



**Fall-Nr.:** IV 2008/499  
**Stelle:** Versicherungsgericht  
**Rubrik:** IV - Invalidenversicherung  
**Publikationsdatum:** 13.07.2020  
**Entscheiddatum:** 23.08.2010

### **Entscheid Versicherungsgericht, 23.08.2010**

**Art. 8 ATSG, Art. 16 ATSG. Invaliditätsbemessung mittels Einkommensvergleich (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 23. August 2010, IV2008/499).**

Entscheid Versicherungsgericht, 23.08.2010

Vizepräsidentin Miriam Lendfers, Versicherungsrichterin Karin Huber-Studerus,  
Versicherungsrichter Martin Rutishauser; Gerichtsschreiber Ralph Jöhl

Entscheid vom 23. August 2010

in Sachen

R.\_\_\_\_,

Beschwerdeführerin,

vertreten durch Fürsprecher lic. iur. Daniel Küng, Rosenbergstrasse 51, Postfach 1121,

9001 St. Gallen,

gegen

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

Beschwerdegegnerin,

betreffend



Rente

Sachverhalt:

A.

R.\_\_\_\_ (Jg. 1964) meldete sich am 22. März 1999 zum Bezug von IV-Leistungen an. Im entsprechenden Formular gab sie u.a. an, sie sei gelernte Krankenschwester. Dr. med. A.\_\_\_\_ berichtete am 8. April 1999, die Versicherte leide an Coccygodynie nach einem Unfall am 5. März 1998, an einem LWS-Syndrom und an einer Depression. In ihrem Beruf sei die Versicherte seit dem 19. Oktober 1998 zu 100% arbeitsunfähig. Das Pflegeheim teilte am 16. April 1999 mit, es habe die Versicherte seit Dezember 1997 vollzeitlich als Krankenschwester beschäftigt. Die Orthopädin Dr. med. B.\_\_\_\_ führte in einem Gutachten vom 17. Oktober 1999 aus, gemäss eigenen Angaben sei die Versicherte auf nassem Boden ausgerutscht und mit beiden Beinen in der Luft auf das Gesäss gestürzt. Die Gutachterin stellte folgende Diagnosen: chronische Sacrologie und Coccygodynie mit pseudoradikulärer Ausstrahlung und nicht dermatombezogenen Hyposensibilitätszonen am linken Bein nach direkter Kontusion am 5. März 1998 ohne degenerative oder posttraumatische Veränderungen, Insertionstendinose linker hinterer Beckenkamm, muskuläre Insuffizienz (Rumpfmuskulatur) und Dekonditionierung. Sie führte weiter aus, die Versicherte klagte über Schmerzen am Steissbein, die nach cranial bis zum lumbosacralen Übergang reichten und auch in die Beine, links mehr als rechts, bis zu den Fersen ausstrahlten. Zeitweise komme es zu einer schmerzbedingten "Blockierung" des linken Beins. Die Schmerzen seien immer vorhanden. Sitzen, Gehen, Stehen und Stuhlgang seien besonders schmerzhaft. Die Gutachterin wies darauf hin, dass durch die starke Schonung im Alltag bereits eine Dekonditionierung eingetreten sei. Klinisch sei eine gute Wirbelsäulenbeweglichkeit festzustellen gewesen. Einzig beim Aufrichten aus der Inklination habe die Versicherte angegeben, sie müsse sich abstützen. Bei der Palpation im Stehen und im Liegen sei vor allem über dem Coccyx eine Dolenz reklamiert worden, allerdings ohne viel Schmerz mimik und ohne Ausweichbewegung. Auch bei der dorsalen Palpation des Coccyx sei es nicht zu einer Ausweichbewegung oder einer Sfincterabwehrspannung gekommen. Die Versicherte habe nur verbal Schmerzen geäussert. Klinisch habe sich zusätzlich eine Insertionstendinose am hinteren Beckenkamm links mit Palpationsdolenz und schlaffer



lumbaler Muskulatur gezeigt. Ausserdem habe eine antalgische Schonhaltung nach rechts bestanden. Verschiedene frühere Abklärungen (CT, MRI) hätten blande Resultate ergeben. Eine direkte Coccyx-Kontusion bleibe zwar bekanntlich lange Zeit schmerzhaft, aber es handle sich meist nur um wenige Monate. Sie vermöge deshalb die Persistenz der Schmerzen über eineinhalb Jahre nicht zu erklären. Die jetzt geklagten Schmerzen seien vermutlich eher auf eine muskuläre Dysbalance zurückzuführen, die asymptomatisch vorbestehend gewesen sei. Therapeutisch scheine alles ausgeschöpft. Allenfalls könnte eine stationäre Rehabilitation mit Eingehen auf die psychosomatische Seite versucht werden. Bei der Untersuchung seien eine verminderte Mimik und eine langsame und monotone Sprache aufgefallen, so dass psychosomatische Faktoren vorliegen könnten. Als Krankenschwester müsste die Versicherte zu 50% arbeitsfähig sein, wenn sie keine Lasten über 10 kg heben und bewegen müsse, wenn sie immer wieder Kurzpausen einlegen könne und wenn sie die Arbeitszeit auf zwei Stunden am Vormittag und zwei Stunden am Nachmittag aufteilen dürfe. Auch in einer adaptierten Tätigkeit bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 50%. Der Psychiater Dr. med. C.\_\_\_\_ berichtete in seinem Gutachten vom 10. Mai 2000, er habe folgende Diagnosen erhoben: anhaltende somatoforme Schmerzstörung mit Verarbeitungsproblematik somatischer Befunde (ICD-10 F45.4) und reaktive Depression und Angst gemischt (ICD-10 F41.2) bei etwas zwanghafter Grundpersönlichkeit (ICD-10 F60.5). Dr. med. C.\_\_\_\_ führte weiter aus, aufgrund des zähen und verlängerten Behandlungsverlaufs sei es zunehmend zu einer Verzweiflung im Hinblick auf die mögliche Zukunft gekommen. Die dauernd vorhandenen, glaubhaft geschilderten Schmerzen hätten dazu beigetragen, die Kräfte aufzuzehren. Die Versicherte habe bewusstseinsfern mit einer Fixierung auf das Beschwerdebild reagiert. Zusammenfassend handle es sich um eine lang anhaltende psychische Störung mit Krankheitswert, bei der die bisherigen Behandlungsversuche keinen wesentlichen Erfolg gehabt hätten. Die Arbeitsfähigkeit sei um 50% eingeschränkt.

B.

