

# **SG\_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2015/322 vom 27. Oktober 2015**

Sg Versicherungsgericht, 2015-10-27, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg\\_publicationen\\_IV\\_2015\\_322](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg_publicationen_IV_2015_322)

FR: SG\_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2015/322 du 27 octobre 2015

IT: SG\_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2015/322 del 27 ottobre 2015

## **Regeste**

Prozentvergleich. Da kein Tabellenlohnabzug zu gewähren ist, hat die Versicherte bei einem Arbeitsunfähigkeitsgrad von 35 % keinen Anspruch auf eine IV-Rente. Abweisung der Beschwerde (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 27. Oktober 2015, IV 2015/322). Bestätigt durch Urteil des Bundesgerichts 9C\_898/2015.

## **Erwägungen**

### **E. 1**

1.1 Das Bundesgericht hat den Nichteintretensentscheid des Versicherungsgerichts vom 26. Februar 2015 mit Urteil vom 21. September 2015 aufgehoben und die Sache zur materiellen Behandlung an das Versicherungsgericht zurückgewiesen. Anfechtungsgegenstand des vorliegenden Verfahrens ist somit die Verfügung vom 4. November 2011, mit welcher die Beschwerdegegnerin das Rentengesuch der Beschwerdeführerin abgelehnt hat. Strittig ist demnach, ob die Beschwerdeführerin einen Anspruch auf eine Invalidenrente hat. 1.2 Einen Anspruch auf eine Rente der Invalidenversicherung haben Versicherte, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wiederherstellen, erhalten oder verbessern können, während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 Prozent arbeitsunfähig gewesen sind und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 Prozent invalid sind (Art. 28 Abs. 1 IVG). Invalidität ist gemäss Art. 8 Abs. 1 ATSG die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit. Erwerbsunfähigkeit ist der durch eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). 1.3 Gemäss Art. 28a Abs. 1 IVG i.V.m. Art. 16 ATSG ist der Invaliditätsgrad grundsätzlich durch einen Einkommensvergleich zu ermitteln. Dabei wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (zumutbares Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Einkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Valideneinkommen). Der Einkommensvergleich hat in der Regel in der Weise zu erfolgen, dass die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen ziffernmässig möglichst genau ermittelt und einander gegenübergestellt werden; sie können aber auch nach Massgabe der im Einzelfall bekannten Umstände geschätzt werden (AHI 1998 S. 120). Wird eine Schätzung vorgenommen, muss diese nicht unbedingt in einer ziffernmässigen Festlegung von Annäherungswerten

bestehen. Vielmehr kann auch eine Gegenüberstellung blosser Prozentzahlen genügen (sog. Prozentvergleich; BGE 114 V 310 E. 3a mit Hinweisen).

