen möglich.

E. 6.2

Soweit die Beschwerdeführerin schliesslich vorbringt, dass die Eingliederungsfachpersonen von einer maximal 50%igen Arbeitsfähigkeit mit um 20 % geminderter Leistungsfähigkeit ausgingen, vermag sie nicht nachzudringen. Zwar ist ihr zuzugestehen, dass ihre hohe Motivation aus den verschiedenen Standortbestimmungen zum Einsatzprogramm hervorgeht. Entgegen ihrer Auffassung flossen aber die Eingliederungsmassnahmen und -bemühungen im Rahmen der Anamnese in die Begutachtung durch das ABI mit ein und sie wurden auch anlässlich der Gesamtbeurteilung berücksichtigt (vgl. ABI-Gutachten S. 4, 7, 10, 14 und 22). Rechtspfungsgemäss ist die Frage nach den noch zumutbaren Tätigkeiten und Arbeitsleistungen ohnehin nach Massgabe der objektiv feststellbaren Gesundheitsschädigung in erster Linie durch die Ärzte und nicht durch die Eingliederungsfachleute auf der Grundlage der von ihnen erhobenen, subjektiven Arbeitsleistung zu beantworten (Urteil des Bundesgerichts 9C_798/2018 vom 26. Juli 2019 E.4.2.1 m.w.H.). Abgesehen davon, dass vorliegend keine erhebliche Diskrepanz zwischen der medizinisch-theoretischen und der berufspraktischen Arbeitsfähigkeits-Einschätzung besteht (70 % gegenüber 40 % in adaptierter Tätigkeit), ist es nicht nachvollzieh-

- 24 - bar, weshalb Pensumssteigerungen nicht möglich gewesen sein sollen (vgl. den Zwischenbericht vom 7. Dezember 2017 [IV-act. 146 S. 1]), vor allem zu Zeiten, in denen die Beschwerdeführerin selbst angab, dass ihre Beschwerden kaum mehr spürbar gewesen seien (vgl. die Standortbestimmung vom 20. November 2017 [IV-act. 145 S. 2] bzw. das Verlaufsprotokoll vom 5. Dezember 2017 [IV-act. 168 S. 4]), was auch bei bekannter Dissimulation auf einen guten Allgemeinzustand schliessen lässt. Die Einschätzung der Eingliederungsfachpersonen erscheint auch insoweit als fraglich, als nachweislich erstellt ist, dass die Arbeitsleistung kontinuierlich aufgebaut und bei konstant hoher Leistung gehalten werden konnte (vgl. den Schlussbericht vom 28. Februar 2018 [IV-act. 171]). Überdies geht aus verschiedenen Standortbestimmungen hervor, dass es mit Blick auf die physische Belastung den Anschein mache, als wäre die Beschwerdeführerin weniger belastet, die Beschwerdeführerin jedoch angebe, an ihrer persönlichen Grenze zu sein (vgl. IV-act. 122 und 133). Auch der Umstand, dass an Tagen, während welchen die Beschwerdeführerin ganztags gearbeitet hatte, am Nachmittag keine verminderte Leistungsfähigkeit beobachtet werden konnte, lässt im Ergebnis darauf schliessen, dass die tatsächlich vorhandene Restarbeitsfähigkeit nicht vollständig ausgeschöpft wurde (vgl. die Standortbestimmungen vom 19. Dezember 2017 [IV-act. 150] und 23. Januar 2018 [IV-act. 156]).

E. 6.3

Insgesamt ergibt sich somit, dass die Vorbringen der Beschwerdeführerin und die von ihr beigebrachten medizinischen Stellungnahmen nicht geeignet sind, den Beweiswert des ABI-Gutachtens mit seinen Feststellungen zu dem hier massgebenden Zeitraum ab dem 1. Januar 2016 zu schmälern. Es ist daher nicht zu beanstanden, wenn die IV-Stelle auf die im Gutachten attestierte 70%ige Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit abgestellt hat.

- 25 - 7. Nachfolgend gilt es nun zu prüfen, ob die IV-Stelle das Invalideneinkommen korrekt ermittelt hat.

E. 7

Der Hausarzt Dr. med. B._____ erwähnte in seinem Bericht vom 13. Februar 2015 folgende neue Diagnose: Offene Lungentuberkulose (Ereignisdatum: September 2014) mit monatelanger Hospitalisation im Spital E._____ resp. Rehabilitation in der Klinik F._____. Seit der Entlassung aus der Klinik F._____ im Dezember 2014 sei der Zustand von A._____ stabil. Sie sei weiterhin geschwächt, werde weiterhin mittels Tuberkulostatika be-

- 5 - handelt und sei im Rahmen der bekannten Diagnosen weiterhin gesundheitlich beeinträchtigt. Sie sei bis auf weiteres zu 100 % arbeitsunfähig.

E. 7.1

Aus den Akten geht hervor, dass die Beschwerdeführerin ab dem 1. April 2018 in einem befristeten Teilzeitarbeitsverhältnis von 40 % bzw. 50 % beim I._____ angestellt war und ein monatliches Einkommen von Fr. 1'550.-- bzw. Fr. 1'000.-- erzielte (vgl. IV-act. 168 S. 8, IV-act. 180 S. 4 und IV-act. 192 S. 5). Die Beschwerdeführerin erblickt in ihrer Tätigkeit beim I._____ eine ideal angepasste Tätigkeit, weshalb zur Ermittlung des Invalideneinkommens auf den dabei erzielten Lohn von Fr. 1'000.-- pro Monat abzustellen sei. Demgegenüber hat die IV-Stelle zur Ermittlung des Invalideneinkommens die Tabellenlöhne der Lohnstrukturerhebung des Bundesamtes für Statistik (LSE) herangezogen.

