

SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2007/500 vom 2. Juli 2009

Sg Versicherungsgericht, 2009-07-02, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg_publicationen_IV_2007_500

FR: SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2007/500 du 2 juillet 2009

IT: SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2007/500 del 2 luglio 2009

Regeste

Art. 28 IVG. Beweiswürdigung bei bidisziplinärem (internistisch-rheumatologischem/psychiatrischem) Gutachten und abweichenden Beurteilungen der behandelnden Ärzte. Einkommensvergleich (Entscheidung des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 2. Juli 2009, IV 2007/500). Bestätigt durch Urteil des Bundesgerichts 9C_717/2009.

Erwägungen

E. 1

1.1 Da ein Sachverhalt zu beurteilen ist, wie er sich bis zum Zeitpunkt des Erlasses der angefochtenen Verfügung am 12. November 2007 entwickelt hat, sind die auf den 1. Januar 2008 in Kraft getretenen Rechtsänderungen nicht anwendbar. 1.2 Mit der angefochtenen Verfügung hat die Beschwerdegegnerin einen Rentenanspruch der Beschwerdeführerin abgelehnt. Diese lässt in diesem Verfahren im Hauptstandpunkt (wie schon im Verwaltungsverfahren) allein Rentenleistungen beantragen. Strittig ist demnach zunächst der Rentenanspruch. Ergäbe sich allerdings, dass ohne Eingliederungsmassnahmen ein Rentenanspruch in Frage steht, 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.

E. 2

Die Beschwerdeführerin lässt zunächst eine Verletzung ihres Anspruchs auf rechtliches Gehör rügen. Die Beschwerdegegnerin habe sich in der angefochtenen Verfügung mit den Einwänden zum Vorbescheid nicht ausreichend auseinander gesetzt. Insbesondere sei sie auf den Einwand betreffend die unterdurchschnittliche Entlohnung nicht eingegangen. Aus dem Anspruch auf rechtliches Gehör (Art. 29 Abs. 2 BV) folgt unter anderem die grundsätzliche Pflicht der Behörden, ihren Entscheid zu begründen. Die Begründung eines Entscheids muss so abgefasst sein, dass die betroffene Person diesen in voller Kenntnis der Sache an die höhere Instanz weiterziehen kann; in diesem Sinne müssen wenigstens kurz die Überlegungen genannt werden, von denen sich die Behörde hat leiten lassen und auf die sich ihr Entscheid stützt (Bundesgerichtsentscheid i/S S. vom 4. Mai 2009, 8C_541/2008; BGE 134 I 83 E. 4.1). Nicht erforderlich ist hingegen, dass sich der Entscheid mit allen Parteistandpunkten einlässlich auseinandersetzt und jedes einzelne Vorbringen ausdrücklich widerlegt (Bundesgerichtsentscheid i/S A. vom 28. Oktober 2008, 9C_508/2008; BGE 133 III 439 E. 3.3). Die Beschwerdegegnerin hat zu den Einwänden der Beschwerdeführerin unter anderem insofern Stellung genommen, als sie angab, gemäss ihrem RAD sei auf das

Gutachten abzustellen, da keine neuen Fakten vorgebracht worden seien, welche dessen Schlussfolgerungen in Frage stellen würden. Bezüglich des Einkommensvergleichs hat sie dafürgehalten, ein Valideneinkommen nach den Tabellenlöhnen zu bestimmen, komme nur in besonderen Fällen in Betracht. Einen Abzug zu machen, lehne sie deswegen ab, weil die Arbeitsunfähigkeit rein psychiatrisch begründet sei. Die Beschwerdegegnerin hat ihre Verfügung somit unter den wesentlichen Aspekten kurz begründet. Falls dennoch von einer Verletzung der Begründungspflicht ausgegangen werden müsste, so jedenfalls lediglich von einer leichten, welche zudem als geheilt gelten könnte (zum Ganzen: Bundesgerichtsentscheid i/S S. vom 26. Juni 2007, I 496/06). Im Übrigen würde eine Rückweisung der Sache zu einem formalistischen Leerlauf und damit zu unnötigen Verzögerungen führen, die mit dem (der Anhörung gleichgestellten) Interesse der betroffenen Partei an einer beförderlichen Beurteilung nicht zu vereinbaren wären (Entscheid des Eidgenössischen Versicherungsgerichts i/S Z. vom 14. Juli 2006, I 193/04; BGE 116 V 187 E. 3d). Die Beschwerdeführerin selber gibt der materiellen Behandlung der Sache den Vorzug.

