



**Fall-Nr.:** IV 2007/330  
**Stelle:** Versicherungsgericht  
**Rubrik:** IV - Invalidenversicherung  
**Publikationsdatum:** 10.07.2020  
**Entscheiddatum:** 14.04.2009

### **Entscheid Versicherungsgericht, 14.04.2009**

**Art. 28 Abs. 1 IVG (in der bis 31. Dezember 2007 gültigen Fassung).  
Rentenanspruch. Interdisziplinäres Gutachten beweistauglich. Kein  
rentenbegründender Invaliditätsgrad (Entscheid des Versicherungsgerichts  
des Kantons St. Gallen vom 14. April 2009, IV 2007/330).**

Präsidentin Lisbeth Mattle Frei, Versicherungsrichterin Marie Löhner,  
Versicherungsrichter Franz Schlauri; Gerichtsschreiber Philipp Geertsen

Entscheid vom 14. April 2009

in Sachen

B.\_\_\_\_,

Beschwerdeführerin,

vertreten durch Rechtsanwalt lic. rer. publ. Michael B. Graf, St. Leonhard-Strasse 20,  
Postfach, 9001 St. Gallen,

gegen

IV-Stelle des Kantons St. Gallen, Postfach 368, 9016 St. Gallen,

Beschwerdegegnerin,

betreffend

Rente



Sachverhalt:

A.

A.a B.\_\_\_\_, geboren 1963, meldete sich am 23. September 2004 wegen Rheumatismus und Schmerzen am ganzen Körper zum Bezug von IV-Leistungen (Rente) an (act. G 4.1). Der behandelnde Arzt, Dr. med. A.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Innere Medizin, berichtete im Arztbericht vom 5. Oktober 2004, dass die Versicherte an einer Fibromyalgie und Depression leide. Sie sei in ihrem bisherigen Beruf als Näherin (act. G 4.7) seit 5. September 2003 zu 100% arbeitsunfähig (act. G 4.10.1 ff.).

A.b Die IV-Stelle beauftragte am 6. April 2005 Dr. med. C.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Physikalische Medizin und Rehabilitation sowie Rheumatologie, mit einer interdisziplinären Begutachtung unter Beizug von Dr. med. D.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie (act. G 4.19). Das psychiatrische Teilgutachten vom 18. Januar 2007 wurde von Dr. med. E.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, erstellt. Dieser diagnostizierte eine leichtgradige depressive Episode mit somatischem Syndrom (ICD-10: F32.00) mit einer inadäquaten Schmerzverarbeitung (ICD-10: F54) bei Verdacht auf eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10: F45.4). Die objektiv feststellbare Psychopathologie begründe allein aus psychiatrischer Sicht eine medizinisch-theoretische Arbeitsunfähigkeit von derzeit maximal 30% für leichte bis mittelschwere Tätigkeiten vorbehaltlich somatisch-rheumatologisch begründbarer Limitierungen. Entsprechend sei der Versicherten ein Arbeitspensum in der resultierenden Restarbeitsfähigkeit für leichte bis mittelschwere Tätigkeiten zumutbar (act. G 4.27.11 ff.). Dr. C.\_\_\_\_ stellte im rheumatologischen Teil seines Gutachtens vom 20. Februar 2007 die Diagnose von chronisch ausgebreiteten Schmerzbeschwerden ohne identifizier- und definierbares Substrat. Ein Leiden mit relevanten somatischen Wurzeln lasse sich nicht definieren. Dementsprechend lasse sich auch keine Arbeitsunfähigkeit ableiten. Interdisziplinär werde die Versicherte in der angestammten sowie in einer leidensangepassten Tätigkeit zu 70% arbeitsfähig beurteilt (act. G 4.27.1 ff.).

A.c Gestützt auf die gutachterlichen Erkenntnisse ermittelte die IV-Stelle einen Invaliditätsgrad von 30% und stellte der Versicherten mit Vorbescheid vom 24. April 2007 einen ablehnenden Rentenentscheid in Aussicht (act. G 4.34).



B.