Der Psychiater Dr. med. D.\_\_\_\_ führte in einem Verlaufsgutachten vom 23. Juli 2004 aus, die Tochter der Versicherten habe übersetzt. Auf einfachste Fragen habe die Versicherte ihrer Tochter sehr ausführliche, meist sehr lange Antworten gegeben, welche die Tochter dann zusammengefasst habe. Nach einem 75-minütigen Gespräch



und anlässlich einer insistierenden Frage nach der ehelichen Beziehung seien zuerst die Tochter und dann auch die Versicherte in Tränen ausgebrochen. Dr. med. D.\_\_\_\_ stellte folgende Diagnosen: phobische Fixierung auf Schmerzempfindung (ICD-10 F40.2), anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4) und Persönlichkeit mit narzisstischen, anankastischen und histrionischen Zügen (ICD-10 F60.8). Er führte dazu aus, er habe bei der Exploration keine anankastischen Züge feststellen können. Diesen Aspekt habe er einfach aus dem psychiatrischen Vorgutachten übernommen. Hingegen scheine anhand des Gesamterscheinungsbildes mit einem seduktiven und appellativen Verhalten in Kombination mit der mangelnden Nachvollziehbarkeit des subjektiven Leidens eine konversionsneurotische Komponente vorzuliegen. Aufgrund des Ausweichens bei intimen und familiären Fragen liege der Verdacht nahe, dass in dieser Hinsicht idealisiert werde. Es sei auch anzunehmen, dass die ausgebildete Kinderkrankenschwester die Kündigung in der Probezeit wegen eines Sturzes als kränkend empfunden habe. Im Gespräch habe sich keine Beeinträchtigung durch ein früher angeblich vorhandenes depressives Syndrom gezeigt. Die demonstrierte Unfähigkeit, lange zu sitzen oder zu stehen, entspreche keinem bekannten Funktionsausfall und sei wenig glaubhaft, wenn man höre, dass die Versicherte regelmässig nach Montenegro reise und dass sie dort bei den Verwandten ihr Leiden dissimuliere. Zwar sei anzunehmen, dass die Versicherte dabei leide, aber bei einem Arbeitsversuch dürfte soviel Schmerz schon auch zugemutet werden. Entweder habe sich das Leiden seit der letzten Begutachtung etwas zurückgebildet oder der Vorgutachter sei milde gewesen. Weder auf psychisch-geistiger Ebene noch im sozialen Bereich seien wesentliche Beeinträchtigungen der Arbeitsfähigkeit zu eruieren. Die Tätigkeit als Krankenpflegerin sei unter Berücksichtigung der somatisch bedingten Einschränkungen an zweimal drei Stunden täglich zumutbar. Dabei bestehe eine um 25% verminderte Leistungsfähigkeit aufgrund des Schmerzvermeidungsverhaltens und der Notwendigkeit spontaner Haltungsverwechsel. Die psychische Störung mache sich im Sozialverhalten nicht bemerkbar. Die Fixierung auf das Vorliegen einer körperlichen Krankheit werde die Leistungsbereitschaft in einer Erwerbstätigkeit aber so stark schmälern, dass das indirekt zu einer Belastung für das Team werden könnte. An einem Arbeitsplatz sollten sich die Bezugspersonen, vornehmlich Vorgesetzte, nicht durch das Schmerzgebaren einschüchtern lassen. Sie sollten anfangs eine gewisse Toleranz zeigen, ohne allzu viel Mitleid zu demonstrieren. Das Arbeitsklima müsste



bestätigend sein. Anfänglich seien zweimal drei Stunden täglich zumutbar. Seit der letzten Begutachtung sei keine Verschlechterung, sondern eher eine Verbesserung eingetreten. Es seien nämlich keine depressive Verstimmung, keine psychomotorische Hemmung und keine Störung des Denkens mehr festzustellen gewesen.

C.

Dr. med. B.\_\_\_\_ berichtete in einem Gutachten vom 9. August 2004, auch diesmal habe wieder die Tochter der Versicherten übersetzt. Dr. med. B.\_\_\_\_ gab folgende Diagnosen an: chronische Sacralgie und Coccygodyn timer posttraumatisch mit pseudoradikulärer Ausstrahlung bei St. n. direkter Kontusion am 5. März 1998 und fehlenden degenerativen oder posttraumatischen Veränderungen coccygnal, chronische Lumbago (lumbosakraler Übergang) bei Chondrose L4/5, Insertionstendinose linker hinterer Beckenkamm, muskuläre Insuffizienz (Rumpfmuskulatur) und Dekonditionierung, zeitweilige Thoracalgie bei chronischer stellungswchselnder Fehl-/ Schonhaltung mit reaktiver muskulärer Verspannung, muskulärer Insuffizienz und Dekonditionierung. Dazu kamen als nicht orthopädische Diagnosen: chronische Kopfschmerzen, Vergesslichkeit, V. a. gestörte Schmerzverarbeitung und V. a. Depression. Die Gutachterin führte weiter aus, die Versicherte habe eigentlich über dieselben Beschwerden geklagt wie bei der ersten Begutachtung, nämlich über Schmerzen im Steissbein mit schmerzbedingter Blockierung des linken Beins, neuerdings auch hie und da des rechten Beins. Die Schmerzen seien weiterhin immer vorhanden. Sitzen, Gehen, Stehen und Stuhlgang seien nach wie vor besonders schmerzhaft. Die Versicherte habe Nackenschmerzen verneint. Hingegen beständen starke Kopfschmerzen und eine sehr ausgeprägte Vergesslichkeit. Diese beeinträchtigten die Versicherte mindestens so sehr wie der Steissbein- und Rückenschmerz. Nach wie vor sei eine Coccygodymie nach starker direkter Kontusion erklärbar. Es sei bekannt, dass Coccygodyn timer hartnäckig und sehr therapieresistent seien. Das erlebte Schmerzmass sei aber nach wie vor nicht rein orthopädisch erklärbar. Die Spezialuntersuchungen böten keine ausreichende Erklärung. Die im letzten MRT beschriebenen Diskusprotrusionen erklärten die Ausstrahlungen in die Beine nicht. Diese seien nach wie vor als pseudoradikulär zu interpretieren. Der zusätzliche lumbosakrale Schmerz sei mit der Chondrose L4/5 und mit der muskulären Dysbalance/Insuffizienz mit Insertionstendinosen und mit den variablen Schon-/



Fehlhaltungen zu erklären. Der spondylogene Schmerzanteil sei noch sehr gering und es überwiege die muskuläre Schmerzkomponente. Auch die zeitweiligen thorakalen Schmerzen seien so zu erklären. Zur Arbeitsfähigkeit der Versicherten hielt die Gutachterin fest, die starken Kopfschmerzen und die Vergesslichkeit hätten sehr wahrscheinlich mindestens den gleichen, wenn nicht sogar einen höheren Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit als das orthopädische Problem. Die Berufe im Pflegebereich seien mit einer ausgeprägten Vergesslichkeit nicht vereinbar. Die Arbeitsfähigkeit müsse eher von Seiten des Neurologen und des Psychiaters beurteilt werden. Sie wäre nicht erstaunt, wenn schliesslich eine vollständige Arbeitsunfähigkeit resultieren würde.

D.

Der Berufsberater der IV-Stelle hielt am 6. April 2005 fest, die Versicherte habe zu verstehen gegeben, dass sie keiner Arbeit nachgehen könne. Da unter dieser Voraussetzung keine erfolgreiche berufliche Massnahme möglich sei, müsse eine klare Ausgangsbasis geschaffen werden. Dazu sei als erster Teilschritt die Rentenfrage zu beantworten. Mit einer Verfügung vom 22. April 2005 wies die IV-Stelle das Gesuch um berufliche Massnahmen ab. Am 11. Juni 2007 beauftragte die IV-Stelle das Ärztliche Begutachtungsinstitut ABI mit einer interdisziplinären Abklärung. Der Rechtsvertreter der Versicherten stellte am 13. Juni 2007 verschiedene Zusatzfragen, die von der IV-Stelle am 18. Juni 2007 an das ABI weitergeleitet wurden. Dr. med. F.\_\_\_\_ berichtete dem Hausarzt Dr. med. A.\_\_\_\_ am 5. Januar 2008, die Versicherte leide an einer Anpassungsstörung mit gemischter Störung von Gefühl und Sozialverhalten (ICD-10 F43.25), an einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung (ICD-10 F45.4) und an einer Persönlichkeit mit narzisstischen, anankastischen und histrionischen Zügen (ICD-10 F60.8). Es bestehe eine Arbeitsunfähigkeit von 60%.