## **E. 2**

2.1 Zunächst ist zu prüfen, ob bzw. in welchem Ausmass die Beschwerdeführerin in ihrer Arbeitsfähigkeit eingeschränkt ist. In somatischer Hinsicht hat die Beschwerdeführerin insbesondere geltend gemacht, an Knieschmerzen, an Schmerzen in den Daumengelenken, im Nacken, in der Lendenwirbelsäule und an Kopfschmerzen zu leiden. Die somatische Meda-Gutachterin Dr. O.\_\_\_\_ (orthopädische Chirurgin) hat erklärt, dass der Beschwerdeführerin die angestammte Tätigkeit als Reinigungsfrau seit dem Unfallereignis vom 28. November 2007 nicht mehr zumutbar sei. Diese Einschätzung ist unbestritten und aufgrund der nachgewiesenen beginnenden degenerativen Veränderungen in beiden Kniegelenken, den degenerativen Veränderungen in der HWS und LWS und der beginnenden Arthrose im Bereich der Daumensattelgelenke einleuchtend. Die Arbeitsfähigkeit in einer adaptierten Tätigkeit hat Dr. O.\_\_\_\_ in somatischer Hinsicht auf 100 % geschätzt. Dabei müsse es sich um eine leichte, wechselbelastende Tätigkeit ohne Kniezwangspositionen, ohne Hocken und ohne repetitives Leiter- und Treppensteigen handeln. Diese Einschätzung stimmt mit jenen der Rehaklinik Bellikon vom 5. September 2008 (IV-act. 16-13 ff.), des Suva-Kreisarztes vom 30. Oktober 2009 (IV-act. 28-7 ff.) und des damaligen Hausarztes Dr. F.\_\_\_\_ vom 23. November 2009 (IV-act. 28-1 ff.) grundsätzlich überein. Eine Abweichung ergibt sich lediglich bei der Umschreibung einer adaptierten Tätigkeit. Die Rehaklinik Bellikon und der Suva-Kreisarzt sind nämlich davon ausgegangen, dass die Beschwerdeführerin auch in einer mittelschweren Tätigkeit noch zu 100 % arbeitsfähig ist. Dies ist dadurch erklärbar, dass zum Zeitpunkt der Arbeitsfähigkeitsschätzungen der Rehaklinik und des Suva-Kreisarztes noch keine HWS-, LWS- und Daumensattelgelenksbeschwerden bekannt gewesen sind. Dr. L.\_\_\_\_, der auf Dr. F.\_\_\_\_ folgende Hausarzt, hat sich mit der Einschätzung von Dr. O.\_\_\_\_ nicht einverstanden gezeigt und erklärt, dass die Beschwerdeführerin wegen ihrer physischen und psychischen Beeinträchtigungen in allen Tätigkeiten zu 100 % arbeitsunfähig sei. Diese Einschätzung überzeugt jedoch nicht. Denn aus den Berichten von Dr. L.\_\_\_\_ geht hervor, dass seine Arbeitsfähigkeitsschätzung hauptsächlich auf den Angaben der Beschwerdeführerin und den von ihr präsentierten körperlichen Einschränkungen basiert. So hat er in seinem Bericht vom 27. Oktober 2010 (IV-act. 47) beispielsweise angegeben, dass der Zehengang kaum möglich sei und die Beschwerdeführerin nur noch wie eine 90-Jährige aufstehen könne. Inwieweit die geltend gemachten Beschwerden auch somatisch nachvollziehbar sind, hat Dr. L.\_\_\_\_ nicht erläutert. Dies wäre gerade im vorliegenden Fall, in dem bereits die Rehaklinik Bellikon im August/September 2009 eine erhebliche Symptomausweitung, Selbstlimitierung und Inkonsistenz bei den physischen Leistungstests festgestellt hatte, unabdingbar gewesen. Aus orthopädischer Sicht ist die Beschwerdeführerin somit ab dem Austritt aus der Rehaklinik Bellikon im September 2008 in einer adaptierten Tätigkeit mit überwiegender Wahrscheinlichkeit zu 100 % arbeitsfähig gewesen. Zu prüfen bleibt, ob die Beschwerdeführerin wegen des Fehltritts im Dezember 2009 – wie von Dr. O.\_\_\_\_ angegeben – längerfristig arbeitsunfähig gewesen ist. Dr. C.\_\_\_\_ hat aufgrund einer Untersuchung am 22. Februar 2010 erklärt, dass die durch den Sturz ausgelösten Knieschmerzen links keine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit hätten (IV-act. 34). Die Klinik für Orthopädische Chirurgie des Kantonsspitals St. Gallen (KSSG) hat am 28. Mai 2010 reizlose Kniegelenke beidseits ohne Gelenkerguss festgestellt (IV-act. 47-5 f.). Es ist daher davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin wegen des Fehltritts im Dezember

2009 in einer adaptierten Tätigkeit nur kurzfristig arbeitsunfähig gewesen ist. Daran ändert nichts, dass Dr. U.\_\_\_\_ am 25. Juni 2010 wegen eines leichten Ergusses eine Kniegelenkspunktion links vorgenommen hat (IV-act. 47-15). Zum einen muss davon ausgegangen werden, dass der Gelenkserguss erst nach der Untersuchung durch Dr. C.\_\_\_\_ und das KSSG entstanden ist, da diese keinen Erguss haben feststellen können. Zum anderen hat Dr. U.\_\_\_\_ auch nicht angegeben, dass die Beschwerdeführerin durch diesen Gelenkserguss in der Ausübung einer knieschonenden Tätigkeit längerdauernd eingeschränkt gewesen wäre.