E. 3

3.1 Nach Art. 28 Abs. 1 IVG (in der bis 31. Dezember 2003 gültig gewesenen Fassung) besteht der Anspruch auf eine ganze Invalidenrente, wenn die versicherte Person mindestens zu zwei Dritteln, derjenige auf eine halbe Rente, wenn sie wenigstens zur Hälfte invalid ist. Liegt ein Invaliditätsgrad von mindestens 40 % vor, so besteht Anspruch auf eine Viertelsrente oder, sofern ein Härtefall gegeben ist, auf eine halbe Rente (Art. 28 Abs. 1 bis IVG). Nach Art. 28 Abs. 1 IVG (in der vom 1. Januar 2004 bis 31. Dezember 2007 gültig gewesenen Fassung) 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. 3.2 Für die Invaliditätsbemessung 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). Ob die versicherte Person eine ihr zumutbare Tätigkeit auch tatsächlich ausübt, ist für die Invaliditätsbemessung hingegen unerheblich (Rz 3046 des vom Bundesamt für Sozialversicherungen erlassenen Kreisschreibens über die Invalidität und Hilflosigkeit in der Invalidenversicherung = KSIH). 3.3 Die Beschwerdegegnerin stellt auf das Ergebnis des bidisziplinären Gutachtens der Dres. E.____ und F.____ ab, wonach die Beschwerdeführerin in angestammter wie angepasster Tätigkeit insgesamt zu 70 % arbeitsfähig sei. Die Beschwerdeführerin hingegen ist der Ansicht, weder das rheumatologische noch das psychiatrische (Teil-)Gutachten sei beweistauglich. Höher einzustufen seien die Beurteilungen von Dr. B.____ und Dr. D.____. In der Replik beruft sie sich ausserdem auf den Bericht von Dr. H.____. 3.4 Dr. E.____ hat sein internistisch-rheumatologisches Gutachten nach einer Kenntnisnahme von den Akten abgegeben. Er hat die Angaben der Beschwerdeführerin zu ihrer Herkunftsfamilie, zur sozialen und beruflichen Anamnese und zum jetzigen Leiden aufgenommen. Ferner hat er den klinischen Untersuchungsstatus erhoben und ein Röntgenbild der HWS vom 4. Juni 2002 und ein MRI der HWS vom 11. April 2003 beurteilt. Der Gutachter hat unter anderem

einen konsistenzvermehrten Gewebs- und muskulären Verkürzungsbefund der Nacken- und absteigenden und transversalen Schulterblattmuskulatur und der dorsalseitigen LWS-Strukturen mit reduzierter LWS-Beugeentfaltung, einen Schürzengriff mit beidseits DVP [-Abstand] von 26 cm, eine retropatelläre Crepitation und vereinzelte Fibromyalgie definierende Tenderpoints ($\leq 11/18$) gefunden. Er diagnostizierte chronische, teils akut exacerbierende unspezifische Nacken- und Rückenbeschwerden sowie Adipositas und arterielle Hypertonie. Nach seiner Beurteilung seien für die Schmerzbeschwerden - bei den eigenen Möglichkeiten übersteigenden Bewältigungsanforderungen - über eine neurovegetative und -muskuläre Hyperreagibilität somatisierte psychosoziale Belastungsfaktoren hauptverantwortlich (beruflich-familiäre Mehrfachbelastung bei durch Kindsverluste in der Schwangerschaft bzw. nach Geburt belasteter Vorgeschichte). Relevante, primär im Bewegungsapparat wurzelnde Krankheitsfaktoren seien nicht zu diagnostizieren gewesen. Es habe sich kein organmedizinisches Leiden gezeigt, das die beklagten Körperbeschwerden erklären würde.

