

# **SG\_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2009/147 vom 10. März 2011**

Sg Versicherungsgericht, 2011-03-10, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg\\_publicationen\\_IV\\_2009\\_147](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg_publicationen_IV_2009_147)

FR: SG\_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2009/147 du 10 mars 2011

IT: SG\_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2009/147 del 10 marzo 2011

## **Regeste**

Art. 28 Abs. 2 IVG: Beweislast für die Zustellung einer Verfügung trägt grundsätzlich die Verwaltung. Prüfung des Anspruchs auf eine Invalidenrente. Würdigung eines Gutachtens nach Wiederanmeldung (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 10. März 2011, IV 2009/147).

## **Erwägungen**

### **E. 1**

1.1 Für den Zeitpunkt der Zustellung einer Verfügung trägt grundsätzlich die Verwaltung die Beweislast. Wird die Tatsache oder das Datum der Zustellung einer uneingeschriebenen Sendung bestritten, muss daher nach der Rechtsprechung im Zweifel auf die Darstellung des Empfängers abgestellt werden (BGE 124 V 402 E. 2a und 103 V 66 E. 2; Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG, seit 1. Januar 2007: Sozialrechtliche Abteilungen des Bundesgerichts] vom 16. September 2005, C 171/05 E. 4.2). Rechtsprechungsgemäss genügt bezüglich Tatsachen, die für die Zustellung von Verfügungen erheblich sind, der Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (Urteil des EVG vom 16. September 2005, C 171/05 E. 4.2; m.w.H. Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, 2. Aufl., 2009, Rz 6 zu Art. 39). Es ist danach nicht der volle Beweis zu verlangen, sondern das Gericht hat von allen möglichen Geschehensabläufen jener Sachverhaltsdarstellung zu folgen, die als die wahrscheinlichste erscheint (Urteil des EVG vom 31. August 2004, I 218/04 E. 5.1). Das Bundesgericht hat dies damit begründet, dass es der Verwaltung bei Massenverfügungen nicht zumutbar sei, diese stets eingeschrieben zu versenden; dies sei zudem auch für die Postbetriebe ein zu grosser Aufwand (ZAK 1984 S. 124, E. 1b; vgl. auch BGE 121 V 5 E. 3b). Die Verwaltung könne den erforderlichen Nachweis des Zustellzeitpunkts nicht lediglich mit dem Hinweis auf den normalen organisatorischen Ablauf im Versand von Verfügungen erbringen. Jedoch könne der Nachweis der Zustellung aufgrund von weiteren Indizien oder gestützt auf die gesamten Umstände erbracht werden. So könne sich aus der Zahlung einer Forderung, aus der mit der Verwaltung gewechselten Korrespondenz, aus dem Verhalten der versicherten Person oder aus Zeugenaussagen ergeben, dass und wann die Verfügung eröffnet worden sei (ZAK 1984 S. 124, E. 1b in fine; vgl. auch die Urteile des EVG vom 29. August 2003, C 192/02 E. 2.1 und vom 31. August 2004, I 218/04 E. 5.1). 1.2 Vorliegend ist bestritten, ob die Verfügung vom 10. Dezember 2008 dem Beschwerdeführer zugestellt wurde, respektive ob diese in seinen Empfangsbereich gelangt ist. Der Beschwerdeführer macht geltend, dass ihm die Verfügung nie zugestellt worden sei. Erst nach Erhalt der IV-Akten am 18. März 2009 habe sich gezeigt, dass sich die Verfügung vom 10. Dezember 2008 in den Unterlagen befinde. Mit Schreiben vom 19. Mai 2009 ersuchte das Versicherungsgericht des Kantons

