

SO_GERICHTE VSBES.2018.59 vom 25. Juli 2018

SO Obergericht, 2018-07-25, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2018.59_d20180725

FR: SO_GERICHTE VSBES.2018.59 du 25 juillet 2018

IT: SO_GERICHTE VSBES.2018.59 del 25 luglio 2018

Regeste

Invalidenrente und berufliche Massnahmen

Erwägungen

E. 1

Die Verfügung der IV-Stelle Solothurn vom 15. Januar 2018 sei vollumfänglich aufzuheben.

E. 2

a) Der Beschwerdeführerin seien ab wann rechtens die gesetzlichen IV-Leistungen (berufliche Eingliederungsmassnahmen, Invalidenrente) bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % zuzusprechen. b) Eventualiter: Es seien ergänzende beruflich-erwerbsbezogene und medizinische Abklärungen durchzuführen.

E. 3

Es sei eine öffentliche Verhandlung nach Art. 6 Ziff. 1 EMRK mit zusätzlicher Parteibefragung durchzuführen.

E. 4

Adipositas, BMI 38,6 kg/m²

E. 5

Anamnestisch Nickelallergie

E. 6

Anamnestisch Refluxbeschwerden

E. 7

Menopause seit März 2015 Beurteilung und Prozedere: Es handle sich um eine 51jährige postmenopausale Beschwerdeführerin mit einem 1,1 cm grossen, nodal negativen Luminal A-Karzinom. Es sei eine chirurgische Behandlung nach brusterhaltendem Konzept erfolgt. Wie am F. ___ vom 11. April 2016 beschlossen, erhalte die Beschwerdeführerin nun eine adjuvante Hormontherapie mit einem Aromatasehemmer für ≥ 5 Jahre sowie eine adjuvante Radiotherapie. Eine Calcium- und Vitamin D-Substitution sei begonnen worden und eine Osteodensitometrie (DEXA) angemeldet. Die nächste Kontrolle finde in vier Wochen statt.

6.2 Dr. med. G. ___, Oberärztin, H. ___, hielt im Bericht vom 3. Mai 2016 (IV-Nr. 13 S. 10 f.) betreffend die Erstkonsultation der Beschwerdeführerin vom 3. Mai 2016 in der Radio-Onkologie-Sprechstunde folgende Diagnosen fest: Invasiv duktales / NST Mammakarzinom rechts pT1c (max. Tumordurchmesser 1,1 cm) pN0 (0/1) (sn), cMx L0, V0, Pn0, G2, R0 bei 2 Uhr ER 90 %, PR 90 %, MIB1 2 %, HER2 negativ, DCIS –

