

## **SG\_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2019/39 vom 2. Dezember 2020**

Sg Versicherungsgericht, 2020-12-02, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg\\_publicationen\\_IV\\_2019\\_39](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg_publicationen_IV_2019_39)

FR: SG\_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2019/39 du 2 décembre 2020

IT: SG\_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2019/39 del 2 dicembre 2020

### **Regeste**

Art. 16 ATSG, Art. 28 IVG: Würdigung eines bidisziplinären Gutachtens und neuropsychologischen Zusatzuntersuchs. Vornahme eines Prozentvergleichs. Abzug vom Tabellenlohn aufgrund nicht vorhersehbarer und nicht oder nur schwer kalkulierbarer Arbeitsabsenzen (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 2. Dezember 2020, IV 2019/39).

### **Volltext**

Entscheid vom 2. Dezember 2020 Besetzung Versicherungsrichterinnen Michaela Machleidt Lehmann (Vorsitz), Marie-Theres Rüegg Haltinner und Versicherungsrichter Joachim Huber; a.o. Gerichtsschreiberin Marsha Karas Geschäftsnr. IV 2019/39 Parteien A.\_\_\_\_, Beschwerdeführer, gegen IV-Stelle des Kantons St. Gallen, Postfach 368, 9016 St. Gallen, Beschwerdegegnerin, Gegenstand Rente Sachverhalt A.\_\_\_\_ meldete sich am 2. Dezember 2013 unter Hinweis auf eine gesundheitliche Beeinträchtigung infolge epileptischer Anfälle zum Bezug von Leistungen der Invalidenversicherung an (IV-act. 2). Der Versicherte war zuvor vom 1. Januar 2008 bis 31. August 2011 bei der B.\_\_\_\_ AG als Betriebsmitarbeiter angestellt gewesen (IV-act. 10). Dem Bericht der Klinik für Neurologie des Kantonsspitals St. Gallen (KSSG) vom 2. Mai 2011 an den Hausarzt Dr. med. C.\_\_\_\_, Facharzt Allgemeine Innere Medizin, waren die folgenden Diagnosen zu entnehmen gewesen: Epilepsie mit einfach-, komplex-partiellen und sekundär generalisierten Anfällen bei zweimaligen Grand Mal-Anfällen aus dem Schlaf heraus, seit ca. vier Jahren intermittierende Auren mit Angstgefühlen mit teilweiser Bewusstseinsstörung sowie episodischem Spannungskopfschmerz (IV-act. 18-29 f.) Im ärztlichen Bericht zur Eingliederung vom 3. Februar 2014 hielten die behandelnden Ärzte der neurologischen Klinik des KSSG eine Epilepsie mit dyskognitiven und bilateral-tonisch-klonischen Anfällen mit Erstdiagnose im Jahr 2011 und Erstmanifestation im Jahr 2007 und aktuell keiner Anfallsfreiheit fest. Aufgrund der Epilepsie würden Einschränkungen für Arbeiten in grossen Höhen, auf Leitern und Gerüsten bestehen, weiter seien Arbeiten mit schweren und potenziell eigen- oder fremdgefährdenden Maschinen zu meiden. Aufgrund der generellen Fahruntauglichkeit im aktuellen Zeitpunkt komme das Führen motorisierter Fahrzeuge ebenfalls nicht in Frage. Über das zeitliche Ausmass der täglichen Arbeitsfähigkeit könne erst nach einer neuropsychologischen Untersuchung der vom Versicherten berichteten kognitiven Defizite eine Aussage getroffen werden. Eine verkürzte tägliche Arbeitszeit, auch infolge der Fatiguesymptomatik, sei jedoch wahrscheinlich (IV-act. 18-1 f.). Mit Nachtrag vom 5. März 2014 hielten die behandelnden Ärzte zudem fest, dass geregelte Arbeitszeiten mit ausreichend Nachtschlaf einzuhalten seien, Schichtarbeit ungünstig sei sowie Nachtarbeiten zu vermeiden seien (IV-act. 25). Mit Vorbescheid vom 24. Februar

2014 stellte die IV-Stelle dem Versicherten die Abweisung des Antrags auf berufliche Massnahmen und Rentenleistungen in Aussicht (IV-act. 22). Mit Einwand vom 29. April 2014 beantragte der Versicherte, vertreten durch die Procap St. Gallen-Appenzell, weitere Abklärungen betreffend die Restarbeitsfähigkeit. Er reichte zudem einen Austrittsbericht des Schweizerischen Epilepsie-Zentrums Zürich (nachfolgend: EPI-Klinik) vom 18. Februar 2014 (IV-act. 28-7 ff.) ein und berichtete von weiteren geplanten medizinischen Abklärungen (IV-act. 28-1 f.). Daraufhin wiederrief die IV-Stelle am 11. Juni 2014 den Vorbescheid vom 24. Februar 2014 (IV-act. 31). In der Folge nahm die IV-Stelle die Eingliederungsberatung auf (Assessmentprotokoll vom 11. August 2014, IV-act. 42; Mitteilung vom 20. Oktober 2014 betreffend Arbeitsvermittlung, IV-act. 49). Vom 17. Juni bis 16. September 2015 hatte der Versicherte einen Arbeitsversuch in der D.\_\_\_\_ AG als Mitarbeiter Recovery, beginnend mit einem Pensum von 50%, absolviert (IV-act. 74 und 68). Eine anschliessende Festanstellung bei der D.\_\_\_\_ AG ergab sich jedoch nicht (vgl. Verlaufsprotokoll Eingliederungsberatung vom 22. Oktober 2015, IV-act. 80-8 und 82-1). Mit Mitteilung vom 30. Oktober 2015 schloss die IV-Stelle die Beratung und Unterstützung bei der Stellensuche erfolglos ab (IV-act. 83). Dr. med. E.\_\_\_\_ vom Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD), Fachärztin für Allgemeine Medizin, hielt in ihrer Stellungnahme vom 6. September 2016 nach Einholung und Prüfung weiterer medizinischer Unterlagen eine Arbeitsfähigkeit von 75%, bei Verteilung auf ein Arbeitspensum von 75% mit etwas längeren Pausen zur Erholung, bei einem stabilen Gesundheitszustand fest. Für eine Verbesserung der Arbeitsfähigkeit auf dem ersten Arbeitsmarkt seien die verordneten Medikamente vom Versicherten regelmässig einzunehmen (IV-act. 113). Mit Vorbescheid vom 27. September 2016 kündigte die IV-Stelle dem Versicherten die Abweisung des Rentenantrages an. Für die Tätigkeit als Betriebsmitarbeiter sowie andere angepasste Tätigkeiten sei der Versicherte unter Berücksichtigung der Adaptionskriterien (keine Fahrfähigkeit, keine Tätigkeiten mit Sturzgefahr und mit gefährlichen Maschinen) 75% arbeitsfähig. Unter Berücksichtigung des Minderverdienstes resultiere ein rentenausschliessender Invaliditätsgrad (IV-act. 116). Mit Einwand vom 28. Oktober 2016 liess der Versicherte über die Procap St. Gallen-Appenzell geltend machen, dass zwei neuropsychologische Abklärungen vorliegen würden, welche beide objektiv mittelschwere kognitive Funktionsstörungen festhielten. Die behandelnden Ärzte würden von einer Restarbeitsfähigkeit von 50% bei einer zeitlichen Präsenz von 75% ausgehen. Die vom RAD unterstellte, möglicherweise unregelmässige Medikamenteneinnahme werde zurückgewiesen. Zudem sei eine weitere stationäre Abklärung in der EPI-Klinik geplant, weshalb diese abzuwarten sei (IV-act. 127). Mit Schreiben vom 5. Januar 2017 teilte die Rechtsvertreterin des Versicherten mit, dass aktuell kein stationärer Aufenthalt in der EPI-Klinik geplant sei, jedoch eine EEG Long-Term-Ableitung im Kantonsspital St. Gallen vom 9. Januar bis 24. Januar 2017 (IV-act. 129). Nach Würdigung der ärztlichen Stellungnahme der behandelnden Ärzte des KSSG (IV-act. 135) kam die zuständige RAD-Ärztin am 30. März 2017 zum Schluss, dass auf die Beurteilung der Klinik für Neurologie abgestellt werden könne und eine verwertbare Arbeitsfähigkeit von 50% bei einem Pensum von 75% gegeben sei (IV-act. 136). Im Rahmen einer zweiten Anhörung informierte die IV-Stelle die Rechtsvertreterin über die von ihr getätigten zusätzlichen Abklärungen und gewährte erneut Möglichkeit zur Stellungnahme zur weiterhin geplanten Abweisung des Rentenbegehrens (IV-act. 138). In der Stellungnahme vom 7. April 2017 hielt die Rechtsvertreterin fest, dass aufgrund der neuropsychologischen Abklärungen mittelschwere kognitive Funktionsstörungen vorliegen würden, aufgrund derer nur noch