St. Gallen die Beschwerdegegnerin, sich zur Rechtzeitigkeit der Beschwerde vernehmen zu lassen (act. G 3). In der Beschwerdeantwort führte sie dazu aus, dass der Beschwerdeführer auf den Vorbescheid nicht reagiert habe, obwohl ihm und seiner Ehefrau die IV-Abläufe seit Jahren bekannt seien. Mangels Stellungnahme sei die abweisende Verfügung am 10. Dezember 2008 verschickt worden. Anlässlich der MEDAS-Begutachtung der Ehefrau des Beschwerdeführers im Januar 2009 habe diese mitgeteilt, dass ihr Ehemann seit Jahren keine Stelle finde, jedoch gesund sei. Die Beschwerdefrist gegen die Verfügung vom 10. Dezember 2008 sei längst abgelaufen. 1.3 Durch ihre Ausführungen vermag die Beschwerdegegnerin nicht nachzuweisen, dass die Verfügung vom 10. Dezember 2008 mit überwiegender Wahrscheinlichkeit dem Beschwerdeführer zugestellt wurde. Der Umstand, dass der Beschwerdeführer und seine Ehefrau die IV-Abläufe kennen würden, sowie die Aussage der Ehefrau anlässlich der MEDAS-Begutachtung, sind für die vorliegend zu beurteilende Frage der Zustellung der angefochtenen Verfügung nicht aussagekräftig. Es ist daher auf die Sachverhaltsschilderung des Beschwerdeführers abzustellen, wonach ihm die Verfügung vom 10. Dezember 2008 nicht zugestellt wurde. Dem Beschwerdeführer wurde somit die Verfügung über seinen Rechtsvertreter erst im Zeitpunkt der Zustellung der IV-Akten am 18. März 2009 eröffnet, weshalb die Beschwerdefrist in diesem Zeitpunkt ausgelöst wurde. Unter Berücksichtigung des Fristenstillstands vor und nach Ostern (Art. 38 Abs. 4 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG; SR 830.1]) erfolgte die Beschwerde vom 4. Mai 2009 innert der 30-tägigen Beschwerdefrist, weshalb auf die Beschwerde einzutreten ist.

## **E. 2**

Am 1. Januar 2008 sind die im Zug der 5. IV-Revision revidierten Bestimmungen des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG; SR 831.20), der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV; SR 831.201) und des ATSG in Kraft getreten. In materiellrechtlicher Hinsicht gilt jedoch der allgemeine übergangsrechtliche Grundsatz, dass der Beurteilung jene Rechtsnormen zu Grunde zu legen sind, die bei Erlass des angefochtenen Entscheids beziehungsweise im Zeitpunkt gegolten haben, als sich der zu den materiellen Rechtsfolgen führende Sachverhalt verwirklicht hat (vgl. BGE 127 V 467 E. 1, 126 V 136 E. 4b, je mit Hinweisen). Die angefochtene Verfügung ist am 10. Dezember 2008 ergangen (am 18. März 2009 dem Beschwerdeführer eröffnet), wobei ein Sachverhalt zu beurteilen ist, der vor dem Inkrafttreten der revidierten Bestimmungen der 5. IV-Revision am 1. Januar 2008 begonnen hat. Daher und aufgrund dessen, dass der Rechtsstreit eine Dauerleistung betrifft, über die noch nicht rechtskräftig verfügt wurde, ist entsprechend den allgemeinen intertemporalrechtlichen Regeln für die Zeit bis 31. Dezember 2007 auf die damals geltenden Bestimmungen und ab diesem Zeitpunkt auf die neuen Normen der 5. IV-Revision abzustellen (vgl. zur 4. IV-Revision: BGE 130 V 445 ff.; Urteil des Bundesgerichts vom 7. Juni 2006, I 428/04, E. 1). Diese übergangsrechtliche Lage zeitigt indessen keine materiellrechtlichen Folgen, da die 5. IV-Revision hinsichtlich des Begriffs und der Bemessung der Invalidität keine substantiellen Änderungen gegenüber der bis Ende 2007 gültig gewesenen Rechtslage gebracht hat. Nachfolgend werden die seit 1. Januar 2008 gültigen Bestimmungen des ATSG, IVG und IVV wiedergegeben.

## **E. 3**

3.1 Gegenstand der angefochtenen Verfügung ist einzig die Ablehnung eines Rentenanspruchs des Beschwerdeführers. Anfechtungsgegenstand des vorliegenden

Verfahrens kann somit grundsätzlich ebenfalls nur der Anspruch auf Rentenleistungen sein (BGE 131 V 164 E. 2.1). Auf die Ausführungen des Beschwerdeführers bezüglich Arbeitsvermittlung ist daher nicht weiter einzugehen. Streitig und im vorliegenden Verfahren zu überprüfen ist somit, ob die Beschwerdegegnerin den Anspruch des Beschwerdeführers auf eine Invalidenrente zu Recht abgelehnt hat.

