

SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2011/82 vom 5. Februar 2013

Sg Versicherungsgericht, 2013-02-05, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg_publicationen_IV_2011_82

FR: SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2011/82 du 5 février 2013

IT: SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2011/82 del 5 febbraio 2013

Regeste

Art. 28 Abs. 2 IVG, Art. 16 ATSG Arbeitsfähigkeitsschätzung. Orthopädisches Gutachten beweiskräftig. Die später in Auftrag gegebenen Gutachten belegen keine Veränderung des Gesundheitszustandes und stellen damit lediglich andere Einschätzungen desselben Gesundheitszustandes dar. Die Berechnung des Invaliditätsgrads unter Berücksichtigung eines Tabellenlohnabzugs von 10 % führt zu einer halben Rente der Invalidenversicherung (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St.Gallen vom 5. Februar 2013, IV 2011/82).

Erwägungen

E. 1

1.1 Am 1. Januar 2012 sind die im Zug des ersten Teils der 6. Revision revidierten Bestimmungen des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG; SR 831.20), der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV; SR 831.201) und des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) in Kraft getreten. In materiell-rechtlicher Hinsicht gilt der übergangsrechtliche Grundsatz, dass der Beurteilung jene Rechtsnormen zugrunde zu legen sind, die bei Erlass des angefochtenen Entscheids beziehungsweise im Zeitpunkt gegolten haben, als sich der zu den materiellen Rechtsfolgen führende Sachverhalt verwirklichte (vgl. BGE 127 V 467 E. 1, 126 V 136 E. 4b, je mit Hinweisen). Die Beschwerdegegnerin hat die angefochtene Verfügung am 26. Januar 2011 (IV-act. 190-1 ff.) und somit vor Inkrafttreten der IV-Revision 6a erlassen. Gemäss übergangsrechtlichem Grundsatz werden nachfolgend die zum Zeitpunkt des Verfügungserlasses anwendbaren Bestimmungen wiedergegeben. Bezüglich des allfälligen Rentenbeginns sind angesichts der Anmeldung zum Leistungsbezug im März/Mai 2005 (IV-act. 1-1 ff.) und des Eintritts der Arbeitsunfähigkeit im Juni 2004 (IV-act. 16-2, 149-22) die vor Inkrafttreten der 5. IV-Revision bis zum 31. Dezember 2007 gültig gewesenen Bestimmungen anzuwenden.

1.2 Als Invalidität gilt gemäss Art. 8 Abs. 1 ATSG die voraussichtlich bleibende oder länger dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit. Nach Art. 28 Abs. 2 IVG hat die versicherte Person Anspruch auf eine ganze Rente, wenn sie mindestens zu 70 %, auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens zu 60 %, auf eine halbe Rente, wenn sie mindestens zu 50 %, und auf eine Viertelsrente, wenn sie mindestens zu 40 % invalid ist.

1.3 Grundlage der Bemessung des zumutbaren Invalideneinkommens ist die Arbeitsfähigkeitsschätzung. Um das Ausmass der Arbeitsunfähigkeit beurteilen und somit den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung und im Beschwerdefall das Gericht auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und

bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist (BGE 125 V 261 E. 4). Das Gericht hat den Sachverhalt von Amtes wegen festzustellen und demnach zu prüfen, ob die vorliegenden Beweismittel eine zuverlässige Beurteilung des strittigen Leistungsanspruchs gestatten. 1.4 Dem Umstand, dass ein nach altem Standard in Auftrag gegebenes Gutachten eine massgebende Entscheidungsgrundlage bildet, ist unter Umständen bei der Beweiswürdigung Rechnung zu tragen (Urteile 9C_942/2011 vom 6. Juli 2012 E. 5.2 und 9C_776/2010 vom 20. Dezember 2011 E. 3.3). In dieser speziellen Übergangssituation lässt sich die beweisrechtliche Situation der versicherten Person mit derjenigen bei versicherungsinternen medizinischen Entscheidungsgrundlagen vergleichen (dazu BGE 135 V 465 E. 4 S. 467). In solchen Fällen genügen schon relativ geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der ärztlichen Feststellungen, dass nicht auf das Gutachten abgestellt werden kann (vgl. BGE 9C_148/2012 E. 1.4).