eine Arbeitsfähigkeit von 37.5% vorhanden sei. Infolge einer therapierefraktären Epilepsie verschlechtere sich die kognitive Situation mit jedem Anfall zusätzlich. Die letzte neuropsychologische Abklärung hätte vor drei Jahren stattgefunden. Zudem sei beim Einkommensvergleich auch der tatsächliche Minderverdienst anzurechnen (IV-act. 139). Nach der Einholung weiterer medizinischer Unterlagen plante die IV-Stelle zunächst die Einholung eines polydisziplinären Gutachtens (Neurologie, Neuropsychologie, Psychiatrie und Allgemeine Medizin; vgl. Strategieprotokoll vom 2. Mai 2017, IV-act. 140). Nachdem im April 2017 jedoch eine neuropsychologische Abklärung stattgefunden hatte, erachtete der RAD lediglich eine bidsziplinäre Begutachtung (Neurologie und Psychiatrie) für notwendig (RAD-Stellungnahme vom 29. Juni 2017, IV-act. 151). Im Auftrag der IV-Stelle wurde der Versicherte schliesslich durch Prof. Dr. med. F.\_\_\_\_, Facharzt Neurologie sowie Psychiatrie und Psychotherapie, IME Interdisziplinäre medizinische Expertisen, bidsziplinär (neurologisch und psychiatrisch am 9. Oktober 2017) abgeklärt (Psychiatrisches Fachgutachten vom 20. November 2017, IV-act. 157-89 ff.; Neurologisches Fachgutachten vom 20. November 2017, IV-act. 157-4 ff.). Am 8. November 2017 fand im Auftrag von Prof. F.\_\_\_\_ eine zusätzliche neuropsychologische Untersuchung bei G.\_\_\_\_, Fachpsychologin für Neuropsychologie FSP, statt (IV-act. 157). Dem bidsziplinären Konsens vom 20. November 2017 (IV-act. 157-1 ff.) ist als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine therapierefraktäre Epilepsie unklarer Ätiologie seit vermutlich 2007 und als Diagnose ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ein Verdacht auf eine organisch bedingte affektive Störung zu entnehmen. Es sei von einer Anfallshäufigkeit von ca. zwei bis drei epileptischen Anfällen pro Monat auszugehen, die beim Versicherten gemäss behandelnden Neurologen zu postiktalen neurokognitiven Einbussen von ca. jeweils zwei bis drei Tagen mit massiver Verlangsamung und Antriebsschwäche führen würden. Durchschnittlich müsse deshalb an 6.5 von 22 Arbeitstagen (ca. 30% eines Vollpensums) ein krankheitsbedingter Arbeitsausfall angenommen werden. Es bestünden qualitative Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit aufgrund der Epilepsie: keine Tätigkeiten auf Leitern und Gerüsten sowie im Wasser, im Schichtdienst und Nachdienst sowie solche, bei denen ein Fahrzeug zu steuern oder gefährliche Maschinen zu bedienen seien. Weiter seien Tätigkeiten mit Verantwortung für Personen und komplexe Abläufe nicht leidensgerecht. Infolge der eingeschränkten Aussagekraft des neuropsychologischen Zusatzuntersuches aufgrund einer verminderten Mitwirkung des Versicherten hätten keine relevanten kognitiv bedingten Einschränkungen nachgewiesen werden können, welche bei kognitiv einfachen Tätigkeiten zu einer Einschränkung der Arbeitsfähigkeit führen würden. Gesamthaft bestehe eine quantitative Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 30% (70% arbeitsfähig) bezogen auf ein Vollpensum in der zuletzt ausgeübten (leidensgerechten) und adaptierten Tätigkeit. Diese Einschätzung gelte seit der Anmeldung zum Leistungsbezug. Während der stationären Aufenthalte habe definitionsgemäss eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit gegolten (IV-act. 175-1). Mit Vorbescheid vom 21. Februar 2018 kündigte die IV-Stelle dem Versicherten wiederum die Abweisung des Rentenbegehrens an. Infolge der Anfälle bestünden eine Leistungseinbusse von 30% und eine verwertbare Arbeitsfähigkeit von 70% (IV-act. 163). Im dagegen erhobenen Einwand vom 13. April 2018 mit Ergänzung vom 16. Mai 2018 liess der Versicherte über seine Rechtsvertreterin geltend machen, dass weder der Versicherte noch der behandelnde Neurologe die Schlussfolgerung der neuropsychologischen Testung im Gutachten hätten nachvollziehen können. Deshalb habe der behandelnde Neurologe eine weitere neuropsychologische Testung in der EPI-Klinik (Klinik H.\_\_\_\_) angemeldet, welche

