

SO_GERICHTE VSBES.2018.168 vom 13. Juni 2019

SO Obergericht, 2019-06-13, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2018.168

FR: SO_GERICHTE VSBES.2018.168 du 13 juin 2019

IT: SO_GERICHTE VSBES.2018.168 del 13 giugno 2019

Regeste

Sind in einem besonders qualifizierten Beruf ■ wie demjenigen als Flugverkehrs-leiter ■ vorzeitige Pensionierungen aus Sicherheitsgründen generell vorgesehen, weil z.B. ab einem bestimmten Alter die notwendige, überdurchschnittliche Kon-zentrationsfähigkeit nicht mehr vorausgesetzt werden kann, ist das Validenein-kommen bei Erreichen der Altersgrenze neu bezogen auf eine andere Tätigkeit zu bestimmen, was einen Revisionsgrund darstellt, wenn eine erhebliche Verände-rung resultiert. Ist eine vorzeitige Pensionierung dagegen aus sozialen Gründen vorgesehen, ermöglicht dieser Umstand keine zuverlässigen Rückschlüsse auf den Einzelfall und bildet daher keinen Grund für eine Neufestsetzung des Validenein-kommens.

Erwägungen

E. 1

Der Verfügung vom 28. Mai 2018 sei insoweit aufzuheben als sie die ganze Rente per 1. Oktober 2015 auf eine halbe Rente herabsetzt und Herrn A. ___ sei eine unbefristete ganze Rente zuzusprechen.

E. 2

2.1 Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG). Sie kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein. Die Invalidität gilt als eingetreten, sobald sie die für die Begründung des Anspruchs auf die jeweilige Leistung erforderliche Art und Schwere erreicht hat (Art. 4 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung, IVG). 2.2 Gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG haben jene Versicherten Anspruch auf eine Rente, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a), und die zusätzlich während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind (lit. b und c). Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG besteht der Anspruch auf eine ganze Rente, wenn die versicherte Person mindestens 70 %, derjenige auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens 60 % invalid ist. Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % ein solcher auf eine Viertelsrente.

E. 3

3.1 Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die Ärzte 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 Versicherten arbeitsunfähig sind. Im Weiteren sind ärztliche Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen den Versicherten noch zugemutet werden können (BGE 132 V 99 f. E. 4, 125 V 261 E. 4).

3.2 Das Administrativverfahren vor der IV-Stelle wie auch der kantonale Sozialversicherungsprozess sind vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht (Art. 43 Abs. 1, Art. 61 lit. c ATSG). Danach haben IV-Stelle und Sozialversicherungsgericht den rechtserheblichen Sachverhalt von Amtes wegen festzustellen. Diese Untersuchungspflicht dauert so lange, bis über die für die Beurteilung des streitigen Anspruchs erforderlichen Tatsachen hinreichende Klarheit besteht. Der Untersuchungsgrundsatz weist enge Bezüge zum – auf Verwaltungs- und Gerichtsstufe ebenfalls in gleicher Weise geltenden – Prinzip der freien Beweiswürdigung (Art. 61 lit. c in fine ATSG) auf (einschliesslich die antizipierte Beweiswürdigung): Führt die pflichtgemässe, umfassende und sachbezogene Beweiswürdigung den Versicherungsträger oder das Gericht zur Überzeugung, der Sachverhalt sei hinreichend abgeklärt, darf von weiteren Untersuchungen (Beweismassnahmen) abgesehen werden. Ergibt die Beweiswürdigung jedoch, dass erhebliche Zweifel an Vollständigkeit und/oder Richtigkeit der bisher getroffenen Tatsachenfeststellungen bestehen, ist weiter zu ermitteln, soweit von zusätzlichen Abklärungsmassnahmen noch neue wesentliche Erkenntnisse zu erwarten sind (Urteil des Bundesgerichts vom 9. April 2008, 8C_308/2007, E. 2.2.1 mit vielen Hinweisen).

3.3 Der im Sozialversicherungsrecht massgebende Beweisgrad ist derjenige der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (BGE 117 V 194 f. E. 3.b). Das Bundesrecht schreibt nicht vor, wie die einzelnen Beweismittel zu würdigen sind. Für das gesamte Verwaltungs- und Verwaltungsgerichtsbeschwerdeverfahren gilt der Grundsatz der freien Beweiswürdigung (BGE 125 V 352 E. 3a). Der Sozialversicherungsrichter hat alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestatten. Insbesondere darf er bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum er auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten – d.h. der Anamnese – abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und in seinen Schlussfolgerungen begründet ist (AHI 1997 S. 121; BGE 122 V 160). Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten. Die Rechtsprechung erachtet es jedoch als mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung vereinbar, in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten Richtlinien für die Beweiswürdigung aufzustellen (BGE 125 V 352 ff. E. 3b). So ist einem im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten medizinischen Gutachten durch externe Spezialärzte, welches auf Grund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten erstellt wurde und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangt, in der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 104 V 212). Andererseits ist der Erfahrungstatsache Rechnung zu tragen, dass behandelnde Ärzte im Hinblick auf

ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen mitunter eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 125 V 353).

