



**Fall-Nr.:** IV 2006/283  
**Stelle:** Versicherungsgericht  
**Rubrik:** IV - Invalidenversicherung  
**Publikationsdatum:** 23.06.2020  
**Entscheiddatum:** 12.06.2008

### **Entscheid Versicherungsgericht, 12.06.2008**

**Art. 28 IVG. Würdigung von Arztberichten und eines Gutachtens (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 12. Juni 2008, IV 2006/283).**

Präsident Franz Schlauri, Versicherungsrichterinnen Monika Gehrler-Hug und Karin Huber-Studerus; Gerichtsschreiberin Fides Hautle

Entscheid vom 12. Juni 2008

in Sachen

G.\_\_\_\_,

Beschwerdeführerin,

vertreten durch Rechtsanwalt Dr. iur. Hans Henzen, Eisenbahnstrasse 41,

Postfach 228, 9401 Rorschach,

gegen

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

Beschwerdegegnerin,

betreffend

IV-Leistungen



Sachverhalt:

A.

A.a Die 1960 geborene G.\_\_\_\_ meldete sich am 9. November 2004 zum Bezug von Leistungen bei der Invalidenversicherung an. Sie gab an, als Wirtin (mit Fähigkeitsausweis 1981) tätig zu sein. Sie leide seit Jahren und akut seit dreizehn Monaten an sehr starken Schmerzen im Bereich von der 11./12. Rippe links bis vorne unter die Brust und an Magen und Galle. Auf Nachfrage hin teilte sie am 12. Dezember 2004 mit, die Beantragung beruflicher Massnahmen sei momentan nicht sinnvoll, da die dauernden Schmerzen eine Tätigkeit nicht zuliesse. Zurzeit stehe sie im Spital Wattwil und bei einem Osteopathen in Behandlung und wolle die Hoffnung noch nicht aufgeben, dass diese Therapien gegen die Schmerzen erfolgreich seien. Andernfalls wäre sie gezwungen, eine Rente zu beantragen. Sie reichte Geschäftsunterlagen ein.

A.b A.\_\_\_\_, Anästhesiologie, Spital Wattwil, gab in seinem IV-Arztbericht vom 20. Dezember 2004 als Diagnosen chronische epigastrische Schmerzen und einen Zustand nach mehreren Rezidiveingriffen abdominell, bestehend seit 1990, an. Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit bleibe eine Hypertonie. Bis auf weiteres sei die Versicherte zu 80 % arbeitsunfähig. Im Rahmen von ca. 20 % der bisherigen Zeit sei ihr die Tätigkeit als Wirtin bei einer verminderten Leistungsfähigkeit von etwa 50 % noch zumutbar. Die Arbeitsfähigkeit könne durch Fortführung der begonnenen therapeutischen Massnahmen verbessert werden; wie sie sich auf die Arbeitsfähigkeit auswirken würden, sei noch nicht absehbar. Die Versicherte wolle an ihrem bisherigen Arbeitsplatz wieder aktiv werden. Hierzu sollten alle therapeutischen Massnahmen genutzt werden. Zumutbar wären wohl auch andere Tätigkeiten, auf Dauer eher in Teilzeit. Die Versicherte sei hoch motiviert, so dass bei einer graduellen Besserung auch die teilweise Arbeitsfähigkeit am bisherigen Arbeitsplatz zu steigern sein müsste. Die Versicherte stehe seit 5. Mai 2004 in ambulanter Behandlung (Schmerzsprechstunde) im Spital Wattwil mit zahlreichen Behandlungsansätzen bei nur kurzzeitigem und mässigem Erfolg. Seit Oktober 2004 werde Physiotherapie auf der Basis der Osteopathie durchgeführt, was erstmals zur Besserung für einige Tage geführt habe. Seit Dezember 2004 besuche die Versicherte eine Schmerzbewältigungsgruppe. Sie benötige ein TENS-Gerät und seit ungefähr einem



## St.Galler Gerichte

halben Jahren sei sie bei den alltäglichen Verrichtungen auf Hilfe von Drittpersonen angewiesen. Beigelegt waren diverse Arzt- und Operationsberichte. Unter anderem hatte Dr. med B.\_\_\_\_ am 22. April 2004 berichtet, eine Ultraschalluntersuchung habe abgesehen von zwei Zysten im Bereiche der rechten Adnexe normale Abdominalorgane aufgezeigt. Der Adnexbefund habe sicherlich nichts mit der Symptomatik zu tun.