E. 2

Dass die bisherige Tätigkeit für den Beschwerdeführer nicht mehr in Frage kommt, ist nicht strittig. Hingegen bestehen erhebliche Differenzen in Bezug auf die Beurteilung der Zumutbarkeit einer angepassten Tätigkeit. Während sich die Beschwerdegegnerin gestützt auf das Gutachten der ABI GmbH auf den Standpunkt stellt, eine adaptierte Arbeit könne vom Beschwerdeführer zu 80 % ausgeführt werden, vertritt sein Rechtsvertreter die Auffassung, dies sei höchstens zu 30 % möglich. In diesem Zusammenhang wird vom Rechtsvertreter des Beschwerdeführers vorgebracht, das Gutachten der ABI GmbH vermöge nicht zu überzeugen, da es zu sämtlichen Beurteilungen der behandelnden wie auch der begutachtenden Spezialisten in einem unerklärten Widerspruch stehe. Aus diesem Grund erweise sich das Gutachten der ABI GmbH als beweisuntauglich, zumal die bestehenden Widersprüche in keiner Weise begründet, geschweige denn aufgelöst würden.

E. 3

3.1 Der Orthopäde Dr. D.____ hat nach einer Untersuchung und Befragung des Beschwerdeführers am 5. April 2006 und den am selben Tag vorgenommenen Röntgenuntersuchungen sowie einer lumbovertebrospinalen Kernspintomographie am 18. April 2006 das Gutachten vom 4. Mai 2006 (IV-act. 65-1 ff.) verfasst. Der Gutachter nannte als Diagnosen einen Status nach Diskushernienoperation L5/S1 rechts vom Juni 2002 und mikrochirurgischer Diskektomie L5/S1 beidseits sowie Stabilisation L5/S1 und Ray vom August 2004 mit linkslateralem Diskushernienrezidiv L5/S1 recessal und möglicher Irritation der Nervenwurzel L5 links recessal sowie eine Präadipositas. Der Gutachter erachtete die vom Beschwerdeführer geltend gemachten lumbalen Schmerzen auf Grund der pathologischen Befunde und insbesondere der MRI Darstellung der Lendenwirbelsäule als nachvollziehbar (IV-act. 65-5). Der Beschwerdeführer sei aufgrund der Beschwerden in seiner körperlichen Leistungsfähigkeit eingeschränkt, wobei insbesondere das im MRI nachgewiesene links-laterale Diskushernienrezidiv L5/S1 eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit bewirke. Im Gutachten wurde dem Beschwerdeführer in körperlich leichten Tätigkeiten bei voller Stundenpräsenz eine ca. 65 %ige Arbeitsfähigkeit attestiert (IV-act. 65-7). 3.2 Aus dem rund ein Jahr nach dem Gutachten D.____ verfassten BEFAS-Schlussbericht vom 23. April 2007 geht hervor, dass dem Beschwerdeführer eine sechsstündige Tagespräsenz mit einer 65 %igen Tagesleistung bei geeigneten Tätigkeiten mit der Möglichkeit zu gelegentlichen zusätzlichen kurzen Entlastungspausen/ Positionswechseln während des BEFAS-Aufenthalts möglich war und auch weiterhin zugemutet werden könne (IV-act. 103-8). Der BEFAS-Schlussbericht wurde auch von

