

SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2009/45 vom 18. November 2010

Sg Versicherungsgericht, 2010-11-18, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg_publicationen_IV_2009_45

FR: SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2009/45 du 18 novembre 2010

IT: SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2009/45 del 18 novembre 2010

Regeste

Art. 28 IVG: Beweiswert eines polydisziplinären Gutachtens. Trotz Mangel im Gutachten (Nichtberücksichtigung der Röntgenbilder) rechtfertigt es sich vorliegend nicht ein neues Gutachten anzuordnen. Kein Rentenanspruch nach Anwendung der sogenannten gemischten Methode (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 18. November 2010, IV 2009/45).

Erwägungen

E. 1

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 Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) 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 13. Januar 2009 ergangen, 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 und IVG wiedergegeben.

E. 2.1

Als Invalidität gilt laut Art. 8 Abs. 1 ATSG die ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit, es sei denn, eine versicherte Person sei vor dem Eintritt der Gesundheitsbeeinträchtigung nicht erwerbstätig gewesen und es habe ihr auch nicht zugemutet werden können, einer Erwerbstätigkeit nachzugehen. In diesem Fall gilt gemäss Art. 8 Abs. 3 ATSG die Unmöglichkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, als Invalidität. Die Invalidität im

Sinn von Art. 8 Abs. 1 ATSG wird durch einen Einkommensvergleich ermittelt (Art. 16 ATSG). Die Methode zur Bemessung der konkreten Unmöglichkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, wird vom ATSG nicht geregelt. Diese Lücke füllt Art. 28a Abs. 2 IVG: Es ist darauf abzustellen, in welchem Mass die betreffende Person behindert ist, sich im Aufgabenbereich zu betätigen. Als Aufgabenbereich der im Haushalt tätigen Person gelten insbesondere die übliche Tätigkeit im Haushalt, die Erziehung der Kinder sowie gemeinnützige und künstlerische Tätigkeiten (Art. 27 IVV). Die Bestimmung von Art. 28a Abs. 3 IVG regelt die sogenannte gemischte Methode der Invaliditätsbemessung bei Personen, die zum Teil erwerbstätig und zum Teil im Aufgabenbereich tätig sind. In einem solchen "gemischten" Fall sind der Anteil der Erwerbstätigkeit und der Anteil der Tätigkeit im Aufgabenbereich festzulegen und der Invaliditätsgrad ist entsprechend der Behinderung in beiden Bereichen zu bemessen.

E. 2.2

Nach Art. 28 Abs. 2 IVG besteht Anspruch auf eine ganze Invalidenrente, wenn die versicherte Person mindestens zu 70%, derjenige auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie wenigstens zu 60% invalid ist. Liegt ein Invaliditätsgrad von mindestens 50% vor, so besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40% auf eine Viertelsrente.

E. 2.3

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. Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 125 V 261 E. 4 mit Hinweisen). Das Gericht hat den Sachverhalt von Amtes wegen festzustellen und demnach zu prüfen, ob die vorliegenden Beweismittel eine zuverlässige Beurteilung des strittigen Leistungsanspruchs gestatten. Das im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholte Gutachten von externen oder internen Spezialärzten, die 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 ff. E. 3b/bb und 3b/ee).

E. 3.1

Streitig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin den Anspruch der Beschwerdeführerin auf eine Invalidenrente zu Recht abgelehnt hat. Sie stützt sich in der angefochtenen Verfügung auf das interdisziplinäre Gutachten des MGSG vom 21. April 2008 und die darin enthaltene 90%ige Arbeitsfähigkeit für eine adaptierte Tätigkeit sowie auf den Abklärungsbericht vom 18. Juli 2007, wonach unter Berücksichtigung der Schadenminderungspflicht im Haushalt keine Einschränkung bestehe. Die Beschwerdeführerin bringt gegen das Gutachten und die Haushaltsabklärung verschiedene Mängel vor und ist der Ansicht, das MGSG-Gutachten erfülle nicht die Voraussetzungen für ein beweistaugliches Gutachten.

E. 3.2

Die Beschwerdeführerin macht konkret geltend, dass das MGSG-Gutachten lediglich auf einer rheumatologischen Abklärung beruhe, bei der Beurteilung von Wirbelsäulensyndromen eine orthopädische Begutachtung aber unerlässlich sei.