2.2 Der Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin hat bemängelt, dass die Beschwerdeführerin nicht zusätzlich von einem Allgemeinmediziner begutachtet worden ist. Die Begutachtung hat im Mai 2011 stattgefunden. Das Bundesgericht hat mit dem Entscheid BGE 137 V 210 seine Rechtsprechung zum Verfahren bei Administrativgutachten geändert. Dieses Urteil ist jedoch erst nach der Medas-Begutachtung, nämlich am 28. Juni 2011, ergangen. Das Bundesgericht hat in der Entscheidungsbegründung festgehalten, dass nach altem Verfahrensstandard eingeholte Gutachten ihren Beweiswert nicht per se verlören. Vielmehr sei im Rahmen einer gesamten Prüfung des Einzelfalls mit seinen spezifischen Gegebenheiten und den erhobenen Rügen entscheidend, ob das Abstellen auf die vorhandenen Beweisgrundlagen im angefochtenen Entscheid vor Bundesrecht standhalte (Erw. 6). Die Beschwerdeführerin hat vor und anlässlich der Begutachtung in somatischer Hinsicht hauptsächlich Knieschmerzen, Daumengelenksschmerzen, Nacken- und LWS-Beschwerden sowie Kopfschmerzen beklagt. Aufgrund des Beschwerdebildes ist es vertretbar gewesen, die Beschwerdeführerin in somatischer Hinsicht nur durch eine orthopädische Fachperson und nicht zusätzlich noch durch einen Allgemeinmediziner begutachten zu lassen.

2.3 Der Rechtsvertreter hat weiter moniert, dass Dr. O.\_\_\_\_ die Berichte der Klinik S.\_\_\_\_ aus dem Jahr 2011 nicht vorgelegen hätten. Dr. O.\_\_\_\_ hat – wie die Klinik S.\_\_\_\_ – als Diagnose (anamnestisch) den Verdacht auf einen analgetikainduzierten Kopfschmerz, neurologisch und in der Bildgebung wiederholt unauffällig, angegeben. Dem Kopfschmerz hat sie keinen wesentlichen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit beigemessen. Dr. O.\_\_\_\_ hat bei der Begutachtung der Bericht des Neurologen Dr. I.\_\_\_\_ vom Spital J.\_\_\_\_ vom 30. Juni 2009 (IV-act. 21- 8 f.) vorgelegen. Dieser hatte ein unspezifisches Kopfschmerzsyndrom (DD: somatoformes Schmerzsyndrom bei Depression) diagnostiziert. Laut dem Bericht waren der neurologische Befund regelrecht und das Schädel-CT unauffällig gewesen. Zudem hat Dr. O.\_\_\_\_ Kenntnis des Austrittsberichts des Spitals J.\_\_\_\_ vom 14. August 2010 gehabt, laut dem die Beschwerdeführerin an einem analgetikainduzierten Kopfschmerz (DD: Somatoform) leide (IV-act. 84-3 ff.). Auch die Klinik S.\_\_\_\_ hat als Diagnose einen Verdacht auf ein analgetikainduziertes Kopfweh angegeben. Die Berichte der Klinik S.\_\_\_\_ haben also keine weiterführenden Erkenntnisse als die bisherigen Berichte enthalten. Dass Dr. O.\_\_\_\_ bei der Begutachtung die Berichte der Klinik S.\_\_\_\_ nicht vorgelegen haben, schmälert daher den Beweiswert des Gutachtens nicht.

2.4 Der Rechtsvertreter hat ausserdem argumentiert, dass die nächtlichen Atemnotbeschwerden im Gutachten nicht berücksichtigt worden seien. Die Beschwerdeführerin hat gegenüber Dr. V.\_\_\_\_ am 9. Dezember 2011 (IV-act. 75-2 f.) angegeben, dass sie seit dem Herbst/Winter vor allem nachts an anhaltenden Atemnotbeschwerden leide. Diese Beschwerden seien erstmals vor ca. einem Jahr aufgetreten. Auch beim Putzen der Wohnung mit Staubaufwirbelung leide sie vermehrt an Atemnot. Dr. V.\_\_\_\_ hat eine chronische Nasenschleimhautentzündung und eine bronchiale Hyperaktivität (Überempfindlichkeit der Bronchien gegenüber einem Reiz) diagnostiziert. Die Beschwerdeführerin hat die Atemnotbeschwerden anlässlich der

