

SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2015/293 vom 7. Juli 2009

Sg Versicherungsgericht, 2009-07-07, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg_publikationen_IV_2015_293

FR: SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2015/293 du 7 juillet 2009

IT: SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2015/293 del 7 luglio 2009

Regeste

Art. 28 IVG. Invalidenrente. Die somatische Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in einer adaptierten Tätigkeit ist nicht umstritten. Nach Aufgabe der Depressionsrechtsprechung durch das Bundesgericht ist jedoch auch die psychiatrische Einschränkung der Arbeitsfähigkeit zu berücksichtigen (E. 2.3). Es ist somit auf die gutachterlich postulierte Gesamtarbeitsfähigkeit von 50 %, und nicht auf die rein somatisch begründete Arbeitsfähigkeit von 70 % abzustellen (E. 2.4). Rentenbeginn (E. 2.7) (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 8. Februar 2018, IV 2015/293).

Erwägungen

E. 1

1.1 Einen Anspruch auf eine Rente der Invalidenversicherung haben Versicherte, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wiederherstellen, erhalten oder verbessern können, während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 Prozent arbeitsunfähig gewesen sind und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 Prozent invalid sind (Art. 28 Abs. 1 IVG). Invalidität ist gemäss Art. 8 Abs. 1 ATSG die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit. Erwerbsunfähigkeit ist der durch eine 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 ausgeglichen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). 1.2 Gemäss Art. 28a Abs. 1 IVG i.V.m. Art. 16 ATSG ist die Invalidität grundsätzlich durch einen Einkommensvergleich zu ermitteln. Dabei 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 (zumutbares Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Einkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Valideneinkommen). Der Einkommensvergleich hat in der Regel in der Weise zu erfolgen, dass die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen ziffernmässig möglichst genau ermittelt und einander gegenübergestellt werden; sie können aber auch nach Massgabe der im Einzelfall bekannten Umstände geschätzt werden (AHI 1998 S. 120). Wird eine Schätzung vorgenommen, muss diese nicht unbedingt in einer ziffernmässigen Festlegung von Annäherungswerten bestehen. Vielmehr kann auch eine Gegenüberstellung blosser Prozentzahlen genügen (sog. Prozentvergleich; BGE 114 V 310 E. 3a mit Hinweisen). 1.3 Um 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 mit Hinweisen). Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten begründet sind (BGE 125 V 352 E. 3a mit Hinweisen; BGE 141 V 14 E. 6.3.1). Im Sinne einer Richtlinie ist den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten Gutachten von externen Spezialärzten und -ärztinnen, welche aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 137 V 227 E. 1.3.4; BGE 125 V 353 E. 3b/bb). 1.4 Gemäss neuester bundesgerichtlicher Rechtsprechung ist bei leichten bis mittelschweren depressiven Störungen, wie bei jeder geltend gemachten gesundheitsbedingten Erwerbsunfähigkeit, im Einzelfall (einzig) danach zu fragen, ob und wie sich die Krankheit leistungslimitierend auswirkt, wobei eine leistungs-, insbesondere rentenbegründende Invalidität jedenfalls eine psychiatrische, lege artis gestellte Diagnose voraussetzt. Denn gerade mit Blick darauf, dass auch bei einem depressiven Leiden soziale Belastungen, die direkt negative funktionelle Folgen zeitigen, auszuklammern sind, setzt die vorzunehmende Abgrenzung zu reaktiven, invaliditätsfremden Geschehen auf psychosoziale Belastungen eine nachvollziehbare Diagnosestellung voraus. Nicht zuletzt im Sinne der Einzelfallgerechtigkeit ist es sach- und systemgerecht, solche Leiden ebenfalls einem strukturierten Beweisverfahren nach BGE 141 V 281 zu unterziehen. Entscheidend ist dabei, unabhängig von der diagnostischen Einordnung ihres Leidens, ob es gelingt, auf objektivierter Beurteilungsgrundlage den Beweis einer rechtlich relevanten Arbeits- und Erwerbsunfähigkeit zu erbringen, wobei die versicherte Person die materielle Beweislast zu tragen hat. Wie bei den somatoformen Schmerzstörungen und vergleichbaren psychosomatischen Leiden verbleiben aber Verlauf und Ausgang von Therapien als wichtige Schweregradindikatoren. Dementsprechend ist es Aufgabe des medizinischen Sachverständigen, nachvollziehbar aufzuzeigen, weshalb trotz lediglich leichter bis mittelschwerer Depression und an sich guter Therapierbarkeit der Störung im Einzelfall funktionelle Leistungseinschränkungen resultieren, die sich auf die Arbeitsfähigkeit auswirken. Zudem haben medizinische Studien gezeigt, dass eine adäquate, leitlinienkonforme antidepressive Therapie als eine notwendige Voraussetzung für günstige Verläufe hinsichtlich Arbeitsfähigkeit und Wiedereingliederung anzusehen ist. Eine konsequente, adäquate psychotherapeutische Therapie des depressiven Geschehens ist dabei nach medizinischer Ansicht wie auch im Rahmen der sozialversicherungsrechtlichen Schadenminderungspflicht zumutbar (Urteil des Bundesgerichts vom 30. November 2017, 8C_841/2016, E.4.5.2 mit weiteren Hinweisen).