E. 3.2.1

Wirbelsäulensyndrome sind dem medizinischen Fachgebiet der Rheumatologie zuzuordnen (M. Franke, Erkrankungen des Bewegungsapparates, in: Hans Hermann Marx [Hrsg.], Medizinische Begutachtung, Grundlagen und Praxis, 6. Auflage 1992, S. 368 und 376). Dr. E.____ war somit als Facharzt für Rheumatologie zweifellos genügend qualifiziert, eine den Leiden der Beschwerdeführerin entsprechende Untersuchung durchzuführen. Aufgrund seiner Qualifikation muss ihm auch die Kompetenz zugestanden werden darüber zu entscheiden, ob aufgrund der festgestellten Befunde eine zusätzliche orthopädische Begutachtung angezeigt ist oder nicht. Eine in jedem Fall durchzuführende orthopädische Untersuchung wird dem Einzelfall nicht gerecht. Insbesondere ist den vorliegenden medizinischen Akten zu entnehmen, dass nebst der Wirbelsäulenfehlstatik vor allem muskuläre Dysbalancen im Vordergrund stehen. Dr. med. F.____, Innere Medizin und Rheumatologie FMH, hielt im Bericht vom 19. August 2002 fest, die am 5. Juni 2002 im Röntgeninstitut G.____ angefertigten Röntgenbilder der HWS, BWS und LWS würden gemäss Beschreibung (IV-act. 12/24) mit Ausnahme einer diskreten Skoliose und der Hyperkyphose der BWS normal ausfallen. Er hielt weitere bildgebende Abklärungen für nicht nötig. Die Schmerzen würden von einer ungenügend ausgebildeten Rumpfmuskulatur herrühren (IV-act. 12/27). Im Austrittsbericht der Klinik Valens vom 30. Januar 2007 wird erklärt, dass die MRI vom 31. März 2005 Diskusprotrusionen in Höhe L4/5 und L5/S1 darstellten. Eine Wurzelkompression, welche die Schmerzsymptomatik erklären könnte, habe ausgeschlossen werden können. Hingegen könne bei der Beschwerdeführerin bereits eine muskuläre Dekonditionierung festgestellt werden. Unter diesen Umständen ist nicht ersichtlich, weshalb eine zusätzliche orthopädische Untersuchung zwingend hätte erfolgen müssen. Im Übrigen bestätigte auch der RAD in seiner Stellungnahme vom 24. Oktober 2008, dass Dr. E.____ aufgrund seiner Qualifikation (Facharzt für Physikalische Medizin und Rehabilitation und Facharzt für Rheumatologie) zur Beurteilung von Erkrankungen am Bewegungsapparat bestens geeignet und eine zusätzliche orthopädische Beurteilung nicht erforderlich sei (IV-act. 49). Das Gutachten ist diesbezüglich nicht zu beanstanden.

E. 3.3

Die Beschwerdeführerin bemängelt am MGSG-Gutachten ausserdem, dass im Zeitpunkt der rheumatologischen Untersuchung keine Röntgenbilder vorgelegen hätten.

E. 3.3.1

Die Beschwerdegegnerin führte diesbezüglich aus, dass gemäss Stellungnahme des RAD die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit aufgrund der klinischen Untersuchung mit Beurteilung der funktionellen Leistungsfähigkeit und nicht anhand der Röntgenbilder erfolge.

E. 3.3.2

Den Leitlinien der Schweizerischen Gesellschaft für Rheumatologie zur Begutachtung rheumatologischer Krankheiten und Unfallfolgen (publiziert in der Schweizerischen Ärztezeitung 2007;88: 17, S. 736ff., Download unter: http://www.saez.ch/pdf_d/2007/2007-17/2007-17-187.PDF, [abgerufen am: 27. September 2010]) ist zu entnehmen, dass die konventionelle Röntgenaufnahme als Standarduntersuchung gelte. In der Regel würden Untersuchungen der zur Diskussion

stehenden Regionen wiederholt, falls die zur Verfügung stehenden Bilder älter als sechs Monate seien. Bei stabilem Beschwerdebild und (gemäss Akten) unverändertem klinischen Befund würden auch ältere konventionelle Aufnahmen ausreichen. Ferner geht die medizinische Fachliteratur davon aus, dass Röntgenbilder den Gutachtern vorzuliegen haben und von ihnen selbst zu sichten und befunden sind. Dies vor allem deshalb, weil dem Radiologen unter Umständen Einzelheiten entgangen sein könnten, die dem versierten Kliniker vertraut sind (vgl. H. Fredenhagen, Das ärztliche Gutachten, 3. Auflage, 1994, S. 100; J. Meine, Die ärztliche Unfallbegutachtung in der Schweiz - Erfüllt sie die heutigen Qualitätsanforderungen, in: Swiss Surg 1998; 4: 55).