A.c Auf die Frage, ob sie das Restaurant weiterführe, antwortete die Versicherte am 29. Januar 2005, sie sei dazu allein momentan leider nicht mehr in der Lage, da sich ihr Gesundheitszustand trotz diverser Spezialtherapien noch nicht verbessert habe. Sie versuche, das Problem zurzeit mit Teilzeitangestellten zu überbrücken, doch sei dies auf die Dauer finanziell nicht tragbar. In den letzten Jahren habe sie trotz schlechter Wirtschaftslage und rückläufigen Umsatzzahlen den Verpflichtungen immer nachkommen können, doch aufgrund ihrer Krankheit sei das nun in Frage gestellt. Die Stammgäste erwarteten grundsätzlich, sie im Lokal anzutreffen, was aber krankheitshalber immer seltener möglich sei. Sie habe sich daher dazu entschlossen, ihr Restaurant zu verkaufen, solange der Betrieb noch kostendeckend geführt werden könne. Sie habe einen Makler beauftragt. Der Verkauf sei aber wohl ein schwieriges, langwieriges Unterfangen (IV-act. 18).

A.d C.\_\_\_\_, Osteopath, berichtete am 4. März 2005, die Behandlung habe am 7. Oktober 2004 begonnen und finde alle drei Wochen statt. Nach vier Behandlungen hätten sich die Beschwerden positiv verändert. Die Versicherte habe nun schmerzfreie Perioden und spüre eine deutliche Erleichterung. Die Situation sei jedoch noch nicht stabilisiert. Die viszerale Fixationen und Narben im Bauchbereich seien multipel und sicherlich noch nicht ganz austerapiert.

A.e A.\_\_\_\_ erklärte mit Verlaufsbericht vom 16. März 2005, der Gesundheitszustand habe sich minimal verbessert. Die vegetativen Begleiterscheinungen der Schmerzen (wie Übelkeit und Würgereiz) träten deutlich seltener auf. Auf Ergänzungsfragen hin gab A.\_\_\_\_ am 15. April 2005 (Eingangsstempel) bekannt, die zumutbare Arbeitsfähigkeit betrage seit dem 5. Mai 2004 20 %. Unter Therapie sei eine Steigerung der Arbeitsfähigkeit möglich, graduell aber schwer voraussagbar (IV-act. 22).



## St.Galler Gerichte

A.f Am 1. September 2005 führte die IV-Stelle eine Abklärung der Verhältnisse an Ort und Stelle bei der selbständig erwerbenden Versicherten durch. Gemäss dem Bericht erklärte die Versicherte, die Schmerzen hätten nach der Bauchoperation im Jahr 1990 begonnen. Über Jahre seien sie auszuhalten gewesen und sie habe sie durch Ablenkung in den Hintergrund rücken können. Seit Oktober 2003 hätten sie sich aber massiv verstärkt und seien schliesslich unerträglich geworden. Am meisten Probleme habe sie beim Stehen; schon nach ein bis zwei Minuten träten Schmerzen im Magen mit Ausstrahlungen in den Rücken auf. Beim Hinsetzen werde es wieder besser. Langezeit sitzen könne sie allerdings auch nicht. Bis September habe sie hie und da notfallmässig Aushilfen für die Bar benötigt oder habe nach Hause gehen müssen. Im Grossen und Ganzen habe sie ihre Tätigkeit aber ausüben können. Sie habe an fünf Tagen pro Woche pro Tag zwischen sieben und zehn Stunden gearbeitet und für einen bis zwei Abende eine Aushilfe gehabt. Während der Fasnachtszeit habe sie einige zusätzliche Serviceangestellte als Aushilfen angestellt. Während dieser Zeit habe sie etwa einen Drittel des Jahresumsatzes erzielt. Seit Oktober seien die Schmerzen so stark, dass sie kaum noch arbeiten könne. Sie sei nur noch am Montagabend in der Bar, wenn die Aushilfe frei habe. Dann sei wenig Betrieb, so dass das für sie gerade noch machbar sei. Im Jahr 2004 habe sich wegen ihrer Krankheit ein deutlich erhöhter Personalaufwand ergeben. Ausserdem habe sie immer wieder auf die freiwillige Hilfe ihrer Schwester zählen dürfen. Im Betätigungsvergleich erhob der mit der Abklärung Beauftragte eine Arbeitsfähigkeit von 29.5 %. Bei einem Einkommensvergleich stellte er ein Valideneinkommen von Fr. 52'270.-- (Gewinn im letzten Jahr, da die Versicherte noch selber an der Umsatzerzielung beteiligt gewesen sei, nämlich 2003) einem Invalideneinkommen von Fr. 34'336.-- (Reingewinn 2004) gegenüber, was einen Invaliditätsgrad von 34.35 % ergab. Massgebende Berechnungsart sei eine Mischrechnung (die Versicherte habe am Betriebsergebnis im Jahr 2004 einen Anteil von 30 %, also von Fr. 15'681.--), womit der Invaliditätsgrad wiederum 70 % ausmache (IV-act. 28).

