

BVGer C-2573/2014 vom 28. Juni 2016

Bundesverwaltungsgericht, 2016-06-28, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-2573_2014

FR: TAF C-2573/2014 du 28 juin 2016

IT: TAF C-2573/2014 del 28 giugno 2016

Regeste

Rentenanspruch

Erwägungen

E. 1.1

Das Verfahren vor dem Bundesverwaltungsgericht richtet sich nach den Vorschriften des Bundesgesetzes vom 17. Juni 2005 über das Bundesverwaltungsgericht (VGG, SR 173.32), des Bundesgesetzes vom 20. Dezember 1968 über das Verwaltungsverfahren (VwVG, SR 172.021 [vgl. auch Art. 37 VGG]) sowie des Bundesgesetzes vom 6. Oktober 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG, SR 830.1 [vgl. auch Art. 3 Bst. dbis VwVG]).

E. 1.2

Gemäss Art. 31 VGG beurteilt das Bundesverwaltungsgericht Beschwerden gegen Verfügungen im Sinne von Art. 5 VwVG, sofern - wie vorliegend - keine Ausnahme nach Art. 32 VGG gegeben ist. Als Vorinstanzen gelten die in Art. 33 VGG genannten Behörden. Zu diesen gehört auch die IV-Stelle für Versicherte im Ausland (Art. 33 Bst. d VGG; vgl. auch Art. 69 Abs. 1 Bst. b des Bundesgesetzes vom 19. Juni 1959 über die Invalidenversicherung [IVG, SR 831.20]). Das Bundesverwaltungsgericht ist somit zur Beurteilung der vorliegenden Beschwerde zuständig.

E. 1.3

Der Beschwerdeführer hat am vorinstanzlichen Verfahren teilgenommen; er ist durch die angefochtene Verfügung berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an deren Aufhebung oder Änderung, sodass er im Sinne von Art. 59 ATSG beschwerdelegitimiert ist (vgl. auch Art. 48 Abs. 1 VwVG). Da die Beschwerde im Übrigen frist- und formgerecht eingereicht und auch der einverlangte Kostenvorschuss geleistet wurde (Art. 38 Abs. 4 ATSG; Art. 60 ATSG; Art. 52 VwVG), ist auf die Beschwerde einzutreten.

E. 1.4

Gemäss Art. 40 Abs. 2 IVV (SR 831.201) ist bei Grenzgängern die IV-Stelle, in deren Tätigkeitsgebiet der Grenzgänger eine Erwerbstätigkeit ausübt, zur Entgegennahme und Prüfung der Anmeldung zuständig. Dies gilt auch für ehemalige Grenzgänger, sofern sie bei der Anmeldung ihren ordentlichen Wohnsitz noch in der benachbarten Grenzzone haben und der Gesundheitsschaden auf die Zeit ihrer Tätigkeit als Grenzgänger zurückgeht. Die Verfügungen werden von der IVSTA erlassen. Der Beschwerdeführer war zuletzt als Grenzgänger im Kanton Aargau erwerbstätig und wohnte, namentlich auch im Zeitpunkt der Anmeldung, in Deutschland, wo er noch heute lebt. Er macht einen Gesundheitsschaden geltend, der auf den Zeitpunkt seiner Tätigkeit als Grenzgänger zurückgeht. Unter diesen

Umständen war die IV-Stelle Aargau zur Entgegennahme und Prüfung der Anmeldung zuständig und wurde die angefochtene Verfügung vom 28. März 2014 zurecht von der IVSTA erlassen.

E. 2.1

Im Rahmen des Beschwerdeverfahrens können die Verletzung von Bundesrecht einschliesslich der Überschreitung des Ermessens, die unrichtige oder unvollständige Feststellung des rechtserheblichen Sachverhalts sowie die Unangemessenheit des Entscheids gerügt werden (Art. 49 VwVG).

E. 2.2

Das Bundesverwaltungsgericht ist gemäss dem Grundsatz der Rechtsanwendung von Amtes wegen nicht an die Begründung der Begehren der Parteien gebunden (Art. 62 Abs. 4 VwVG). Im Rahmen seiner Kognition kann es die Beschwerde auch aus anderen als den geltend gemachten Gründen gutheissen oder den angefochtenen Entscheid im Ergebnis mit einer Begründung bestätigen, die von jener der Vorinstanz abweicht (vgl. BGE 128 II 145 E. 1.2.2, 127 II 264 E. 1b).

E. 3.1

Der Beschwerdeführer besitzt die deutsche Staatsbürgerschaft und wohnt in Deutschland, sodass vorliegend das am 1. Juni 2002 in Kraft getretene Abkommen zwischen der Schweizerischen Eidgenossenschaft einerseits und der Europäischen Gemeinschaft andererseits über die Freizügigkeit vom 21. Juni 1999 (Freizügigkeitsabkommen, im Folgenden: FZA, SR 0.142.112.681) anwendbar ist (Art. 80a IVG).

E. 3.2

Nach Art. 1 Abs. 1 des auf der Grundlage des Art. 8 FZA ausgearbeiteten und Bestandteil des Abkommens bildenden (Art. 15 FZA) Anhangs II ("Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit") des FZA in Verbindung mit Abschnitt A dieses Anhangs wenden die Vertragsparteien untereinander insbesondere die Verordnung (EWG) Nr. 1408/71 des Rates vom 14. Juni 1971 zur Anwendung der Systeme der sozialen Sicherheit auf Arbeitnehmer und Selbstständige sowie deren Familienangehörige, die innerhalb der Gemeinschaft zu- und abwandern, und die Verordnung Nr. 574/72 oder gleichwertige Vorschriften an. Diese sind am 1. April 2012 durch die Verordnungen (EG) Nr. 883/2004 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 29. April 2004 zur Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit sowie (EG) Nr. 987/2009 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 16. September 2009 zur Festlegung der Modalitäten für die Durchführung der Verordnung (EG) Nr. 883/2004 über die Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit abgelöst worden.

E. 3.3

Nach Art. 4 der Verordnung (EG) Nr. 883/2004 haben Personen, für die diese Verordnung gilt, die gleichen Rechte und Pflichten aufgrund der Rechtsvorschriften eines Mitgliedstaats wie die Staatsangehörigen dieses Staates. Dabei ist im Rahmen des FZA auch die Schweiz als "Mitgliedstaat" im Sinne dieser Koordinierungsverordnungen zu betrachten (Art. 1 Abs. 2 Anhang II des FZA).

E. 3.4

Nach Art. 46 Abs. 3 der Verordnung (EG) Nr. 883/2004 ist die vom Träger eines Staates getroffene Entscheidung über die Invalidität eines Antragstellers für den Träger eines anderen betroffenen Staates nur dann verbindlich, wenn die in den Rechtsvorschriften dieser Staaten festgelegten Tatbestandsmerkmale der Invalidität in Anhang VII dieser Verordnung als übereinstimmend anerkannt sind. Dies trifft im Verhältnis der Schweiz zu den einzelnen EU-Mitgliedstaaten nicht zu, weshalb die Frage des Anspruches auf Leistungen der schweizerischen Invalidenversicherung allein aufgrund der schweizerischen Rechtsvorschriften zu beurteilen ist (vgl. BGE 130 V 253 E. 2.4).

E. 4.1

In zeitlicher Hinsicht sind - vorbehaltlich besonderer übergangsrechtlicher Regelungen - grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgebend, die bei der Erfüllung des rechtlich zu ordnenden oder zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben (BGE 132 V 220 E. 3.1.1; 131 V 11 E. 1). Ein allfälliger Leistungsanspruch ist für die Zeit vor einem Rechtswechsel aufgrund der bisherigen und ab diesem Zeitpunkt nach den neuen Normen zu prüfen (pro rata temporis; vgl. BGE 130 V 445 E. 1.2.1).

E. 4.2

Nach der Rechtsprechung stellt das Sozialversicherungsgericht bei der Beurteilung einer Streitsache in der Regel auf den bis zum Zeitpunkt des Erlasses der streitigen Verwaltungsverfügung (hier: 28. März 2014) eingetretenen Sachverhalt ab (BGE 129 V 1 E. 1.2). Tatsachen, die jenen Sachverhalt seither verändert haben, sollen grundsätzlich Gegenstand einer neuen Verwaltungsverfügung sein (BGE 121 V 362 E. 1b; Urteil des BGer 9C_803/2009 vom 25. März 2010 E. 5).

E. 4.3

In materiell-rechtlicher Hinsicht ist auf jene Bestimmungen des IVG und der IVV (SR 831.201) respektive des ATSG und der ATSV (SR 830.11) abzustellen, die für die Beurteilung eines Rentenanspruchs jeweils relevant waren und in Kraft standen. Vorliegend ist der Anspruch auf eine Invalidenrente ab dem 1. Januar 2004 strittig, weshalb insbesondere das IVG in Kraft ab dem 1. Januar 2004 in der Fassung vom 21. März 2003 [4. IV-Revision; AS 2003 3837], ab dem 1. Januar 2008 in der Fassung vom 6. Oktober 2006 [5. IV-Revision; AS 2007 5129] und ab dem 1. Januar 2012 in der Fassung vom 18. März 2011 [6. IV-Revision; AS 2011 5659] mit den entsprechenden Fassungen der IVV [AS 2003 3859, 2007 5155, 2011 5679] massgebend sind.

E. 5.1

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde, ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit oder Unmöglichkeit, sich im bisherigen Aufgabenbereich zu betätigen (Art. 8 Abs. 1 und 3 ATSG). Nach Art. 4 IVG kann die Invalidität Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Abs. 1); sie gilt als eingetreten, sobald sie die für die Begründung des Anspruchs auf die jeweilige Leistung erforderliche Art und Schwere erreicht hat (Abs. 2). Arbeitsunfähigkeit ist die durch eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit bedingte, volle oder teilweise Unfähigkeit, im bisherigen Beruf oder Aufgabenbereich zumutbare Arbeit zu leisten. Bei langer Dauer wird auch die zumutbare Tätigkeit in einem anderen Beruf oder Aufgabenbereich berücksichtigt (vgl. Art. 6 ATSG). 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 (vgl. Art. 7 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG).

E. 5.1.1

Der Begriff der Invalidität ist demnach nicht nach medizinischen Kriterien definiert, sondern nach der Unfähigkeit, Erwerbseinkommen zu erzielen oder sich im bisherigen Aufgabenbereich zu betätigen (vgl. BGE 110 V 273 E. 4a und BGE 102 V 165). Dabei sind die Erwerbs- bzw. Arbeitsmöglichkeiten nicht nur im angestammten Beruf bzw. in der bisherigen Tätigkeit, sondern - wenn erforderlich - auch in zumutbaren andern Bereichen, in sog. Verweisungstätigkeiten zu prüfen. Der Invaliditätsgrad ist also grundsätzlich nach wirtschaftlichen und nicht nach medizinischen Grundsätzen zu ermitteln. Bei der Bemessung der Invalidität kommt es somit einzig auf die objektiven wirtschaftlichen Folgen einer funktionellen Behinderung an, und nicht allein auf den ärztlich festgelegten Grad der funktionellen Einschränkung (vgl. BGE 110 V 273; ZAK 1985 S. 459).

E. 5.1.2

Der Invaliditätsbegriff in der Invalidenversicherung stimmt mit demjenigen in der obligatorischen Unfallversicherung überein (BGE 129 V 222 E. 4.2 mit Hinweisen). Der Grundsatz der Koordination der Invaliditätsbemessung in der Invaliden- und Unfallversicherung hat zum Zweck, unterschiedliche Festlegungen des Invaliditätsgrades durch verschiedene Sozialversicherungsträger zu vermeiden, was der Rechtssicherheit dient und damit sowohl im Interesse der Versicherer als auch der betroffenen Bürger liegt (BGE 131 V 120 E. 3.3.3).

E. 5.1.3

Mit Blick auf die in Rechtskraft erwachsene Verfügung der SUVA vom 11. Januar 2013 (SUVA-act. 56) ist in koordinationsrechtlicher Hinsicht vorab festzuhalten, dass die IV-Stellen und die Unfallversicherer die Invaliditätsbemessung in jedem Einzelfall selbstständig vorzunehmen haben. Keinesfalls dürfen sie sich ohne weitere eigene Prüfung mit der blossen Übernahme des IV-Grades des Unfallversicherers bzw. der IV-Stelle begnügen (BGE 126 V 288 E. 2d). Die Invaliditätsschätzung der Invalidenversicherung entfaltet gegenüber dem Unfallversicherer keine Bindungswirkung (vgl. BGE 131 V 362), was auch in umgekehrter Hinsicht gilt (BGE 133 V 549 E. 6). Aufgrund dieser bundesgerichtlichen Rechtsprechung war die Vorinstanz beim Erlass der angefochtenen Verfügung vom 28. März 2014 grundsätzlich nicht an die von der SUVA vorgenommene Invaliditätsbemessung gebunden. Jedoch sind rechtskräftig abgeschlossene Invaliditätsschätzungen als Indiz für eine zuverlässige Beurteilung in den Entscheidungsprozess erst später verfügender Versicherungsträger einzubeziehen. Eine abweichende Festlegung der Invalidität ist zu begründen (BGE 126 V 288 E. 2d). Auch wenn die Invaliditätsbemessung für jeden Versicherungszweig grundsätzlich selbstständig vorzunehmen ist, hat die Schätzung der Invalidität mit Bezug auf den gleichen Gesundheitsschaden im Regelfall zum selben Ergebnis zu führen (BGE 126 V 288 E. 2a). Vorliegend bestehen mehrere Gesundheitsschäden, in dem Sinne, dass drei Unfälle und eine krankheitsbedingte Gesundheitsbeeinträchtigung vorliegen. Die SUVA als Unfallversicherung berücksichtigte zurecht nur die gesundheitlichen Beeinträchtigungen

aufgrund der Unfälle. Es liegt somit auf der Hand, dass die Schätzung des Invaliditätsgrades der SUVA von derjenigen der IV-Stelle (bzw. vorliegend dem Bundesverwaltungsgericht), welche auch die krankheitsbedingten Leiden zu berücksichtigen hat, abweichen wird.

E. 5.2

Nach den Vorschriften der 4. IV-Revision entsteht der Rentenanspruch frühestens in dem Zeitpunkt, in dem die versicherte Person mindestens zu 40% bleibend erwerbsunfähig (Art. 7 ATSG) geworden ist oder während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens zu 40% arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen war (Art. 29 Abs. 1 Bst. a und b IVG in der von 2004 bis Ende 2007 geltenden Fassung). Gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG in der ab 1. Januar 2008 geltenden Fassung haben jene Versicherten Anspruch auf eine Rente, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (Bst. a), und die zusätzlich während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40% arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind und auch nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40% invalid (Art. 8 ATSG) sind (Bst. b und c).