15. Februar 2016 Mammographie; Rechts BIRADS 4c (Verdacht auf Karzinom bei 2 Uhr, 6 cm; polymorpher Mikrokalk bei 10 Uhr, 4 cm) links B1-RADS 2 – 17. März 2016 MRI Mamma: BIRADS 4 c rechts, BIRADS 2 links – 23. März 2016 Tru cut Biopsie Mamma rechts; Gut differenziertes invasiv duktales Mammakarzinom – 30. März 2016 Tumorektomie rechts, Sentinel Lymphonodektomie rechts – B2016.19904: Exzizat Tumor Mamma rechts: Mässig differenziertes, invasiv duktales / NST-Mammakarzinom. Maximaler Tumordurchmesser 1,1 cm. Spärlich intra- und peritumorales duktales Carcinoma in situ vom intermediären Kernmalignitätsgrad (intermediate grade nach WHO) vom soliden Typ. Max. Anteil der DCIS-Komponente am Tumolvolumen 15 %. Restliches Mammaparenchym mit geringer Fibröse mit ausgedehnter gewöhnlicher intraduktaler Hyperplasie (UDH), apokriner Metaplasie und Duktectasien sowie einem kleinen Papillom mit gewöhnlicher intraduktaler Hyperplasie (max. Durchmesser 0,2 cm). Minimaler Abstand des invasiven Karzinoms und der DCIS-Komponente zu den Resektionsrändern wie folgt: Kranial < 0,1 cm (hier karzinomfreies Nachresektat B2016.20171), dorsal 0,2 cm, lateral 0,7 cm und kaudal, ventral und medial jeweils > 1,0 cm. Kranio-laterales Nachresektat Mamma rechts: Mammaparenchym mit geringer Fibröse, gewöhnlicher intraduktaler Hyperplasie (UDH), apokriner Metaplasie und einzelnen Duktectasien. Kein Nachweis eines duktales Carcinoma in situ. Kein Nachweis eines invasiven Karzinoms. Laterales Nachresektat Mamma rechts: Mammaparenchym mit geringer Fibröse, apokriner Metaplasie sowie relevantem Mikrokalk in benignen duktales Strukturen und einzelnen Duktectasien mit einer kleinen mucozelenartigen Läsion («mucocele-like lesion»; max. Durchmesser 0,2 cm) im angrenzende Stroma. Kein Nachweis eines duktales Carcinoma in situ. Kein Nachweis eines invasiven Karzinoms. Exzizat Sentinel-Lymphknoten Axilla rechts: Ein Karzinomfreier Lymphknoten (0/1) (sn). – Seit 3. Mai 2016 Adjuvante Hormontherapie mit Aromatase-Inhibitor, über 5 Jahre geplant – 3. Mai 2016 Erstkonsultation Radio-Onkologie zur Einleitung einer adjuvanten Radiotherapie der rechten Brustdrüse Bei der Beschwerdeführerin sei ein Mammakarzinom rechts, wie oben beschrieben, behandelt und aktuell sei gemäss Beschluss des F.____ vom 11. April 2016 im Rahmen einer brusterhaltenden Therapie eine adjuvante Radiotherapie der rechten Brustdrüse empfohlen worden. Die Beschwerdeführerin befinde sich aktuell in gutem Allgemeinzustand, Karnofsky 90 %. Die Antihormontherapie sei bereits verschrieben worden und die Beschwerdeführerin werde heute damit starten. Sie berichte über seltene Narbenschmerzen, ansonsten keine Beschwerden. In der klinischen lokalen Untersuchung intakte Operationsnarbe an der rechten Mamma bei 2 Uhr sowie axillär rechts. Palpatorisch beide Brustdrüsen weich, indolent, keine knotigen Resistenzen. Lymphknotenstationen axillär und paraklavikulär frei. Keine Armödeme beidseits, normale Beweglichkeit der oberen Extremitäten. Die Beschwerdeführerin sei allein zum Informationsgespräch gekommen. Sie sei über die Zielsetzung, den Ablauf und über mögliche Früh- und Spätnebenwirkungen der Strahlentherapie informiert worden. Als mögliche therapieassoziierte Nebenwirkungen kämen unter anderem ein Fatigue-Syndrom, lokale Hauterytheme bis hin zur feuchten Epitheliolyse, lokale Brustschmerzen und Ödeme, dauerhafte Hautverfärbung, Fibrosen, Wundheilungsstörungen im Bestrahlungsfeld sowie in seltenen Fällen eine Pneumonitis und ein minimal erhöhtes Risiko für die Induktion eines Zweitmalignoms mit langer Latenzzeit zur Sprache. Die Beschwerdeführerin sei mit dem Prozedere einverstanden. Prozedere: Die adjuvante Radiotherapie der rechten Mamma werde bis zu einer Gesamtdosis von 50 Gy, einer Einzeldosis von 2 Gy, durchgeführt. Anschliessend sei eine Dosiserhöhung im Bereich des Tumorbetts über 10 Gy bis zu einer

kumulativen Gesamtdosis von 60 Gy vorgesehen. Ob die Boostphase unter Zuhilfenahme von Elektronen an der Universitätsklinik für Radio-Onkologie des I.____ erfolgen könne, werde erst dort in der Planung evaluiert. Die Strahlentherapie in der Radio-Onkologie [...] beginne am 17. Mai 2016 um 9.00 Uhr, zuvor sei für den 6. Mai 2016 um 14.30 Uhr eine Planungs-CT vorgesehen.