A.g Einem Sprechstundenbericht vom 10. Mai 2006 von A.\_\_\_\_ war zu entnehmen, dass chronische Schmerzen im linken Epigastrium vorlägen, nach links thorakal ausstrahlend. Der Schmerzverlauf sei stark wechselnd, in Attacken bei VAS 8-9, ansonsten 5-6. Die Versicherte sei durch die chronische Schmerzerkrankung massiv belastet und in ihrer Arbeitsfähigkeit vor allem hinsichtlich längeren Stehens oder



## St.Galler Gerichte

Sitzens massiv eingeschränkt. Ihre Tätigkeiten sollten eine selbständige Zeiteinteilung und die Möglichkeit zum häufigen Positionswechsel bieten. Auch unter diesen günstigen Bedingungen sei von einer Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von ca. 50 % auszugehen (IV-act. 38-21 f./22).

A.h Auf Vorschlag des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD) der Invalidenversicherung, der die Abklärung der Arbeitsfähigkeit in einer adaptierten Tätigkeit für unvollständig hielt, hatte die Sozialversicherungsanstalt/IV-Stelle am 1. Mai 2006 eine polydisziplinäre Begutachtung veranlasst. Das Ärztliche Begutachtungsinstitut ABI hielt in seinem Gutachten vom 5. Juli 2006 fest, eine Diagnose mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit gebe es nicht. Ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit seien (erstens) epigastrische Schmerzen unklarer Ätiologie bei Status nach diagnostischer Laparoskopie mit Adhäsioolyse am 18.9.1990, Status nach Hysterosalpingographie am 18.12.1987, Status nach Hysterosalpingographie, Laparoskopie mit Chromopertubation und Probeexzisionen am 3.4.1987, Status nach Revisionslaparotomie bei Strangulationsileus am 14.6.1986, Status nach Laparotomie mit Adnexektomie links am 10.6.1986 und Status nach Abort im April 1986 mit Curettage, und (zweitens) eine Schmerzverarbeitungsstörung. In der angestammten Tätigkeit und in anderen körperlich leichten bis mittelschweren Tätigkeiten in wechselnder Position bestehe - unter orthopädischem, psychiatrischem, gastroenterologischem und allgemeininternistischem Aspekt - eine zumutbare Arbeitsfähigkeit von 100 %. Die Diskrepanz zur Selbsteinschätzung ergebe sich dadurch, dass die Versicherte wohl davon ausgehe, zu keiner Zeit Schmerzen verspüren zu dürfen, um einer Arbeit nachzugehen. Bei Schmerzverarbeitungsstörungen bestünden ausserdem immer höhere Selbstlimitierungen, als es der medizinisch-theoretischen Zumutbarkeit entspräche.

A.i Nachdem der RAD am 25. Juli 2006 empfohlen hatte, auf das Gutachten abzustellen, stellte die Sozialversicherungsanstalt/IV-Stelle der Versicherten mit einem Vorbescheid vom 4. August 2006 die Abweisung des Leistungsgesuchs in Aussicht (IV-act. 44).

