

# **SO\_GERICHTE VSBES.2017.260 vom 6. September 2017**

SO Obergericht, 2017-09-06, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so\\_gerichte\\_VSBES.2017.260](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2017.260)

FR: SO\_GERICHTE VSBES.2017.260 du 6 septembre 2017

IT: SO\_GERICHTE VSBES.2017.260 del 6 settembre 2017

## **Erwägungen**

### **E. 1**

Die Verfügung der Invalidenversicherung vom 6. September 2017, welche A.\_\_\_\_ eine befristete ganze Rente vom 1. September 2011 bis und mit September 2012 zuspricht, sei insoweit aufzuheben, als die Rente befristet wird und A.\_\_\_\_ sei eine unbefristete ganze Rente zuzusprechen.

### **E. 2**

Eventuell: Die Verfügung der Invalidenversicherung vom 6. September 2017, welche A.\_\_\_\_ eine befristete ganze Rente vom 1. September 2011 bis und mit September 2012 zuspricht, sei insoweit aufzuheben, als die Rente gänzlich befristet wird und A.\_\_\_\_ sei mit Wirkung ab dem 1. Oktober 2012 eine Viertelsrente der Invalidenversicherung zuzusprechen.

### **E. 3**

auf den 4. September 2010 um Mitternacht ereignet (IV-Nr. 14.6). Dieses Datum bestätigte der Beschwerdeführer sodann anlässlich der Anmeldung zum Leistungsbezug bei der Beschwerdegegnerin vom 1. März 2013 sowie im Rahmen des Intake-Gesprächs vom 30. März 2011 (IV-Nrn. 3, 12). Von diesem Datum gingen zudem auch der RAD-Arzt Dr. med. H.\_\_\_\_ in seinen Stellungnahmen vom 8. September 2015 und 9. August 2016 (vgl. E. II. 5.18, 5.20 hiervor) sowie die Gutachter der Begutachtungsstelle I.\_\_\_\_ im polydisziplinären Gutachten vom 18. Mai 2016 (vgl. E. II. 5.20 hiervor) aus. Den medizinischen Berichten sind demgegenüber sowohl ein Unfalldatum vom 3. September 2010 (vgl. E. II. 5.1, 5.4 ff.) als auch vom 5. September 2010 (vgl. E. II. 5.3 hiervor) zu entnehmen. Da der genaue Zeitpunkt des sich im September 2010 zugetragenem Unfallereignisses für die zu beurteilende Frage, ob die Zusprache einer befristeten Rente korrekt erfolgt ist (vgl. II. E. 5 hiervor), keine wesentliche Rolle spielt, ist gestützt auf die vorliegenden Akten mit überwiegender Wahrscheinlichkeit vom 4. September 2010 auszugehen.

Der Beschwerdeführer erlitt somit am 4. September 2010 in der [...] einen Autounfall und musste sich aufgrund der dabei erlittenen Verletzungen nach seiner Repatriierung in die Schweiz mehreren operativen Eingriffen sowohl an den oberen als auch an den unteren Extremitäten unterziehen. Dies u.a. auch wegen einer sich entwickelten komplexen Wundinfektion mit multiresistenten *Acinetobacter baumannii* und *Enterococcus faecium*, welche diverse operative Revisionen des rechten Ellenbogengelenks sowie des rechten Unterarms bedingten, und wegen einer aufgetretenen Pseudarthrose. Somit war die gesundheitliche Situation des Beschwerdeführers direkt nach dem Unfallereignis im Wesentlichen aus somatischer Sicht beeinträchtigt. Im Laufe der Zeit wurden dann jedoch auch Beeinträchtigungen seiner psychischen Gesundheit dokumentiert.

7. Da die Beschwerdegegnerin in ihrer angefochtenen Verfügung vom 6. September 2017 (A.S. 1 ff.) im Wesentlichen auf das polydisziplinäre Gutachten der Begutachtungsstelle I.\_\_\_\_ vom 18. Mai 2016 (vgl. E. II. 5.19 hiervor) abstellt, ist zu prüfen, ob diesem Beweiswert zuzusprechen ist:

7.1 Das von Dr. med. J.\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Medizin FMH, Dr. med. K.\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Unfallchirurgie, Dr. med. L.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, und Dr. med. M.\_\_\_\_, Facharzt für Rheumatologie FMH, erstellte polydisziplinäre Gutachten wird den von der Rechtsprechung entwickelten Anforderungen (Vollständigkeit, Schlüssigkeit, Nachvollziehbarkeit; vgl. II. E. 4.2 hiervor) umfassend gerecht. So wurde der Beschwerdeführer jeweils unter Beizug einer [...]Dolmetscherin (vgl. IV-Nr. 75 S. 33, 37, 42), ausführlichen allgemeininternistischen, rheumatologischen, orthopädisch-chirurgischen und psychiatrischen Exploration unterzogen (IV-Nr. 75 S. 28 ff., 37, 42 ff., 67 ff.), womit seine geklagten Beschwerden in die gutachterlichen Beurteilungen miteingeflossen sind. Zudem beruht das Gutachten auf allseitigen Untersuchungen. So wurden der allgemein-internistische Status sowie der psychische Befund erhoben und rheumatologische sowie chirurgisch-orthopädische Untersuchungen (IV-Nr. 75 S. 33 ff., 37, 45 ff., 70) durchgeführt. Am 3. Dezember 2015 erfolgten im Weiteren Laboruntersuchungen, am 2. Dezember 2015 wurde eine apparative Diagnostik im Sinne eines Ruhe-EKG durchgeführt und am 2. November 2015 erfolgten radiologische Untersuchungen (IV-Nr. 75 S. 35, 39, 59 ff.). Durch das Aufführen der medizinischen Akten in chronologischer Reihenfolge, des Aktenauszugs, der «Vorgeschichte gemäss Aktenlage» sowie den in den jeweiligen Teilgutachten aufgeführten fachspezifisch relevanten Akten (IV-Nr. 75 S. 2 ff., 22 ff., 36 f., 42, 67) wurde das Gutachten zudem in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) erstellt. Da zwischen den Gutachtern eine Konsensbesprechung stattfand (IV-Nr. 75 S. 94 oben), beruhen die gutachterlichen Schlussfolgerungen insbesondere auch in Bezug auf die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers auf einer konsensualen Beurteilung. Es leuchten ferner die medizinischen Zusammenhänge und die Beurteilung der medizinischen Situation ein: So stellte der allgemeininternistische Gutachter Dr. med. J.\_\_\_\_ aufgrund seiner klinischen Untersuchung (S. 33 ff.) weitgehend unauffällige Befunde des Bewegungsapparates fest. Diese Einschätzung überzeugt, da sich ein hinkfreier und flüssiger Gang mit problemlos durchführbarem Fussspitzen- und Fersengang sowie eine indolente HWS-Beweglichkeit in sämtliche Richtungen präsentierten. Eine Beeinträchtigung konnte sowohl im Bereich des rechten Ellbogens im Rahmen einer vollständig eingeschränkten Supination sowie ein Extensionsdefizit von 20 ° als auch beim rechten Daumen festgestellt werden, der nicht flektiert werden konnte (IV-Nr. 75 S. 34). Diese Feststellungen bestätigte der rheumatologische Gutachter Dr. med. M.\_\_\_\_. So hielt er in seinem Teilgutachten vom 9. Dezember 2015 (S. 36 ff.) ein Streckdefizit des rechten Ellbogens von 20 ° fest und wies eine Flexion von 135 ° aus. Er fügte aufgrund seiner Untersuchungen aus, die Supination sei nicht möglich, die Pronation hingegen normal. Beim rechten Handgelenk stellte er ausserdem sowohl eine Extension von 20 ° und eine Flexion von 30 ° mit einer Einschränkung der Ab- und Adduktion von je 1/3 und auf der linken Seite eine Flexion von lediglich 20 °, hingegen eine freie Extension sowie Ab- und Adduktion fest. Der Daumen links könne nicht flektiert werden und rechts sei eine Flexion des Digitus V unmöglich. Im Bereich der unteren Extremitäten hielt der rheumatologische Experte weiter fest, beim linken OSG sei die Supination schmerzhaft bei Status nach Osteosynthese des lateralen Malleolus (S. 38). Aufgrund dieser objektivierten Untersuchungsbefunde und der durch den

Beschwerdeführer bei der Exploration geklagten Beschwerden im rechten Vorderarm und des Dauerschmerzes im rechten lateralen Oberschenkel (S. 37) erscheint schlüssig, dass der rheumatologische Gutachter darlegte (S. 41), dass bei seiner Untersuchung vorwiegend Probleme im Bereich des rechten Vorderarms und des rechten Oberschenkels bestünden. Über eine konstant vorhandene, jedoch belastungsabhängige exazerbierende Schmerzsymptomatik im Bereich des rechten Hand- und Ellenbogengelenks, des rechten Daumens und des rechten Hüftgelenks berichtete der Beschwerdeführer auch gegenüber dem Orthopädischen Chirurgen Dr. med. K.\_\_\_\_ (S. 42). Die Bestätigung der Beugeeinschränkung des linken Daumens ist aufgrund seiner erhobenen Befunde betreffend die Daumenfunktion (S. 54 f.) nachvollziehbar. So stellte er fest, es sei dem Beschwerdeführer nicht möglich gewesen, seinen linken Daumen aktiv im Grundgelenk zu beugen, was auf eine Läsion der oberflächlichen Beugesehnen zurückgeführt werden könne. Ähnlich verhält es sich in Bezug auf den rechten Kleinfinger, wo im Bereich des Endglieds ebenfalls eine Läsion der tiefen Beugesehne objektiviert werden konnte (S. 54). Gestützt auf diese Befunde ist die Darlegung des Gutachters plausibel, wonach hieraus keine höhergradige feinmotorische Einschränkung der rechten Hand resultiere. Aufgrund der radiologischen Untersuchungen des rechten Unterarms in zwei Ebenen vom 2. Dezember 2015 (S. 60) überzeugt ferner auch die gutachterliche Einschätzung, wonach die in diesem Bereich implantierte Drittelrohrplatte das palmare Radioulnargelenk um 1,5 cm überrage, was zu einer mechanisch bedingten Beugeeinschränkung des rechten Handgelenks führe (S. 63). Gestützt auf diese bildgebenden Untersuchungen erweist sich auch die weitere Einschätzung von Dr. med. K.\_\_\_\_ als nachvollziehbar, wonach sich im Bereich des rechten Ellenbogengelenks eine fortgeschrittene posttraumatische Arthrose mit Destruktion des proximalen Radioulnargelenks und nahezu aufgehobenem Gelenkspalt zeigten. Auch die weiteren Ausführungen des orthopädisch-chirurgischen Experten, wonach sich im mittleren Bereich des rechten Femurs ein 3 x 4 cm messender Knochensporn gebildet habe, welcher in die dorsolaterale Muskulatur rage und dadurch ein lokales Schmerzsyndrom bedinge, vermag aufgrund der im Rahmen des Gutachtens durchgeführten Röntgenaufnahmen einzuleuchten. So wurde dabei u.a. ein 4 x 3 cm messender Kalzifizierungssporn objektiviert, der in den Bereich des Vastus medialis sowie in den Abduktoren einstrahle (S. 61). Die Einschätzung des psychiatrischen Gutachters Dr. med. L.\_\_\_\_, wonach sich keine depressiven Symptome objektivieren liessen, vermag aufgrund der festgestellten, sich weitgehend unauffällig präsentierenden psychischen Befunde einzuleuchten. So wurde der Beschwerdeführer u.a. als wach, bewusstseinsklar zu allen Qualitäten, ohne inhaltliche Denkstörungen, ohne Halluzinationen, Wahn- oder Ich-Störungen, ohne kognitive oder mnestiche Defizite, mit uneingeschränkter Schwingungsfähigkeit und spürbarem Affekt beschrieben (S. 70). Auch seine weitere gutachterliche Beurteilung, wonach im Gespräch spürbar gewesen sei, wie belastend der Beschwerdeführer den Balkonsturz der Tochter erlebt habe und unter deren Querschnittslähmung leide (S. 72), wobei er sich empathisch gezeigt habe, was auch gegen eine depressive Erkrankung spreche, überzeugt. Denn anlässlich der gutachterlichen Exploration gab der Beschwerdeführer als Schicksalsschlag den sich ungefähr vor sechs bis sieben Jahren ereigneten Sturz seiner Tochter vom Balkon an, die seither querschnittsgelähmt sei und sich nicht um ihr Kind kümmern könne (S. 67).

Damit kommt dem polydisziplinären Gutachten der Begutachtungsstelle I.\_\_\_\_ vom 18. Mai 2016 grundsätzlich voller Beweiswert zu.