einem Mediziner, dem Rheumatologen Dr. F.____, mitunterzeichnet (IV-act. 103-10). 3.3 Insgesamt leuchtet das Gutachten von Dr. D.____ in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation ein. Vor diesem Hintergrund und mit Blick auf die Ausführungen zur Arbeitsfähigkeit im BEFAS-Schlussbericht vermögen die darin enthaltenen Schlussfolgerungen, insbesondere die attestierte 65%ige Arbeitsfähigkeit, zu überzeugen. Dies zumal auch RAD-Arzt Dr. J.____ am 27. Juli 2006 ausführte, das Gutachten sei in sich konsistent und plausibel nachvollziehbar, so dass es aus versicherungsmedizinischer Sicht keinen Anlass gebe, eine andere Beurteilung der Arbeitsfähigkeit abzugeben (IV-act. 68). Auch die Frage nach den zumutbaren Tätigkeiten wurde im Gutachten vom 4. Mai 2006 hinreichend beantwortet, wird doch ausgeführt, dass der Beschwerdeführer körperlich leichte Tätigkeiten, die abwechslungsweise stehend und sitzend in temperierten Räumen durchgeführt werden könnten, ohne dass dabei regelmässig Gegenstände über 10 kg gehoben oder getragen und häufig unphysiologische, insbesondere gebeugte Körperhaltungen eingenommen werden müssten, auszuführen vermöge (IV-act. 65-7). Diese Einschätzung der noch möglichen Arbeitsfähigkeit hat sich im Rahmen der Leistungsabklärung durch die BEFAS bestätigt, wobei dort die Tagesleistung von 65 % bei 6-stündiger Tagespräsenz erreicht werden konnte (vgl. IV-act. 115-8). Auszugehen war somit gemäss Gutachten von Dr. D.____ und BEFAS-Schlussbericht von einer Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers von 65 % in einer adaptierten körperlich leichten Tätigkeit.

E. 4

Nach dem BEFAS-Aufenthalt scheiterten sämtliche Bemühungen, den Beschwerdeführer beruflich einzugliedern. Statt einer im BEFAS-Bericht noch als bei günstigem Verlauf möglichen Steigerung der Tagesleistungsfähigkeit, war es dem Beschwerdeführer weder bei der Projektwerkstatt noch beim Einsatzprogramm Sohomet möglich, eine konstante Leistung von 50 % zu erbringen. Es stellte sich somit die Frage, ob nach Erlass des Gutachtens von Dr. D.____ eine Verschlechterung des relevanten Gesundheitszustandes eingetreten war. Der RAD empfahl daher, insbesondere auch zur Klärung einer allfällig neu aufgetretenen psychischen Beeinträchtigung, eine polydisziplinäre Begutachtung (vgl. IV-act. 133). Noch bevor dieses Gutachten beim ABI in Auftrag gegeben wurde, beauftragte der Vertreter des Beschwerdeführers Dr. H.____ mit der Erstellung eines Privatgutachtens. 4.1 Dr. H.____ des Wirbelsäulenzentrums Z.____ nannte im Privatgutachten vom 28. November 2007 (IV-act. 139-1 ff.) die Diagnosen einer chronischen Lumboischialgie links bei einem Status nach Diskushernienoperation L5/S1 rechts vom Mai 2002, einem Status nach Mikrodiskektomie L5/S1 beidseits und interkorporeller Stabilisation mit Spreizdübelcages nach Ray, einer Spondylarthrose L3/4, L4/5 sowie L5/S1, einem radiologisch-pathologischen Bewegungsablauf L3/4 sowie einem Verdacht auf Mikroinstabilität L5/S1 (IV-act. 139-6) und attestierte für eine adaptierte Tätigkeit (Wechselbelastung zwischen Sitzen, Stehen und Gehen, ohne Arbeiten in Zwangsposition, unter Vermeidung von vorgeneigten Tätigkeiten und Rotationsbewegungen im Rumpf, ohne Heben und Tragen von Gewichten über 7 kg sowie mit Pausen in Form von Sichhinlegen bei Bedarf zu Beginn) eine 70 %ige Arbeitsunfähigkeit (IV-act. 139-6, 139-8). Der Privatgutachter hielt unter anderem zur Frage nach der Zumutbarkeit einer leidensadaptierten Arbeit bzw. der Arbeitsfähigkeitsschätzung fest, dass eine angepasste Tätigkeit aufgrund der inzwischen recht starken Verunsicherung und Dekonditionierung mit maximal 4 Stunden pro Tag und reduziertem Leistungsanspruch begonnen werden solle. Diese Vorgaben bedeuteten, dass