E. 7.2

Zur Ermittlung des Invalideneinkommens ist nach der Rechtsprechung primär von der beruflich-erwerblichen Situation auszugehen, in welcher die versicherte Person konkret steht. Übt sie nach Eintritt der Invalidität eine Erwerbstätigkeit aus, bei der – kumulativ – besonders stabile Arbeitsverhältnisse gegeben sind und anzunehmen ist, dass sie die ihr verbleibende Arbeitsfähigkeit in zumutbarer Weise voll ausschöpft, und erscheint zudem das Einkommen aus der Arbeitsleistung als angemessen und nicht als Soziallohn, gilt grundsätzlich der tatsächlich erzielte Verdienst als Invalidenlohn. Ist kein solches tatsächlich erzieltetes Erwerbseinkommen gegeben, namentlich weil die versicherte Person nach Eintritt des Gesundheitsschadens keine oder jedenfalls keine ihr an sich zumutbare neue Erwerbstätigkeit aufgenommen hat, so können nach der Rechtsprechung die LSE-Tabellenlöhne herangezogen werden (vgl. BGE 135 V 297 E.5.2 m.w.H.).

E. 7.3

Wie bereits in vorstehender Erwägung 7.1 dargelegt, war die Beschwerdeführerin ab dem 1. April 2018 lediglich zu einem Pensum von 40 % bzw.

- 26 - 50 % und einem Lohn von Fr. 1'550.-- bzw. Fr. 1'000.-- pro Monat beim I._____ angestellt (vgl. IV-act. 168 S. 8, IV-act. 180 S. 4 und IV-act. 192 S. 5). Aus medizinischer Sicht ist der Beschwerdeführerin allerdings eine Arbeitsfähigkeit von 70 % in adaptierter Tätigkeit zumutbar, weshalb nicht zu beanstanden ist, wenn die IV-Stelle zur Ermittlung des Invalideneinkommens die LSE-Tabellenlöhne herangezogen hat. Das sich gestützt auf die LSE-Tabellenlöhne ergebende Invalideneinkommen von Fr. 38'743.-- (LSE 2016 [veröffentlicht am 26. Oktober 2016, d.h. vor dem Verfügungszeitpunkt], Kompetenzniveau 1, Frauen, Leistungsfähigkeit von 70 %, umgerechnet auf eine

wöchentliche Arbeitszeit von 41.7 Stunden, aufindexiert = Fr. 4'363.-- : 40 x 41.7 x 12 x 0.7 x 1.003995 x 1.01) liegt denn auch deutlich über dem von der Beschwerdeführerin in ihrer Tätigkeit beim I._____ erzielbaren Jahreslohn von Fr. 20'150.-- (= 13 x Fr. 1'550.--), weshalb der IV-Stelle darin beizupflichten ist, dass die Beschwerdeführerin ihre Rest-Arbeitsfähigkeit auch aus erwerblicher Sicht offensichtlich nicht voll ausschöpft. 8. Damit bleibt zu prüfen, ob die IV-Stelle die Invalidität korrekt bemessen hat.

E. 8

RAD-Arzt D._____ hielt in seiner Beurteilung vom 23. Februar 2015 fest, dass eindeutig (vorübergehend) ein verschlechterter Gesundheitszustand mit behandlungsbedürftiger Tuberkulose und monatelanger stationärer Therapie bzw. Rehabilitation vorliege.

E. 8.1

In der angefochtenen Verfügung 19. Dezember 2018 hat die IV-Stelle den Invaliditätsgrad der Beschwerdeführerin anhand der gemischten Methode (vgl. dazu vorstehende Erwägung 3.2.3) ermittelt. Dabei ist sie davon ausgegangen, dass die Beschwerdeführerin im Gesundheitsfall zu 80 % erwerbstätig und zu 20 % im Haushalt beschäftigt wäre. Demgegenüber macht die Beschwerdeführerin geltend, sie sei ledig, kinderlos und lebe alleine. Neben dem erwerblichen Teilpensum übe sie keine Beschäftigungen aus, welche einen Aufgabenbereich darstellten. Vielmehr habe sie seit Jahren zugunsten von mehr Freizeit in einem Arbeitspensum von 80 % gearbeitet. Demzufolge gelte sie als Teilerwerbstätige ohne Aufgabenbereich.

- 27 - Die Invaliditätsbemessung sei mittels eines reinen Einkommensvergleichs vorzunehmen.

