

# **SG\_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2014/205 vom 27. September 2016**

Sg Versicherungsgericht, 2016-09-27, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg\\_publicationen\\_IV\\_2014\\_205](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg_publicationen_IV_2014_205)

FR: SG\_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2014/205 du 27 septembre 2016

IT: SG\_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2014/205 del 27 settembre 2016

## **Regeste**

Art. 16 ATSG. Würdigung von medizinischen Akten, insbesondere von zwei einander in Bezug auf die Arbeitsfähigkeit widersprechenden Gutachten von IV und Suva. Prüfung von Indikatoren gemäss BGE 141 V 281. Der übereinstimmend diagnostizierten chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren kommt keine invalidisierende Wirkung zu. Einkommensvergleich bei unterdurchschnittlichem Valideneinkommen, Parallelisierung. (Entscheidung des Versicherungsgerichts des Kantons St Gallen vom 27. September 2016, IV 2014/205).

## **Erwägungen**

### **E. 1**

Zwischen den Parteien umstritten und nachfolgend zu prüfen ist der Rentenanspruch des Beschwerdeführers. 1.1 Unter Invalidität wird die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit verstanden (Art. 8 ATSG). Erwerbsunfähigkeit ist dabei der durch eine Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Ausgangspunkt für die Bemessung der Invalidität bildet die Frage, ob und in welchem Ausmass es einer versicherten Person zumutbar ist, trotz ihres Gesundheitsschadens ein Erwerbseinkommen zu erzielen. In Art. 7 Abs. 2 ATSG, der mit der 5. IVG-Revision am 1. Januar 2008 in Kraft getreten ist, wird festgelegt, dass eine Erwerbsunfähigkeit nur vorliegt, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist. Damit wurde gesetzlich verankert, dass die Zumutbarkeit nicht nach dem subjektiven Empfinden der versicherten Person, sondern nach objektiven Gesichtspunkten zu beurteilen ist. Art. 7 Abs. 2 ATSG schreibt somit auf Gesetzesstufe das Erfordernis der Objektivierbarkeit fest, was nach der bundesgerichtlichen Rechtsprechung (BGE 135 V 215 E. 7.3) seit jeher gilt (THOMAS GÄCHTER/EVA SIKI, Sparen um jeden Preis?, Kritische Würdigung der geplanten Schlussbestimmung zur 6. IV-Revision, in: Jusletter vom 29. November 2010, S. 3). 1.2 Der Grad der für einen allfälligen Rentenanspruch massgebenden Invalidität wird gemäss Art. 16 ATSG durch einen Einkommensvergleich ermittelt, bei dem das Einkommen, das die versicherte Person nach dem Eintritt der Invalidität und nach der Durchführung der notwendigen und zumutbaren Eingliederungsmassnahmen bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (zumutbares Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt wird zum Einkommen, das die versicherte Person erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Valideneinkommen). Nach Art. 28 Abs. 2 IVG besteht Anspruch auf eine ganze Invalidenrente, wenn die versicherte Person mindestens zu 70%, auf eine Dreiviertelsrente,

wenn sie wenigstens zu 60% invalid ist. Liegt ein Invaliditätsgrad von mindestens 50% vor, so besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem IV-Grad von mindestens 40% auf eine Viertelsrente. 1.3 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. Hinsichtlich des Beweiswerts eines Arztberichts ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der medizinischen Fachperson begründet sind (BGE 125 V 352 E. 3a).