3.5 Die Beschwerdeführerin lässt geltend machen, eine volle Arbeitsfähigkeit (aus somatischer Sicht) sei angesichts des Beschwerdebildes nicht nachvollziehbar. Die Schlussfolgerung, es lasse sich somatischerseits keine Arbeitsunfähigkeit ableiten, weil keine primär im Bewegungsapparat wurzelnden Krankheitsfaktoren hätten diagnostiziert werden können, sei verharmlosend. Und die Beschwerdeführerin habe sich nicht ernst genommen gefühlt. Der behandelnde Arzt, dessen Einschätzung beweiskräftiger sei, habe ihr denn auch aus somatischer Sicht eine Arbeitsfähigkeit von nur noch 85 bis 90 % attestiert. Es lässt sich feststellen, dass die beiden Arbeitsfähigkeitsschätzungen nicht sehr weit auseinander liegen. Dem Arztbericht von Dr. B.____ ist kein Befund zu entnehmen, der im Gutachten nicht berücksichtigt worden wäre. Der Gutachter hat den Krankheitsfaktoren im Bewegungsapparat im Unterschied zu Dr. B.____ allerdings keine die Arbeitsfähigkeit einschränkende Bedeutung zugemessen. Er hat auf HWS-Bilder vom Juni 2002 und vom April 2003 abgestellt und eine neue bildgebende Diagnostik nicht für erforderlich gehalten. Dieser ärztliche Entscheid, auf das Erheben aktueller Befunde mit bildgebenden Verfahren zu verzichten, ist zwar nicht ohne weiteres erklärlich, sind doch die vorhandenen Bilder immerhin bereits mehrere Jahre alt. Er kann aber nach den vorliegenden Umständen gerade noch als vertretbar betrachtet werden, da nach den diesbezüglichen Angaben der Beschwerdeführerin und der Aktenlage offenbar keine Anhaltspunkte für eine allfällige somatisch ausgelöste Progredienz vorlagen. Angesichts der - wie unten darzulegen sein wird - höheren Arbeitsunfähigkeit aus psychiatrischer Sicht kommt der Differenz der Arbeitsunfähigkeitsschätzungen aus somatischen Gründen durch Dr. B.____, auf den sich die Beschwerdeführerin beruft, und durch den Gutachter ausserdem keine ausschlaggebende Bedeutung zu. Erwähnt werden kann aber, dass sich die Beurteilung des Gutachters nicht nur auf eine eigene Untersuchung, sondern wie erwähnt auch auf eine Kenntnisnahme von den Akten stützt und insofern - wenn das Gutachten auch knapp gefasst ist - umfassender ist, was ihr mehr Gewicht verleiht. Dass die Beschwerdeführerin ihre Beschwerden als verharmlost und sich als nicht ernst genommen empfunden hat, findet möglicherweise eine Erklärung in ihrer paranoid-ängstlichen Verarbeitungstendenz. Was die abweichende Beurteilung von Dr. H.____ vom 22. Februar 2008 betrifft, vermag diese keine relevanten Zweifel an der gutachterlichen Beurteilung zu rechtfertigen. Wenn Dr. H.____ dafürhält, eine praktisch verwertbare Arbeitsfähigkeit von mehr als 30 % liege sicherlich nicht vor, macht er einen Unterschied zur medizinisch-theoretischen Arbeitsunfähigkeit, welcher nicht erklärt und begründet wird. Die kurzen Angaben des - offenbar ebenfalls behandelnden - Dr. H.____