E. 2

2.1 Vorliegend ist unbestritten, dass der Beschwerdeführer in somatischer Hinsicht infolge der chronischen Schmerzsyndrome an der linken Schulter, an der Lendenwirbelsäule sowie am linken Knie auch in adaptierten Tätigkeiten bei vermindertem Rendement zu 30 % arbeitsunfähig ist. Im Weiteren macht der Beschwerdeführer nicht geltend, dass sich sein

psychischer Gesundheitszustand seit Erstellung des ZMB-Gutachtens vom 31. Januar 2013 verschlechtert habe. Diesbezüglich sei zudem darauf verwiesen, dass die angefochtene Verfügung vom 17. Juli 2015 ohnehin die zeitliche Grenze der Überprüfungsbefugnis des Versicherungsgerichts bildet. Im Übrigen verlieren Gutachten, die vor der Änderung der Rechtsprechung bezüglich pathogenetisch-ätiologisch unklare Beschwerdebilder ohne nachweisbare organische Grundlage sowie vor der Änderung der Rechtsprechung betreffend Depressionen erstellt wurden, nicht per se an Beweiskraft (BGE 141 V 281 E. 8 mit Hinweis auf BGE 137 V 210 E. 6). Auch sind keine Anhaltspunkte dafür ersichtlich, dass das Gutachten nicht den vorstehend erwähnten Qualitätskriterien entsprechen würde (vgl. E. 1.3). Somit kann grundsätzlich weiterhin auf das ZMB-Gutachten vom 31. Januar 2013 abgestellt werden. Umstritten ist einzig, ob dem Beschwerdeführer aus psychiatrischen Gründen eine über die anerkannte somatische Arbeitsunfähigkeit von 30 % hinausgehende Arbeitsunfähigkeit, nämlich von insgesamt 50 %, zuzubilligen ist. 2.2 Auszugehen ist dabei von der unbestrittenen psychiatrischen Diagnose einer anhaltenden affektiven Störung mit mittelgradiger depressiver Symptomatik und somatischem Syndrom bei einer Persönlichkeit mit akzentuierten narzisstischen Zügen (act. G 4.1/143.40). Die Beschwerdegegnerin verneint einen Einfluss dieses Beschwerdebildes auf die Arbeitsfähigkeit mit der auf der früheren Rechtsprechung des Bundesgerichts beruhenden Argumentation, eine psychiatrische Diagnose begründe als solche noch keine Arbeitsunfähigkeit. Es bestehe vielmehr die Vermutung, dass die Auswirkungen der psychischen Krankheit mit einer zumutbaren Willensanstrengung überwindbar seien (Urteil des Bundesgerichts I 290/06 vom 