3.2 Unter Invalidität wird die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit verstanden (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Erwerbsunfähigkeit ist dabei der durch eine Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 ATSG). Der Grad der für einen allfälligen Rentenanspruch massgebenden Invalidität wird gemäss Art. 16 ATSG durch einen Einkommensvergleich ermittelt, bei dem das Einkommen, das die versicherte Person nach dem Eintritt der Invalidität und nach der Durchführung der notwendigen und zumutbaren Eingliederungsmassnahmen bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (zumutbares Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt wird zum Einkommen, das die versicherte Person erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Valideneinkommen).

3.3 Die Rentenabstufungen nach Art. 28 IVG geben bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40% Anspruch auf eine Viertelsrente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50% Anspruch auf eine halbe Rente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 60% Anspruch auf eine Dreiviertelsrente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 70% Anspruch auf eine ganze Rente.

3.4 Wurde eine Rente wegen eines zu geringen Invaliditätsgrades verweigert, wird eine neue Anmeldung nach Art. 87 Abs. 4 IVV nur geprüft, wenn die Voraussetzungen gemäss Abs. 3 erfüllt sind. Danach ist von der versicherten Person im Gesuch glaubhaft zu machen, dass sich der Grad der Invalidität in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert hat. Die Frage, ob eine anspruchsbegründende Änderung in den für den Invaliditätsgrad erheblichen Tatsachen eingetreten sein könnte, beurteilt sich durch den Vergleich des Sachverhaltes, wie er im Zeitpunkt der ersten Ablehnungsverfügung (bzw. bei mehreren Ablehnungen seit der letzten unangefochten gebliebenen Ablehnung des Leistungsgesuchs) bestanden hat, mit demjenigen zur Zeit der streitigen neuen Verfügung (BGE 130 V 73 E. 3.1). Tritt die Verwaltung nach geglückter Glaubhaftmachung auf die Neuanschuldung ein, so hat sie die Sache materiell abzuklären und zu prüfen, ob nunmehr eine anspruchsbegründende Invalidität zu bejahen sei (Urteil des EVG vom 20. April 2005, I 797/2004 E. 1.2).

3.5 Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung und im Beschwerdefall das Gericht auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist (BGE 125 V 261 E. 4). Das Gericht hat den Sachverhalt von Amtes wegen festzustellen und demnach zu prüfen, ob die vorliegenden Beweismittel eine zuverlässige Beurteilung des strittigen Leistungsanspruchs gestatten. Hinsichtlich des Beweiswerts eines Arztberichts ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten begründet sind (BGE 125 V 352 E. 3a).

4.1 Zu prüfen ist vorab, ob die medizinische Aktenlage eine rechtsgenügende Beurteilung der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers erlaubt. In medizinischer Hinsicht stützt sich die Beschwerdegegnerin auf das Gutachten von Dr. med. C.\_\_\_\_, Spezialarzt Orthopädie FMH, vom 13. Dezember 2007 (orthopädische Begutachtung vom 25. Mai 2007 und psychiatrische Begutachtung durch Dr. D.\_\_\_\_, Psychiatrie und Psychotherapie FMH, vom 12. September 2007). Der Beschwerdeführer ist hingegen der Ansicht, dass auf das Gutachten vom 13. Dezember 2007 nicht abgestellt werden könne.