sind jedenfalls für den vorliegend massgeblichen Sachverhalt (bis zum Zeitpunkt des Erlasses der angefochtenen Verfügung) nicht geeignet, den Beweiswert des Gutachtens umzustossen. 3.6 Das Ergebnis der psychiatrischen Begutachtung durch Dr. F.____ wird von der Beschwerdeführerin deswegen beanstandet, weil die Untersuchung mit einer Dauer von einer bis eineinhalb Stunden zu kurz ausgefallen sei. Der Gutachter selber hat angegeben, die Untersuchung habe zwei Stunden und 15 Minuten gedauert. Wie viel Zeit für eine Exploration erforderlich ist, schwankt nach der Rechtsprechung des Bundesgerichts (Entscheid des Eidgenössischen Versicherungsgerichts i/S S. vom 13. Juni 2006, I 58/06 E. 2.2) in weiten Grenzen und ein genereller Zeitrahmen lässt sich nicht verbindlich angeben. Der bei einer psychiatrischen Untersuchung zu betreibende zeitliche Aufwand ist von der Fragestellung und der zu beurteilenden Psychopathologie abhängig (Urteil des Bundesgerichts i/S L. vom 14. November 2007, I 1094/06 E. 3.1.1). Die bezeichnete Untersuchungsdauer erscheint vorliegend nicht als ungenügend. Auch der Einwand, der Arzt habe die Beschwerdesituation der Beschwerdeführerin verharmlost und habe, da sie wohl teilweise dissimuliert habe, die paranoiden Symptome nicht erfasst, lässt sich nicht bestätigen. Vielmehr zeigt sich, dass der Gutachter und der behandelnde Arzt die psychiatrischen Symptome als solche übereinstimmend beschreiben. Dr. F.____ hat eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung, eine leichte depressive Episode mit somatischem Syndrom und soziale Phobien diagnostiziert. Er gab an, es lasse sich eine leicht depressive Grundstimmung mit massivstem Belastungserleben durch die bis heute nicht verarbeitete, das Krankheitsgeschehen entscheidend aufrecht erhaltende Kränkung (am letzten Arbeitsplatz), damit verbundener affektiver Instabilität, Wut, sozialen Ängsten, mit zum Teil paranoiden Verarbeitungsmustern, sozialem Rückzug und berichteten Suizidgedanken feststellen. Dr. D.____ gab als Diagnosen eine mittelgradige bis schwere depressive Störung mit Beziehungsideen auf dem Boden einer ängstlichen Persönlichkeit und ein chronifiziertes Schmerzsyndrom an. Die Berichte der psychiatrischen Fachpersonen unterscheiden sich hingegen bezüglich der Einschätzung des Schweregrads der depressiven Störung und wesentlich unter dem Aspekt der Arbeitsfähigkeitsschätzung. 3.7 Liegen - wie hier - unterschiedliche ärztliche Beurteilungen vor, so hat der Sozialversicherungsrichter aufgrund des im Sozialversicherungsrecht geltenden Grundsatzes der freien Beweiswürdigung (BGE 125 V 352 E. 3a) alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestatten. Die Rechtsprechung hat es mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung als vereinbar erachtet, in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Gutachten und Berichte Richtlinien für die Beweiswürdigung aufzustellen (BGE 125 V 352 E. 3b). Das im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholte 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, besitzt bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 125 V 351 E. 3b/bb; Entscheid des Eidgenössischen Versicherungsgerichts i/S G. vom 4. September 2006, I 713/05). Nach der Rechtsprechung ist bei der Beweiswürdigung der Erfahrungstatsache Rechnung zu tragen, dass Hausärzte und über eine längere Zeit hinweg regelmässig behandelnde Spezialärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (so etwa der Entscheid des Eidgenössischen Versicherungsgerichts i/S C. vom 6. Dezember 2006, I 329/06; BGE 125 V 353 E. 3b/cc),

oder es ist damit zu rechnen, dass sie sich durch die "Macht des Faktischen" von der pessimistischen subjektiven Einstellung ihrer Patienten überzeugen lassen (so der nicht veröffentlichte Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen i/S A.M.-C. vom 27. März 2003). Das Bundesgericht hat andererseits festgehalten, der Richter könne auch auf die speziellen, etwa dank der langjährigen Betreuung nur einem Hausarzt zugänglichen Kenntnisse des Gesundheitszustandes eines Versicherten abstellen (nicht veröffentlichter Entscheid des Eidgenössischen Versicherungsgerichts I 255/96, zit. im Entscheid des Schweizerischen Bundesgerichts vom 21. Dezember 2005, 4P.254/2005). Es geht jedenfalls nicht an, den Aussagen des Hausarztes ohne nähere und unter dem Gesichtspunkt des Willkürverbotes haltbare Begründung die Glaubwürdigkeit von vornherein abzusprechen (Bundesgerichtsentscheid 4P.254/2005).