D.a Im Gutachten des ABI vom 5. Februar 2008 wurde berichtet, die psychiatrische Untersuchung sei unter Beizug einer Dolmetscherin erfolgt. Die differenziert wirkende Versicherte sei bei klarem Bewusstsein und zeitlich, örtlich und autopsychisch voll orientiert gewesen. Ihr Gedankengang habe sich formal geordnet, inhaltlich deutlich auf das Leiden eingengt entfaltet. Hinweise auf ein psychotisches Geschehen hätten nicht beobachtet werden können. Insbesondere hätten Wahnideen, Halluzinationen oder eine Ichstörung gefehlt. Wahrnehmung, Auffassung und Gedächtnis seien klinisch nicht



als beeinträchtigt erschienen. Die Versicherte sei in der Lage gewesen, ihre Konzentration und Aufmerksamkeit ohne Ermüdungszeichen über die ganze Untersuchungsdistanz zu halten. Die Mimik und die Gestik seien deutlich leidend und schmerzgeprägt gewesen. Die Versicherte habe sich dysphorisch und weinerlich verhalten, aber es habe kein eigentlich niedergedrückter Affekt bestanden. Das Kontaktverhalten zur Dolmetscherin sei offen und lebendig gewesen und das Gespräch sei flüssig verlaufen. Die Versicherte habe auf alle Fragen eingegangen und sie umgehend beantworten können. Die Schwingungsfähigkeit sei erhalten gewesen. Es habe keine aktive Suizidalität bestanden. Die Versicherte habe sich freundlich und kooperativ verhalten. Sie sei auf die Steissbeinschmerzen fixiert gewesen. Die Versicherte habe das typische Bild einer chronischen Schmerzstörung mit Reizbarkeit, Unkonzentriertheit, Schlafstörung, Hoffnungslosigkeit und Stimmungs labilität gezeigt. Es habe nur eine Schmerzverarbeitungsstörung mit Symptomausweitung diagnostiziert werden können. Zudem habe keine Komorbidität, weder eine depressive Störung noch ein anderer psychopathologischer Befund, bestanden. Die Versicherte zeige nach wie vor eine aktive Gestaltung ihres Alltags. Es liege kein eigentliches soziales Rückzugsverhalten vor. Die Versicherte stehe auf gutem Fuss mit den Nachbarn und den Familienmitgliedern, sie habe Kontakt zu ihrem Bruder in der Schweiz und sie besuche regelmässig ihre Mutter und ihre Schwester in Bosnien. Vom Bosnienkrieg sei sie nicht tangiert worden. In der Anamnese und der Biographie fehlten psychosozial belastende Faktoren. Deshalb könne keine anhaltende somatoforme Schmerzstörung diagnostiziert werden. Der gemessene Serumspiegel für Deanxit und Trimin habe unter der Nachweisgrenze gelegen, was hinsichtlich der Compliance Fragen aufgeworfen habe. Aus der Schmerzverarbeitungsstörung ohne begleitende Komorbidität habe sich keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit ergeben. Eine Willensanstrengung in diesem Sinn habe der Versicherten nämlich zugemutet werden können. Die Versicherte sei in ihrer angestammten und in jeder möglichen Verweistätigkeit voll belastbar. Die von Dr. med. E. \_\_\_ im Gutachten vom 10. Mai 2000 gestellten Diagnosen hätten nicht bestätigt werden können. Auch die von Dr. med. D. \_\_\_ im Gutachten vom 23. Juli 2004 angegebenen Diagnosen seien nicht nachvollziehbar gewesen. Es sei zwar zu verstehen gewesen, was Dr. med. D. \_\_\_ mit der phobischen Fixierung auf die Schmerzen gemeint habe, aber eine solche Diagnose sei im ICD-10 nicht vorgesehen. Wegen der massiven Überlagerung der Persönlichkeit durch die Schmerzen habe sich



die Diagnose einer kombinierten Persönlichkeitsstörung nicht nachvollziehen lassen, denn die Schmerzüberlagerung verhindere eine Persönlichkeitsdiagnostik. Im Schreiben von Dr. med. F. \_\_\_ vom 5. Januar 2008 sei ein Zustandsbild geschildert worden, das in etwa den Beobachtungen anlässlich der aktuellen Untersuchung entsprochen habe. Die diagnostischen Schlussfolgerungen von Dr. med. F. \_\_\_ seien aber nicht folgerichtig gewesen. Deshalb könne die von Dr. med. F. \_\_\_ angegebene Arbeitsunfähigkeit von 60% nicht bestätigt werden.

D.b Der orthopädische Gutachter des ABI führte aus, der gesamte orthopädische Status sei weitgehend unauffällig mit einer lediglich spontan geäusserten Druckdolenz im lumbosakralen Übergangsbereich und sakrokokzygeal gewesen. Die Beweglichkeit des gesamten Rumpfes und aller Extremitäten sei nicht eingeschränkt und nicht von Schmerzangaben begleitet gewesen. Auch die Kraftentfaltung habe sich nach entsprechendem Gegendruck des Untersuchers auf ein normales Mass mit symmetrischer Ausprägung steigern lassen. Die MRT der lumbalen Wirbelsäule hätten leichte Diskusalterationen L4/5 und L5/S1 gezeigt, die die neuralen Strukturen aber nicht wesentlich beeinträchtigt hätten, was gut zum klinischen Befund gepasst habe. Die degenerativen Veränderungen der Zwischenwirbelgelenke seien nur gering ausgeprägt gewesen und Hinweise auf posttraumatische Veränderungen hätten gefehlt. Die angegebenen Beschwerden hätten sich somit kaum objektivieren lassen. Es hätten lediglich leichte degenerative Veränderungen im lumbosakralen Übergangsbereich bestanden, die die von der Versicherten angegebene ausgeprägte, seit Jahren bestehende Schmerzproblematik nicht zu erklären vermocht hätten. In Anbetracht der wenig präzisen Schilderung der Schmerzlokalisierung und der nahezu vollständigen Therapieresistenz habe davon ausgegangen werden müssen, dass die Ursache der Problematik im Wesentlichen auf nichtorganischer Ebene zu suchen gewesen sei. Für körperlich leichte bis mittelschwere Tätigkeiten mit einer Hebe- und Traglimite von 15 kg, ohne länger dauernde Zwangshaltungen der unteren LWS habe eine zeitlich und leistungsmässig uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit bestanden. Für die Tätigkeit als Krankenschwester sei demnach von einer uneingeschränkten Arbeitsfähigkeit auszugehen gewesen, was allerdings für den letzten Arbeitsplatz nicht zutreffend gewesen sei, weil die Versicherte dort gelegentlich übermässig körperlich belastet gewesen wäre. Dr. med. B. \_\_\_ habe eine Arbeitsunfähigkeit von 50% angegeben. Gleichzeitig habe sie darauf hingewiesen, dass sich für die kokzygealen



Beschwerden kein klinisches Korrelat habe finden lassen und dass es ungewöhnlich sei, wenn sich die Kokzygodynie nicht vorwiegend im Sitzen bemerkbar mache. Weiter habe Dr. med. B. \_\_\_ angegeben, die thorakolumbalen Schmerzen seien vorwiegend auf die muskuläre Dysbalance/Insuffizienz zurückzuführen gewesen und die Chondrose L4/5 habe als normale Entwicklung angesehen werden können. Angesichts dieser Feststellungen von Dr. med. B. \_\_\_ sei nicht nachvollziehbar gewesen, weshalb sie eine Arbeitsunfähigkeit von 50% aus rein orthopädischer Sicht angegeben habe. Die Schulthess Klinik habe am 28. August 2006 eine Einschätzung aus orthopädischer Sicht abgegeben, die sehr gut mit dem Ergebnis der aktuellen orthopädischen Abklärung übereingestimmt habe.