22. Januar 2007). Ausserdem könne eine somatoforme Schmerzstörung oder ein sonstiger vergleichbarer pathogenetisch bzw. ätiologisch unklarer syndromaler Zustand die Arbeitsfähigkeit lediglich dann einschränken, wenn entsprechende Befunde im notwendigen Schweregrad mit daraus stringent ableitbaren Funktionsausfällen vorlägen. Im Weiteren habe die versicherte Person die therapeutischen Optionen in Anspruch zu nehmen, die für die Behandlung eines syndromalen Leidens oder anderer Leiden zur Verfügung ständen (BGE 141 V 281 E. 4.4.2). Werde keine Therapie in Anspruch genommen, liege in der Regel keine Invalidität im Sinn von Art. 8 Abs. 1 ATSG vor (Urteil des Bundesgerichts 9C_899/2014 vom 29. Juni 2015). Vorliegend sei unbestritten, dass der Beschwerdeführer seit 2008 nicht mehr in fachpsychiatrischer Behandlung stehe (act. G 4.1/143.37). Es würden ihm einzig Psychopharmaka vom Hausarzt verschrieben. Damit absolviere er keine konsequente Depressionstherapie im Sinn der erwähnten Rechtsprechung, weshalb er aus juristisch-psychiatrischer Sicht nicht als invalid gelte. 2.3 Dieser Auffassung ist jedoch entgegen zu halten, dass das Bundesgericht in der Zwischenzeit seine Rechtsprechung, wonach leichte bis mittelschwere depressive Leiden in der Regel behandelbar und damit nicht invalidisierend sind (sog. Depressionspraxis), mit den unlängst ergangenen Urteilen vom 30. November 2017 aufgegeben hat. Gemäss Urteil 8C_130/2017 sind alle Fälle mit psychischen Leiden, laut Urteil 8C_841/2016 namentlich auch solche mit leichten bis mittelschweren Depressionen, dem strukturierten Beweisverfahren nach BGE 141 V 281 zu unterziehen (vgl. E. 1.4). Diese neue Rechtsprechung ist auf alle im Zeitpunkt der Praxisänderung noch nicht erledigten Fälle anzuwenden (Urteil 9C_580/2017 vom 16. Januar 2018 E. 3.1 mit Hinweisen auf ZAK 1990 S. 255; Urteile 9C_125/2015 vom 18. November 2015 E. 5.1, 9C_354/2015 vom 29. Februar 2016 E. 5 mit weiteren Hinweisen) und ist somit auch im vorliegenden Fall massgebend. 2.4 Vorliegend geht der psychiatrische Gutachter davon aus, dass die von ihm diagnostizierte anhaltende affektive Störung (ICD-10 F34.8.8) mit