E. 4

Gemäss den Ausführungen des Beschwerdeführers werde zunächst gerügt, dass sich die Begründung der angefochtenen Verfügung mit keinem Wort mit der Stellungnahme des Dr. med. I.____ vom 2. November 2016 auseinandersetze. Sei das G.____-Gutachten vom 29. September 2016 grundsätzlich auch beweistauglich, so sei dennoch festzuhalten, dass sich die Gutachter nicht hinlänglich präzise zur Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers geäussert hätten. Diese Präzisierung nehme der behandelnde Arzt, Dr. med. I.____, vor. Dieser widerspreche die Beschwerdegegnerin nicht, wenn sie lediglich festhalte, dass das G.____-Gutachten beweistauglich sei. Sodann sei der Einkommensvergleich ab der Frühpensionierung vom 1. Oktober 2015 kein Einkommensvergleich, indem lediglich die statistischen Werte für das Valideneinkommen gemäss LSE Tabelle A1 für das Jahr 2014 aufgerechnet auf das Jahr 2015 durch zwei dividiert würden. Richtigerweise sei für das Valideneinkommen der Betrag von CHF 152'510.00, welcher bereits für Juni 2017 eingesetzt worden sei und den Angaben der Arbeitgeberin entspreche, zu berücksichtigen. Werde entsprechend der rechtserheblichen Sachlage vorgegangen, dass die Arbeitgeberin den Beschwerdeführer als Instruktor weiter beschäftigt hätte, so resultiere auch nach der Frühpensionierung eine ganze Invalidenrente. Selbst wenn man davon ausgehen wolle, dass der Beschwerdeführer trotz grosser Nachfrage seiner Arbeitgeberin nach Instruktoren und zeitlebens guter Arbeitsleistung nach der Frühpensionierung als Gesunder nicht von seiner ehemaligen Arbeitgeberin als Instruktor weiter beschäftigt worden wäre, so gehe es dennoch nicht an, lediglich eine Beschäftigung auf tiefstem Niveau anzunehmen, sondern es sei davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer aufgrund seiner Fähigkeiten als Gesunder eine höher qualifizierte Tätigkeit als eine solche auf tiefstem Niveau ausüben würde. Statistisch sei auf eine Tätigkeit im unteren Kader abzustellen. Auch bei diesem Vorgehen resultiere eine ganze Invalidenrente. Werde zusätzlich berücksichtigt, dass der Beschwerdeführer nicht lediglich bloss noch eine rückenadaptierte Tätigkeit zu 50 % ausüben könne, sondern dass darüber hinaus weitere Einschränkungen bestünden (vgl. Stellungnahme Dr. I.____ vom 2. November 2016), so werde klar, dass entgegen der Auffassung der Beschwerdegegnerin durchaus ein leidensbedingter Abzug vom Invalideneinkommen gemacht werden müsse. Da diese theoretische 50%ige Arbeitsfähigkeit mit erheblichen zusätzlichen Einschränkungen verbunden sei, sei ein Abzug von 15 % gerechtfertigt und angemessen. Werde diese zusätzliche Reduktion des Invalideneinkommens berücksichtigt, so resultiere wiederum eine ganze Invalidenrente. Zudem sei darauf hinzuweisen, dass der Beschwerdeführer zufolge seiner mannigfaltigen Einschränkungen und seines Alters auch auf einem ausgeglichenen Arbeitsmarkt, wie er heute herrsche (Arbeitslosigkeit rund 3 %), seine Restarbeitsfähigkeit nicht mehr zu verwerten vermöge. Auch aus diesem Grunde sei ihm eine ganze Rente zuzusprechen. Die bundesgerichtliche Rechtsprechung zum invaliditätsfremden Faktor Alter widerspreche in krasser Weise der heutigen Lebensrealität älterer Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer. Es sei gerichtsnotorisch, dass Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer mit mehr als 55 Lebensjahren praktisch nicht mehr vermittelbar seien (siehe das Positionspapier der SKOS vom 22. Februar 2018). Von den ausgesteuerten Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern würden lediglich noch 14 % die Rückkehr in den ersten Arbeitsmarkt schaffen oder anders formuliert 86 von 100 Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern, die älter als 55 seien, erhielten keinen Zugang mehr zum ersten Arbeitsmarkt. Deshalb sei die bundesgerichtliche