abzuwarten sei. Zudem sei bei der Bemessung des Invaliditätsgrades der Minderverdienst zu berücksichtigen und es sei der maximale Leidensabzug zu gewähren, da er aufgrund der Anfälle immer wieder krankheitsbedingt ausfalle (IV-act. 169 und 166). Dem Bericht vom 3. September 2018 über die erneute neuropsychologische Untersuchung vom 28. August 2018 an der Klinik H.\_\_\_\_ ist zu entnehmen, dass sich weder aus den Beobachtungen noch aus den Resultaten der Leistungsvalidierungsverfahren Hinweise für eine verminderte Leistungsmotivation oder Aggravation hätten finden lassen, so dass von validen neuropsychologischen Befunden und authentischen neuropsychologischen Beeinträchtigungen auszugehen sei. Die Beeinträchtigungen liessen sich im Ergebnis im Rahmen der vorliegenden Grunderkrankung begründen und hätten Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit des Versicherten (IV-act. 175). In der Stellungnahme vom 29. Oktober 2018 zu den Untersuchungsbefunden der Klinik H.\_\_\_\_ verwies Prof. F.\_\_\_\_ auf die Stellungnahme der Psychologin G.\_\_\_\_ vom 19. Oktober 2018, weshalb weiterhin auf die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit im bidisziplinären Gutachten abgestellt werden könne. Auch in der Untersuchung in der Klinik H.\_\_\_\_ hätten bei zweifelhafter Beurteilung der Symptomvalidierungsergebnisse leichtgradige neuropsychologische Einschränkungen festgestellt werden können, die mit einer 30%igen Arbeitsunfähigkeit korrekt bewertet worden seien. Es sei an der im Gutachten festgelegten Arbeitsunfähigkeit von 30% festzuhalten (IV-act. 179). Im Bericht vom 7. November 2018 gelangte die RAD-Ärztin zum Schluss, es könne an der bisherigen Einschätzung der Arbeitsfähigkeit festgehalten werden. Aufgrund eines stabilen Gesundheitszustandes seien keine weiteren Abklärungen angezeigt (IV-act. 180). Nach Durchführung einer zweiten Anhörung (vgl. IV-act. 181 und 185) erliess die IV-Stelle am 4. Januar 2019 eine Verfügung entsprechend dem Vorbescheid. Es sei keine befristete Rente geschuldet, da bereits im Zeitpunkt des Vorbescheides im September 2016 von einer 75%igen Arbeitsfähigkeit ausgegangen worden sei. Die nachfolgenden medizinischen Abklärungen und insbesondere das Gutachten bestätigten diese hohe Restarbeitsfähigkeit. Betreffend des Minderverdienstes sei festzuhalten, dass das Einkommen der letzten Jahre jeweils tiefer ausgefallen sei als der Durchschnittsverdienst gemäss der Lohnstrukturerhebung. Der Versicherte habe sich freiwillig zu tieferen Konditionen anstellen lassen, weshalb der Minderverdienst nicht angerechnet werden könne. Ein Leidensabzug könne vorliegend nicht vorgenommen werden, da die geltend gemachten Einschränkungen (z.B. die Regenerationszeit nach einem Anfall) bereits in der Einschätzung der Arbeitsfähigkeit gesamthaft berücksichtigt worden seien (IV-act. 187). Gegen diese Verfügung erhob der nun nicht mehr vertretene Versicherte am 7. Februar 2019 Beschwerde. Darin beantragt er die Aufhebung der Verfügung vom 4. Januar 2019 und die Zusprache mindestens einer halben Rente. Zudem stellte der Beschwerdeführer ein Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege. Im Wesentlichen macht er geltend, dass die Gutachter unrechtmässig von einer 70%igen Arbeitsfähigkeit in adaptierten Tätigkeiten ausgehen würden, da er aufgrund seiner kognitiven Einschränkungen rascher ermüde und sich schlechter konzentrieren könne. Zudem sei die retrospektive Einschätzung der Arbeitsfähigkeit nicht möglich. Weiter sei der Einkommensvergleich anzupassen, da er das unterdurchschnittliche Einkommen nicht freiwillig akzeptiert habe. Bei der Berechnung des Invaliditätsgrades sei ferner zu berücksichtigen, dass es für ihn auf dem Arbeitsmarkt schwierig werde eine Stelle zu finden, infolge der durch die epileptischen Anfälle unplanbaren Krankheitsabsenzen (act. G 1). In ihrer Beschwerdeantwort vom 27. März 2019 beantragt die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde. Dem bidisziplinären Gutachten von Prof. F.\_\_\_\_ komme volle

Beweiskraft zu. Die Zweifel am Gutachten durch den Bericht der Klinik H.\_\_\_\_ vom 3. September 2018 hätten durch die Stellungnahme der Gutachter Prof. F.\_\_\_\_ und der Psychologin G.\_\_\_\_ vom 19. sowie 29. Oktober 2018 entkräftet werden können. Aus den Akten sei auch keine Verschlechterung des Gesundheitszustandes seit der Begutachtung ersichtlich und eine solche werde vom Beschwerdeführer auch nicht geltend gemacht. Betreffend das unterdurchschnittliche Valideneinkommen hält die Beschwerdegegnerin fest, dass für die freiwillige Erwirtschaftung eines unterdurchschnittlichen Einkommens keine Gründe ersichtlich seien. Demnach sei somit ein Minderverdienst anzurechnen bzw. die Vergleichseinkommen seien zu parallelisieren. Vorliegend lasse sich ein Minderverdienst in der Höhe von Fr. 19'182.-- bzw. von 28.8% errechnen. Gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung sei lediglich der 5% übersteigende Minderverdienst zu parallelisieren und somit konkret 23.87%. Es lasse sich folglich ein parallelisiertes Invalideneinkommen von Fr. 35'413.15 ([Fr. 66'453.-- : (23.87% x Fr. 66'453.--)] x 70%) errechnen. Ins Verhältnis mit dem Valideneinkommen von Fr. 47'271.-- gesetzt, resultiere ein Invaliditätsgrad von 25%. Ein Leidensabzug können vorliegend nicht gewährt werden, da die invaliditätsfremden Faktoren mittels Parallelisierung ausreichend berücksichtigt würden und die unplanbaren Krankheitsabsenzen bedingt durch die epileptischen Anfälle bereits in der 30%igen Arbeitsunfähigkeit berücksichtigt worden seien (act. G 5). Am 3. April 2019 wird dem Gesuch um Bewilligung der unentgeltlichen Rechtspflege (Befreiung von Gerichtskosten) für das Verfahren vor Versicherungsgericht entsprochen (act. G 6). Der Beschwerdeführer verzichtet auf eine Replik (act. G 8) Erwägungen Zwischen den Parteien umstritten und nachfolgend zu prüfen ist ein Rentenanspruch des Beschwerdeführers. Anspruch auf eine Rente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG; SR 831.20) Versicherte, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wiederherstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a), während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40% arbeitsunfähig gewesen sind (lit. b) und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40% invalid sind (lit. c). Gemäss Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) wird unter Invalidität die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit verstanden. Erwerbsunfähigkeit ist der durch die gesundheitliche Beeinträchtigung 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). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG). Nach Art. 28 Abs. 2 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG; SR 831.20) besteht Anspruch auf eine ganze Invalidenrente, wenn die versicherte Person 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. 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 256 E. 4 mit Hinweisen). Ob einer