7.2 Es ist nachfolgend zu prüfen, ob die vorangehenden medizinischen Berichte den Beweiswert des medizinischen Gutachtens in Frage zu stellen vermögen. Dabei ist zunächst auf das psychiatrische Teilgutachten (vgl. E. II. 7.2.1 hiernach) und anschliessend auf die somatischen Teilgutachten (vgl. E. II. 7.2.2 hiernach) einzugehen:

7.2.1 In Bezug auf das psychiatrische Teilgutachten von Dr. med. L.\_\_\_\_ vom 9. Dezember 2015 (vgl. IV-Nr. 75 S. 67 ff.) ergibt sich Folgendes:

Einzugehen ist zunächst auf die Berichte des den Beschwerdeführer behandelnden Psychiaters Dr. med. G.\_\_\_\_ vom 27. Dezember 2013 und 3. April 2014 (vgl. E. II. 5.15 f. hiervor). Dieser wies in seinen Berichten die Diagnose einer «posttraumatischen Belastungsstörung (ICD-10 F43.1)» aus, wobei jedoch nicht ersichtlich ist, woraus er diese Diagnose konkret herleitete bzw. welche Befunde ihn zu dieser Diagnosestellung veranlassten. So ist seinen Berichten kein psychopathologischer Befund zu entnehmen. Dr. med. G.\_\_\_\_ hielt im Bericht vom 3. April 2014 diesbezüglich einzig fest, der Beschwerdeführer habe noch immer Flash-backs, d.h. übergreifende Erinnerungen an den Unfallhergang. Der psychiatrische Gutachter Dr. med. L.\_\_\_\_ äusserte sich in seinem Teilgutachten diesbezüglich dahingehend, dass die Diagnose einer «posttraumatischen Belastungsstörung (ICD-10 F43.1)» mittlerweile in den Hintergrund getreten sei und nicht mehr vorliege (IV-Nr. 75 S. 73). Diese Einschätzung ist nachvollziehbar, da der Beschwerdeführer während der Exploration berichtete, er habe früher ständig Albträume vom Unfall gehabt, das sei deutlich besser geworden, seit er Citalopram nehme (IV-Nr. 75 S. 68). Folglich leuchtet ein, wenn der psychiatrische Gutachter darlegte, der Beschwerdeführer berichte zwar hin und wieder über Albträume und er träume vom Unfall, dies sei aber mittlerweile selten der Fall (IV-Nr. 75 S. 72). Es lägen weder eine vermehrte Schreckhaftigkeit vor noch ein Vermeidungsverhalten. So könne der Beschwerdeführer wieder als Beifahrer längere Strecken zurücklegen, ohne dass er über eine vermehrte vegetative Symptomatik klage. Auch liege keine emotionale Gleichgültigkeit vor, was sich im Verhältnis zur Enkelin und in der Betroffenheit zur Querschnittslähmung der Tochter äussere. Ausserdem sind bereits dem Bericht von Dr. med. F.\_\_\_\_ vom November 2014 (vgl. E. II. 5.17 hiervor) Zweifel an der Diagnosestellung einer posttraumatischen Belastungsstörung zu entnehmen. So diagnostizierte dieser im Bericht betreffend seine Untersuchungen vom 6. und 13. November 2014 (vgl. E. II. 5.17 hiervor) eine «anamnestisch: vermutete posttraumatische Belastungsstörung, weitestgehend remittiert». Es ist somit davon auszugehen, dass er nicht von einer gesicherten Diagnosestellung einer posttraumatischen Belastungsstörung ausging, jedenfalls liess sich diese bereits im November 2014 nicht mehr feststellen. Schliesslich ist in Bezug auf die beiden Berichte von Dr. med. G.\_\_\_\_ auch der in der Rechtsprechung anerkannte Grundsatz zu beachten, wonach Berichte der behandelnden Ärzte wegen deren auftragsrechtlichen Vertrauensstellung zum Patienten mit Vorbehalt zu würdigen sind.

Der durch Dr. med. G.\_\_\_\_ im Bericht vom 3. April 2014 (E. II. 5.16 hiervor) erstmals beschriebene «ängstlich depressive Zustand» basiert nicht auf fundiert erhobenen psychiatrischen Befunden, wurde aber von Dr. med. F.\_\_\_\_ anlässlich seiner psychiatrischen Untersuchungen vom 6. und 13. November 2014 bestätigt (vgl. E. II. 5.16 hiervor), indem er eine «depressive Störung leichten Grades mit somatischem Syndrom (ICD-10 F32.01) als akzentuierter Zustand» diagnostizierte. Diesbezüglich führte Dr. med. L.\_\_\_\_ aus (IV-Nr. 75 S. 73), eine leichtgradige depressive Symptomatik sei aufgrund des damaligen Berichts nachvollziehbar. Anlässlich der aktuellen gutachterlichen Untersuchung könne er

indes keine depressiven Symptome objektivieren (vgl. IV-Nr. 75 S. 72). In Bezug auf die durch Dr. med. F.\_\_\_\_ weiter festgestellte Diagnose einer «chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41)» hielt Dr. med. L.\_\_\_\_ fest, diese sei aufgrund des Berichts von Dr. med. F.\_\_\_\_ nicht nachvollziehbar (IV-Nr. 75 S. 73) und liege auch nicht vor. So seien die Schmerzen somatisch vollumfänglich erklärbar und es habe auch im Vorfeld des Unfalls keine psychiatrische Erkrankung vorgelegen. Diese Einschätzung lässt sich aufgrund der somatischen Teilgutachten verifizieren. So hielt Dr. med. K.\_\_\_\_ in seinem orthopädisch-chirurgischen Teilgutachten fest (IV-Nr. 75 S. 63), nach eingehender klinischer und radiologischer Untersuchung des Beschwerdeführers im Rahmen der Begutachtung könnten die vom Beschwerdeführer genannten Beschwerden sowohl klinisch als auch radiologisch allesamt objektiviert werden. Folglich vermag auch die von Dr. med. F.\_\_\_\_ geschätzte Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers von 30 - 35 % (E. II. 5.16 hiervor) nicht zu überzeugen. Diese Einschätzung beruht denn auch nicht auf erhobenen Befunden bzw. festgestellten Diagnosen, sondern auf einem errechneten Mittelwert der bei den Arbeitstrainings beim C.\_\_\_\_ erzielten Arbeitsleistungen. Daher überzeugt die gutachterliche Beurteilung von Dr. med. L.\_\_\_\_, wonach die angegebene Arbeitsfähigkeit von Dr. med. F.\_\_\_\_ «in keinsten Weise» nachvollziehbar sei (IV-Nr. 75 S. 73).

Der Beweiswert des psychiatrischen Teilgutachtens von Dr. med. L.\_\_\_\_ wird durch die medizinischen Vorakten nicht geschmälert.

7.2.2 Betreffend die somatischen Teilgutachten ergibt sich Folgendes:

7.2.2.1 In Bezug auf das allgemeininternistische Teilgutachten vom 2. Dezember 2015 von Dr. med. J.\_\_\_\_ (IV-Nr. 75 S. 33 ff.) finden sich in den vorliegenden Akten keine diesem widersprechenden Facharztberichte.

7.2.2.2 Auch in Bezug auf das rheumatologische Teilgutachten von Dr. med. M.\_\_\_\_ vom 9. Dezember 2015 (IV-Nr. 75 S. 36 ff.) sind vorliegend keine reinen rheumatologischen Arztberichte dokumentiert. Einzig im Rahmen der durchgeführten EFL-Abklärung vom 16. Juli 2013 (vgl. E. II. 5.14 hiervor) wurden die Rheumatologen Dres. med. AA.\_\_\_\_ und AB.\_\_\_\_ beigezogen, die angaben, die aktuellen Probleme des Beschwerdeführers bestünden in bewegungs- und belastungsabhängigen Schmerzen im rechten Unterarm und im linken Daumen, einem Kraftverlust in der rechten Hand und im linken Daumen sowie Schmerzen im rechten Oberschenkel. Diese Feststellungen wurden im Rahmen des rheumatologischen Teilgutachtens von Dr. med. M.\_\_\_\_ bestätigt. So hielt dieser fest, bei der rheumatologischen gutachterlichen Untersuchung zeigten sich Probleme, vorwiegend im Bereich des rechten Vorderarms und des rechten Oberschenkels. Auch die objektiven rheumatologischen Untersuchungsbefunde erweisen sich als weitgehend identisch (IV-Nrn. 43 S. 4 f., 75 S. 37 f.).

Daher wird der Beweiswert des rheumatologischen Teilgutachtens nicht in Frage gestellt. Es kann darauf abgestellt werden.

7.2.2.3 Eingehend auf das orthopädisch-chirurgische Teilgutachten von Dr. med. K.\_\_\_\_ vom 9. Dezember 2015 (IV-Nr. 75 S. 42 ff.) finden sich in den vorliegenden Akten weder diesem widersprechende Diagnosestellungen noch anderslautende Einschätzungen. So ist den medizinischen Vorberichten übereinstimmend zu entnehmen, dass der Beschwerdeführer nach dem Unfallereignis vom 4. September 2010 unter einer Mehrfachverletzung / einem Polyblessé bzw. Polytrauma mit Frakturen am rechten und

linken Unterarm, im Femurbereich rechts, am Knöchel links, einer Luxation am Ellenbogen rechts inkl. Bewegungseinschränkungen sowie einem ossären Ausriss des Musculus flexor pollicis longus litt (vgl. E. II. 5.4 ff., 5.11 ff., 5.19 hiervor) und die aufgetretene Wundinfektion mit multiresistentem Acinetobacter baumannii und Enterococcus faecium sowie die festgestellte Pseudarthrose zu weiteren operativen Eingriffen bzw. Heilungsverzögerungen führten. In Bezug auf die fachärztlichen Einschätzungen betreffend die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers hielt der Gutachter Dr. med. K.\_\_\_\_ fest (IV-Nr. 75 S. 66), sowohl der Kreisarzt Dr. med. E.\_\_\_\_ als auch Dr. med. AB.\_\_\_\_ hielten in ihren Berichten vom 12. Juni 2012 bzw. 16. Juli 2013 (vgl. E. II. 5.11, 5.14 hiervor) fest, der Beschwerdeführer sei in seiner zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Maschinenführer, bezogen auf ein volles Arbeitspensum, qualitativ zu 100 % arbeitsfähig. Gemäss Dr. med. K.\_\_\_\_ sei diesbezüglich anzumerken, dass die dabei genannten qualitativen Einschränkungen nur bedingt mit der vom Beschwerdeführer zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Maschinenführer vereinbar seien. Diesbezüglich müsste hier noch abgeklärt werden, welche Maschinen der Beschwerdeführer konkret bediene und inwiefern er hierzu aufgrund seiner eingeschränkten Feinmotorik des linken Daumens sowie der eingeschränkten Mobilität des rechten Hand- und Ellenbogengelenks noch befähigt sei. Auch sollte diesbezüglich eruiert werden, ob der Beschwerdeführer in seiner zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Maschinist Vibrationsbelastungen ausgesetzt sei. Diese sollten gemäss den aufgeführten Schonkriterien unbedingt vermieden werden. Diese gutachterlichen Ausführungen erweisen sich aufgrund der vorliegenden Akten als korrekt. So wurde der konkrete Tätigkeitsbereich der zuletzt ausgeübten Arbeit des Beschwerdeführers als Maschinenführer bisher nicht genauer abgeklärt. Jedenfalls sind solche Abklärungen in den vorliegenden Akten nicht dokumentiert. Damit erweist sich die Einschätzung betreffend die Arbeitsfähigkeit von Dr. med. AB.\_\_\_\_ anlässlich der EFL-Abklärung vom 16. Juli 2016 als unklar (vgl. E. II. 5.14 hiervor). So ist bspw. fraglich, weshalb dem Beschwerdeführer die berufliche Tätigkeit als Maschinenführer ganztags zumutbar sein soll, er dann aber für andere berufliche Tätigkeiten (mittelschwere Arbeit) eingeschränkt sei. Ähnlich verhält es sich auch in Bezug auf die allgemein gehaltenen Einschätzungen betreffend die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers von Dr. med. E.\_\_\_\_, der ebenfalls nicht konkret auf die durch den Beschwerdeführer zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Maschinenführer eingeht. So bleibt auch hier offen, ob diese Tätigkeit dem Beschwerdeführer noch zumutbar wäre, da er keine vibrierenden Maschinen und Geräte mehr bedienen dürfe (vgl. E. II. 5.11 ff. hiervor). Damit vermögen die durch den Kreisarzt Dr. med. E.\_\_\_\_ als auch durch Dr. med. AB.\_\_\_\_ formulierten Zumutbarkeitsprofile nicht zu überzeugen. Dr. med. K.\_\_\_\_ hielt weiter fest, dass er nach eingehendem Studium der vorliegenden Akten, der Bildgebung sowie insbesondere anhand seiner heutigen klinischen Untersuchung auch mit der quantitativen Einschätzung der genannten Kollegen nicht einig gehe. Aufgrund der Verletzungsfolgen bestünden beim Beschwerdeführer anhaltende Funktionseinschränkungen (linker Daumen, rechter Kleinfinger, rechtes Handgelenk, rechtes Ellenbogengelenk, linkes Sprunggelenk). Gemäss den vorliegenden Akten sei es dem Beschwerdeführer insbesondere wegen der anhaltenden Funktionseinschränkungen der rechten Hand nicht mehr möglich gewesen, seine zuletzt ausgeübte Tätigkeit wettbewerbsfähig auszuüben. Es hätten sich sowohl Mängel in der Quantität als auch der Qualität ergeben, weshalb die beruflichen Massnahmen im Dezember 2013 abgebrochen worden seien. Diesen gutachterlichen Ausführungen kann gefolgt werden. So wurde im Abschlussbericht der beruflichen Eingliederungsmassnahmen vom 13. Dezember 2013