Rechtsprechung dahingehend zu korrigieren, dass der invaliditätsfremde Faktor Alter nicht erst kurz vor der Pensionierung, sondern bereits mit Vollendung des 55. Lebensjahres zu berücksichtigen sei. Demgegenüber vertritt die Beschwerdegegnerin die Ansicht, die medizinischen Abklärungen hätten ergeben, dass dem Beschwerdeführer seine angestammte Tätigkeit als Flugverkehrsleiter seit 22. Oktober 2012 (Beginn der einjährigen Wartezeit) nicht mehr zumutbar sei. In einer rückenadaptierten Tätigkeit, die wechselbelastend ohne längeres Stehen und Gehen ausgeübt werden könne, bestehe aus rheumatologisch-neurologischer Sicht eine Restarbeitsfähigkeit von 50 %. Diese beinhalte auch bereits die Rendementverminderung von 10 % aus psychiatrischer Sicht. Diese Beurteilung gelte entsprechend dem akutenmässig stabilen klinischen Verlauf drei Monate nach der letzten Operation an der Lendenwirbelsäule am 14. November 2013, d.h. ab Mitte Februar 2014. Sodann könne der Beschwerdeführer nach der regulären Frühpensionierung mit 58 Jahren nicht den Anspruch erheben, im Gesundheitsfall weiterhin ein Valideneinkommen von mindestens CHF 150'000.00 zu erwirtschaften. Es sei ihm ab 1. Oktober 2015 zumutbar, seine Restarbeitsfähigkeit von 50 % – auch unter Berücksichtigung seiner Schadenminderungspflicht – in sämtlichen Arbeitssegmenten zur Verfügung zu stellen und bei gegebener Möglichkeit auch tatsächlich zu verwerten, weshalb auf den durchschnittlichen Zentralwert abzustellen sei. Des Weiteren rechtfertige es sich aus folgenden Gründen nicht, beim Invalideneinkommen einen Abzug vorzunehmen: Nach ständiger Rechtsprechung könnten gesundheitliche Einschränkungen, welche bereits bei der Beurteilung des medizinischen Zumutbarkeitsprofils enthalten seien, nicht zusätzlich in die Bemessung des leidensbedingten Abzuges einfließen und so zu einer doppelten Anrechnung desselben Gesichtspunktes führen (Urteil des Bundesgerichtes 8C_536/2014 vom 20. Januar 2015 E. 4.3 mit Hinweisen). Die bestehenden gesundheitlichen Einschränkungen führten gemäss gutachterlicher Einschätzung bereits zu einer Reduktion der Arbeitsfähigkeit um 50 % in einer rückenangepassten, wechselbelastenden Tätigkeit. Innerhalb des zumutbaren Arbeitspensums von 50 % bestünden gemäss den gutachterlichen Feststellungen keine zusätzlichen Leistungseinbussen. Zudem würden Hilfsarbeiter auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 16 ATSG) grundsätzlich altersunabhängig nachgefragt und das Alter wirke sich in diesen Tätigkeitsbereichen nicht lohnsenkend aus (AHI 1999

E. 5

242 E. 4c, BGE 9C 380/2015 vom 17. November 2015, E. 3.2.4). Auch der Faktor «Teilzeit» rechtfertige keinen zusätzlichen Abzug vom Tabellenlohn. Gemäss der Tabelle «Monatlicher Bruttolohn nach Beschäftigungsgrad, beruflicher Stellung und Geschlecht» 2012 lasse sich bei Männern ohne Kaderfunktion mit einem Teilzeitpensum zwischen 50 % und 74 % keine durch das Pensum bedingte Lohneinbusse feststellen. Weitere zu berücksichtigende Faktoren lägen keine vor. Zudem sei die Kritik, wonach sich die G.____-Gutachter nicht hinlänglich präzise zur Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers geäußert hätten und sinngemäss für das Zumutbarkeitsprofil auf die von Dr. med. I.____ aufgeführten Einschränkungen abzustellen sei, nicht stichhaltig. Gemäss Gutachten bestehe bezüglich der HWS und LWS in einer Rücken-adaptierten Tätigkeit, die wechselbelastend ausgeübt werden könne, ohne längeres Stehen und Gehen, aus rheumatologisch-neurologischer Sicht unter Berücksichtigung, dass die Beschwerdesymptomatik in diesem Ausmass nicht somatisch erklärt werden könne, eine Restarbeitsfähigkeit von 50 %. Diese beinhalte auch bereits die Rendementverminderung von 10 % aus psychiatrischer Sicht (s. Gutachten, Seite 65). Mit dieser zusammenfassenden