Begutachtung im Mai 2011 unerwähnt gelassen. Es ist deshalb davon auszugehen, dass diese sie im Alltag zumindest bis zum Begutachtungszeitpunkt nicht wesentlich belastet haben. Fraglich ist, ob sich die Atemnotbeschwerden im Herbst/Winter 2011 derart verstärkt haben, dass sie ab diesem Zeitpunkt einen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit gehabt haben könnten. Die Beschwerdeführerin ist von ihrem Hausarzt Dr. L. \_\_\_ an Dr. V. \_\_\_ überwiesen worden. Dr. L. \_\_\_ hat somit von den Atemnotbeschwerden Kenntnis gehabt. In seinem Bericht vom 2. November 2011 – d.h. zwei Tage vor Verfügungserlass – hat er noch einmal auf die seines Erachtens invalidisierenden Gesundheitsbeeinträchtigungen der Beschwerdeführerin hingewiesen (IV-act. 65). Atemnotbeschwerden hat er dabei nicht erwähnt. Es ist daher mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass die Atemnotbeschwerden zumindest im Zeitpunkt des Verfügungserlasses keine Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin gehabt haben. 2.5 Zusammenfassend ist davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin aus somatischer Sicht in ihrer angestammten Tätigkeit als Reinigungsfrau seit dem Unfallereignis im November 2007 vollständig arbeitsunfähig ist. In einer körperlich adaptierten Tätigkeit ist sie spätestens seit Oktober 2008 (mit vorübergehendem Einbruch nach Fehltritt im Dezember 2009) mit überwiegender Wahrscheinlichkeit zu 100 % arbeitsfähig. 2.6 Bleibt noch zu prüfen, ob die Beschwerdeführerin aus psychischen Gründen in ihrer Arbeitsfähigkeit relevant eingeschränkt ist. Der psychiatrische Medas-Sachverständige Dr. P. \_\_\_ hat unter anderem eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren diagnostiziert, dieser jedoch keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit beigemessen, da die nach der alten, bundesgerichtlichen Rechtsprechung zu prüfenden Foerster-Kriterien nur zum Teil vorlägen. Mit BGE 141 V 281 hat das Bundesgericht seine Rechtsprechung zur Frage, ob eine diagnostizierte anhaltende somatoforme Schmerzstörung oder ein vergleichbares psychosomatisches Leiden zu einer ganzen oder teilweisen Arbeitsunfähigkeit führt, geändert. Die bisherige Vermutung, dass der versicherten Person eine Willensanstrengung zuzumuten sei, mit welcher die Folgen einer somatoformen Schmerzstörung überwunden werden könnten, wurde mit diesem Entscheid aufgegeben (vgl. Erw. 3.3.1 und Erw. 3.6). Neu hat eine ergebnisoffene symmetrische Beurteilung anhand eines Kataloges von Indikatoren des tatsächlich erreichbaren Leistungsvermögens zu erfolgen (Erw. 3.6). Die Handhabung des Katalogs muss stets den Umständen des Einzelfalls gerecht werden; es handelt sich nicht um eine "abhakbare Checkliste" (Erw. 4.4.1). Die im Regelfall beachtlichen Standardindikatoren sind (Erw. 4.1-4.4): 1. Funktioneller Schweregrad: - Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde und Symptome; - Behandlungserfolg oder -resistenz; - Komorbiditäten; - "Persönlichkeit" (Persönlichkeitsentwicklung und -struktur, grundlegende psychische Funktionen); - sozialer Kontext. 2. Konsistenz (Gesichtspunkte des Verhaltens): - Gleichmässige Einschränkung des Aktivitätenniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen (sozialer Rückzug, Ressourcen); - Inanspruchnahme von therapeutischen Optionen; - Verhalten im Rahmen der beruflichen (Selbst-)Eingliederung. Der rechtliche Anforderungskatalog beschränkt sich auf einen Grundbestand von normativ massgeblichen Gesichtspunkten. Innerhalb dieses Rahmens muss die Begutachtungspraxis durch konkretisierende Leitlinien der medizinischen Fachgesellschaften angeleitet werden (Erw. 5.1.2). Nach dem alten Verfahrensstandard eingeholte Gutachten verlieren aber nicht per se ihren Beweiswert. Vielmehr ist im Rahmen einer gesamthaften Prüfung des Einzelfalls mit seinen spezifischen Gegebenheiten und den erhobenen Rügen entscheidend, ob ein abschliessendes Abstellen auf die vorhandenen