(IV-Nr. 49 S. 2 unten) u.a. festgehalten, der Beschwerdeführer sei durch die Einschränkungen seiner rechten Hand bei diversen Arbeiten langsam und erbringe nicht die gewünschte Qualität. Daher vermögen die gutachterlichen Ausführungen von Dr. med. K.\_\_\_\_ zu überzeugen, wonach der Beschwerdeführer unter Zusammenschau der verbliebenen Funktionseinschränkungen der genannten biomechanischen Einheiten auch in einer ideal angepassten Tätigkeit rein quantitativ lediglich noch zu 80 % arbeitsfähig sei und sich die Einschränkung von 20 % infolge der reduzierten Belastbarkeit, Durchhaltefähigkeit, vermehrter Pausen und einer reduzierten Arbeitsschnelligkeit ergebe.

Somit vermögen die vorangehenden medizinischen Berichte den Beweiswert des orthopädisch-chirurgischen Teilgutachtens nicht umzustossen.

7.3 Damit vermögen die vor dem polydisziplinären Gutachten vom 18. Mai 2016 verfassten ärztlichen Berichte dessen Beweiswert nicht in Frage zu stellen.

7.4 Auch der nach dem Gutachten der Begutachtungsstelle I.\_\_\_\_ vom 18. Mai 2016 verfasste Bericht des behandelnden Psychiaters Dr. med. G.\_\_\_\_ vom 8. Juni 2016 (vgl. E. II. 5.20 hiervor) vermag dessen Beweiswert nicht in Zweifel zu ziehen. So sind die durch ihn ausgewiesenen Diagnosen einer «posttraumatischen Belastungsstörung (ICD-10 F43.1)», einer «rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode mit somatischem Syndrom (ICD-10 F33.1), sowie die «generalisierte Angststörung (ICD-10 F41.1)» nicht begründet und daher nicht nachvollziehbar. Ausserdem setzte sich Dr. med. G.\_\_\_\_, obwohl er explizit festhielt, ihm liege das leider auf Deutsch verfasste Gutachten vor, nicht mit diesem auseinander und äusserte sich auch nicht klar zur Frage der Arbeitsfähigkeit.

7.5 Eingehend auf die gegen den Beweiswert des Gutachtens der Begutachtungsstelle I.\_\_\_\_ vom 18. Mai 2016 gerichteten Vorbringen des Beschwerdeführers ist Folgendes festzuhalten: Der Beschwerdeführer stellt sich auf den Standpunkt (A.S. 12), die psychiatrischen Beurteilungen von Dr. med. F.\_\_\_\_ und dem Gutachten der Begutachtungsstelle I.\_\_\_\_ seien von unabhängigen Fachpersonen erstellt worden und seien einander diametral entgegengesetzt. Während der eine Arzt von einer erheblichen psychischen Beeinträchtigung ausgehe, die zu einer massgeblichen Einschränkung der Arbeitsfähigkeit führe, verneine der andere Arzt eine psychiatrische Erkrankung. Es kann diesbezüglich auf die Ausführungen unter E. II. 7.2.1 verwiesen und festgehalten werden, dass der psychiatrische Teilgutachter Dr. med. L.\_\_\_\_ in nachvollziehbarer Art und Weise darzulegen vermag, weshalb er ■ auch nach Auseinandersetzung mit der Beurteilung durch Dr. med. F.\_\_\_\_ ■ nicht von einer gesundheitlichen Beeinträchtigung des psychischen Gesundheitszustands des Beschwerdeführers mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit ausgeht. Damit drängt sich auch kein ■ wie vom Beschwerdeführer beantragt (A.S. 12) ■ psychiatrisches Obergutachten auf.

8. Zusammenfassend vermögen die übrigen medizinischen Akten den Beweiswert des Gutachtens der Begutachtungsstelle I.\_\_\_\_ vom 18. Mai 2016 nicht zu schmälern. Diesem ist der volle Beweiswert zuzusprechen. Dies hielt auch bereits der RAD-Arzt Dr. med. H.\_\_\_\_ in seiner Stellungnahme vom 9. August 2016 (vgl. E. II. 5.21 hiervor) fest. Die Beschwerdegegnerin hat somit in ihrer Verfügung vom 6. September 2017 (A.S. 1 ff.) zu Recht auf dieses polydisziplinäre Gutachten abgestellt. Es ist daher in Bezug auf die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers von den Einschätzungen in diesem Gutachten auszugehen: Damit besteht beim Beschwerdeführer in seiner zuletzt ausgeübten Tätigkeit

bei der Firma AE.\_\_\_\_, [...], seit dem Unfallereignis vom 4. September 2010 keine Arbeitsfähigkeit mehr. In einer angepassten Verweistätigkeit (ohne Einwirkungen von Vibration und Schlägen auf den linken Vorderarm, ohne repetitiv belastende manuelle Tätigkeiten, welche eine Supinationsbewegung im rechten Vorderarm verlangen, ohne Gewichtheben über 20 kg beidhändig bis Taillenhöhe, auf Kopfhöhe bis maximal 15 kg, ohne einhändiges Tragen von Gewichten mit der rechten von mehr als 12,5 kg, ohne Tätigkeiten mit Sprungbelastungen) ist der Beschwerdeführer jedoch in einem Pensum von 80 % arbeitsfähig, wobei sich diese 20%ige Einschränkung infolge reduzierter Belastbarkeit und Durchhaltefähigkeit, vermehrter Pausen sowie der reduzierten Arbeitsschnelligkeit ergibt. Diese 80%ige Arbeitsfähigkeit gilt seit dem Abschluss der Rehabilitationsmassnahmen (vgl. IV-Nr. 75 S. 90 unten). Es ist daher aufgrund der vorliegenden Akten nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin diesen Zeitpunkt auf den 12. Juni 2012 (vgl. E. II. 5.11 hiervor) festgelegt hat. So begründet sie dies insbesondere mit dem «Abschluss der Rehabilitationsmassnahmen bzw. der Nachoperationen» (A.S. 5). Diese Beurteilung erweist sich gestützt auf die vorliegenden Akten als korrekt. Denn obschon am 5. Februar 2013 ein weiterer operativer Eingriff am unteren Arm erforderlich war (vgl. dazu E. II. 5.12 hiervor) konnte der Kreisarzt Dr. med. E.\_\_\_\_ in seinem Bericht vom 4. April 2013 (vgl. E. II. 5.12 hiervor) im Vergleich zu seiner letzten Untersuchung vom 12. Juni 2012 (vgl. E. II. 5.11 hiervor) bei der klinischen und funktionellen Abklärung der oberen Extremitäten keine veränderten, sondern weitgehend identische Befunde erheben. Er hielt deshalb auch explizit fest, die aktuelle Zumutbarkeit für die oberen Extremitäten bleibe unverändert. Es ist daher davon auszugehen, dass sich die erneute Operation vom 5. Februar 2013 nicht in relevanter Weise auf die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers auswirkte.

9. Nachfolgend ist somit der Einkommensvergleich vorzunehmen und zu prüfen, ob die Beschwerdegegnerin die IV-Grade von 100 % ab 4. September 2011 und von 30 % ab 12. Juni 2012 korrekt errechnet hat (A.S. 4).

9.1 Für die Ermittlung des Valideneinkommens ist entscheidend, was die versicherte Person im Zeitpunkt des frühestmöglichen Rentenbeginns (vgl. BGE 129 V 222 mit Hinweis) ■ hier: ab 4. September 2011 ■ nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als Gesunde tatsächlich verdienen würde und nicht, was sie bestenfalls verdienen könnte. Die Ermittlung des Valideneinkommens muss so konkret wie möglich erfolgen. Da die bisherige Tätigkeit ohne Gesundheitsschaden erfahrungsgemäss fortgesetzt worden wäre, ist in der Regel vom letzten Lohn auszugehen, der vor Eintritt der Gesundheitsschädigung erzielt wurde (zum Ganzen: Urteil des Bundesgerichts 9C\_266/2008 vom 28. August 2008 E. 3.1).

9.1.1 Fehlen aussagekräftige konkrete Anhaltspunkte im Hinblick auf den letzten vor Eintritt der Gesundheitsschädigung erzielten Lohn, ist auf Erfahrungs- und Durchschnittswerte zurückzugreifen. In den Durchschnittswerten der LSE schlägt sich nieder, was eine Person mit gleichen beruflichen Voraussetzungen wie die Versicherte verdienen könnte. Auf sie darf jedoch im Rahmen der Invaliditätsbemessung nur unter Mitberücksichtigung der für die Entlohnung im Einzelfall relevanten persönlichen und beruflichen Faktoren abgestellt werden (Urteile des Bundesgerichts 8C\_664/2007 vom 14. April 2008 E. 6.2, mit Hinweisen, 9C\_266/2008 vom 28. August 2008 E. 3.2.2; AHI 1999 S. 240 f. [I 377/98]).

9.1.2 Gemäss den vorliegenden Akten (IV-Nrn. 11 ff., 49, 75 S. 28 f.) besuchte der Beschwerdeführer fünf Jahre die Primarschule in der [...], vier Jahre die Mittelschule und von 1973 bis 1978 das Gymnasium. Anschliessend studierte er in der [...] an der Universität vier Jahre Wirtschaft. Nach dem Militärdienst 1980 arbeitete er einige Jahre in der Landesvermessung für Kanalbauwerke von Bewässerungssystemen. 1986 kam der Beschwerdeführer sodann in die Schweiz. Er war zunächst von 1985 bis 1987 im Reinigungsdienst des D.\_\_\_\_ beschäftigt und dann ein Jahr in der Uhrenfabrik AF.\_\_\_\_ in [...] angestellt. Ein weiteres Jahr war er in einer kleinen Maschinenfabrik AG.\_\_\_\_ in [...] und dann von 1989 bis 1992 bei der Firma AH.\_\_\_\_ in [...] als Hilfslackierer tätig. Vom 24. Mai 1994 bis 6. August 2010 war er sodann bei der Firma AE.\_\_\_\_, [...], in der Abteilung [...] als Maschinenbediener beschäftigt, wo er alternierend stehend oder sitzend eine Maschine bediente. Nach dem Verkehrsunfall vom September 2010 war er längere Zeit arbeitsunfähig und versuchte dann 2012 beim alten Arbeitgeber in einem reduzierten Arbeitspensum als Maschinist wieder zu arbeiten. Dies funktionierte jedoch nicht. Er konnte dann mit Hilfe der Beschwerdegegnerin beim C.\_\_\_\_ ab 5. November 2012 ein Belastbarkeitstraining absolvieren (IV-Nr. 24), welches wegen einer Armoperation am 31. Dezember 2012 abgebrochen wurde (vgl. Austrittsbericht vom 8. Januar 2013, IV-Nr. 28). Ein weiteres Belastbarkeitstraining fand sodann ab dem 6. Mai 2013 statt (IV-Nrn. 35, 50). Das Arbeitsverhältnis bei der AE.\_\_\_\_ wurde per Ende Juni 2013 durch diese gekündigt (IV-Nr. 54). Ab 5. August 2013 wurde beim C.\_\_\_\_ ein Aufbaustraining durchgeführt.