4.2 Konkret bringt er gegen das Gutachten vor, dass sich der Gesundheitszustand in den letzten 1 bis 1 ½ Jahren erheblich verschlechtert habe, sodass mit Sicherheit keine 80%ige Arbeitsfähigkeit für eine adaptierte Beschäftigung mehr vorliege. Das orthopädische Gutachten von Dr. C.\_\_\_\_ sei für die Beurteilung des Gesundheitszustands nicht ausreichend. Insbesondere sei nicht nachvollziehbar, warum die Ausstrahlungen ins rechte Bein nicht als glaubwürdig betrachtet werden sollten, da diese nicht unbedingt von L5 stammen müssten. Es sei daher eine neue Begutachtung durchzuführen, welche sich insbesondere mit rheumatologischen und neurologischen Fragen beschäftige. Allerdings sei auch ein neues orthopädisches Gutachten einzuholen, da sich das bisherige Gutachten einzig auf die Aussagen beschränke, dass die lumbalen Schmerzen und die abnormen Untersuchungsbefunde der LWS mit den im MRI dargestellten degenerativen Veränderungen grösstenteils vereinbar seien, die Prognose wegen des mehretägigen Befalls ungünstig sei und im Weiteren die Schmerzausstrahlung in den rechten Oberschenkel nicht dem Dermatom der Nervenwurzel L5 entspreche und die Hyposensibilität des gesamten rechten Beines bei fehlender Neurokompression der entsprechenden Segmente nicht nachvollzogen werden könne. Es seien allerdings weder die lumbalen Schmerzen noch die Ausstrahlungen oder die Hyposensibilität des rechten Beines bestritten, was darauf hinweise, dass die Begutachtung vom 13. Dezember 2007 selbst in orthopädischer Hinsicht nicht schlüssig sei. Bei den zu tätigen weiteren Abklärungen stehe ein funktionelles MRI im Vordergrund. Das MRI vom 31. Mai 2007 sei in der klassischen, liegenden Form erstellt worden. In stehender und sitzender Position würden sich ganz andere Veränderungen ergeben, wodurch sowohl die Ausstrahlungen wie auch die Hyposensibilität nachvollzogen werden könnten.

4.3 Den medizinischen Akten ist keine Verschlechterung des Gesundheitszustands seit dem Einspracheentscheid vom 20. Januar 2004 zu entnehmen. Es handelt sich beim Vorbringen des Beschwerdeführers offenbar um eine subjektive Einschätzung, wobei keine konkreten Angaben vorliegen, inwiefern sich der Gesundheitszustand verschlechtert hätte. Der Beschwerdeführer erwähnt lediglich pauschal eine Verschlechterung des rheumatologisch-neurologischen Zustands und beantragt eine entsprechende Begutachtung. Diesbezüglich führt der RAD in seiner Stellungnahme vom 9. Juni 2009 nachvollziehbar aus, dass aufgrund der vorliegenden medizinischen Aktenlage keine weitere neurologische Abklärung angezeigt sei (IV-act. 88). Bereits Dr. B.\_\_\_\_ wies in seinem Bericht vom 22. August 2006 darauf hin, dass sich aus rheumatologischer Sicht keine neuen Gesichtspunkte ergeben würden. Eine Veränderung sah er in der psychischen Verfassung des Beschwerdeführers (IV-act. 49). In der Folge empfahl der RAD eine bidisziplinäre Begutachtung, die durch Dr. C.\_\_\_\_ in somatischer Hinsicht und durch Dr. D.\_\_\_\_ in psychischer Hinsicht fachärztlich durchgeführt wurden (IV-act. 51, 60, 62). In der bereits angeführten Stellungnahme vom 9. Juni 2009 führte der RAD plausibel aus, dass die Beurteilung im Gutachten vom 13. Dezember 2007, wonach die vom Beschwerdeführer angegebene Schmerzausstrahlung in den rechten Oberschenkel nicht dem Dermatom der Nervenwurzel L5 entspreche (was bei der diagnostizierten leichten Spinalkanalenge L5 zu