höchstens ein geschützter Einsatz möglich sei, damit der Beschwerdeführer wieder Selbstvertrauen und Sicherheit aufbauen könne (IV-act. 139-6). Zum Gutachten von Dr. D.____ hielt Dr. H.____ fest, die von diesem am 5. April 2006 erhobenen Feststellungen seien zu jenem Zeitpunkt vermutlich korrekt gewesen. Seines Erachtens handle es sich jedoch bei dem im Kernspintomogramm vom 18. April 2006 dargestellten 5 mm grossen linkslateralen Diskushernienrezidiv L5/S1 am Eingang zum Recessus lateralis um nach der Operation im August 2004 übriggebliebene Reste des Faserrings, welche keine Einengung neuraler Strukturen verursachten, wie das Kernspintomogramm vom 7. Januar 2005 zeige (IV-act. 139-7). Aus dem Privatgutachten von Dr. H.____ ergibt sich nicht, auf welche objektiven Befunden die von ihm geltend gemachte Verschlechterung beruht. Eine Auseinandersetzung mit dem Schlussbericht der BEFAS-Abklärung fehlt vollständig und vom Einsatz des Beschwerdeführers in der Projektwerkstatt hatte Dr. H.____ offenbar keine Kenntnisse. Wertungen wie "recht starke Verunsicherung" sowie mangelndes Selbstvertrauen bzw. mangelnde Sicherheit haben offensichtlich die Arbeitsfähigkeitsschätzung des Privatgutachters beeinflusst, womit diese nicht mehr ausschliesslich auf medizinisch-theoretischer Grundlage beruht, zumal diese Einschätzung von einem orthopädischen Sachverständigen und keinem Psychiater getätigt wurde. Auch die geltend gemachte Dekonditionierung bewirkt keine dauerhafte Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Dem Beschwerdeführer wäre es aufgrund seiner Selbsteingliederungs- und Schadenminderungspflicht ohne Weiteres zumutbar, durch ein adäquates Training die Folgen seiner Dekonditionierung zu überwinden. Im Privatgutachten fehlt es schliesslich an einer schlüssigen Begründung des Attests einer Arbeitsunfähigkeit von 70 %, was mit Blick auf die vom Privatgutachter gestellten Diagnosen, welche nahezu gänzlich mit denjenigen von Dr. D.____ übereinstimmen, nicht zu genügen vermag. Die vom Privatgutachter neu genannte Diagnose des Verdachts auf eine Mikroinstabilität L5/S1 ändert nichts daran, dass die Einschätzung der Arbeitsunfähigkeit von Dr. H.____ zur Hauptsache eine andere Beurteilung des gleichen medizinischen Sachverhalts wie im Gutachten von Dr. D.____ darstellt. Ebenfalls beinhaltet die vom Privatgutachter formulierte adaptierte Tätigkeit überwiegend dieselben Einschränkungen wie diejenige von Dr. D.____. Ein materieller Unterschied ist, ausser einer leicht tieferen Gewichtshebe- bzw. Gewichtstragelimiten (7 anstatt 10 kg), nicht erkennbar. Weshalb letztlich eine 70 %ige Arbeitsunfähigkeit resultieren sollte, ist nicht nachvollziehbar. 4.2 Dem Gutachten des ABI vom 29. Juli 2008 lässt sich entnehmen, dass es sich unter anderem auf Untersuchungen in internistischer, psychiatrischer und orthopädischer Hinsicht stützt. Die Gesamtbeurteilung der Arbeitsfähigkeit erfolgte im Rahmen einer multidisziplinären Konsens-Besprechung (mit Dr. med. K.____, Fachärztin Pharmazeutische und Allgemeine Innere Medizin, Dr. med. L.____, Facharzt FMH Psychiatrie & Psychotherapie, und Dr. med. M.____, Facharzt FMH Orthopädische Chirurgie). Zusammenfassend wurde ausgeführt, dass beim Beschwerdeführer eine 100 %ige Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit bestehe. In einer körperlich leichten und adaptierten Tätigkeit bestehe eine ganztägige Arbeitsfähigkeit mit einer Leistungseinbusse von 20 %, entsprechend einer 80 %igen Arbeits- und Leistungsfähigkeit (IV-act. 149-23). 4.2.1 Aus psychiatrischer Sicht wurde keine Diagnose mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit genannt. Ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit wurde eine Schmerzverarbeitungsstörung (ICD-10 F54) diagnostiziert. Gutachter Dr. L.____ führte diesbezüglich aus, dass eine psychiatrische Diagnose nach ICD-10 mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit nicht gestellt werden könne. Es bestünden keine Hinweise auf eine manifeste depressive Erkrankung. Es lägen auch keine Hinweise

auf unbewusste Konflikte vor, ein primärer Krankheitsgewinn sei nicht gegeben. Schwere psychosoziale Belastungsfaktoren bestünden nicht. Daher könne es dem Exploranden aus psychiatrischer Sicht trotz der geklagten Beschwerden zugemutet werden, ganztags einer seinen körperlichen Einschränkungen angepassten Tätigkeit nachzugehen (IV-act. 149-14).