versicherungsmedizinischen Expertise oder einem ärztlichen Bericht Beweiswert zukommt, stellt eine frei überprüfbare Rechtsfrage dar. Diese ist zu bejahen, wenn 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 sowie der medizinischen Situation einleuchtet und die Schlussfolgerungen der Experten begründet sind. Den von Versicherungsträgern im Verfahren nach Art. 44 ATSG eingeholten, den Anforderungen der Rechtsprechung entsprechenden Gutachten externer Spezialärzte (sogenannte Administrativgutachten) darf voller Beweiswert zuerkannt werden, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 125 V 351 E. 3a mit Hinweisen; Urteil des Bundesgerichts vom 20. August 2018, 9C\_86/2018, E. 5.1 mit Hinweisen). Im Sozialversicherungsrecht gilt der Untersuchungsgrundsatz. Verwaltung und Sozialversicherungsgericht haben von sich aus für die richtige und vollständige Abklärung des rechtserheblichen Sachverhaltes zu sorgen (BGE 138 V 218 E. 6 mit Hinweisen). Rechtserheblich sind alle Tatsachen, von deren Vorliegen es abhängt, ob über den streitigen Anspruch so oder anders zu entscheiden ist. In diesem Rahmen haben Verwaltungsbehörden und das Sozialversicherungsgericht zusätzliche Abklärungen stets dann vorzunehmen oder zu veranlassen, wenn hierzu aufgrund der Parteivorbringen oder anderer sich aus den Akten ergebenden Anhaltspunkte hinreichender Anlass besteht (BGE 117 V 282 E. 4a). Im Sozialversicherungsrecht hat das Gericht seinen Entscheid, sofern das Gesetz nichts abweichendes vorsieht, nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu fällen. Die blosse Möglichkeit eines bestimmten Sachverhalts genügt den Beweisanforderungen nicht. Die Richterin und der Richter haben vielmehr jener Sachverhaltsdarstellung zu folgen, die sie von allen möglichen Geschehensabläufen als die wahrscheinlichste würdigen (BGE 126 V 353 E. 5b; BGE 125 V 193 E. 2, je mit Hinweisen). Zunächst ist zu prüfen, ob aufgrund der vorliegenden medizinischen Aktenlage der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers genügend abgeklärt wurde. Die Beschwerdegegnerin stützt sich auf die im bidsziplinären Gutachten vom 20. November 2017 und in der gutachterlichen Stellungnahme vom 29. Oktober 2018 attestierte Arbeitsfähigkeit von 70% in angestammter und in adaptierter Tätigkeit. Der Beschwerdeführer hingegen bestreitet die Höhe und den zeitlichen Verlauf dieser Einschätzung der Arbeitsfähigkeit (act. G 1). Prof. F. \_\_\_ hielt im neurologischen Teilgutachten zum subjektiven Beschwerdevortrag fest, dass es in den letzten Monaten vor der Begutachtung alle eineinhalb bis zwei Wochen in der Nacht zu tonisch-klonischen Anfällen gekommen sei. Nach einem solchen Anfall sei der Beschwerdeführer für zwei bis drei Tage deutlich verlangsamt sowie desinteressiert, könne den Alltag selbständig nicht mehr ausreichend bewältigen und fühle sich vermehrt müde sowie kognitiv weniger einsetzbar (IV-act. 157-74). Aus neurologischer Sicht ziehe die Epilepsie eine quantitative und qualitative Einschränkung der mittel- und langfristigen Arbeitsfähigkeit nach sich. Es sei von einer Anfallshäufigkeit von circa zwei bis drei epileptischen Anfällen pro Monat auszugehen, die beim Beschwerdeführer zu postiktalen neurokognitiven Einbussen von circa zwei bis drei Tagen mit massiver Verlangsamung und Antriebsschwäche führe. Dies bedinge einen Arbeitsausfall von minimal vier bis maximal neun Tagen im Monat. Folglich müsse im Durchschnitt von einem krankheitsbedingten Arbeitsausfall an 6.5 von 22 Arbeitstagen ausgegangen werden. Der Beschwerdeführer dürfe zudem keine Tätigkeit auf Leitern und Gerüsten oder im Wasser ausüben. Tätigkeiten mit Wechselschichten oder Nachtdiensten seien zu vermeiden, ebenso Tätigkeiten, die das Führen eines Fahrzeuges

oder Bedienen von gefährlichen Maschinen erfordern. Auch Aufsichtstätigkeiten mit Verantwortung für Personen und komplexen Abläufen seien nicht leidensgerecht. Es bestehe eine 30%ige Arbeitsunfähigkeit bezogen auf ein Vollpensum in der angestammten sowie in adaptierten Tätigkeiten, wobei allfällige neuropsychologische Einschränkungen nicht berücksichtigt worden seien. Diese Einschätzung gelte seit der Anmeldung, für stationäre Aufenthalte habe eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit bestanden (IV-act. 157-85 ff.). Im psychiatrischen Teilgutachten berichtete Prof. F. \_\_\_ von Hinweisen auf eine nur bedingte motivationale Anstrengungsbereitschaft des Beschwerdeführers in der neuropsychologischen Testung und in der bidisziplinären Untersuchung. Das Aktivitätenniveau im privaten Kontext schein deutlich weniger eingeschränkt als die beruflich geltend gemachten Einschränkungen. Die Diagnosestellung sei erheblich erschwert gewesen infolge der nur unzureichenden Mitarbeit des Beschwerdeführers insbesondere in der neuropsychologischen Testung (IV-act. 157-115). Der psychiatrische Querschnittsuntersuch hätte keine tiefgreifenden Störungen der Impulsivität oder Affektivität aufdecken können. Es dürfe jedoch nicht daraus geschlossen werden, dass beim Beschwerdeführer keine kognitiven Einbussen im Rahmen der Epilepsie vorliegen würden (IV-act. 157-116 f.). Diagnostisch könne nur ein Verdacht auf eine organisch bedingte affektive Störung gestellt werden, die sich zwar nicht objektivieren, aber auch nicht gänzlich habe ausschliessen lassen (IV-act. 157-118). Beim Beschwerdeführer lägen keine objektivierbaren Fähigkeitseinbussen vor, die in der zuletzt ausgeübten und in adaptierten Tätigkeiten eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von mehr als 20% begründen würden. Die Diskrepanz zur Einschätzung der Arbeitsfähigkeit der behandelnden Ärzte sei damit zu erklären, dass diese von subjektiven Angaben ausgegangen seien und hierauf ihre Diagnosen und die Arbeitsunfähigkeitsschätzung fokussierten. Im Gutachten seien solche Störfaktoren jedoch objektiviert worden (IV-act. 157-120). Im Bericht zur neuropsychologischen Abklärung hielt G. \_\_\_ Auffälligkeiten und Inkonsistenzen in den Symptomvalidierungsverfahren und den neuropsychologischen Tests fest, welche auf eine neuropsychologisch un plausible Symptomproduktion hinweisen würden und nicht mit wissenschaftlichen Modellen zu pathologischen Hirnfunktionen erklärbar seien. In mehreren Aufgaben hätte der Beschwerdeführer aktuell erwartungsgerechte Ergebnisse, in einigen jedoch auch weit unter der Erwartung liegende Resultate erbracht. Es könne davon ausgegangen werden, dass er über weite Strecken in der Testung gut mitgearbeitet habe. Insgesamt könne eine flukturierende und zu einigen Zeitpunkten nicht ausreichende Anstrengungsbereitschaft jedoch nicht ausgeschlossen werden. Gravierende Gedächtnisstörungen seien jedoch auszuschliessen und es sei von keinen relevanten kognitiv bedingten Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit in einer kognitiv einfachen Tätigkeit auszugehen. In der aktuellen Testung sei ein weit unterdurchschnittlicher nonverbaler IQ erhoben worden. Eine derart niedrige Intelligenz, welche im Bereich einer leichten Intelligenzminderung anzusiedeln wäre, sei weder mit der Schulbildungsanamnese noch mit dem klinischen Eindruck in der Testsituation vereinbar. Sie könne auch nicht mit den Folgen der epileptischen Anfälle erklärt werden. Es sei jedoch nicht auszuschliessen, dass es sich bei diesen Testresultaten um Folgen einer verminderten Anstrengungsbereitschaft in der Bewältigung der Testaufgabe handle. In den Voruntersuchungen seien keine Beschwerdevalidierungen dokumentiert, weshalb diese für die Einschätzungen der Auswirkungen von kognitiven Funktionsstörungen auf die berufliche Leistungsfähigkeit nicht geeignet seien. Die in der Voruntersuchung beschriebenen mittelschweren bis schweren Störungen von Lernen und Gedächtnis hätten