Beweisgrundlagen vor Bundesrecht standhält. In jedem einzelnen Fall ist zu prüfen, ob die beigezogenen administrativen und/oder gerichtlichen Sachverständigengutachten ■ gegebenenfalls im Kontext mit weiteren fachärztlichen Berichten ■ eine schlüssige Beurteilung im Lichte der massgeblichen Indikatoren erlauben oder nicht (Erw. 8). Nachfolgend ist somit zu prüfen, ob das Gutachten von Dr. P.\_\_\_\_ mit Bezug auf die Diagnose einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren nach der Rechtsprechungsänderung eine schlüssige Beurteilung im Lichte der aufgezählten Indikatoren erlaubt oder nicht. Die Beschwerdeführerin selbst hat angegeben, in allen Alltagsfunktionen praktisch gänzlich eingeschränkt zu sein. Gegenüber dem psychiatrischen Gutachter hat sie angegeben, lediglich noch mit der Familie spazieren und einkaufen zu gehen; manchmal könne sie nicht einmal selber den Kaffee zubereiten (siehe IV-act. 56-30 f.). Inwieweit die Beschwerdeführerin aufgrund der geltend gemachten, nicht objektivierbaren Schmerzen bei der Ausübung der Alltagsfunktionen jedoch tatsächlich eingeschränkt ist, ist aufgrund der erheblichen Symptomausweitung bzw. des dysfunktionalen Verhaltens nicht erhebbar. Auffallend ist, dass Dr. O.\_\_\_\_ an den unteren Extremitäten bei symmetrischen Umfangmassen keine Schonungszeichen hat feststellen können. Und laut dem Bericht von Dr. V.\_\_\_\_ vom 9. Dezember 2011 erledigt die Beschwerdeführerin zumindest noch teilweise Putzarbeiten in der Wohnung. Weiter hat sich die Beschwerdeführerin bisher keiner adäquaten psychiatrischen und psychotherapeutischen Behandlung unterzogen: Vom 11. März bis 1. Mai 2009 ist sie bei Dr. G.\_\_\_\_ in Behandlung gewesen. Ihre erste Sitzung bei Dr. M.\_\_\_\_ hat sie erst fast ein Jahr später, am 1. März 2010, gehabt. Dr. M.\_\_\_\_ hat am 5. Dezember 2010 berichtet, dass bei ihm nur einzelne Konsultationen stattgefunden hätten. Ab ca. Mai 2011 hat sich die Beschwerdeführerin bei Dr. Q.\_\_\_\_ in therapeutischer Behandlung befunden, wobei die Therapie offenbar bereits im September 2011 wieder beendet worden war. Bis zum Begutachtungstermin hat die Beschwerdeführerin zudem nur jeweils über kurze Zeiträume hinweg eine antidepressive Medikation eingenommen. Gemäss Dr. P.\_\_\_\_ steht die ambivalente Motivation für eine Psychotherapie nur zum Teil mit einer leicht eingeschränkten Krankheitseinsicht in Zusammenhang; durch die Schmerzsymptomatik bestehe ein hoher sekundärer Krankheitsgewinn. Die Schlussfolgerung von Dr. P.\_\_\_\_, dass die Behandlungsmöglichkeiten noch nicht ausgeschöpft seien und bei adäquater Behandlung mit einer gewissen Besserung gerechnet werden könne, ist vor diesem Hintergrund einleuchtend. Als physische Komorbiditäten sind die beginnenden degenerativen Veränderungen in beiden Knien und die degenerativen Veränderungen in der HWS- und LWS-Gegend zu nennen, wobei diese Befunde nicht als erheblich qualifiziert werden können. In psychischer Hinsicht ist eine rezidivierende depressive Störung, beginnend chronifizierte Symptomatik in leicht- bis mittelgradiger Ausprägung zu berücksichtigen. Im Rahmen der Persönlichkeitsdiagnostik sind ausserdem die von Dr. P.\_\_\_\_ festgestellten akzentuierten Persönlichkeitszüge mit histrionischen Anteilen zu beachten. Im sozialen Kontext hat Dr. P.\_\_\_\_ darauf hingewiesen, dass eine ganze Reihe von psychosozialen Belastungsfaktoren vorliege. Zudem verfüge die Beschwerdeführerin auch über gewisse Ressourcen. So erledige sie noch gewisse Haushaltsarbeiten, gehe regelmässig spazieren und pflege Kontakte mit ihren Kindern und Bekannten. Es könne deshalb nur von einem allenfalls teilweisen sozialen Rückzug gesprochen werden. Wie bereits erwähnt, hat die Beschwerdeführerin bisher keine adäquate psychiatrische Behandlung in Anspruch genommen, obwohl diverse untersuchende Ärzte auf deren dringende Notwendigkeit hingewiesen haben. Auch eine Motivation zur beruflichen Wiedereingliederung ist während