9.1.3 Da der Beschwerdeführer seine zuletzt bei der Firma AE.\_\_\_\_ ausgeübte unbefristete Arbeitstätigkeit ab dem Unfallereignis vom 4. September 2010 nicht mehr ausüben konnte und ihm diese Stelle sodann auch aus gesundheitlichen Gründen per Ende Juni 2013 gekündigt wurde und er seither nicht mehr in einem festen Arbeitsverhältnis gearbeitet hat, ist mit dem erforderlichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erstellt, dass er die Arbeit bei der Firma AE.\_\_\_\_ im Gesundheitsfall auch weiterhin ausgeübt hätte. So ist für die Berechnung des Valideneinkommens auf das zuletzt bei der Firma AE.\_\_\_\_ erzielte Erwerbseinkommen abzustellen. Dieses betrug gemäss dem bei der Beschwerdegegnerin am 25. April 2017 eingegangenen Schreiben des früheren Arbeitgebers des Beschwerdeführers (IV-Nr. 89) im Jahr 2011 jährlich total CHF 74'587.00 (Grundlohn: CHF 58'212.00 [CHF 4'851.00 x 12] + Zulagen: CHF 8'736.00 [CHF 728.00 x 12] + Gewinnbeteiligung: CHF 500.00 + Beiträge an Krankenkassenprämien: CHF 1'560.00 [CHF 130.00 x 12] + 13. Monatslohn inkl. Anteil Schicht: CHF 5'579.00) und im Jahr 2012 jährlich CHF 74'940.00 (Grundlohn: CHF 58'332.00 [CHF 4'861.00 x 12] + Zulagen: CHF 8'748.00 [CHF 729.00 x 12] + Gewinnbeteiligung: CHF 350.00 + Beiträge an Krankenkassenprämien: CHF 1'920.00 [CHF 160.00 x 12] + 13. Monatslohn inkl. Anteil Schicht: CHF 5'590.00). Damit sind die von der Beschwerdegegnerin errechneten Valideneinkommen sowohl ab 4. September 2011 von CHF 74'587.00 als auch ab 12. Juni 2012 von CHF 74'940.00 nicht zu beanstanden.

9.2 Für das Invalideneinkommen massgebend ist dasjenige Entgelt, welches die versicherte Person aufgrund ihres konkreten Gesundheitsschadens zumutbarer-weise noch zu erzielen in der Lage wäre (Art. 16 ATSG). Da der Beschwerdeführer nach Eintritt des Gesundheitsschadens keine neue Erwerbstätigkeit aufgenommen hat, muss das Invalideneinkommen aufgrund der Tabellenlöhne gemäss den vom Bundesamt für Statistik periodisch herausgegebenen Lohnstrukturerhebungen (LSE) festgesetzt werden.

9.2.1 Da dem Beschwerdeführer bis am 12. Juni 2012 keine berufliche Tätigkeit zumutbar war, beträgt das Invalideneinkommen für das Jahr 2011 CHF 0.00. Ab dem 12. Juni 2012 ist dem Beschwerdeführer eine leidensadaptierte Tätigkeit, ohne Einwirkungen von Vibration und Schlägen auf den linken Vorderarm, ohne repetitiv belastende manuelle Tätigkeiten, welche eine Supinationsbewegung im rechten Vorderarm verlangen, ohne Gewichtheben über 20 kg beidhändig bis Taillenhöhe, auf Kopfhöhe bis maximal 15 kg, ohne einhändiges Tragen von Gewichten mit der rechten von mehr als 12,5 kg, ohne Tätigkeiten mit Sprungbelastungen; vgl. E. II. 8 hiervor), zu 80 % zumutbar. Es ist daher ab dem 12. Juni 2012 von einem monatlichen Bruttolohn für Männer im gesamten privaten Sektor von CHF 5'210.00 (LSE 2012 TA1\_tirage\_skill\_level, Total, Niveau 1, Männer) auszugehen. Dieser Betrag ist auf die üblichen Wochenstunden von 41,7 im Jahr hochzurechnen (CHF 5'212.00 x 12 [: 40 x 41.7] = CHF 65'177.00) und an das zumutbare Arbeitspensum von 80 % anzupassen. Damit beträgt das Invalideneinkommen gerundet CHF 52'142.00.

9.2.2 Wird das Invalideneinkommen ■ wie hier der Fall ■ auf der Grundlage von statistischen Durchschnittswerten ermittelt, ist der entsprechende Ausgangswert (Tabellenlohn) allenfalls zu kürzen. Damit soll der Tatsache Rechnung getragen werden, dass persönliche und berufliche Merkmale, wie Art und Ausmass der Behinderung, Lebensalter, Dienstjahre, Nationalität oder Aufenthaltskategorie und Beschäftigungsgrad Auswirkungen auf die Lohnhöhe haben können (BGE 124 V 321 E. 3b/aa S. 323; Urteil des Bundesgerichts 8C\_185/2013 vom 4. Juli 2013 E. 3) und je nach Ausprägung die versicherte Person deswegen die verbliebene Arbeitsfähigkeit auch auf einem ausgeglichenen Arbeitsmarkt nur mit unterdurchschnittlichem erwerblichem Erfolg verwerten kann (BGE 126 V 75 E. 5b/aa in fine, S. 80). Der Abzug ist unter Würdigung der Umstände im Einzelfall nach pflichtgemäßem Ermessen gesamthaft zu schätzen. Er darf 25 % nicht übersteigen (BGE 126 V 75 E. 5b/bb-cc S. 80; Urteil des Bundesgerichts 9C\_368/2009 vom 17. Juli 2009 E. 2.1).

Nach der Rechtsprechung ist insbesondere dann ein Abzug zu gewähren, wenn eine versicherte Person selbst im Rahmen körperlich leichter Hilfsarbeitertätigkeit in ihrer Leistungsfähigkeit eingeschränkt ist (BGE 126 V 75 E. 5a/bb S. 78). Dies ist vorliegend nicht der Fall, da dem Beschwerdeführer eine mittelschwere Tätigkeit zumutbar ist. Im vorliegenden Fall gebietet das Alter des Beschwerdeführers von 59 Jahren zur Zeit des Einkommensvergleichs keinen Abzug, da es die Möglichkeit, das Lohnniveau gesunder Hilfskräfte in diesem Arbeitssegment zu erreichen, erfahrungsgemäss nicht zusätzlich schmälert (vgl. LSE 2004 TA9 S. 65). Auch hinsichtlich der Nationalität gebietet sich kein Abzug, da der Beschwerdeführer Schweizer Bürger ist (IV-Nr. 4) und somit im Anforderungsniveau 4 nicht schlechter entlohnt wird als Schweizer und Ausländer zusammen (LSE 2008 TA12). Die beim Beschwerdeführer dokumentierten mangelnden Sprachkenntnisse sind ebenfalls nicht geeignet, um einen leidensbedingten Abzug zu begründen. Aufgrund der konkreten Einschränkungen bei der Ausübung einer angepassten Tätigkeit (Leistungseinschränkungen wegen der reduzierten Belastbarkeit, verminderte Durchhaltefähigkeit, vermehrte Pausen und reduzierte Arbeitsschnelligkeit) rechtfertigt sich indes ein Abzug von 10 %. Das Invalideneinkommen im Jahr 2012 beträgt folglich CHF 46'927.80 (90 % von CHF 52'142.00).

9.3 Damit ergibt sich ab dem 4. September 2011 bei einem Valideneinkommen von CHF 74'587.00 sowie einem Invalideneinkommen von CHF 0.00 ein IV-Grad von 100 %.

Es besteht somit Anspruch auf eine ganze Invalidenrente. Ab dem 12. Juni 2012 resultiert bei einem Valideneinkommen von CHF 74'940.00 und einem Invalideneinkommen von CHF 46'927.80 eine Erwerbseinbusse von CHF 28'012.20, was einem IV-Grad von gerundet 38 % entspricht und nicht zum Bezug einer IV-Rente berechtigt (vgl. E. II. 3 hiervor).

9.4 Zusammenfassend war der Beschwerdeführer ab dem 4. September 2010 zu 100 % arbeitsunfähig. Das für den Rentenanspruch geltende Wartejahr (Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG) lief somit am 4. September 2011 ab. Der zu diesem Zeitpunkt bestehende Invaliditätsgrad von 100 % begründet einen Anspruch auf eine ganze Rente ab dem 1. September 2011 (Art. 28 Abs. 2 und Art. 29 Abs. 3 IVG). Der ab dem 12. Juni 2012 bestehende Invaliditätsgrad von 38 % führt indes zu keinem Rentenanspruch mehr (vgl. E. II. 3 hiervor). Gemäss Art. 88a Abs. 1 Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV, SR 831.201) ist die ab 4. September 2011 laufende ganze Rente nach Ablauf von drei Monaten, also mit ab 1. Oktober 2012, aufzuheben (vgl. BGE 109 V 125).

10. Damit ist die angefochtene Verfügung vom 6. September 2017 im Ergebnis zu bestätigen und die dagegen erhobene Beschwerde abzuweisen. Der Beschwerdeführer hat somit Anspruch auf eine vom 1. September 2011 bis 1. Oktober 2012 befristete ganze Invalidenrente.

11.2 Aufgrund von Art. 69 Abs. 1 bis IVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von CHF 200.00 - 1'000.00 festgelegt. Als unterliegende Partei hat der Beschwerdeführer die Verfahrenskosten von CHF 600.00 zu bezahlen, die mit dem bereits geleisteten Kostenvorschuss von CHF 600.00 zu verrechnen sind.

Demnach widerkannt:

Rechtsmittel

Gegen diesen Entscheid kann innerhalb 30 Tagenseit der Mitteilung beim Bundesgericht Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten eingereicht werden (Adresse: Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern). Die Frist beginnt am Tag nach dem Empfang des Urteils zu laufen und wird durch rechtzeitige Aufgabe bei der Post gewahrt. Die Frist ist nicht erstreckbar (vgl. Art. 39 ff., 82 ff. und 90 ff. des Bundesgerichtsgesetzes, BGG). Bei Vor- und Zwischenentscheiden (dazu gehört auch die Rückweisung zu weiteren Abklärungen) sind die zusätzlichen Voraussetzungen nach Art. 92 oder 93 BGG zu beachten.

Versicherungsgericht des Kantons Solothurn

Die Vizepräsidentin

Die Gerichtsschreiberin

Weber-Probst

Jäggi

Der vorliegende Entscheid wurde vom Bundesgericht mit Urteil 9C\_673/2018 vom 4. Juli 2019 bestätigt.

**E. 4**

Mehrfragmentäre Femurfraktur rechts – Osteosynthetisch versorgt mit Gammanagel? (in der [...])

## **E. 5**

Flexionsdefizit des Daumens links nach ehemaliger Ruptur der Flexor-pollicis-longus-Sehne und Transfer der Flexor-digitorum-superficialis-Sehne vom linken Ringfinger

### **E. 5.11**

ff. hiervor). Damit vermögen die durch den Kreisarzt Dr. med. E. \_\_\_ als auch durch Dr. med. AB. \_\_\_ formulierten Zumutbarkeitsprofile nicht zu überzeugen. Dr. med. K. \_\_\_ hielt weiter fest, dass er nach eingehendem Studium der vorliegenden Akten, der Bildgebung sowie insbesondere anhand seiner heutigen klinischen Untersuchung auch mit der quantitativen Einschätzung der genannten Kollegen nicht einig gehe. Aufgrund der Verletzungsfolgen bestünden beim Beschwerdeführer anhaltende Funktionseinschränkungen (linker Daumen, rechter Kleinfinger, rechtes Handgelenk, rechtes Ellenbogengelenk, linkes Sprunggelenk). Gemäss den vorliegenden Akten sei es dem Beschwerdeführer insbesondere wegen der anhaltenden Funktionseinschränkungen der rechten Hand nicht mehr möglich gewesen, seine zuletzt ausgeübte Tätigkeit wettbewerbsfähig auszuüben. Es hätten sich sowohl Mängel in der Quantität als auch der Qualität ergeben, weshalb die beruflichen Massnahmen im Dezember 2013 abgebrochen worden seien. Diesen gutachterlichen Ausführungen kann gefolgt werden. So wurde im Abschlussbericht der beruflichen Eingliederungsmassnahmen vom 13. Dezember 2013 (IV-Nr. 49 S. 2 unten) u.a. festgehalten, der Beschwerdeführer sei durch die Einschränkungen seiner rechten Hand bei diversen Arbeiten langsam und erbringe nicht die gewünschte Qualität. Daher vermögen die gutachterlichen Ausführungen von Dr. med. K. \_\_\_ zu überzeugen, wonach der Beschwerdeführer unter Zusammenschau der verbliebenen Funktionseinschränkungen der genannten biomechanischen Einheiten auch in einer ideal angepassten Tätigkeit rein quantitativ lediglich noch zu 80 % arbeitsfähig sei und sich die Einschränkung von 20 % infolge der reduzierten Belastbarkeit, Durchhaltefähigkeit, vermehrter Pausen und einer reduzierten Arbeitsschnelligkeit ergebe. Somit vermögen die vorangehenden medizinischen Berichte den Beweiswert des orthopädisch-chirurgischen Teilgutachtens nicht umzustossen. 7.3 Damit vermögen die vor dem polydisziplinären Gutachten vom 18. Mai 2016 verfassten ärztlichen Berichte dessen Beweiswert nicht in Frage zu stellen. 7.4 Auch der nach dem Gutachten der Begutachtungsstelle I. \_\_\_ vom 18. Mai 2016 verfasste Bericht des behandelnden Psychiaters Dr. med. G. \_\_\_ vom 8. Juni 2016 (vgl. E. II. 5.20 hiervor) vermag dessen Beweiswert nicht in Zweifel zu ziehen. So sind die durch ihn ausgewiesenen Diagnosen einer «posttraumatischen Belastungsstörung (ICD-10 F43.1)», einer «rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode mit somatischem Syndrom (ICD-10 F33.1), sowie die «generalisierte Angststörung (ICD-10 F41.1)» nicht begründet und daher nicht nachvollziehbar. Ausserdem setzte sich Dr. med. G. \_\_\_, obwohl er explizit festhielt, ihm liege das leider auf Deutsch verfasste Gutachten vor, nicht mit diesem auseinander und äusserte sich auch nicht klar zur Frage der Arbeitsfähigkeit. 7.5 Eingehend auf die gegen den Beweiswert des Gutachtens der Begutachtungsstelle I. \_\_\_ vom 18. Mai 2016 gerichteten Vorbringen des Beschwerdeführers ist Folgendes festzuhalten: Der Beschwerdeführer stellt sich auf den Standpunkt (A.S. 12), die psychiatrischen Beurteilungen von Dr. med. F. \_\_\_ und dem Gutachten der