E. 5.3

Gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG (in der von 2004 bis Ende 2007 geltenden Fassung) bzw. Art. 28 Abs. 2 IVG (in der ab 2008 geltenden Fassung) besteht der Anspruch auf eine ganze Rente, wenn die versicherte Person mindestens 70%, derjenige auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens 60% invalid ist. Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50% besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40% ein solcher auf eine Viertelsrente. Laut Art. 28 Abs. 1ter IVG (in der von 2004 bis Ende 2007 geltenden Fassung) bzw. Art. 29 Abs. 4 IVG (in der ab 2008 geltenden Fassung) werden Renten, die einem Invaliditätsgrad von weniger als 50% entsprechen, nur an Versicherte ausgerichtet, die ihren Wohnsitz und gewöhnlichen Aufenthalt (Art. 13 ATSG) in der Schweiz haben, soweit nicht völkerrechtliche Vereinbarungen eine abweichende Regelung vorsehen. Eine solche Ausnahme gilt seit dem 1. Juni 2002 für Staatsangehörige eines Mitgliedstaates der EU und der Schweiz, sofern sie in einem Mitgliedstaat der EU Wohnsitz haben (BGE 130 V 253 E. 2.3 und 3.1).

E. 6.1

Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die Ärzte 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 Versicherten arbeitsunfähig sind. Im Weiteren sind ärztliche Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen den Versicherten noch zugemutet werden können (BGE 140 V 193 E. 3.2; 132 V 93 E. 4). Sache des (begutachtenden) Mediziners ist es zunächst, den Gesundheitszustand zu beurteilen und wenn nötig seine Entwicklung im Laufe der Zeit zu beschreiben, d.h. mit den Mitteln fachgerechter ärztlicher Untersuchung unter Berücksichtigung der subjektiven Beschwerden die Befunde zu erheben und gestützt darauf die Diagnose zu stellen. Hiermit erfüllt der Sachverständige seine genuine Aufgabe, wofür Verwaltung und Gerichte nicht kompetent sind. Bei der Folgenabschätzung der erhobenen gesundheitlichen Beeinträchtigungen für die Arbeitsfähigkeit kommt der Arztperson

hingegen keine abschliessende Beurteilungskompetenz zu. Vielmehr nimmt die Arztperson zur Arbeitsunfähigkeit Stellung, d.h. sie gibt eine Schätzung ab, welche sie aus ihrer Sicht so substantiell wie möglich begründet. Schliesslich sind die ärztlichen Angaben eine wichtige Grundlage für die juristische Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der Person noch zugemutet werden können. Nötigenfalls sind, in Ergänzung der medizinischen Unterlagen, für die Ermittlung des erwerblich nutzbaren Leistungsvermögens die Fachpersonen der beruflichen Integration und Berufsberatung einzuschalten (BGE 140 V 193 E. 3.2). Demgegenüber fällt es nicht in den Aufgabenbereich des Arztes oder der Ärztin, sich zur Höhe einer allfälligen Rente zu äussern, da der Begriff der Invalidität nicht nur von medizinischen, sondern auch von erwerblichen Faktoren bestimmt wird (vgl. Art. 16 ATSG).

E. 6.2

Das Prinzip inhaltlich einwandfreier Beweiswürdigung besagt, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel objektiv zu prüfen hat, unabhängig davon, von wem sie stammen, und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des strittigen Rechtsanspruchs gestatten. Insbesondere darf das Gericht bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt (SVR 2010 IV Nr. 58 S. 178 E. 3.1; AHI 2001 S. 113 E. 3a).

E. 6.2.1

Das Bundesrecht schreibt nicht vor, wie die einzelnen Beweismittel zu würdigen sind. Für das gesamte Verwaltungs- und Beschwerdeverfahren gilt der Grundsatz der freien Beweiswürdigung. Danach haben Versicherungsträger und Sozialversicherungsgerichte die Beweise frei, d.h. ohne förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen (BGE 125 V 351 E. 3a).

E. 6.2.2

Im Sozialversicherungsrecht hat das Gericht seinen Entscheid, sofern das Gesetz nicht etwas Abweichendes vorsieht, nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu fällen. Dieser Grad übersteigt einerseits die Annahme einer blossen Möglichkeit bzw. einer Hypothese und liegt andererseits unter demjenigen der strikten Annahme der zu beweisenden Tatsache. Die Wahrscheinlichkeit ist insoweit überwiegend, als der begründeten Überzeugung keine konkreten Einwände entgegenstehen (Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, 3. Aufl. 2015, Art. 43 Rz. 50; Thomas Locher, Grundriss des Sozialversicherungsrechts, 4. Aufl. 2014, § 70, Rz. 58 ff.). Die blossen Möglichkeit eines bestimmten Sachverhalts genügt den Beweisanforderungen hingegen nicht. Der Richter und die Richterin haben vielmehr jener Sachverhaltsdarstellung zu folgen, die sie von allen möglichen Geschehensabläufen als die Wahrscheinlichste würdigen (vgl. BGE 126 V 353 E. 5b; BGE 125 V 193 E. 2, je mit Hinweisen).

E. 6.2.3

Führen die von Amtes wegen vorzunehmenden Abklärungen die Verwaltung oder das Gericht bei pflichtgemässer Beweiswürdigung zur Überzeugung, ein bestimmter Sachverhalt sei als überwiegend wahrscheinlich zu betrachten und es könnten weitere Beweissmassnahmen an diesem feststehenden Ergebnis nichts mehr ändern, so ist auf die Abnahme weiterer Beweise zu verzichten (antizipierte Beweiswürdigung; Ueli Kieser, Das

Verwaltungsverfahren in der Sozialversicherung, 1999, S. 212, Rz. 450; vgl. auch BGE 122 V 157 E. 1d; BGE 122 II 464 E. 4a; BGE 120 Ib 224 E. 2b).

E. 6.2.4

Bezüglich des Beweiswertes eines Gutachtens ist entscheidend, ob es für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Experten begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft des Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder als Gutachten (vgl. BGE 134 V 231 E. 5.1; BGE 125 V 351 E. 3a). Gleichwohl erachtet es die Rechtsprechung mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung als vereinbar, Richtlinien für die Beweiswürdigung in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten aufzustellen (vgl. hierzu BGE 125 V 351 E. 3b; AHI 2001 S.114 E. 3b; Urteil des EVG I 128/98 vom 24. Januar 2000 E. 3b).

E. 6.2.4.1

Dem im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten Gutachten externer Spezialärzte (vgl. Art. 44 ATSG), welche aufgrund 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 (BGE 137 V 210 E. 1.3.4; BGE 125 V 351 E. 3b/bb, mit Hinweisen).

E. 6.2.4.2

Den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärzte kommt Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen. Die Tatsache allein, dass der befragte Arzt in einem Anstellungsverhältnis zum Versicherungsträger steht, lässt nicht schon auf mangelnde Objektivität und auf Befangenheit schliessen. Es bedarf vielmehr besonderer Umstände, welche das Misstrauen in die Unparteilichkeit der Beurteilung objektiv als begründet erscheinen lassen. Im Hinblick auf die erhebliche Bedeutung, welche den Arztberichten im Sozialversicherungsrecht zukommt, ist an die Unparteilichkeit des Gutachters allerdings ein strenger Massstab anzulegen (RKUV 1999 Nr. U 356 S. 572; BGE 122 V 157 E. 1c; 123 V 331 E. 1c; zur Beweiskraft von Stellungnahmen der Regionalen Ärztlichen Dienste (RAD) vgl. Urteil des BGer 9C_323/2009 vom 14. Juli 2009 E. 4; BGE 137 V 210 E. 1.2.1). Soll ein Versicherungsfall ohne Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden, sind an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, so sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 135 V 465 E. 4.4; Urteil des BGer 8C/879/2014 vom 26. März 2015 E. 5.3).

E. 6.2.4.3

Bei der Beurteilung von Leistungsansprüchen kann auch auf die formalisierte Berichterstattung durch behandelnde Ärztinnen und Ärzte sowie Spitäler abgestellt werden, da auch diese der freien Beweiswürdigung unterliegen. Sind daher keine konkreten

Anhaltspunkte ersichtlich, welche die Glaubwürdigkeit der Atteste eines Hausarztes oder einer Hausärztin zu erschüttern vermögen, ist es unzulässig, deren Angaben bei der Beweiswürdigung unter Hinweis auf ihre Stellung und unter Berufung auf die fachliche Kompetenz der Ärztinnen und Ärzte ausser Acht zu lassen (unveröffentlichtes Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG, heute: BGer] I 498/89 vom 19. April 1990; Urs Müller, Das Verwaltungsverfahren in der Invalidenversicherung, 2010, § 25, Rz. 1741, 1747 mit weiteren Hinweisen). In Bezug auf Berichte von Hausärztinnen und -ärzten darf und soll das Gericht aber der Erfahrungstatsache Rechnung tragen, dass diese Arztpersonen mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patientinnen und Patienten aussagen (BGE 125 V 351 E. 3b/cc). Dies gilt nicht nur für die allgemein praktizierenden Hausärztinnen und -ärzte, sondern auch für die behandelnden Spezialärztinnen und -ärzte (vgl. z.B. Urteil des EVG I 655/05 vom 20. März 2006 E. 5.4 mit Hinweisen). Im Streitfall dürfte deshalb eine direkte Leistungszusprache einzig gestützt auf die Angaben der behandelnden Arztpersonen kaum je in Frage kommen (BGE 135 V 465 E. 4.5). Allerdings dürfen im Rahmen einer freien und umfassenden Beweiswürdigung auch die potentiellen Stärken der Berichte behandelnder Ärztinnen und Ärzte nicht vergessen werden. Der Umstand allein, dass eine Einschätzung von der behandelnden Arztperson stammt, darf nicht dazu führen, sie als von vornherein unbeachtlich einzustufen; die einen längeren Zeitraum abdeckende und umfassende Betreuung durch behandelnde Ärztinnen und Ärzte bringt oft wertvolle Erkenntnisse hervor (Urteil des BGer 9C_24/2008 vom 27. Mai 2008 E. 2.3.2). 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 170 E. 4; Urteil des EVG I 506/00 vom 13. Juni 2001 E. 2b) nicht zu, ein Administrativ- oder Gerichtsgutachten stets in Frage zu stellen und zum Anlass weiterer Abklärungen zu nehmen, wenn die behandelnden Ärztinnen und Ärzte zu anderslautenden Einschätzungen gelangen. Vorbehalten bleiben Fälle, in denen sich eine abweichende Beurteilung aufdrängt, weil die behandelnden Arztpersonen wichtige - und nicht rein subjektiver ärztlicher Interpretation entspringende - Aspekte benennen, die im Rahmen der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind (Urteil des EVG I 514/06 vom 25. Mai 2007 E. 2.2.1 mit Hinweisen) oder wenn die Schlüssigkeit der Feststellungen der versicherungsinternen Fachpersonen durch einen nachvollziehbaren Bericht eines behandelnden Arztes in Zweifel gezogen wird (BGE 135 V 465 E. 4.6).

E. 7

Anfechtungsobjekt bildet vorliegend die Verfügung der Vorinstanz vom 28. März 2014, mit welcher der Anspruch des Beschwerdeführers auf eine Invalidenrente verneint wurde. Strittig und zu prüfen ist insbesondere, ob die Vorinstanz den Sachverhalt in medizinischer sowie erwerblicher Hinsicht rechtsgenügend abgeklärt und gewürdigt hat.

E. 7.1

Der Beschwerdeführer erlitt zwischen 1992 und 2010 drei Unfälle (IV-act. 11; 16; 19; 23; 46.1). Am 4. Oktober 1992 stürzte er vom Balkon und zog sich eine Fraktur des zweiten lumbalen Wirbelkörpers zu. 2003 wurde nach Meldung eines Rückfalls wegen Thorakolumbovertebralsyndroms eine mediale Bandscheibenprotrusion L4/L5 diagnostiziert. Am 3. August 2009 stürzte er bei der Arbeit von einem Bahnwagen und zog sich eine Rippenserienfraktur 7-11 links dorsolateral zu. Am 8. Februar 2010 rutschte er auf Glatteis aus und erlitt eine Kontusion der Lendenwirbelsäule sowie der rechten Schulter. Im

April 2010 wurde mittels Spiral-Computertomographie (CT) des Thorax festgestellt, dass die Rippenfrakturen nur teilweise knöchern konsolidiert waren und sich Pseudarthrosen gebildet hatten. Im Februar 2011 zeigten sich die ehemaligen Rippenfrakturen in bildgebenden Abklärungen in guter Stellung knöchern konsolidiert. Als Zufallsbefund wurde eine Grundplattenfraktur am 7. Brustwirbelkörper entdeckt und bei gleichzeitig osteopenen Knochendichtewerten eine Osteoporose diagnostiziert. Bei einem weiteren Rehabilitationsaufenthalt von März bis Mai 2012 wurden ein chronisches rezidivierendes Lumbovertebralsyndrom mit Ausstrahlung ins rechte Bein, ein Cervico- und Thorakovertebralsyndrom sowie eine Osteopenie festgestellt.

E. 7.2

Aus den beigezogenen Akten der SUVA, der Vorinstanz und des Beschwerdeführers bzw. seines Rechtsvertreters ergibt sich zu den Erkrankungen und Unfallfolgen im Wesentlichen was folgt:

E. 7.2.1

Bericht Dres. med. B._____ und C._____ vom 19. Juli 1991 (SUVA-act. 7), Diagnosen: Hyperlordose der Lendenwirbelsäule (LWS) ohne Nachweis entzündlicher oder degenerativer Veränderungen; angeborener Blockwirbel Brustwirbelkörper (BWK) 12/ Lumbalwirbelkörper (LWK) 1; CT bei Wurzelreizsymptomatik indiziert; Ausschluss lumbaler Prolaps; Protrusion L3/L4 und L4/L5.

E. 7.2.2

Entlassungsbericht Kreiskrankenhaus D._____ vom 14. Oktober 1992 (SUVA-act. 5), Schlussdiagnose: LWK 2- Fraktur.

E. 7.2.3

Bericht Dres. med. E._____, F._____ und G._____ vom 9. November 1992 (SUVA-act. 6): Am 4. Oktober 1992 sei der Versicherte aus 2 Metern Höhe auf den Rücken gefallen. Diagnose: LWK 2- Fraktur.

E. 7.2.4

Bericht Dr. med. H._____, Arzt für Allgemeinmedizin und Arbeitsmedizin, vom 9. Januar 1993 (SUVA-act. 11), Diagnose: Wirbelbruch durch Sturz über Balkongeländer. Guter Heilverlauf. Wiederaufnahme der Arbeit zu 100% vorgesehen auf den 14. [unleserlich] 1993.