E. 3.3.3

Aus den medizinischen Akten ist ersichtlich, dass am 5. Juni 2002 erstmals eine konventionelle radiologische Abklärung der HWS, BWS und LWS erfolgte (IV-act. 12/24). Dem Austrittsbericht der Klinik Valens vom 30. Januar 2007 ist zu entnehmen, dass am 31. März 2005 in der Klinik Stephanshorn ein MRI durchgeführt und entsprechend Diskusprotrusionen L4/5 und L5/S1 diagnostiziert wurden (IV-act. 12). Ein Bericht über die bildgebende Untersuchung vom 31. März 2005 findet sich allerdings nicht in den vorliegenden Akten; offenbar wurde die Aufnahme von der Beschwerdeführerin dem Gutachter Dr. med. H.____, Arzt für Neurologie und Psychiatrie, vorgelegt (IV-act. 34/16). Es ist grundsätzlich unbestritten, dass anlässlich der rheumatologischen Untersuchung im MGSG keine Röntgenbilder vorlagen. Der Gutachter verweist diesbezüglich auf die entsprechenden Ausführungen im bidisziplinären Gutachten (IV-act. 34/6). Weitere Ausführungen betreffend Würdigung der bildgebenden Vorakten sind dem bidisziplinären Gutachten aber nicht zu entnehmen. Die Nichtberücksichtigung des vorhandenen Bildmaterials durch die Gutachter selbst stellt einen klaren Mangel dar, welcher grundsätzlich geeignet ist, Zweifel an der Beweiskraft eines Gutachtens aufkommen zu lassen. Im vorliegenden Fall belegen indessen die medizinischen Akten eindeutig, dass bei der Beschwerdeführerin weniger orthopädische Befunde, als vielmehr muskuläre Dysbalancen im Vordergrund stehen (vgl. dazu die Ausführungen in E. 3.2.1). Die Nichtberücksichtigung der Röntgenbilder stellt somit im vorliegenden Fall einen formellen Mangel dar und zeitigt inhaltlich, insbesondere auf die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit, keine weiterreichenden Auswirkungen, zumal die Gutachter die degenerativen Veränderungen in die Diagnoseliste aufgenommen und somit mitberücksichtigt haben. Auch Dr. D.____ begründet im Bericht vom 8. Dezember 2008 die Verschlechterung des Gesundheitszustands allein mit einer Fibromyalgie - und somit nicht mit einer Verschlechterung der degenerativen Veränderungen (IV-act. 54). Bei dem ansonsten stabilen Beschwerdebild war es daher auch nicht angezeigt, neue bildgebende Verfahren durchzuführen. Nach dem Gesagten ist festzuhalten, dass den Gutachtern die Röntgenbilder nicht vorlagen und das Gutachten somit an einem Mangel leidet. Unter Berücksichtigung sämtlicher Umstände reicht dieser Mangel für sich alleine nicht aus, eine weitere Begutachtung anzuordnen.

E. 3.4.1

Sodann rügt die Beschwerdeführerin, dass die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit im Gutachten nicht nachvollziehbar sei. Die Gutachter würden zum Schluss gelangen, dass die Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit 50% und in einer leidensangepassten Tätigkeit 90% (7.2 Stunden bei einem 8 Stundentag) betrage. Diese Beurteilung stehe im Gegensatz zum detaillierten Bericht der Klinik Valens, welchem aufgrund des mehrwöchigen

Aufenthalts der Beschwerdeführerin ein höheres Gewicht beizumessen sei.