## **E. 2**

2.1 Zunächst ist zu prüfen, ob der medizinische Sachverhalt rechtsgenügend abgeklärt worden ist. 2.2 Uneinig sind sich die Parteien insbesondere über die Folgen der psychischen Einschränkung des Beschwerdeführers auf seine Arbeitsfähigkeit. 2.2.1 Der Beschwerdeführer hat sich nach Lage der Akten nie psychiatrisch oder psychologisch behandeln lassen. Im Rahmen der einzigen mehrwöchigen (somatisch ausgerichteten) stationären Behandlung Ende 2005/Anfang 2006 wurden seitens der Rehaklinik Bellikon keine psychischen Auffälligkeiten beschrieben. Erwähnt wurde lediglich, der Beschwerdeführer sei bei Eintritt psychisch etwas angeschlagen gewesen "(traurig wegen Unfall und Unfallfolgen)" (IV-act. 9-11). Im Recht liegen in psychiatrischer Hinsicht einzig die Beurteilungen von med. prac. L.\_\_\_\_, der den Beschwerdeführer am 22. Juni 2011 für die Medas Zentralschweiz untersuchte (IV-act. 105-33 ff.), und von Dr. K.\_\_\_\_, der seine Begutachtung für die Universitätsklinik Balgrist am 28. April und 18. Mai 2012 vornahm (Suva-act. 335). 2.2.2 Im Zusammenhang mit der Beschreibung des Psychostatus beobachtete med. pract. L.\_\_\_\_ ein leicht eingeschränktes Vitalgefühl des Beschwerdeführers und leichte Insuffizienzgefühle. Den Schlaf beschrieb der Beschwerdeführer ihm gegenüber als eingeschränkt durch das Schmerzerleben. Die Mehrzahl der weiteren Aspekte (insbesondere betreffend Phobien, Zwängen, Misstrauen, Ich-Störung, Wahn und Sinnestäuschungen, Antrieb, Sozialverhalten, Suizidalität, Appetit, Panik) ist unauffällig. Bei einigen anderen ergeben sich aus der Beschreibung weitere eher leicht erscheinende subjektive Einschränkungen, so etwa beim formalen Denken (gewisse Grübelneigung), beim inhaltlichen Denken, bei der Affektivität (etwa stärkere Betroffenheit beim Beobachten eines Sturzes eines Kindes) und bei der Sexualität. Angst wurde nur im Zusammenhang mit Gebrauch und allfälliger Verschlechterung des Zustands der rechten Hand erwähnt (IV-act. 105-36). Die detaillierten Ausführungen von Dr. K.\_\_\_\_ zum Psychostatus sind ebenfalls weitgehend unauffällig. Anzeichen von Ermüdung erkannte dieser Gutachter erst nach jeweils zwei Stunden konstant intensiver Beantwortung der Fragen. Bezüglich der Affektivität beschrieb er die Grundstimmung als ernst, mehrheitlich sachlich-unauffällig und zurückhaltend. Einzelne Affekte der Besorgnis erwähnte er bezüglich der weiteren persönlichen Zukunft des Beschwerdeführers, der resignierend-bitteren Hilflosigkeit angesichts des langjährigen

juristisch-versicherungsmedizinischen Ablaufs und der pessimistischen Ängstlichkeit bezüglich der gesundheitlichen Verfassung; diese seien von der Grundstimmung konturiert und ständen in einem plausiblen Zusammenhang mit den Schilderungen des Beschwerdeführers. Wie bereits med. pract. L. \_\_\_ stellte auch Dr. K. \_\_\_ keine anhaltende Niedergeschlagenheit, wie sie für depressive Zustandsbilder typisch sei, fest. Dr. K. \_\_\_ bezeichnete Antrieb und Psychomotorik den Äusserungen der Grundstimmung entsprechend, wies diesbezüglich aber lediglich auf eine ernste und angespannte Mimik und fast fehlende Gestik durch den rechten Arm hin (S. 33, siehe dazu auch S. 36). Daraus kann nicht auf eine eigentliche Antriebsproblematik oder auffällige Psychomotorik geschlossen werden.