A.j Hiergegen liess die Versicherte am 13. September 2006 einwenden, der Sprechstundenbericht von A.\_\_\_\_ vom 10. Mai 2006 werde zu wenig berücksichtigt,



## St.Galler Gerichte

obwohl der Arzt sie schon seit Mai 2004 regelmässig betreue und in wesentlich engerem Kontakt mit ihr stehe als die Gutachter. Da sie immer noch an den von A.\_\_\_\_ genannten Beschwerden leide, werde sie sich am 14. September 2006 einer erneuten medizinischen Untersuchung durch Dr. med. D.\_\_\_\_, Facharzt medizinische Radiologie FMH, stellen. Der zu erwartende Bericht sei jedenfalls mitzubersichtigen. Ihr seien IV-Leistungen zuzusprechen.

A.k Am 19. Oktober 2006 liess die Versicherte den Bericht von Dr. D.\_\_\_\_ vom 9. Oktober 2006 und zwei weitere Untersuchungsberichte der Klinik Stephanshorn vom 7. und vom 10. Juli 2006 einreichen. Diese Berichte seien vom ABI nicht erfasst worden. Sollte auf das Gutachten abgestellt werden, werde vorbehalten überprüfen zu lassen, ob die Auftragserledigung korrekt erfolgt sei. Die Versicherte sei als Folge mehrerer Bauchoperationen seit ca. 16 Jahren täglich mit massivsten chronischen Schmerzen belastet. Andernfalls läge es ihr fern, ein IV-Gesuch zu stellen. A.\_\_\_\_ sei von allen involvierten Ärzten derjenige, der am besten über den Gesundheitszustand Auskunft geben könne. Die Klinik Stephanshorn hatte am 7. Juli 2006 über eine vertebrospinale thorakale Kernspintomographie von jenem Tag berichtet, es lägen eine vermehrte Brustkyphose und leichtgradige degenerative Veränderungen im unteren BWS-Abschnitt vor. Vom 10. Juli 2006 datiert der Bericht der Klinik über die abdominopelvine Computertomographie vom 7. Juli 2006, wo unter anderem angegeben worden war, es lägen ein asymmetrisches Venenkonvolut im kleinen Becken und eine asymmetrisch relativ kaliberstarke bis 9 mm messende, retrograd über die Vena renalis sinistra frühzeitig kontrastierte Vena ovarica links vor, vereinbar mit einem venösen Kongestionssyndrom, ausserdem mehrere Dünndarmschlingen im Mittel-/Unterbauch (DD: adhäsive Veränderungen), ein Dolichocolon mit Koprostase, deutliche iliacal-commune Arteriosklerose. Mit Bericht vom 9. Oktober 2006 hatte Dr. D.\_\_\_\_ im Sinne einer Zweitmeinung erklärt, seine thorakale vertebrospinale Kernspintomographie vom 7. Juli 2006 habe als einzigen morphologisch fassbaren pathologischen Befund die mittelgradige thorakale Hyperkyphose ergeben, die in einem gewissen Ausmass für eine thorakale vertebrale Schmerzsymptomatik verantwortlich gemacht werden könnte. Gemäss seiner abdominopelvinen Computertomographie vom gleichen Tag seien als einzige mögliche Schmerzursache erneute oder persistierende peritoneale Adhäsionen denkbar. Das vermutete pelvine congestion-Syndrom sei höchstwahrscheinlich nicht



## St.Galler Gerichte

ursächlich verantwortlich für links epigastrische Schmerzen und ohne sicheren aktuellen Krankheitswert.

A.l Der RAD hielt am 14. November 2006 an seiner Stellungnahme vom 25. Juli 2006 fest; die neuen Berichte würden keine neuen Sachverhalte beinhalten.

A.m Die Sozialversicherungsanstalt/IV-Stelle des Kantons St. Gallen verfügte daraufhin am 14. November 2006 die Abweisung des Leistungsgesuchs (IV-act. 54).

B.