D.c Der neurologische Gutachter des ABI führte aus, die Versicherte leide laut Eigenangaben und gemäss den Akten unter Schmerzen im Kreuz und im Steissbeinbereich mit einer Ausstrahlung rechtsbetont bds. in beide Beine seitlich bis in die Fersen. Hinzugekommen sei später ein Schmerzpunkt auf der Höhe der mittleren BWS. Die Versicherte habe auch Schmerzen im rechten Arm und Kopfweg geltend gemacht. Bei der klinischen Untersuchung sei eine S-förmige Torsionsskoliose der Wirbelsäule mit einem linksseitigen Schulterhochstand und mit einer lumbal leicht linkskonvexen Torsionsskoliose festgestellt worden. Die Beweglichkeit des Achsenorgans sei nicht eingeschränkt gewesen. Die paravertebrale Muskulatur habe keine Verspannung aufgewiesen. Insbesondere seien lumbal keine Verhärtungen festzustellen gewesen. Klinisch hätten Anhaltspunkte für eine radikuläre Reiz- oder Ausfallsymptomatik gefehlt. Kernspintomographisch hätten sich im Bereich der LWS degenerative Veränderungen in der Form von Dehydratationen der beiden kaudalen Bandscheiben gezeigt. Zusätzlich sei ein kleiner Riss im Anulus fibrosus lumbosakral zu erkennen gewesen. Auch bildgebend sei keine Wurzelkompression zu erkennen gewesen. Deskriptiv habe somit ein chronisches lumbosakrales (und thorakales) Schmerzsyndrom mit pseudoradikulärer Irritation in beide Beine rechtsbetont vorgelegen. Die angegebenen Beschwerden hätten mit den klinischen und neuroradiologischen Befunden nicht erklärt werden können. Es habe eine deutliche Diskrepanz bestanden. Die Kopfschmerzen seien phänomenologisch von Spannungstyp gewesen. Die Exazerbationen hätten migräniformen Charakter gehabt, aber die Diagnose einer Migräne habe nicht gestellt werden können. Die Kopfschmerzen seien deshalb im Rahmen der übrigen Schmerzproblematik zu



## St.Galler Gerichte

interpretieren gewesen. Aus neurologischer Sicht habe keine Arbeitsunfähigkeit bestanden. Arbeiten mit Heben und Tragen von Lasten über 15 kg, in Zwangshaltungen oder ohne die Möglichkeit von Positionswechseln seien allerdings nicht zu empfehlen gewesen.

D.d Die Gesamtdiagnose lautete: chronisches panvertebrales Schmerzsyndrom ohne radikuläre Symptomatik, akzentuiert lumbosakral und thorakal (breitbasige Diskusprotrusionen L4/5 und L5/S1, klinisch und MRtomographisch ohne Neurokompression, beginnende Spondylarthrosen der unteren LWS) sowie – ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit – Schmerzverarbeitungsstörung nach Unfall, V. a. Symptomausweitung und chronisches Spannungstyp-Kopfweh mit migräniformen Exazerbationen. Die Gutachter hielten gestützt auf einen multidisziplinären Konsensus fest, dass für leichte bis mittelschwere Tätigkeiten mit einer Hebe- und Traglimite von 15 kg und ohne länger dauernde Zwangshaltungen der unteren Wirbelsäule eine zumutbare Arbeitsfähigkeit bestehe. Für Tätigkeiten mit einer darüber hinausgehenden Belastung sei eine vollständige Arbeitsunfähigkeit zu attestieren. In der angestammten Tätigkeit als Kinderkrankenschwester sei die Versicherte demnach uneingeschränkt arbeitsfähig. Am letzten Arbeitsplatz in einem Alters- und Pflegeheim würde es gelegentlich zu einer körperlichen Belastung kommen, welche die Limite überschreiten würde. Demnach wäre die Versicherte am letzten Arbeitsplatz nur noch einsetzbar, wenn sie die Limite nicht überschreiten müsste. Die ermittelte Einschränkung der Arbeitsfähigkeit bestehe seit Mitte März 1998.

E.

Mit einem Vorbescheid vom 25. Juni 2008 teilte die IV-Stelle der Versicherten mit, dass sie beabsichtige, das Leistungsbegehren abzuweisen. Auf eine entsprechende Anfrage des Rechtsvertreters der Versicherten gab das ABI am 19. August 2008 an, Dr. med. H.\_\_\_\_ habe als internistischer Konsiliarius an der Begutachtung mitgewirkt. Die Untergutachten seien alle vollständig von A bis Z im Gutachten integriert worden. Deshalb hätten alle involvierten Teilgutachter das Gutachten unterschrieben. In der Stellungnahme vom 28. August 2008 zum Vorbescheid liess die Versicherte einwenden, gemäss den Angaben von Dr med. B.\_\_\_\_ bestehe rein orthopädisch eine Arbeitsunfähigkeit von mindestens 50%. Aus psychiatrischer Sicht seien früher



Arbeitsunfähigkeiten von 50%, von 25% und von 60% angegeben worden. Mit einer Verfügung vom 30. Oktober 2008 wies die IV-Stelle das Leistungsbegehren der Versicherten ab.

F.

Die Versicherte liess am 29./30. November 2008 Beschwerde erheben und die Zusprache einer ganzen Invalidenrente ab März 1999, eventualiter die Rückweisung an die IV-Stelle zur weiteren Abklärung beantragen. Der Beschwerde lag ein Schreiben von Dr. med. B.\_\_\_\_ an den Rechtsvertreter der Versicherten vom 11. November 2008 bei. Dr. med. B.\_\_\_\_ hatte darin ausgeführt, im Gutachten des ABI sei die Diskrepanz in der Arbeitsfähigkeitsschätzung hervorgehoben worden. Tatsächlich habe aber auch eine Diskrepanz in den orthopädischen Befunden bestanden. Bei ihrer Untersuchung sei es eindeutig zu mehr Schmerzreklamationen als bei der Untersuchung im ABI gekommen, sowohl bei der Palpation als auch bei den Bewegungsprüfungen. Der Neurologe des ABI habe noch eher einen ähnlichen Befund wie sie erhoben, während der Orthopäde des ABI praktisch einen blanden Befund postuliert habe. Auffallend sei die immer wechselnde Stand-Haltung gewesen, die mit grösster Wahrscheinlichkeit jeweils einer momentanen Schmerz-Ausweichhaltung entsprochen habe. Also schienen eben doch effektiv Schmerzen vorhanden zu sein. Die Versicherte habe sich eine Sitzhaltung mit Entlastung des Steissbeins angewöhnt. Deshalb fielen die Steissbeinschmerzen im Sitzen weniger auf, zumal sie auch weniger beklagt würden. Bei einer gezielten Palpation sei immer eine Dolenz vorhanden gewesen. Dass die Dolenz nur verbal geäussert und nicht von einer Ausweichbewegung begleitet gewesen sei, sei kein Beweis für das Fehlen einer Dolenz. Auch die fehlende Schmerzmimik sei kein Beweis. Das Gleiche gelte für das Fehlen radiologischer Veränderungen im Coccyxbereich. Die Tätigkeit als Krankenschwester sei keine leichte Arbeit, eine Tätigkeit als Pflegerin in einem Altersheim erst recht nicht. Für die Tätigkeit im angestammten Beruf bleibe es deshalb bei einer Arbeitsunfähigkeit von 50%. Falls sich der klinische Befund tatsächlich so gebessert haben sollte, wie es der Orthopäde des ABI beschrieben habe, könnte die Arbeitsfähigkeit in einer adaptierten Tätigkeit tatsächlich höher sein. Sie bezweifle aber, dass eine Arbeitsfähigkeit von 100% erreicht werden könne. Sie sei erstaunt, dass die Kopfschmerzen nach der Auffassung der Gutachter des ABI keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit hätten, dass die