2.2.3 Diagnostisch stimmen die beiden Gutachter überein: Sie erheben einzig eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren. Dr. K. \_\_\_ leitete diese Diagnose unter Bezugnahme auf die entsprechenden Kriterien detaillierter her als med. pract. L. \_\_\_ (wobei allerdings die allgemeinen Ausführungen deutlich umfangreicher ausgefallen sind als die konkrete Bezugnahme auf den Beschwerdeführer; vgl. S. 34 f.). Doch auch dessen Ausführungen erlauben es, die Diagnosestellung nachzuvollziehen. So vermutete er im Sinn eines primären Krankheitsgewinns eine überproportionale Verstärkung des Schmerzerlebens, die dazu geführt habe, dass der Beschwerdeführer den rechten Arm nur noch schonend habe bei sich haben können. Weiter verneinte med. pract. L. \_\_\_ zwar reaktivierte Ängste, erwähnte aber ständige Sorge/Angst, dass dem Arm etwas passieren könnte. Dies interpretierte er als Aufrechterhaltung des Schmerzerlebens durch psychische Muster (IV-act. 105-37). Das Vorliegen einer somatoformen Schmerzstörung, wie Dr. F. \_\_\_ in seinem Schreiben an den Rechtsanwalt des Beschwerdeführers vom 28. Mai 2010 vermutet hatte (IV-act. 81-4), verneinten beide Gutachter übereinstimmend und mit plausibler Begründung (auch diesbezüglich ausführlicher Dr. K. \_\_\_, S. 35; IV-act. 105-38). Dr. K. \_\_\_ diskutierte weiter das Vorliegen einer Symptomausweitung mit der Schlussfolgerung, das Gesamtbild einer solchen lasse sich anhand der vorgefundenen Einzelphänomene nicht eindeutig diagnostizieren (S. 37 f.). Zur selben Konklusion gelangt er in Bezug auf das Vorliegen einer dissoziativen Störung (S. 38). Die diesbezüglichen Aussagen sind nachvollziehbar. Sie stehen ferner nicht in Widerspruch zu den Ausführungen von med. pract. L. \_\_\_.

2.2.4 Beide Gutachter haben schliesslich Bezug genommen auf die Rechtsprechung zur Überwindbarkeit von somatoformen Schmerzstörungen und ähnlichen Beschwerdebildern (BGE 130 V 352) und sich zu den sog. Foerster-Kriterien geäussert. Da das Bundesgericht diese Praxis unterdessen jedoch aufgegeben und durch ein sog. strukturiertes Beweisverfahren ersetzt hat (BGE 141 V 281), sind diese Ausführungen nur noch bedingt aussagekräftig. Den beiden Gutachten lassen sich jedoch Hinweise zu den vom Bundesgericht formulierten Indikatoren (siehe etwa die Übersicht im vom Bundesamt für Sozialversicherungen herausgegebenen IV-Rundschreiben Nr. 334) entnehmen.

2.2.5 Zur Eingrenzung des funktionellen Schweregrads der diagnostizierten chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren ist in Bezug auf die Gesundheitsschädigung ersichtlich, dass die diagnoserelevanten Befunde nicht in einer intensiven Ausprägung vorliegen. Dafür sind die Erhebungen der beiden psychiatrischen Gutachter zu wenig gravierend (vgl. auch die diesbezüglichen obigen Ausführungen). Konkrete Hinweise auf eine Behandlungsresistenz finden sich nicht. Med. pract. L. \_\_\_ schloss zwar nicht aus, dass eine psychiatrische Therapie eine Verbesserung bewirken könnte, sprach sich aber jedenfalls nicht eindringlich für eine solche aus (vgl. IV-act. 105-38 letzter Absatz). Dr. K. \_\_\_ äusserte sich dazu nicht (vgl. aber den Hinweis auf die diesbezügliche Kosten-Nutzen-Frage im Hauptgutachten, S.

58). Offensichtlich gingen also weder die beiden psychiatrischen Gutachter noch sämtliche den Beschwerdeführer in somatischer Hinsicht über Jahre intensiv behandelnden oder begutachtenden Ärzte von einer klar erkennbaren (psychiatrischen) Behandlungsindikation aus, ebenso wenig bereits von einer mutmasslichen Therapieresistenz. Dies spricht folglich nicht für eine gravierende Schwere der psychiatrischen Erkrankung bzw. jedenfalls nicht für einen wesentlichen Einfluss auf die Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers.