Feststellung sei der notwendigen Präzisierung hinlänglich Genüge getan. Mit der Stellungnahme zum Gutachten von Dr. med. I. ___ vom 2. November 2016 habe sich der zuständige RAD-Arzt der IV-Stelle auseinandergesetzt. So erachtete Dr. med. E. ___ in seiner Stellungnahme vom 13. Dezember 2016 die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit durch Dr. med. I. ___ als nicht schlüssig. Bei der Schlussfolgerung von Dr. med. I. ___ handle es sich um eine andere ärztliche Beurteilung desselben Sachverhaltes, die unter dem Blickwinkel zu würdigen sei, wonach es der Erfahrungstatsache entspreche, dass Hausärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung im Zweifelsfall eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen würden. Der Bericht von Dr. med. I. ___ genüge insofern den beweisrechtlichen Anforderungen nicht und vermöge die gutachterlichen Schlussfolgerungen nicht in Zweifel zu ziehen. Was schliesslich die Verwertbarkeit der Restarbeitsfähigkeit zusätzlich unter Berücksichtigung des Alters anbelange, hänge diese nicht zuletzt davon ab, welcher Zeitraum der versicherten Person für eine berufliche Tätigkeit und vor allem auch für einen allfälligen Berufswechsel noch zur Verfügung stehe (BGE 132 V 457 E. 3.2 5. 460). Für den Zeitpunkt, in welchem die Frage nach der Verwertbarkeit der Arbeitsfähigkeit bei vorgerücktem Alter beantwortet werde, sei grundsätzlich auf das Feststehen der medizinischen Zumutbarkeit einer (Teil-)Erwerbstätigkeit abzustellen (BGE 138 V 457 E. 3.3). Das für den konkreten Fall massgebende G. ___-Gutachten datiere vom 29. September 2016 und sei am 3. Oktober 2016 bei der IV-Stelle eingegangen. Der Beschwerdeführer sei zu diesem Zeitpunkt 59 Jahre alt gewesen. Bis zum Erreichen des AHV-Alters verblieben dem Versicherten noch mehrere Jahre. Das Finden einer angepassten Tätigkeit zu 50 % in einer wechselbelastenden Tätigkeit ohne längeres Stehen und Gehen erscheine unter dieser Voraussetzung auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt nicht als ausgeschlossen. Dies insbesondere auch unter Berücksichtigung der höchstrichterlichen Rechtsprechung, wonach eine Unverwertbarkeit der Restarbeitsfähigkeit nur zurückhaltend angenommen werde (vgl. bspw. Urteile des Bundesgerichts 8C_645/2017 vom 23. Januar 2018 E. 3, 9C_277/2016 vom 15. März 2017 E. 4.1). 5. Während die Ausrichtung einer ganzen Rente vom 1. Dezember 2013 bis 30. September 2015 unstrittig ist, ist vorliegend umstritten und zu prüfen, ob die Beschwerdegegnerin dem Beschwerdeführer zu Recht ab 1. Oktober 2015 nur noch eine halbe Rente zugesprochen hat. In diesem Zusammenhang sind im Wesentlichen folgende medizinische Unterlagen von Belang: 5.1 Im Austrittsbericht des J. ___spitals [...] vom 24. August 2011 hielten Prof. Dr. med. K. ___, Chefarzt, und Dr. med. L. ___, Stationsärztin, Medizinische Klinik, folgende während der Hospitalisation des Beschwerdeführers vom 4. bis 20. August 2011 gestellten Hauptdiagnosen fest (IV-Nr. 30, S. 68 f.): Exazerbation von rechtsbetonten Schulterschmerzen - am ehesten im Rahmen eines somatoformen Schmerzsyndroms, DD: Stiffmann-Syndrom - mit rechtsbetonter Minderung der Muskelkraft - 11. August 2011 Anti-GAD-AK 15.2 (positiv), Differenzierung ausstehend - 5. August 2011 Sono Schultergelenk rechts: leichtgradige Bursitis, keine Schmerzlinderung nach Bupivacain Infiltration - 5. August 2011 MRI: Keine Diskushernie, keine Myelopathie - 5. August 2011: Autoimmun-Screening negativ (U1 RNP-70, Sm/RNP, Sm, SSA 52/60, SSB, Scl-70, CempB, Jo-1) - 8. Juli 2011 Blutsenkung 11, RF neg., CCP neg., ANA neg., C-/P-ANCA neg. - November 2000 Operative Sanierung einer foraminalen Diskushernie C5/6 (seither sensorisches Defizit Kleinfinger links) - 2006 Operative Sanierung einer lumbalen Diskushernie (seither motorisches Defizit L5 rechtsseitig) Erhöhte Cholestaseparameter unklarer Ätiologie Arterielle Hypertonie Die Ursache der Beschwerden bleibe unklar, am ehesten sei eine Schmerzverarbeitungsstörung für die