Gegen diese Verfügung richtet sich die von Rechtsanwalt Dr. iur. Hans Henzen für die Betroffene am 14. Dezember 2006 erhobene Beschwerde. Der Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin beantragt, es seien ihr IV-Leistungen zuzusprechen. Wegen ihrer chronischen Schmerzen sei die Beschwerdeführerin ständig in ärztlicher Behandlung. Kürzlich sei sie im Schmerzzentrum am Lindberg in Winterthur untersucht worden. Der zuständige Arzt, Dr. E.\_\_\_\_, habe sie wiederum zu 50 % krankschreiben müssen, wie dem beigelegten Attest vom 10. Dezember 2006 zu entnehmen sei. Auch nach dem Bericht von A.\_\_\_\_ vom 10. Mai 2006 liege eine Arbeitsunfähigkeit von 50 % vor. Dieser Bericht sei unbeachtet geblieben. Falls bei der ABI-Begutachtung ein Untergutachten gemacht worden sei, so sei dieses beizuziehen. Da der Grad der Arbeitsunfähigkeit von 50 % schon längere Zeit vorliege, müsse, wie A.\_\_\_\_ festgehalten habe, von einer chronischen Schmerzerkrankung gesprochen werden. Dr. E.\_\_\_\_ hatte die Beschwerdeführerin am 10. Dezember 2006 für die Zeit vom 9. Dezember 2006 bis 12. Januar 2007 zu 50 % arbeitsunfähig geschrieben.

C.

In ihrer Beschwerdeantwort vom 7. Februar 2007 beantragt die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde. Die Einschätzung von A.\_\_\_\_ vermöge keine Zweifel an der Richtigkeit der Angaben im ABI-Gutachten zu wecken. Behandelnde Ärzte seien beweisrechtlich als Auskunftspersonen zu betrachten. Aufgrund des engen persönlichen und rechtlichen Verhältnisses zum Patienten bestehe eine natürliche



Vermutung dafür, dass die Äusserungen in erster Linie der Unterstützung des Patienten im Hinblick auf die Zusprache von Leistungen dienen. Das neu eingereichte Arztzeugnis von Dr. E. \_\_\_ enthalte lediglich Angaben zur Arbeitsfähigkeit ohne nähere Begründungen oder Ausführungen zu den entsprechenden Tätigkeiten. Das ABI-Gutachten sei daher beweisrechtlich höher einzustufen. Im Übrigen seien die Untergutachten im ABI-Gesamtgutachten enthalten. In der Gesamtbeurteilung fänden sich keine von den einzelnen Teilgutachten abweichenden Einschätzungen der Arbeitsfähigkeit.

D.

Mit Replik vom 30. März 2007 präzisiert der Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin den Antrag dahingehend, dass der Beschwerdeführerin aufgrund eines Invaliditätsgrades von 50 % eine halbe Rente zu gewähren sei. Eventualiter sei die Sache zur Durchführung weiterer Abklärungen an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. Die Beschwerdeführerin begeben sich nach wie vor wöchentlich zur Schmerztherapie bei A. \_\_\_ und nehme alle zwei Wochen an einer Selbsthilfegruppe teil. Es sei eine neutrale Begutachtung zu veranlassen. Ausserdem sei ein Amtsbericht von A. \_\_\_ einzuholen. Die Einwendungen gegen den Bericht von A. \_\_\_ vom 10. Mai 2006 könne die Beschwerdeführerin nicht teilen. Das Gericht habe Berichte objektiv zu beurteilen. Es handle sich nicht um einen Gefälligkeitsbericht. Zudem sei das ABI-Gutachten nicht abschliessend und widersprüchlich. Denn der Gastroenterologe habe seine Arbeitsfähigkeitsschätzung dahingehend eingeschränkt, dass keine vertieften Abklärungen zum Ausschluss einer Ursache durchgeführt worden seien. Mindestens müssten nochmals eine obere Endoskopie durchgeführt und eine Porphyrie und eine Bleiintoxikation ausgeschlossen werden. Die Gutachter hätten darauf und ferner auch auf bildgebende Massnahmen und eine spezialärztliche internistische Untersuchung verzichtet. Es sei festzustellen, dass die ABI-Gutachter nicht alle relevanten IV-Akten zur Verfügung gehabt hätten. Die am 19. Oktober 2006 eingereichten drei Arztberichte hätten nämlich noch nicht vorgelegen. Zumindest wäre eine Begründung erforderlich gewesen, weshalb die Berichte unberücksichtigt zu bleiben hätten. Es wäre unabdingbar zu klären, in welchem gewissen Ausmass die Hyperkyphose für die Schmerzsymptomatik verantwortlich gemacht werden könne. Es könnte nämlich ein Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit bestehen. Es handle sich bei den drei Berichten um