Betreffend den Aspekt Eingliederungserfolg bzw. -resistenz ist festzuhalten, dass grundsätzlich so lange von einer erfolgreichen Wiedereingliederung nach dem Unfall ausgegangen werden konnte, als vom Beschwerdeführer seitens der Arbeitgeberin bzw. der Unfallversicherung nicht verlangt wurde, sein Pensum bei der B.\_\_\_\_ AG auf über 50% zu steigern. So war er nach dem Unfall von Januar 2006 bis Dezember 2008, also während drei Jahren, eingegliedert. Dass die Wiedereingliederung nach Beendigung des Arbeitsverhältnisses mit der B.\_\_\_\_ AG scheiterte, könnte wesentlich auch arbeitsmarktlich begründet sein bzw. zusammenhängen mit einer erschwerten Vermittelbarkeit des Beschwerdeführers aufgrund seiner wegen der rechten Hand gegenüber gesunden Stellensuchenden eingeschränkten Konkurrenzfähigkeit sowie mit ausbildungsmässigen, sprachlichen oder ethnischen Aspekten. Ein klarer Zusammenhang mit der psychischen Erkrankung ist jedenfalls nicht hinreichend wahrscheinlich. Im Übrigen haben beide psychiatrischen Gutachter das Vorliegen von mitwirkenden Komorbiditäten übereinstimmend verneint (IV-act. 105-38 Mitte; Gutachten K.\_\_\_\_ S. 39 unten und S. 40 unten).

2.2.6 Im Zusammenhang mit den Indikatoren Persönlichkeit und sozialer Kontext des Beschwerdeführers fällt insbesondere auf, dass sich aus den beiden psychiatrischen Gutachten, aber auch aus den übrigen Akten Hinweise auf nicht unerhebliche Ressourcen ergeben. So erwähnte etwa Dr. K.\_\_\_\_ explizit, dass der Beschwerdeführer über genügend persönliche, familiäre und soziale Ressourcen verfügt habe, um auch mit den vorliegenden Belastungen einen Weg zu finden (S. 35). Verschiedentlich erwähnt wird der hohe Stellenwert, den die Familie beim Beschwerdeführer einnimmt (etwa Gutachten K.\_\_\_\_ S. 28 f., IV-act. 105-21; er hilft auch der Ehefrau gern im Haushalt, Gutachten K.\_\_\_\_ S. 30). Auch wird er als gut integriert beschrieben (Kontakte sowohl mit Schweizer als auch mit afrikanischen Familien [IV-act. 105-19]; sozialer Rückzug wird verneint [IV-act. 105-38]). Weiter wird die Zugehörigkeit und das Gefühl der Geborgenheit in der Glaubensgemeinschaft als Ressource betont (etwa Gutachten K.\_\_\_\_ S. 35; IV-act. 105-19). Auch findet er wieder Energie für Sport (Jogging, Gutachten K.\_\_\_\_, S. 30). Insgesamt verfügt er somit nach Lage der Akten über einige Ressourcen und ein tragfähiges soziales Umfeld.

2.2.7 Im Zusammenhang mit der Konsistenz ergeben sich nur wenige weitere Aspekte. Die Akten zeichnen ein insgesamt weitgehend konsistentes Bild des Verhaltens des Beschwerdeführers. Nicht ganz nachvollziehbar ist aus den Akten allerdings, weshalb der Beschwerdeführer während der drei Jahre Tätigkeit bei der B.\_\_\_\_ AG nach dem Unfall nur noch halbtags mit voller Leistung und nicht mehr als halbtags mit allenfalls reduzierter Leistung arbeiten wollte/konnte (vgl. auch IV-act. 23-28; in IV-act. 23-21 bestätigte die Arbeitgeberin, dass der Beschwerdeführer während der halbtägigen Präsenz eine volle, normale Leistung erbringe). Ganztägige Tätigkeit war seitens der Rehaklinik Bellikon empfohlen worden (IV-act. 9-7 f.). Auch Dr. D.\_\_\_\_ war offenbar grundsätzlich von der Zumutbarkeit einer ganztägigen Anwesenheit am Arbeitsplatz ausgegangen, hatte er es doch als "etwas irritierend" bezeichnet, dass der Beschwerdeführer offensichtlich während vier Tagen eine volle Leistung erbringe (IV-act. 82-6). Im Zusammenhang mit der Konsistenzprüfung fällt weiter auf, dass der rheumatologische Medas-Teilgutachter

festhielt, die Muskulatur des rechtsdominanten Armes sei kräftig ausgebildet. Sowohl am Ober- wie auch am Unterarm seien die Umfänge rechts besser, der Habitus sei generell muskulös. Zusammen mit der recht ausgeprägten Beschwielung am rechten Daumen (nicht jedoch an den übrigen Fingerkuppen rechts) deute vieles darauf hin, dass der rechte Arm ausserhalb des gutachterlichen Rahmens besser gebraucht werde als vorgezeigt (IV-act. 105-48).