Begutachtungsstelle I.\_\_\_\_ seien von unabhängigen Fachpersonen erstellt worden und seien einander diametral entgegengesetzt. Während der eine Arzt von einer erheblichen psychischen Beeinträchtigung ausgehe, die zu einer massgeblichen Einschränkung der Arbeitsfähigkeit führe, verneine der andere Arzt eine psychiatrische Erkrankung. Es kann diesbezüglich auf die Ausführungen unter E. II. 7.2.1 verwiesen und festgehalten werden, dass der psychiatrische Teilgutachter Dr. med. L.\_\_\_\_ in nachvollziehbarer Art und Weise darzulegen vermag, weshalb er – auch nach Auseinandersetzung mit der Beurteilung durch Dr. med. F.\_\_\_\_ – nicht von einer gesundheitlichen Beeinträchtigung des psychischen Gesundheitszustands des Beschwerdeführers mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit ausgeht. Damit drängt sich auch kein – wie vom Beschwerdeführer beantragt (A.S. 12) – psychiatrisches Obergutachten auf. 8. Zusammenfassend vermögen die übrigen medizinischen Akten den Beweiswert des Gutachtens der Begutachtungsstelle I.\_\_\_\_ vom 18. Mai 2016 nicht zu schmälern. Diesem ist der volle Beweiswert zuzusprechen. Dies hielt auch bereits der RAD-Arzt Dr. med. H.\_\_\_\_ in seiner Stellungnahme vom 9. August 2016 (vgl. E. II. 5.21 hiervor) fest. Die Beschwerdegegnerin hat somit in ihrer Verfügung vom 6. September 2017 (A.S. 1 ff.) zu Recht auf dieses polydisziplinäre Gutachten abgestellt. Es ist daher in Bezug auf die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers von den Einschätzungen in diesem Gutachten auszugehen: Damit besteht beim Beschwerdeführer in seiner zuletzt ausgeübten Tätigkeit bei der Firma AE.\_\_\_\_, [...], seit dem Unfallereignis vom 4. September 2010 keine Arbeitsfähigkeit mehr. In einer angepassten Verweistätigkeit (ohne Einwirkungen von Vibration und Schlägen auf den linken Vorderarm, ohne repetitiv belastende manuelle Tätigkeiten, welche eine Supinationsbewegung im rechten Vorderarm verlangen, ohne Gewichtheben über 20 kg beidhändig bis Taillenhöhe, auf Kopfhöhe bis maximal 15 kg, ohne einhändiges Tragen von Gewichten mit der rechten von mehr als 12,5 kg, ohne Tätigkeiten mit Sprungbelastungen) ist der Beschwerdeführer jedoch in einem Pensum von 80 % arbeitsfähig, wobei sich diese 20%ige Einschränkung infolge reduzierter Belastbarkeit und Durchhaltefähigkeit, vermehrter Pausen sowie der reduzierten Arbeitsschnelligkeit ergibt. Diese 80%ige Arbeitsfähigkeit gilt seit dem Abschluss der Rehabilitationsmassnahmen (vgl. IV-Nr. 75 S. 90 unten). Es ist daher aufgrund der vorliegenden Akten nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin diesen Zeitpunkt auf den 12. Juni 2012 (vgl. E. II. 5.11 hiervor) festgelegt hat. So begründet sie dies insbesondere mit dem «Abschluss der Rehabilitationsmassnahmen bzw. der Nachoperationen» (A.S. 5). Diese Beurteilung erweist sich gestützt auf die vorliegenden Akten als korrekt. Denn obschon am 5. Februar 2013 ein weiterer operativer Eingriff am unteren Arm erforderlich war (vgl. dazu E. II. 5.12 hiervor) konnte der Kreisarzt Dr. med. E.\_\_\_\_ in seinem Bericht vom 4. April 2013 (vgl. E. II. 5.12 hiervor) im Vergleich zu seiner letzten Untersuchung vom 12. Juni 2012 (vgl. E. II. 5.11 hiervor) bei der klinischen und funktionellen Abklärung der oberen Extremitäten keine veränderten, sondern weitgehend identische Befunde erheben. Er hielt deshalb auch explizit fest, die aktuelle Zumutbarkeit für die oberen Extremitäten bleibe unverändert. Es ist daher davon auszugehen, dass sich die erneute Operation vom 5. Februar 2013 nicht in relevanter Weise auf die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers auswirkte. 9. Nachfolgend ist somit der Einkommensvergleich vorzunehmen und zu prüfen, ob die Beschwerdegegnerin die IV-Grade von 100 % ab 4. September 2011 und von 30 % ab 12. Juni 2012 korrekt errechnet hat (A.S. 4). 9.1 Für die Ermittlung des Valideneinkommens ist entscheidend, was die versicherte Person im Zeitpunkt des frühestmöglichen Rentenbeginns (vgl. BGE 129 V 222 mit Hinweis) – hier: ab 4. September 2011 – nach dem Beweisgrad der

überwiegenden Wahrscheinlichkeit als Gesunde tatsächlich verdienen würde und nicht, was sie bestenfalls verdienen könnte. Die Ermittlung des Valideneinkommens muss so konkret wie möglich erfolgen. Da die bisherige Tätigkeit ohne Gesundheitsschaden erfahrungsgemäss fortgesetzt worden wäre, ist in der Regel vom letzten Lohn auszugehen, der vor Eintritt der Gesundheitsschädigung erzielt wurde (zum Ganzen: Urteil des Bundesgerichts 9C\_266/2008 vom 28. August 2008 E. 3.1).

9.1.1 Fehlen aussagekräftige konkrete Anhaltspunkte im Hinblick auf den letzten vor Eintritt der Gesundheitsschädigung erzielten Lohn, ist auf Erfahrungs- und Durchschnittswerte zurückzugreifen. In den Durchschnittswerten der LSE schlägt sich nieder, was eine Person mit gleichen beruflichen Voraussetzungen wie die Versicherte verdienen könnte. Auf sie darf jedoch im Rahmen der Invaliditätsbemessung nur unter Mitberücksichtigung der für die Entlohnung im Einzelfall relevanten persönlichen und beruflichen Faktoren abgestellt werden (Urteile des Bundesgerichts 8C\_664/2007 vom 14. April 2008 E. 6.2, mit Hinweisen, 9C\_266/2008 vom 28. August 2008 E. 3.2.2; AHI 1999 S. 240 f. [I 377/98]).

9.1.2 Gemäss den vorliegenden Akten (IV-Nrn. 11 ff., 49, 75 S. 28 f.) besuchte der Beschwerdeführer fünf Jahre die Primarschule in der [...], vier Jahre die Mittelschule und von 1973 bis 1978 das Gymnasium. Anschliessend studierte er in der [...] an der Universität vier Jahre Wirtschaft. Nach dem Militärdienst 1980 arbeitete er einige Jahre in der Landesvermessung für Kanalbauwerke von Bewässerungssystemen. 1986 kam der Beschwerdeführer sodann in die Schweiz. Er war zunächst von 1985 bis 1987 im Reinigungsdienst des D.\_\_\_\_ beschäftigt und dann ein Jahr in der Uhrenfabrik AF.\_\_\_\_ in [...] angestellt. Ein weiteres Jahr war er in einer kleinen Maschinenfabrik AG.\_\_\_\_ in [...] und dann von 1989 bis 1992 bei der Firma AH.\_\_\_\_ in [...] als Hilfslackierer tätig. Vom 24. Mai 1994 bis 6. August 2010 war er sodann bei der Firma AE.\_\_\_\_, [...], in der Abteilung [...] als Maschinenbediener beschäftigt, wo er alternierend stehend oder sitzend eine Maschine bediente. Nach dem Verkehrsunfall vom September 2010 war er längere Zeit arbeitsunfähig und versuchte dann 2012 beim alten Arbeitgeber in einem reduzierten Arbeitspensum als Maschinist wieder zu arbeiten. Dies funktionierte jedoch nicht. Er konnte dann mit Hilfe der Beschwerdegegnerin beim C.\_\_\_\_ ab 5. November 2012 ein Belastbarkeitstraining absolvieren (IV-Nr. 24), welches wegen einer Armoperation am 31. Dezember 2012 abgebrochen wurde (vgl. Austrittsbericht vom 8. Januar 2013, IV-Nr. 28). Ein weiteres Belastbarkeitstraining fand sodann ab dem 6. Mai 2013 statt (IV-Nrn. 35, 50). Das Arbeitsverhältnis bei der AE.\_\_\_\_ wurde per Ende Juni 2013 durch diese gekündigt (IV-Nr. 54). Ab 5. August 2013 wurde beim C.\_\_\_\_ ein Aufbaustraining durchgeführt.

9.1.3 Da der Beschwerdeführer seine zuletzt bei der Firma AE.\_\_\_\_ ausgeübte unbefristete Arbeitstätigkeit ab dem Unfallereignis vom 4. September 2010 nicht mehr ausüben konnte und ihm diese Stelle sodann auch aus gesundheitlichen Gründen per Ende Juni 2013 gekündigt wurde und er seither nicht mehr in einem festen Arbeitsverhältnis gearbeitet hat, ist mit dem erforderlichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erstellt, dass er die Arbeit bei der Firma AE.\_\_\_\_ im Gesundheitsfall auch weiterhin ausgeübt hätte. So ist für die Berechnung des Valideneinkommens auf das zuletzt bei der Firma AE.\_\_\_\_ erzielte Erwerbseinkommen abzustellen. Dieses betrug gemäss dem bei der Beschwerdegegnerin am 25. April 2017 eingegangenen Schreiben des früheren Arbeitgebers des Beschwerdeführers (IV-Nr. 89) im Jahr 2011 jährlich total CHF 74'587.00 (Grundlohn: CHF 58'212.00 [CHF 4'851.00 x 12] + Zulagen: CHF 8'736.00 [CHF 728.00 x 12] + Gewinnbeteiligung: CHF 500.00 + Beiträge an Krankenkassenprämien: CHF 1'560.00 [CHF 130.00 x 12] + 13. Monatslohn inkl. Anteil Schicht: CHF 5'579.00) und im Jahr 2012 jährlich CHF 74'940.00 (Grundlohn:

CHF 58'332.00 [CHF 4'861.00 x 12] + Zulagen: CHF 8'748.00 [CHF 729.00 x 12] + Gewinnbeteiligung: CHF 350.00 + Beiträge an Krankenkassenprämien: CHF 1'920.00 [CHF 160.00 x 12] + 13. Monatslohn inkl. Anteil Schicht: CHF 5'590.00). Damit sind die von der Beschwerdegegnerin errechneten Valideneinkommen sowohl ab 4. September 2011 von CHF 74'587.00 als auch ab 12. Juni 2012 von CHF 74'940.00 nicht zu beanstanden.