mittelgradiger depressiver Symptomatik (F32.11) und somatischem Syndrom bei einer Persönlichkeit mit akzentuierten narzisstischen Zügen zu einer teilweisen Einschränkung der Arbeitsfähigkeit führe, wobei nun im Unterschied zur Vorbegutachtung vom 27. März 2007 die depressive Komorbidität im Vordergrund stehe. Die Aufnahme einer Teilarbeit in einer adaptierten Tätigkeit sei dem Beschwerdeführer jedoch zuzumuten, da er dafür noch über ausreichende psychische Ressourcen verfüge (act. G 4.1/143.37). In der Konsensschätzung gehen die Gutachter davon aus, dass der Beschwerdeführer aus rein somatischer Sicht in einer adaptierten Tätigkeit mit einer gewissen Verminderung des Rendements zu ca. 70 % arbeitsfähig sei. Aus psychiatrischer Sicht komme jedoch auf Grund der mittelgradigen Depression eine Einschränkung hinzu, weshalb zum aktuellen Zeitpunkt eine 50 %-ige Einschränkung der Arbeitsfähigkeit zu attestieren sei (act. G 4.1/143.42). Der psychiatrische Gutachter berücksichtigt somit die Ressourcen des Beschwerdeführers und geht insofern von einem konstanten Verhalten des Beschwerdeführers aus, als er von einer depressiv-disphorischen Grundstimmung mit Missmut, Freud- und Interesselosigkeit, Lärmüberempfindlichkeit, Verstimmungszuständen und Insomnie berichtet (act. G 4.1/143.34, 143.37 und 143.41). Soweit aus dem Gutachten ersichtlich, wirken sich diese Zustände nicht nur auf die Arbeitsfähigkeit sondern gleichermassen auf die übrigen Lebensbereiche aus. Die akzentuierten, narzisstischen Persönlichkeitszüge äussern sich gemäss Gutachter in einer erhöhten Kränkbarkeit und Verletzbarkeit sowie im Ehrgeiz mit Neigung zur Selbstüberforderung (act. G 4.1/143.36). Auf Grund des Gutachtens ist zudem nicht von einer bloss vorübergehenden (unbeachtlichen) Einschränkung des Gesundheitszustands auszugehen. Vielmehr ist in psychiatrischer Hinsicht von einer Chronifizierung auszugehen, da die depressive Problematik bereits seit vielen Jahren besteht. Eine allfällige Verbesserung der Arbeitsfähigkeit wird sodann erst für die Zukunft - unter der Bedingung einer erfolgreichen Arbeitsintegration - in Aussicht gestellt. Schliesslich erhofft sich der psychiatrische Experte auf Grund der persönlichkeitsbedingten mangelnden Flexibilität des Beschwerdeführers von einer Psychotherapie keinen Gewinn. In der Konsensbeurteilung wird in psychiatrischer Hinsicht lediglich die Fortführung der bisherigen (hausärztlichen, auch eine antidepressive medikamentöse Behandlung umfassende) Behandlung empfohlen (act. G 4.1/143.37 und 143.42), sodass dem Beschwerdeführer die fehlende aktuelle psychiatrisch-fachärztliche Behandlung nicht entgegen gehalten werden kann. Im Gutachten sind somit nachvollziehbare Angaben zur Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde, zu Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz sowie zu Komorbiditäten enthalten. Ebenso werden die Persönlichkeitsmerkmale sowie persönlichen Ressourcen des Beschwerdeführers umschrieben. Sein soziales Umfeld wird berücksichtigt und nicht zuletzt werden keine Inkonsistenzen festgehalten. Zusammenfassend erweist sich das Gutachten als beweiskräftig, sodass unter Berücksichtigung der jüngsten höchstrichterlichen Rechtsprechung von der gutachterlich attestierten Arbeitsfähigkeit von 50 % in einer adaptierten Tätigkeit auszugehen ist (vermindertes Rendement, keine Lasten über 5 kg [Orthopädie; act. G 4.1/143.31] bzw. 10 kg [Konsens; act. G 4.1/143.42], ohne repetitive Einnahme von körperlichen Zwangshaltungen, ohne repetitive Überkopfarbeiten).

2.5 Sodann ist die Berechnung des Invaliditätsgrades umstritten. Die Beschwerdegegnerin geht beim Valideneinkommen vom zuletzt in der Tätigkeit als Gipser erzielten Einkommen von Fr. 5'921.-- (x13; Basis 2009) aus und passt dieses für 2011 auf Fr. 78'645.-- an (act. G 4.1/106.3 und 161.2). Dieses wird vom Beschwerdeführer nicht bestritten und erscheint nachvollziehbar, sodass darauf abzustellen ist. Beim Invalideneinkommen stellt die