E. 7.2.5

Bericht Dr. med. I._____, Radiologe, vom 6. August 2002 (Beilage 1 zu BVGer-act. 17): Es liege eine mediane Bandscheibenprotrusion LWK4/LWK5 ohne radikuläre Kompression vor, jedoch mit nachweisbarem Knochenmarködem in LWK4 und LWK5, sowie ein Zustand nach Deckplattenimpressionsfraktur von LWK2 und Fehlhaltungen zwischen BWK7 und BWK12.

E. 7.2.6

Dr. med. J._____, Hausarzt und Allgemeinmediziner, empfahl mit Schreiben vom 21. November 2002 an den Werkarzt eine stationäre orthopädische Rehabilitationsbehandlung (Beilage 2 zu BVGer-act. 17) und beantragte am 1. April 2003 gegenüber der Krankenversicherung des Beschwerdeführers die Durchführung einer stationären

Rehabilitationsmassnahme in einer orthopädischen, neurologisch orientierten Fachklinik, da ein schweres Thorakal- und Lumbalsyndrom vorliege (Beilage 3 zu BVGer-act. 17). In den letzten Monaten sei es zu einer kontinuierlichen Zunahme des Beschwerdebildes, insbesondere von Seiten der LWS, gekommen, was zu einem zunehmenden Einsatz von Analgetika und nicht steroidal Antirheumatika geführt habe. Es erscheine zunehmend fraglich, ob der Beschwerdeführer am Arbeitsplatz noch die volle Leistung zu erbringen in der Lage sei.

E. 7.2.7

Kurzbericht der Rehaklinik D._____ vom 22. Mai 2003 (Beilage 4 zu BVGer-act. 17) und Austrittsbericht vom 21. Juni 2003 (SUVA-act. 15, 16; Beilage 6 zu BVGer-act. 17): Der Beschwerdeführer klagt seit einem halben Jahr über zunehmende wechselhafte Schmerzverstärkung in der Lendenwirbelsäule. Er sei seit 28. März 2003 zu 100% krankgeschrieben. Diagnosen: Schweres Thorakovertebralsyndrom bei Status nach LWK2-Fraktur bei Sturz vom Balkon 1992; mediale Bandscheibenprotrusion LWK 4/5; Fehllhaltung untere Brustwirbelsäule (BWS) und LWS; muskuläre Dysbalance; Kieferabszess. Es sei der Wunsch des Patienten, seine 100%-ige Beschäftigung fortzusetzen, daher sei eine intensive, stationäre Rehabilitation weiterhin dringend indiziert. Der behandelnde Physiotherapeut hielt am 23. Mai 2003 (Beilage 5 zu BVGer-act. 17) fest, es bestehe eine allgemeine Abschwächung der haltungsstabilisierenden Muskulatur. Der Versicherte würde die Therapie sehr motiviert mitmachen.

E. 7.2.8

Bericht Rheumaklinik K._____ vom 29. Juli 2003 (Beilage 7 zu BVGer-act. 17). Es wurde ein degeneratives Lumbovertebralsyndrom mit begleitender Gefügelockerung und begleitender Tendomyosen im LWS-Bereich diagnostiziert. Die vorausgegangene Fraktur LWK2 habe Starterfunktion hinsichtlich der Entwicklung des chronischen Schmerzsyndroms gehabt. Es wurden krankengymnastische Übungen empfohlen.

E. 7.2.9

Aus den Schreiben der Ö._____ vom 13. August 2003 (Beilage 8 zu BVGer-act. 17) und der SUVA vom 27. August 2003 (Beilage 9 zu BVGer-act. 17) geht hervor, dass die Ö._____ zunächst gegen die abweisende Verfügung vom 31. Juli 2003 der SUVA betreffend Rückfall Einsprache erhob, diese jedoch nach Rücksprache mit ihrem Vertrauensarzt wieder zurücknahm.

E. 7.2.10

Der Werkarzt Dr. med. A._____ teilte den Vorgesetzten des Beschwerdeführers mit Mail vom 3. Juni 2003 mit (Beilage 10 zu BVGer-act. 17), dass der Beschwerdeführer ab 13. Juni 2003 wieder arbeiten möchte und erklärte aus medizinischer Sicht, unter welchen Bedingungen eine Schichtarbeit möglich wäre. Dem Mail vom 13. Juni 2003 (Beilage 11 zu BVGer-act. 17) ist zu entnehmen, dass der Beschwerdeführer die Arbeit wieder aufnahm, jedoch diese wegen starken Schmerzen kurz vor Schichtende abbrechen musste. Aus dem Mail vom 16. Juni 2003 (Beilage 11 zu BVGer-act. 17) ist ersichtlich, dass der Vorgesetzte aufgrund der starken Schmerzen des Beschwerdeführers, trotz Ausklammerung von Heben von schweren Lasten, einen Wechsel zu 50% Normalarbeitszeit (NAZ) als notwendig erachtete. Gemäss Mail vom 27. November 2003 (Beilage 12 zu BVGer-act. 17) wurde der Beschwerdeführer per 1. Dezember 2003 von der Schichtgruppe 1 in die Gruppe der Flurtransporte versetzt, womit der Wechsel zur Normalarbeitszeit vollzogen wurde. Die

Schichtzulage entfiel per 1. Januar 2004.

E. 7.2.11

Bericht Dr. med. L._____, Facharzt für Allgemeinmedizin, Rehaklinik D._____, vom 13. Januar 2008 (IV-act. 11 S. 78), Diagnosen: Ausgeprägte Schmerzen bei Zustand nach Rippenserienfraktur mit Heilungsstörung; Deckplattenimpressionsfraktur LWK1; LWK2-Fraktur; Blockwirbelbildung BWK 11/12.

E. 7.2.12

Berichte SUVA-Kreisarzt Dr. med. M._____, Facharzt für Chirurgie, vom 8. Februar und 29. Juni 2010 (SUVA-act. 31; IV-act. 11 S. 2 ff.), Diagnosen: Status nach Kompressionsfraktur L2 am 4. Oktober 1992, nach Thorax-Kontusion mit Rippenserienfraktur 6-12 links am 3. August 2009 sowie nach Sturz mit Kontusion der rechten Schulter und der Lendenwirbelsäule am 8. Februar 2010. Die aktuellen Beschwerden im Bereich der linksseitigen Rippen seien Folge der Thoraxkontusion vom 3. August 2009. Die Frakturen seien teilweise nicht durchgebaut und wiesen Pseudarthrosen auf. Durch die Schmerzen sei der Beschwerdeführer nach wie vor in seiner Bewegungsfreiheit eingeschränkt. Er sei in einer rein administrativen Tätigkeit im Umfang von 50% arbeitsfähig, eine höhere Arbeitsleistung insbesondere in körperlich anstrengender Tätigkeit sei nicht zumutbar.

E. 7.2.13

Bericht Dr. med. N._____, Kantonsspital O._____, vom 16. Februar 2011 (IV-act. 11 S. 23 f.): Frischerer zentraler Einbruch der Grundplatte BWK 7 mit Nachweis eines Knochenmarködems, möglicherweise auch als Folge einer Osteochondrose; alte Deckplatteneinsenkung LWK2; Osteochondrose LWK 4/5; Bandscheibenprotrusion LWK 3/4, 4/5; kein Nachweis einer Nervenwurzelkompression; mässige Facettengelenksarthrose der unteren LWS-Segmente.

E. 7.2.14

Orthopädisches Konsilium Rehaklinik P._____, Dr. med. Q._____, Facharzt Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, vom 21. Februar 2011 (IV-act. 11 S. 39 ff.), Diagnosen: Leichte, ventral betonte BWK7-Fraktur, möglicherweise als Ursache einer Osteoporose.

E. 7.2.15

Bericht Dr. med. R._____, Kantonsspital O._____, vom 22. Februar 2011 (IV-act. 11 S. 26 f.): Normale Knochendichtewerte im Bereich der LWS, vermutlich verfälscht durch den degenerativ hypersklerosierten LWK4; Osteopenie im Bereich der linken Hüfte mit erhöhtem Frakturrisiko.

E. 7.2.16

Bericht Dr. med. R._____, Kantonsspital O._____, vom 16. März 2011 (SUVA-act. 33 S. 6 f.): Osteopenie mit leicht erhöhtem Frakturrisiko im Bereich des linken Unterarms.

E. 7.2.17

Austrittsbericht Rehaklinik P._____ vom 23. März 2011 (IV-act. 19 S. 26 ff.), Diagnosen: (A) Nach Unfall vom 4. Oktober 1992 LWK2-Fraktur, vorbestehende Bandscheibenprotrusion L4/5, Blockwirbelbildung Thorax (TH) 11/12, alte

Deckplattenimpressionsfraktur L1, thorakolumbovertebrales Syndrom; (B) nach Unfall vom 3. August 2009 Rippenserienfraktur 5-12 links dorsolateral, linksseitige thorakale Schmerzen; (C) Grundplattenfraktur Th7 2011 ohne adäquates Trauma; Einbruch der Grundplatte Th7 mit Knochenmarködem, alte Deckplatteneinsenkung LWK2, Osteochondrose L4/5, Bandscheibenprotrusion L3/4/5, mässige Facettengelenksarthrose in den unteren LWS-Segmenten; (D) Osteopenie mit etwas erhöhtem Frakturrisiko; (E) Status nach pulmonalen Veränderungen; (F) Struma nodosa; (G) nach Unfall vom 8. Februar 2010 LWS-Kontusion mit vorübergehender Exazerbation der lumbalen Schmerzen; Schulterkontusion rechts. Es bestehe eine 100%-ige Arbeitsfähigkeit in einer angepassten, körperlich leichten bis mittelschweren und wechselbelastenden Tätigkeit im Sinne eines Schonarbeitsplatzes ohne rein gehend oder stehend zu verrichtende Tätigkeit, ohne längeres Sitzen oder Stehen am Stück (über 60 Minuten), häufig vorgeneigte Rumpfhaltung, wiederholende Drehbewegungen des Oberkörpers und Vibrationsbelastung der Wirbelsäule.

E. 7.2.18

Bericht Dr. med. S._____, Kantonsspital Baden, vom 20. Juni 2011 (IV-act. 19 S. 19 f.), Diagnosen: Manifeste Osteoporose der Lendenwirbelsäule; Deckplatteneinbruch BWK7 ohne adäquates Trauma; LWK2-Fraktur; multiple Rippenfrakturen; gemäss Osteodensitometrie diverse Defizite in der Knochendichte.

E. 7.2.19

Bericht Dr. med. L._____, Facharzt für Allgemeinmedizin, vom 5. September 2011 (SUVA-act. 34), Diagnose: Zustand nach LWK2-Fraktur 1992; vorbestehende Bandscheibenprotrusion L4/5. Zunehmende Beschwerdesymptomatik mit zeitweiliger Arbeitsunfähigkeit. 50%-ige Arbeitsfähigkeit seit 26. August 2011.

E. 7.2.20

Bericht Dr. med. T._____, Facharzt für Diagnostische Radiologie, vom 12. September 2011 (IV-act. 11 S. 44), Diagnosen: Degenerative Discopathie C5-C7; aktive Osteochondrose C6/C7; gering ausgeprägte Uncarthrosen C4-C7; geringgradige Einengung der Neuroforamina C5/C6 rechtsbetont; keine Spinalstenose; Myelopathie oder posttraumatische Veränderungen.

E. 7.2.21

Berichte Dr. med. L._____ vom 8. November 2011 und 27. Februar 2012 (IV-act. 11 S. 49 f., S. 61), Diagnosen: Zustand nach LWK2-Fraktur 1992 mit zunehmender Beschwerdesymptomatik; manifeste Osteoporose. Seit September 2011 zunehmende Schmerzsymptomatik lumbal; Wiederaufnahme der Arbeit nicht absehbar.

E. 7.2.22

Am 22. Februar 2012 besichtigte der Werkarzt Dr. med. A._____ den Arbeitsplatz des Beschwerdeführers hinsichtlich den von der Rehaklinik P._____ gestellten Anforderungen an einen angepassten Arbeitsplatz: Einschränkung für Tätigkeiten mit häufig vorgeneigter Rumpfhaltung sowie für wiederholte Drehbewegungen des Oberkörpers und Vibrationsbelastung bzw. Schläge bezüglich Wirbelsäule. Leichte bis mittelschwere Arbeit (5kg bis 10kg, selten 15kg) ganztags zumutbar i.S. von wechselbelastender Tätigkeit (keine rein stehende, gehende Tätigkeit) ohne langes Sitzen am Stück (>60min.), ohne längeres Stehen am Stück (>60min.). Dr. med. A._____ stellte

fest, dass die medizinischen Vorgaben am Schonarbeitsplatz des Beschwerdeführers umsetzbar waren (IV-act. 19 S. 22f.).

E. 7.2.23

Bericht SUVA-Kreisarzt Dr. med. M. _____ vom 5. März 2012 (IV-act. 19 S. 11 ff.), Diagnosen mit Unfallkausalität: Status nach Kompressionsfraktur L2 am 4. Oktober 1992, nach Thoraxkontusion mit Rippenserienfraktur 6-12 links am 3. August 2009 sowie nach Sturz mit Kontusion der rechten Schulter und der LWS am 8. Februar 2010.

Nebendiagnosen unfallfremder Natur: Grundplattenfraktur Th7 im Rahmen einer Osteopenie; Cervicalsyndrom bei degenerativen Veränderungen der Halswirbelsäule (HWS). Aufgrund der zunehmenden Schmerzen im Bereich der BWS und LWS sowie der Funktionseinschränkung der Wirbelsäule sei eine stationäre Behandlung in einer Rehaklinik angezeigt; bis dahin betrage die Arbeitsfähigkeit 50% in einer körperlich leichten, wechselbelastenden Tätigkeit, wie sie am Schonarbeitsplatz vorliege. Nach erfolgter Rehabilitation sollte eine Steigerung der Arbeitsfähigkeit auf 100% versucht werden.

E. 7.2.24

Berichte Rehaklinik D. _____ vom 18. April, 5. Mai und 10. Mai 2012 (IV-act. 19 S. 8 f.; act. 11 S. 81 ff.), Diagnosen: (1) Chronisch rezidivierendes lumbovertebrales und lumbospondylogenes Schmerzsyndrom bei Status nach LWK2-Fraktur 1992 sowie nach LWS-Kontusion 2010; frischer Einbruch Grundplatte BWK7, alte Deckplatteneinsenkung LWK2, Osteochondrose L4/5, Bandscheibenprotrusion L3/4 und L4/5, kein Nachweis einer Nervenwurzelkompression, mässige Fazettengelenksarthrose in den unteren LWS-Segmenten; (2) chronisches Thorakovertebralsyndrom bei Status nach Rippenserienfraktur links 7-11 2009 und Grundplattenfraktur Th7 im Rahmen einer Osteopenie; (3) Zervikalsyndrom bei degenerativen Veränderungen der HWS; (4) Osteopenie mit leicht erhöhtem Frakturrisiko; (5) Hordeolum rechtes Unterlid.