Vergesslichkeit nicht besonders berücksichtigt worden sei und dass auch die gestörte Schmerzverarbeitung keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit haben solle. Der Rechtsvertreter der Versicherten machte am 22. Mai 2009 geltend, diese Ausführungen von Dr. med. B.\_\_\_\_ seien stichhaltig. Deshalb könne allein aus orthopädischer Sicht kein Invalideneinkommen von mehr als Fr. 24'896.- angenommen werden. Dr. med. B.\_\_\_\_ habe nicht als behandelnde Ärztin, sondern als Gutachterin eine Arbeitsfähigkeitsschätzung abgegeben. Die psychiatrische Arbeitsfähigkeitsschätzung des ABI treffe nicht zu, denn Dr. med. E.\_\_\_\_, Dr. med. D.\_\_\_\_ und Dr. med. F.\_\_\_\_ hätten eine Arbeitsunfähigkeit angegeben. Dr. med. E.\_\_\_\_ und Dr. med. D.\_\_\_\_ hätten ihre Einschätzung als unabhängige Gutachter abgegeben. Dr. med. D.\_\_\_\_ werde zudem regelmässig von der MEDAS Ostschweiz als Gutachter beigezogen. Das zumutbare Invalideneinkommen reduziere sich auf Fr. 14'900.-. Das ergebe einen Anspruch auf eine ganze Rente ab März 1999. Selbst bei einer Teilarbeitsfähigkeit wäre mit einem zusätzlichen Abzug von 25% von einem zumutbaren Invalideneinkommen von lediglich Fr. 14'900.- auszugehen.

G.

Die IV-Stelle beantragte am 6. Juli 2009 die Abweisung der Beschwerde. Sie machte insbesondere geltend, es gebe keinen Hinweis darauf, dass die Versicherte durch die Gutachter des ABI nicht gründlich genug untersucht worden wäre. Entgegen dem "Bericht B.\_\_\_\_" seien keine orthopädischen Befunde vorhanden, welche die geltend gemachten Beschwerden erklären könnten. Die Ausführungen im "Bericht B.\_\_\_\_" seien nicht überzeugend, denn es sei vor allem auf die Schmerzäusserungen der Versicherten und auf deren Körperhaltung bei der Untersuchung abgestellt worden. Die Arbeitsfähigkeit sei jedoch nach objektiven Faktoren zu ermitteln. Aus der dramatisch geäusserten Symptomatik könne keine Invalidität abgeleitet werden. Die muskuläre Dysbalance und die Dekonditionierung seien nicht invalidisierend und könnten deshalb keine Arbeitsunfähigkeit erklären. Die Arbeitsfähigkeitsschätzung von Dr. med. E.\_\_\_\_ sei nicht nachvollziehbar. Dr. med. D.\_\_\_\_ habe nicht aufgrund des psychischen, sondern aufgrund des somatischen Gesundheitszustandes eine Arbeitsunfähigkeit von 35% attestiert. Die Arbeitsfähigkeitsschätzung von Dr. med. F.\_\_\_\_ sei nicht relevant, weil per se eine Befangenheitssituation vorliege. Zudem attestiere Dr. med. F.\_\_\_\_ verwaltungs- und gerichtsnotorisch zu tiefe Arbeitsfähigkeiten. Weil für die Versicherte



keine repräsentative Einkommensbasis zur Verfügung stehe, sei der Invaliditätsgrad anhand statistischer Durchschnittslöhne von Hilfsarbeiterinnen zu ermitteln. Das Validen- und das Invalideneinkommen seien gleich hoch, denn es sei kein zusätzlicher Abzug gerechtfertigt, weil die Versicherte auch körperlich mittelschwere Arbeiten ausführen könne.

H.

Am 14. Januar 2010 liess die Versicherte eine Reihe von Arztberichten einreichen. Der Neurochirurg Dr. med. G.\_\_\_\_ hatte dem Hausarzt Dr. med. A.\_\_\_\_ am 18. März 2009 über eine sakrale epidurale Infiltration berichtet. Dabei hatte er ausgeführt, er habe am 23. März 2009 telephonisch von der Versicherten erfahren, dass die Schmerzen in den Beinen und im Kreuz nachgelassen hätten, dass im Kreuz noch leichtere dumpfe Schmerzen bestünden und dass die Versicherte in den Beinen, mit Ausnahme eines isolierten Schmerzes in der Ferse, keine Schmerzen mehr habe. Insgesamt sei die Versicherte mit dem Effekt der Infiltration zufrieden gewesen. Am 27. Juni 2009 hatte Dr. med. G.\_\_\_\_ dem Hausarzt berichtet, die Versicherte habe angegeben, nach zwei Wochen hätten sich die alten Schmerzen wieder eingestellt. Neu aufgetreten sei eine Ausstrahlung an der Vorderseite des rechten Oberschenkels bis zur Kniekappe, zeitweise auch in die rechte Seite des Rückens bis in das Hinterhaupt. Die neuen MRI-Bilder der LWS zeigten keine Veränderung. Sichtbar seien Dehydratationszeichen L4/5 und L5/S1 mit einer Fehlhaltung. Die Facettengelenke wiesen Veränderungen auf. Es bestehe keine Kompression der Nervenstrukturen. Es sei vorgesehen, ab Mitte August eine sakrale epidurale Infiltration zu wiederholen. Am 8. November 2009 hatte Dr. med. G.\_\_\_\_ dem Hausarzt mitgeteilt, der Effekt der zweiten Infiltration sei nicht mehr so eindeutig gewesen. Ende September durchgeführte Facettengelenksinfiltrationen hätten keine Besserung gebracht. Dr. med. F.\_\_\_\_ hatte die Versicherte im medizinischen Zentrum Geissberg (Rehabilitationszentrum für Psychosomatik) angemeldet.

I.

Die IV-Stelle verzichtete am 22. Januar 2010 auf eine Duplik.

Erwägungen:



1.

Die angefochtene Verfügung trägt zwar die Überschrift "Verfügung: Kein Anspruch auf eine Invalidenrente", aber das Verfügungsdispositiv verwendet nicht das Wort "Rentenbegehren", sondern das Wort "Leistungsbegehren". Damit wird dem Umstand Rechnung getragen, dass neben dem Rentenbegehren auch das Begehren um Arbeitsvermittlungsbemühungen abgewiesen wird. In der angefochtenen Verfügung wird nämlich ausdrücklich festgehalten, dass das RAV für die Stellenvermittlung zuständig sei. Das kann nur so interpretiert werden, dass ausschliesslich das RAV zuständig sein soll, weil die Leistungsvoraussetzungen nach Art. 18 Abs. 1 IVG nicht erfüllt seien. Die Verfügung vom 30. Oktober 2008 ist also in dem Sinn eine "zusammengesetzte" Verfügung, als sie über zwei unabhängig voneinander zu prüfende Leistungsbegehren, Rente und Arbeitsvermittlung, entscheidet. Im ersten Teil des Beschwerdebegehrens ist zwar von der vollumfänglichen Aufhebung der Verfügung die Rede, aber der zweite Teil des Begehrens zeigt, dass damit nur der Rententeil der Verfügung gemeint ist. Richtet sich die Beschwerde nur gegen die Abweisung des Rentenbegehrens, so ist nur eine allfällige Rentenberechtigung der Beschwerdeführerin Gegenstand des Beschwerdeverfahrens. In Bezug auf die Abweisung des Begehrens um Arbeitsvermittlung ist die Verfügung vom 30. Oktober 2008 somit unangefochten in Rechtskraft erwachsen.