E. 8.2

Gemäss BGE 131 V 51 E.5.1.2 bemisst sich die Invalidität bei einer hypothetisch im Gesundheitsfall lediglich teilerwerbstätigen versicherten Person ohne Aufgabenbereich im Sinne von Art. 27 IVV nach der allgemeinen Methode des Einkommensvergleichs oder einer Untervariante davon (Schätzungs- oder Prozentvergleich, ausserordentliches Bemessungsverfahren). Dabei ist das Valideneinkommen nach Massgabe der ohne Gesundheits-schaden ausgeübten Teilerwerbstätigkeit festzulegen, wobei entscheidend ist, was die Versicherte als Gesunde tatsächlich an Einkommen erzielen würde, und nicht, was sie bestenfalls verdienen könnte. Wäre sie gesundheitlich in der Lage, voll erwerbstätig zu sein, reduziert sie aber das Arbeitspensum, um mehr Freizeit zu haben, hat dafür nicht die Invalidenversicherung einzustehen. Das Invalideneinkommen bestimmt sich entsprechend den gesetzlichen Vorgaben danach, was die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und Durchführung allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte. Im BGE 142 V 290 E.7.3 präzisierte das Bundesgericht seine Rechtsprechung dahingehend, dass bei teilerwerbstätigen Versicherten ohne Aufgabenbereich die anhand der Einkommensvergleichsmethode (Art. 16 ATSG) zu ermittelnde Einschränkung im allein versicherten erwerblichen Bereich proportional – im Umfang der hypothetischen Teilerwerbstätigkeit – zu berücksichtigen ist. Der Invaliditätsgrad entspricht der proportionalen Einschränkung im erwerblichen Bereich und kann damit den versicherten Bereich, welcher durch das hypothetische Teilzeitpensum definiert wird, nicht übersteigen. Denn andernfalls könnte ein das hypothetische erwerbliche Pensum übersteigender Invaliditätsgrad resultieren, womit indirekt un-

- 28 - zulässigerweise eine Einschränkung in den weder Erwerbs- noch Aufgabebereich darstellenden, nicht versicherten Freizeitaktivitäten mitabgegrenzt würde.

E. 8.3

Vorliegend resultiert aus der Gegenüberstellung des unbestritten gebliebenen Valideneinkommens von Fr. 39'359.-- für den Zeitraum ab dem 1. April 2016 bzw. von Fr. 49'198.-- für den Zeitraum ab dem 1. Januar 2018 (unter analoger Anwendung von Art. 27bis Abs. 3 IVV auf eine Vollerwerbstätigkeit hochgerechnet) und des Invalideneinkommens von Fr. 38'743.-- (vgl. vorstehende Erwägung 7.3) gewichtet mit dem Faktor 0.8 (entsprechend dem hypothetischen 80 %-Beschäftigungsgrad) ein Invaliditätsgrad von 1.25 % bzw. 17 %. Der IV-Stelle ist somit darin beizupflichten, dass die Beschwerdeführerin in dem gemäss Art. 88a Abs. 1 IVV massgebenden Zeitraum ab dem 1. April 2016 auch in Anwendung der allgemeinen Methode des Einkommensvergleichs keinen Anspruch auf eine Invalidenrente hat. 9. Im Ergebnis erweist sich die Beschwerde somit als teilweise begründet. Die angefochtene Verfügung vom 19. Dezember 2018 ist insoweit aufzuheben, als der Beschwerdeführerin ab dem 1. November 2014 bis zum

E. 9

In seinem Bericht vom 14. September 2015 erwähnte der Hausarzt Dr. med. B._____ neben den bekannten Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit zusätzlich folgende Diagnosen: Diabetes mellitus (vermutlich steroidassoziiert), sekundärer therapieassoziiertes Morbus Cushing. Ab Mitte Juni 2014 bestehe eine vollständige Arbeitsunfähigkeit wegen des panvertebralen Schmerzsyndroms und der zeitweise hochaktiven Colitis ulcerosa, ab September 2014 zusätzlich wegen der offenen Lungentuberkulose. Der Verlauf sei insgesamt erfreulich und stabil. Allerdings sei A._____ nach wie vor deutlich dekonditioniert: Sie habe muskuläre Defizite infolge Steroidmedikation und erzwungener zweifacher Inaktivität, ermüde rasch und habe ein Kraftdefizit. A._____ habe sich mittlerweile soweit erholt und stabilisiert, dass sie gerne auch wieder beruflich einen Schritt weiterkommen möchte. Dies erscheine in einem gewissen Ausmass realistisch – im Gedenken, dass sie sich tendenziell eher überschätze. Im Rahmen eines Belastbarkeits- und Aufbautrainings in leichtem geschütztem Rahmen könne sie realistischerweise zur Zeit zwei bis drei Stunden bewältigen. Prognostisch – einen anhaltend stabilen Verlauf ihrer Multimorbidität vorausgesetzt – könne man mit einer Arbeitsfähigkeit von maximal 50 % in einer leichten bis gelegentlich mittelschweren Tätigkeit rechnen.

E. 10

Im Verlaufsbericht vom 28. Dezember 2015 hielt der Hausarzt Dr. med. B._____ fest, dass sich der Gesundheitszustand von A._____ wegen eines

- 6 - erneuten Schubs einer steroidabhängigen Colitis ulcerosa (mit aktuell Pancolitis mit peripherer Eosinophilie) seit Mitte September 2015 wiederum verschlechtert habe. Er erwähnte folgende Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit: Colitis ulcerosa-Schub sowie Osteoporose/Panvertebralsyndrom. Nach der im September 2015 gemeldeten Stabilisierung des Gesundheitszustands sei es ab Mitte September 2015 leider zu einem erneuten schweren Schub der Colitis ulcerosa mit Ausbildung einer Pancolitis mit blutigen Durchfällen 10 bis 14 mal täglich gekommen mit Tenesmen, Schweissausbrüchen und Fieber. Spätestens ab Ende September 2015 sei A._____ wieder nunmehr minimal belastbar gewesen. Die Pancolitis sei unter ambulanten Bedingungen trotz Einsatz von Steroiden und Mesalazin nicht beherrschbar gewesen. Vom 7. Dezember

bis 17. Dezember 2015 sei eine Hospitalisation erforderlich gewesen mit Einsatz hochdosierter Steroide. Seither zeige sich eine kleinschrittige Stabilisierung unter persistierender hochdosierter Steroiddosis, die nun allmählich abgebaut werde und im Januar 2016 mit Biologikum ergänzt/substituiert werden solle. Prognostisch könne vor Frühjahr 2016 nicht mit ausreichenden Ressourcen für einen Einstieg in berufliche Massnahmen gerechnet werden. Bei der ausgeprägten Polymorbidität mit dem Erfordernis intensiver, nebenwirkungsreicher Therapien müsse die Prognose mit erheblicher Zurückhaltung eingeschätzt werden. Zur Zeit bestünden keine ausreichenden Ressourcen für berufliche Eingliederungsmassnahmen.