E. 7.2.25

Bericht Dr. med. A. _____ vom 17. August 2012 (Datum des Eingangs), Werkärztlicher Dienst Z. _____ (IV-act. 19 S. 1 ff.): Am Schonarbeitsplatz habe die gewünschte Steigerung der Arbeitsfähigkeit auf 100% wegen Dekompensation und Schmerzzunahme nicht erzielt werden können; die gesundheitlichen Einschränkungen liessen sich durch medizinische Massnahmen nicht dauerhaft vermindern. In der angestammten Tätigkeit sei der Beschwerdeführer vollständig arbeitsunfähig; die Arbeitsfähigkeit an einem adaptierten Schonarbeitsplatz betrage maximal 25 - 30%. In diesem Umfang sei eine wechselbelastende (max. 2 Stunden) oder vorwiegend im Gehen ausgeübte Tätigkeit (max. 2 Stunden), eingeschränkt auch eine rein sitzende oder stehende Tätigkeit (max. ½ Stunde) mit einer vereinzelt Gewichtsbelastung von 5-10 kg und ohne Bücken, Knien, Kauern, Treppensteigen und ohne Arbeit über Kopf oder auf Leitern und Gerüsten zumutbar. Mit einer Erhöhung der Einsatzfähigkeit über 30% hinaus könne nicht gerechnet werden.

E. 7.2.26

Beurteilung SUVA-Kreisarzt Dr. med. M. _____ vom 13. November 2012 (SUVA-act. 47), Befund: Status nach Kompressionsfraktur L2. Die Fraktur sei in einem Kyphosewinkel von 14° konsolidiert. Es verbleibe eine Minderbelastbarkeit der Wirbelsäule. Die Beschwerden seien unfallbedingt, dauernd und erheblich.

E. 7.2.27

Kreisärztliche Untersuchung SUVA-Kreisarzt Dr. med. M. _____ vom 13. November 2012 (SUVA-act. 46), Diagnosen: Status nach Kompressionsfraktur L2 am 4. Oktober 1992, nach Thoraxkontusion mit Rippenserienfraktur 6-12 links am 3. August 2009 sowie nach Sturz mit Kontusion der rechten Schulter und der LWS am 8. Februar 2010. Nebendiagnosen: Grundplattenfraktur Th7 im Rahmen einer Osteopenie; Cervicalsyndrom bei degenerativen Veränderungen der HWS; degenerative Bandscheibenproblematik L4/5 und L5/S1. Es bestehe eine zunehmende Schmerzhaftigkeit in Verbindung mit zunehmenden Myogelosen im Bereich der unteren BWS und LWS, rechtsbetont. Aufgrund des bisherigen Verlaufs mit zweimaliger stationärer Rehabilitation, welche jeweils nur einen kurz dauernden Effekt gezeigt habe, müsse von einem Endzustand ausgegangen werden. Aufgrund der Unfallfolgen seien dem Beschwerdeführer sehr leichte, wechselbelastende Tätigkeiten mit jeweils frei wählbarer Arbeitsposition halbtags zumutbar.

E. 7.2.28

Stellungnahmen RAD-Arzt Dr. med. U. _____ vom 11. Januar und 17. Juni 2013 (IV-act. 23, 37): Es liege ein IV-relevanter Gesundheitsschaden vor, der eine bleibende Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit als Chemiarbeiter begründe und sich seit dem Unfall vom 3. August 2009 auf die Arbeitsfähigkeit auswirke. In der angestammten Tätigkeit sei der Beschwerdeführer nicht mehr arbeitsfähig. Seit 3. August 2009 arbeite der Beschwerdeführer an einem Schonarbeitsplatz, an welchem er nicht die volle Arbeitsfähigkeit habe erreichen können und nie über 50% arbeitsfähig gewesen sei. Er sei von starken Rückenschmerzen mit Ausstrahlung ins rechte Bein geplagt gewesen. Mehrere Rehabilitationsaufenthalte hätten die Arbeitsfähigkeit nicht verbessern können. Aufgrund Osteopenie sei es zu einem Bruch der Grundplatte des 7. BWK gekommen. Seit August 2012 bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 30%; der Beschwerdeführer könne eine körperlich leichte, wechselbelastende Tätigkeit mit einer gelegentlichen Gewichtsbelastung von 5-10 kg und ohne Bücken, Knien, Kauern, Neigen des Oberkörpers, Treppensteigen und ohne Arbeit über Kopf, auf Leiter und Gerüst oder unebenem Boden 2-3 Stunden pro Tag ausüben. Die geringe Arbeitsfähigkeit sei jedoch medizinisch nicht nachvollziehbar, weshalb eine rheumatologische und psychiatrische Begutachtung indiziert sei.

E. 7.2.29

Im bidisziplinären Gutachten, das von der IV-Stelle Aargau eingeholt wurde, hielt Dr. med. V. _____, Facharzt für Rheumatologie, physikalische Medizin und Rehabilitation im rheumatologischen Teil vom 17. November 2013 (IV-act. 46.1) fest, somatisch seien deutliche angeborene, posttraumatische, degenerative und zufolge Osteoporose bestehende Veränderungen im Wirbelsäulenbereich objektivierbar. Die gesundheitlichen Probleme hätten sich im Lauf der Jahre kumuliert. Die Wirbelsäulenbelastbarkeit sei eingeschränkt. Der Beschwerdeführer leide zudem unter chronischen Schmerzen, die nicht nur unter Bewegung und Belastung, sondern auch im Rahmen monotoner Belastungssituationen exazerbieren würden. Infolge Osteoporose mit Einbruch des 7. thorakalen Wirbelkörpers, hypomobiler Funktionsstörung im Bereich des thorakolumbalen Übergangs bei Blockwirbel Th12/L1 und dem Status nach traumatischer LWK2-Fraktur mit anhaltenden Schmerzen im Bereich der linken Thoraxwand, wie auch infolge degenerativer Wirbelsäulenveränderungen in den unteren Cervikalen- und Lendenwirbelsäulensegmenten, einer Wirbelsäulenfehlstatik und einer muskulären Dysbalance sei die Wiederaufnahme der

angestammten Tätigkeit als Chemiefacharbeiter ausgeschlossen. Es bestehe eine 70%-ige Arbeitsfähigkeit in einer leichten, wechselbelastenden Verweistätigkeit. Dabei seien monotone Belastungssituationen zu vermeiden, da diese umgehend zu einer Schmerzexazerbation führen würden. Aufgrund des langjährigen chronischen Beschwerdeverlaufs und den objektivierten gesundheitlichen Problemen sei nicht mit relevanten Verbesserungen und der Steigerung der Arbeitsfähigkeit zu rechnen. Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit: (1) Aktuell exazerbierte rechtsbetonte vertebrale bis lumbospondyloge Symptomatik bei Segmentdegeneration L4/L5 mit Osteochondrose, Spondylose und Retrolisthese, Diskusherniation L3/L4 links paramedian sowie Wirbelsäulenfehlstatik teils zufolge Impressionsfraktur von LWK2; (2) chronische, multifaktoriell bedingte linksseitige Thoraxwand Schmerzen, zufolge Zustand nach mehreren Rippenfrakturen thorakal 7-11, osteoporotischer Grundplattenfraktur thorakal 7 und hypomobiler Funktionsstörung im Bereich des thorakolumbalen Übergangs bei Blockwirbel Th12/11; (3) Osteoporose, Zustand nach Einbruch der BWK7 Grundplatte 2011. Diagnosen ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit: (1) Nikotinabusus; (2) schubweise exazerbierende Kopfschmerzen; (3) rezidivierende zervikovertebrale Symptomatik bei degenerativen Veränderungen hauptsächlich der Segmente C5/C6 und C6/C7.

E. 7.2.30

Dr. med. St. _____, Psychiatrie und Psychotherapie, hielt im psychiatrischen Teilgutachten vom 28. Oktober 2013 (IV-act. 45) fest, es hätten keine psychopathologischen Befunde erhoben werden können und der Beschwerdeführer sei psychisch gesund; eine Einschätzung, die dieser selbst teile. Lediglich von November 2012 bis Juli 2013, als der Beschwerdeführer seine Arbeit habe niederlegen müssen, habe eine leichtgradige depressive Episode bestanden. Der Beschwerdeführer würde im Grunde eine Normalisierung des Alltags anstreben und sei motiviert; andererseits sei er in Bezug auf die Einschätzung seiner Arbeitsfähigkeit verunsichert und halte sich aufgrund seiner Schmerzen zu 100% arbeitsunfähig. Aus psychiatrischer Sicht bestehe eine 100%-ige Arbeitsfähigkeit; während der leichtgradigen depressiven Episode sei die Arbeitsfähigkeit im Umfang von 10% eingeschränkt gewesen. Als Synthese der Teilgutachten sei von einer Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 30% auszugehen. 7.2.31 Stellungnahme RAD-Arzt Dr. med. U. _____ vom 22. November 2013 (IV-act. 47): Am 1. Januar 2004 sei aus medizinischer Sicht ein Gesundheitsschaden mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eingetreten, da der Beschwerdeführer seither nur noch in der Tagesschicht hätte arbeiten können. Schichtarbeit sei wegen Exazerbation der chronischen lumbalen Beschwerden nicht möglich gewesen. In der angestammten Tätigkeit sei er seit 3. August 2009 nicht mehr arbeitsfähig. Seither arbeite der Beschwerdeführer an einem Schonarbeitsplatz und sei in einer körperlich leichten Tätigkeit mit Möglichkeit des Positionswechsels, mit einer Gewichtsbelastung von 5 bis maximal 10 kg und ohne Arbeit auf Leiter, Gerüst oder unebenem Boden oder in Zwangshaltung im Umfang von 70% arbeitsfähig. Der erste Unfall von 1992 habe keine bleibenden gesundheitlichen Einschränkungen zur Folge gehabt. Der Sturz am 3. August 2009 von einem Bahnwagen mit Rippenfrakturen links und verzögertem Heilungsverlauf habe eine Reduktion der Arbeitsfähigkeit auf 50% ab August 2009 respektive 30% seit August 2012 notwendig gemacht. 8.1 Die Vorinstanz stütze ihre Verfügung vom 28. März 2014 vorwiegend auf die hiervoor erwähnten interdisziplinären Gutachten, psychiatrischen Teilgutachten vom 28. Oktober 2013 (IV-act. 45) und insbesondere rheumatologischen Teilgutachten vom 17. November 2013 (IV-act. 46.1),

sowie auf die Stellungnahmen ihres regionalen ärztlichen Dienstes vom 11. Januar 2013, 17. Juni 2013 und 22. November 2013, welcher den Versicherten untersuchte und dessen Berichten damit Gutachterstellung zukam (IV-act. 23, 37 und 47). Mit den von der SUVA eingeholten medizinischen Akten und den kreisärztlichen Untersuchungsbefunden setzte sie sich hingegen in koordinationsrechtlicher Hinsicht nicht auseinander. Da die SUVA zuvor ihre umfangreichen medizinischen Abklärungen abgeschlossen und über die Invaliditätsbemessung des Beschwerdeführers bereits am 11. Januar 2013 rechtskräftig entschieden hatte, wäre die Vorinstanz verpflichtet gewesen, die Auswirkungen dieses SUVA-Entscheids auf die Invaliditätsbemessung in der IV abzuklären. Dabei stellt sich in diesem Zusammenhang auch die Frage, inwieweit der Entscheid der Unfallversicherung Bindungswirkung auf die Invaliditätsbemessung der Vorinstanz entfaltet (zum Ganzen vgl. die bundesgerichtliche Rechtsprechung vorne E. 7.2). Dieser Problematik ist nachfolgend näher nachzugehen.

8.2 Der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers wurde von der SUVA seit dem Unfall im Jahr 1992 dokumentiert. Dr. med. M._____, Chirurg, war mindestens seit 3. Juli 2003 der beurteilende Facharzt (vgl. Stempel auf der Rehaklinik D._____, SUVA-act. 15) und untersuchte den Beschwerdeführer am 29. Juni 2010 (SUVA-act. 31), 5. März 2012 (IV-act. 19.11) und 13. November 2012 (SUVA-act. 46) persönlich. Aus diesem Grund war er mit der Aktenlage und den Leiden des Beschwerdeführers bestens vertraut. Der Hinweis des Rheumatologen auf Seite 11 in seinem Teilgutachten vom 17. November 2013 (IV-act. 46.1), wonach der SUVA-Arzt in seinem Bericht vom 5. März 2012 die Vorgeschichte knapp zusammengefasst habe, trifft zwar zu, ist jedoch, da Dr. med. M._____ wie erörtert, dokumentiert war, kein Grund, um den Beweiswert des Untersuchungsberichtes in Frage zu stellen. Die SUVA-Untersuchungsberichte vom 29. Juni 2010 (SUVA-act. 31), 5. März 2012 (IV-act. 19 S. 11) und 13. November 2012 (SUVA-act. 46) erfüllen die an den vollen Beweiswert eines ärztlichen Gutachtens gestellten Kriterien. Insbesondere sind sie für die streitigen Belange umfassend, beruhen auf allseitigen Untersuchungen, berücksichtigen die geklagten Beschwerden und wurden in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben. Sie sind zudem in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtend und in den Schlussfolgerungen begründet. In den nach der Thoraxkontusion vom 3. August 2009 folgenden Untersuchungen legte SUVA-Kreisarzt Dr. med. M._____ nachvollziehbar dar, der Beschwerdeführer sei durch die zunehmenden Schmerzen sowie die Funktionseinschränkung der Wirbelsäule in seiner Bewegungsfreiheit eingeschränkt, weshalb er in einer rein administrativen, wechselbelastenden Tätigkeit in einem Umfang von nicht über 50% arbeitsfähig sei (SUVA-act. 31; IV-act. 11 S. 2 ff.) Dem SUVA-Untersuchungsbericht kommt somit hinsichtlich der unfallbedingten Einschränkung Beweiswert zu.