6.3 Prof. Dr. med. J.____, Leitender Arzt Endokrinologie / Diabetologie, K.____, Medizinische Klinik, hielt im Bericht vom 24. November 2016 (IV-Nr. 13 S. 7 ff.) aufgrund der Sprechstunde vom 22. November 2016 die folgenden Diagnosen fest: 1. Kein Anhalt auf Hypercortisolismus – Dexamethason 1 mg-Test: formal unzureichende Suppression – Dexamethason 2 mg-Test: gute Suppression – unauffälliger 24h-Sammelurin – unauffälliges Mitternachts-Speichel-Cortisol – CT-Nebennieren November 2016: kein Nachweis einer NN-Raumforderung 2. Adipositas Grad II nach WHO 3. Arterielle Hypertonie 4. Paroxysmale supraventrikuläre Tachykardie 5. Mammakarzinom rechts (Erstdiagnose März 2016) – Status nach Radio-Jodtherapie 60 cGy (Mai - Juni 2016) – aktuell: Arimidex für 5 Jahre Beurteilung und Procedere: Die Beschwerdeführerin habe sich zur weiteren Abklärung bei Verdacht auf Hypercortisolismus vorgestellt. Zuletzt seien ein Sammelurin und basale Werte deutlich erhöht gemessen worden. Es sei der Sammelurin wiederholt, mit einem Mitternachts-Speichel-Cortisol ergänzt und ein 1 mg Dexamethason-Test durchgeführt worden. Hier sei Sorgfalt getragen worden, dass nicht zufällig am Tag des 1 mg Dexamethason-Tests auch das Speichel-Cortisol oder die 24h-Sammelurin-Messung durchgeführt worden sei. Der 1 mg Suppressionstest habe keine Suppression des Cortisols gezeigt, so dass ein 2 mg-Test angeschlossen und eine CT der Nebennieren angefügt worden sei. In Zusammenschau der Labor- und bildgebenden Befunde bestehe kein Verdacht auf einen Hypercortisolismus. Auch ergebe sich klinisch kein weiterer Hinweis auf einen Hypercortisolismus, lediglich das Gewicht sei deutlich erhöht. Auch keine anderweitige endokrine Störung habe nachgewiesen werden können. Die von der Beschwerdeführerin geklagten Symptome mit eingeschränkter Arbeitsfähigkeit ruhten demnach nicht von einer endokrinen Störung bzw. einem Hypercortisolismus her.

6.4 Die am 12. Dezember 2016 durchgeführte CT Abdomen-Becken nativ und nach i.v. KM-Applikation mehrere Phasen wurde durch med. pract. L.____, Oberärztin Radiologie, K.____, im Bericht vom 13. Dezember 2016 wie folgt beurteilt (IV-Nr. 13 S. 6): Nebennieren beidseits unauffällig. Links im Pars intermedia der Niere Verdacht auf Angiomyolipom circa 1,5 x 2,7 cm gross.

6.5 Im Arztbericht vom 23. bzw. 25. März 2017 (IV-Nr. 13 S. 1 ff.) hielt die die Beschwerdeführerin seit 2009 behandelnde Dr. med. M.____, Fachärztin FMH für Allgemeinmedizin, aufgrund der am 9. März 2017 zuletzt erfolgten Untersuchung folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit fest: Mässigdifferentiertes invasiv ductales Mammacarcinom rechts pT1, pN0 – Tumorektomie mit Sentinel-Lymphknoten rechts März 2016 – Radiotherapie 60Gy Mai bis Juni 2016 – antihormonelle Therapie seit Mai 2016 mit Arimidex – Fatigue syndrome und Schlafstörungen seit Arimidex – Schmerzen costosternaler Übergang 4. und 5. Rippe rechts ohne Tumornachweis Chronisch thoracolumbovertebrales Schmerzsyndrom – multisegmentale thoracale Osteochondrose Schulterschmerzen links bei – Acromioclaviculäre Arthrose links – degenerative Rotatorenmanschettenläsion – Tendinitis calcarea Supraspinatussehne Diagnosen ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit seien: Adipositas – Steatosis hepatis Arterielle Hypertonie mit Sprechstundenkomponente Dyslipidämie Gastroösophagealer Reflux Parosysmale supraventrikuläre Tachykardie Angiomyolipom Niere links Coxarthrose beidseits Carpaltunnelsyndrom beidseits Die