erwarten wäre) und auch die angegebene Hyposensibilität im gesamten rechten Bein bei fehlender Neurokompression der entsprechenden Segmente nicht nachvollzogen werden könne, aus medizinischer Sicht schlüssig sei. Auf diese Begründung kann vorliegend abgestellt werden, zumal die vom Beschwerdeführer diesbezüglich geltend gemachten Einwände medizinisch nicht belegt sind und somit nicht geeignet sind, Zweifel am Gutachten vom 13. Dezember 2007 aufkommen zu lassen. Auch die bildgebenden Abklärungen anlässlich der Untersuchung vom 25. Mai 2007 sind nicht zu beanstanden, zumal zusätzlich Funktionsaufnahmen der LWS in maximaler Inklinaton und Reklination durchgeführt wurden. 4.4 Insgesamt vermögen die Einwände des Beschwerdeführers gegen das Gutachten vom 13. Dezember 2007 dessen Beweiswert nicht zu erschüttern. Das Gutachten beruht auf ausreichenden eigenständigen interdisziplinären Abklärungen (orthopädisch/ psychiatrisch) und ist daher für die streitigen Belange umfassend. Die Erkenntnisse des psychiatrischen Teilgutachtens (keine Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit; IV-act. 62/8) wurden hinreichend in das Gesamtgutachten integriert. Sodann stützt es sich auf sämtliche vorhandenen Vorakten und die geklagten Beschwerden des Beschwerdeführers wurden berücksichtigt. Das Gutachten leuchtet in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation ein. Obwohl die Beurteilung im Gutachten vom 13. Dezember 2007 relativ knapp ausgefallen ist, wurden die gesundheitlichen Beschwerden und deren Auswirkungen im Kontext des gesamten Gutachtens nachvollziehbar dargelegt. Insbesondere gilt es zu beachten, dass es bezüglich der gesamten medizinischen Aktenlage zu keinen grösseren Abweichungen in Bezug auf die Restarbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers gekommen ist. Im Bericht vom 22. August 2006 ging Dr. B.\_\_\_\_ aus somatischer Sicht für eine angepasste Tätigkeit von einer vollen Arbeitsfähigkeit aus (IV-act. 49). Unter Berücksichtigung der gesamten medizinischen Aktenlage vermag somit auch die eher kurze Begründung im Gutachten vom 13. Dezember 2007 zu überzeugen, insbesondere die darin enthaltene 80%ige Arbeitsfähigkeit in einer dem Leiden angepassten Tätigkeit. 4.5 Dem Eventualantrag des Beschwerdeführers, es seien weitere medizinische Begutachtungen durchzuführen, kann somit nicht stattgegeben werden. Im Sinn der obigen Erwägungen sind von weiteren medizinischen Abklärungen keine neuen Erkenntnisse zu erwarten, weshalb darauf zu verzichten ist (antizipierte Beweiswürdigung; vgl. BGE 122 V 162 E. 1d).

## **E. 5**

5.1 Ausgehend von einer Restarbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit von 80% bleiben noch die erwerblichen Auswirkungen der Leistungsbeeinträchtigung zu prüfen. Für die Ermittlung des Validen- und Invalideneinkommens ist auf den Zeitpunkt des möglichen Rentenbeginns abzustellen, weshalb die Einkommen für das Jahr 2006 zu ermitteln sind.

5.2 Bei der Ermittlung des Valideneinkommens ist entscheidend, was die versicherte Person im massgebenden Zeitpunkt nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als Gesunde tatsächlich verdienen würde. Die Einkommensermittlung hat so konkret wie möglich zu erfolgen. Es ist in der Regel vom letzten Lohn, welchen die versicherte Person vor Eintritt der Gesundheitsschädigung erzielt hat, auszugehen (Urteil des EVG vom 16. Mai 2001, I 42/01 E. 3a, mit Hinweisen). Diese Praxis wird mit der empirischen Feststellung begründet, dass die bisherige Tätigkeit im Gesundheitsfall in der Regel weitergeführt worden wäre (Urteil des EVG vom 29. August 2002, I 97/00 E. 1.2). Für die Bestimmung des Invalideneinkommens ist primär von der beruflich-erwerblichen Situation auszugehen, in welcher die versicherte Person konkret steht. Ist kein solches tatsächlich erzielt es Einkommen 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 Tabellenlöhne gemäss den vom Bundesamt für Statistik periodisch herausgegebenen Lohnstrukturerhebungen (LSE) herangezogen werden (BGE 126 V 76 f. E. 3b/aa und bb, mit Hinweisen).

5.3 Für das Valideneinkommen ist demnach auf das vom Beschwerdeführer im Jahr 2002 zuletzt erzielte Einkommen als Walzenführer/Maschinist bei der E.\_\_\_\_ abzustellen. Dabei erzielte der Beschwerdeführer – aufgerechnet auf ein Jahr – ein Einkommen von Fr. 66'300.-- (Fr. 5'100.-- x 13; IV-act. 9). Angepasst an die Nominallohnentwicklung (2002: Index 1933, 2006: Index 2014; vgl. Bundesamt für Statistik, Entwicklung der Nominallöhne, Tabelle T1.39) resultiert für das Jahr 2006 somit ein Valideneinkommen von Fr. 69'078.--.