Beschwerden verantwortlich, differenzialdiagnostisch käme ein Stiffmann-Syndrom in Frage. Magnetresonanztomographisch habe eine ausgeprägte Spinalkanalstenose mit Myelopathie weitgehend ausgeschlossen werden können. Eine Sonographie des rechten Schultergelenkes zeige eine leichte Bursitis. Eine lokale Infiltration habe keinen Einfluss auf die Schmerzproblematik gezeigt. Dies und das Fehlen eines morphologischen Korrelats zu den Schmerzen würden für eine Schmerzverarbeitungsstörung sprechen, weswegen mit Tryptizol zur Nacht begonnen worden sei. Zudem seien die Analgesie mit Optifen um MST erweitert und Valium zur Muskelrelaxation verabreicht worden. Dies habe jedoch auch nur zu einer bedingten Verminderung der Schmerzen geführt. Zur weiteren Diagnostik sei eine breite Auto-Immunserologie abgenommen worden, die Resultate seien alle negativ, unauffällig sei ebenfalls die Proteinelektrophorese gewesen. Einzig die Anti-GAD-AK seien mit 15 IU/ml leicht positiv ausgefallen, weshalb eine Differenzierung zum Ausschluss eines Stiffmann-Syndroms veranlasst worden sei. Der Befund sei noch ausstehend. Nach einer neurologischen Beurteilung durch Dr. M.____ sei eine zentrale oder periphere Nervenläsion als Ursache der Muskelschwäche ausgeschlossen worden und es sei empfohlen worden, die bei Dr. med. N.____ durchgeführte leicht positive Borrelienserologie im Verlauf zu wiederholen, da bei einer Borrelieninfektion gelegentlich ein ähnliches klinisches Bild auftreten könne. Die erhöhten Cholestaseparameter seien nicht weiter abgeklärt worden und seien im Verlauf der Hospitalisation spontan regredient gewesen. Der Beschwerdeführer sei in ordentlichem Allgemeinzustand nach Hause entlassen worden. Um die Schmerztherapie im Verlauf reduzieren zu können und damit der Beschwerdeführer so rasch als möglich wieder ins Berufsleben integriert werden könne, sei ein ambulantes arbeitsorientiertes Rehabilitationsprogramm geplant. Überbrückend finde eine Physio- und Ergotherapie statt.

5.2 Dr. med. B.____ hielt in seinem Arztbericht vom 31. Oktober 2012 folgende Diagnosen fest (IV-Nr. 21.5, S. 28 ff.): - Mediolaterales, perforiertes DH-Rezidiv L4/5 rechts - Medioforaminale Protrusion L5/S1 links Operation am 25. Oktober 2012: - Mikrochirurgische Entfernung des DH-Rezidivs L4/5 rechts - Interspinosale Abstützung L4/5 mittels DIAM Der Frühverlauf sei erfreulich, da die quälenden Schmerzen nicht mehr bestünden und der Beschwerdeführer gut mobil sei. Dr. med. B.____ habe den Beschwerdeführer wie früher zur Schonung angehalten. Er werde das Heimprogramm selbständig durchführen. Die Wundverhältnisse seien durch den Hausarzt Dr. med. N.____, [...], zu kontrollieren und circa am 8. November könnten die Steristrips entfernt werden. Ab 10. November sei die Metoject-Therapie wieder möglich und die Prednison-Therapie sei beibehalten worden.

5.3 Im Bericht vom 19. Dezember 2012 bestätigte Dr. med. B.____, die bereits im Bericht vom 31. Oktober 2012 aufgeführten Diagnosen (IV-Nr. 21.5, S. 25 f.) und stellte zudem unter «Operation am 25. Oktober 2012» die Diagnose «medioforaminale Protrusion L5/S1 links». Ferner hielt er fest, der Verlauf sei erfreulich, da die rechtsseitigen Ischialgien verschwunden seien, aber die bereits auch präoperativ vorhandenen Ischialgien links, die postoperativ verschwunden gewesen seien, seien wieder neu aufgeflammt. Unter der Annahme einer Kompression L5 links im Bereich des Eingangs des Foramens L5/S1 links, habe Dr. med. B.____ dem Beschwerdeführer als erstes zu einer raschen CT-gesteuerten foraminalen Infiltration L5/S1 links geraten und werde den Beschwerdeführer deshalb bei Dr. med. O.____ anmelden. Bei Fehlschlagen der Infiltration müsste der Beschwerdeführer nochmals von Dr. med. B.____ kernspintomographisch und mit Funktionsaufnahmen abgeklärt werden, ob eine relevante Kompression der Wurzel L5 links bestehe und eine Indikation zur Reoperation fundiert gestellt werden könne. Wenn möglich sollte eine Reoperation vermieden werden, da der Beschwerdeführer bereits