9.2 Für das Invalideneinkommen massgebend ist dasjenige Entgelt, welches die versicherte Person aufgrund ihres konkreten Gesundheitsschadens zumutbarer-weise noch zu erzielen in der Lage wäre (Art. 16 ATSG). Da der Beschwerdeführer nach Eintritt des Gesundheitsschadens keine neue Erwerbstätigkeit aufgenommen hat, muss das Invalideneinkommen aufgrund der Tabellenlöhne gemäss den vom Bundesamt für Statistik periodisch herausgegebenen Lohnstrukturhebungen (LSE) festgesetzt werden. 9.2.1 Da dem Beschwerdeführer bis am 12. Juni 2012 keine berufliche Tätigkeit zumutbar war, beträgt das Invalideneinkommen für das Jahr 2011 CHF 0.00. Ab dem 12. Juni 2012 ist dem Beschwerdeführer eine leidensadaptierte Tätigkeit, ohne Einwirkungen von Vibration und Schlägen auf den linken Vorderarm, ohne repetitiv belastende manuelle Tätigkeiten, welche eine Supinationsbewegung im rechten Vorderarm verlangen, ohne Gewichtheben über 20 kg beidhändig bis Taillenhöhe, auf Kopfhöhe bis maximal 15 kg, ohne einhändiges Tragen von Gewichten mit der rechten von mehr als 12,5 kg, ohne Tätigkeiten mit Sprungbelastungen; vgl. E. II. 8 hiervor), zu 80 % zumutbar. Es ist daher ab dem 12. Juni 2012 von einem monatlichen Bruttolohn für Männer im gesamten privaten Sektor von CHF 5'210.00 (LSE 2012 TA1\_tirage\_skill\_level, Total, Niveau 1, Männer) auszugehen. Dieser Betrag ist auf die üblichen Wochenstunden von 41,7 im Jahr hochzurechnen (CHF 5'212.00 x 12 [: 40 x 41.7] = CHF 65'177.00) und an das zumutbare Arbeitspensum von 80 % anzupassen. Damit beträgt das Invalideneinkommen gerundet CHF 52'142.00.

9.2.2 Wird das Invalideneinkommen – wie hier der Fall – auf der Grundlage von statistischen Durchschnittswerten ermittelt, ist der entsprechende Ausgangswert (Tabellenlohn) allenfalls zu kürzen. Damit soll der Tatsache Rechnung getragen werden, dass persönliche und berufliche Merkmale, wie Art und Ausmass der Behinderung, Lebensalter, Dienstjahre, Nationalität oder Aufenthaltskategorie und Beschäftigungsgrad Auswirkungen auf die Lohnhöhe haben können (BGE 124 V 321 E. 3b/aa S. 323; Urteil des Bundesgerichts 8C\_185/2013 vom 4. Juli 2013 E. 3) und je nach Ausprägung die versicherte Person deswegen die verbliebene Arbeitsfähigkeit auch auf einem ausgeglichenen Arbeitsmarkt nur mit unterdurchschnittlichem erwerblichem Erfolg verwerten kann (BGE 126 V 75 E. 5b/aa in fine, S. 80). Der Abzug ist unter Würdigung der Umstände im Einzelfall nach pflichtgemäßem Ermessen gesamthaft zu schätzen. Er darf 25 % nicht übersteigen (BGE 126 V 75 E. 5b/bb-cc S. 80; Urteil des Bundesgerichts 9C\_368/2009 vom 17. Juli 2009 E. 2.1). Nach der Rechtsprechung ist insbesondere dann ein Abzug zu gewähren, wenn eine versicherte Person selbst im Rahmen körperlich leichter Hilfsarbeitertätigkeit in ihrer Leistungsfähigkeit eingeschränkt ist (BGE 126 V 75 E. 5a/bb S. 78). Dies ist vorliegend nicht der Fall, da dem Beschwerdeführer eine mittelschwere Tätigkeit zumutbar ist. Im vorliegenden Fall gebietet das Alter des Beschwerdeführers von 59 Jahren zur Zeit des Einkommensvergleichs keinen Abzug, da es die Möglichkeit, das Lohnniveau gesunder Hilfskräfte in diesem Arbeitssegment zu erreichen, erfahrungsgemäss nicht zusätzlich schmälert (vgl. LSE 2004 TA9 S. 65). Auch hinsichtlich der Nationalität gebietet sich kein Abzug, da der Beschwerdeführer Schweizer Bürger ist (IV-Nr. 4) und somit im Anforderungsniveau 4 nicht schlechter entlohnt wird als Schweizer und Ausländer zusammen (LSE 2008 TA12). Die beim Beschwerdeführer dokumentierten mangelnden

Sprachkenntnisse sind ebenfalls nicht geeignet, um einen leidensbedingten Abzug zu begründen. Aufgrund der konkreten Einschränkungen bei der Ausübung einer angepassten Tätigkeit (Leistungseinschränkungen wegen der reduzierten Belastbarkeit, verminderte Durchhaltefähigkeit, vermehrte Pausen und reduzierte Arbeitsschnelligkeit) rechtfertigt sich indes ein Abzug von 10 %. Das Invalideneinkommen im Jahr 2012 beträgt folglich CHF 46'927.80 (90 % von CHF 52'142.00). 9.3 Damit ergibt sich ab dem 4. September 2011 bei einem Valideneinkommen von CHF 74'587.00 sowie einem Invalideneinkommen von CHF 0.00 ein IV-Grad von 100 %. Es besteht somit Anspruch auf eine ganze Invalidenrente. Ab dem 12. Juni 2012 resultiert bei einem Valideneinkommen von CHF 74'940.00 und einem Invalideneinkommen von CHF 46'927.80 eine Erwerbseinbusse von CHF 28'012.20, was einem IV-Grad von gerundet 38 % entspricht und nicht zum Bezug einer IV-Rente berechtigt (vgl. E. II. 3 hiavor). 9.4 Zusammenfassend war der Beschwerdeführer ab dem 4. September 2010 zu 100 % arbeitsunfähig. Das für den Rentenanspruch geltende Wartejahr (Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG) lief somit am 4. September 2011 ab. Der zu diesem Zeitpunkt bestehende Invaliditätsgrad von 100 % begründet einen Anspruch auf eine ganze Rente ab dem 1. September 2011 (Art. 28 Abs. 2 und Art. 29 Abs. 3 IVG). Der ab dem 12. Juni 2012 bestehende Invaliditätsgrad von 38 % führt indes zu keinem Rentenanspruch mehr (vgl. E. II. 3 hiavor). Gemäss Art. 88a Abs. 1 Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV, SR 831.201) ist die ab 4. September 2011 laufende ganze Rente nach Ablauf von drei Monaten, also mit ab 1. Oktober 2012, aufzuheben (vgl. BGE 109 V 125). 10. Damit ist die angefochtene Verfügung vom 6. September 2017 im Ergebnis zu bestätigen und die dagegen erhobene Beschwerde abzuweisen. Der Beschwerdeführer hat somit Anspruch auf eine vom 1. September 2011 bis 1. Oktober 2012 befristete ganze Invalidenrente.

#### **E. 5.19**

hiavor) sei nachvollziehbar und schlüssig. Dieses sei umfassend für die strittigen Belange, berücksichtige die geklagten Beschwerden, sei in Kenntnis aller Akten verfasst worden, es seien andere Beurteilungen diskutiert worden, die Schlussfolgerungen seien begründet und leuchteten ein. In der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Maschinist bei der Firma [...] sei der Beschwerdeführer seit seinem Unfall vom 4. September 2010 nicht mehr einsetzbar. Für diesen Beruf bestehe eine dauerhafte 100%ige Arbeitsunfähigkeit. In einer dem körperlichen Leiden optimal angepassten Verweistätigkeit (ohne Einwirkungen von Vibration und Schlägen auf den linken Vorderarm, ohne repetitiv belastende manuelle Tätigkeiten, welche eine Supinationsbewegung im rechten Vorderarm verlangten, ohne Gewichtheben über 20 kg beidhändig bis Taillenhöhe, auf Kopfhöhe bis maximal 15 kg, ohne einhändiges Tragen von Gewichten mit der rechten Hand von mehr als 12,5 kg, ohne Tätigkeiten mit Sprungbelastungen) sei dem Beschwerdeführer aus interdisziplinärer Sicht eine 80%ige Arbeitsfähigkeit zu attestieren. Die Einschränkung von 20 % ergebe sich in der Folge der reduzierten Belastbarkeit und Durchhaltefähigkeit, vermehrten Pausen sowie der reduzierten Arbeitsschnelligkeit. Bei dem, dem Einwand beigelegten «Certificat médical» von Dr. med. G.\_\_\_\_ (vgl. E. II. 5.20 hiavor), handle sich um eine Zusammenfassung des Krankheitsverlaufs. Der Inhalt decke sich mit dem Zwischenbericht des AD.\_\_\_\_, Dr. med. G.\_\_\_\_, vom 2. Dezember 2013. Neue Untersuchungsbefunde seien nicht aufgeführt. Es werde lediglich auf die Durchführung eines Hamiltontests im Mai 2016 verwiesen. Das rapportierte Ergebnis («score total de Hamilton 41») sei isoliert nicht aussagekräftig. Das Gutachten habe sich mit diesen (abweichenden) Ausführungen Dr. med. G.\_\_\_\_ bereits auseinandergesetzt. Die Stellungnahme Dr. med. G.\_\_\_\_ habe keinen Einfluss auf die

Beurteilung. 6. Aufgrund der vorliegenden Akten kann zunächst festgehalten werden, dass sich zum konkreten Datum des sich im September 2010 ereigneten Unfallereignisses in der [...] unterschiedliche Angaben finden: So ist zum einen der Schadensmeldung an den Unfallversicherer B. \_\_\_ vom 7. September 2010 zu entnehmen, dass sich der Unfall am 4. September 2010 um 02.00 Uhr ereignet habe (IV-Nr. 14.15). Dies gab der Beschwerdeführer auch auf dem Fragenkatalog des Unfallversicherers B. \_\_\_ vom 31. Januar 2011 an, indem er darauf hinwies, der Unfall habe sich vom 3. auf den 4. September 2010 um Mitternacht ereignet (IV-Nr. 14.6). Dieses Datum bestätigte der Beschwerdeführer sodann anlässlich der Anmeldung zum Leistungsbezug bei der Beschwerdegegnerin vom 1. März 2013 sowie im Rahmen des Intake-Gesprächs vom 30. März 2011 (IV-Nrn. 3, 12). Von diesem Datum gingen zudem auch der RAD-Arzt Dr. med. H. \_\_\_ in seinen Stellungnahmen vom 8. September 2015 und 9. August 2016 (vgl. E. II. 5.18, 5.20 hiervor) sowie die Gutachter der Begutachtungsstelle I. \_\_\_ im polydisziplinären Gutachten vom 18. Mai 2016 (vgl. E. II. 5.20 hiervor) aus. Den medizinischen Berichten sind demgegenüber sowohl ein Unfalldatum vom 3. September 2010 (vgl. E. II. 5.1, 5.4 ff.) als auch vom 5. September 2010 (vgl. E. II. 5.3 hiervor) zu entnehmen. Da der genaue Zeitpunkt des sich im September 2010 zugetragenem Unfallereignisses für die zu beurteilende Frage, ob die Zusprache einer befristeten Rente korrekt erfolgt ist (vgl. II. E. 5 hiervor), keine wesentliche Rolle spielt, ist gestützt auf die vorliegenden Akten mit überwiegender Wahrscheinlichkeit vom 4. September 2010 auszugehen. Der Beschwerdeführer erlitt somit am 4. September 2010 in der [...] einen Autounfall und musste sich aufgrund der dabei erlittenen Verletzungen nach seiner Repatriierung in die Schweiz mehreren operativen Eingriffen sowohl an den oberen als auch an den unteren Extremitäten unterziehen. Dies u.a. auch wegen einer sich entwickelten komplexen Wundinfektion mit multiresistenten *Acinetobacter baumannii* und *Enterococcus faecium*, welche diverse operative Revisionen des rechten Ellenbogengelenks sowie des rechten Unterarms bedingten, und wegen einer aufgetretenen Pseudarthrose. Somit war die gesundheitliche Situation des Beschwerdeführers direkt nach dem Unfallereignis im Wesentlichen aus somatischer Sicht beeinträchtigt. Im Laufe der Zeit wurden dann jedoch auch Beeinträchtigungen seiner psychischen Gesundheit dokumentiert. 7. Da die Beschwerdegegnerin in ihrer angefochtenen Verfügung vom 6. September 2017 (A.S. 1 ff.) im Wesentlichen auf das polydisziplinäre Gutachten der Begutachtungsstelle I. \_\_\_ vom 18. Mai 2016 (vgl. E. II. 5.19 hiervor) abstellt, ist zu prüfen, ob diesem Beweiswert zuzusprechen ist: 7.1 Das von Dr. med. J. \_\_\_, Facharzt für Allgemeine Medizin FMH, Dr. med. K. \_\_\_, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Unfallchirurgie, Dr. med. L. \_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, und Dr. med. M. \_\_\_, Facharzt für Rheumatologie FMH, erstellte polydisziplinäre Gutachten wird den von der Rechtsprechung entwickelten Anforderungen (Vollständigkeit, Schlüssigkeit, Nachvollziehbarkeit; vgl. II. E. 4.2 hiervor) umfassend gerecht. So wurde der Beschwerdeführer jeweils unter Beizug einer [...]Dolmetscherin (vgl. IV-Nr. 75 S. 33, 37, 42), ausführlichen allgemeininternistischen, rheumatologischen, orthopädisch-chirurgischen und psychiatrischen Exploration unterzogen (IV-Nr. 75 S. 28 ff., 37, 42 ff., 67 ff.), womit seine geklagten Beschwerden in die gutachterlichen Beurteilungen miteingeflossen sind. Zudem beruht das Gutachten auf allseitigen Untersuchungen. So wurden der allgemein-internistische Status sowie der psychische Befund erhoben und rheumatologische sowie chirurgisch-orthopädische Untersuchungen (IV-Nr. 75 S. 33 ff., 37, 45 ff., 70) durchgeführt. Am 3. Dezember 2015 erfolgten im