5.4 Das Invalideneinkommen ist vorliegend anhand der Tabellenlöhne der LSE zu ermitteln. Auf den bei der Unternehmung F.\_\_\_\_ von Juli bis September 2008 erzielten Lohn kann nicht abgestellt werden (vgl. IV-act. 73 und 82), da offensichtlich nicht von einem besonders stabilen Arbeitsverhältnis ausgegangen werden kann (vgl. BGE 117 V 18 E. 2c/aa). Dem Beschwerdeführer ist aufgrund seiner Einschränkungen nur noch eine leichte, wechselbelastende Arbeit zumutbar, weshalb die LSE-Tabelle TA1, Privater Sektor, Anforderungsniveau 4 (einfache und repetitive Tätigkeiten) anzuwenden ist. Im Jahr 2006 lag der Durchschnittslohn für einen Mann bei einer wöchentlichen Arbeitszeit von 40 Stunden bei Fr. 4'732.--. Aufgerechnet auf die 2006 vorherrschende durchschnittliche wöchentliche Arbeitszeit von 41.7 Stunden ergibt sich bei einem 80% Pensum ein Jahreseinkommen und somit ein Invalideneinkommen – ohne Abzug – von Fr. 47'358.--.

5.5 Zu beurteilen bleibt die Frage, in welchem Umfang ein sogenannter Leidensabzug auf dem Invalideneinkommen vorzunehmen ist. Nach der Rechtsprechung können die statistischen Löhne um bis zu 25% gekürzt werden, um dem Umstand Rechnung zu tragen, dass versicherte Personen mit einer gesundheitlichen Beeinträchtigung in der Regel das durchschnittliche Lohnniveau nicht erreichen (RKUV 1999 Nr. U242 S. 412 E. 4b/bb) bzw. ihre Restarbeitsfähigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt nur mit unterdurchschnittlichem erwerblichem Erfolg zu verwerten in der Lage sind. Dabei handelt es sich um einen allgemeinen behinderungsbedingten Abzug (BGE 126 V 78 E. 5a/bb). Nach der Rechtsprechung hängt die Frage, ob und in welchem Ausmass Tabellenlöhne herabzusetzen sind, von sämtlichen persönlichen und beruflichen Umständen – auch von invaliditätsfremden Faktoren – des konkreten Einzelfalles ab (namentlich leidensbedingte Einschränkung, Alter, Dienstjahre, Nationalität/Aufenthaltskategorie und Beschäftigungsgrad), die nach pflichtgemäßem Ermessen gesamthaft zu schätzen sind. Eine schematische Vornahme des Leidensabzuges ist unzulässig (BGE 126 V 79 E. 5b, bestätigt in AHI 2002 S. 62 und BGE 129 V 481 E. 4.2.3 mit Hinweisen).

5.6 Angesichts dessen, dass für eine angepasste Tätigkeit verhältnismässig keine weitgehenden Einschränkungen bestehen und der Beschwerdeführer über eine hohe Restarbeitsfähigkeit (mindestens 80%; vgl. IV-act. 60/6 C.3) verfügt, erscheint aufgrund des Alters des Beschwerdeführers sowie der übrigen Umstände ein Abzug von höchstens 10% als angemessen. Das Invalideneinkommen beläuft sich demnach auf Fr. 42'622.--.

5.7 Aus der Gegenüberstellung des Validen- und des Invalideneinkommens ergibt sich somit ein rentenausschliessender Invaliditätsgrad von 38%. Die Beschwerdegegnerin hat den Anspruch des Beschwerdeführers auf eine Invalidenrente somit im Ergebnis zu Recht verneint.

## E. 6

Nach dem Gesagten ist die Beschwerde gegen die Verfügung vom 10. Dezember 2008 abzuweisen. Das Beschwerdeverfahren ist kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festgelegt (Art. 69 Abs. 1 bis IVG). Eine Gerichtsgebühr von Fr. 600.-- erscheint in der vorliegend zu beurteilenden Angelegenheit als angemessen. Dem Ausgang des Verfahrens entsprechend ist sie vollumfänglich dem Beschwerdeführer aufzuerlegen. Der von ihm geleistete Kostenvorschuss von Fr. 600.-- ist daran anzurechnen. Demgemäss hat das Versicherungsgericht im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP entschieden:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Der Beschwerdeführer bezahlt eine Gerichtsgebühr von Fr. 600.--. Der von ihm geleistete Kostenvorschuss von Fr. 600.-- wird daran angerechnet.

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