B.a Dagegen erhob die Versicherte am 8. Mai 2007 Einwand und beantragte die Aufhebung des angefochtenen Vorbescheids sowie die Ausrichtung einer halben IV-Rente (act. G 4.35.1). In der ergänzenden Eingabe vom 16. Juli 2007 rügte sie das dem Vorbescheid zugrunde gelegte Valideneinkommen als zu tief. In formeller Hinsicht bemängelt sie am psychiatrischen Teilgutachten, dass ihr der Name und die fachliche Qualifikation des Gutachters nicht vorgängig mitgeteilt worden seien. Der psychiatrische Gutachter verfüge über ein ausländisches Staatsexamen und habe den Schweizer Facharztstitel erst im Jahr 2005 erworben. Aufgrund seiner mangelnden klinischen Erfahrung und der fehlenden Routine bei Begutachtungen seien gegenüber seiner gutachterlichen Einschätzung zum Vornherein Vorbehalte zu machen. Die psychiatrische Begutachtung habe lediglich 1 Stunde und 40 Minuten gedauert, was vorliegend unzureichend sei. Die Schmerzschilderung der Versicherten werde vom psychiatrischen Gutachter als undifferenziert, generalisiert und übersteigert betrachtet. Dabei übersehe der Experte, dass fremdsprachige Patienten ihren Mangel an verbalen Ausdrucksmöglichkeiten mit Gestik und Mimik zu kompensieren versuchen würden. Die Annahme einer Aggravation ("übersteigert dargebotenen Schmerzbeschwerden") lasse daher auf mangelnde Erfahrung des psychiatrischen Gutachters schliessen bzw. auf eine bedenkliche Voreingenommenheit. Ferner habe dieser ausser Acht gelassen, dass die Versicherte eine Fehlgeburt erlitten habe und einen Schwangerschaftsabbruch am 30. Juni 2004 habe vornehmen lassen müssen. Dabei handle es sich um schwerwiegende Erlebnisse. Die Einschätzung und die Diagnose des psychiatrischen Gutachters liessen sich auch nicht mit den Einschätzungen der behandelnden Ärzte vereinbaren. Gegen die Beweistauglichkeit des interdisziplinären Gutachtens bringt die Versicherte weiter vor, dass die Gutachter keine Beurteilung der behandelnden Psychiater des Psychiatrischen Zentrums St. Gallen eingeholt hätten, obschon sie von der Behandlung Kenntnis gehabt hätten. Ferner sei in der gutachterlichen Beurteilung der Suizidalität der Versicherten nicht gebührend Beachtung geschenkt worden. Die Behauptung des rheumatologischen Gutachters, dass ein weitgehend unauffälliges, objektivierbares Schmerzverhalten unter unverfänglichen Alltags- wie gezielten Untersuchungsbedingungen bestehe, sei tatsachenwidrig. Seine Beurteilung beruhe auch nicht auf eingehenden Untersuchungen und stehe in Widerspruch zu den Einschätzungen der behandelnden Ärzte, die eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit attestiert



hätten. Da das interdisziplinäre Gutachten nicht aussagekräftig sei, müsse auf die Einschätzung der behandelnden Ärzte abgestellt werden. Der Invaliditätsgrad betrage daher 100%. Selbst wenn auf die gutachterliche Beurteilung der Arbeitsfähigkeit abgestellt werde, müsse mindestens ein 20%iger Abzug vom Invalideneinkommen vorgenommen werden, womit ein Anspruch auf eine Viertelsrente resultiere. Der Beginn des Rentenanspruchs sei auf September 2004 festzusetzen (act. G 4.45.1 ff.).

B.b Die IV-Stelle verfügte am 24. Juli 2007 im Sinn des Vorbescheids. Als Basis für das Valideneinkommen sei zu Recht auf den im Jahr 2003 tatsächlich erzielten Verdienst abgestellt worden. Bezüglich des Gutachtens könne nach Rücksprache mit dem RAD mitgeteilt werden, dass keine neuen Tatsachen geltend gemacht worden seien, die nicht schon anlässlich der interdisziplinären Begutachtung bekannt gewesen seien. Aus Sicht des RAD sei am vorliegenden Gutachten festzuhalten (act. G 4.47).

C.

C.a Gegen die Verfügung vom 24. Juli 2007 richtet sich die vorliegende Beschwerde vom 10. September 2007. Die Beschwerdeführerin beantragt darin unter Kosten- und Entschädigungsfolge deren Aufhebung und die Ausrichtung der gesetzlichen Leistung, insbesondere eine ganze Rente ab 1. September 2004. Eventualiter sei ihr eine Viertelsrente ab 1. September 2004 auszurichten. Sie wiederholt ihre bereits im Vorbescheidverfahren vorgebrachten Rügen gegen das von der Beschwerdegegnerin eingeholte interdisziplinäre Gutachten und gegen den vorgenommenen Einkommensvergleich (act. G 1).