E. 3.4.2

Im Austrittsbericht der Klinik Valens wurde festgehalten, dass für eine angepasste leichte Arbeit initial zusätzliche Pausen von insgesamt 2.5 Stunden pro Arbeitstag (acht Stunden) zu gewähren seien (IV-act. 12/14ff.). Dem MGSG-Gutachten ist zu entnehmen, dass die Beschwerdeführerin nach einer Eingewöhnungszeit von drei Monaten in einer leidensangepassten Tätigkeit (sehr leichte, streng wechselbelastende Tätigkeit mit max. Hub- und Tragebelastungen von 5kg unter optimal leidensangepassten ergonomischen Verhältnissen) 90% arbeitsfähig sei. Aus diesen Einschätzungen der verbliebenen Arbeitsfähigkeit ist entgegen der Auffassung der Beschwerdeführerin kein Widerspruch ersichtlich. Da im Austrittsbericht der Klinik Valens lediglich initial von zusätzlichen Pausen im Umfang von 2.5 Stunden ausgegangen wird, handelt es sich dabei nur um eine vorläufige Einschätzung, wie der RAD zu Recht bemerkt (IV-act. 49/2). Ausserdem äussert sich das MGSG-Gutachten explizit zur in Valens durchgeführten Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit (EFL), welche eine körperliche Belastbarkeit im Bereich einer leichten wechselbelastenden Tätigkeit ergab. Diese Beurteilung sei aufgrund der objektivierbaren gesundheitlichen Störungen durchaus nachvollziehbar. Ein Widerspruch bezüglich der Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit ist daher nicht auszumachen. Sodann deckt sich die im MGSG-Gutachten festgehaltene Einschätzung der Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit (50%) mit derjenigen von Dr. D.____ und Dr. C.____ (IV-act. 48), weshalb auch diesbezüglich kein Widerspruch auszumachen ist. Weitergehende Überlegungen der Gutachter zu Diskrepanzen erübrigen sich daher.

E. 3.5

Zusammenfassend ist festzustellen, dass die von der Beschwerdeführerin gegen das MGSG-Gutachten vorgebrachten Rügen den Beweiswert des Gutachtens insgesamt nicht zu schmälern vermögen. Das Gutachten beruht auf eigenständigen interdisziplinären Abklärungen und erscheint für die streitigen Belange umfassend. Die Vorakten (mit Ausnahme der Röntgenbilder) und die geklagten Beschwerden der Beschwerdeführerin wurden hinreichend berücksichtigt. Das Gutachten leuchtet in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation ein. Vor diesem Hintergrund vermögen die darin enthaltenen Schlussfolgerungen, namentlich die Beurteilung der 50%igen Arbeitsfähigkeit in der angestammten und die 90%ige Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit zu überzeugen.

E. 3.6

Dem Eventualantrag der Beschwerdeführerin, es sei ein multidisziplinäres Gutachten zu erstellen, kann somit nicht stattgegeben werden. Das MGSG-Gutachten ergibt ein vollständiges Bild des Gesundheitszustands des Beschwerdeführers, das hinreichend Klarheit über den rechtserheblichen Sachverhalt vermittelt. Von weiteren medizinischen Abklärungen sind keine neuen Erkenntnisse zu erwarten, weshalb darauf zu verzichten ist (antizipierte Beweiswürdigung; vgl. BGE 122 V 157, E. 1d).

E. 3.7

Die von Dr. D.____ im Bericht vom 8. Dezember 2008 geltend gemachte Verschlechterung des Gesundheitszustands (es seien mittlerweile 13 von 18 Fibromyalgie typischen Tenderpoints objektivierbar), rechtfertigt für den hier massgebenden Zeitpunkt des Verfügungserlasses (13. Januar 2009) noch keine weiteren Abklärungen. Dr. D.____ spricht

selber von einem fließenden Übergang, wobei er sich auf seine Beurteilung im Januar 2008 bezieht (IV-act. 54). Sollte sich eine namhafte, anhaltende Verschlechterung des Gesundheitszustands inzwischen eingestellt haben, so steht es der Beschwerdeführerin offen sich erneut bei der Invalidenversicherung anzumelden. Ebenfalls wäre es ihr jederzeit möglich, bei der Invalidenversicherung berufliche Massnahmen (wie Arbeitsvermittlung) zu beantragen.

E. 4

Zwischen den Parteien blieb grundsätzlich unbestritten, dass die Beschwerdeführerin im Gesundheitsfall zu 82% einer Erwerbstätigkeit nachgehen und zu 18% im Haushalt tätig sein würde. Aufgrund der Aktenlage, insbesondere des Auszugs aus dem individuellen Konto (IV-act. 9), bestehen keine Anhaltspunkte von dieser Annahme abzuweichen, weshalb sich weitere Ausführungen zur Pensumaufteilung erübrigen.

E. 5.1

Im Abklärungsbericht Haushalt vom 18. Juli 2007 gelangte die Abklärungsperson der Beschwerdegegnerin zum Ergebnis, dass unter Berücksichtigung der Schadenminderungspflicht (Mithilfe des Ehemanns und der Tochter) im Haushalt keine Einschränkung bestehe (IV-act. 27). Die Beschwerdeführerin ist hingegen der Ansicht, dass die Tochter bei der Schadenminderungspflicht nicht zu berücksichtigen sei, da sie früher oder später den elterlichen Haushalt verlassen werde. Aufgrund der Beschwerden erscheine im Haushalt eine Einschränkung von 50% als angemessen.