4.2.2 Aus orthopädischer Sicht wurden als Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit eine chronische Lumboischialgie links bei einem Status nach Fenestration, Sequestrektomie und Nukleotomie L5/S1 rechts am 31. Mai 2002 (ICD-10 Z98.8), einem Status nach mikrochirurgischer Diskektomie L5/S1 beidseits und einer Stabilisation L5/S1 nach Ray am 19. August 2004 (ICD-10 Z98.8), ein Diskushernienrezidiv (DD: Reste des Anulus fibrosus) L5/S1 links rezessal mit möglicher Irritation der Wurzel L5 links; eine mässige Spondylarthrose L3/S1 (MRI am 18. April 2006, ICD-10 M47.86/ M47.87) sowie ein sensibler Ausfall im Unterschenkel- und Fussbereich links entsprechend dem Dermatome L5; keine motorischen Ausfälle, genannt (IV-act. 149-21). Zur Arbeitsfähigkeit aus orthopädischer Sicht führte der Gutachter folgendes aus: Für körperlich leichte, wechselbelastende Tätigkeiten bestehe aus rein orthopädischer Sicht eine Arbeitsfähigkeit von 80 % bei ganztägigem Pensum mit um 20 % reduzierter Leistung aufgrund eines erhöhten Pausenbedarfs. Der Explorand müsse während etwa 10 Minuten stündlich die Möglichkeit dazu haben, ein Lockerungs- und Entspannungsprogramm für die Muskulatur von Stamm und Extremitäten durchzuführen. Das Bücken sowie Heben und Tragen von Lasten über 10 kg sollten dabei vermieden werden (IV-act. 149-19).

4.2.3 Es ist festzustellen, dass der orthopädische Gutachter auf den Bezug der aktuellsten Röntgenbilder des Wirbelsäulenzentrums Z. ___ vom 28. November 2007 sowie auch auf das Erstellen eigener Röntgenbilder verzichtet hat. Seine Diagnosen beruhen in bildgebender Hinsicht ausschliesslich sowohl auf dem nur als schriftlichen Befund vorliegenden MRI der LWS vom 18. April 2006 als auch auf dem Röntgenbild der LWS ap/lateral vom 5. April 2006 (IV-act. 149-18). Sodann erscheinen die Ausführungen teilweise widersprüchlich bzw. unklar. So führte der orthopädische Gutachter folgendes aus: Wie bereits von Dr. H. ___ in seinem Gutachterbericht vom 28. November 2007 festgehalten, sei von einer erneuten operativen Intervention, welche vom Exploranden ohnedies abgelehnt werde, kaum eine Verbesserung zu erwarten. Dies, da es sich auf der Höhe L5/S1 nicht um ein Hernienrezidiv, sondern einen Rest des Faserrings ohne neurokompressive Wirkung handeln könnte (IV-act. 149-20). Dennoch wurde im Gutachten als Diagnose mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit ein Diskushernienrezidiv L5/S1 links (rezessal mit möglicher Irritation der Wurzel L5 links, mässige Spondylarthrose L3-S1) aufgeführt (IV-act. 149-18, 149-21). Das Gutachten selber löst diesen Widerspruch nicht auf, sondern hält lediglich fest, ob ein Diskushernienrezidiv vorliege oder postoperativ verbliebene Reste des Faserrings könne in Unkenntnis der Bilder nicht sicher beurteilt werden. Nicht geklärt seien allerdings gewisse Inkonsistenzen in der Untersuchung, weshalb von einer Ausweitung der Schmerzproblematik ausgegangen werden könne (IV-act. 149-19). Im ABI-Gutachten fehlt damit eine schlüssige Begründung, weshalb nun neu eine Arbeitsfähigkeit von 80 % vorliegen soll. Tatsächlich wurde diese im Vergleich mit dem Gutachten D. ___ höhere Arbeitsfähigkeitsschätzung einzig mit "gewissen Inkonsistenz in der Untersuchung" begründet, was nicht zu überzeugen vermag. Zwar trifft es zu, dass beim Beschwerdeführer bei der Untersuchung gewisse Inkonsistenzen vorlagen (z.B. beim Lasèguetest), allerdings war der Lasèguetest bei Dr. D. ___ unauffällig (vgl. IV-act. 65-4), weshalb auch diesbezüglich nicht von einer Verbesserung des Gesundheitszustandes auszugehen ist. Als sehr konstant zeigte sich demgegenüber ein sensibler Ausfall