E. 11

Dem Arztbericht von Dr. med. G._____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin und Gastroenterologie, vom 22. Juni 2016 ist zu entnehmen, dass unter der Therapie mit Mesalazin und reduzierter Steroiddosis die Colitis kontrolliert zu sein scheine. Damit man dauerhaft von Prednison wegkomme, beginne man die vorgeschlagene Wiederaufnahme der Infliximab (Remicade-)Therapie am 20. Juni 2016. Die Osteoporose-Therapie werde im Juli 2016 sistiert. Dem Arztbericht von Dr. med. G._____ vom 14.

- 7 - Juli 2016 ist schliesslich zu entnehmen, dass A._____ die letzte Remicade-Infusion gut vertragen habe, sie sich aber unverändert schlapp fühle.

E. 12

Am 20. März 2017 erteilte die IV-Stelle A._____ eine Kostengutsprache für ein Belastbarkeits-/Aufbautraining vom 1. März 2017 bis 30. Mai 2017 im Einsatzprogramm in X._____. Ziel dieser Integrationsmassnahme sollte unter anderem sein, die Präsenzzeit von 4 Stunden auf 6 Stunden an 4 bis 5 Tagen pro Woche und die Leistungsfähigkeit von 10 % auf 80 % während der Anwesenheit zu steigern. Das Belastbarkeits-/Aufbautraining wurde bis am 28. Februar 2018 verlängert. Dem Verlaufsprotokoll Eingliederung vom 5. Dezember 2017 ist zu entnehmen, dass aus Sicht der Eingliederung von einer 50%igen Anwesenheit bei einer etwas verminderten Leistungsfähigkeit von 20 % im ersten Arbeitsmarkt auszugehen sei, in einer sehr leichten, wechselbelastenden Tätigkeit mit wenig laufendem Anteil.

E. 13

Mit Datum vom 26. Juni 2017 beauftragte die IV-Stelle die Klinik F._____ mit der Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit (EFL) von A._____. Gemäss dem EFL-Bericht vom 19. September 2017 (Testungen am 21./22. August 2017) entsprach die beobachtete Belastbarkeit im Wesentlichen einer leichten, wechselbelastenden Tätigkeit (Hantieren von Lasten selten bis 7.5 kg), ganztags möglich mit vermehrten Pausen über den Tag verteilt von vier Stunden, ohne Anforderungen an das Gleichgewicht. Die aktuelle Einschätzung der funktionellen Leistungsfähigkeit entspreche dem Profil beim EFL im Jahr 2014, wobei die Belastbarkeit beider Kniegelenke leicht besser sei als damals.

E. 14

Im Weiteren beauftragte die IV-Stelle das ABI Ärztliches Begutachtungsinstitut mit der Erstellung eines polydisziplinären Gutachtens (Allgemeine In-

- 8 - nere Medizin, Gastroenterologie, Psychiatrie und Psychotherapie sowie Rheumatologie). Im Gutachten (nachfolgend: ABI-Gutachten) vom 6. November 2017 (Begutachtung am 18. September 2017) wurden folgende Diagnose mit Auswirkungen auf

die Arbeitsfähigkeit erwähnt: Chronisches lumbospondylogenes bis panvertebrales Schmerzsyndrom (u.a. progredi- ente symptomatische Osteoporose, Status nach osteoporotisch bedingten Kompressionsfrakturen Th12-LWK2 und LWK4, Anterolisthese LWK5 über SWK1 bei bilateraler Spondylolyse L5 mit ossär bedingter Foraminalste- nose L5/S1, Wirbelsäulenfehlform und -haltung, deutliche muskuläre Dys- balance mit Abschwächung der abdominellen und rückenstabilisierenden Muskelgruppen), beginnende Femoropatellararthrose rechts, beginnende zentrale Coxarthrose rechts und Colitis ulcerosa (u.a. Sekundärfolgen der Steroid-Therapie: Diabetes mellitus, Osteoporose, Morbus Cushing). Die Gutachter gelangten zum Schluss, dass bei A._____ aus polydiszi- plinärer Sicht eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätig- keit und in jeder anderen körperlich mittelschwer oder schwer belastenden Tätigkeit festgestellt werden könne. Für körperlich leichte, adaptierte Tätig- keiten bestehe hingegen eine Arbeits- und Leistungsfähigkeit von 70 %, über 6 - 8 Stunden pro Tag umsetzbar bei vermehrtem Pausenbedarf. Die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit in adaptierten Tätigkeiten gelte mit Si- cherheit ab dem Zeitpunkt der Untersuchungen im September 2017. Re- trospektiv könne in adaptierten Verweistätigkeiten bis August 2014 keine wesentliche Arbeitsunfähigkeit zuerkannt werden. Von September 2014 bis arbiträr Dezember 2015 sei die Arbeitsfähigkeit in Verweistätigkeiten zu 50 % eingeschränkt gewesen. Wahrscheinlich könne ab Januar 2016 von der aktuellen Arbeitsfähigkeit ausgegangen werden.