2.2.8 Die aktenkundigen Hinweise auf die vom Bundesgericht zusammengestellten Indikatoren ergeben zusammenfassend das Bild eines wegen der psychischen Erkrankung (chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren) mit Blick auf die objektive Zumutbarkeit nicht übermässig in der Arbeitsfähigkeit eingeschränkten Versicherten. Somit erscheint die Beurteilung von med. pract. L.\_\_\_\_, der Beschwerdeführer sei rein psychisch nicht relevant eingeschränkt, sofern er nicht an derselben Maschine arbeiten müsse, an der er den Unfall erlitten habe (IV-act. 105-39), plausibel. Dr. K.\_\_\_\_ hat sich diesem Ergebnis zwar nicht klar angeschlossen. Eine eigene, differenzierte Beurteilung hat er jedoch nicht vorgenommen. Aus der von ihm erwähnten, gegenüber jener von med. pract. L.\_\_\_\_ "differenten Einschätzung" einiger weniger Foerster-Kriterien (vgl. dazu Gutachten K.\_\_\_\_ S. 39 f.) zieht er keine nachvollziehbaren Schlüsse. Der Vorwurf an med. pract. L.\_\_\_\_, dieser habe keine Aktenlage dargelegt, "sodass ihm doch wesentliche Faktoren nicht vorgelegen haben" (S. 39 Mitte), ist unbegründet, hielt med. pract. L.\_\_\_\_ doch fest, ihm habe der Medas-Aktenordner und der ausführliche Aktenauszug des fallführenden Gutachters zur Verfügung gestanden. Welche Faktoren ihm folglich nicht bekannt gewesen sein sollen, ist nicht ersichtlich. Aus welchen Faktoren Dr. K.\_\_\_\_ weshalb zu anderen Schlussfolgerungen gelangt ist, hat dieser Gutachter ebenfalls nicht hinreichend verständlich dargelegt. Das Fazit seiner Begutachtung war, dass die alleinige Betrachtung der psychischen Faktoren keine Aussage über eine Einschränkung der Leistungsfähigkeit erlaube, da diese psychischen Faktoren per definitionem nicht ein eigenständiges Erkrankungsbild darstellten, sondern nur im Zusammenhang mit der Verstärkung, Aufrechterhaltung einer somatischen Schmerzursache in ihrem pathologischen Gehalt erkennbar seien. Aus diesem Grund habe die Einschätzung der Leistungsfähigkeit unter Berücksichtigung der psychischen Faktoren im Hauptgutachten zu erfolgen (Gutachten K.\_\_\_\_ S. 42).

2.2.9 Im Balgrist-Hauptgutachten wurde nun unter Berücksichtigung der psychiatrischen Diagnose die Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers auf 50% festgelegt. Diese Quantifizierung wurde nicht nachvollziehbar begründet. Zudem ist nicht erkennbar, ob diese Beurteilung im Sinn einer Konsensfindung in Rücksprache mit Dr. K.\_\_\_\_ abgegeben wurde, was aufgrund der speziellen Konstellation, dass sich primär die psychische Einschränkung auf die Leistungsfähigkeit auswirkt, angezeigt gewesen wäre. Dr. K.\_\_\_\_ hat das Gutachten jedenfalls nicht mitunterschrieben, auch nicht die Ergänzung vom 28. Mai 2013, in der die rein somatische leistungsmässige Einschränkung in einer adaptierten Tätigkeit auf 25% geschätzt worden war (act. G 19.1).

2.3 Zusammenfassend ist festzuhalten, dass bei nach Lage der Akten aus psychiatrischer Sicht einzig plausibel gestellter Diagnose einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren eine relevante Einschränkung der Arbeitsfähigkeit aus psychischen Gründen nicht hinreichend nachvollziehbar begründet wurde und daher beweisrechtlich nicht als ausgewiesen betrachtet werden kann.

### **E. 3**

3.1 Der Beschwerdeführer war bis 31. Dezember 2008 bei der B.\_\_\_\_ AG angestellt (IV-act. 47) und in einem Pensum von 50% tätig. Dabei erbrachte er nach Angabe der Arbeitgeberin eine volle, normale Leistung (IV-act. 23-21). Seitens der Rehaklinik Bellikon wurde ab 12.