des gesamten Verwaltungsverfahrens nie erkennbar gewesen. Die fehlende Motivation ist gemäss Dr. P.\_\_\_\_ auch auf den sekundären Krankheitsgewinn zurückzuführen. Zusammengefasst ist festzuhalten, dass der diagnostizierten chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren angesichts der erheblichen Symptomausweitung bzw. des dysfunktionalen Verhaltens, der bisher ungenügenden psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung, der Besserungsmöglichkeit durch eine adäquate Psychotherapie, der vorhandenen Ressourcen, der fehlenden Motivation zur Psychotherapie und beruflichen Wiedereingliederung – im Übereinstimmung mit Dr. P.\_\_\_\_ – kein Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit beigemessen werden kann. 2.7 Dr. P.\_\_\_\_ hat der Beschwerdeführerin allerdings aufgrund der von ihm festgestellten rezidivierenden depressiven Störung mit beginnend chronifizierter Symptomatik in leichter bis mittelgradiger Ausprägung und aufgrund von akzentuierten Persönlichkeitszügen mit histrionischen Anteilen in der angestammten wie auch in einer adaptierten Tätigkeit ab März 2009 eine 30-40 %ige Arbeitsunfähigkeit aus rein psychiatrischer Sicht attestiert. Begründet hat er die Arbeitsunfähigkeit mit Schlafstörungen, Stimmungsschwankungen, Selbstzweifeln, Versagensängsten, Antriebsminderung, vermehrter Erschöpfbarkeit und verschiedenen somatischen Symptomen. Dr. P.\_\_\_\_ hat in seiner Beurteilung alle aus Sicht eines medizinischen Laien relevanten Aspekte berücksichtigt. So hat er insbesondere auch darauf hingewiesen, dass bisher keine genügende psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung stattgefunden habe, dass die derzeitige antidepressive Medikation optimiert werden müsse, dass ein hoher sekundärer Krankheitsgewinn bestehe, dass die Psychotherapiemotivation eingeschränkt sei, dass keine Motivation zur beruflichen Eingliederung vorhanden sei und dass viele psychosoziale Belastungsfaktoren vorlägen, die nicht in die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit einbezogen werden dürften. In Anbetracht der erhobenen Befunde erscheint die attestierte Arbeitsunfähigkeit von 30-40 % zwar als eher hoch. Da die Einschätzung von Dr. P.\_\_\_\_ jedoch auf einer umfassenden und überzeugenden Beurteilung basiert, ist auf diese abzustellen. 2.8 Der Rechtsvertreter hat bemängelt, dass Dr. P.\_\_\_\_ die Berichte der Klinik S.\_\_\_\_, wonach die Beschwerdeführerin an einer schweren anhaltenden depressiven Episode leide, nicht vorgelegen hätten. Dr. P.\_\_\_\_ hat tatsächlich keine Kenntnis dieser Berichte gehabt. Es ist jedoch davon auszugehen, dass er auch in Kenntnis dieser Berichte keine andere Diagnose gestellt hätte. Denn einerseits ist den Berichten nicht zu entnehmen, gestützt auf welche klinischen Befunde die Diagnose gestellt worden ist. Damit lässt sich auch nicht erkennen, ob die Diagnose nachvollziehbar ist oder nicht. Andererseits ist die Diagnose nicht von einem Psychiater gestellt worden. Gerade bei psychiatrischen Erkrankungen, bei denen es sich um innerseelische Vorgänge handelt, ist es wichtig, dass die diagnosestellende Arztperson über psychiatrisches Fachwissen verfügt. Hinzu kommt, dass die Klinik S.\_\_\_\_ keine Arbeitsfähigkeitsschätzung abgegeben hat. Der Rechtsvertreter hat ausserdem darauf hingewiesen, dass auch das Spital J.\_\_\_\_ am 29. November 2011 (IV-act. 71-3) eine schwere anhaltende depressive Episode diagnostiziert habe. Hierzu ist anzumerken, dass das Spital J.\_\_\_\_ lediglich die Diagnose einer schweren depressiven Verstimmung angegeben hat. Auch diese Diagnose ist nicht von einer psychiatrischen Fachperson gestellt worden und es fehlen die dazugehörigen klinischen Befunde sowie eine Arbeitsfähigkeitsschätzung. Die Diagnosen der Klinik S.\_\_\_\_ und des Spitals J.\_\_\_\_ sind somit nicht geeignet, die Arbeitsfähigkeitsschätzung von Dr. P.\_\_\_\_ in Zweifel zu ziehen. 2.9 Der Rechtsvertreter hat weiter argumentiert, dass die Arbeitsfähigkeitsschätzung von 30-40 % zu ungenau sei. Bei den medizinischen Angaben zur Arbeitsfähigkeit handelt es sich um Näherungswerte, da die Arbeitsfähigkeit nicht