C.b Die Beschwerdegegnerin beantragt in der Beschwerdeantwort vom 19. November 2007 die Beschwerdeabweisung. Es treffe zu, dass sie bei der Erteilung des Gutachtenauftrages davon ausgegangen sei, dass Dr. D.\_\_\_\_ die Beschwerdeführerin untersuchen werde. Ohne Rücksprache mit der Beschwerdegegnerin habe Dr. C.\_\_\_\_ den psychiatrischen Facharzt E.\_\_\_\_ beigezogen. Daraus sei der Beschwerdeführerin indessen kein Nachteil entstanden. Im Vorfeld der Begutachtung hätte sie einzig Ausstandsgründe geltend machen können, was sie bis jetzt nicht getan habe. Allfällige Einwendungen materieller Natur, worunter auch die Fachkompetenz der Experten falle, seien erst mit dem Entscheid in der Sache im Rahmen der Beweiswürdigung zu



behandeln. Die Gutachter seien auch ohne einen Bericht der behandelnden Psychiater offensichtlich in der Lage gewesen, sich ein zuverlässiges Bild der Situation zu machen. Der rheumatologische Begutachter habe zwar verschiedene Befunde erhoben, offensichtlich hätten diese aber nicht die nötige Relevanz gehabt, um in der Diagnose erwähnt zu werden. Ohne weiteres könne eine psychiatrische Untersuchungsdauer von mehr als eineinhalb Stunden als ausreichend betrachtet werden. Aus der Tatsache des im Juni 2004 vorgenommenen Schwangerschaftsabbruchs könne die Beschwerdeführerin nichts zu ihren Gunsten ableiten. Dessen Vornahme habe für sich allein keine invalidisierende Wirkung. Die im Vergleich zur gutachterlichen Einschätzung abweichende Beurteilung der behandelnden Ärzte sei nicht geeignet, die überzeugende gutachterliche Einschätzung in Zweifel zu ziehen. Die gegen den Einkommensvergleich erhobenen Rügen seien unbegründet. Da die Beschwerdeführerin als Gesunde einen unterdurchschnittlichen Verdienst erzielt habe, sei zu Recht sowohl für die Ermittlung des Validen- wie auch des Invalideneinkommens auf die tabellarischen Durchschnittslöhne abgestellt worden. Die Vornahme eines Leidensabzuges sei höchstens im Umfang von 10% gerechtfertigt. Ein rentenbegründender Invaliditätsgrad resultiere allerdings auch unter Berücksichtigung eines 10%igen Leidensabzuges nicht (act. G 4).

C.c Die Beschwerdeführerin bringt in der Replik vom 7. Januar 2008 vor, dass es insbesondere für den psychiatrischen Gutachter unabdingbar gewesen wäre, die Unterlagen der behandelnden Psychiater beizuziehen, um sich über die psychische Verfassung der Beschwerdeführerin ein umfassendes Bild machen zu können. Die Beschwerdegegnerin stelle sich auf den Standpunkt, dass allfällige Suizidversuche der Beschwerdeführerin für die rheumatische Beurteilung ohne Belang seien. Dabei sei aber zu erwähnen, dass gerade unter anderem die heftigen Schmerzen der anhaltenden Rheumaerkrankung zur Einbusse an Lebensqualität, zum "Lebensverleider" und der Depression beigetragen hätten, was schliesslich in 2 Suizidversuchen gemündet habe. Es wäre daher erforderlich gewesen, dass sich auch der rheumatologische Gutachter darüber umfassend und korrekt informiert hätte. Der psychiatrische Gutachter habe sowohl die Fehlgeburt als auch den Schwangerschaftsabbruch bei der Anamnese ausser Acht gelassen, obschon der Abort aktenkundig gewesen sei. Diese Ereignisse hätten zweifellos Einfluss auf die Beschwerdeführerin gehabt. Was die Einschätzungen der behandelnden Ärzte



## St.Galler Gerichte

anbelange, so seien diese glaubwürdiger, zumal sie sich auf eine langjährige Beobachtung stützen könnten. Ein Leidensabzug von mindestens 20% sei angesichts der sich häufenden Faktoren mit negativen Auswirkungen auf die Beschwerdeführerin gerechtfertigt (act. G 7).

C.d Die Beschwerdegegnerin hat auf die Einreichung einer begründeten Duplik verzichtet (act. G 9).

Erwägungen:

1.

Am 1. Januar 2008 sind mit der 5. IVG-Revision verschiedene Änderungen des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG; SR 831.20) in Kraft getreten. Weil in zeitlicher Hinsicht grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgebend sind, die bei der Erfüllung des zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben (BGE 127 V 467 E. 1), und weil bei der Beurteilung ferner auf den bis zum Zeitpunkt des Erlasses der streitigen Verfügung eingetretenen Sachverhalt (vorliegend 24. Juli 2007; act. G 4.47) abzustellen ist (BGE 121 V 366 E. 1b), sind in der hier zu beurteilenden Angelegenheit die bis zum 31. Dezember 2007 geltenden materiellen Bestimmungen anzuwenden.

2.

Gegenstand des vorliegenden Verfahrens bildet der Anspruch der Beschwerdeführerin auf Rentenleistungen.