E. 15

Der RAD-Arzt D._____ gelangte in seiner Abschlussbeurteilung vom 11. Dezember 2017 zum Schluss, dass A._____ in der angestammten

- 9 - Tätigkeit als Hauswirtschaftsmitarbeiterin ab dem 11. November 2013 zu 100 % arbeitsunfähig sei. In adaptierter Tätigkeit könne ihr allerdings bis Ende Dezember 2015 eine Arbeitsfähigkeit von 50 % (von 80 %) attestiert werden. Schliesslich belaufe sich die Arbeitsfähigkeit in leidensadaptierter Tätigkeit (sehr leichte wechselbelastende Tätigkeit) ab Januar 2016 wahr- scheinlich bzw. ab September 2017 mit Sicherheit auf 70 % (Arbeitszeit 6 - 8 Stunden).

E. 16

Am 8. August 2018 wurde bei A._____ eine Haushaltabklärung vorgenom- men. Dem Abklärungsbericht vom 24. August 2018 ist im Wesentlichen fol- gendes zu entnehmen: Ohne Gesundheitsschaden wäre A._____ (weiter- hin) zu 80 % erwerbstätig. Die restlichen 20 % wäre sie im Haushalt tätig. Von September bis Dezember 2014 habe die Einschränkung im Haushalt 100 % betragen, bis zum 31. Dezember 2017 0.81 %. Ab dem 1. Ja- nuar 2018 betrage die Einschränkung im Haushalt 0.9 %.

E. 17

Mit Vorbescheid vom 27. August 2018 stellte die IV-Stelle A._____ die Ab- weisung des Leistungsbegehrens in Aussicht (kein Anspruch auf eine In- validenrente). Begründend führte sie im Wesentlichen aus, dass A._____ in einer angepassten Tätigkeit ab September 2014 zu 40 % und ab Ja- nuar 2016 zu 70 % arbeitsfähig sei. Es resultiere kein rentenbegründender Invaliditätsgrad.

E. 18

Hiergegen erhob A._____ mit Schreiben vom 26. September 2018 Ein- wand. Begründend führte sie im Wesentlichen aus, dass eine enorme Dis- krepanz zwischen der medizinischen

Einschätzung und der lange dauern- den beruflichen Abklärung bestehe. Zudem verwies sie auf eine Stellung- nahme des Hausarztes Dr. med. B._____ vom 18. Oktober 2018. Darin hielt dieser fest, dass die Einschätzung einer Arbeitsfähigkeit von 70 % für eine adaptierte Tätigkeit nicht der Realität entspreche und sich der Gesund-

- 10 - heitszustand von A._____ unterdessen weiter verschlechtert habe. Letz- tere führte weiter aus, dass es aktuell zu einer Fraktur des rechten Schul- terblattes gekommen sei, welche auf die schwere Osteoporose zurückzu- führen sei.

E. 19

Mit Datum vom 12. November 2018 reichte A._____ ausserdem einen Be- richt von Dr. med. H._____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, vom 5. November 2018 ein. Daraus geht hervor, dass A._____ aufgrund der Colitis ulcerosa nur einschränkt arbeitsfähig sei und einen Arbeitsplatz benötige, wo sie jederzeit eine Toilette benutzen könne. Bei einem entspre- chend angepassten Arbeitsplatz sei aus gastroenterologischer Sicht eine Arbeitsfähigkeit von 70 % - 80 % möglich. Die Gesamtarbeitsfähigkeit müsse jedoch im Zusammenhang mit den multiplen weiteren Diagnosen beurteilt werden.

E. 20

RAD-Arzt D._____ gelangte in seiner Beurteilung vom 7. Dezember 2018 zum Schluss, dass das ABI und die Dres. med. H._____ und B._____ den medizinischen Sachverhalt identisch beurteilten; lediglich die Schätzungen der Arbeitsunfähigkeit gingen auseinander. Weder Dr. med. H._____ noch Dr. med. B._____ trügen wesentlich zur Gewinnung wichtiger Aspekte bei, die im Rahmen der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben seien. Mit Bezug auf das Einsatzprogramm hielt RAD-Arzt D._____ fest, dass von Anfang an eine Präsenzzeit von 50 % vereinbart worden sei und das ABI von der Beschäftigung im Einsatzprogramm Kenntnis gehabt habe (vgl. S. 4 und 14 des ABI-Gutachtens). Zudem stellten die Aussagen der Verantwortlichen des Einsatzprogramms keine medizinischen Arbeitsfähig- keits-Einschätzungen dar. Deren Beurteilungen stünden alleine da. Schliesslich hielt RAD-Arzt D._____ mit Bezug auf die Scapulafraktur fest, dass nach begrenzter Reha-Zeit wieder die Arbeitsfähigkeit vor der Scapu-

- 11 - lafraktur erzielt werden könne. Es liege somit nur eine vorübergehende Ver- schlechterung vor.

E. 21

Mit Datum vom 19. Dezember 2018 verfügte die IV-Stelle die Abweisung des Leistungsbegehrens (keine Invalidenrente). Begründend führte sie im Wesentlichen aus, dass A._____ in einer angepassten Tätigkeit ab Sep- tember 2014 zu 40 % und ab Januar 2016 zu 70 % arbeitsfähig sei. Es re- sultiere kein rentenbegründender Invaliditätsgrad.