sich aktuell nicht objektivieren lassen. Insgesamt erscheine das kognitive Niveau und die Verhaltensregulation deutlich weniger stark beeinträchtigt als in der Voruntersuchung beschrieben (IV-act. 157-130 ff.). In der am 28. August 2018 durchgeführten neuropsychologischen Untersuchung in der Klinik H.\_\_\_\_ ist von validen Untersuchungsergebnissen berichtet worden, welche die aktuelle Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers wiedergeben würden. Die neuropsychologische Untersuchung habe Beeinträchtigungen in attentionalen Funktionen (insbesondere verlangsamte Verarbeitungsgeschwindigkeit) sowie im Bereich der episodischen Gedächtnisfunktionen (Beeinträchtigungen im Behalten und verzögerten Erinnern von verbalen Informationen) ergeben. Überdies hätten sich Schwierigkeiten bei der Impulskontrolle und geteilten Aufmerksamkeit gezeigt. Weder aus der Beobachtung noch aus den Resultaten der Leistungsvalidierungsverfahren hätten sich Hinweise für eine verminderte Leistungsmotivation oder Aggravation ergeben. Im Vergleich zur gutachterlichen neuropsychologischen Untersuchung zeige sich ein weitgehend stabiles kognitives Leistungsprofil mit unterdurchschnittlichen Verarbeitungsgeschwindigkeiten, verminderter Reaktionsgüte im Go/Nogo-Test, verminderter verbaler Ideenproduktion sowie Abrufleistung von Wörtern und Rechenfähigkeiten, Schwierigkeiten beim Zeichnen einer Uhr sowie insgesamt genügenden visuell-räumlichen Gedächtnisleistungen. Die Datenauswertung in der gutachterlichen neuropsychologischen Untersuchung sei nicht konservativ erfolgt, sondern im Sinne einer sehr hohen Sensitivität bezüglich Aggravation. Die Daten und der Verlauf seien jedoch nicht hinreichend vor dem Hintergrund der organischen Ursachen, d.h. der strukturellen cerebralen Auffälligkeiten, auffälligen Entzündungsparametern, unvollständigen Anfallskontrolle sowie der antiepileptischen Polymedikation mit potentiell kognitiver Störwirkungen interpretiert worden. Aus Sicht der Untersucher der Klinik H.\_\_\_\_ liessen sich die Beeinträchtigungen im Rahmen der vorliegenden Grunderkrankung begründen und hätten Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit (Bericht vom 3. September 2018, IV-act. 175-6 f.). In ihrer Stellungnahme zum Bericht der Klinik H.\_\_\_\_ hielt die Psychologin G.\_\_\_\_ fest, dass ihre nicht konservative Auslegung der Daten im Rahmen der gutachterlichen Untersuchung gerechtfertigt und der Beschwerdeführer ausdrücklich auf seine Mitwirkungspflicht hingewiesen worden sei. Im Testprofil des Beschwerdeführers hätten sich zahlreiche Inkonsistenzen und unplausible Testergebnisse zu einem Leistungsbild addiert, welches nicht mehr als valides Abbild einer authentischen kognitiven Störung im Rahmen der bekannten organischen Störung interpretiert werden könne und zumindest partiell von einer verminderten Anstrengungsbereitschaft hätte ausgegangen werden müssen (IV-act. 179-3). In der Untersuchung der Klinik H.\_\_\_\_ hätte der Beschwerdeführer Leistungsverbesserungen und nun normgerechte Ergebnisse in mehreren Verfahren aufgezeigt, in denen er in der gutachterlichen Untersuchung unterdurchschnittliche Ergebnisse erbracht hätte. Unter der Annahme, dass es sich bei der Untersuchung der Klinik H.\_\_\_\_ um ein valides Testprofil handelte, wären die Defizite laut aktueller Empfehlung des Berufsverbandes der Schweizer Neuropsychologen (SVNP) als leichte neuropsychologische Störung einzuordnen und hätten eine Arbeitsunfähigkeit von 10 bis 30% zur Folge. Im Falle einer kognitiv einfachen Tätigkeit könne die Einschränkung der Arbeitsfähigkeit im konkreten Fall mit maximal 20% eingeschätzt werden. Diese Einschränkung von maximal 20% würde in der im Gutachten vom 20. November 2017 festgelegten Arbeitsunfähigkeit von 30% aufgehen (IV-act. 179-4 f.). Prof. F.\_\_\_\_ beschränkte sich in seiner Stellungnahme auf einen Verweis zur Beurteilung der Psychologin G.\_\_\_\_ und hielt an der im Gutachten erfolgten