zweimal auf Höhe L5/S1 links und zweimal auf Höhe L4/5 operiert worden sei. 5.4 Prof. Dr. med. F.____, Chefarzt-Stv., [...], [...]spital [...], wies im Hinblick auf die am 28. Dezember 2012 durchgeführte Untersuchung im Bericht vom 4. Januar 2013 folgende Hauptprobleme aus (IV-Nr. 21.5, S. 21 f.): 1. Dringender Verdacht auf lumbales Diskushernienrezidiv nach operativer mikro-chirurgischer Entfernung des Diskushernienrezidivs L4/5 rechts am 25. Oktober 2012 mit interspinosaler Abstützung L4/5 2. Calciumpyrophosphat-Ablagerungserkrankung sehr wahrscheinlich - Aktuell: inaktiv - ICD-Code M11.2 3. Regredientes subacromiales Impingement links Da punkto Wirbelsäulenproblematik bisher Dr. med. B.____ Regie geführt habe, möchte ihm Dr. med. F.____ auch weiterhin die Behandlung zur Abklärung eines möglichen Diskushernienrezidivs überlassen. Von Seiten der CPPD (Calcium pyrophosphate dihydrate) bestehe derzeit eine stabile Situation. Bezüglich der vorhandenen funktionellen Einschränkungen der linken Schulter zufolge subacromialem Impingement habe Dr. med. F.____ dem Beschwerdeführer jetzt nochmals eine aktive Physiotherapie mit Instruktion von Dekoadaptionsübungen zur besseren Humeruskopfzentrierung sowie Kräftigung der Rotatorenmanschette mitgegeben. 5.5 Dr. med. P.____, Rheumatologie FMH, C.____spital, [...], hielt infolge der Hospitalisation des Beschwerdeführers vom 7. bis 12. Januar 2013 im Arztbericht vom 14. Januar 2013 (IV-Nr. 21.5, S. 12 f.) folgende Diagnosen fest: - schweres degeneratives Wirbelsäulenleiden - Status nach Diskushernienoperation L4/5 rechts 5. Februar 2003 und mit gleichzeitiger interspinosaler Abstützung L4/5 mittels DIAM am 25. Oktober 2012 - Status nach Diskushernienoperation L5/S1 links 1986 und 1991 - Status nach Diskushernienoperation C5/6 links 2000 und C6/7 links 31. Dezember 2011 - aktuell: Rezidiv-Diskushernie L5/S1 foraminal links mit radikulärem Kompressionssyndrom L5 links (MRI LWS 7. Januar 2013) - CPPD-Kristallarthropathie sehr wahrscheinlich, Kombinationsbehandlung mit MTX und niedrig-dosiertem Spiricort Die wahrscheinlich vorliegende Kristallarthropathie sei unter Kombinationsbehandlung mit MTX und niedrig-dosiertem Spiricort in Remission. Der Beschwerdeführer habe am 12. Januar 2013 in leicht gebessertem Allgemeinzustand und relativ gut mobil nach Hause entlassen werden können. Die Physiotherapie sei weiterzuführen (vorerst Beschränkung auf hubfreie und -arme Mobilisation der LWS). Die Arbeitsunfähigkeit betrage bis auf weiteres weiterhin 100 % (als Leiter [...]sicherung H.____). Bei einem unbefriedigenden Verlauf sei eine neurochirurgische Reevaluation bei Dr. med. B.____ notwendig, wobei die Frage, ob eine Indikation zur operativen Dekompression und Stabilisation L5/S1 gegeben sei, geklärt werden müsse. 5.6 Dr. med. B.____ wies aufgrund der ersten Kontrolle nach der am 16. Mai 2013 durchgeführten Operation (vgl. IV-Nr. 30, S. 24 f.) im Bericht vom 14. Juni 2013 die folgenden Diagnosen aus (IV-Nr. 30, S. 22 f.): - Eindrückliches foraminales axilliäres vernarbt DH-Rezidiv L5/S1 links - Foramenstenose L5/S1 links (Luxation Gelenkfortsatz S1 links) Relevante radikuläre Schmerzen fehlten und die aktuellen Beschwerden seien für Dr. med. B.____ in erster Linie lokaler muskulärer Genese, so dass er dem Beschwerdeführer ein Rezept für eine gezielte lokale Triggerpunkttherapie ausgestellt habe. Gleichzeitig wäre ein Ausbau der Schmerzmedikation sinnvoll (NSAR) und eine antidepressive Behandlung zur Schmerzmodulation zu diskutieren. Dem Beschwerdeführer sei gleichzeitig geraten worden, sich mit seinem HR-Beauftragten in Verbindung zu setzen, um gezielt die gesamte Problematik (IV, Arbeitsfähigkeit, Pensionierung) zu klären. Eine definitive Beurteilung der Arbeitsfähigkeit sei höchstens in vier bis sechs Monaten möglich. 5.7 Im Bericht vom 31. Juli 2013 hielt Dr. med. F.____, [...]spital [...], die folgenden Diagnosen fest (IV-Nr. 30, S. 17 f.): 1. Operative Dekompression mit Foraminotomie und