Beschwerdeführerin sei in ihrer zuletzt ausgeübten Tätigkeit im Detailhandel / Catering von 29. März 2016 bis 31. Juli 2016 zu 100 % arbeitsunfähig gewesen. Von 1. August 2016 bis 14. September 2016 betrage die Arbeitsunfähigkeit 0 %. Von 15. September 2016 bis 10. April 2017 sei eine 40%ige Arbeitsunfähigkeit gegeben. Der Gesundheitszustand sei stationär. Die gesundheitliche Störung wirke sich in der bisherigen Tätigkeit durch eine Reduktion der körperlichen und zeitlichen Belastbarkeit aus. Die bisherige Tätigkeit sei der Beschwerdeführerin in einem zeitlichen Rahmen von 5 bis 6 Stunden täglich zumutbar, aber nicht am Stück. Es bestehe dabei eine verminderte Leistungsfähigkeit, da keine schweren körperlichen Tätigkeiten ausgeübt werden könnten. Die Arbeitsfähigkeit am bisherigen Arbeitsplatz könnte wahrscheinlich verbessert werden. So wäre die Belastbarkeit ohne Arimidex wahrscheinlich deutlich besser. Dieses müsse aber mindestens 5 Jahre lang eingenommen werden. Der Beschwerdeführerin seien keine anderen Tätigkeiten zumutbar.

6.6 Dr. med. D.____, Fachärztin für Arbeitsmedizin, RAD, hielt in ihrer Stellungnahme vom 26. Juni 2017 (IV-Nr. 15 S. 2 f.) zur Beurteilung der medizinischen Situation (inkl. Verlauf / Prognose) fest: Anfang 2016 sei bei der Beschwerdeführerin ein invasiv duktales Mammakarzinom diagnostiziert worden. Am 30. März 2016 sei die brusterhaltende Operation erfolgt, welche komplikationslos verlaufen und die Beschwerdeführerin in den Nachuntersuchungen beschwerdefrei gewesen sei. Am 2. Mai 2016 sei die adjuvante Hormontherapie aufgenommen worden und bis im Juni 2016 sei eine Radiotherapie erfolgt. In Folge der Behandlungen (Hormontherapie und Bestrahlung) bestehe nun bei der Beschwerdeführerin medizinisch nachvollziehbar eine verminderte Leistungsfähigkeit durch eine erhöhte Ermüdbarkeit. Ebenso beschreibe sie Schmerzen im Bereich der rechten Brust die bis in den rechten Arm reichen würden, welche in Folge der Bestrahlung erklärbar seien. Im Rahmen eines Arbeitsversuchs im gewohnten 100 % Pensum träten zunehmende Schmerzen im Bereich der rechten Brust und des rechten Armes auf, ebenso habe dieses Pensum wegen der ausgeprägten Müdigkeit nicht länger durchgehalten werden können. Die körperliche Belastbarkeit / Beweglichkeit des linken Armes werde zusätzlich durch eine acromioclaviculäre Arthrose links und eine degenerative Rotatorenmanschettenläsion links (Schulter) eingeschränkt. Das geleistete 60 % Pensum sei der aktuellen gesundheitlichen Situation angepasst. Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit seien: – Invasiv ductales Mammacarcinom rechts, Operation März 2016 mit adjuvanter Hormontherapie und Radiotherapie – Fatigue Syndrom seit Hormontherapie – Acromioclaviculäre Arthrose und degenerative Rotatorenmanschettenläsion links In Bezug auf die Arbeitsfähigkeit seien funktionelle Einschränkungen wie eine erhöhte allgemeine Ermüdbarkeit und eine Einschränkung der Belastbarkeit im Schulter / Armbereich beidseits gegeben. Der Beschwerdeführerin seien wechselbelastende leichte bis mittelschwere Tätigkeiten ohne schweres Heben und Tragen, ohne häufige Überkopfarbeiten zumutbar. Die 100%ige bzw. ab 15. September 2016 40%ige Arbeitsunfähigkeit als Mitarbeiterin im Betrieb des Mannes seien medizinisch nachvollziehbar. Auch in einer leichteren Tätigkeit sei mit keiner relevant höheren Arbeitsfähigkeit zu rechnen.