messbar, sondern nur schätzbar, ist. Eine Arbeitsfähigkeitsschätzung ist daher nicht schon deshalb als nicht überzeugend zu qualifizieren, weil die medizinische Fachperson lediglich eine Grössenordnung und keine exakte Zahl angibt. Schätzt ein Gutachter die Arbeitsfähigkeit ohne weitere Angaben auf "30 bis 40 %", lässt sich gemäss der höchstrichterlichen Rechtsprechung daraus schliessen, dass 30 % als eher zu niedrig, 40 % dagegen als eher zu hoch angesehen werden. Für die Invaliditätsbemessung rechtfertigt sich in dieser Konstellation praxisgemäss das Heranziehen des Mittelwertes, welcher von den beiden Extremwerten am wenigsten abweicht (vgl. Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts vom 21. April 2005, I 822/04 E. 4.4 mit Hinweisen; Urteil des Bundesgerichts vom 28. Dezember 2007, 9C\_626/2007 E. 3.2 mit Hinweisen). Die Argumentation des Rechtsvertreters, die Arbeitsfähigkeitsschätzung von Dr. P. \_\_\_ sei zu ungenau und deshalb nicht verwertbar, ist daher nicht stichhaltig. In psychiatrischer Hinsicht ist die Arbeitsunfähigkeit in jeglicher Tätigkeit ab März 2009 folglich auf 35 % zu beziffern.

### **E. 3**

3.1 Somit ist auf dieser Grundlage der Einkommensvergleich vorzunehmen. Vorab ist darauf hinzuweisen, dass die Invalidenversicherung nicht an die Invaliditätsbemessung der Unfallversicherung gebunden ist (vgl. BGE 133 V 549 E. 6; siehe auch Urteil des Bundesgerichts vom 4. Juni 2013, 8C\_259/2013 E. 2.2). Die Beschwerdeführerin ist aus somatischer Sicht spätestens ab Oktober 2008 in einer adaptierten Tätigkeit wieder zu 100 % arbeitsfähig gewesen. Es wäre ihr ab diesem Zeitpunkt also zumutbar gewesen, eine adaptierte Hilfsarbeitertätigkeit anzutreten. Dadurch ist das Wartejahr nach Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG unterbrochen worden (siehe auch Art. 29 ter IVV). Ab März 2009 ist die Beschwerdeführerin aus psychischer Sicht zu 35 % arbeitsunfähig gewesen. Das Wartejahr hat also am 1. März 2009 zu laufen begonnen. Ein allfälliger Rentenanspruch würde somit am 1. März 2010 entstehen.