Einschätzung der Arbeitsunfähigkeit von 30% ohne weitere Ausführungen oder Begründung fest (IV-act. 179-2). Der Stellungnahme von Prof. F.\_\_\_\_ ist zwar nicht zu entnehmen, ob sich die neuropsychologisch festgestellte Einschränkung zusätzlich auf die Arbeitsfähigkeit auswirkt. Dies namentlich vor dem Hintergrund, dass er die Arbeitsunfähigkeit von 30% im neurologischen Gutachten rein aus neurologischer Sicht festgelegt und allfällige neuropsychologischen Defizite in die 30%ige Arbeitsunfähigkeit explizit nicht einbezogen hatte (vgl. IV-act. 157-86). Im psychiatrischen Teilgutachten hatte er jedoch festgehalten, dass den Ergebnissen des neuropsychologischen Teilgutachtens infolge der verminderten Mitwirkung des Beschwerdeführers beschränkte Aussagekraft zukomme und keine relevanten kognitiv bedingten Einschränkungen nachgewiesen worden seien, welche die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers in einer kognitiv einfachen Tätigkeit beeinträchtigen würden. Zusammenfassend könne nicht geschlossen werden, dass keine kognitiven Einbussen vorliegen würden. Die Abschätzung eventuell tatsächlich vorhandener Leistungseinbussen erfolge auf der Grundlage der auswertbaren Testergebnisse und der Psychopathologie in Kenntnis der medizinischen Vorberichte (IV-act. 157-119). Auf der Grundlage der medizinischen Fakten, der Fremdanamnese, der eigenen psychopathologischen Untersuchung und des neuropsychologischen Zusatzuntersuchts mit Vierfachsymptomvalidierung komme er zum Schluss, dass beim Beschwerdeführer keine objektivierbaren Fähigkeitseinbussen vorlägen, die in der zuletzt ausgeübten und in adaptierter Tätigkeit eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von mehr als 20% begründen würden. Da eine derartige organisch bedingte Störung überdauernd wäre, könnte indirekt geschlussfolgert werden, dass diese Einschätzung seit Antragsstellung anhaltend gelte. Die Diskrepanz zur Arbeitsfähigkeitsschätzung der Behandler bestehe darin, dass diese von subjektiven Angaben ausgegangen seien und hierauf ihre Diagnose sowie die Arbeitsfähigkeitsschätzung fokussiert hätten. Hingegen seien diese Störfaktoren im hiesigen Untersuchungsobjekt objektiviert worden (IV-act. 157-120). Dieses Vorgehen in der Stellungnahme überzeugt, da es rechtsprechungsgemäss grundsätzlich Aufgabe des psychiatrischen Facharztes ist, die Arbeitsfähigkeit unter Berücksichtigung allfälliger neuropsychologischer Defizite einzuschätzen (Urteil des Bundesgerichts vom 12. April 2019, 9C\_752/2018, E. 5.3 mit Hinweisen). Prof. F.\_\_\_\_ kam in seiner psychiatrischen Begutachtung unter Einbezug der nicht validen Ergebnisse der neuropsychologischen Untersuchung von G.\_\_\_\_ zum Schluss, dass - wenn auch nicht objektivierbar - Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit im Bereich von ungefähr bzw. nicht mehr als 20% vorliegen würden. Die neu vorliegende nun valide neuropsychologische Untersuchung der Klinik H.\_\_\_\_ kommt zum Ergebnis, dass die festgestellten Beeinträchtigungen Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers hätten (IV-act. 175-7), legt aber deren Umfang nicht fest. Dies holt G.\_\_\_\_ in ihrer Beurteilung vom 19. Oktober 2018 nach und leitet gemäss den SVNP-Empfehlungen, die den Grad der Arbeitsunfähigkeit bei einer leichten neuropsychologischen Störung von 10 bis 30% einordnen, eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von maximal 20% ab. Diese gehe in der im Gutachten von November 2017 festgehaltenen Arbeitsunfähigkeit von 30% auf. Diese Schlussfolgerung überzeugt ohne weiteres, da die bidisziplinäre Begutachtung die mutmasslich vorhandenen neuropsychologischen Einschränkungen bereits angemessen berücksichtigte. Zusammenfassend ist festzuhalten, dass dem Gutachten von Prof. F.\_\_\_\_ genügend Beweiswert zukommt und es die Qualitätskriterien für ein Gutachten erfüllt (vgl. E. 1.4 vorstehend). Es besteht kein Anlass, bezüglich der medizinisch-theoretischen Arbeitsfähigkeit von der Einschätzung des Gutachtens abzuweichen. Gesamthaft durfte die

Beschwerdegegnerin von einer um 30% eingeschränkten Arbeitsfähigkeit für die angestammte sowie für adaptierte Tätigkeiten ausgehen. Der Gutachter attestierte dem Beschwerdeführer eine Arbeitsunfähigkeit von 30% in der zuletzt ausgeübten (leidensgerechten) und in einer adaptierten Tätigkeit seit der Antragstellung. Während die Beschwerdegegnerin diese Einschätzung für den gesamten relevanten Zeitraum für massgeblich hält, ist der Beschwerdeführer der Ansicht, der Gutachter könne nicht retrospektiv über die Arbeitsfähigkeit befinden (act. G 1 und G 5). Gemäss Art. 29 Abs. 1 IVG entsteht ein Rentenanspruch frühestens nach Ablauf von sechs Monaten nach der Geltendmachung des Leistungsanspruchs. Der Beschwerdeführer meldete sich am 2. Dezember 2013 zum Bezug von Leistungen der Invalidenversicherung an (IV-act. 1). Da der Beschwerdeführer seit April 2011 wegen der epileptischen Anfälle die neurologische Sprechstunde des KSSG besucht (IV-act. 18-29) und nach Aussage seines Hausarztes seine bisherige Arbeitsstelle aufgrund der gesundheitlichen Einschränkung per 31. August 2011 kündigen musste (IV-act. 5-4), erscheint es gerechtfertigt, den Beginn der für das Rentengesuch wesentlichen Arbeitsunfähigkeit in das Jahr 2011 zu legen (vgl. dazu auch die Stellungnahme des RAD vom 10. Januar 2014 (IV-act. 17). Unter Berücksichtigung des Wartejahres i.S.v. Art. 28 Abs. 1 IVG fällt der frühestmögliche Rentenbeginn somit auf den 1. Juli 2014 (Art. 28 Abs. 1 i.V.m. Art. 29 Abs. 1 und 3 IVG). Soweit der Beschwerdeführer geltend macht, das bidisziplinäre Gutachten sei vor dem Hintergrund der retrospektiven Einschätzung der Arbeitsfähigkeit nicht beweiskräftig, kann ihm nicht gefolgt werden. Betreffend retrospektivem Verlauf der Arbeitsfähigkeit ist den Akten zu entnehmen, dass es im vorliegend relevanten Vergleichszeitpunkt der Anmeldung im Dezember 2013 beim Beschwerdeführer zu zwei bis drei Anfällen pro Monat gekommen sei (vgl. Berichte der behandelnden Ärzte des KSSG vom 6. August 2013 und vom 2. Dezember 2013, IV-act. 18-8 und 18-6). Gemäss den Berichten der behandelnden Ärzte vom 10. und vom 27. Juni 2014 ist es sodann im Jahr 2014 alle zwei Wochen zu Anfällen (IV-act. 39 und 58) und im Jahr 2015 zu einer Anfallshäufigkeit von durchschnittlich zwei bis drei Anfällen pro Monat gekommen (vgl. Berichte vom 10. Juni 2015, vom 10. und 22. Dezember 2015; IV-act. 69, 91 und 92). Auch im Jahr 2016 ist es gemäss den vorliegenden Arztberichten durchschnittlich alle zwei bis drei Wochen zu ein bis zwei Grand Mal-Anfällen gekommen (Berichte vom 9. März 2016, vom 12. Juli 2016, vom 20. Dezember 2016, IV-act. 96, 105 und 129). Auch im Jahr 2017 sei es alle zwei bis drei Wochen zu ein bis zwei Anfällen gekommen (Berichte vom 6. März 2017, vom 12. April 2017 vom 19. Juni 2017, IV-act. 134, 135, 149 und 150). Im bidisziplinären Gutachten wird sodann auf S. 86 festgehalten, dass im Durchschnitt von einer Anfallshäufigkeit von circa zwei bis drei epileptischen Anfällen pro Monat auszugehen sei (IV-act. 157-86). Ein eigentlicher Anfallskalender, welcher die Daten, Anfallsformen und Häufigkeit der Anfälle des Beschwerdeführers festhält, liegt nicht bei den Akten, weshalb auf die vorhandenen Berichte und die darin enthaltene durchschnittliche Anfallshäufigkeit abzustellen ist. Die Analyse der Anfallshäufigkeit der letzten Jahre bis zum Gutachtenszeitpunkt zeigt, dass es seit der Anmeldung im Dezember 2013 durchschnittlich alle zwei bis drei Wochen zu ein bis zwei Anfällen gekommen ist, wobei monatliche Abweichungen nicht auszuschliessen sind. Betreffend Erholungsnotwendigkeit nach den Anfällen sind den Akten Erholungszeiten von zwei bis drei Tagen bis zu einer Woche zu entnehmen, wobei diese Angaben jeweils auf dem subjektiven Beschwerdevortrag des Beschwerdeführers beruhen. Wenn Prof. F.\_\_\_\_ im neurologischen Gutachten nach Kenntnis der Vorakten daraus eine Gültigkeit der Einschätzung der Arbeitsfähigkeit seit der Anmeldung bei der IV-Stelle im Dezember 2013