7. Der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin, wie er sich aufgrund der vorliegenden medizinischen Akten präsentiert, ist unbestritten: So wurde bei der Beschwerdeführerin anlässlich der am 15. Februar 2016 durchgeführten Mammographie ein Verdacht auf ein Karzinom geäußert, der sich sodann aufgrund der am 23. März 2016 vorgenommenen Trucut-Biopsie bestätigte. Das invasiv ductale Mammakarzinom rechts wurde sodann am 30. März 2016 mittels Tumorektomie und Sentinel-Lymphonodektomie brusterhaltend operativ entfernt. Aufgrund der Empfehlung des F.____ vom 11. April 2016 begann mit der adjuvanten

Radiotherapie von Mai bis Juni 2016 am 3. Mai 2016 die voraussichtlich fünfjährige Behandlung mit einer adjuvanten Hormontherapie mittels Arimidex. Aufgrund der von der Beschwerdeführerin beklagten eingeschränkten Arbeitsfähigkeit konnte nach der Untersuchung vom 22. November 2016 ein Hypercortisolismus bzw. eine endokrine Störung ausgeschlossen werden. Auch anlässlich der am 12. Dezember 2016 durchgeführten CT wurden zum einen unauffällige Nebennieren beidseits festgestellt und zum anderen ein Verdacht auf ein Angiomyolipom der linken Niere geäussert, welcher durch die Hausärztin der Beschwerdeführerin Dr. med. M.____ im Bericht vom 23. bzw. 25. März 2017 als Diagnose ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit qualifiziert wurde. Sie wies jedoch in ihrem relativ kurz und knapp ausgefallenen Arztbericht neben der Hauptdiagnose des bereits in den medizinischen Vorakten aufgeführten «mässigdifferenzierten invasiv ductalen Mammakarzinoms rechts» neu ein «chronisches thoracolumbovertebrales Schmerzsyndrom» aus und attestierte der Beschwerdeführerin ab 29. März 2016 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit, von 1. August 2016 bis 14. September 2016 eine Arbeitsunfähigkeit von 0 % und von 15. September 2016 bis 10. April 2017 eine 60%ige Arbeitsfähigkeit. Die RAD-Ärztin D.____ bestätigte sodann in ihrer Stellungnahme vom 26. Juni 2017 sowohl die Diagnose eines «invasiv ductalen Mammacarcinoms rechts, Operation März 2016 mit adjuvanter Hormontherapie und Radiotherapie» als auch das bereits zuvor durch die Hausärztin der Beschwerdeführerin festgestellte «Fatigue Symptom seit Hormontherapie» und die «Acromioclaviculäre Arthrose und degenerative Rotatorenmanschette links». Im Weiteren übernahm sie auch die von der Hausärztin gemachte Einschätzung in Bezug auf die Arbeitsfähigkeit. So hielt sie fest, die Beschwerdeführerin sei in einer Verweistätigkeit (wechselbelastende leichte oder mittelschwere Tätigkeiten ohne schweres Heben und Tragen, ohne häufige Überkopparbeit) ab 15. September 2016 zu 40 % arbeitsunfähig. Diese Beurteilung des der Beschwerdeführerin zumutbaren Arbeitspensums ist nicht zu beanstanden, da sich in den vorliegend dokumentierten Akten keine dieser Einschätzung widersprechenden Angaben finden. Es ist in diesem Zusammenhang festzuhalten, dass dieses reduzierte Arbeitspensum von 60 % sowohl eine Reduktion der körperlichen als auch bereits der zeitlichen Belastbarkeit beinhaltet. Dies ist dem Bericht der Hausärztin der Beschwerdeführerin vom 23./25. März 2017 zu entnehmen (vgl. E. II. 6.5 hiervor). So hielt Dr. med. M.____ explizit fest, es bestehe bei einem zeitlichen Rahmen von 5 bis 6 Stunden eine verminderte Leistungsfähigkeit, da keine schweren körperlichen Tätigkeiten ausgeübt werden könnten. Es kann daher den Vorbringen der Beschwerdeführerin nicht gefolgt werden (A.S. 10 unten), wonach die Leistungsminderung innerhalb des Arbeitspensums nie quantifiziert worden sei. 8. Nachfolgend ist der Einkommensvergleich vorzunehmen (vgl. E. II. 3.3. hiervor) und anschliessend zu prüfen, ob die Beschwerdegegnerin den IV-Grad mit 32 % korrekt errechnet hat (A.S. 2): 8.1 Für die Ermittlung des Valideneinkommens ist entscheidend, was die versicherte Person im Zeitpunkt des frühestmöglichen Rentenbeginns (vgl. BGE 129 V 222 mit Hinweis) – hier: ab April 2017 (Art. 29 Abs. 1 IVG) – nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als Gesunde tatsächlich verdienen würde und nicht, was sie bestenfalls verdienen könnte. Die Ermittlung des Valideneinkommens muss so konkret wie möglich erfolgen. Da die bisherige Tätigkeit ohne Gesundheitsschaden erfahrungsgemäss fortgesetzt worden wäre, ist in der Regel vom letzten Lohn auszugehen, der vor Eintritt der Gesundheitsschädigung erzielt wurde (zum Ganzen: Urteil des Bundesgerichts 9C_266/2008 vom 28. August 2008 E. 3.1). 8.1.1 Fehlen aussagekräftige konkrete Anhaltspunkte im Hinblick auf den letzten vor Eintritt der