2.

Gemäss Art. 16 ATSG ist das Einkommen, das die versicherte Person nach dem Eintritt der Invalidität und nach der Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (Invalideneinkommen), in Beziehung zu setzen zum Erwerbseinkommen, das die versicherte Person erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Valideneinkommen). Die Ermittlung des Validen- und des zumutbaren Invalideneinkommens setzt die vorgängige Definition der Validen- und der Invalidenkarriere voraus.

2.1 Die Beschwerdeführerin ist gelernte Krankenschwester. Wäre sie nicht krank geworden, hätte sie diesen Beruf noch im Zeitpunkt des Erlasses der angefochtenen



Verfügung ausgeübt. Es gibt nämlich keine Indizien dafür, dass sich ihre – notwendigerweise hypothetische – Validenkarriere anders entwickelt hätte. Insbesondere besteht kein Anlass, mit der Beschwerdegegnerin anzunehmen, dass die Beschwerdeführerin ohne die Krankheit als Hilfsarbeiterin tätig gewesen wäre. Dass die Validenkarriere bis zur altersbedingten Pensionierung durch die Arbeit im Pflegeheim bestimmt worden wäre, ist unwahrscheinlich, denn die Beschwerdeführerin wäre mit zunehmender Arbeitserfahrung in der Schweiz in der Lage gewesen, eine besser entlohnte Stelle anzunehmen. Die Lage auf dem Arbeitsmarkt für qualifiziertes Pflegepersonal war nämlich in der Zeit ab 1998 aus Arbeitnehmersicht günstig. Das Valideneinkommen wird deshalb nicht durch den im Arbeitsvertrag mit dem Pflegeheim vereinbarten Lohn definiert. Vielmehr ist davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin schon bald in der Lage gewesen wäre, eine Stelle als Krankenschwester anzunehmen, an der sie einen durchschnittlichen Lohn erzielt hätte. Das Valideneinkommen entspricht somit dem durchschnittlichen Lohn einer Krankenschwester.

2.2 Die Beschwerdegegnerin ist davon ausgegangen, dass die Beschwerdeführerin trotz ihrer Krankheit in der Lage sei, als Krankenschwester zu arbeiten. Demgegenüber hat die Beschwerdeführerin sinngemäss die Auffassung vertreten, diese Tätigkeit sei ihr nicht mehr zumutbar oder nicht mehr möglich, weil sie einen grossen Teil der in diesem Beruf auszuübenden Arbeiten gar nicht mehr, nicht mehr richtig oder nur noch mit einer unzumutbaren Anstrengung ausüben könne. Die Beschwerdeführerin hat sich dabei insbesondere auf die Ausführungen von Dr. med. B.\_\_\_\_ im Schreiben vom 11. November 2008 an ihren Rechtsvertreter gestützt, in dem Dr. med. B.\_\_\_\_ ihre früheren Angaben zusammengefasst und gegen die abweichende Beurteilung durch die Gutachter des ABI "verteidigt" hat. Dr. med. B.\_\_\_\_ hat angenommen, dass die Coccygodynie die Beschwerdeführerin bei der Arbeit als Krankenschwester in einem erheblich grösseren Ausmass beeinträchtigt, als die Gutachter des ABI angenommen hätten. Dazu komme, dass die Beschwerdeführerin durch die starken Kopfschmerzen und durch die ausgeprägte Vergesslichkeit eher noch mehr beeinträchtigt sei als durch das orthopädische Leiden. Dr. med. B.\_\_\_\_ ist sinngemäss davon ausgegangen, dass die Beschwerdeführerin als Krankenschwester stark eingeschränkt sei, weil dieser Beruf hohe Anforderungen an die Konzentrationsfähigkeit, an die intellektuelle Leistungsfähigkeit usw. stelle. Diesen Anforderungen sei die Beschwerdeführerin



wegen der Kopfschmerzen und wegen der Gedächtnisstörung nicht mehr gewachsen. Die neurologische Abklärung durch das ABI hat zwar chronische Kopfschmerzen vom Spannungstyp mit migräniformen Exazerbationen ergeben. Der neurologische Gutachter hat aber aus dem angegebenen, dauernd vorhandenen Spannungskopfweh keine Arbeitsunfähigkeit abgeleitet, offenbar weil die Beschwerdeführerin selbst nicht über eine durch das Spannungskopfweh bedingte Beeinträchtigung ihrer Arbeitsfähigkeit geklagt hat. Unter diesen Umständen ist mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erstellt, dass das Kopfweh vom Spannungstyp die Beschwerdeführerin bei der Ausübung ihrer Arbeit als Krankenschwester nicht beeinträchtigen würde. Dasselbe gilt für die migräniformen Exazerbationen, denn diese treten gemäss den Angaben der Beschwerdeführerin gegenüber dem Neurologen des ABI im Schnitt nur alle zehn Tage auf und sie können durch Schmerzmittel bekämpft werden. Sowohl im psychiatrischen als auch im neurologischen Teilgutachten des ABI fehlt jeder Hinweis auf Gedächtnisstörungen, d.h. die Beschwerdeführerin hat nicht über derartige Störungen geklagt. Der psychiatrische Gutachter des ABI hat angegeben, die Beschwerdeführerin sei in der Lage gewesen, ihre Konzentration und ihre Aufmerksamkeit ohne Ermüdungszeichen über die ganze Untersuchungsstanz zu halten. Wäre eine Störung des Gedächtnisses aufgetaucht, hätte der Gutachter das sicherlich erwähnt, da es sich dabei um einen wichtigen Punkt in der Anamnese gehandelt hätte. Bereits Dr. med. E. \_\_\_ hat in seinem psychiatrischen Gutachten vom 10. Mai 2000 festgehalten, dass die Beschwerdeführerin im Bereich Aufmerksamkeit und Konzentration nicht beeinträchtigt gewesen sei. Er hat keine Probleme mit der Gedächtnisleistung erwähnt. Auch im psychiatrischen Gutachten von Dr. med. D. \_\_\_ vom 23. Juli 2004 fehlt ein Hinweis auf Klagen der Beschwerdeführerin über Gedächtnisprobleme. Dasselbe gilt für das Schreiben von Dr. med. F. \_\_\_ vom 5. Januar 2008. Die Behauptung von Dr. med. B. \_\_\_, die Beschwerdeführerin sei auch aufgrund einer Gedächtnisstörung nicht mehr in der Lage, alle Arbeiten zuverlässig auszuführen, die zur Tätigkeit einer Krankenschwester gehörten, findet also in den übrigen medizinischen Unterlagen keine Stütze. Das zwingt zur Schlussfolgerung, dass sich Dr. med. B. \_\_\_ diesbezüglich vollumfänglich auf die – offenbar mit Überzeugung vorgetragene – Selbstangaben der Beschwerdeführerin abgestützt und in der Folge keine anderslautenden Hinweise mehr zur Kenntnis genommen hat. Unter diesen Umständen ist eine Voreingenommenheit von Dr. med. B. \_\_\_ nicht auszuschliessen.