E. 5.2

Für den Beweiswert eines Berichtes über die Abklärung im Haushalt einer versicherten Person sind - analog zur Rechtsprechung betreffend die Beweiskraft von Arztberichten (BGE 125 V 352 E. 3a mit Hinweis) - verschiedene Faktoren zu berücksichtigen: Es ist wesentlich, dass der Bericht von einer qualifizierten Person verfasst wird, die Kenntnis von den örtlichen und räumlichen Verhältnissen sowie den aus den medizinischen Diagnosen sich ergebenden Beeinträchtigungen und Behinderungen hat. Weiter sind die Angaben der versicherten Person zu berücksichtigen, wobei divergierende Meinungen der Beteiligten im Bericht aufzuzeigen sind. Der Berichtstext schliesslich muss plausibel, begründet und angemessen detailliert bezüglich der einzelnen Einschränkungen sein und in Übereinstimmung mit den an Ort und Stelle erhobenen Angaben stehen. Trifft dies alles zu, ist der Abklärungsbericht beweiskräftig (AHI 2003 S. 218 E. 2.3.2). Sofern der Abklärungsbericht im Sinn der vorstehend genannten Rechtsprechung eine zuverlässige Entscheidungsgrundlage darstellt, greift das Gericht in das Ermessen der Abklärungsperson nur ein, wenn - etwa im Licht einer ärztlichen Stellungnahme zur Arbeitsfähigkeit im Haushalt - klar feststellbare Fehleinschätzungen oder Anhaltspunkte für die Unrichtigkeit der Abklärungsergebnisse (z.B. infolge von Widersprüchlichkeiten) vorliegen (AHI 2003 S. 218 E. 2.3.2 mit Hinweis; Urteil des Bundesgerichts vom 30. Oktober 2007 i.S. T., I 246/05, E. 5.2.1 mit Hinweisen).

E. 5.3

Die Beschwerdeführerin erhebt keine detaillierten Beanstandungen gegen die Zuverlässigkeit des Abklärungsberichts. Sie ist lediglich der Ansicht, dass die Mithilfe der Tochter nicht berücksichtigt werden könne. Der Abklärungsbericht vom 18. Juli 2007 erfüllt die von der Rechtsprechung geforderten Voraussetzungen, weshalb ihm volle Beweiskraft zukommt. Es bestehen keine Anzeichen für die Durchführung einer neuen

Haushaltsabklärung, weshalb dem Eventualantrag der Beschwerdeführerin diesbezüglich nicht stattzugeben ist (antizipierte Beweiswürdigung; vgl. BGE 122 V 157, E. 1d). Entgegen der Auffassung der Beschwerdeführerin, ist der im gemeinsamen Haushalt wohnenden Tochter eine Mithilfe im Haushalt grundsätzlich in einem gewissen Rahmen zumutbar. Auf weitere Ausführungen bezüglich der Einschränkung im Haushalt kann an dieser Stelle allerdings verzichtet werden, da die folgenden Erwägungen darlegen werden, dass selbst bei einer, wie von der Beschwerdeführerin geltend gemachten, Einschränkung von 50% - welche aufgrund der vorliegenden Akten kaum gegeben ist - kein rentenbegründender Invaliditätsgrad resultiert. Bei einer 50%igen Einschränkung ergibt sich bei einer Gewichtung eines 18% Pensums eine Teilinvalidität im Bereich Haushalt von 9%.

E. 6.1

Zu prüfen bleiben damit die Verhältnisse im Erwerbsbereich. Die Beschwerdegegnerin ging in der angefochtenen Verfügung davon aus, dass die Beschwerdeführerin für eine leidensangepasste Tätigkeit über eine 90%ige Arbeitsfähigkeit verfüge. Unter Beizug der Tabellenlöhne der vom Bundesamt für Statistik herausgegebenen Lohnstrukturerhebung (LSE) ergab sich bei einer Einschränkung von 11% eine gewichtete Teilinvalidität von 9% (IV-act. 38/2 und 57/2). Die Beschwerdeführerin ist der Ansicht, dass die angestammte und weiterhin von ihr ausgeübte Tätigkeit optimal leidensangepasst sei. Der Invaliditätsgrad sei daher aufgrund der konkret ausgeübten Tätigkeit zu berechnen. Die folgenden Erwägungen werden zeigen, dass bei Anwendung der gemischten Methode gemäss Rechtsprechung des Bundesgerichts sowohl in einer adaptierten als auch in der angestammten Tätigkeit ein rentenausschliessender Invaliditätsgrad resultiert.