Gesundheitsschädigung erzielten Lohn, ist auf Erfahrungs- und Durchschnittswerte zurückzugreifen. In den Durchschnittswerten der LSE schlägt sich nieder, was eine Person mit gleichen beruflichen Voraussetzungen wie die Versicherte verdienen könnte. Auf sie darf jedoch im Rahmen der Invaliditätsbemessung nur unter Mitberücksichtigung der für die Entlohnung im Einzelfall relevanten persönlichen und beruflichen Faktoren abgestellt werden (Urteile des Bundesgerichts 8C_664/2007 vom 14. April 2008 E. 6.2 mit Hinweisen; 9C_266/2008 vom 28. August 2008 E. 3.2.2; AHI 1999 S. 240 f. [I 377/98]).

8.1.2 Gemäss den vorliegenden Akten (IV-Nrn. 2 S. 5, 10, 11 S. 1) besuchte die Beschwerdeführerin während neun Jahren die Primarschule und absolvierte anschliessend von 1981 bis 1983 eine Ausbildung als Hotelfachassistentin sowie 1988 bis 1998 einen Service- und einen Wirtkurs im Kanton [...]. Seit dem 1. Januar 1997 ist sie als Betriebsmitarbeiterin (Verkauf und Produktion von Fleischwaren) im Geschäft ihres Ehemannes zu 100 % beschäftigt. Der Betrieb ist auf die Produktion von kroatischen Fleischwaren, Spanferkel und Partyservice spezialisiert. In dieser bislang ungekündigten Arbeitsstelle ist die Beschwerdeführerin seit dem 15. September 2016 in einem Arbeitspensum von 60 % tätig (IV-Nr. 10 S. 7).

8.1.3 Da der gelernten Beschwerdeführerin die bisherige Arbeit im Verkauf, in der Mitarbeit der Produktion und im Büro im Betrieb ihres Ehemannes aus gesundheitlichen Gründen noch immer – wenn auch in einem reduzierten Pensum – möglich ist, ist mit dem erforderlichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erstellt, dass sie diese Arbeit im Gesundheitsfall auch weiterhin voll ausgeübt hätte. Daher hat die Beschwerdegegnerin für die Bestimmung des Valideneinkommens zu Recht auf das zuletzt bei der Firma N.____ erzielte Einkommen im Jahr 2012 bis 2015 von CHF 41'600.00 (13 x CHF 3'200.00, vgl. Arbeitgeberfragebogen, IV-Nr. 10 S. 5 f.) abgestellt. Somit beträgt das Valideneinkommen insgesamt CHF 41'600.00. Entgegen den Vorbringen der Beschwerdeführerin (A.S. 13 f.) sind aufgrund der vorliegenden Akten keine Anhaltspunkte ersichtlich, wonach sich das erzielte Einkommen ab dem Jahr 2017 auf CHF 3'500.00 erhöht und die Beschwerdegegnerin deshalb weitere Informationen hätte einholen müssen. Daher ist darauf nicht weiter einzugehen.

8.2 Für das Invalideneinkommen massgebend ist dasjenige Entgelt, welches die versicherte Person aufgrund ihres konkreten Gesundheitsschadens zumutbarerweise noch zu erzielen in der Lage wäre (Art. 16 ATSG).