ableitet, so erscheint diese Beurteilung als nachvollziehbar und schlüssig. Der Beschwerdeführer bringt hiergegen auch keine weiteren Ausführungen oder fachärztliche Stellungnahmen zur Arbeitsfähigkeit vor, welche diese Einschätzung in Zweifel ziehen würden. Im psychiatrischen Gutachten hat Prof. F. \_\_\_ zudem für die attestierte nicht höher als 20%ige Einschränkung festgehalten, dass diese organisch bedingt und deshalb seit Antragsstellung vorhanden sei (IV-act. 157-120). Die vollständigen Arbeitsunfähigkeiten während der Spitalaufenthalte waren jeweils von kurzer Dauer (aus den Akten lassen sich folgende Spitalaufenthalte entnehmen: vom 6. bis 13. Januar 2013 im KSSG, act. 5-5 und 18-17; vom 25. bis 29. Juli 2013 in der Psychiatrischen Klinik I. \_\_\_, vgl. IV-act. 18-12 und 28-8; vom 21. bis 31. Januar 2011 in der EPI-Klinik, IV-act. 18-3 und 28; vom 2. bis 6. Mai 2016 im KSSG, IV-act. 108; sowie vom 9. bis 16. Januar 2017 im KSSG, IV-act. 132 und 134). Zu bestimmen bleibt der Invaliditätsgrad. Die Beschwerdeführerin nahm in der Verfügung vom 4. Januar 2019 einen Einkommensvergleich vor und ermittelte einen Invaliditätsgrad von 2%. Dabei ging sie von einem Valideneinkommen von Fr. 47'271.-- und einem Invalideneinkommen von Fr. 46'517.-- aus (IV-act. 162, 187). Mit der Beschwerdeantwort vom 28. März 2019 führte sie eine Parallelisierung der Vergleichseinkommen durch und errechnete einen Invaliditätsgrad von 25% unter der Annahme eines Valideneinkommens von Fr. 47'271.-- und eines parallelisierten Invalideneinkommens von Fr. 35'413.45 (act. G 5). Der Beschwerdeführer rügt die fehlende Berücksichtigung des unterdurchschnittlichen Einkommens und beantragt die Gewährung eines Leidensabzugs (act. G 1). Für die Bestimmung des Invaliditätsgrades 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, in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Art. 16 ATSG i.V.m. Art. 28a Abs. 1 IVG). Der Invaliditätsgrad ist durch einen Prozentvergleich (BGE 114 V 310 E. 3a) zu ermitteln, wenn Validen- und Invalideneinkommen sich nicht hinreichend genau oder nur mit unverhältnismässig grossem Aufwand bestimmen lassen und in letzterem Fall zudem angenommen werden kann, die Gegenüberstellung der nach Massgabe der im Einzelfall bekannten Umstände geschätzten, mit Prozentzahlen bewerteten hypothetischen Einkommen ergebe ein ausreichend zuverlässiges Resultat (Urteil des Bundesgerichts vom 24. Januar 2019, 9C\_492/2018, E. 4.3.2 mit Hinweisen). Beim Prozentvergleich wird das ohne Invalidität erzielbare hypothetische Erwerbseinkommen mit 100% bewertet, während das Invalideneinkommen auf einen entsprechend kleineren Prozentsatz veranschlagt wird, so dass sich aus der Prozentdifferenz der Invaliditätsgrad ergibt (Urteil des Bundesgerichts vom 4. Februar 2018, 9C-888/2014, E. 2). Bei der Bemessung des Valideneinkommens ist entscheidend, was die versicherte Person nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit im Zeitpunkt des Rentenbeginns tatsächlich verdienen würde, wenn sie nicht invalid geworden wäre (BGE 125 V 146 E. 5c/bb). Die Einkommensermittlung hat so konkret wie möglich zu erfolgen. Dabei wird grundsätzlich am zuletzt erzielten, nötigenfalls der Teuerung und der realen Einkommensentwicklung angepassten Verdienst angeknüpft (BGE 135 V 58 E. 3.1). Gemäss dem Fragebogen für Arbeitgebende hätte der Beschwerdeführer bei einem monatlichen Einkommen von Fr. 3'850.-- ein Jahresverdienst von 46'200.-- erzielt. Aus den eingereichten Belegen der Lohnbuchhaltung wird ersichtlich, dass sich der Bruttolohn seit dem Jahr 2009 steigerte und zusätzlich Schichtzulagen ausgerichtet wurden (IV-act. 10). Dem IK-Auszug ist zu entnehmen, dass der