2.1 Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG; SR 830.1]). Die Invalidität kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 IVG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch 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 ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 ATSG). Beeinträchtigungen



der psychischen Gesundheit können in gleicher Weise wie körperliche Gesundheitsschäden eine Invalidität im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG in Verbindung mit Art. 8 ATSG bewirken. Nicht als Folgen eines psychischen Gesundheitsschadens und damit invalidenversicherungsrechtlich nicht als relevant gelten Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit, welche die versicherte Person bei Aufbietung allen guten Willens, die verbleibende Leistungsfähigkeit zu verwerten, abwenden könnte; das Mass des Forderbaren wird dabei weitgehend objektiv bestimmt. Festzustellen ist, ob und in welchem Umfang die Ausübung einer Erwerbstätigkeit auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt mit der psychischen Beeinträchtigung vereinbar ist. Ein psychischer Gesundheitsschaden führt also nur soweit zu einer Erwerbsunfähigkeit (Art. 7 ATSG), als angenommen werden kann, die Verwertung der Arbeitsfähigkeit (Art. 6 ATSG) sei der versicherten Person sozial-praktisch nicht mehr zumutbar (BGE 131 V 50 E. 1.2 mit Hinweisen).

2.2 Gemäss aArt. 28 Abs. 1 IVG haben Versicherte, die zu mindestens 40 Prozent invalid sind, Anspruch auf eine Rente. Diese wird wie folgt nach dem Grad der Invalidität abgestuft: Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 Prozent besteht Anspruch auf ein Viertel einer ganzen Rente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 Prozent auf ein Zweitel einer ganzen Rente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 60 Prozent auf drei Viertel einer ganzen Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 70 Prozent auf eine ganze Rente (aArt. 28 Abs. 1 IVG).

2.3 Bei erwerbstätigen Versicherten ist der Invaliditätsgrad gemäss aArt. 28 IVG aufgrund eines Einkommensvergleichs zu bestimmen (Art. 16 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG; SR 830.1]). Dazu 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 (sogenanntes Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (sogenanntes 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,



worauf sich aus der Einkommensdifferenz der Invaliditätsgrad bestimmen lässt (allgemeine Methode des Einkommensvergleichs; vgl. BGE 128 V 30 E. 1).

2.4 Um das Ausmass der Arbeitsunfähigkeit beurteilen und somit 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).

2.4.1 Die Versicherungsträger und die Sozialversicherungsgerichte haben die Beweise frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Für das Beschwerdeverfahren bedeutet dies, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestatten.

2.4.2 Dennoch hat es die Rechtsprechung mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung als vereinbar erachtet, in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten Richtlinien für die Beweiswürdigung aufzustellen. Den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens vom Versicherungsträger eingeholten Gutachten von externen medizinischen Fachpersonen, die auf Grund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, ist bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen. In Bezug auf Berichte von behandelnden Ärzten darf und soll das Gericht der Erfahrungstatsache Rechnung tragen, dass diese mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patienten und Patientinnen aussagen. Bei der Abschätzung des Beweiswerts im Rahmen einer freien und umfassenden Beweiswürdigung dürfen allerdings auch die potentiellen Stärken der Berichte behandelnder Ärzte nicht vergessen werden. Der Umstand allein, dass eine Einschätzung von behandelnden Medizinern stammt, darf nicht dazu führen, sie als von



vornherein unbeachtlich einzustufen; die einen längeren Zeitraum abdeckende und umfassende Betreuung durch behandelnde Ärzte bringt oft wertvolle Erkenntnisse hervor. Auf der anderen Seite lässt es die unterschiedliche Natur von Behandlungsauftrag des therapeutisch tätigen (Fach-)Arztes einerseits und Begutachtungsauftrag des amtlich bestellten fachmedizinischen Experten andererseits (BGE 124 I 175 E. 4; Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG; seit 1. Januar 2007: sozialrechtliche Abteilungen des Bundesgerichts] vom 13. Juni 2001, I 506/00, E. 2b) nicht zu, ein Administrativ- oder Gerichtsgutachten stets in Frage zu stellen und zum Anlass weiterer Abklärungen zu nehmen, wenn die behandelnden Ärzte zu anderslautenden Einschätzungen gelangen (Urteil des Bundesgerichts vom 25. Mai 2007, I 514/06, E. 2.2.1, mit Hinweisen).

3.

Die Beschwerdegegnerin stützte die angefochtene Verfügung auf das interdisziplinäre Gutachten der Dres. C.\_\_\_\_ und E.\_\_\_\_ vom 20. Februar 2007 (act. G 4.27). Die Beschwerdeführerin rügt die gutachterliche Beurteilung in verschiedener Hinsicht als mangelhaft (act. G 1).