E. 6.2

Der in der angefochtenen Verfügung von der Beschwerdegegnerin ermittelte Teilinvaliditätsgrad, aufgrund einer 90%igen Arbeitsfähigkeit in einer adaptierten Tätigkeit, ist an sich nicht zu beanstanden. Bezüglich der Berechnung des Valideneinkommens und des Invalideneinkommens anhand der LSE kann darauf verwiesen werden, zumal die Beschwerdeführerin diesbezüglich auch keine Beanstandungen geltend macht. Anzufügen bleibt, dass selbst unter Gewährung eines sogenannten Leidensabzugs (vgl. BGE 126 V 79 E. 5b) - aufgrund der vorliegenden Akten würde sich ein Abzug von höchstens 15% rechtfertigen - kein Rentenanspruch entsteht. Bei Berücksichtigung eines Leidensabzugs von 15% ergibt sich ein zumutbares Invalideneinkommen von Fr. 38'924.-- ($0.85 \times \text{Fr. } 45'793.--$). Die Erwerbseinbusse beträgt damit Fr. 12'648.-- (Valideneinkommen Fr. 51'572.-- \div Invalideneinkommen Fr. 38'924.-- oder 25%). Daraus ergibt sich nach der bundesgerichtlichen Rechtsprechung ein Teilinvaliditätsgrad von 21% ($82\% / 25\%$). Zusammen mit einem Teilinvaliditätsgrad im Haushalt von maximal 9% ergibt sich eine Gesamtinvalidität von 30%. Entgegen der Auffassung der Beschwerdeführerin, ist die medizinisch-theoretische Restarbeitsfähigkeit auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt verwertbar. Auch wenn die im MSGG-Gutachten festgehaltene adaptierte Tätigkeit verschiedenen Einschränkungen unterliegt (sehr leichte, streng wechselbelastende Tätigkeit mit maximalen Hub- und Tragebelastungen von 5kg unter optimal leidensangepassten ergonomischen Verhältnissen nach einer Eingewöhnungszeit von drei Monaten), ist davon auszugehen, dass solche Tätigkeiten auf dem Arbeitsmarkt anzutreffen sind. Ebenfalls ist nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin bei der Ermittlung des Invalideneinkommens auf eine einfache und repetitive Tätigkeit abstellt. Eine solche

Tätigkeit stellt keinen Widerspruch zu der von den Gutachtern verlangten wechselbelastenden Tätigkeit dar. Den verschiedenen Einschränkungen kann mit der Berücksichtigung eines Leidensabzugs beim Invalideneinkommen Rechnung getragen werden.

E. 6.3

In der angestammten Tätigkeit wurde der Beschwerdeführerin im MGSG-Gutachten eine Arbeitsfähigkeit von 50% attestiert. Bei einem Erwerbsspensum von 82% ergibt sich nach der bundesgerichtlichen Rechtsprechung zur gemischten Methode eine Einschränkung von 32% und eine gewichtete Teilinvalidität im Erwerbsbereich von gerundet 27% ($82\% / 32\%$). Zusammen mit der Teilinvalidität im Haushalt von maximal 9% ergibt sich somit auch bei der Berücksichtigung der Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit ein Invaliditätsgrad im rentenausschliessenden Bereich. Die Beschwerdegegnerin hat somit im Ergebnis zu Recht einen Rentenanspruch der Beschwerdeführerin verneint.

E. 7

Im Sinn der vorstehenden Erwägungen ist die Beschwerde vom 9. Februar 2009 unter Bestätigung der angefochtenen Verfügung abzuweisen. Als unterliegende Partei hat die Beschwerdeführerin die Gerichtskosten zu bezahlen, die nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert festgelegt werden (Art. 69 Abs. 1 bis IVG, vgl. Art. 95 Abs. 1 VRP). Diese sind ermessensweise auf Fr. 600.-- zu veranschlagen. Der geleistete Kostenvorschuss in gleicher Höhe ist daran anzurechnen. Demgemäss hat das Versicherungsgericht entschieden: 1. Die Beschwerde wird abgewiesen. 2. Die Beschwerdeführerin hat die Gerichtsgebühr von Fr. 600.-- zu bezahlen. Der von ihr geleistete Kostenvorschuss in gleicher Höhe wird angerechnet.

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