Beschwerdeführer im Jahr 2008 bei der B.\_\_\_\_ AG AHV-pflichtige Einkommen von Fr. 55'996.--, im 2009 von Fr. 56'819.--, im Jahr 2010 von Fr. 55'521.-- und für die Monate Januar bis August 2011 von Fr. 33'809.-- erzielte (IV-act. 4). Dabei fällt auf, dass der (hochgerechnete) Jahresverdienst für das Jahr 2011 tiefer ausfällt, als für die vorherigen Jahre. Den Akten lässt sich nicht entnehmen, weshalb es konkret zu diesem tieferen Jahreseinkommen gekommen ist und inwiefern dies mit den gesundheitlichen Beschwerden in Zusammenhang stehe. Den ärztlichen Berichten lässt sich immerhin entnehmen, dass im Jahre 2011 die Diagnose Epilepsie zum ersten Mal gestellt wurde und ab Mai 2011 gemäss ärztlichem Zeugnis Nachtschichten vermieden werden sollten (IV-act. 5 und 18-29). Somit ist davon auszugehen, dass das Einkommen des Beschwerdeführers im Jahr 2011 bereits infolge der gesundheitlichen Beschwerden beeinträchtigt war. Da der Beschwerdeführer sowohl vor als auch nach dem Eintritt der Gesundheitsbeeinträchtigung als Hilfsarbeiter tätig sein kann, während drei Jahren konstant höhere Einkommen erzielte und insbesondere in Anbetracht seiner familiären Verpflichtungen (er ist Vater von fünf Kindern) ist nicht davon auszugehen, dass er sich freiwillig mit einem im Vergleich zum statistischen Hilfsarbeiterlohn niedrigeren Einkommen begnügt hatte. Somit rechtfertigt es sich, für das Valideneinkommen vom Tabellenlohn für Hilfsarbeiter auszugehen. Nachdem das Invalideneinkommen auf der Basis der Tabellenlöhne ermittelt werden kann und die beiden Vergleichseinkommen somit gleich hoch sind, kann ein Prozentvergleich vorgenommen werden. Zu prüfen bleibt, ob ein sogenannter Tabellenlohnabzug zu gewähren ist. Mit einem solchen ist zu berücksichtigen, dass gesundheitlich beeinträchtigte Personen, die selbst bei leichten (Hilfsarbeiter)Tätigkeiten behindert sind, im Vergleich zu voll leistungsfähigen und entsprechend einsetzbaren arbeitnehmenden Personen lohnmässig benachteiligt sind und deshalb mit unterdurchschnittlichen Lohnansätzen rechnen müssen. Sodann wird dem Umstand Rechnung getragen, dass weitere persönliche und berufliche Merkmale einer versicherten Person, wie Alter, Dauer der Betriebszugehörigkeit, Nationalität oder Aufenthaltskategorie sowie Beschäftigungsgrad, Auswirkungen auf die Lohnhöhe haben können (BGE 129 V 481 E. 4.2.3, vgl. auch BGE 134 V 327 E. 5.2). Der Einfluss sämtlicher Merkmale auf das Invalideneinkommen ist nach pflichtgemäßem Ermessen gesamthaft zu schätzen. Der Abzug ist auf höchstens 25% begrenzt (Urteil des Bundesgerichts vom 20. April 2018, 9C\_833/2017 E. 2.2; BGE 134 V 322 E. 5.2). Neben der reduzierten Arbeitsfähigkeit von 30% treten beim Beschwerdeführer leidensbedingte Einschränkungen hinzu. Gemäss dem formulierten Zumutbarkeitsprofil dürfen keine Tätigkeiten auf Leitern und Gerüsten oder im Wasser ausgeübt werden. Tätigkeiten, die das Führen eines Fahrzeuges oder Bedienen von gefährlichen Maschinen erfordern, sind ebenfalls unzumutbar. Auch Aufsichtstätigkeiten mit Verantwortung für Personen und komplexen Abläufen sind nicht leidensgerecht. Der für den Beschwerdeführer in Betracht fallende Arbeitsmarkt ist sodann erheblich eingeschränkt. Die betrieblichen Einsatzmöglichkeiten und die auch bei Hilfsarbeitern von potentiellen Arbeitgebern geforderte Flexibilität werden durch die möglichen nächtlichen oder frühmorgendlichen epileptischen Anfälle sowie die Vermeidung von Tätigkeiten mit Wechselschichten und Nachtdiensten (regelmässiger Schlaf-Wach-Rhythmus erforderlich) weiter eingeschränkt. Dieser Umstand kann somit ebenfalls einen Einfluss auf die Höhe des Lohnes haben, um im Wettbewerb mit körperlich gesunden und voll arbeitsfähigen Hilfsarbeitern konkurrenzfähig zu bleiben. Der Beschwerdegegnerin ist insofern beizupflichten, als regelmässig wiederkehrende krankheitsbedingte Absenzen vom Arbeitsplatz grundsätzlich bei der Festlegung des zeitlich zumutbaren Umfangs der Arbeitsfähigkeit berücksichtigt

sind (Urteil des Bundesgerichts vom 22. Mai 2018, 8C\_179/2018, E. 4.2 mit Hinweisen) und dies vorliegend auch geschah. Diese Regel gilt jedoch gemäss der bundesgerichtlichen Rechtsprechung nicht ausnahmslos. Nicht vorhersehbare und schwer kalkulierbare Absenzen, wie sie durch Krankheitsschübe verursacht werden, können einen Tabellenlohnabzug rechtfertigen (Urteile des Bundesgerichts vom 21. September 2017, 9C\_414/2017 E. 4.3; vom 21. September 2010, 9C\_728/2009, E. 4.3.1). Die epileptischen Anfälle treten gemäss gutachterlicher Feststellung zwar überwiegend nachts auf, führen jedoch trotzdem zu Arbeitsausfällen von minimal vier bis maximal neun Tagen pro Monat und zu einer Arbeitsunfähigkeit von durchschnittlich 30% (vgl. E. 2.2 vorstehend). Da die Anfälle und die damit einhergehenden Arbeitsunfähigkeiten sehr unregelmässig auftreten, wird ein potentieller Arbeitgeber dieses Risiko von vermehrten und unplanbaren Ausfällen aufgrund der epileptischen Anfälle mit einer vorübergehenden Arbeitsunfähigkeit und/oder zumindest stark verminderten Leistungsfähigkeit einkalkulieren. Dadurch wird der Beschwerdeführer bei der Verwertung der ihm verbleibenden Arbeitsfähigkeit verglichen mit gesunden Arbeitnehmer relativ stark benachteiligt. Daher rechtfertigt sich ein Abzug vom Tabellenlohn von 15% (vgl. dazu Urteil des Bundesgerichts vom 25. Januar 2011, 9C\_882/2010, E. 7.3.1, mit einem sehr ähnlichen Sachverhalt wie vorliegend). Ausgehend von einer 30%igen Arbeitsunfähigkeit für die bisherige und leidensangepasste Tätigkeit und unter Berücksichtigung eines 15%igen Tabellenlohnabzugs resultiert im Rahmen eines Prozentvergleichs ein rentenbegründender Invaliditätsgrad von gerundet 41% ( $30\% + [70\% \times 0.15]$ ). Der Beschwerdeführer hat folglich mit Wirkung ab 1. Juli 2014 einen Anspruch auf eine Viertelsrente. Nach dem Gesagten ist die Beschwerde teilweise gutzuheissen. Der Beschwerdeführer hat ab dem 1. Juli 2014 Anspruch auf eine Viertelsrente. Die Sache ist zur Festsetzung und Ausrichtung der geschuldeten Leistungen an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. Das Beschwerdeverfahren ist kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festgelegt (Art. 69 Abs. 1 bis IVG). Eine Gerichtsgebühr von Fr. 600.-- erscheint in der vorliegend zu beurteilenden Angelegenheit als angemessen. Da der Beschwerdeführer mit seinem Hauptanliegen, Zusprache einer Invalidenrente, durchgedrungen ist, rechtfertigt es sich, die Gerichtskosten vollumfänglich der Beschwerdegegnerin aufzuerlegen. Entscheid im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP In teilweiser Gutheissung der Beschwerde wird die angefochtene Verfügung vom 4. Januar 2019 aufgehoben und dem Beschwerdeführer eine Viertelsrente ab 1. Juli 2014 zugesprochen. Die Sache wird zur Festsetzung und Ausrichtung der Rentenleistung an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen. Die Beschwerdegegnerin hat die Gerichtsgebühr von Fr. 600.-- zu bezahlen.

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