3.1 Bei der Würdigung der medizinischen Situation fällt ins Gewicht, dass sowohl Dr. C.\_\_\_\_ (act. G 4.27.1 ff.) als auch die übrigen beteiligten Ärzte keine invalidisierenden somatischen Befunde erhoben haben (vgl. act. G 4.10.1 ff., 4.45.13 ff.) und somit die psychosomatische Einschätzung der gesundheitlichen Beschwerden ausschlaggebend ist. Vor diesem Hintergrund kann in der kurz gehaltenen klinischen Untersuchung von Dr. C.\_\_\_\_, seiner knappen Auseinandersetzung mit den Vorakten sowie dem Verzicht auf eingehende Funktionstests kein erheblicher Mangel erblickt werden. Dies gilt umso mehr, als sich während der klinischen Untersuchung keine Anhaltspunkte für ein somatisches Leiden ergeben haben (act. G 4.27.1 ff.) und die Befunderhebung von Dr. C.\_\_\_\_ mit den - nicht zahlreichen und lediglich kurz begründeten - Vorakten diesbezüglich korrespondiert.

3.2 Die Beschwerdeführerin führt gegen die Beurteilung von Dr. C.\_\_\_\_ weiter ins Feld, dass er nicht in der Lage gewesen sei, die Diagnose einer Fibromyalgie zu bestätigen oder zu widerlegen (act. G 1, S. 11, N 25). Vorab ist in diesem Zusammenhang auf die



Rechtsprechung hinzuweisen, dass in jedem Einzelfall eine Beeinträchtigung der Erwerbsfähigkeit unabhängig von der Diagnose und grundsätzlich unbesehen der Ätiologie ausgewiesen und in ihrem Ausmass bestimmt sein muss. Entscheidend ist die nach einem weitgehend objektivierten Massstab zu erfolgende Beurteilung, ob und inwiefern der versicherten Person trotz ihres Leidens die Verwertung ihrer Restarbeitsfähigkeit auf dem ihr nach ihren Fähigkeiten offen stehenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt noch sozial-praktisch zumutbar ist (BGE 127 V 298 E. 4c mit Hinweisen). Dr. C.\_\_\_\_ diagnostizierte chronisch ausgebreitete Schmerzbeschwerden ohne identifizier- und definierbares Substrat (act. G 4.27.8). Interdisziplinär stellten die Gutachter aus psychiatrischer Sicht noch zusätzlich eine leichtgradige depressive Episode, eine inadäquate Schmerzverarbeitung sowie einen Verdacht auf eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (act. G 4.27.9). Das von der Beschwerdeführerin geklagte Beschwerdebild fand darin eine genügende Berücksichtigung. Dass die Gutachter - entgegen der Einschätzungen der Rheumatologen des KSSG vom 17. Oktober 2003 (act. G 4.10.5) und des behandelnden Dr. A.\_\_\_\_ vom 29. Dezember 2003 und 5. Oktober 2004 (act. G 4.45.13 und G 4.10.1) - die Diagnose einer Fibromyalgie nicht bestätigten, vermag keinen erheblichen Mangel am Gutachten zu bilden. Zum einen nahm Dr. C.\_\_\_\_ dolorimetrische Untersuchungen vor, die diagnostisch nicht einheitlich für das Vorliegen einer gesteigerten Schmerzempfindung auf Druck- und Berührungsreize gewesen seien (act. G 4.27.7). Damit brachte er zum Ausdruck, dass nicht ein für die Diagnose eines Fibromyalgiesyndroms hinreichender Druckschmerz an den einschlägigen Druckpunkten hat festgestellt werden können. Zum anderen korrespondiert die interdisziplinäre gutachterliche Diagnosestellung insofern mit der Diagnose von Dr. A.\_\_\_\_ und den Rheumatologen des KSSG, als letztere eine rheumatologische (somatische) Ursache der Fibromyalgie explizit ausgeschlossen haben und psychosomatische Ursachen für die gesundheitlichen Beschwerden verantwortlich gemacht wurden. Dr. F.\_\_\_\_ und die behandelnde Psychiaterin (act. G 4.57 und act. G 4.45.20) stellten im Übrigen auch nicht die Diagnose einer Fibromyalgie, sondern diagnostizierten ein chronisches Lumbovertebralsyndrom bzw. eine Somatisierungsstörung. Ergänzend ist auch auf die Ausführungen von Dr. E.\_\_\_\_ hinzuweisen, der die Diagnose einer Fibromyalgie diskutiert hat (act. G 4.27.14).



3.3 Betreffend den psychiatrischen Gutachter bringt die Beschwerdeführerin einerseits vor, dass ihr dieser nicht vor der Begutachtung bekannt gegeben worden sei.

Andererseits zweifelt sie an dessen gutachterlichen Kompetenz (vgl. act. G 1, S. 10 f.).