8.2.1 Für die Festsetzung 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, und erscheint zudem das Einkommen aus der Arbeitsleistung als angemessen und nicht als Soziallohn, gilt grundsätzlich der tatsächlich erzielte Verdienst als Invalidenlohn. Ist kein solches tatsächlich erzieltes 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 insbesondere Tabellenlöhne gemäss den vom Bundesamt für Statistik periodisch herausgegebenen Lohnstrukturhebungen (nachfolgend: LSE) herangezogen werden (BGE 139 V 592 E. 2.3 S. 593 f. mit Hinweis).

8.2.2 Wie bereits oben ausgeführt (vgl. E. II. 7 hiervor), ist davon auszugehen, dass der Beschwerdeführerin ab dem 15. September 2016 eine Arbeitsfähigkeit von 60 % sowohl in der angestammten Tätigkeit als auch in einer Verweistätigkeit zumutbar ist. Da die Beschwerdeführerin seit 1997 – und damit bereits seit 20 Jahren – nach wie vor in der Firma ihres Ehemannes zu 60 % tätig ist und so die ihr

zumutbare und verbleibende Arbeitsfähigkeit voll ausschöpft und das dabei erzielte Erwerbseinkommen von CHF 3'200.00 / Monat nicht als Soziallohn zu qualifizieren ist, ist nicht einzusehen, weshalb bei der Berechnung des Invalideneinkommens nicht auf das dabei erzielte Erwerbseinkommen von CHF 3'200.00 (100%-Pensum) gemäss Arbeitgeberfragebogen (IV-Nr. 10) abgestellt werden kann. Dies insbesondere auch, weil die Beschwerdegegnerin in ihrer Beschwerdeantwort vom 11. April 2018 (A.S. 21) gestützt auf die Stellungnahme der RAD-Ärztin Dr. med. D.____ explizit festhielt, es handle sich bei der Tätigkeit der Beschwerdeführerin im Betrieb ihres Ehemannes «um ein der gesundheitlichen Situation angepasstes Pensum». 8.3 Vor diesem Hintergrund erübrigt es sich, zur Feststellung des Invaliditätsgrades einen Einkommensvergleich mit genauer Ermittlung des Validen- und Invalideneinkommens durchzuführen. Der Invaliditätsgrad entspricht vielmehr dem Grad der Arbeitsunfähigkeit von 40 % (sog. Prozentvergleich), womit ein Anspruch auf eine Invalidenrente besteht (BGE 114 V 307 E. 3a S. 313 mit Hinweisen). Somit hat die Beschwerdeführerin ab April 2017 Anspruch auf eine Viertelsrente (vgl. E. II. 3.1 hiervor). Der von der Beschwerdegegnerin errechnete IV-Grad von 32 % erweist sich demnach als nicht korrekt. 9. Aufgrund des ermittelten IV-Grades von 40 % stünde der Beschwerdeführerin allenfalls ein Anspruch auf eine Umschulung zu (vgl. E. II. 3.6 hiervor). Da die Beschwerdeführerin indes noch immer im Betrieb ihres Mannes in einem ihrem Gesundheitszustand optimal angepassten Arbeitspensum von 60 % tätig ist und somit das ihr zumutbare Arbeitsvolumen voll ausschöpft, ist eine Umschulung nicht notwendig. Daher hat die Beschwerdegegnerin mit Verfügung vom 15. Januar 2018 (A.S. 1 ff.) den Leistungsanspruch auf berufliche Massnahmen zu Recht abgewiesen. Die Beschwerdeführerin vermag in der Beschwerdeschrift denn auch nicht zu begründen, weshalb sie auf eine Tätigkeit im kaufmännischen Bereich umgeschult werden sollte (A.S. 14 unten). 10. Zusammenfassend ist festzuhalten, dass die Verfügung der Beschwerdegegnerin vom 15. Januar 2018 aufzuheben ist und die Beschwerdeführerin ab 1. April 2017 Anspruch auf eine Viertelsrente hat. Im Übrigen ist die Beschwerde abzuweisen. Die Sache wird zur Berechnung und Auszahlung der Viertelsrente ab April 2017 an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. Es ist daher festzustellen, dass sich die Durchführung einer öffentlichen Verhandlung im Sinne von Art. 6 Ziff. 1 EMRK gemäss E. I. 2 Ziff. 3 hiervor erübrigt.