Sie bewirkt zusammen mit dem fehlenden Nachweis eines beeinträchtigenden Ausmasses der Kopfschmerzen und eines relevanten Gedächtnisproblems, dass die Aussagen von Dr. med. B. \_\_\_ zur Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin nicht zu überzeugen vermögen. Nichts anderes gilt für die auf die Diagnose einer Coccygodynie gestützte Aussage von Dr. med. B. \_\_\_, die Beschwerdeführerin sei auch körperlich nicht mehr in der Lage, alle Arbeiten auszuführen, die von einer Krankenschwester verlangt würden. Der orthopädische Gutachter des ABI hat weder bei der bildgebenden noch bei der klinischen Untersuchung Gesundheitsbeeinträchtigungen festgestellt, welche die von der Beschwerdeführerin angegebenen Beschwerden bestätigt hätten. Dem hat Dr. med. B. \_\_\_ am 11. November 2008 entgegen gehalten, bei ihrer Untersuchung sei es bei den Bewegungsprüfungen und den Palpationen zu mehr Schmerzreklamationen als bei der Untersuchung durch den Orthopäden des ABI gekommen. Das sei darauf zurückzuführen, dass die Beschwerdeführerin sich inzwischen eine steissbeinschonende Sitzhaltung angewöhnt habe, wodurch es automatisch zu weniger Schmerzäusserungen gekommen sei. Weder das Fehlen von Ausweichbewegungen noch das Fehlen einer Schmerz mimik bei den Untersuchungen könne beweisen, dass es der Beschwerdeführerin besser gehe. Dasselbe gelte für das Fehlen radiologischer Veränderungen im Coccyxbereich. Immerhin habe sich die Beschwerdeführerin beim Stehen während der Abklärung durch das ABI immer wieder bewegt, was als schmerzausweichendes Manöver zu interpretieren sei. Grundsätzlich könnte es tatsächlich so sein, wie Dr. med. B. \_\_\_ annimmt, nämlich dass die Beschwerdeführerin trotz des weitgehenden Fehlens der üblichen Zeichen für erhebliche somatische Beschwerden an eben solchen Beschwerden litte, so dass sie also nur gegenüber Dr. med. B. \_\_\_ objektive Angaben zu ihren Gesundheitsbeeinträchtigungen gemacht hätte. Effektiv ist dies aber sehr unwahrscheinlich, denn die Beschwerdeführerin hatte nicht die geringste Veranlassung, sich ausgerechnet gegenüber den Gutachtern des ABI so zusammenzureissen, dass praktisch keine somatische Beeinträchtigung mehr zu erkennen war. Viel wahrscheinlicher ist, dass die Beschwerdeführerin sich anlässlich der klinischen Untersuchungen durch die Gutachter des ABI so gegeben hat, wie sie sich tatsächlich gefühlt hat, auch wenn das für die Untersuchung durch Dr. med. B. \_\_\_ bedeuten würde, dass diese Gutachterin ein aggravatorisches Verhalten nicht als solches erkannt hätte. Da der massgebende Sachverhalt nur mit dem Beweismass der überwiegenden



Wahrscheinlichkeit feststehen muss, ist vorliegend davon auszugehen, dass die Einschätzung des orthopädischen Gutachters des ABI die richtige ist. Das bedeutet, dass der Beschwerdeführerin eine körperlich leichte bis mittelschwere Tätigkeit mit einer Hebe- und Traglimite von 15 kg ohne länger dauernde Zwangshaltung zumutbar ist. Die Gutachter des ABI sind davon ausgegangen, dass es Arbeitsplätze für Krankenschwestern gebe, an denen diese Limiten nicht überschritten werden müssten, ohne dass es dadurch zu einer zusätzlichen Belastung der Arbeitskolleginnen mit den körperlich schweren oder mit den körperlich ungeeigneten Tätigkeiten käme. Auch hier hat Dr. med. B.\_\_\_\_ eine andere Meinung vertreten. Sie ist davon ausgegangen, dass es keine Stellen für Krankenschwester gebe, an denen keine schweren Arbeiten und keine Arbeiten in Zwangshaltungen erforderlich seien. Sie ist also davon ausgegangen, dass eine allfällige Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin nicht mehr im Beruf der Krankenschwester verwertet werden könne. Im Normalfall müsste die Frage nach der Verwertbarkeit gestützt auf eine zusätzliche berufsberaterische Abklärung beantwortet werden, da begutachtende Ärzte in der Regel nicht über das Spektrum an Tätigkeiten informiert sind, die in einem bestimmten Beruf erforderlich sind. Im vorliegenden Fall kann eine solche Abklärung aber unterbleiben, weil Ärzte aufgrund ihrer Zusammenarbeit mit Krankenschwestern wissen, ob es Stellen für Krankenschwestern gibt, die den qualitativen Anforderungen der Beschwerdeführerin vollumfänglich gerecht werden. Auch hier gilt deshalb wieder, dass den Aussagen der Gutachter des ABI und nicht denjenigen von Dr. med. B.\_\_\_\_ die erforderliche Überzeugungskraft beizumessen ist. Deshalb steht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit fest, dass es der Beschwerdeführerin zumutbar ist, weiterhin als Krankenschwester zu arbeiten. Die Invalidenkarriere ist deshalb ebenfalls diejenige einer Krankenschwester.

2.3 Zu prüfen bleibt, in welchem Umfang die Beschwerdeführerin als Krankenschwester zumutbarerweise noch tätig sein könnte.

2.3.1 Dr. med. B.\_\_\_\_ hat im Gutachten vom 17. Oktober 1999 eine Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin als Krankenschwester von 50% angegeben. Sie hat die Arbeit als Krankenschwester sogar als recht gut adaptiert bezeichnet, sofern gewisse Beschränkungen bestünden (keine Lasten über 10 kg usw.). Bei jener ersten Begutachtung hat sie die Schmerzangaben der Beschwerdeführerin ohne weiteres als objektives Mass der somatischen Beeinträchtigung akzeptiert, obwohl sie



diese Angaben nicht allein mit der Kontusion des Steissbeins hat erklären können. Dr. med. B.\_\_\_\_ hat vermutet, dass als zweite Ursache eine muskuläre Dysbalance in Frage komme. Bei der zweiten Begutachtung im Sommer 2004 hat Dr. med. B.\_\_\_\_ wieder eine Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin im Beruf als Krankenschwester von 50% ermittelt, sofern dabei die bereits früher angegebenen Einschränkungen berücksichtigt werden könnten. Ursache der geklagten Schmerzen waren immer noch die Coccygodynie und die nun als Lumbagoprobleme bezeichneten Rückenbeschwerden. Auch dieses Gutachten von Dr. B.\_\_\_\_ beruht auf der Annahme, dass die geklagten Beschwerden in Art und voller Stärke objektiv vorhanden seien. Dr. med. B.\_\_\_\_ hat versucht, mit der Diagnosestellung den geklagten Beschwerden gerecht zu werden, wie es für einen behandelnden Arzt typisch ist. Als unabhängige Gutachterin wäre es aber ihre Aufgabe gewesen, die geklagten Beschwerden – und damit auch die subjektive Arbeitsunfähigkeitsüberzeugung – anhand der objektiv nachgewiesenen somatischen Beeinträchtigungen auf ihre Plausibilität zu prüfen. Dass für Dr. med. B.\_\_\_\_ die von der Beschwerdeführerin geschilderten Beschwerden ausschlaggebend waren, zeigt die Stellungnahme vom 11. November 2008 zum ABI-Gutachten deutlich. Dr. med. B.\_\_\_\_ ist dort sogar so weit gegangen, das Ausmass der anlässlich der Abklärung durch das ABI geklagten Beschwerden als unzureichend zu qualifizieren und zu erklären, weshalb die Beschwerdeführerin nicht alle ihre Beschwerden in vollem Ausmass angegeben habe, so dass die Einschätzung der somatischen Beeinträchtigung und der daraus resultierenden Arbeitsunfähigkeit durch den orthopädischen Gutachter des ABI zu optimistisch ausgefallen sei. Der orthopädische Gutachter des ABI hat die Art und die Schwere der Gesundheitsbeeinträchtigung (und damit die Arbeitsunfähigkeit) nicht nach den Beschwerdeschilderungen, sondern nach den klinisch und bildgebend ermittelten Befunden bestimmt. Dabei hat er festgestellt, dass sich nicht alle Beschwerdeschilderungen der Beschwerdeführerin objektiv erklären liessen. Die Ursache der Differenzen hat er auf der nichtorganischen Ebene vermutet. Seine Einschätzung erweist sich nach dem oben Ausgeführten als überzeugender als diejenige von Dr. med. B.\_\_\_\_. In somatischer Hinsicht ist die Beschwerdeführerin also mit überwiegender Wahrscheinlichkeit in ihrem Beruf als Krankenschwester zu 100% arbeitsfähig, wenn sie die nicht mehr zumutbaren körperlichen Belastungen vermeiden kann.