Angaben von verschiedenen Ärzten, denen nicht ein "Hausarztbonus" entgegengehalten werden könne. A.\_\_\_\_ sei als Auskunftsperson einzuvernehmen. An dem Editions gesuch der Untergutachten werde festgehalten. Jahrelange massive Schmerzen könnten, selbst wenn kein pathologischer Befund gefunden werden könne, zu einer Arbeitsunfähigkeit führen.

E.

Die Beschwerdegegnerin hält am 25. April 2007 an ihrem Antrag fest.

Erwägungen:

1.

1.1 Da ein Sachverhalt zu beurteilen ist, wie er sich bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung am 14. November 2006 entwickelt hat, sind die auf den 1. Januar 2008 in Kraft getretenen Rechtsänderungen nicht anwendbar.

1.2 Mit der angefochtenen Verfügung hat die Beschwerdegegnerin das Leistungsgesuch der Beschwerdeführerin abgelehnt. Sie beantragt in diesem Verfahren (gemäss Präzisierung in der Replik) einzig Rentenleistungen. Streitgegenstand bildet daher der allfällige Rentenanspruch. Ergäbe sich allerdings, dass ohne Eingliederungsmassnahmen ein Rentenanspruch in Frage stünde, so gehörte zum Streitgegenstand notwendigerweise auch die Frage, ob die Verwaltung den Grundsatz "Eingliederung vor Rente" beachtet und eine allfällige Pflicht der Beschwerdeführerin zu Massnahmen korrekt in Anspruch genommen habe.

2.

2.1 Nach Art. 28 Abs. 1 IVG besteht der Anspruch auf eine ganze Invalidenrente, wenn die versicherte Person mindestens zu 70 %, derjenige auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens zu 60 % invalid ist. Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % Anspruch auf eine Viertelsrente. Für die Bemessung der Invalidität von erwerbstätigen Versicherten ist gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG Art. 16 ATSG anwendbar.



2.2 Für die Invaliditätsbemessung, welche das Mass der Zurücksetzung der erwerblichen Leistungsfähigkeit infolge gesundheitlicher Beeinträchtigung ergeben soll, sind zunächst die medizinischen Vorbedingungen von Bedeutung. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beschreiben und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist. Die ärztlichen Auskünfte sind in der Folge eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 125 V 261 E. 4; ZAK 1982 S. 34; Rz 3047 f des vom Bundesamt für Sozialversicherung erlassenen Kreisschreibens über die Invalidität und Hilflosigkeit in der Invalidenversicherung = KSIH). Ob die versicherte Person eine ihr zumutbare Tätigkeit auch tatsächlich ausübt, ist für die Invaliditätsbemessung hingegen unerheblich (Rz 3046 KSIH).

2.3 Die Beschwerdegegnerin stellt in der Beurteilung des Leistungsanspruchs auf die Einschätzungen des ABI-Gutachtens ab. Das Gutachten basiert auf einer Kenntnisnahme von den Vorakten. Es wurden die Anamnese und die geklagten Beschwerden aufgenommen, der allgemeinmedizinische Status erhoben und Laboruntersuchungen getätigt. Die internistische Situation wurde durch einen Facharzt evaluiert. Daneben fanden spezialärztliche Untersuchungen des fallführenden Orthopäden und eines psychiatrischen Gutachters sowie ein gastroenterologisches Konsilium statt. Gemäss den in das Gesamtgutachten integrierten Angaben des Orthopäden konnten auf der Ebene des Bewegungsapparates keine pathologischen Befunde erhoben werden und es war dementsprechend auch kein einschränkender Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit auszumachen. Wie den Schilderungen über die psychiatrische Exploration zu entnehmen ist, wurde eine Schmerzverarbeitungsstörung diagnostiziert, der aber kein Krankheitswert zugemessen wurde und welche die Arbeitsfähigkeit nicht einschränke. Beim gastroenterologischen Konsilium hat sich nach der im Gesamtgutachten wiedergegebenen Beurteilung kein Hinweis auf eine gastrointestinale Ursache der Beschwerden gezeigt. Dass die Beschwerden lage- und bewegungsabhängig seien, spreche für eine muskulo-skelettale Ursache. Bestehende Adhäsionen seien nicht ganz auszuschliessen, doch fehlten die dafür typischen krampfartigen Beschwerden und der intermittierende Charakter. Da mit grosser Wahrscheinlichkeit keine gastroenterologische Ursache der Beschwerden vorliege, sei aus dieser Sicht keine Arbeitsunfähigkeit zu bestätigen. Diese spezialärztlichen