3.8 Als seit längerem behandelnder Arzt hat Dr. D.____ die Beschwerdeführerin und ihre jeweilige gesundheitliche Situation nicht nur einmal (wie der Gutachter), sondern immer wieder beobachten können. In dieser Funktion besitzt er wohl auch das erwähnte auftragsrechtliche Vertrauen der Beschwerdeführerin. Beides verhilft ihm zu einem Überblick und einer gründlichen Kenntnis des ihm präsentierten medizinischen Sachverhalts. Da Dr. D.____ unter diesen Umständen - auch im jüngeren Bericht vom 22. November 2007 - keine Gesichtspunkte erwähnt, welche bei der Begutachtung unberücksichtigt geblieben wären, kommt dem Gutachten ein grosser Stellenwert zu. Der psychiatrische Gutachter konnte seine Beurteilung ferner im Unterschied zum behandelnden Arzt mit Aktenkenntnis abgeben. Von Dr. D.____ lag ihm der Bericht vom 2. Mai 2005 vor. Von der Beschwerdeführerin erfragte er die soziale und berufliche Anamnese und ihre Angaben zur Krankheitsentwicklung und zu den aktuellen Beschwerden. Er beschrieb im Gutachten die bei der eigenen fachärztlichen Untersuchung erhobenen psychopathologischen Befunde. Das Gutachten erscheint daher als umfassend abgestützt. Seine Schlussfolgerungen sind ausserdem nachvollziehbar begründet. Die Beschwerdeführerin macht zwar geltend, die Beurteilung von Dr. D.____ sei objektiv erfolgt und es handle sich nicht um die Übernahme ihrer subjektiven Einschätzung. Es ist aber doch zu beachten, dass er ihre Beschwerdesituation als Arzt betrachtet, der sich auf die Behandlung ihrer Leiden ausrichtet. Seine Beurteilung ihrer Arbeitsfähigkeit erwächst daher doch aus einer anderen als einer gutachterlichen Perspektive, nämlich aus dem therapeutischen Auftrag. Seine Schlussfolgerung, die Beschwerdeführerin sei in keinem Fall in der freien Wirtschaft einsetzbar, erscheint weniger überzeugend als die gutachterliche. Diese lautet dahingehend, dass die psychiatrisch bedingte Arbeitsunfähigkeit objektiv mit 30 % zu beziffern sei, wobei gewisse Schwankungen berücksichtigt werden müssten. In Anbetracht der letztgenannten Feststellung vermag das Schreiben von Dr. D.____ vom 22. November 2007, der von einer gewissen Verstärkung der paranoiden Ideen und depressiven Zustände aus einem bestimmten (wohl vorübergehenden) Anlass berichtete, das Ergebnis des Gutachtens nicht in Frage zu stellen. Es kann zusammenfassend auf die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit durch die beiden Gutachter abgestellt werden.

E. 4

4.1 In erwerblicher Hinsicht wird für die Bestimmung des Invaliditätsgrades nach Art. 16 ATSG das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Valideneinkommen). Nach der Rechtsprechung ist für die Ermittlung des Valideneinkommens entscheidend, was sie im massgebenden Zeitpunkt auf Grund ihrer

beruflichen Fähigkeiten und persönlichen Umstände nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als Gesunde tatsächlich verdienen würde. Die Einkommensermittlung hat so konkret wie möglich zu erfolgen. Da nach empirischer Feststellung in der Regel die bisherige Tätigkeit im Gesundheitsfall weitergeführt worden wäre, ist Anknüpfungspunkt für die Bestimmung des Valideneinkommens grundsätzlich der letzte vor Eintritt der Gesundheitsschädigung erzielte, nötigenfalls der Teuerung und der realen Einkommensentwicklung angepasste Verdienst (BGE 134 V 325 E. 4.1). Für die Vornahme des Einkommensvergleichs ist allerdings grundsätzlich auf die Gegebenheiten im Zeitpunkt des allfälligen Rentenbeginns abzustellen (BGE 129 V 222), vorliegend somit auf das Jahr 2003. In jenem Jahr hätte die Beschwerdeführerin bei einer vollzeitlichen Anstellung einen Monatslohn von Fr. 3'000.-- erzielt. Ein 13. Monatslohn war nach Angaben in der Arbeitgeberbescheinigung nicht ausbezahlt worden, hingegen in beiden Jahren eine Gratifikation in dieser Höhe. An ihrer konkreten Stelle hat die Beschwerdeführerin dennoch unterdurchschnittlich verdient. Frauen konnten nämlich im statistischen Mittel (Zentralwert; vgl. AHI 1999 S. 50) im Jahr 2002 mit einfachen und repetitiven Tätigkeiten im privaten Sektor Fr. 45'840.-- (12mal Fr. 3'820.--) erzielen (vgl. Tabelle TA1 der Schweizerischen Lohnstrukturerhebung des Bundesamtes für Statistik, LSE 2002), aufwertet auf das Jahr 2003 Fr. 46'596.-- und korrigiert um die betriebsübliche durchschnittliche Arbeitszeit von damals 41.7 Stunden pro Woche (vgl. T2.5.2; statt 40 Stunden, wie sie der Tabellengruppe A generell zugrunde liegt) bei 100 % Beschäftigung Fr. 48'579.-- (vgl. Anhang 2 der Textausgabe IV, Gesetze und Verordnungen).