im Unterschenkel- und Fussbereich links entsprechend dem Dermatom L5 (vgl. IV-act. 149-18; IV-act. 65-4; IV-act. 103-11; IV-act. 139-4). Schliesslich beinhaltet die von den ABI-Gutachtern formulierte adaptierte Tätigkeit dieselben Einschränkungen wie diejenige von Dr. D.____. Ein materieller Unterschied ist nicht erkennbar. Die vom ABI in psychiatrischer Hinsicht diagnostizierte Schmerzverarbeitungsstörung hat sodann keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit (IV-act. 149-21). Weshalb nun neu eine 80 %ige Arbeitsfähigkeit resultieren sollte, ist nicht hinreichend nachvollziehbar.

E. 5

Zusammenfassend ist festzustellen, dass nach Erlass des Gutachtens von Dr. D.____ vom 4. Mai 2006 mit Ausnahme der psychiatrisch diagnostizierten Schmerzverarbeitungsstörung keine relevante Änderung des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers eingetreten ist. Zwar nimmt Dr. H.____ an, es liege kein Diskushernienrezidiv vor, sondern Reste des Faserrings, gleichzeitig weist er jedoch in seiner Stellungnahme vom 24. November 2008 darauf hin, dass dies für die Frage der Einschätzung der funktionellen Leistungsfähigkeit von keiner Bedeutung sei (IV-act. 154-2). Sowohl das orthopädische Privatgutachten von Dr. H.____ als auch das orthopädische Gutachten des ABI stellen damit lediglich andere Beurteilungen des gleichen Gesundheitszustandes dar, ohne dass sie zu überzeugen vermögen. Demgegenüber hatte sich gerade auch in der BEFAS-Abklärung gezeigt, dass die von Dr. D.____ geschätzte Arbeitsfähigkeit von 65 % zutreffend und plausibel ist. Auf diese Beurteilung ist daher abzustellen.

E. 6

6.1 Auf der Basis des gutachterlich attestierten Arbeitsfähigkeitsgrades für eine leidensadaptierte Tätigkeit ist im Folgenden der Invaliditätsgrad zu bemessen. Rechtssprechungsgemäss ist bei der Ermittlung des Valideneinkommens entscheidend, was die versicherte Person im massgebenden Zeitpunkt nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als Gesunde tatsächlich verdienen würde. Da nach empirischer Feststellung in der Regel die bisherige Tätigkeit im Gesundheitsfall weitergeführt worden wäre, ist Anknüpfungspunkt für die Bestimmung des Valideneinkommens grundsätzlich der letzte vor Eintritt der Gesundheitsschädigung erzielte, nötigenfalls der Teuerung und der realen Einkommensentwicklung angepasste Verdienst (vgl. Bundesgerichtsentscheid i/S. K. vom 23. März 2009, 8C_515/2008). Es rechtfertigt sich daher, von den Einkommensverhältnissen im letzten Jahr vor Eintritt der zu einer gänzlichen gesundheitlichen Arbeitsunfähigkeit führenden gesundheitlichen Beeinträchtigung, nämlich 2003, auszugehen. Der Beschwerdeführer erzielte im Jahr 2003 ein Einkommen von Fr. 73'978.-- (IV-act. 8-2, 9-2). Gemäss Auskunft der Arbeitgeberin setzte sich dieser Lohn aus einem Fixlohn (Fr. 5'220.-- bzw. Fr. 5'200.--), dem 13. Monatslohn und Schichtzulagen zusammen (vgl. IV-act. 90 und 3-2). Dass das AHV-pflichtige Einkommen im Jahr 2002 tiefer war als 2001, lässt sich angesichts der damals durchgeführten Rückenoperation ohne weiteres plausibilisieren. Für das Valideneinkommen ist somit vom im IK-Auszug ausgewiesenen Lohn für das Jahr 2003 auszugehen.