Januar 2006 eine Arbeitsfähigkeit von 50% attestiert (IV-act. 9-6). Zur selben Einschätzung gelangte der im Auftrag der Suva begutachtende Dr. D.\_\_\_\_ am 10. Oktober 2006 (IV-act. 82-7) sowie Dr. F.\_\_\_\_ am 28. Dezember 2006 (bezogen auf die damalige [angepasste] Tätigkeit bei der B.\_\_\_\_ AG; IV-act. 81-11). Erst die Suva-Kreisärzte Dr. I.\_\_\_\_ (Suva-act. 166-9) und Dr. H.\_\_\_\_ (Suva-act. 165-26) gelangten nach ihren Untersuchungen des Beschwerdeführers vom 15. Januar 2008 zur Einschätzung einer Arbeitsfähigkeit von 75%. Seitens der Medas Zentralschweiz wurde dies übernommen und zudem ab 28. September 2011 (Datum der Schlussbesprechung) von einer Arbeitsfähigkeit von 80% ausgegangen (IV-act. 105-30). Vor dem Hintergrund dessen, dass der Beschwerdeführer bis Januar 2008 keinen Anlass hatte anzunehmen, seitens der IV würde ihm die Verwertung einer 50% übersteigenden Arbeitsfähigkeit zugemutet, ist folglich bei der Invaliditätsbemessung bei Ablauf des Wartejahrs im Juni 2006 (Eintritt der Arbeitsunfähigkeit unstrittig am 16. Juni 2005) bis Januar 2008 von einer Arbeitsfähigkeit von 50% und von Februar 2008 bis mindestens 27. September 2011 von einer solchen von 75% auszugehen. Ob sich die Arbeitsfähigkeit danach, also ab 28. September 2011, gemäss dem Medas-Gutachten nochmals geringfügig auf 80% erhöht hat oder ob sie - gemäss den Balgrist-Gutachtern (act. G 19.1) - (somatisch) weiterhin auf 75% einzuschätzen ist, kann offen bleiben, wie sich nachfolgend ergibt.

3.2 Im Rahmen des unbestrittenermassen zur Anwendung gelangenden Einkommensvergleichs (Art. 16 ATSG) ist vorab das Valideneinkommen festzusetzen. Im Jahr 2004, dem Jahr vor dem Unfall, erzielte der Beschwerdeführer bei der B.\_\_\_\_ AG ein Einkommen von Fr. 52'102.30 (Arbeitgeberfragebogen in IV-act. 10-2). Der Beschwerdeführer meldete sich im Mai 2006 und damit vor Inkrafttreten der 5. IV-Revision und dessen Art. 29 Abs. 1 IVG zum Leistungsbezug an. Folglich liegt der frühestmögliche Rentenbeginn im Juni 2006 (Beginn Wartejahr mit dem Unfall im Juni 2005; vgl. auch aArt. 48 IVG in der bis Ende 2007 gültig gewesenen Fassung). Angepasst an die Nominallohnentwicklung bis 2006 beläuft sich das Valideneinkommen folglich auf Fr. 53'131.15 (Index Männer 2004: 1975; 2006: 2014).

3.3 Mit Blick auf die Angaben der B.\_\_\_\_ AG im Arbeitgeberfragebogen vom 16. Mai 2006 (IV-act. 10-2 Ziff. 12 und 16) ist davon auszugehen, dass sie dem Beschwerdeführer bis zum Ende der Anstellung per 31. Dezember 2008 bei der zeitlich und inhaltlich halben Leistung das halbe des ursprünglichen Einkommens bezahlte. Für die vorliegend interessierende Zeit ab 1. Juni 2006 (vgl. Art. 29 Abs. 2 IVG in der damals gültig gewesenen Fassung) bis 30. April 2008 (vgl. die dreimonatige Verzögerung gemäss Art. 88a Abs. 1 IVV) ist folglich von einer invaliditätsbedingten Einbusse und damit von einem Invaliditätsgrad von 50% auszugehen.