8.3 Das rheumatologische Gutachten von Dr. med. V._____ vom 17. November 2013 (IV-act. 46.1) entspricht nicht den von der Rechtsprechung entwickelten Anforderungen an medizinische Gutachten (vgl. E. 6.2 hiervor), weshalb für die Beurteilung der Leistungsfähigkeit nicht darauf abgestellt werden kann. So ist augenfällig, dass sich Dr. med. V._____ weder mit den Vorakten auseinandersetzt noch die davon abweichende eigene Einschätzung der Arbeitsfähigkeit begründet. In selektiver Auswahl und ohne konkrete Benennung von Arztberichten stellt er aktenwidrig fest, es sei in den Jahren 2011 und 2012 eine Arbeitsfähigkeit von 100% postuliert worden. Dass sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers nach dem Rehabilitationsaufenthalt in der Klinik P._____, welche ihm im März 2011 eine 100%-ige Arbeitsfähigkeit attestierte (IV-act. 19 S. 26 ff.), zunehmend verschlechtert hat,

bleibt unerwähnt. Zudem wird nicht berücksichtigt, dass SUVA-Kreisarzt Dr. med. M. _____ im Bericht vom 5. März 2012 eine 100%-ige Arbeitsfähigkeit keineswegs feststellte, sondern als erstrebenswertes Ziel nach notwendigem Rehabilitationsaufenthalt setzte und vielmehr von einer Arbeitsfähigkeit von 50% ausging (IV-act. 19 S. 11 ff.). Unerwähnt bleiben sodann nachfolgende Beurteilungen desselben Arztes, der die Steigerung der Arbeitsfähigkeit nach mehreren Rehabilitationsaufenthalten bei zunehmender Schmerzsymptomatik als gescheitert einschätzte (SUVA-act. 46). Der einfache Hinweis des Gutachters auf die Möglichkeit einer Schmerzmedikation mit ergänzender schmerzdistanzierender Psychopharmaka zwecks Leistungssteigerung vermag die Diskrepanz zu den medizinischen Vorakten nicht aufzulösen.

8.4 Die Stellungnahmen von RAD-Arzt Dr. med. U. _____ vermögen nichts Entscheidrelevantes zur Einschätzung der Arbeitsfähigkeit beizutragen, da sie widersprüchlich sind. So legte Dr. med. U. _____ den Eintritt des Gesundheitsschadens einmal auf den 3. August 2009 (IV-act. 23), einmal auf den 1. Januar 2004 (IV-act. 47) fest, ohne die Abweichung zu begründen. Sodann äusserte er sich insofern widersprüchlich zur Arbeitsfähigkeit, als er in der Stellungnahme vom 21. November 2013 (IV-act. 47) wie auch in den vorhergehenden Stellungnahmen (IV-act. 23, 37) einerseits ausführte, der Sturz am 3. August 2009 von einem Bahnwagen mit Rippenfrakturen links und verzögertem Heilungsverlauf habe eine Reduktion der Arbeitsfähigkeit auf 50% ab August 2009 respektive 30% seit August 2012 notwendig gemacht, in derselben Stellungnahme andererseits die im rheumatologischen Gutachten festgestellte Arbeitsfähigkeit von 70% seit 3. August 2009 bestätigte. Aufgrund der widersprüchlichen Angaben genügen auch die RAD-Stellungnahmen den allgemeinen beweisrechtlichen Anforderungen an ärztliche Berichte nicht, weshalb sie nicht als Entscheidungsgrundlage heranzuziehen sind (vgl. Urteil des BGer 9C_1063/2009 vom 22. Januar 2010 E. 4.2.3).

8.5 Das Gutachten von Dr. med. V. _____ vom 17. November 2013 sowie die Stellungnahmen von RAD-Arzt Dr. med. U. _____ weisen nicht nur inhaltliche Mängel auf, sondern wurden auch in Verletzung des Koordinationsgrundsatzes (vgl. E. 5.1.2 hiervor) durch die Vorinstanz eingeholt. Offensichtlich hat es die Vorinstanz unterlassen, das IV-Verfahren und die medizinischen Abklärungen mit dem Verfahren der SUVA zu koordinieren. Gründe für das Abweichen von der Invaliditätsbemessung durch die SUVA sind nicht ersichtlich und wurden im Übrigen auch nicht geltend gemacht. Insbesondere fehlt eine Begründung, weshalb die Vorinstanz ein eigenes Gutachten in Auftrag gab. Aus der Auftragsvergabe geht nicht hervor, dass der medizinische Sachverhalt von der SUVA unvollständig oder fehlerhaft abgeklärt worden wäre (IV-act. 40, 46.1 S. 1). Es ging somit nicht an, die Invalidität völlig unabhängig vom Entscheid der SUVA festzulegen (vgl. BGE 126 V 288 E. 2d). Auch aus diesem Grund müssen das Gutachten von Dr. med. V. _____ und die Stellungnahmen von RAD-Arzt Dr. med. U. _____ unbeachtlich bleiben.

8.6 Als Zwischenergebnis ist festzuhalten, dass das externe Teilgutachten vom 28. Oktober 2013 und die Stellungnahmen des RAD vom 11. Januar 2013, 17. Juni 2013 und 22. November 2013 teilweise widersprüchlich und weder schlüssig noch nachvollziehbar sind, womit ihnen kein voller Beweiswert zukommt.

E. 9.1

Zur Arbeitsfähigkeit bzw. Restarbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers äusserte sich der SUVA-Kreisarzt ausschliesslich aus unfallrechtlicher Sicht, das heisst, er berücksichtigte bei seiner Schätzung die drei Unfälle, jedoch korrekterweise nicht auch die krankheitsbedingten degenerativen Veränderungen und damit unfallfremden Gesundheitsbeeinträchtigungen. Beim Beschwerdeführer wurde insbesondere im Jahr 2003

eine mediale Bandscheibenprotrusion L4/L5 bzw. ein degeneratives Lumbovertebralsyndrom diagnostiziert, im Jahr 2011 eine Grundplattenfraktur Th7 festgestellt und im Jahr 2012 auf ein Cervikalsyndrom bei degenerativen Veränderungen der Halswirbelsäule hingewiesen (vgl. E. 7.2 hiervor). Daher fragt sich, ob gestützt auf die aktenkundigen medizinische Akten, ein lückenloser medizinischer Befund vorliegt, welcher neben den unfallbedingten und auch die unfallfremden Gesundheitsschäden und die sich daraus ergebenden funktionellen Einschränkungen und die Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers berücksichtigt.

E. 9.2.1

Hinsichtlich der Bandscheibenprotrusion legte der Beschwerdeführer im vorliegenden Verfahren insbesondere den Arztbericht von Dr. med. J. _____ vom 1. April 2003 (Beilage 3 zu BVGer-act. 17), den Physiotherapiebericht der Rehaklinik D. _____ vom 23. Mai 2003 (Beilage 5 zu BVGer-act. 17), den Austrittsbericht der Rehaklinik D. _____ vom 21. Juni 2003 betreffend den stationären Aufenthalt vom 24. April 2003 bis 22. Mai 2003 (Beilage 6 zu BVGer-act. 17) und den Bericht der Rheumaklinik K. _____ vom 29. Juli 2003 (Beilage 7 zu BVGer-act. 17) ins Recht. Hierbei handelt es sich um Behandlungsberichte, welche als solche die Anforderungen an externe Gutachten (vgl. E. 6.2.4.1 hiervor) naturgemäss nicht erfüllen, haben sich doch einen anderen Zweck, nämlich die Behandlung und nicht die Begutachtung des Patienten, jedoch sind sie entscheidungsrelevante Akten (vgl. E. 6.2.4.3), wenn sie wie vorliegend über den gesundheitlichen Verlauf und die funktionellen Einschränkungen Auskunft geben.

E. 9.2.2

Aus den im Beschwerdeverfahren eingereichten Unterlagen geht hervor, dass der Beschwerdeführer im März 2003 wegen einem schweren Thorakal- und Lumbalsyndrom seine Arbeit als Schichtarbeiter niederlegen musste. So berichtete Dr. med. J. _____, Allgemeinmediziner, am 1. April 2003, es erscheine zunehmend fraglich, ob der Beschwerdeführer am Arbeitsplatz noch die volle Leistung erbringen könne und empfahl einen Reha-Aufenthalt (Beilage 3 zu BVGer-act. 17), der vom 24. April 2003 bis 22. Mai 2003 in der Rehaklinik D. _____ durchgeführt wurde (Beilage 4 und 6 zu BVGer-act. 17). Der Beschwerdeführer war bis zum 9. Juni 2003 zu 100% arbeitsunfähig geschrieben (Beilage 4 zu BVGer-act. 17). Die behandelnden Ärzte wiesen darauf hin, es sei der Wunsch des Patienten, seine 100% Beschäftigung fortzusetzen (Beilage 6 zu BVGer-act. 17). Dem E-Mail vom Werkarzt, datierend 3. Juni 2003 (Beilage 10 zu BVGer-act. 17), ist zu entnehmen, dass der Beschwerdeführer seine Arbeit per 13. Juni 2003 wiederaufnehmen wollte. Dr. med. A. _____ erachtete dies als möglich unter der Voraussetzung, dass Hebe- und Tragearbeiten von über 10-15kg ausgeklammert würden. Dieser Arbeitsversuch scheiterte wegen zu starken Schmerzen, da der Beschwerdeführer bis zu 25kg heben und tragen musste. Das Arbeitspensum wurde auf 50% gesenkt und Heben und Tragen ausgeklammert. Der Beschwerdeführer hatte dennoch Schmerzen (vgl. Arztbericht vom 29. Juli 2003 der Rheumaklinik K. _____, Beilage 7 zu BVGer-act. 17), so dass schliesslich auch dieser Arbeitsversuch beendet werden musste und ein Wechsel in die Tagesproduktion notwendig wurde (Beilage 12 zu BVGer-act. 17). Die SUVA lehnte die Kostenübernahme für die Behandlungen mit Verfügung vom 31. Juli 2003, wegen der krankheitsbedingten Diskusproblematik (Bandscheibenprotrusion LWK 4/5), ab (SUVA-act. 23). Die Kosten wurden von der Krankenversicherung (Ö. _____) getragen (Beilage 8 zu BVGer-act. 17).

E. 9.2.3

Aus den medizinischen Unterlagen geht somit hervor, dass der Beschwerdeführer die Schichtarbeit wegen den Unfall- und insbesondere Krankheitsfolgen niederlegen musste. Der Umstand, dass der Beschwerdeführer und sein Arbeitgeber während einem halben Jahr nach einer Lösung suchten, um den bisherigen Arbeitsplatz zu erhalten, und der Beschwerdeführer daher erst per 1. Dezember 2003 bzw. 1. Januar 2004 in die Tagesproduktion wechselte, ändert nichts daran, dass dieser Wechsel gesundheitsbedingt erfolgte. Aus den im Beschwerdeverfahren eingereichten Akten (BVGer-act. 17) ist ersichtlich, dass sich die krankheitsbedingten Leiden, die Bandscheibenprotrusion LWK 4/5, auf die Arbeitsfähigkeit auswirkte, da es dem Beschwerdeführer nicht mehr möglich war, die mit der Schichtarbeit zusammenhängenden schweren Hebe- und Tragearbeiten auszuführen. Es leuchtete ein, dass schwere Arbeiten bei einer medialen Bandscheibenprotrusion L4/L5 nicht mehr möglich bzw. zumutbar sind. Mit überwiegender Wahrscheinlichkeit ist daher davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer aufgrund der krankheitsbedingten Leiden von der Nachtschicht in die Tagesschicht wechselte, wo er nicht mehr schwere Lasten zu heben und zu tragen hatte.

E. 9.2.4

Es stellt sich die Frage, ob der Beschwerdeführer zu 100% in der Tagesproduktion arbeitete oder, wie dies im Mail vom 16. Juni 2003 (Beilage 11 zu BVGer-act. 17) von seinem damaligen Vorgesetzten vorgeschlagen worden war, nur zu 50%. Der Ziffer 2.9 des Fragebogens für Arbeitgebende vom 15. November 2012 (IV-act. 21) ist zu entnehmen, dass der Beschwerdeführer sowohl als Betriebsmitarbeiter im Schichtbetrieb als auch im Normalarbeitszeitbetrieb, 8 Stunden pro Tag und 40 Stunden pro Woche arbeitete, was einem 100%-Pensum entspricht. Ausserdem gab der Beschwerdeführer anlässlich der bidisziplinären Untersuchung, psychiatrisches Teilgutachten vom 28. Oktober 2013 (IV-act. 45 S. 12), an, er habe bis zum zweiten Unfall im August 2009 immer ein Arbeitspensum von 100% gehabt. Daraus ergibt sich, dass der Beschwerdeführer ab dem 1. Dezember 2003 bis zum Unfall vom 3. August 2009 mit einem 100%-Pensum arbeitete.

E. 9.3

Der Beschwerdeführer war vom 2. Februar 2011 bis zum 23. März 2011 in der Rehaklinik P. _____ hospitalisiert (IV-act. 19 S. 26) und wurde umfassend radiologisch und orthopädisch untersucht. Das CT vom 11. Februar 2011, welches zur Kontrolle der Rippenserienfraktur angefertigt worden war, zeigte als Zufallsbefund eine frische Grundplattenfraktur an Th7. Da kein adäquates Trauma erhoben werden konnte, wurde der Verdacht einer Knochendichteminderung postuliert, was sich bei den Untersuchungen im Kantonsspital Baden vom 15. Februar 2011 (IV-act. 11 S. 24), 18. Februar 2011 (IV-act. 11 S. 26) und vom 14. März 2011 (IV-act. 11 S. 29) bestätigte. Am 21. Februar 2011 fand ein orthopädisches Konsilium in der Rehaklinik P. _____ statt (IV-act. 19 S. 35). Dr. med. Q. _____ diagnostizierte eine leichte ventral betonte BWK7-Fraktur, vor allem im Grundplattenbereich mit anamnestisch sehr wenigen und klinisch mässigen Beschwerden. Der Beschwerdeführer dürfe keine schweren Lasten heben. Aus dem ausführlichen und umfassenden ärztlichen Austrittsbericht vom 23. März 2011 (IV-act. 19 S. 26) geht hervor, dass der Beschwerdeführer im Zeitpunkt der Entlassung immer noch an belastungsverstärkten Schmerzen im Bereich der Fraktur Th7, ruhe- und belastungsverstärkte Schmerzen im Bereich der LWS und leichten atem- bzw. belastungsabhängigen Schmerzen im linken Hemithorax litt und diese mit den klinischen

und radiologischen Befunden erklärbar waren. Es wurde zusammenfassend festgehalten, bei guter Kooperation und Leistungsbereitschaft des Beschwerdeführers habe eine mässige Verbesserung der Schmerzproblematik erreicht werden können. Die körperliche Leistungsfähigkeit und Belastbarkeit habe deutlich gesteigert werden können. Die arbeitsrelevanten Probleme seien die BWS und die LWS. Der Beschwerdeführer sei aus medizinisch-theoretischer Sicht für Tätigkeiten mit häufig vorgeneigter Rumpfhaltung sowie für wiederholende Drehbewegungen des Oberkörpers und für Vibrationsbelastung bzw. Schläge bezüglich der Wirbelsäule eingeschränkt. Der Beschwerdeführer arbeite an einem Schonarbeitsplatz im Betrieb. Ab 27. März 2011 werde er diese angepasste Tätigkeit wieder ganztags aufnehmen. Die Prognose für eine erfolgreiche berufliche Wiedereingliederung sei bei diesem leistungsbereiten und motivierten Patienten als durchaus günstig zu betrachten. Der Beschwerdeführer habe selber angegeben, er wolle zu 100% arbeiten (vgl. S. 6 des Berichtes). Der Austrittsbericht der Rehaklinik P._____ vom 23. März 2011 (IV-act. 19 S. 26) entspricht den an den vollen Beweiswert eines ärztlichen Gutachtens gestellten Kriterien. Insbesondere ist er umfassend, beruht auf allseitigen Untersuchungen, berücksichtigt die geklagten Beschwerden und wurde in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben. Er ist zudem in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtend und in den Schlussfolgerungen begründet.