11. Bei diesem Verfahrensausgang steht der Beschwerdeführerin eine ordentliche Parteientschädigung zu, die von der Beschwerdegegnerin zu bezahlen ist. 11.1 Der Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin, Rechtsanwalt Claude Wyssmann macht in seiner Kostennote vom 22. Mai 2018 (A.S. 31 ff.) einen Aufwand von 8,2 Stunden geltend. Dieser enthält sieben Kurzschreiben an die Klientin vom 18., 22. Januar, 20., 27. Februar, 6. März, 17. April und 22. Mai 2018 sowie zwei Fristerstreckungen vom 26. April 2018 à 0,33 Std. und 11. Mai 2018 à 0,17 Std. Dieser Aufwand von total 1,69 Std. ist nicht zu entschädigen. Denn es ist davon auszugehen, dass es sich dabei um Kanzleiaufwand handelt, der im Stundenansatz des Anwalts inbegriffen ist. Gesamthaft beläuft sich der zu berücksichtigende Aufwand auf 6,51 Std. Bei einem Stundenansatz von CHF 250.00 beträgt das Honorar CHF 1'627.50. Was die geltend gemachten Auslagen von total CHF 97.50 anbelangt, so sind die insgesamt 56 Kopien pro Stück nur mit CHF 0.50 zu vergüten (§ 160 Abs. 5 GT) und nicht mit CHF 1.00, wie in der Kostennote geltend gemacht. Die Auslagen reduzieren sich so um CHF 28.00 auf CHF 69.50. Somit ergibt sich bei einem Honorar von CHF 1'627.50 und Auslagen von CHF 69.50 eine Parteientschädigung CHF 1'827.70 (CHF 1'627.50 + CHF 69.50 + 7,7 % MwSt). Bei der

Bemessung der Parteientschädigung ist des Weiteren zu berücksichtigen, dass die Beschwerdeführerin zwar hinsichtlich der beantragten Invalidenrente obsiegt hat, ihr dagegen entgegen ihren Rechtsbegehren keine beruflichen Eingliederungsmassnahmen zugesprochen worden sind. Ist das Quantitative einer Leistung streitig, rechtfertigt eine «Überklagung» nach der in Rentenangelegenheiten ergangenen Rechtsprechung eine Reduktion der Parteientschädigung nur, wenn das ziffernmässig bestimmte Rechtsbegehren den Prozessaufwand des Versichertenanwaltes beeinflusst hat (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_449/2016 vom 2. November 2016 E. 3.1.1; BGE 117 V 401 E. 2c S. 407). Bildet beispielsweise ein invalidenversicherungsrechtlicher Rentenanspruch Anfechtungs- und Streitgegenstand, führt demgemäss der Umstand allein, dass im Beschwerdeverfahren abweichend von dem auf eine ganze oder zumindest eine höhere Rente gerichteten Rechtsbegehren keine ganze oder aber eine geringere Rente als beantragt zugesprochen wird, noch nicht zu einer Reduktion der Parteientschädigung (Urteile des Bundesgerichts 9C_580/2010 vom 16. November 2010 E. 4.1 und 9C_94/2010 vom 26. Mai 2010 E. 4.1 mit Hinweisen). Angesichts der im vorliegenden Verfahren eingereichten Rechtschriften ist festzuhalten, dass der Prozessaufwand des Versichertenanwaltes nicht wesentlich höher ausfiel, weil er neben Rentenleistungen auch die Durchführung von beruflichen Eingliederungsmassnahmen beantragt hat und dies dementsprechend begründen musste. Im Lichte der dargelegten Grundsätze erscheint es deshalb gerechtfertigt, die im Rahmen der Parteientschädigung zu vergütenden Aufwände nicht zu kürzen. 11.2 Aufgrund von 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 CHF 200.00 - 1'000.00 festgelegt. Nach dem Ausgang des vorliegenden Verfahrens hat die Beschwerdegegnerin die gesamten Verfahrenskosten von CHF 600.00 zu bezahlen. Der Beschwerdeführerin ist der bereits bezahlte Kostenvorschuss von CHF 1'000.00 zurückzuerstatten.

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