Weiteren Laboruntersuchungen, am 2. Dezember 2015 wurde eine apparative Diagnostik im Sinne eines Ruhe-EKG durchgeführt und am 2. November 2015 erfolgten radiologische Untersuchungen (IV-Nr. 75 S. 35, 39, 59 ff.). Durch das Aufführen der medizinischen Akten in chronologischer Reihenfolge, des Aktenauszugs, der «Vorgeschichte gemäss Aktenlage» sowie den in den jeweiligen Teilgutachten aufgeführten fachspezifisch relevanten Akten (IV-Nr. 75 S. 2 ff., 22 ff., 36 f., 42, 67) wurde das Gutachten zudem in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) erstellt. Da zwischen den Gutachtern eine Konsensbesprechung stattfand (IV-Nr. 75 S. 94 oben), beruhen die gutachterlichen Schlussfolgerungen insbesondere auch in Bezug auf die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers auf einer konsensualen Beurteilung. Es leuchten ferner die medizinischen Zusammenhänge und die Beurteilung der medizinischen Situation ein: So stellte der allgemeininternistische Gutachter Dr. med. J.\_\_\_\_ aufgrund seiner klinischen Untersuchung (S. 33 ff.) weitgehend unauffällige Befunde des Bewegungsapparates fest. Diese Einschätzung überzeugt, da sich ein hinkfreier und flüssiger Gang mit problemlos durchführbarem Fussspitzen- und Fersengang sowie eine indolente HWS-Beweglichkeit in sämtliche Richtungen präsentierten. Eine Beeinträchtigung konnte sowohl im Bereich des rechten Ellbogens im Rahmen einer vollständig eingeschränkten Supination sowie ein Extensionsdefizit von 20 ° als auch beim rechten Daumen festgestellt werden, der nicht flektiert werden konnte (IV-Nr. 75 S. 34). Diese Feststellungen bestätigte der rheumatologische Gutachter Dr. med. M.\_\_\_\_. So hielt er in seinem Teilgutachten vom 9. Dezember 2015 (S. 36 ff.) ein Streckdefizit des rechten Ellbogens von 20 ° fest und wies eine Flexion von 135 ° aus. Er fügte aufgrund seiner Untersuchungen aus, die Supination sei nicht möglich, die Pronation hingegen normal. Beim rechten Handgelenk stellte er ausserdem sowohl eine Extension von 20 ° und eine Flexion von 30 ° mit einer Einschränkung der Ab- und Adduktion von je 1/3 und auf der linken Seite eine Flexion von lediglich 20 °, hingegen eine freie Extension sowie Ab- und Adduktion fest. Der Daumen links könne nicht flektiert werden und rechts sei eine Flexion des Digitus V unmöglich. Im Bereich der unteren Extremitäten hielt der rheumatologische Experte weiter fest, beim linken OSG sei die Supination schmerzhaft bei Status nach Osteosynthese des lateralen Malleolus (S. 38). Aufgrund dieser objektivierten Untersuchungsbefunde und der durch den Beschwerdeführer bei der Exploration geklagten Beschwerden im rechten Vorderarm und des Dauerschmerzes im rechten lateralen Oberschenkel (S. 37) erscheint schlüssig, dass der rheumatologische Gutachter darlegte (S. 41), dass bei seiner Untersuchung vorwiegend Probleme im Bereich des rechten Vorderarms und des rechten Oberschenkels bestünden. Über eine konstant vorhandene, jedoch belastungsabhängige exazerbierende Schmerzsymptomatik im Bereich des rechten Hand- und Ellenbogengelenks, des rechten Daumens und des rechten Hüftgelenks berichtete der Beschwerdeführer auch gegenüber dem Orthopädischen Chirurgen Dr. med. K.\_\_\_\_ (S. 42). Die Bestätigung der Beugeeinschränkung des linken Daumens ist aufgrund seiner erhobenen Befunde betreffend die Daumenfunktion (S. 54 f.) nachvollziehbar. So stellte er fest, es sei dem Beschwerdeführer nicht möglich gewesen, seinen linken Daumen aktiv im Grundgelenk zu beugen, was auf eine Läsion der oberflächlichen Beugesehnen zurückgeführt werden könne. Ähnlich verhält es sich in Bezug auf den rechten Kleinfinger, wo im Bereich des Endglieds ebenfalls eine Läsion der tiefen Beugesehne objektiviert werden konnte (S. 54). Gestützt auf diese Befunde ist die Darlegung des Gutachters plausibel, wonach hieraus keine höhergradige feinmotorische Einschränkung der rechten Hand resultiere. Aufgrund der radiologischen Untersuchungen des rechten Unterarms in zwei Ebenen vom

2. Dezember 2015 (S. 60) überzeugt ferner auch die gutachterliche Einschätzung, wonach die in diesem Bereich implantierte Drittelrohrplatte das palmare Radioulnargelenk um 1,5 cm überrage, was zu einer mechanisch bedingten Beugeeinschränkung des rechten Handgelenks führe (S. 63). Gestützt auf diese bildgebenden Untersuchungen erweist sich auch die weitere Einschätzung von Dr. med. K.\_\_\_\_ als nachvollziehbar, wonach sich im Bereich des rechten Ellenbogengelenks eine fortgeschrittene posttraumatische Arthrose mit Destruktion des proximalen Radioulnargelenks und nahezu aufgehobenem Gelenkspalt zeigten. Auch die weiteren Ausführungen des orthopädisch-chirurgischen Experten, wonach sich im mittleren Bereich des rechten Femurs ein 3 x 4 cm messender Knochensporn gebildet habe, welcher in die dorsolaterale Muskulatur rage und dadurch ein lokales Schmerzsyndrom bedinge, vermag aufgrund der im Rahmen des Gutachtens durchgeführten Röntgenaufnahmen einzuleuchten. So wurde dabei u.a. ein 4 x 3 cm messender Kalzifizierungssporn objektiviert, der in den Bereich des Vastus medialis sowie in den Abduktoren einstrahle (S. 61). Die Einschätzung des psychiatrischen Gutachters Dr. med. L.\_\_\_\_, wonach sich keine depressiven Symptome objektivieren liessen, vermag aufgrund der festgestellten, sich weitgehend unauffällig präsentierenden psychischen Befunde einzuleuchten. So wurde der Beschwerdeführer u.a. als wach, bewusstseinsklar zu allen Qualitäten, ohne inhaltliche Denkstörungen, ohne Halluzinationen, Wahn- oder Ich-Störungen, ohne kognitive oder mnestiche Defizite, mit uneingeschränkter Schwingungsfähigkeit und spürbarem Affekt beschrieben (S. 70). Auch seine weitere gutachterliche Beurteilung, wonach im Gespräch spürbar gewesen sei, wie belastend der Beschwerdeführer den Balkonsturz der Tochter erlebt habe und unter deren Querschnittslähmung leide (S. 72), wobei er sich empathisch gezeigt habe, was auch gegen eine depressive Erkrankung spreche, überzeugt. Denn anlässlich der gutachterlichen Exploration gab der Beschwerdeführer als Schicksalsschlag den sich ungefähr vor sechs bis sieben Jahren ereigneten Sturz seiner Tochter vom Balkon an, die seither querschnittsgelähmt sei und sich nicht um ihr Kind kümmern könne (S. 67). Damit kommt dem polydisziplinären Gutachten der Begutachtungsstelle I.\_\_\_\_ vom 18. Mai 2016 grundsätzlich voller Beweiswert zu. 7.2 Es ist nachfolgend zu prüfen, ob die vorangehenden medizinischen Berichte den Beweiswert des medizinischen Gutachtens in Frage zu stellen vermögen. Dabei ist zunächst auf das psychiatrische Teilgutachten (vgl. E. II. 7.2.1 hiernach) und anschliessend auf die somatischen Teilgutachten (vgl. E. II. 7.2.2 hiernach) einzugehen: 7.2.1 In Bezug auf das psychiatrische Teilgutachten von Dr. med. L.\_\_\_\_ vom 9. Dezember 2015 (vgl. IV-Nr. 75 S. 67 ff.) ergibt sich Folgendes: Einzugehen ist zunächst auf die Berichte des den Beschwerdeführer behandelnden Psychiaters Dr. med. G.\_\_\_\_ vom 27. Dezember 2013 und 3. April 2014 (vgl. E. II. 5.15 f. hiervor). Dieser wies in seinen Berichten die Diagnose einer «posttraumatischen Belastungsstörung (ICD-10 F43.1)» aus, wobei jedoch nicht ersichtlich ist, woraus er diese Diagnose konkret herleitete bzw. welche Befunde ihn zu dieser Diagnosestellung veranlassten. So ist seinen Berichten kein psychopathologischer Befund zu entnehmen. Dr. med. G.\_\_\_\_ hielt im Bericht vom 3. April 2014 diesbezüglich einzig fest, der Beschwerdeführer habe noch immer Flash-backs, d.h. übergreifende Erinnerungen an den Unfallhergang. Der psychiatrische Gutachter Dr. med. L.\_\_\_\_ äusserte sich in seinem Teilgutachten diesbezüglich dahingehend, dass die Diagnose einer «posttraumatischen Belastungsstörung (ICD-10 F43.1)» mittlerweile in den Hintergrund getreten sei und nicht mehr vorliege (IV-Nr. 75 S. 73). Diese Einschätzung ist nachvollziehbar, da der Beschwerdeführer während der Exploration berichtete, er habe früher ständig Albträume vom Unfall gehabt, das sei deutlich besser