E. 9.4

Aus den Berichten der Physiotherapie der Rehaklinik D._____ vom 3. Mai 2012 (IV-act. 19 S. 10) und dem Austrittsbericht vom 5. Mai 2012 (IV-act. 19 S. 8 [Seite 1], IV-act. 19 S. 21 [Seite 2]) geht hervor, dass der Beschwerdeführer vom 26. März 2012 bis 5. Mai 2012 wegen lumbalen, thorakalen und cervikalen Schmerzen hospitalisiert war. Zusätzlich zu den bisherigen Diagnosen wird ein Cervikalsyndrom bei degenerativen Veränderungen der Halswirbelsäule angegeben. Aus physiotherapeutischer Sicht wurde auf die verminderte Belastbarkeit lumbal bzw. thorako-cervikal hingewiesen und die Arbeitsunfähigkeit auf 50% festgelegt, mit dem Ziel eine vollständige Arbeitsfähigkeit zu erlangen, wobei diesbezüglich darauf hingewiesen wurde, dass der Beschwerdeführer teilweise sehr stark dissimulierte, um den Arbeitsplatz nicht zu verlieren. Die Abteilungsärztin attestierte dem Beschwerdeführer seit Oktober 2011 eine 50%-ige Arbeitsunfähigkeit. Sie schlug vor, der Beschwerdeführer solle nach dem Spitalaustritt bis 13. Mai 2012 für eine Woche zu 50% arbeiten, danach zwei Wochen Ferien machen und anschliessend das Arbeitspensum auf 100% steigern, bei einer Leistung von 50%. Wie bereits erörtert (vorne E. 6.2.4.3 und E. 9.2) sind Behandlungsberichte hinsichtlich dem Beweiswert mit externen Gutachten nicht vergleichbar, jedoch können sie für den Verlauf einer gesundheitlichen Veränderung beigezogen werden. Die Arzt- und Physiotherapieberichte der Jahre 2011 und 2012 geben die lumbalen, thorakalen und cervikalen Beschwerden und die damit einhergehenden funktionellen Einschränkungen im Verlauf nachvollziehbar wieder.

E. 9.5

Der Werkarzt, Dr. med. A._____, hielt in seinem undatierten Formularbericht fest (Eingang bei kant. IV-Stelle am 17. August 2012, IV-act. 19 S. 2), der wiederholte Arbeitsversuch am Schonarbeitsplatz habe nicht die gewünschte Steigerung auf 100% Präsenzzeit gebracht. Es habe jeweils nach ein bis zwei Wochen im Arbeitsprozess eine Dekompensation und Schmerzzunahme resultiert. Der Beschwerdeführer sei motiviert mit einer Tendenz zur Selbstüberforderung, dennoch hätten die im Anschluss an den

Reha-Aufenthalt postulierten Pläne zur zukünftigen Rückkehr in den Arbeitsprozess nicht umgesetzt werden können. Aus Warte Betriebsarzt liege die residuelle Arbeitsfähigkeit auch für einen adaptierten Schonarbeitsplatz unter 30%. Hinsichtlich der Zumutbarkeit hielt Dr. med. A. _____ fest, der Einsatz am adaptierten Schonarbeitsplatz zu 25-30% sei grenzwertig. Er attestierte bis 8. August 2012 eine vollständige Arbeitsunfähigkeit und hielt eine Arbeitsfähigkeit von 25-30% an einem Schonarbeitsplatz für möglich (IV-act. 19 S. 3). Damit weicht der Werkarzt von der von Dr. med. M. _____, SUVA-Arzt, attestierten Arbeitsfähigkeit von 50% ab. Während der SUVA-Arzt nur die unfallbedingten Leiden zu berücksichtigen hatte und hinsichtlich der medizinisch-theoretischen Arbeitsfähigkeit naturgemäss eine Schätzung vornahm, konnte der Werkarzt, Dr. med. A. _____, die funktionellen Einschränkungen aufgrund der Unfall- und Krankheitsfolgen unmittelbar verfolgen, hatte er doch die Möglichkeit, den Beschwerdeführer im akuten Schmerzstadium nach Verlassen der Arbeit zu untersuchen. Bei den Angaben von Dr. med. A. _____ handelt es sich somit nicht um eine Schätzung der medizinisch-theoretischen Arbeitsfähigkeit, sondern um die am Schonarbeitsplatz effektiv umsetzbare Leistungsfähigkeit. Die Diskrepanz zwischen der theoretischen 50% und effektiven 30% Arbeitsfähigkeit lässt sich auch damit erklären, dass der Beschwerdeführer dissimulierte, um den Arbeitsplatz nicht zu verlieren (vgl. Bericht Reha D. _____ IV-act. 19 S. 9). Dieser Umstand kann ihm aber nicht vorgeworfen werden, denn er hielt sich an die Anweisungen der behandelnden Ärzte, nahm an den Therapien motiviert teil und hielt regen Kontakt zum Werkarzt, welcher die Voraussetzungen für die konkreten Arbeitseinsätze aus medizinischer Sicht festlegte. Die Tätigkeit am Schonarbeitsplatz gilt als leidensangepasste Verweisungstätigkeit. Aus dem im vorliegenden Beschwerdeverfahren eingereichten Mailverkehr (vgl. Beilage 10ff. zu BVGer-act. 17) geht hervor, dass der Arbeitgeber des Beschwerdeführers Verständnis für die Situation des Beschwerdeführers hatte und entsprechende Anpassungen am Arbeitsplatz sicherstellte. Aus diesem Grund kann nicht davon ausgegangen werden, dass der Beschwerdeführer an einem anderen Arbeitsplatz eine höhere Arbeitsfähigkeit hätte erzielen können. Trotz Anstrengungen des Beschwerdeführers und Bemühungen seitens des Arbeitgebers vermochte der Beschwerdeführer die 50% Arbeitsfähigkeit nicht umzusetzen, vielmehr folgte auf Zeiten mit 50%-Pensum eine volle Arbeitsunfähigkeit. Es leuchtet ein, dass dies, wie von Dr. med. A. _____ erwähnt, auf eine Dekompensation zurückzuführen ist. Daraus folgt, dass von der Arbeitsfähigkeitsschätzung von Dr. med. M. _____, welcher nur die Unfallfolgen zu berücksichtigten hatte, abzuweichen ist, hingegen erscheint die von Dr. med. A. _____ attestierte Arbeitsfähigkeit von 30%, unter Berücksichtigung der unfall- und krankheitsbedingten Rückenbeschwerden, als zutreffend. Daher ist davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer ab 9. August 2012 nur noch zu 30% arbeitsfähig war. Daran ändern nichts, dass die SUVA am 23. November 2012 (SUVA-act. 49) dem Beschwerdeführer mitteilte, an einen Fortbestand der Tätigkeit im Betrieb sei aus Gründen der Arbeitssicherheit nicht mehr zu denken, da er an neurologischen Ausfällen am Bein leide, denn es gibt Verweisungstätigkeiten, bei welchen diese Einschränkung nicht ausschlaggebend ist. Dem Einwand der kantonalen IV-Stelle, wonach es sich beim Werkarzt um einen Hausarzt handle und deshalb von einem Vertrauensverhältnis auszugehen sei, womit dem Bericht kein voller Beweiswert zukomme (BVGer-act. 15), kann nicht gefolgt werden. Dr. med. A. _____ nahm als Werkarzt keine Behandlungen vor (vgl. IV-act. 19 S. 2). Ein weiterer Unterschied zu einem Hausarzt oder behandelnden Spezialisten besteht darin, dass Dr. med. A. _____ nicht vom Beschwerdeführer

beauftragt, sondern von der Z. _____ angestellt worden war. Zwar besteht ein gewisses Abhängigkeitsverhältnis zwischen dem Werkarzt und der Arbeitgeberin des Beschwerdeführers, was aber den Beweiswert dessen Arztberichte nicht schmälert.

E. 9.6

Der medizinische Sachverhalt erweist sich somit aufgrund der detaillierten und nachvollziehbaren Arztberichte und den Stellungnahmen des Werkarztes genügend abgeklärt. Die Aktenlage ist vollständig und erlaubt eine zuverlässige Beurteilung der Arbeitsfähigkeit. Entsprechend besteht kein Bedarf nach zusätzlichen medizinischen Abklärungen, weshalb in antizipierter Beweiswürdigung auf die Einholung weiterer Gutachten zu verzichten ist (vgl. BGE 124 V 94 E. 4b; 122 V 162 E. 1d).

E. 10.1

Die angefochtene Verfügung vom 28. März 2014 ist hinsichtlich der Höhe der Arbeitsunfähigkeit widersprüchlich. Einerseits wird auf Seite 2 angenommen, der Beschwerdeführer sei ab 3. August 2009 zu 50% arbeitsfähig gewesen und ab 9. August 2012 sei von einer Arbeitsfähigkeit von 30% auszugehen, andererseits wird auf Seite 3 festgehalten, es werde auf die interdisziplinäre Beurteilung von Dres. med. St. _____ und V. _____ abgestellt, wonach eine Restarbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit von 70% bestehe. Diese Diskrepanz lässt sich weder aus der Begründung der angefochtenen Verfügung, noch aus der Vernehmlassung vom 19. Juni 2014 (BVGer-act. 6) erklären.

E. 10.2

Der Beschwerdeführer bringt demgegenüber vor, er habe den angestammten Schichtbetrieb bereits per 1. Januar 2004 aufgeben müssen, womit eine empfindliche Lohneinbusse verbunden gewesen sei. Sodann verkenne die Vorinstanz, dass sie final leistungspflichtig sei. Entsprechend habe sie auch für die Folgen des Rückfalls aufgrund des Thorakolumbovertebralsyndroms vom April 2003 aufzukommen, welche die SUVA nicht als Folge des Unfalls von 1992 anerkannt habe.

E. 10.3

Aus den Akten ergibt sich zur Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers was folgt (SUVA-act. 13, 16, 18, 36, 38, 40, 46, 49, 52, IV-act. 10 S. 34, 11 S. 74ff., 19, 21): Nach dem ersten Unfall vom 4. Oktober 1992 nahm er die Schichtarbeit am 18. Januar 1993 vollumfänglich wieder auf. Wegen der Bandscheibenproblematik erfolgte vom 24. April bis 22. Mai 2003 ein Rehabilitationsaufenthalt. Vom 28. März bis 9. Juni 2003 war er zu 100% krankgeschrieben. Vom 13. Juni bis 6. Juli 2003 arbeitete der Beschwerdeführer in einem 100%-Pensum, ab 7. Juli 2003 in einem 50%-Pensum. Am 1. Januar 2004 wurde er wegen anhaltender Rückenprobleme von der Schichtarbeit in die Tagesproduktion mit Normalarbeitszeit versetzt. Am 3. August 2009 erfolgte der zweite Sturz. Vom 2. November 2009 bis 3. Januar 2010 arbeitete er in einem 50%-Pensum, vom 4. Januar bis 7. Februar 2010 in einem 100%-Pensum an einem Schonarbeitsplatz. Am 8. Februar 2010 folgte der dritte Sturz. Am 1. März 2010 nahm er die Arbeit zu 50% am Schonarbeitsplatz wieder auf, legte diese aber bereits am 8. März 2010 schmerzbedingt wieder nieder. Vom 29. Juni 2010 bis 1. Februar 2011 arbeitete der Beschwerdeführer in einem 50%-Pensum. Vom 2. Februar bis 23. März 2011 erfolgte ein Rehabilitationsaufenthalt. Ab 27. März 2011 wurde eine volle Arbeitsfähigkeit am Schonarbeitsplatz attestiert. In der Folge kam es zu mehreren - tages- und wocheweisen - Arbeitsausfällen, sodass der Beschwerdeführer spätestens ab 26. August 2011 nur ein 50%-Pensum wahrnahm. Vom 5. Oktober bis 27.

November 2011 war er voll arbeitsunfähig. Ab 28. November 2011 arbeitete er erneut in einem 50%-Pensum. Vom 26. März bis 5. Mai 2012 erfolgte ein weiterer Rehabilitationsaufenthalt. Ab 7. Mai 2012 nahm der Beschwerdeführer die Arbeit wieder auf. Mit vorübergehenden Phasen von Arbeitsunfähigkeit arbeitete er bis 8. August 2012 in einem 50%-Pensum, seither in einem 30%-Pensum. Seit dem 24. Oktober 2012 arbeitet der Beschwerdeführer nicht mehr.

E. 10.4

Zusammengefasst ergibt sich, dass der Beschwerdeführer aufgrund des Unfalls vom 3. August 2009 an einen Schonarbeitsplatz versetzt werden musste, an dem er nicht - oder nur vorübergehend - in einem 50% übersteigenden Arbeitspensum einsetzbar war. Die drei Unfälle 1992, 2009 und 2010, sowie die Bandscheibenprotrusion L4/5 2003, Grundplattenfraktur Th7 2011 und das Cervicalsyndrom bei degenerativen Veränderungen der HWS 2012 führten dazu, dass sich die Gesundheitsbeschwerden mit der Zeit zunehmend intensivierten, was eine entsprechenden Verminderung der Arbeitsfähigkeit von 50% ab 3. August 2009 bis zu 70% ab 9. August 2012 zur Folge hatte.