E. 22

Hiergegen erhob A._____ (nachfolgend: Beschwerdeführerin) am 31. Ja- nuar 2019 Beschwerde. Sie stellte folgende Rechtsbegehren: "1. Die Verfügung der Beschwerdegegnerin vom 19. Dezember 2018 sei aufzuheben. 2. Der Beschwerdeführerin sei eine Invalidenrente zuzusprechen ab dem frühest möglichen Zeitpunkt. 3. Eventualiter sei die Angelegenheit zu weiteren Abklärungen an die Be- schwerdegegnerin zurückzuweisen. 4. Unter Kosten- und Entschädigungsfolgen (zuzüglich der gesetzlichen Mehrwertsteuer) zulasten der Beschwerdegegnerin." Die Beschwerdeführerin kritisierte

zum einen die Beurteilung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit in adaptierter Tätigkeit von angeblich 40 % ab November 2014 und von angeblich 70 % ab Januar 2016. Zum andern kritisierte sie die Invaliditätsbemessung. Hinsichtlich der Beurteilung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit in adaptierter Tätigkeit hielt die Beschwerdeführerin im Wesentlichen fest, es stehe in offensichtlichem Widerspruch zur Aktenlage, dass ab September 2014 bzw. November 2014 eine Arbeitsfähigkeit von 40 % bestanden habe. Dabei verwies sie im Wesentlichen auf die Berichte von Dr. med. B._____ vom 13. Februar 2015, 14. September 2015 und 28. Dezember 2015.

- 12 -

E. 23

In ihrer Vernehmlassung vom 13. März 2019 (Eingang) stellte die IV-Stelle folgende Rechtsbegehren: "1. Die Beschwerde sei abzuweisen, soweit sie nachfolgend nicht anerkannt wird. 2. Unter gesetzlicher Kostenfolge." Die IV-Stelle anerkannte die Beschwerde insofern teilweise, als sie festhielt, dass die Beschwerdeführerin im Zeitraum vom 1. November 2014 (Ablauf des Wartjahres) bis zum 31. März 2016 (drei Monate nach der Verbesserung der Erwerbsfähigkeit) Anspruch auf eine ganze Invalidenrente habe. Der Beschwerdeführerin sei die Ausübung einer Erwerbstätigkeit bis Ende Dezember 2015 nicht zumutbar gewesen, da die im September 2014 diagnostizierte Lungentuberkulose bis im August 2015 behandelt werden müssen und es im September 2015 zu einem schweren Schub der Colitis ulcerosa gekommen sei, was eine Hospitalisation vom 7. Dezember bis 17. Dezember 2015 erforderlich gemacht habe. Indessen sei die Beschwerdeführerin in einer behinderungsgerechten Tätigkeit entgegen ihrer Auffassung seit Anfang Januar 2016 70 % arbeitsfähig.

E. 24

Mit Schreiben vom 8. Mai 2019 hielt die Beschwerdeführerin replicando an ihren bisherigen Rechtsbegehren und Ausführungen fest. Ausserdem ergänzte und vertiefte sie ihre bisherige Argumentation.

E. 25

August 2011 E.5.3).

E. 28

Dezember 2015 bzw. 18. Oktober 2018 und den Bericht von Dr. med. H._____ vom 5. November 2018 derart in Zweifel gezogen wird, dass von dessen 70%igen Arbeitsfähigkeits-Einschätzung in adaptierter Tätigkeit (= körperlich leichte, wechselbelastende Tätigkeit über 6 bis 8 Stunden pro Tag umsetzbar bei vermehrtem Pausenbedarf) ab Januar 2016 (Zeitpunkt

- 19 - der Verbesserung) bzw. dem hier massgebenden Zeitpunkt ab April 2016 abzuweichen wäre (vgl. nachstehende Erwägungen 6.1.1 - 6.3). 6.1.1. Vorab gilt es festzuhalten, dass die IV-Stelle insofern vom ABI-Gutachten abgewichen ist, als sie die Ausübung einer Erwerbstätigkeit bis Ende Dezember 2015 für nicht zumutbar erachtete. In diesem Zeitraum hatte sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin aufgrund einer offenen Lungentuberkulose und eines schweren Schubs der Colitis ulcerosa mit Ausbildung einer Pancolitis, welche beide teils mehrwöchige Hospitalisationen erforderlich machten, nachweislich verschlechtert (vgl. die Berichte von Dr. med. B._____ vom 13. Februar 2015 [IV-act. 57] und 28. Dezember 2015 [IV-act. 70] sowie die

Beurteilung des RAD-Arztes D._____ vom 23. Februar 2015). Für die Zeit danach, d.h. ab dem hier massgebenden Zeitpunkt ab dem 1. April 2016, sind allerdings keine weiteren Tuberkulose-Infektionen, Colitis ulcerosa-Schübe oder osteoporotischen Frakturen der Wirbelkörper aktenkundig, weshalb es auch mit Blick auf die im Bericht von Dr. med. B._____ vom 28. Dezember 2015 bzw. im IME-Gutachten vom 27. Juni 2014 (vgl. IV-act. 39 S. 28) ausgewiesene unsichere Prognose nicht zu beanstanden ist, dass die IV-Stelle auf die im ABI-Gutachten attestierte Arbeitsfähigkeit von 70 % in adaptierter Tätigkeit abgestellt hat. Vielmehr geht mit Blick auf die Colitis ulcerosa aus den Akten hervor, dass diese unter Therapie mit Mesalazin und reduzierter Steroiddosis kontrolliert zu sein schien (vgl. den Bericht von Dr. med. G._____ vom 22. Juni 2016 [IV-act. 75 S. 5]), die immunsupprimierende Therapie gut ertragen wurde (vgl. den Bericht von Dr. med. G._____ vom 14. Juli 2016 [IV-act. 75 S. 7]) und die Situation mit der Colitis ulcerosa zufriedenstellend ruhig war (vgl. die Angabe der Beschwerdeführerin im Verlaufsprotokoll Eingliederung vom 5. Dezember 2017 [IV-act. 168 S. 4]). Daraus lässt sich auch ableiten, dass es keiner sehr hochdosierten Steroidtherapien mehr bedurfte, welche