3.3.1 Was die unterlassene vorgängige Bekanntgabe des psychiatrischen Gutachters anbelangt, so gilt es Art. 44 ATSG zu beachten. Gemäss dieser Bestimmung hat der Versicherungsträger, wenn er zur Abklärung des Sachverhaltes ein Gutachten "einer oder eines unabhängigen Sachverständigen" einholen muss, deren Namen der Partei bekannt zu geben. Diese kann den Gutachter aus triftigen Gründen ablehnen und Gegenvorschläge machen.

Der Beschwerdeführerin wurde mit Schreiben vom 6. April 2005 mitgeteilt, dass die ambulante medizinische Abklärung von Dr. C.\_\_\_\_ durchgeführt werde (act. G 4.18). Dieser führte die Begutachtung am 20. November 2006 durch (act. G 4.27.1). Die Begutachtung durch Dr. E.\_\_\_\_ fand hingegen nicht am gleichen Tag statt, sondern wurde erst am 10. Januar 2007 durchgeführt (act. G 4.27.10). Es darf mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon ausgegangen werden, dass der Beschwerdeführerin im Rahmen der Vereinbarung des später stattgefundenen psychiatrischen Untersuchungstermines die Person des Gutachters und der Abklärungsort vorgängig bekannt gegeben wurden. Sie war damit in der Lage, sich vorgängig über das Bestehen allfälliger Ausstands- und Ablehnungsgründe betreffend Dr. E.\_\_\_\_ ein Bild zu machen. Eine Verletzung von Mitwirkungsrechten im Sinn von Art. 44 ATSG ist daher zu verneinen.

3.3.2 Hinsichtlich der von der Beschwerdeführerin angezweifelten Sachkenntnis von Dr. E.\_\_\_\_ ist festzustellen, dass der praktizierende sowie als Konsiliarier für ein universitäres rechtsmedizinisches Institut tätige Dr. E.\_\_\_\_ gemäss FMH-Index sein Arztdiplom im Jahr 1996 und den Facharzttitel Psychiatrie und Psychotherapie im Jahr 2005 erlangt hat, mithin die fachliche Ausbildung für psychiatrische Begutachtungen besitzt. Das von ihm erstellte Gutachten bietet darüber hinaus keine Anhaltspunkte, die gegen die Sachkenntnis von Dr. E.\_\_\_\_ sprechen würden.

3.3.3 Die Beschwerdeführerin bringt gegen die psychiatrische Begutachtung weiter vor, sie habe lediglich eine Stunde und 40 Minuten gedauert (Beschwerde, S. 11, N 25 ff.).



Ein genereller Zeitrahmen für eine Untersuchung lässt sich rechtsprechungsgemäss nicht allgemeingültig definieren (Urteil des EVG vom 13. Juni 2006, I 58/06, E. 2.2, mit Hinweis auf Klaus Foerster/Peter Winckler, Forensisch-psychiatrische Untersuchung, in: Venzlaff/Foerster [Hrsg.], Psychiatrische Begutachtung, München 2004, S. 18). Angesichts dessen, dass sowohl gemäss der Einschätzung von Dr. C.\_\_\_\_ und der übrigen beteiligten Ärzte die psychosomatische Problematik feststand und das Explorationsgespräch - trotz Übersetzungsaufwand - eingehend war (vgl. hierzu act. G 4.27.11 ff.), ist vorliegend die Untersuchungsdauer nicht zu beanstanden.

3.4 Nach Auffassung der Beschwerdeführerin spreche gegen die psychiatrische Beurteilung von Dr. E.\_\_\_\_ auch, dass dieser den Schwangerschaftsabbruch vom 30. Juni 2004 nicht beachtet habe (act. G 1, S. 12, N 27). Dabei handelt es sich in der Tat um ein belastendes Ereignis. Es trifft zu, dass der psychiatrische Gutachter offenbar keine Kenntnis vom Schwangerschaftsabbruch hatte. Allerdings ist zu berücksichtigen, dass dieser im Zeitpunkt der Begutachtung vom 10. Januar 2007 schon mehr als zweieinhalb Jahre zurücklag, die Beschwerdeführerin nicht - zumindest nicht aktenkundig - über (psychische) Belastungsfolgen berichtete und in der Stellungnahme der behandelnden Psychiaterin vom 11. Juli 2007 keine Erwähnung fand (vgl. act. G 4.45.19 f.). In den übrigen medizinischen Akten bestehen keine Hinweise dafür, dass der Schwangerschaftsabbruch und seine Folgen eine dauerhafte invalidisierende Wirkung entfalteten. Es ist daher mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass die Folgen des Schwangerschaftsabbruches bei der gutachterlichen Beurteilung der Erwerbsfähigkeit der Beschwerdeführerin nicht (mehr) einen tragenden Einfluss hatten. Vor diesem Hintergrund bilden die Nichtberücksichtigung des Schwangerschaftsabbruchs und dessen Folgen anlässlich der psychiatrischen Begutachtung keinen erheblichen Mangel, der geeignet wäre, die gutachterliche Beurteilung ernsthaft in Zweifel zu ziehen.