geworden, seit er Citalopram nehme (IV-Nr. 75 S. 68). Folglich leuchtet ein, wenn der psychiatrische Gutachter darlegte, der Beschwerdeführer berichte zwar hin und wieder über Albträume und er träume vom Unfall, dies sei aber mittlerweile selten der Fall (IV-Nr. 75 S. 72). Es lägen weder eine vermehrte Schreckhaftigkeit vor noch ein Vermeidungsverhalten. So könne der Beschwerdeführer wieder als Beifahrer längere Strecken zurücklegen, ohne dass er über eine vermehrte vegetative Symptomatik klage. Auch liege keine emotionale Gleichgültigkeit vor, was sich im Verhältnis zur Enkelin und in der Betroffenheit zur Querschnittslähmung der Tochter äussere. Ausserdem sind bereits dem Bericht von Dr. med. F.\_\_\_\_ vom November 2014 (vgl. E. II. 5.17 hiervor) Zweifel an der Diagnosestellung einer posttraumatischen Belastungsstörung zu entnehmen. So diagnostizierte dieser im Bericht betreffend seine Untersuchungen vom 6. und 13. November 2014 (vgl. E. II. 5.17 hiervor) eine «anamnestisch: vermutete posttraumatische Belastungsstörung, weitestgehend remittiert». Es ist somit davon auszugehen, dass er nicht von einer gesicherten Diagnosestellung einer posttraumatischen Belastungsstörung ausging, jedenfalls liess sich diese bereits im November 2014 nicht mehr feststellen. Schliesslich ist in Bezug auf die beiden Berichte von Dr. med. G.\_\_\_\_ auch der in der Rechtsprechung anerkannte Grundsatz zu beachten, wonach Berichte der behandelnden Ärzte wegen deren auftragsrechtlichen Vertrauensstellung zum Patienten mit Vorbehalt zu würdigen sind. Der durch Dr. med. G.\_\_\_\_ im Bericht vom 3. April 2014 (E. II. 5.16 hiervor) erstmals beschriebene «ängstlich depressive Zustand» basiert nicht auf fundiert erhobenen psychiatrischen Befunden, wurde aber von Dr. med. F.\_\_\_\_ anlässlich seiner psychiatrischen Untersuchungen vom 6. und 13. November 2014 bestätigt (vgl. E. II. 5.16 hiervor), indem er eine «depressive Störung leichten Grades mit somatischem Syndrom (ICD-10 F32.01) als akzentuierter Zustand» diagnostizierte. Diesbezüglich führte Dr. med. L.\_\_\_\_ aus (IV-Nr. 75 S. 73), eine leichtgradige depressive Symptomatik sei aufgrund des damaligen Berichts nachvollziehbar. Anlässlich der aktuellen gutachterlichen Untersuchung könne er indes keine depressiven Symptome objektivieren (vgl. IV-Nr. 75 S. 72). In Bezug auf die durch Dr. med. F.\_\_\_\_ weiter festgestellte Diagnose einer «chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41)» hielt Dr. med. L.\_\_\_\_ fest, diese sei aufgrund des Berichts von Dr. med. F.\_\_\_\_ nicht nachvollziehbar (IV-Nr. 75 S. 73) und liege auch nicht vor. So seien die Schmerzen somatisch vollumfänglich erklärbar und es habe auch im Vorfeld des Unfalls keine psychiatrische Erkrankung vorgelegen. Diese Einschätzung lässt sich aufgrund der somatischen Teilgutachten verifizieren. So hielt Dr. med. K.\_\_\_\_ in seinem orthopädisch-chirurgischen Teilgutachten fest (IV-Nr. 75 S. 63), nach eingehender klinischer und radiologischer Untersuchung des Beschwerdeführers im Rahmen der Begutachtung könnten die vom Beschwerdeführer genannten Beschwerden sowohl klinisch als auch radiologisch allesamt objektiviert werden. Folglich vermag auch die von Dr. med. F.\_\_\_\_ geschätzte Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers von 30 - 35 % (E. II. 5.16 hiervor) nicht zu überzeugen. Diese Einschätzung beruht denn auch nicht auf erhobenen Befunden bzw. festgestellten Diagnosen, sondern auf einem errechneten Mittelwert der bei den Arbeitstrainings beim C.\_\_\_\_ erzielten Arbeitsleistungen. Daher überzeugt die gutachterliche Beurteilung von Dr. med. L.\_\_\_\_, wonach die angegebene Arbeitsfähigkeit von Dr. med. F.\_\_\_\_ «in keinsten Weise» nachvollziehbar sei (IV-Nr. 75 S. 73). Der Beweiswert des psychiatrischen Teilgutachtens von Dr. med. L.\_\_\_\_ wird durch die medizinischen Vorakten nicht geschmälert.

7.2.2 Betreffend die somatischen Teilgutachten ergibt sich Folgendes:

7.2.2.1 In Bezug auf das allgemeininternistische Teilgutachten vom 2. Dezember 2015 von Dr. med. J.\_\_\_\_ (IV-Nr. 75 S. 33 ff.) finden sich

in den vorliegenden Akten keine diesem widersprechenden Facharztberichte. 7.2.2.2 Auch in Bezug auf das rheumatologische Teilgutachten von Dr. med. M.\_\_\_\_ vom 9. Dezember 2015 (IV-Nr. 75 S. 36 ff.) sind vorliegend keine reinen rheumatologischen Arztberichte dokumentiert. Einzig im Rahmen der durchgeführten EFL-Abklärung vom 16. Juli 2013 (vgl. E. II. 5.14 hiervor) wurden die Rheumatologen Dres. med. AA.\_\_\_\_ und AB.\_\_\_\_ beigezogen, die angaben, die aktuellen Probleme des Beschwerdeführers bestünden in bewegungs- und belastungsabhängigen Schmerzen im rechten Unterarm und im linken Daumen, einem Kraftverlust in der rechten Hand und im linken Daumen sowie Schmerzen im rechten Oberschenkel. Diese Feststellungen wurden im Rahmen des rheumatologischen Teilgutachtens von Dr. med. M.\_\_\_\_ bestätigt. So hielt dieser fest, bei der rheumatologischen gutachterlichen Untersuchung zeigten sich Probleme, vorwiegend im Bereich des rechten Vorderarms und des rechten Oberschenkels. Auch die objektiven rheumatologischen Untersuchungsbefunde erweisen sich als weitgehend identisch (IV-Nrn. 43 S. 4 f., 75 S. 37 f.). Daher wird der Beweiswert des rheumatologischen Teilgutachtens nicht in Frage gestellt. Es kann darauf abgestellt werden. 7.2.2.3 Eingehend auf das orthopädisch-chirurgische Teilgutachten von Dr. med. K.\_\_\_\_ vom 9. Dezember 2015 (IV-Nr. 75 S. 42 ff.) finden sich in den vorliegenden Akten weder diesem widersprechende Diagnosestellungen noch anderslautende Einschätzungen. So ist den medizinischen Vorberichten übereinstimmend zu entnehmen, dass der Beschwerdeführer nach dem Unfallereignis vom 4. September 2010 unter einer Mehrfachverletzung / einem Polyblessé bzw. Polytrauma mit Frakturen am rechten und linken Unterarm, im Femurbereich rechts, am Knöchel links, einer Luxation am Ellenbogen rechts inkl. Bewegungseinschränkungen sowie einem ossären Ausriss des Musculus flexor pollicis longus litt (vgl. E. II. 5.4 ff., 5.11 ff., 5.19 hiervor) und die aufgetretene Wundinfektion mit multiresistentem Acinetobacter baumannii und Enterococcus faecium sowie die festgestellte Pseudarthrose zu weiteren operativen Eingriffen bzw. Heilungsverzögerungen führten. In Bezug auf die fachärztlichen Einschätzungen betreffend die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers hielt der Gutachter Dr. med. K.\_\_\_\_ fest (IV-Nr. 75 S. 66), sowohl der Kreisarzt Dr. med. E.\_\_\_\_ als auch Dr. med. AB.\_\_\_\_ hielten in ihren Berichten vom 12. Juni 2012 bzw. 16. Juli 2013 (vgl. E. II. 5.11, 5.14 hiervor) fest, der Beschwerdeführer sei in seiner zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Maschinenführer, bezogen auf ein volles Arbeitspensum, qualitativ zu 100 % arbeitsfähig. Gemäss Dr. med. K.\_\_\_\_ sei diesbezüglich anzumerken, dass die dabei genannten qualitativen Einschränkungen nur bedingt mit der vom Beschwerdeführer zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Maschinenführer vereinbar seien. Diesbezüglich müsste hier noch abgeklärt werden, welche Maschinen der Beschwerdeführer konkret bediene und inwiefern er hierzu aufgrund seiner eingeschränkten Feinmotorik des linken Daumens sowie der eingeschränkten Mobilität des rechten Hand- und Ellenbogengelenks noch befähigt sei. Auch sollte diesbezüglich eruiert werden, ob der Beschwerdeführer in seiner zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Maschinist Vibrationsbelastungen ausgesetzt sei. Diese sollten gemäss den aufgeführten Schonkriterien unbedingt vermieden werden. Diese gutachterlichen Ausführungen erweisen sich aufgrund der vorliegenden Akten als korrekt. So wurde der konkrete Tätigkeitsbereich der zuletzt ausgeübten Arbeit des Beschwerdeführers als Maschinenführer bisher nicht genauer abgeklärt. Jedenfalls sind solche Abklärungen in den vorliegenden Akten nicht dokumentiert. Damit erweist sich die Einschätzung betreffend die Arbeitsfähigkeit von Dr. med. AB.\_\_\_\_ anlässlich der EFL-Abklärung vom 16. Juli 2016 als unklar (vgl. E. II. 5.14 hiervor). So ist bspw. fraglich, weshalb dem Beschwerdeführer die berufliche Tätigkeit als

Maschinenführer ganztags zumutbar sein soll, er dann aber für andere berufliche Tätigkeiten (mittelschwere Arbeit) eingeschränkt sei. Ähnlich verhält es sich auch in Bezug auf die allgemein gehaltenen Einschätzungen betreffend die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers von Dr. med. E. \_\_\_\_, der ebenfalls nicht konkret auf die durch den Beschwerdeführer zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Maschinenführer eingeht. So bleibt auch hier offen, ob diese Tätigkeit dem Beschwerdeführer noch zumutbar wäre, da er keine vibrierenden Maschinen und Geräte mehr bedienen dürfe (vgl. E. II).

#### **E. 6**

Endgradige Bewegungseinschränkung im Bereich des linken Sprunggelenks mit einem Streckdefizit von 10 ° nach schraubenosteosynthetisch versorgter ehemaliger Weber-A-Fraktur

#### **E. 7**

Regionale Schmerzsymptomatik im Bereich des rechten Femurschafts nach ehemaliger rechtsseitiger Femurschaft-Mehrfragmentfraktur mit überschiessender Knochenneubildung und 4 x 3 cm messendem Kalzifizierungssporn dorsolateral im mittleren Drittel des rechten Femurs Diagnosen ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit sind:

#### **E. 8**

Arterielle Hypertonie, unter der aktuellen antihypertensiven Therapie ungenügend kontrolliert

#### **E. 9**

Gemischte Hyperlipidämie

#### **E. 10**

Höhenangst (ICD-10 F40.2) In der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Maschinist bei der Uhrenfirma [...] sei der Beschwerdeführer seit dem Unfallereignis vom 4. September 2010 nicht mehr einsetzbar (S. 84). In einer dem körperlichen Leiden optimal angepassten Verweistätigkeit (ohne Einwirkungen von Vibration und Schlägen auf den linken Vorderarm, ohne repetitiv belastende manuelle Tätigkeiten, welche eine Supinationsbewegung im rechten Vorderarm verlangten, ohne Gewichtheben über 20 kg beidhändig bis Taillenhöhe, auf Kopfhöhe bis maximal 15 kg, ohne einhändiges Tragen von Gewichten mit der rechten Hand von mehr als 12,5 kg, ohne Tätigkeiten mit Sprungbelastungen) sei dem Beschwerdeführer aus interdisziplinärer Sicht eine 80%ige Arbeitsfähigkeit zu attestieren. Die Einschränkung von 20 % ergebe sich infolge der reduzierten Belastbarkeit und Durchhaltefähigkeit, vermehrten Pausen sowie der reduzierten Arbeitsschnelligkeit. Es sei aus interdisziplinärer Sicht nicht anzunehmen, dass die aktuell gutachterlich festgestellte Restarbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers durch medizinische Massnahmen verbessert oder gesteigert werden könne. Berufliche Wiedereingliederungsmassnahmen wären prinzipiell aus versicherungsmedizinischer Sicht indiziert und dem Beschwerdeführer auch zumutbar. Er wäre auch motiviert, eine angepasste Tätigkeit wieder aufzunehmen. In einer solchen bestehe eine zumutbare Restarbeitsfähigkeit von 80 % (S. 84 f.). Diese sei dem Beschwerdeführer seit dem Abschluss der Rehabilitationsmassnahmen zumutbar (S. 90). 5.20 Dr. med. G. \_\_\_\_ hielt in seinem auf [...] verfassten «Certificat médical» vom 8. Juni 2016 (IV-Nr. 77 S. 2 f.) fest, der Beschwerdeführer sei im AD. \_\_\_\_ wegen seiner posttraumatischen Belastungsstörung in Behandlung. Es wurden folgende Diagnosen ausgewiesen: – Posttraumatische

Belastungsstörung (ICD-10 F43.1) – Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode mit somatischem Syndrom (ICD-10 F33.11) – Generalisierte Angststörung (ICD-10 F41.1) Der Beschwerdeführer werde mit Psychotherapie und Psychopharmaka (Antidepressiva) behandelt. Im Hamiltontest vom 25. Mai 2016 habe der Beschwerdeführer 41 Punkte erreicht, was einer mittelgradigen Depression entspreche. Zusammenfassend handle es sich um einen Patienten, der unter einem mittelgradigen depressiven Angstzustand leide. Der Beschwerdeführer komme regelmässig. Angesichts der Entwicklung der Krankheit und dem psychischen Zustand sei er zurzeit nicht in der Lage, 100%ig zu arbeiten. 5.21 Dr. med. H.\_\_\_\_, RAD, hielt in seiner Stellungnahme vom 9. August 2016 (IV-Nr. 79 S. 2) fest, das Gutachten der Begutachtungsstelle I.\_\_\_\_ vom 18. Mai 2016 (vgl. E. II.

## **E. 11**

11.1 Bei diesem Verfahrensausgang besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung.  
11.2 Aufgrund von Art. 69 Abs. 1 bis IVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von CHF 200.00 - 1'000.00 festgelegt. Als unterliegende Partei hat der Beschwerdeführer die Verfahrenskosten von CHF 600.00 zu bezahlen, die mit dem bereits geleisteten Kostenvorschuss von CHF 600.00 zu verrechnen sind.

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