- 20 - negative Auswirkungen auf die Osteoporose hätten haben können (vgl. das IME-Gutachten vom 27. Juni 2014 [IV-act. 39 S. 28]). Dass es – wie die Beschwerdeführerin in der Beschwerde vorbringt – im Dezember 2018 zu einem weiteren Schub der Colitis ulcerosa gekommen wäre, belegt sie nicht. Zudem ist nicht ersichtlich, dass dieser angebliche Schub eine länger andauernde Arbeitsunfähigkeit zur Folge gehabt hätte. Gleiches gilt mit Blick auf die Spontanfraktur des rechten Schulterblattes im Herbst 2018 bei bekannter progredienter Osteoporose, zumal auch Dr. med. B._____ davon ausging, dass sich die Beschwerdeführerin bei komplikationslosem Heilungsverlauf – was vorliegend mangels gegenteiliger Hinweise anzunehmen ist – wieder davon erholen werde (vgl. den Bericht von Dr. med. B._____ vom 18. Oktober 2018 [IV-act. 192 S. 5]). Insofern kann mit dem RAD-Arzt D._____ davon ausgegangen werden, dass es sich hierbei nur um eine vorübergehende Verschlechterung des Gesundheitszustandes handelte (vgl. die Beurteilung des RAD-Arztes D._____ vom 7. Dezember 2018). Der Beschwerdeführerin stünde es allerdings frei, sich bei der IV-Stelle neu anzumelden, sofern sich ihr Gesundheitszustand (gemäss den mit der Replik in Aussicht gestellten Arztberichten) dauerhaft verschlechtert haben sollte. Angesichts des seit dem hier massgebenden Zeitpunkt im Wesentlichen unveränderten Beschwerdebildes ohne länger andauernder Verschlechterung des Gesundheitszustandes ist es nicht zu beanstanden, wenn die IV-Stelle gestützt auf die Abschlussbeurteilung des RAD-Arztes D._____ vom 11. Dezember 2017 zum Schluss gelangt, dass die im ABI-Gutachten attestierte 70%ige Arbeitsfähigkeit in adaptierter Tätigkeit mit überwiegender Wahrscheinlichkeit ab Januar 2016 zu gelten habe. So ging denn auch Dr. med. B._____ davon aus, dass ab Frühjahr 2016 (drei Monate nach der Verbesserung der Erwerbsfähigkeit) mit ausreichenden Ressourcen für die

- 21 - Wiederaufnahme einer erwerblichen Tätigkeit zu rechnen sei (vgl. den Bericht von Dr. med. B._____ vom 28. Dezember 2015 [IV-act. 70 S. 2]). Soweit er dabei eine andere Beurteilung des Umfangs der zumutbaren Arbeitsfähigkeit traf, ist auf nachstehende Erwägung 6.1.2 zu verweisen. 6.1.2. Das ABI-Gutachten beruht auf eigenen Untersuchungen und berücksichtigt die von der Beschwerdeführerin geklagten Beschwerden (vgl. insbesondere ABI-Gutachten S. 6 f. und 14 f.). Die Beurteilung erfolgte in Kenntnis der Vorbefunde und die Schlussfolgerungen wurden gestützt auf die eigenen klinischen und bildgebenden Untersuchungen und die aktenkundigen

radiologischen Abklärungen getroffen (vgl. insbesondere ABI-Gutachten S. 15 ff. und 20). Dabei wird gestützt auf eine eingehende polydisziplinäre Beurteilung schlüssig dargelegt, dass eine 70%ige Arbeitsfähigkeit in einer körperlich leichten, wechselbelastenden Tätigkeit (umsetzbar über 6 bis 8 Stunden pro Tag bei vermehrtem Pausenbedarf) besteht. Dies scheint sich auch weitgehend mit der von der Beschwerdeführerin beigebrachten Einschätzung von Dr. med. H._____ zu decken, der aus gastroenterologischer Sicht auf eine Arbeitsfähigkeit von 70 % bis 80 % schloss (vgl. den Bericht von Dr. med. H._____ vom 5. November 2018 [IV-act. 195 S. 2]), hebt die- ser doch in Übereinstimmung mit dem gastroenterologischen Teilgutachter des ABI hervor (vgl. ABI-Gutachten S. 20), dass die adaptierte Tätigkeit jederzeit für Toilettenbesuche unterbrochen werden können müsse, was denn auch mit der im Gutachten ausgewiesenen Reduktion um 30 % we- gen eines vermehrten Pausenbedarfs abgegolten zu sein scheint. Wenn nun aber Dr. med. B._____ eine andere Einschätzung der Arbeits- fähigkeit trifft, ist der sich darauf abstützenden Beschwerdeführerin entge- genzuhalten, dass ärztliche Beurteilungen von der Natur der Sache her un- ausweichlich Ermessenszüge aufweisen, die es zu respektieren gilt (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_699/2018 vom 28. August 2019 E.4.2.2). Al-