3.5 Entgegen der Auffassung der Beschwerdeführerin (act. G 1, S. 10) vermag der Umstand, dass im Rahmen der psychiatrischen Begutachtung kein Bericht der behandelnden Psychiaterin eingeholt wurde, die Aussagekraft des psychiatrischen Gutachtens nicht zu erschüttern. Fremdauskünfte können zwar ein wichtiger Bestandteil des Gutachtens sein, sind aber nicht in jedem Fall zwingend erforderlich (vgl. Leitlinien der Schweizerischen Gesellschaft für Versicherungspsychiatrie für die



Begutachtung psychischer Störungen, in: Schweizerische Ärztezeitung 2004; 85: Nr. 20). Denn nachdem die subjektiven Angaben der Beschwerdeführerin im Wesentlichen stets kohärent waren, drängten sich weitere fremdanamnestic Abklärungen, insbesondere ärztliche Drittauskünfte, nicht auf (vgl. Urteil des EVG vom 13. Juni 2006, I 58/06, E. 2.3). Ins Gewicht fällt weiter, dass der psychiatrische Gutachter auch ohne das Einholen eines Berichts der behandelnden Psychiaterin die relevanten Aspekte aus den Akten, den Angaben der Beschwerdeführerin, und aus den erhobenen Befunden und Verhaltensbeobachtungen bereits zu einer nachvollziehbaren psychiatrischen Beurteilung zusammengetragen hat. Obwohl der Beizug einer Stellungnahme der behandelnden Psychiaterin wünschenswert gewesen wäre, bestand nach dem Gesagten kein zwingender Anlass für das Einholen von fremdanamnestic Auskünften. Zu beachten ist ferner, dass die Befunderhebung der behandelnden Psychiaterin (act. G 45.19) nicht in Widerspruch zu den Feststellungen von Dr. E.\_\_\_\_ stehen und keine von der behandelnden Psychiaterin benannten wesentlichen Gesichtspunkte durch den psychiatrischen Gutachter ausser Acht gelassen worden sind.

3.6 Auch wenn der Hausarzt hinsichtlich der psychiatrischen Diagnosestellung und Einschätzung von Dr. E.\_\_\_\_ anderer Auffassung ist, kann darin kein Mangel am psychiatrischen Gutachten erblickt werden. Vorab ist zu berücksichtigen, dass Dr. A.\_\_\_\_ nicht über die für die Beurteilung von psychischen Leiden erforderliche spezialärztliche Ausbildung verfügt. Ferner begründete Dr. E.\_\_\_\_ seine Diagnose und Beurteilung eingehend. Sie vermögen mit Blick auf seine Befunderhebungen zu überzeugen und werden durch die davon abweichende hausärztliche Einschätzung nicht in Zweifel gezogen. Insbesondere hat sich die Beschwerdeführerin von Suizidgedanken klar distanziert gezeigt (act. G 4.27.13; vgl. auch die Angabe der behandelnden Psychiaterin vom 11. Juli 2007, act. G 4.45.19). Im Übrigen berichtete auch die behandelnde Psychiaterin - ohne zur Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin Stellung zu nehmen - am 11. Juli 2007 über eine leicht- bis mittelgradig deprimierte Grundstimmung (act. G 4.45.19 f.). Diese Beurteilung kontrastiert nicht mit der Einschätzung von Dr. E.\_\_\_\_. Dass im Rahmen der psychiatrischen Begutachtung keine speziellen Tests durchgeführt wurden, stellt vorliegend ebenfalls keinen Mangel dar. Denn bei der psychiatrischen Exploration kommt den Tests lediglich eine ergänzende Funktion zu. Ins Gewicht fallen vielmehr die - vorliegend korrekt vorgenommene -



klinische Untersuchung mit Anamneseerhebung, Symptomerfassung und Verhaltensbeobachtung (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 3. Juni 2008, 9C\_531/07, E. 2.2.4 mit Hinweisen).

3.7 Zusammenfassend kann gestützt auf die beweistaugliche gutachterliche Beurteilung mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon ausgegangen werden, dass die Beschwerdeführerin in einer leidensadaptierten Tätigkeit über eine 70%ige Arbeitsfähigkeit verfügt (act. G 4.27.9). Für weitere Abklärungen besteht keine Veranlassung.

4.

Zu prüfen bleiben damit die erwerblichen Auswirkungen der verbliebenen 70%igen Arbeitsfähigkeit. Vorliegend ist zu Recht unbestritten geblieben, dass diese durch einen Einkommensvergleich (vgl. vorstehende E. 2.4) zu ermitteln sind.