Beschwerdegegnerin auf die Tabellenlöhne ab (LSE 2011, Niveau 4 [ab 2012: Kompetenzniveau 1], Mann, 70 %) und legt der Berechnung zunächst einen Wert von Fr. 43'243.-- zu Grunde. In der Beschwerdeantwort geht sie nunmehr von einem solchen von Fr. 45'958.-- aus, wobei sich dieser auf das Jahr 2013 bezieht. Nachdem sich das Valideneinkommen jedoch auf das Jahr 2011 als das Jahr des Rentenbeginns bezieht, ist auch beim Invalideneinkommen auf das gleiche Jahr abzustellen, wie dies die Beschwerdegegnerin ursprünglich getan hat. Gemäss Tabelle ergibt sich für 2011 ein Wert von Fr. 30'955.-- (50 % von Fr. 61'910.-- [vgl. Anhang 2 in der IVG-Ausgabe der Informationsstelle AHV/IV 2015]). Der Invaliditätsgrad beträgt damit 60,64 %, was dem Beschwerdeführer einen Anspruch auf eine Dreiviertelsrente verleiht ([Fr. 78'645.-- - Fr. 30'955.--] : Fr. 78'645.-- x 100). 2.6 Schliesslich macht der Beschwerdeführer geltend, es sei ihm ein zusätzlicher leidensbedingter Abzug zu gewähren. Er begründet dies damit, dass es bei Ausübung einer Teilzeittätigkeit insbesondere männlichen Versicherten nicht möglich sei, das statistische Durchschnittseinkommen zu erwirtschaften. Die Tabellenlöhne würden bei gesunden Personen erhoben. Mit dem Tabellenlohnabzug sei zu berücksichtigen, dass gesundheitlich beeinträchtigte Personen, die selbst bei leichten Hilfsarbeitertätigkeiten beeinträchtigt seien, im Vergleich zu voll leistungsfähigen und entsprechend einsetzbaren Personen lohnässig benachteiligt seien und deshalb mit unterdurchschnittlichen Löhnen rechnen müssten. Zwar weist der Beschwerdeführer nebst den rein quantitativen (bereits mit dem Arbeitsfähigkeitsgrad berücksichtigten) auch qualitative Einschränkungen in der Arbeitsfähigkeit auf. Diese sind allerdings nicht besonders gravierend, kann der Beschwerdeführer doch leichte bis mittelschwere manuelle Montagearbeiten auf Brustkorbhöhe durchführen, sowie auch Kontrollarbeiten oder Pförtnerarbeiten verrichten (act. G 4.1/143.31), sodass nicht davon auszugehen ist, er erleide gegenüber einer gesunden Person mit einem 50 %-Pensum eine stark überproportionale Einkommensreduktion. Die Frage eines leidensbedingten Abzugs braucht indessen nicht abschliessend geklärt zu werden, würde doch selbst ein Abzug von 15 % nicht zu einem höheren Rentenanspruch führen (Invalideneinkommen somit Fr. 26'312.-- [Fr. 30'955.-- x 85 %]). Der Invaliditätsgrad würde in diesem Fall 66,54 % betragen ([Fr. 78'645.-- - Fr. 26'312.--] : Fr. 78'645.-- x 100), was ebenfalls einen Anspruch auf eine Dreiviertelsrente begründen würde. 2.7 Gemäss Gutachten besteht die vollständige Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit als Gipser seit dem 29. April 2008, an welchem Datum anlässlich einer MRI-Untersuchung eine RM-Läsion (Rotatorenmanschette) bestätigt wurde (act. G 4.1/143.42). Dies entspricht der Meldung des Hausarztes vom 18. August 2009, wonach seit der letzten Berichterstattung (bzw. nach dem bereits beurteilten Zeitraum bis zum Verfügungserlass vom 21. September 2007 [vgl. Urteil des Versicherungsgerichts vom 7. Juli 2009, IV 2007/407, E. 2.4]) eine Veränderung des Gesundheitszustands eingetreten sei, indem ein zusätzliches Schultergelenksleiden aufgetreten sei, das operativ habe versorgt werden müssen. Der Beschwerdeführer habe seine Tätigkeit als Gipser nicht mehr aufnehmen können und sei seit längerer Zeit aus dem Arbeitsprozess ausgeschieden (act. G 4.1/74). Es ist somit davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer seine angestammte Tätigkeit als Gipser spätestens ab dem 29. April 2008 nicht mehr ausüben konnte. Hingegen ist aus dem Gutachten nicht konkret ersichtlich, ab wann die attestierte Arbeitsfähigkeit in einer adaptierten Tätigkeit besteht. Immerhin konnten die weiteren somatischen Diagnosen eines chronischen lumbovertebralen und intermittierenden lumbospondylogenen Syndroms und eines chronischen Schmerzsyndroms am linken Knie erst nach Erstellung der entsprechenden MRI am 24. Mai 2011 gestellt