E. 11.1

Bei erwerbstätigen Versicherten ist der Invaliditätsgrad gemäss Art. 16 ATSG aufgrund eines Einkommensvergleichs zu bestimmen. 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). Konnte eine versicherte Person dank Hilfsmitteln und Umschulung erfolgreich beruflich eingegliedert werden, ist für die Ermittlung des Valideneinkommens in einem späteren Zeitpunkt der vor der invaliditätsbedingt erfolgten beruflichen Eingliederung erzielte Verdienst heranzuziehen (SVR 2009 IV 34, 95). Der Einkommensvergleich hat in der Regel in der Weise zu erfolgen, dass die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen ziffernmässig möglichst genau ermittelt und einander gegenüber gestellt werden, worauf sich aus der Einkommensdifferenz der Invaliditätsgrad bestimmen lässt (allgemeine Methode des Einkommensvergleichs; BGE 130 V 343 E. 3.4.2; 128 V 29 E. 1). Dabei sind die Vergleichseinkommen so konkret wie möglich zu bestimmen.

E. 11.2

Für die Ermittlung des Valideneinkommens, also des Einkommens, welches die versicherte Person nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als Gesunde tatsächlich verdient hätte, wird in der Regel am zuletzt erzielten, nötigenfalls der Teuerung und der realen Einkommensentwicklung angepassten Verdienst angeknüpft (BGE 134 V 322 E. 4.1; 129 V 222 E. 4.3.1). Der massgebende Lohn umfasst auch Teuerungs- und andere Lohnzulagen, Provisionen, Gratifikationen, Naturalleistungen, Ferien- oder Feiertagsentschädigungen und ähnliche Bezüge, ferner Trinkgelder, soweit diese einen wesentlichen Bestandteil des Arbeitsentgeltes darstellen (Urteil des BGer 8C_465/2009 vom 12. Februar 2010 E. 2.2). In zeitlicher Hinsicht ist bei sehr starken und verhältnismässig kurzfristig in Erscheinung tretenden Einkommensschwankungen für den Validenlohn auf den während einer längeren Zeitspanne erzielten Durchschnittsverdienst abzustellen (ZAK 1985 464).

E. 11.3

Für die Bestimmung des Invalideneinkommens ist primär von der beruflich-erwerblichen Situation auszugehen, in welcher die versicherte Person konkret steht. Ist kein solches tatsächlich erzielttes 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 nach der Rechtsprechung Tabellenlöhne gemäss den vom Bundesamt für Statistik periodisch herausgegebenen Lohnstrukturerhebungen (LSE) herangezogen werden (BGE 126 V 75 f. E. 3b, vgl. BGE 129 V 472 E. 4.2.1). Es gilt zu berücksichtigen, dass gesundheitlich beeinträchtigte Personen im Gegensatz zu voll leistungsfähigen und entsprechend einsetzbaren Arbeitnehmern lohnmässig benachteiligt sind und deshalb in der Regel mit unterdurchschnittlichen Lohnansätzen rechnen müssen. Diesem Umstand ist mit einem Abzug vom Tabellenlohn Rechnung zu tragen (BGE 124 V 321 E. 3b/bb). Der Umfang der Herabsetzung hängt von sämtlichen persönlichen und beruflichen Umständen des konkreten Einzelfalles ab und ist auf maximal 25% zu beschränken (BGE 124 V 472 E. 4.3.2; 126 V 75 E. 5b).

E. 12

Vor der Berechnung des Invaliditätsgrades ist zu klären, ob der Beschwerdeführer im Anspruchszeitpunkt, 1. Dezember 2012, ohne gesundheitliche Beeinträchtigung bei der Z._____ als Schichtmitarbeiter zu 100% tätig gewesen wäre und wie hoch die Schichtpauschale ausfallen würde.

E. 12.1

Der Beschwerdeführer brachte vor, es habe eine Schichtuntauglichkeit vorgelegen (BVGer-act. 12). Nach dem Aufenthalt vom 24. April 2003 bis zum 22. Mai 2003 in der Rehaklinik in D._____ habe er einen Arbeitsversuch gemacht, der wegen Schmerzen habe eingestellt werden müssen (BVGer-act. 17). Die Schichtgruppe, in welcher er heute ohne gesundheitliche Probleme arbeiten würde, erhalte eine Schichtpauschale von 21.2%.

E. 12.2

Die kantonale IV-Stelle hielt mit Schreiben vom 10. Mai 2016 dagegen (BVGer-act. 15), der Werkarzt bestätige, dass der Beschwerdeführer ab 1. Januar 2004 aus gesundheitlichen Gründen keine Schichtarbeit mehr habe leisten dürfen, jedoch sei in den Lohnabrechnungen vom Juni 2005, August 2005 und Mai 2007 Feiertagsarbeit, Samstags- und Sonntagsarbeit geleistet worden. Weiter sei die Schichtpauschale von früher 16.45% bzw. 16.7% gemäss den Lohnabrechnungen für einige Monate zutreffend, für andere nicht. Es bestehe keine Grundlage für die Annahme, dass aus der früheren Zulage von 16.45% eine Hochrechnung auf 21.2% vorgenommen worden sei.

E. 12.3.1

Die Begründung des Beschwerdeführers bzw. seines Arbeitgebers, wonach es sich bei den Zulagen von Juni 2005 und August 2005 um Einsätze von wenigen Stunden handelte, deckt sich mit den Angaben auf den Lohnausweisen. Die Erklärung, bei der Lohnabrechnung von Juni 2005 handle es sich um eine Schichtzulage, jedoch sei nicht Schichtarbeit wie am angestammten Arbeitsplatz geleistet worden, denn der Einsatz sei nicht mit körperlicher Anstrengung verbunden gewesen, sondern aufgrund der Umstellung auf das neue SAP-System habe alles in kürzester Zeit inventarisiert werden müssen, leuchtet ein

(BVGer-act. 17).

E. 12.3.2

Aus den im Beschwerdeverfahren eingereichten Lohnabrechnungen ergeben sich neben dem Grundlohn insbesondere die folgenden Zuschläge: - Schichtpauschale: von Januar 1994 bis Dezember 2003 - Umgebungszulage: ab Januar 1998 - Nachtzuschlag: Januar 1994, Juli 1994, August 1994, Dezember 1996, Februar 2001, - Samstagszuschlag: Januar 1994, Juli 1994, August 1994, Mai 2007 - Sonntagszuschlag: Dezember 1996, August 2005, Mai 2007 - Feiertagszuschlag: Juni 2005 - Überzeit: Januar 2000, Februar 2001, November 2001, Januar 2002, März 2002, April 2002, Juni 2002, Juli 2002, September 2002, Februar 2003, April 2003 Diese Aufstellung zeigt, dass es sich bei den Zulagen von Juni 2005, August 2005 und Mai 2007 nicht um eine Entschädigung für das Arbeiten in der Nachtschicht handelt, da keine Schichtpauschale entrichtet wurde, sondern um einmalige Zulagen für das Arbeiten an Feiertagen und Wochenenden. Auch während der Arbeit im Schichtbetrieb erhielt der Beschwerdeführer zusätzlich sporadisch Zulagen für Samstags- und Sonntagsarbeit. Allein der Umstand, dass der Beschwerdeführer an drei Monaten nicht ausschliesslich Werktags arbeitete, lässt nicht bereits den Schluss zu, dass er Schicht gearbeitet hätte, was mit Heben und Tragen von schweren Lasten verbunden gewesen wäre. Eine Schichtpauschale wurde nur bis Dezember 2003 entrichtet. Dem E-Mail vom 27. November 2003 (Beilage 12 zu BVGer-act. 17) ist zu entnehmen, dass der Beschwerdeführer per Dezember 2003 in die Tagesproduktion Gruppe der Flurtransporte versetzt werden sollte. Aufgrund der Karenzzeit von einem Monat sollte die Schichtzulage bis Ende Dezember 2003 bezahlt werden. Der Arbeitgeber gab im Fragebogen vom 15. November 2012 an (Beilage 14 zu BVGer-act. 17), der Beschwerdeführer habe ab 1. Januar 2004 als Betriebsmitarbeiter mit Normalarbeitszeit gearbeitet. Somit ist erstellt, dass der Beschwerdeführer längstens bis Ende Dezember 2003 im Schichtbetrieb arbeitete und spätestens per 1. Januar 2004 zur Tagesproduktion wechselte.

E. 12.3.3

Im rheumatologisches Teilgutachten vom 17. November 2013 (IV-act. 46.1 S. 8), wurde angegeben, der Beschwerdeführer arbeite im Schichtbetrieb und bevorzuge wegen verbesserter Einkommensmöglichkeiten Nachtarbeit. Dies führte dazu, dass der Beschwerdeführer obwohl er nach dem Unfall im Jahr 1992 nicht beschwerdefrei geworden war (SUVA-act. 30), weiterhin die körperlich anspruchsvolle Schichtarbeit verrichtete, jedoch auf die Einnahme von Schmerzmitteln angewiesen war (IV-act. 46.1 S. 9). Aus finanziellen Gründen wollte er die Schichtarbeit trotz Schmerzen weiter ausüben (IV-act. 46.1 S. 9). Es leuchtet ein, dass der Beschwerdeführer aus finanziellen Gründen lieber in der Nacht als am Tag arbeitete. Die Schichtarbeit bedeutet eine Zulage auf dem Basislohn von 16.7%, das heisst, der Basislohn der Schichtarbeit ist um 16.7% höher als der Basislohn bei der Tätigkeit in der Tagesproduktion. Wie wichtig ihm dieser höhere Lohn war, zeigt sich daran, dass er in Kauf nahm, die Arbeit nur unter teilweisen Schmerzen ausführen zu können, und deswegen auf Schmerzmittel angewiesen zu sein. Ausserdem geht aus den gesamten Akten im Zusammenhang hervor, dass der Beschwerdeführer bemüht war, die Schichtarbeit nicht zu verlieren, so versuchte er denn auch während einem mehrere Monate dauernden Arbeitsversuch, zurück zur Schichtarbeit zu finden (vgl. Mailverkehr Beilage 10ff. zu BVGer-act. 17). Der Beschwerdeführer war seit Eintritt in die Firma im August 1984 als Schichtmitarbeiter tätig. Gesundheitsfremde Gründe für den Wechsel von der Schichtarbeit zur Normalarbeitszeit im Jahr 2003 bzw. 2004 wurden von der Vorinstanz

nicht substantiiert vorgebracht und sind aus den Akten auch nicht ersichtlich.

E. 12.3.4

Hingegen kann dem Beschwerdeführer nicht gefolgt werden, wenn er vorbringt, die SUVA habe das Valideneinkommen des Beschwerdeführers inklusive Schichtzulage anerkannt, denn aus der Zusammenfassung für die Entscheidungsgrundlagen für die Rentenfestsetzung (SUVA-act. 53) geht hervor, dass die SUVA die Schichtzulage beim Validenlohn nicht berücksichtigt hat, da sie davon ausging, auch ohne Unfallfolgen würde der Beschwerdeführer heute keine Schichtarbeit leisten. Dies ist eine konsequente Schlussfolgerung, denn da sie den Wechsel von der Schichtarbeit zur Normalarbeitszeit nicht als unfall- sondern krankheitsbedingt betrachtete, hatte sie als kausale Versicherung die Schichtzulage bei der Berechnung des Valideneinkommens dementsprechend auch nicht zu berücksichtigen. Das Vorbringen der kantonalen Vorinstanz, wonach die SUVA Leistungen erbracht hätte, wenn eine Schichtuntauglichkeit vorgelegen wäre, geht somit ins Leere.

E. 12.3.5

Als Zwischenergebnis ist mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer ohne Krankheits- und Unfallfolgen auch heute noch als Schichtmitarbeiter bei der Z. _____ tätig gewesen wäre. 12.4.1 Hinsichtlich der Höhe der Schichtzulage ist aus den eingereichten Lohnabrechnungen ersichtlich, dass diese in den Jahren 1994 bis 1996 22.6% betrug, im Jahr 1997 bis September 25.0%, von Oktober 1997 bis Juli 1998 37.6% und von August 1998 bis Dezember 2003 16.7%. Hierbei ist festzustellen, dass der Lohnausweis für den Monat Juni 2001 nicht aktenkundig ist, jedoch mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon auszugehen ist, dass die Schichtzulage auch in diesem Monat 16.7% betragen hätte. Zuletzt war die Höhe der Schichtzulage 16.7%. Der Arbeitgeber des Beschwerdeführers gab an, im Verfügungszeitpunkt hätte die Schichtzulage 21.2% betragen. Es liegen jedoch keine Belege vor, welche diese Aussage stützen würden. Es ist nicht einzusehen, weshalb die Schichtzulage, statt wie von August 1998 bis Dezember 2003 16.7%, heute 21.2% betragen soll, zumal der Beschwerdeführer nicht substantiiert vorbrachte, die Zulage für die damalige Schichtarbeit sei im Jahr 2004 oder später erhöht worden. 12.4.2 Zusammenfassend ist davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer im gesunden Zustand im Jahr 2004 bis heute eine Schichtzulage von 16.7% erhalten hätte.

E. 12.5

Im Ergebnis gilt als mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt, dass der relevante Gesundheitsschaden im Sinne von Art. 28 Abs. 1 Bst. b IVG am 3. August 2009 eintrat und der Beschwerdeführer ab 3. August 2009 an seinem Schonarbeitsplatz bzw. in einer rein administrativen Tätigkeit im Umfang von 50%, ab 9. August 2012 im Umfang von 30% arbeitsfähig war. Weiter ist es überwiegend wahrscheinlich, dass der Beschwerdeführer ohne gesundheitliche Beeinträchtigung bei der Z. _____ als Schichtmitarbeiter zu 100% tätig wäre und eine Schichtpauschale von 16.7% erhalten würde.

E. 13.1

Die Vorinstanz berechnete das Valideneinkommen auf Basis des gemäss IK-Auszug im Jahr 2008 ausgewiesenen und per 2010 indexierten Lohnes, da es sich hierbei um den zuletzt vor Eintritt des Gesundheitsschadens erzielten Lohn handle. Auf die übrigen Angaben der Arbeitgeberin könne wegen Widersprüchlichkeiten und mangels Abrechnung

von Sozialbeiträgen nicht abgestellt werden.

E. 13.2

Der Beschwerdeführer bringt demgegenüber vor, die Gesundheitsbeschwerden hätten bereits am 4. Oktober 1992 ihren Anfang genommen. Entsprechend sei darauf abzustellen, was er heute verdienen würde, wenn er keine gesundheitlichen Beeinträchtigungen erlitten hätte.

E. 13.3

Aus den Akten ergibt sich nach dem Gesagten, dass die Gesundheit des Beschwerdeführers nach dem Unfall 1992 und dem Rückfall wegen Thorakolumbovertebralsyndroms im Jahr 2003 bereits derart stark beeinträchtigt war, dass er nicht mehr in der Lage war, die körperlich anstrengende Schichtarbeit als Chemiemitarbeiter zu leisten. Entsprechend wurde er per 1. Dezember 2003 bzw. 1. Januar 2004 in die Tagesproduktion mit Normalarbeitszeit versetzt (vgl. E. 12.3.2 hiervor). Somit kann zur Bestimmung des Valideneinkommens nicht auf das unmittelbar vor dem Unfall vom 3. August 2009 erzielte Einkommen abgestellt werden, da es sich hierbei nicht um das ohne jegliche Gesundheitsbeeinträchtigung erzielte Einkommen handelt.