4.1 Für die Ermittlung des Valideneinkommens ist entscheidend, was die versicherte Person im Zeitpunkt des frühest möglichen Rentenbeginns nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als Gesunde tatsächlich verdient hätte (RKUV 1993 Nr. U 168 S. 100 E. 3). Dabei wird in der Regel am zuletzt erzielten, nötigenfalls der Teuerung und der realen Einkommensentwicklung angepassten Verdienst angeknüpft, da es empirischer Erfahrung entspricht, dass die bisherige Tätigkeit ohne Gesundheitsschaden fortgesetzt worden wäre. Ausnahmen müssen mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt sein (BGE 129 V 224 E. 4.3.1 mit Hinweisen). Für die Bestimmung des trotz Gesundheitsschädigung zumutbarerweise noch realisierbaren Einkommens (Invalideneinkommen) ist primär von der beruflich-erwerblichen Situation auszugehen, in der die versicherte Person konkret steht. Übt die versicherte Person keine Erwerbstätigkeit mehr aus und ist somit kein tatsächlich erzielt Erwerbseinkommen gegeben, so ist rechtsprechungsgemäss auf die vom Bundesamt für Statistik herausgegebene Schweizerische Lohnstrukturerhebung abzustellen. Für den Einkommensvergleich ist dabei auf die im Anhang enthaltene Statistik der Lohnsätze, d.h. der standardisierten Bruttolöhne (Tabellengruppe A) abzustellen (BGE 126 V 76 E. 3b).



4.2 Die Beschwerdeführerin erzielte als nicht Invalide im Vergleich zu den LSE-Durchschnittslöhnen einen Minderverdienst, was von den Parteien auch nicht bestritten wird (act. G 1, S. 14 und G 4, S. 6). Wie die Beschwerdegegnerin dazu richtig bemerkt hat (G 4, S. 6), ist deshalb das Validen- und Invalideneinkommen auf der gleichen Grundlage zu bestimmen. Sind demnach Validen- und Invalideneinkommen ausgehend vom selben Lohn zu berechnen, erübrigt sich deren genaue Ermittlung. Diesfalls entspricht der Invaliditätsgrad dem Grad der Arbeitsunfähigkeit unter Berücksichtigung des Abzuges vom Tabellenlohn (sogenannter Leidensabzug; vgl. zur Parallelisierung der Vergleichseinkommen bei Minderverdienst SVR 2008 IV Nr. 2 S. 3 E. 5.4).

4.3 Zu beurteilen bleibt daher noch 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 AHl 2002 S. 62 und BGE 129 V 481 E. 4.2.3 mit Hinweisen). Dabei ist zu beachten, dass allfällige bereits bei der Parallelisierung der Vergleichseinkommen mitverantwortliche invaliditätsfremde Faktoren im Rahmen des sogenannten Leidensabzuges nicht nochmals berücksichtigt werden dürfen (BGE 134 V 328 E. 5.2).

4.4 Angesichts dessen, dass bei der Berücksichtigung des Minderverdienstes bereits lohnmindernde invaliditätsfremde Faktoren (wie etwa schlechte Deutschkenntnisse) berücksichtigt worden und die gesundheitlichen Beschwerden vorliegend bereits im Wesentlichen in die medizinische Arbeitsfähigkeitseinschätzung eingeflossen sind,



erscheint ein Abzug von 10% wegen erhöhten Krankheitsrisikos, verminderter psychischer Belastbarkeit, den einschränkenden Anforderungen an einen potenziellen Arbeitsplatz und langer Betriebszugehörigkeit (vgl. act. G 4.6) angemessen. Unter Vornahme eines 10%igen Leidensabzuges resultiert ein nicht rentenbegründender Invaliditätsgrad von 37% (100% - [70% - 10%]).

5.

Nach dem Gesagten ist die Beschwerde in Bestätigung der angefochtenen Verfügung vom 24. Juli 2007 abzuweisen. Das Beschwerdeverfahren ist kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1000.-- festgelegt (Art. 69 Abs. 1<sup>bis</sup> IVG). Eine Gerichtsgebühr von Fr. 600.-- erscheint als angemessen. Da die Beschwerdeführerin unterliegt, hat sie die gesamte Gerichtsgebühr von Fr. 600.-- zu bezahlen hat. Diese ist ihr an den geleisteten Kostenvorschuss von Fr. 600.-- anzurechnen.

Demgemäss hat das Versicherungsgericht

im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 53 GerG

entschieden:

1. Die Beschwerde wird in Bestätigung der angefochtenen Verfügung vom 24. Juli 2007 abgewiesen.
2. Die Beschwerdeführerin hat eine Gerichtsgebühr von Fr. 600.-- zu bezahlen. Der geleistete Kostenvorschuss von Fr. 600.-- wird ihr daran angerechnet.