- 22 - lein aufgrund dessen, dass ein behandelnder Arzt zu einer anderen Ein- schätzung gelangt bzw. an vorgängig geäusserten abweichenden Auffas- sungen festhält, ist es rechtsprechungsgemäss nicht geboten, ein Adminis- trativgutachten stets in Frage zu stellen und zum Anlass weiterer Abklärun- gen zu nehmen. Dr. med. B._____ bringt denn auch nichts vor, was bei der polydisziplinären Begutachtung unerkannt oder unberücksichtigt geblieben sein soll (vgl. Urteile des Bundesgerichts 8C_73/2020 vom 7. Mai 2020 E.7.1.3 und 8C_379/2019 vom 21. August 2019 E.2.2). So bestehen ins- besondere in diagnostischer Hinsicht zwischen den in den Akten liegenden medizinischen Beurteilungen, einschliesslich derjenigen von Dr. med. B._____ selbst, keine Unterschiede. Im ABI-Gutachten werden neben dem chronischen lumbospondylogenen bis panvertebralen Schmerzsyndrom (u.a. bei einer progredienten symptomatischen Osteoporose und deutlicher muskulärer Dysbalance) und der Colitis ulcerosa gar neue Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit insbesondere i.S. einer beginnenden zentralen Coxarthrose rechts berücksichtigt. Das Vorliegen übereinstim- mender Diagnosen scheint denn auch Dr. med. B._____ selbst anzuerken- nen, wenn er in seinem Bericht vom 18. Oktober 2018 (vgl. IV-act. 192 S. 4) ausführt, dass das ABI-Gutachten die Befunde und Einschränkungen korrekt beschreibe. Soweit er die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit im ABI- Gutachten insoweit kritisiert, als die Gutachter diese gestützt auf einen "po- tentiell rekonditionierten Zustand" getroffen hätten, welcher von der Be- schwerdeführerin allerdings nie habe erreicht werden können, kann ihm nicht gefolgt werden: Aus somatischer Sicht leuchtet es nicht ein, weshalb die festgestellte Dekonditionierung im Hinblick auf eine körperliche leichte Tätigkeit mittels entsprechender Therapien nicht beherrschbar (gewesen) sein soll (vgl. dazu auch das Urteil des Bundesgerichts 9C_647/2018 vom 1. Fe- bruar 2019 E.6.3). Zwar ist es unbestritten, dass die Beschwerdeführerin unter Osteoporose leidet. Die Resultate der Messung der Knochendichte zeigten allerdings ein stabiles Bild (vgl. die Standortbestimmung vom

- 23 - 20. November 2017 [IV-act. 145 S. 2]) und die Osteoporose konnte gemäss dem Bericht von Dr. med. B._____ vom 18. Oktober 2018 (vgl. IV- act. 192 S. 5) (immerhin) mit Teilerfolg behandelt werden. Hinzu kommt, dass die von der Beschwerdeführerin durchgeführte Physiotherapie mit ei- nem mehrmonatigen Unterbruch verbunden war (vgl.

dazu ABI-Gutachten S. 15, wo ausgeführt wird, dass eine ambulante Physiotherapie bis im Juni 2017 ein- bis zweimal wöchentlich stattgefunden habe, wobei eine erneute ambulante Physiotherapie geplant sei). Zudem dürften die steroidbedingten muskulären Defizite auch angesichts der reduzierten Medikation abgenommen haben (vgl. dazu den Bericht von Dr. med. B._____ vom 14. September 2015 [IV-act. 67 S. 1]).

E. 31

März 2016 eine ganze Invalidenrente zusteht. Im Übrigen ist die Beschwerde abzuweisen. 10. Gemäss Art. 69 Abs. 1bis IVG ist das Beschwerdeverfahren – in Abweichung von Art. 61 lit. a ATSG – bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von Leistungen der Invalidenversicherung vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festgelegt. Vorliegend rechtfertigt es sich, die Verfahrenskosten auf Fr. 700.-- festzulegen. Angesichts des Verfahrensaus-

- 29 - gangs gehen diese zu einem Drittel zu Lasten der IV-Stelle (= Fr. 233.--) und zu zweit Dritteln zu Lasten der Beschwerdeführerin (= Fr. 467.--; vgl. Art. 73 Abs. 1 VRG). Letztere hat im Umfang ihres Obsiegens Anspruch auf eine aussergerichtliche Parteientschädigung, welche vom Versicherungsgericht festgesetzt wird (vgl. Art. 61 lit. g ATSG).

Ausgangspunkt bildet dabei die Honorarnote der beschwerdeführerischen Rechtsvertreterin vom 16. Mai 2019, worin eine Entschädigung von insgesamt Fr. 2'307.35 (bestehend aus 13 Stunden Zeitaufwand à Fr. 160.-- [= Fr. 2'080.--] zzgl. 3 % Pauschalspesen [= Fr. 62.40] und 7.7 % MWST [= Fr. 164.95]) geltend gemacht wurde, welche dem streitberufenen Gericht insbesondere auch vor dem Hintergrund des praxisgemäss geltenden Stundenansatzes für Anwältinnen und Anwälte, welche bei einer Hilfs- bzw. gemeinnützigen Organisation tätig sind, von Fr. 160.-- (vgl. PVG 2010 Nr. 31) als angemessen erscheint. Folglich hat die IV-Stelle die Beschwerdeführerin aussergerichtlich mit Fr. 769.10 (= 1/3 von Fr. 2'307.35) zu entschädigen. Der IV-Stelle steht kein Anspruch auf eine aussergerichtliche Parteientschädigung zu (Art. 61 lit. g ATSG e contrario). Demnach erkennt das Gericht:

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.