werden (act. G 4.1/143.40). Die Gutachter gehen bei ihrer Schätzung der adaptierten Arbeitsfähigkeit implizit vom Vorliegen aller drei somatischen Beschwerdebilder (Schulter, Lendenwirbelsäule und Knie) aus. Die lumbalen Beschwerden konnten denn anlässlich der letzten Begutachtung vom Februar 2007 noch nicht objektiviert werden. Es zeigten sich lediglich diskrete Abnützungserscheinungen. Es fanden sich keine Hinweise für ein rheumatisches Geschehen und auch der klinische Befund zeigte sich unauffällig (act. G 4.1/62.19 f.). Es rechtfertigt sich daher, die Einschränkung von 50 % ab der dokumentierten Verschlechterung des somatischen Gesundheitszustands im Mai 2011 anzuerkennen. Ein früherer Eintritt der Arbeitsunfähigkeit im genannten Umfang in einer adaptierten Tätigkeit gestützt auf die Schulterbeschwerden allein, und damit auch eine rentenbegründende Invalidität von mindestens 40 %, sind demgegenüber nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit dargetan. Daran vermag auch nichts zu ändern, dass gemäss der neuen Rechtsprechung nunmehr auch das psychische Leiden mit zu berücksichtigen ist. Dieses besteht zwar offenbar seit längerer Zeit, begründete aber mangels erforderlichen Schweregrads für sich allein in der Zeit vor der somatischen Verschlechterung vom Mai 2011 ebenfalls keinen Rentenanspruch. In der Vorbegutachtung vom Februar 2007 wurde keine aktuelle Depression festgestellt (Status nach depressiver Episode anamnestisch [act. G 4.1/62.23]). Diese wurde erst anlässlich der jetzigen Expertise vom November 2012 gutachterlich diagnostiziert und ist damit grundsätzlich erst ab diesem Zeitpunkt ausgewiesen. Nachdem aber mit dem Beschwerdeführer davon auszugehen ist, dass sich das psychische Leiden nicht über Nacht entwickelt hat, rechtfertigt es sich, die zusätzliche psychiatrische Einschränkung ebenfalls ab Mai 2011 zu berücksichtigen. Ein psychiatrisches Ergänzungsgutachten erübrigt sich damit (vgl. Antrag in der Replik [act. G 6]). Zusammenfassend ergibt sich, dass die erforderliche Mindestinvalidität von 40 % (Art. 28 Abs. 1 lit. c IVG) im Mai 2011 - nach erfülltem Wartejahr (April 2008 bis April 2009) - eingetreten ist. Nachdem auch die Wiederanmeldung vom 15. September 2009 keinen limitierenden Faktor darstellt, besteht der Rentenanspruch ab dem 1. Mai 2011 (vgl. Art. 29 Abs. 1 und 3 IVG).

E. 3

Die Beschwerdegegnerin hat dem Beschwerdeführer eine Parteientschädigung in Höhe 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.