E. 13.4

Aus koordinationsrechtlichen Gründen sind die Berechnungen der SUVA wie folgt beizuziehen:

E. 13.4.1

Am 10. Januar 2013 berechnete die SUVA zunächst den versicherten Verdienst indem sie, das Einkommen vom 4. Oktober 1991 bis 3. Oktober 1992 beizog. Der Betrag enthielt sowohl das erzielte Einkommen bei der W. _____ (heute Z. _____, Fr. 82'503.-), als auch dasjenige bei der Ha. _____ AG (Fr. 283.40 und Fr. 2'760.90; vgl. SUVA-act. 54, IV-act. 9), insgesamt Fr. 85'5547.30, welches die SUVA der Teuerung bis 2012 anpasste und so inklusive Kinderzulagen auf einen versicherten Verdienst von Fr. 112'169.- kam. Aus dem individuellen Konto des Beschwerdeführers (IV-act. 9) ist ersichtlich, dass die Einsätze bei der Ha. _____ AG sehr unterschiedlich waren und der Beschwerdeführer diesbezüglich ein Einkommen zwischen Fr. 190.- und Fr. 5'838.- erzielte. Ausserdem arbeitete er in den Jahren 1997, 1998, 2004 und ab 2007 nicht mehr bei dieser Unternehmung. Hierfür sind keine gesundheitlichen Gründe aktenkundig und wurden vom Beschwerdeführer auch nicht geltend gemacht, weshalb davon auszugehen ist, dass invaliditätsfremde Gründe zur Niederlegung dieser Tätigkeit führten. Daher kann bei der Berechnung des invalidenrechtlichen Valideneinkommens nicht auf die Einkünfte bei der Ha. _____ AG abgestellt werden und damit auch nicht auf die Berechnungen der SUVA vom 10. Januar 2013.

E. 13.4.2

Die SUVA errechnete das Valideneinkommen (Einkommen ohne Unfälle) in der Verfügung vom 11. Januar 2013 auf der Basis des Jahres 2013. Es stellt sich die Frage, ob auch invalidenrechtlich darauf abgestellt werden kann.

E. 13.4.2.1

In der Invalidenversicherung sind für den Einkommensvergleich die Verhältnisse im Zeitpunkt des (hypothetischen) Beginns des Rentenanspruchs massgebend, wobei Validen-

und Invalideneinkommen auf zeitidentischer Grundlage zu erheben und allfällige rentenwirksame Änderungen der Vergleichseinkommen bis zum Verfügungserlass zu berücksichtigen sind (BGE 129 V 222 E. 4). Der Rentenanspruch entsteht nach Art. 29 Abs. 1 IVG frühestens 6 Monate nach Geltendmachung des Leistungsanspruchs nach Art. 29 Abs. 1 ATSG. Da sich der Beschwerdeführer erst am 21. Juni 2012 und somit verspätet, bei der IV-Stelle Aargau zum Leistungsbezug anmeldete (IV-act. 4), entstand sein Rentenanspruch am 1. Dezember 2012 (Art. 29 Abs. 1 IV; vgl. BGE 138 V 475 E. 2.2). Somit sind auf die Verhältnisse im Jahr 2012 und nicht 2013 abzustellen.

E. 13.4.2.2

Die SUVA zog die Angaben des Arbeitgebers des Beschwerdeführers vom 3. Dezember 2012 (SUVA-act. 51) bei, welcher für das Jahr 2013 einen Grundlohn von Fr. 83'500.-, eine Umgebungszulage von Fr. 1'080.- und einen Target-Bonus von Fr. 5'700.- angab. Die Umgebungszulage in der Höhe von Fr. 1'080.- entspricht dem auf den Lohnabrechnungen ausgewiesenen Betrag in Höhe von je Fr. 90.- (Fr. 90 x 12 = Fr. 1'080.-, BVGer-act. 12; 17) und beträgt auch für das Jahr 2012 Fr. 90.-. Hierauf ist abzustellen.

E. 13.4.2.3

Beim Target-Bonus in der Höhe von Fr. 5'700.- handelt es sich wohl um eine Schätzung des Arbeitgebers, denn dieser Betrag kann nicht nachvollzogen werden. Gemäss den Lohnausweisen betrug der Bonus im Jahr 2010 Fr. 3'680.- (Beilage 186 zu BVGer-act. 12), im Jahr 2011 Fr. 3'180.- (Beilage 201 zu BVGer-act. 12), im Jahr 2012 Fr. 5'620.- (Beilage 215 zu BVGer-act. 12), im Jahr 2013 Fr. 6'160.- (Beilage 217 zu BVGer-act. 12) und im Jahr 2014 Fr. 5'690.- (Beilage 219 zu BVGer-act. 12). Der Target-Bonus ist somit Schwankungen unterworfen und war in den Jahren 2010 und 2011 deutlich kleiner als in den Jahren 2012 bis 2014. Die Annahme eines durchschnittlichen Target-Bonus von Fr. 5'700.- für das Jahr 2012 ist verhältnismässig und vorliegend in dieser Höhe zu berücksichtigen.

E. 13.4.2.4

Aus den Lohnbriefen vom 4. April 2011 (Beilage 223 zu BVGer-act. 12), 2. April 2013 (Beilage 225 zu BVGer-act. 12) und vom 30. März 2015 (Beilage 226 zu BVGer-act. 12) geht hervor, dass das jährliche Basisalar im Jahr 2011 Fr. 82'200.- und in den Jahren 2012 bis 2015 Fr. 83'100.- betragen würde. Dieselben Beiträge gab der Arbeitgeber im Schreiben vom 3. Juli 2012 an die SUVA (SUVA-act. 41) an. Im Schreiben vom 3. Dezember 2012 (SUVA-act. 51) schätzte der Arbeitgeber das hypothetische Einkommen für das Jahr 2013 auf Fr. 83'500.-. Aus den Lohnabrechnungen des Jahres 2012 ergeben sich die folgenden Basislöhne: Januar bis März Fr. 6'324.- (korrigiert im April um monatlich Fr. 69.-) und April bis Dezember Fr. 6'393.- plus 13. Monatslohn von Fr. 6'393.- (Beilagen 202-214 zu BVGer-act. 12). Das ergibt ein Jahresbasisalar im Jahr 2012 von insgesamt rund Fr. 83'100.- (6'393 x 13 = 83'109).

E. 13.4.2.5

Entgegen der Annahme des Beschwerdeführers (BVGer-act. 17) berücksichtigte die SUVA, wie in Erwägung 12.3.4 hiervor erörtert, die Schichtzulage nicht, da der Wechsel zur Normalarbeitszeit nicht unfallbedingt war. Anders als die Unfallversicherung ist die Invalidenversicherung keine kausale sondern eine finale Versicherung, das heisst, invalidenrechtlich sind auch gesundheitliche Schäden zu berücksichtigen, welche krankheitsbedingt sind. Wäre der Beschwerdeführer nicht verunfallt, könnte er heute

dennoch keine Schichtarbeit leisten, womit die Leistungspflicht der SUVA entfällt. Wäre er jedoch auch nicht erkrankt, könnte er diese Tätigkeit ausüben. Die Erkrankung zusammen mit den Unfallfolgen führte somit zur Schichtuntauglichkeit, was invalidenrechtlich relevant ist. Für das invalidenrechtliche Valideneinkommen ist zusätzlich zu den von der SUVA angenommenen Lohnbestandteilen eine Schichtzulage von 16.7% zu berücksichtigen (vgl. E. 12.5 hiervor). Die Schichtzulage erfolgt auf dem Grundlohn, das heisst, 16.7% von Fr. 83'100.-, das sind Fr. 13'877.70.

E. 13.4.3

Zusammenfassend ergibt sich unter Berücksichtigung eines Basissalärs von Fr. 83'100.-, einer Schichtzulage von Fr. 13'877.70, einer Umgebungszulage von Fr. 1'080.- und einem Bonus-Target von Fr. 5'700.- ein Valideneinkommen von insgesamt rund Fr. 103'758.- (Fr. 83'100.- + Fr. 13'877.70 + Fr. 1'080.- + Fr. 5'700.- = Fr. 103'757.70).

E. 14.1

Beim Invalideneinkommen ging die Vorinstanz von den Angaben der Arbeitgeberin vom 15. November 2012 (IV-act. 21) aus, wonach der Beschwerdeführer seit 3. August 2009 in einem 100%-Pensum ein Jahreseinkommen von Fr. 83'100.- erzielte. Die mit der Versetzung an den Schonarbeitsplatz nach dem Unfall vom 3. August 2009 verbundene Lohnkürzung sei nicht umgesetzt, sondern der Differenzbetrag zum bisher erzielten und tatsächlich der Arbeitsleistung entsprechenden Lohn als Soziallohn weitergezahlt worden. Nach Abzug des Soziallohnanteils von Fr. 18'100.- errechnete die Vorinstanz ein Invalideneinkommen von Fr. 65'000.-.

E. 14.2

Der Beschwerdeführer rügt, entgegen der Annahme der Vorinstanz hätte die Ausübung einer Verweistätigkeit nicht zum gleichen Invalideneinkommen geführt. Vielmehr habe der Beschwerdeführer sein Einkommen nur dank dem Soziallohn des Arbeitgebers erzielt. Mit all seinen gesundheitlichen Defiziten habe er ausser dem ihm von seiner Arbeitgeberin angebotenen Schonarbeitsplatz mit Soziallohn kaum Chancen auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt in der Schweiz gehabt.

E. 14.3

Angesichts der Tatsache, dass dem Beschwerdeführer unbestrittenermassen ein Soziallohn ausgezahlt wurde, rechtfertigt sich zur Ermittlung des Invalideneinkommens - in Übereinstimmung mit der korrekten Berechnung der SUVA (SUVA-act. 56) - die Bezugnahme auf die vom Bundesamt für Statistik herausgegebene Schweizerische Lohnstrukturerhebung (LSE). Anders als bei der Berechnung der SUVA ist vorliegend nicht das Jahr 2013, sondern das Jahr 2012 massgebend (vgl. E. 13.4.2.1). Weiter ist vorliegend beachtlich, dass der Validenlohn auf der Basis von 40 Stunden pro Woche errechnet wurde, da diese wöchentliche Arbeitszeit bei der Z. _____ üblich ist. Gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung ist die dem statistischen Lohn zugrunde liegende wöchentliche Arbeitszeit von 40 Stunden auf die betriebsübliche wöchentliche Arbeitszeit umzurechnen, selbst wenn die versicherte Person in einem Betrieb mit 40-Stunden-Woche beschäftigt war (Urteil des BGer 8C_1030/2009 E. 7.1). Ausgehend vom monatlichen Bruttolohn (Zentralwert) von Arbeitnehmern in privaten Sektor für Tätigkeiten im Anforderungsniveau 4 (einfache und repetitive Tätigkeiten) von Fr. 4'901.- (LSE 2010, Tabelle TA1, Schweiz), umgerechnet auf die betriebsübliche wöchentliche Arbeitszeit von 41.7 Stunden und indexiert mit 1% Nominallohnentwicklung für das Jahr 2011 und 1% für

das Jahr 2012 ergibt sich ein Jahreseinkommen von Fr. 62'543.90 ($4'901 \times 12 / 40 \times 41.7 + 1\% = 61'924.62 + 1\% = 62'543.87$).

E. 14.4

Die SUVA ging bei ihrer Berechnung von einer verbleibenden Arbeitsfähigkeit von 50% aus. Wie unter Erwägung 10 hiervoor erörtert, war der Beschwerdeführer aufgrund der zusätzlichen, neben den Unfallfolgen bestehenden krankheitsbedingten Einschränkungen ab 9. August 2012 nur noch zu 30% arbeitsfähig. Aufgrund der verspäteten Anmeldung entstand vorliegend der Rentenanspruch am 1. Dezember 2012. Zu diesem Zeitpunkt war der Beschwerdeführer bereits während mehr als einem Jahr zu 50% und seit mehr als drei Monaten zu 30% arbeitsunfähig (vgl. E. 10 hiervoor). Die Arbeitsfähigkeit änderte sich somit bereits vor dem Rentenanspruch, womit beim Invalideneinkommen ein 30%-Pensum zu berücksichtigen ist. Das errechnete invalide Jahreseinkommen ist auf ein 30%-Pensum umzurechnen (Fr. 18'763.16). Ein leidensbedingter Abzug von 10% ist vorliegend angemessen. Im Ergebnis resultiert ein Invalideneinkommen von rund Fr. 16'887.-.

E. 15

Die Gegenüberstellung der Vergleichseinkommen ergibt einen Invaliditätsgrad von 84% ($103'758 - 16'887 \times 100 / 103'758$), womit der Beschwerdeführer Anspruch auf eine ganze Invalidenrente hat (Art. 28 Abs. 2 IVG). Die Beschwerde ist im Ergebnis gutzuheissen und die angefochtene Verfügung aufzuheben. Die Vorinstanz ist anzuweisen, die Rentenbetreffnisse im Sinne vorstehender Erwägungen neu zu berechnen und rückwirkend ab 1. Dezember 2012 auszurichten.

E. 16.1

Zu befinden bleibt noch über die Verfahrenskosten und eine allfällige Parteientschädigung.

E. 16.2

Weder dem obsiegenden Beschwerdeführer noch der Vorinstanz als Bundesbehörde sind Verfahrenskosten aufzuerlegen (Art. 63 Abs. 1 und 2 VwVG). Der geleistete Kostenvorschuss von Fr. 400.- (BVGer-act. 4) ist dem Beschwerdeführer zurückzuerstatten.

E. 16.3

Grundsätzlich kann die Beschwerdeinstanz der ganz oder teilweise obsiegenden Partei von Amtes wegen oder auf Begehren eine Entschädigung für ihr erwachsene notwendige und verhältnismässig hohe Kosten zusprechen (Art. 64 Abs. 1 VwVG). Kein Anspruch auf Parteientschädigung bei nichtanwaltlicher Vertretung besteht jedoch, wenn zwischen der beschwerdeführenden Partei und dem Vertreter - wie vorliegend dem bei der Arbeitgeberin tätigen Sozialberater Alfred Kurt - ein Arbeitsverhältnis besteht (Art. 9 Abs. 2 VGKE). Folglich wird keine Parteientschädigung zugesprochen. Es folgt das Urteilsdispositiv.

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