Rezessotomie L4/5 und L5/S1 links bei langstreckiger Kompression der Wurzel L5 und S1 links durch ein foraminales Diskushernienrezidiv am 16. Mai 2013 - Aktuell: muskuläre Dekonditionierung und erneut schmerzbedingte Immobilisation der LWS mit sekundären Tendomyosen im gesamten Rückenbereich, Periarthropathia coxae links; Verdacht auf Schmerzausweitung 2. Calciumpyrophosphat-Ablagerungserkrankung sehr wahrscheinlich - Aktuell: inaktiv - ICD-Code: M11.2 Beim Beschwerdeführer habe sich mittlerweile nach erneuter Diskushernienoperation eine quasi chronische Schmerzkrankheit mit depressiver Verstimmung und ausgeprägter Bewegungsangst/-blockade ergeben. Die Calciumpyrophosphat-Ablagerungserkrankung sei völlig inaktiv. 5.8 Aufgrund der ambulanten Untersuchung vom 10. September 2013 führte Dr. med. O.____, Facharzt Radiologie FMH, aus (IV-Nr. 30, S. 14), der Beschwerdeführer beschreibe das Ergebnis der Infiltration als sehr positiv, residuelle Schmerzen seien sicher vorhanden, wobei diese jetzt unspezifisch schwierig einzuschätzen seien (diskogen bei progredienter Schrumpfung des Diskus?). Es bestehe insofern sicher eine Fazettenproblematik. Die Infiltration des Fazettengelenkes sei diesbezüglich diagnostisch positiv mit schöner therapeutischer Auswirkung gewesen. Vorerst seien bei ihm, Dr. med. O.____, keine weiteren Massnahmen geplant. 5.9 Dr. med. B.____ hielt sodann nach Erhalt und Durchsicht des CT's und der Funktionsaufnahmen der LWS im Bericht vom 25. Oktober 2013 (IV-Nr. 30, S. 10 f.) folgende Diagnosen fest: - Chronisches lumboradikuläres Schmerzsyndrom links - Eindrückliches foraminales axilläres vernarbtes DH-Rezidiv L5/S1 links - Foramenstenose L5/S1 links (Luxation Gelenkfortsatz S1 links) Die erneute Abklärung habe keine neuen diagnostischen Hinweise ergeben. Eine Instabilität fehle, die Arthrose und Osteochondrose der Segmente L4/5 und L5/S1 seien eindrücklich, so dass dem Beschwerdeführer als therapeutische Option die Stabilisation der Segmente L4/5 und L5/S1 beidseits empfohlen worden sei, das heisse, die Entfernung des DIAM's L4/5 und die semiregide Fixation L4/5 und L5/S1 beidseits (Cosmic Mia). 5.10 Im Austrittsbericht vom 21. November 2013 (IV-Nr. 28 S. 7 f.) hielt Dr. med. B.____ betreffend die Hospitalisation des Beschwerdeführers vom 13. bis 21. November 2013 und der während dieser Zeit durchgeführten Operation vom 14. November 2013 (vgl. IV-Nr. 30, S. 8) die folgenden Diagnosen fest: - Ausgeprägte Spondylarthrose L4/5 und L5/S1 - Deutliche Enge L4/5 recessal und foraminal L5/S1 links (Narbe) Der Frühverlauf sei erfreulich, da er komplikationslos sei und die Schmerzen gut kontrolliert seien. Dr. med. B.____ habe die Medikamente degressiv verordnet und dem Beschwerdeführer geraten, erst in zwei Wochen wieder mit der Methotrexat-therapie zu beginnen. Der Hausarzt werde gebeten, die Wundverhältnisse regelmässig zu kontrollieren und bei unauffälligen Wundverhältnissen am 5. Dezember 2013 die Klammern zu entfernen (Zustand nach multiplen lumbalen Operationen). Der Beschwerdeführer sei mobil und könne die Übungen entsprechend seinen Möglichkeiten durchführen und das Korsett sei dringend nötig. 5.11 Dr. med. B.____ hielt sodann im Arztbericht für Erwachsene vom 29. November 2013 die folgenden Diagnosen fest (IV-Nr. 28 S. 5 f.): - Zustand nach Diskushernienoperation L5/S1 links 1986 und 1991 - Zustand nach Diskushernienoperation L4/5 rechts am 5. Februar 2003 - Zustand nach Operation eines Diskushernienrezidivs L4/5 rechts mit interspinosaler Abstützung am 25. Oktober 2012 - Zustand nach Operation eines foraminalen Diskushernienrezidivs L5/S1 links mit Verschraubung L5/S1 links am 16. Mai 2013 - Zustand nach Revision und Stabilisation L4-S1 beidseits am 14. November 2013 - Zustand nach Operation einer zervikalen Diskushernie C5/6 bzw. C6/7 links (2000/2001) - Verdacht auf CPDD Kristallartropathie Die medizinisch begründete Arbeitsunfähigkeit als Flughelfer betrage