3.4 Spätestens ab Januar 2009 ist das Invalideneinkommen auf der Basis der vom Bundesamt für Statistik herausgegebenen Tabellenlöhne der Schweizerischen Lohnstrukturerhebung (LSE) abzustellen, weil der Beschwerdeführer ab jenem Zeitpunkt kein konkretes Einkommen mehr erzielte. Im Jahr 2009 erzielten Männer im tiefsten Anforderungsniveau bei der betriebsüblichen durchschnittlichen Arbeitszeit von 41.6 Stunden ein Jahreseinkommen von Fr. 61'240.-. Nominallohnbereinigt bis 2009 belief sich das Valideneinkommen 2009 auf Fr. 56'349.65 (Fr. 52'102.30 per 2004; Nominallohnindex Männer 2004: 1975; 2009: 2136). Es ist damit um 8% unterdurchschnittlich. Folglich ist praxismässig eine Parallelisierung von 3% vorzunehmen (zum Erheblichkeitsgrenzwert von 5% vgl. BGE 135 V 297 E. 6.2). Die Beschwerdegegnerin hat keinen Abzug vom Tabellenlohn vorgenommen (zur Begründung mit Hinweisen auf die höchstrichterliche Rechtsprechung vgl. die Beschwerdeantwort Ziff. III/5, act. G 5). Der Beschwerdeführer erachtet den Maximalabzug von 25% als gerechtfertigt (act. G 15 S. 4). Dieser

Maximalabzug erscheint aber jedenfalls als übersetzt. Die Beschwerdeführer konnte während mehrerer Jahre als weitgehend Einhändiger einem teilzeitlichen Erwerb nachgehen und kann die rechte Hand noch als Zudienhand bzw. Hilfshand einsetzen (vgl. etwa S. 57 des Balgrist-Gutachtens, bei den Suva-Akten, act. G 5.2). Abgesehen von der Problematik seiner Hand ist er nicht erheblich beeinträchtigt. Die von ihm erwähnten weiteren Faktoren, denen grundsätzlich Abzugsrelevanz zukommen könnte, sind jedenfalls nicht ausgeprägt erfüllt. So war er im Jahr 2009 erst 47 Jahre alt, ist in der Schweiz gut integriert, spricht sehr gut Französisch und ausreichend Deutsch. Dass er Ausländer ist, hat im ihm zur Verfügung stehenden Segment des Arbeitsmarkts ebenfalls keine grosse Relevanz. Der Maximalabzug ist somit jedenfalls zu hoch. Die konkrete Festsetzung kann jedoch offen bleiben, da selbst bei - ebenfalls übersetzt erscheinenden - 20% kein rentenbegründender Invaliditätsgrad resultierte. Dies selbst dann nicht, wenn man mit den Balgrist-Gutachtern von einer (somatisch) relevanten Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 25% und nicht bloss wie die Medas-Gutachter von 20% ausginge. Das Invalideneinkommen belief sich dann nämlich auf Fr. 35'641.70 (Fr. 61'240.- x 0.97 x 0.75 x 0.8). Verglichen mit dem Valideneinkommen von Fr. 56'349.65 erreichte der Invaliditätsgrad die rentenbegründende Mindestschwelle von 40% nicht (36.7%). 3.5 Spätestens ab Januar 2009 ist also kein rentenbegründender Invaliditätsgrad mehr ausgewiesen. Da der Beschwerdeführer zwischen Mai 2008 und Ende Dezember 2008, also bis zum Ende des Arbeitsverhältnisses mit der B.\_\_\_\_ AG, seine Arbeitsfähigkeit von 75% nicht ausschöpfte, ist auch für diesen Zeitraum keine rentenbegründende Invalidität belegt. Dies unabhängig davon, ob man bereits ab Mai 2009 beim Invalideneinkommen auf die Tabellenlöhne abstellt oder ob das tatsächliche Einkommen für 50% Leistung auf 75% hochgerechnet wird. 3.6 Zusammenfassend hat der Beschwerdeführer vom 1. Juni 2006 bis 30. April 2008 bei einem Invaliditätsgrad von 50% Anspruch auf eine halbe Invalidenrente. Danach besteht kein Rentenanspruch mehr.

#### **E. 4**

Der Staat entschädigt den Rechtsvertreter des Beschwerdeführers mit Fr. 1'600.- (inkl. Barauslagen und Mehrwertsteuer).

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