4.2 Für die Bestimmung des Invalideneinkommens ist 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, sowie das Einkommen aus der Arbeitsleistung als angemessen und nicht als Soziallohn erscheint, gilt grundsätzlich der von ihr tatsächlich erzielte Verdienst als Invalidenlohn. Ist kein solches effektives 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 statistische Werte (Tabellenlöhne) beigezogen werden (BGE 129 V 472 E. 4.2.1, Bundesgerichtsentscheid i/S C. vom 19. Juni 2008, 9C_81/2008). Es kann vorliegend davon ausgegangen werden, dass der Beschwerdeführerin auf einem hypothetischen ausgeglichenen Arbeitsmarkt, wie er für die Invaliditätsbemessung massgebend ist, ausreichend viele adaptierte Arbeitsmöglichkeiten offen stehen. Die Beschwerdeführerin hat aber, wie oben dargelegt, als Gesunde an der zufällig innegehabten konkreten Stelle unterdurchschnittlich verdient. Es ist nicht anzunehmen, dass sie sich mit einem solchen Lohn aus freien Stücken begnügt hat, sondern es werden hierfür wohl eher invaliditätsfremde Gründe verantwortlich gewesen sein. Um einen Einfluss solcher Umstände auf die Invaliditätsbemessung zu eliminieren, ist bei der Bemessung des Invalideneinkommens zu berücksichtigen, dass die Beschwerdeführerin auch als gesundheitlich Beeinträchtigte von vornherein nicht das durchschnittliche statistische Lohnniveau erreichen dürfte. Wird von der gesundheitlichen Einschränkung (samt einem allfälligen Abzug vom Tabellenlohn für invaliditätsbedingte Aspekte) abgesehen, kann angenommen werden, dass die ausbildungsmässigen und persönlichen Faktoren sich grundsätzlich auf beiden Seiten gleich auf das erreichbare Lohnniveau niederschlagen. Unterschiede, die durch die konkrete Stellenwahl bedingt sind,

sind nicht massgeblich. Es rechtfertigt sich deshalb, sowohl für das Valideneinkommen wie für das Invalideneinkommen von demselben Lohnniveau bei voller Beschäftigung auszugehen. 4.3 In der Praxis werden die zur Bestimmung des Invalideneinkommens herangezogenen Tabellenlöhne gekürzt, wenn Versicherte, die in ihrer letzten Tätigkeit körperliche Schwerarbeit verrichteten, nach Eintritt des Gesundheitsschadens auch für leichtere Arbeiten nur beschränkt einsatzfähig sind, wenn sie - unabhängig von der früher ausgeübten Tätigkeit - als gesundheitlich Beeinträchtigte im Rahmen leichter Hilfsarbeitertätigkeiten nicht mehr voll leistungsfähig sind oder wenn weitere persönliche und berufliche Merkmale wie Alter, Dauer der Betriebszugehörigkeit, Nationalität oder Aufenthaltskategorie sowie Beschäftigungsgrad Auswirkungen auf die Lohnhöhe haben. Der Abzug ist nicht schematisch vorzunehmen. Vielmehr ist der Einfluss aller Merkmale auf das Invalideneinkommen unter Würdigung der Umstände im Einzelfall nach pflichtgemäßem Ermessen gesamthaft zu schätzen. Letztlich ist der Abzug vom statistischen Lohn unter Berücksichtigung aller jeweils in Betracht fallenden Merkmale auf insgesamt höchstens 25 % zu begrenzen (vgl. BGE 126 V 75). Da die Beschwerdeführerin leidsbedingt einer gewissen Rücksicht von Seiten eines potentiellen Arbeitgebers bedarf und weil aus Gründen der gesundheitlichen Beeinträchtigung nicht damit gerechnet werden kann, dass sie die Durchschnittseinkommen wird erreichen können, da doch die statistischen Erhebungen die durchschnittlichen Lohnverhältnisse gesunder Arbeitnehmer widerspiegeln, rechtfertigt es sich, einen Abzug von 10 % vorzunehmen. Zusammen mit der Arbeitsunfähigkeit von 30 % ergibt sich auf diese Weise ein Invaliditätsgrad von 37 % (30 % zuzüglich 0.1x 70 %). 4.4 Im Ergebnis ist daher nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin einen Rentenanspruch der Beschwerdeführerin abgewiesen hat. Allenfalls könnte die Beschwerdeführerin Unterstützung bei der Stellensuche beantragen.

E. 5

5.1 Im Sinne der vorstehenden Erwägungen ist die Beschwerde abzuweisen. 5.2 Nach Art. 69 Abs. 1 bis 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 Anrechnung des bezahlten Kostenvorschusses in gleicher Höhe.

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