3.2 Die Beschwerdeführerin hat bis am 30. April 2006 zu 80-100 % als Reinigungsmitarbeiterin gearbeitet. Danach ist sie arbeitslos gewesen. Da eine Hilfsarbeitertätigkeit keine besonderen beruflichen Fähigkeiten voraussetzt, kann nicht davon ausgegangen werden, dass die Beschwerdeführerin im Gesundheitsfall im März 2010 als Reinigungsmitarbeiterin gearbeitet hätte, denn es hätten ihr viele andere Hilfsarbeiterinnen-tätigkeiten offen gestanden. Im Gegensatz zur Invaliditätsbemessung der Unfallversicherung ist für die Bemessung des Valideneinkommens deshalb nicht auf das zuletzt erzielte Einkommen als Reinigungsmitarbeiterin, sondern auf das durchschnittliche Einkommen einer Hilfsarbeiterin im Jahr 2010 abzustellen. Da auch die Invalidenkarriere in einer Hilfsarbeiterinnen-tätigkeit besteht, kann ein Prozentvergleich vorgenommen werden. Ob und in welcher Höhe statistische Tabellenlöhne herabzusetzen sind, hängt von sämtlichen persönlichen und beruflichen Umständen des Einzelfalles ab, die nach pflichtgemässen Ermessen gesamthaft zu schätzen sind (Urteil des Bundesgerichts vom 16. Juli 2014, 8C\_97/2014 E. 2.2 mit Hinweis). Ein Tabellenlohnabzug ist im vorliegenden Fall nicht angezeigt. Ein Teilzeitabzug ist nicht zu gewähren, weil Hilfsarbeiterinnen gemäss der Lohnstrukturhebung des Bundesamtes für Statistik (LSE) im Jahr 2010, die zu einem Pensum von 50-74 % gearbeitet haben, durchschnittlich verhältnismässig sogar mehr verdienen haben als vollzeit-tätige Hilfsarbeiterinnen (siehe Anhang zum IV-Rundschreiben Nr. 328 S. 5). Auch der Umstand, dass die Beschwerdeführerin nur noch körperlich leichte Tätigkeiten ausüben kann, rechtfertigt keinen Abzug vom Tabellenlohn. Denn im vorliegenden Fall besteht die Validenkarriere ja nicht in der körperlich anstrengenden Tätigkeit als Reinigungsmitarbeiterin, sondern in einer durchschnittlich bezahlten

Hilfsarbeiterinnentätigkeit gemäss LSE. Letztere unterscheidet nicht zwischen körperlich leichten, mittelschweren und schweren Tätigkeiten. Weiter sind die somatischen Leiden nicht derart gravierend, dass mit häufigen krankheitsbedingten Absenzen gerechnet werden müsste. Somit liegen aus somatischer Sicht keine Gründe vor, die einen Tabellenlohnabzug rechtfertigen würden. Demgegenüber hat die Unfallversicherung, obwohl sie die Beschwerdeführerin als in einer leichten bis mittelschweren Tätigkeit als zu 100 % arbeitsfähig erachtet hat, einen 15 %igen Tabellenlohnabzug gewährt. Als Begründung hat sie lediglich die gesundheitlichen Einschränkungen angeführt (siehe Verfügung vom 11. Dezember 2009 und Einspracheentscheid vom 12. Februar 2010, Fremdakten, nicht akturiert). Sie hat also nicht erklärt, inwiefern sich die gesundheitlichen Einschränkungen – neben den bereits berücksichtigten Einschränkungen in qualitativer Hinsicht – auf die Lohnhöhe auswirken. Das Gericht hat in seiner Entscheid vom 11. Januar 2011 (UV 2010/18), mit welchem es die Beschwerde gegen den Einspracheentscheid vom 12. Februar 2010 abgewiesen hat, angeführt, dass der Abzug als eher grosszügig bemessen erscheine. Es hat den Abzug von 15 % jedoch nicht als missbräuchlich angesehen und deshalb nicht korrigiert (Erw. 4.2). Mit Bezug auf die psychischen Probleme rechtfertigt sich im vorliegenden Fall kein Tabellenlohnabzug. Denn es ist davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin mithilfe einer adäquaten psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung ihren Zustand zumindest stabil halten kann und folglich keine überdurchschnittlich häufigen Krankheitsabsenzen verzeichnen muss. Bei einer Arbeitsunfähigkeit von 35 % beträgt der IV-Grad folglich 35 %. Die Beschwerdeführerin hat somit keinen Anspruch auf eine IV-Rente.

3.3 Demnach ist die Beschwerde abzuweisen.

3.4 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 der Beschwerdeführerin aufzuerlegen. Diese ist durch den von ihr geleisteten Kostenvorschuss von Fr. 600.-- gedeckt. Die Beschwerdeführerin hat bei diesem Verfahrensausgang keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung (vgl. Art. 61 lit. g ATSG). Entscheid im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP 1. Die Beschwerde wird abgewiesen.

2. Die Beschwerdeführerin hat eine Gerichtsgebühr von Fr. 600.-- zu bezahlen; diese ist durch den in gleicher Höhe geleisteten Kostenvorschuss gedeckt.

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