6.2 Nach Eintritt der gesundheitlichen Beeinträchtigung stehen dem Beschwerdeführer gemäss dem Begutachtungsergebnis noch verschiedene Hilfstätigkeiten offen. Für die Bestimmung des Invalideneinkommens ist primär von der beruflich-erwerblichen Situation auszugehen, in welcher die versicherte Person konkret steht. Hat sie nach Eintritt des Gesundheitsschadens keine oder jedenfalls keine ihr an sich zumutbare neue Erwerbstätigkeit aufgenommen (vgl. IV-act. 146-21), so können nach der Rechtsprechung statistische Werte (Tabellenlöhne)

beigezogen werden (BGE 129 V 472 E. 4.2.1, Bundesgerichtsentscheid i/S C. vom 19. Juni 2008, 9C_81/2008). Im Jahr 2003 machte der statistische Durchschnittslohn für einfache und repetitive Tätigkeiten von Männern Fr. 57'745.-- aus (vgl. Anhang 2 der Textausgabe Invalidenversicherung, Gesetze und Verordnungen mit Querverweisen und Sachregister, Ausgabe 2010, S. 210, basierend auf der Schweizerischen Lohnstrukturerhebung LSE des Bundesamtes für Statistik).

6.3 Bestehen im Einzelfall Anhaltspunkte dafür, dass die versicherte Person ihre gesundheitlich bedingte (Rest-) Arbeitsfähigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt nur mit unterdurchschnittlichem erwerblichem Erfolg verwerten kann, ist ein Abzug von den Tabellenlöhnen zu machen. Mit dem behinderungsbedingten Abzug wird in der Praxis dem Umstand Rechnung getragen, dass versicherte Personen, die in ihrer letzten Tätigkeit körperliche Schwerarbeit verrichteten, nach Eintritt des Gesundheitsschadens auch für leichtere Arbeiten nur beschränkt einsatzfähig sind, dass sie - unabhängig von der früher ausgeübten Tätigkeit - als gesundheitlich Beeinträchtigte im Rahmen leichter Hilfsarbeitertätigkeiten nicht mehr voll leistungsfähig sind oder dass weitere persönliche und berufliche Merkmale wie Alter, Dauer der Betriebszugehörigkeit, Nationalität oder Aufenthaltskategorie sowie Beschäftigungsgrad Auswirkungen auf die Höhe des Lohnes haben können. Bei der Bestimmung der Höhe des Abzugs ist der Einfluss aller in Betracht fallenden Merkmale auf das Invalideneinkommen unter Würdigung der Umstände im Einzelfall gesamthaft zu schätzen und insgesamt auf höchstens 25 % des Tabellenlohnes zu begrenzen. (vgl. zum Ganzen: BGE 134 V 322 E. 5.2 und BGE 126 V 75). - Die medizinisch bedingten Einschränkungen des Beschwerdeführers sind bei der Festsetzung der (ganztäglich zu verwertenden) Arbeitsfähigkeit bereits berücksichtigt worden. Migrationshintergrund und Ausbildungsstand bieten ebenfalls nicht Grund für einen Abzug, weil sie sich auf das Validen- wie auf das Invalideneinkommen gleichermaßen auswirken. Vorliegend ist allerdings zu beachten, dass der Beschwerdeführer als Hilfsarbeiter nur noch für körperlich leichte, wechselbelastende Tätigkeiten arbeitsfähig ist. Es ist deshalb damit zu rechnen, dass der Beschwerdeführer in Konkurrenz mit gesunden Mitbewerbern um eine entsprechende Stelle auf dem Arbeitsmarkt ein geringeres Einkommen erzielen wird. Tabellenlöhne werden bei gesunden Arbeitnehmern erhoben. In Würdigung der hier konkreten Umstände erscheint ein Tabellenlohnabzug von 10 % angemessen. - Das Durchschnittseinkommen ist somit auf Fr. 51'970.50 herabzusetzen. Bei einer Arbeitsfähigkeit von 65 % ergibt sich ein zumutbares Invalideneinkommen von Fr. 33'780.85.