Beurteilungen sind je in sich schlüssig und nachvollziehbar begründet. Da in keiner Disziplin eine die Arbeitsfähigkeit einschränkende Diagnose gestellt wurde, ergab sich auch in der Gesamtwürdigung die Beurteilung, dass die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin nicht eingeschränkt sei. Inwiefern unter solchen Umständen die Edition der einzelnen Teilgutachten erforderlich sein sollte, ist nicht ersichtlich.

2.4 Die Beschwerdeführerin lässt darauf hinweisen, dass der Gastroenterologe seine Arbeitsfähigkeitsschätzung relativiert habe. Er hatte erklärt, einschränkend sei zu sagen, dass keine vertieften Abklärungen zum Ausschluss einer gastroenterologischen Ursache durchgeführt worden seien und die Arbeitsfähigkeitsannahme allein auf Anamnese und Klinik beruhe. Der Gutachter schlug, obwohl eine gastroenterologische Ursache sehr unwahrscheinlich sei, vor, mindestens nochmals eine obere Endoskopie durchzuführen. Ausserdem seien eine Porphyrie und eine Bleiintoxikation auszuschliessen. Es rechtfertigt sich vorliegend, die Arbeitsfähigkeitsschätzung ohne vorgängige weitere Massnahmen zu berücksichtigen, auch wenn solche Abklärungen in diagnostischer Hinsicht angezeigt sind. Zu bedenken ist, dass die Arbeitsfähigkeitsschätzung mit immerhin sehr hoher Wahrscheinlichkeit abgegeben wurde. Dr. B. \_\_\_ hatte im Übrigen im Jahr 2004 von einer Endoskopie abgesehen, weil eine Abklärung von 1993 bei gleicher Symptomatik keinen Befund ergeben hatte. Die Beschwerdeführerin hat nach der Aktenlage bis anhin darauf verzichtet, eine solche diagnostische Massnahme zu treffen, obwohl ihr dies im Rahmen der Krankenversicherungsdeckung möglich gewesen wäre. Ausserdem ist nach der Begutachtung zwar keine Endoskopie, aber es sind noch abdominopelvine Computertomographien durchgeführt worden. Diese Untersuchungen haben als einzige mögliche Schmerzursache peritoneale Adhäsionen aufgezeigt. Bei der thorakalen vertebrospinalen Kernspintomographie war gemäss Dr. D. \_\_\_ als einziger morphologisch fassbarer pathologischer Befund eine mittelgradige thorakale Hyperkyphose gefunden worden, welche in einem gewissen Ausmass für eine thorakale vertebrale Schmerzsymptomatik verantwortlich gemacht werden könne. Dass das ABI mit diesen nachträglichen radiologischen Berichten nicht noch konfrontiert wurde und keine Überprüfung der Beurteilung oder weitere Abklärungen veranlasst wurden (wie sie auch der RAD am 14. November 2006 in Kenntnis dieser Befunde für unnötig betrachtet hatte), lässt sich angesichts der gezeitigten Ergebnisse nicht beanstanden, da keine Bedeutung für die Beurteilung der zumutbaren Arbeitsfähigkeit



der Beschwerdeführerin zu erwarten war. Die medizinischen Experten hielten ferner eine weiterreichende internistische Abklärung für nicht erforderlich. Es bestehen keine Anhaltspunkte für die Annahme, mit dieser ärztlichen Einschätzung sei der internistische Aspekt in unzulässiger Weise vernachlässigt worden. Von zusätzlichen Abklärungen sind keine weiteren Erkenntnisse zu erwarten.