2.3.2 Dr. med. E.\_\_\_\_ hat in seinem Gutachten vom 10. Mai 2000 Diagnosen gestellt, die der psychiatrische Gutachter des ABI nicht hat nachvollziehen können. In der Tat besteht ein deutliches Ungleichgewicht zwischen den gegenüber Dr. med. E.\_\_\_\_ geschilderten, eher leichten psychischen Beeinträchtigungen und den von Dr. med. E.\_\_\_\_ gestellten Diagnosen, die einer massiven Beeinträchtigung entsprechen. Hinzu kommt, dass bei der Arbeitsfähigkeitsschätzung von Dr. med. E.\_\_\_\_ nicht klar ist, ob sie eine Gesamteinschätzung unter Einschluss der von Dr. med. B.\_\_\_\_ angegebenen Arbeitsunfähigkeit ist oder ob Dr. med. E.\_\_\_\_ aus psychiatrischer Sicht allein eine Arbeitsunfähigkeit von 50% angenommen hat. Dieses Gutachten vermag deshalb keine Zweifel an der Richtigkeit des psychiatrischen Gutachtens des ABI zu wecken. Dasselbe gilt für das Gutachten von Dr. med. D.\_\_\_\_ vom 23. Juli 2004. Das ist zum einen darauf zurückzuführen, dass Dr. med. D.\_\_\_\_ die Tochter der Beschwerdeführerin als Dolmetscherin eingesetzt hat und damit Gefahr gelaufen ist, auf seine Fragen nicht die Antworten der Beschwerdeführerin, sondern die persönliche Ansicht der Tochter zu hören. Dass die Tochter der Beschwerdeführerin emotional stark beteiligt war, lässt sich insbesondere daran erkennen, dass sie bei der Frage nach der ehelichen Beziehung der Beschwerdeführerin selbst in Tränen ausgebrochen ist. Dr. med. D.\_\_\_\_ hat denn auch darauf hingewiesen, dass die Tochter nicht alles übersetzt, sondern zumeist stark zusammengefasst habe. Dabei handelt es sich um einen eklatanten formalen Fehler, der für sich allein schon genügt, um dem Gutachten jede Überzeugungskraft abzusprechen. Zum anderen krankt das Gutachten von Dr. med. D.\_\_\_\_ daran, dass die Arbeitsfähigkeitsschätzung nicht aus rein psychiatrischer Sicht abgegeben worden ist. Dr. med. D.\_\_\_\_ hat eine Gesamtschätzung unter Einbezug der von Dr. med. B.\_\_\_\_ angegebenen Arbeitsunfähigkeit vorgenommen. Er hat eine Arbeitsunfähigkeit von 25% aufgrund des Schmerzvermeidungsverhaltens und der Notwendigkeit spontaner Haltungswechsel angegeben, was offenkundig nicht psychisch bedingt gewesen ist. Er hat aber auch angegeben, dass weder auf der psychisch-geistigen Ebene noch im sozialen Bereich eine wesentliche Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit zu eruieren gewesen sei. Auch das Gutachten von Dr. med. D.\_\_\_\_ vermag also keine Zweifel an der Richtigkeit der Arbeitsfähigkeitsschätzung im psychiatrischen Teil des ABI-Gutachtens zu wecken. Erst recht muss das für den Bericht von Dr. med. F.\_\_\_\_ vom 5. Januar 2008 gelten. Die ausgeprägt therapeutische Haltung von Dr. med. F.\_\_\_\_ bei der Abgabe von



Arbeitsfähigkeitsschätzungen ist nämlich tatsächlich notorisch. Bei Dr. med. F.\_\_\_\_ haben erfahrungsgemäss all jene Umstände besonderes Gewicht, die behandelnde Ärzte daran hindern, objektive Arbeitsfähigkeitsschätzungen abzugeben. Zusammenfassend ist festzuhalten, dass die abweichenden psychiatrischen Meinungsäusserungen nicht geeignet sind, die Überzeugungskraft der Arbeitsfähigkeitsschätzung im psychiatrischen Teil des ABI-Gutachtens zu erschüttern. Der psychiatrische Gutachter hat nachvollziehbar erläutert, dass die Beschwerdeführerin über jene Willenskraft verfüge, die erforderlich sei, um die subjektive Arbeitsunfähigkeitsüberzeugung zu überwinden. Das psychiatrische Teilgutachten weist keine Mängel auf, so dass es volle Überzeugungskraft entfaltet. Es steht deshalb mit überwiegender Wahrscheinlichkeit fest, dass die Beschwerdeführerin durch die Beeinträchtigung ihrer psychischen Gesundheit nicht in ihrer Arbeitsfähigkeit als Krankenschwester eingeschränkt ist.

2.4 Die Beschwerdegegnerin hat mittels des Gutachtens des ABI vom 5. Februar 2008 mit dem erforderlichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen, dass die Beschwerdeführerin seit dem Ablauf des sogenannten Wartejahres in einer adaptierten Tätigkeit als Krankenschwester durchgehend zu 100% arbeitsfähig gewesen ist. Da es keinen statistischen Nachweis dafür gibt, dass eine adaptierte Tätigkeit als Krankenschwester schlechter entlohnt würde als eine ganz normale Tätigkeit als Krankenschwester, ist von einem zumutbaren Invalideneinkommen im Betrag des Valideneinkommens auszugehen, m.a.W. es besteht keine Invalidität. Die Beschwerdegegnerin hat deshalb zu Recht einen Rentenanspruch der Beschwerdeführerin verneint.

3. Entsprechend den vorstehenden Erwägungen ist die Beschwerde abzuweisen. Da die Beschwerdeführerin vollumfänglich unterliegt, ist ihr Gesuch um eine Parteientschädigung zulasten der Beschwerdegegnerin abzuweisen. Das Beschwerdeverfahren ist kostenpflichtig. Die Gerichtsgebühr richtet sich nach dem Verfahrensaufwand (Art. 69 Abs. 1<sup>bis</sup> IVG). Dieser ist vorliegend als durchschnittlich einzustufen, so dass praxisgemäss eine Gerichtsgebühr von Fr. 600.- zu erheben ist. Diese Gerichtsgebühr ist durch den von der Beschwerdeführerin in gleicher Höhe geleisteten Vorschuss gedeckt.

Demgemäss hat das Versicherungsgericht



im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 53 GerG

entschieden:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Die Beschwerdeführerin hat eine Gerichtsgebühr von Fr. 600.- zu bezahlen; diese Gebühr ist durch den in gleicher Höhe geleisteten Vorschuss gedeckt.