6.4 Bei einem Valideneinkommen von Fr. 73'978.-- und einem zumutbaren Invalideneinkommen von Fr. 33'780.85 beträgt der Invaliditätsgrad 54 %. Damit hat der Beschwerdeführer Anspruch auf eine halbe Rente der Invalidenversicherung.

6.5 Der Eintritt des Versicherungsfalles setzt (in der Regel) kumulativ eine Wartezeit und danach einen rentenbegründenden Invaliditätsgrad voraus. Der Rentenanspruch entsteht - gemäss aArt. 29 Abs. 1 lit. b IVG (in der bis zum 31. Dezember 2007 gültig gewesenen Fassung) - frühestens in dem Zeitpunkt (abgesehen von der hier nicht relevanten lit. a), in dem die versicherte Person während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens zu 40 % arbeitsunfähig gewesen war. Ein wesentlicher Unterbruch der Arbeitsfähigkeit liegt vor, wenn die versicherte Person an mindestens 30 aufeinanderfolgenden Tagen voll arbeitsfähig war (Art. 29 ter IVV; Entscheidung des Eidgenössischen Versicherungsgerichts i/S K. vom 26. März 2004, I 19/04). Nach dem Ablauf dieses Wartejahres muss ein Invaliditätsgrad in der für die betreffende Rentenabstufung erforderlichen Mindesthöhe erreicht werden. Aktenkundig ist, dass der Beschwerdeführer in seiner angestammten Tätigkeit als Abkanter seit Juni 2004 zu 100 %

arbeitsunfähig ist (IV-act. 16-2, 149-22). Der Rentenanspruch des Beschwerdeführers entstand damit nach Ablauf des Wartejahres gemäss dem oben Ausgeführten per 1. Juni 2005.

E. 7

7.1 Im Sinn der vorstehenden Erwägungen ist die Beschwerde unter Aufhebung der angefochtenen Verfügung vom 26. Januar 2011 teilweise gutzuheissen. Dem Beschwerdeführer ist mit Wirkung ab 1. Juni 2005 eine halbe Rente zuzusprechen. 7.2 Sind dem Beschwerdeführer Leistungen zuzusprechen, ist diesbezüglich von einem Obsiegen auszugehen. Angesichts des Unterliegens der Beschwerdegegnerin sind ihr die Gerichtskosten, die nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert festgelegt werden (Art. 69 Abs. 1 bis IVG), gesamthaft aufzuerlegen (vgl. Art. 95 Abs. 1 VRP/SG). Eine Entscheidegebühr von Fr. 600.-- erscheint angemessen. Der vom Beschwerdeführer geleistete Kostenvorschuss von Fr. 600.-- ist ihm zurückzuerstatten. 7.3 Der Beschwerdeführer hat bei Obsiegen Anspruch auf eine Parteientschädigung, die vom Gericht ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache und nach der Schwierigkeit des Prozesses bemessen wird (Art. 61 lit. g ATSG; vgl. auch Art. 98 ff. VRP). Der Bedeutung der Streitsache und dem Aufwand angemessen erscheint eine Parteientschädigung von Fr. 3'500.-- (einschliesslich Barauslagen und Mehrwertsteuer). Demgemäss hat das Versicherungsgericht entschieden: 1. In teilweiser Guttheissung der Beschwerde wird die Verfügung vom 26. Januar 2011 aufgehoben und dem Beschwerdeführer mit Wirkung ab 1. Juni 2005 eine halbe Rente zugesprochen. 2. Die Beschwerdegegnerin hat die Gerichtskosten von Fr. 600.-- zu bezahlen. Der geleistete Kostenvorschuss von Fr. 600.-- wird dem Beschwerdeführer zurückerstattet. 3. Die Beschwerdegegnerin hat dem Beschwerdeführer eine Parteientschädigung von Fr. 3'500.-- (inkl. Barauslagen und Mehrwertsteuer) zu bezahlen.

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