2.5 Des weiteren stützt sich die Beschwerdeführerin auf die Beurteilung ihrer Arbeitsfähigkeit mit (unter günstigen Bedingungen) 50 % durch A.\_\_\_\_, bei welchem sie seit Mai 2004 in Behandlung steht. Weder dieser Einschätzung noch dem Attest einer befristeten Arbeitsunfähigkeit von 50 % (ohne Diagnose und Begründung) durch Dr. E.\_\_\_\_ kommt allerdings ein mit der polydisziplinären Begutachtung ebenbürtiger Beweiswert zu. Denn die Begutachtung stützt sich wie erwähnt auf die erforderlichen Kenntnisse des medizinischen Sachverhalts. Es ist im Gutachten nachvollziehbar begründet, weshalb der Schmerzverarbeitungsstörung kein Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit beigemessen wird. Massgebend ist der Beweiswert, welcher einem Gutachten bei der konkreten Würdigung zukommt. Auf die überzeugenden Schlussfolgerungen des vorliegenden Gutachtens kann abgestellt werden. Es fand im Übrigen auch eine Auseinandersetzung mit der Einschätzung von A.\_\_\_\_ statt, wo davon ausgegangen wurde, der behandelnde Arzt habe in wesentlichem Umfang das subjektive Schmerzempfinden der Beschwerdeführerin mitberücksichtigt. Die Beschwerdeführerin beschreibt eine erhebliche Schmerzexazerbation seit Oktober 2003, hat bei der orthopädischen Begutachtung aber auch berichtet, der Schmerz sei im Anschluss an eine der Operationen in der Zeit von 1986 bis 1990 aufgetreten, dann innert Stunden in den linken Oberbauch gewandert und seither konstant vorhanden. Beim gastroenterologischen Konsilium gab sie ebenfalls an, die Schmerzen im Oberbauch seien eher konstanter Natur, während die ursprünglichen Unterbauchschmerzen im Hintergrund seien. Wie die Gutachter erwähnen, ist auffällig, dass die Beschwerdeführerin mit offenbar weitgehend identisch gelagerten Beschwerden während fast fünfzehn Jahren uneingeschränkt arbeitsfähig war und es dann ohne erkennbare Ursache zu einer solchen Schmerzzunahme gekommen sei, dass sie die Arbeit habe niederlegen müssen. Der Umstand findet in der psychiatrischen Begutachtung eine fachärztlich begründete Beurteilung (IV-act. 38-14/22). Von einer antidepressiven Behandlung versprach sich der



psychiatrische Gutachter schliesslich einen günstigen Einfluss auf die Schmerzwahrnehmung.

3.

Ist zusammenfassend von einer uneingeschränkten Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin in der angestammten und in anderen körperlich angepassten leichten bis mittelschweren Tätigkeiten auszugehen, so lässt sich ausschliessen, dass sie eine invaliditätsbedingte Erwerbseinbusse rentenbegründenden Ausmasses zu erleiden hätte. Wie sie anlässlich der Begutachtung berichtete, hat die Beschwerdeführerin den eigenen Betrieb im April 2006 an ihre Schwester übergeben, womit sich allerdings hieran nichts änderte, da die volle Arbeitsfähigkeit zumutbarerweise auch im Angestelltenverhältnis verwertet werden kann. Die angefochtene Verfügung erweist sich demnach als korrekt.

4.

4.1 Im Sinne der vorstehenden Erwägungen ist die Beschwerde abzuweisen.

4.2 Nach Art. 69 Abs. 1<sup>bis</sup> IVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von 200 bis 1000 Franken festgelegt. Als unterliegende Partei hat die Beschwerdeführerin die Gerichtskosten zu bezahlen (vgl. Art. 95 Abs. 1 VRP). Diese sind ermessensweise auf Fr. 600.-- zu veranschlagen. Mit dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe ist die geschuldete Gerichtsgebühr getilgt.

Demgemäss hat das Versicherungsgericht

entschieden:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.

2. Die Beschwerdeführerin bezahlt die Gerichtskosten von Fr. 600.-- unter Verrechnung mit dem bezahlten Kostenvorschuss in gleicher Höhe.