100 %, wobei Dr. med. B.____ keine exakten Angaben über den Beginn der Arbeitsunfähigkeit machen könne. Diese bestehe aber mindestens noch für vier bis sechs Monate nach der Operation vom 14. November 2013. Beim Beschwerdeführer bestünden praktisch seit 1986 rezidivierende lumbale und auch zervikale Probleme, die relevant gewesen seien und immer wieder zu operativen Eingriffen geführt hätten. Aktuell bestehe ein ausgeprägtes, vorwiegend lumbosakrales Schmerzsyndrom, das aktuell keinerlei prognostische Aussagen über eine allfällige Wiederaufnahme der Arbeitsfähigkeit zulasse, wobei er, Dr. med. B.____, aufgrund des Ausmasses der Beschwerden sowohl in Ruhe beim Sitzen als auch unter Belastung aktuell nicht davon ausgehe, dass der Beschwerdeführer wieder arbeitsfähig werde. Dies insbesondere, weil die jetzige Tätigkeit als Flughelfer einerseits lange Schichten im Sitzen verlange und auch langwierige Weiterbildungen erfordere, um die Lizenz zu erhalten. In Bezug auf die Eingliederungsfähigkeit müsse der Verlauf definitiv abgewartet werden, weil die letzte Operation am 14. November 2013 durchgeführt worden sei. Aufgrund der Chronifizierung der Beschwerden und vor allem wegen des Ausmasses der Schmerzen gehe er, Dr. med. B.____, aufgrund des aktuellen Beschwerdebildes und Befundes nicht davon aus, dass der Beschwerdeführer arbeitsfähig werde, wenn überhaupt nur teilzeitmässig, was für jegliche Tätigkeit gelte. 5.12 Dr. med. N.____ hielt im Arztbericht für Erwachsene vom 11. Dezember 2013 folgende Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit fest (IV-Nr. 30, S. 1 ff.): Wiederholte neurochirurgische Eingriffe an der Wirbelsäule im Bereich der HWS und der LWS gemäss Beiblatt, bestehend seit 1985 Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit seien: - Reaktive Depression durch die chronische Schmerzkrankheit, seit Juni 2013 - Kristallarthropathie, Abklärung Inselspital 2013 Vom 22. Oktober 2012 bis 11. Februar 2013 sei der Beschwerdeführer in seiner zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Flugverkehrsleiter zu 100 % arbeitsunfähig gewesen. Vom 12. bis 24. Februar 2013 habe eine 70%ige und vom 25. Februar bis 14. Mai 2013 eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit bestanden. Vom 15. Mai bis 10. Dezember 2013 und bis auf weiteres sei der Beschwerdeführer indes wieder zu 100 % arbeitsunfähig. Gemäss Dr. med. N.____ sei der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers stationär mit der Tendenz, sich zu verschlechtern. Der Beschwerdeführer sei auf Hilfsmittel im Sinne von Gelenkschutzgeräten und einem speziellen Flaschenöffner sowie auf die Hilfe von Drittpersonen angewiesen. Die bisherige Tätigkeit sei dem Beschwerdeführer nicht mehr zumutbar. Die Arbeitsfähigkeit am bisherigen Arbeitsplatz könne durch Eingliederungsmassnahmen denn auch nicht verbessert werden. So seien am Arbeitsplatz in den letzten Jahren alle möglichen Massnahmen durchgeführt worden. Die Arbeitsfähigkeit habe dadurch nicht verbessert werden können. Dem Beschwerdeführer seien auch keine anderen Tätigkeiten zumutbar. Der Beschwerdeführer sei auf eine ständige Änderung der Körperlage angewiesen. Nach

E. 7

Vorliegend ist im Weiteren umstritten, ob die Beschwerdegegnerin ab Eintritt der Frühpensionierung des Beschwerdeführers als Flugverkehrsleiter per Ende September 2015 zu Recht von einem neuen, tieferen Valideneinkommen ausgegangen und infolgedessen dem Beschwerdeführer ab 1. Oktober 2015 nur noch eine halbe Rente zugesprochen hat.

E. 7.1

Beim Valideneinkommen handelt es sich um eine hypothetische Grösse, indem nicht auf den ■ unter Umständen schon länger zurückliegenden ■ zuletzt tatsächlich erzielten Verdienst abzustellen ist (BGE 114 V 310 E. 3b S. 314; Urteil des Eidg.

Versicherungsgerichts I 559/04 vom 16. Februar 2005 E. 2.1), sondern darauf, was die versicherte Person im Zeitpunkt des Rentenbeginns nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als Gesunde tatsächlich verdient hätte. Dabei wird in der Regel am zuletzt erzielten, der Teuerung und der realen Einkommensentwicklung angepassten Verdienst angeknüpft, da es empirischer Erfahrung entspricht, dass die bisherige Tätigkeit ohne Gesundheitsschaden fortgesetzt worden wäre (BGE 134 V 322 E. 4.1 S. 325; SVR 2011 IV Nr. 55 S. 163, 8C_671/2010 E. 4.5.1; Ulrich Meyer / Marco Reichmuth: Bundesgesetz über die Invalidenversicherung [IVG], 3. Aufl. 2014, S. 327).

E. 7.2

Speziell ist im vorliegenden Fall der Umstand, dass die Pensionierung für Flugverkehrsleiter bei S.____ nach Vollendung des 58. Altersjahres erfolgt (vgl. IV-Nr. 52, S. 16; 114, S. 13). Unter den Parteien nicht strittig ist grundsätzlich, dass der Beschwerdeführer im Gesundheitsfall nach der regulären Frühpensionierung als Flugverkehrsleiter nach Vollendung des 58. Altersjahr eine neue Tätigkeit aufgenommen hätte. Dies geht so auch aus dem G.____-Gutachten (vgl. IV-Nr. 88.1, S. 61) sowie aus dem Abklärungsbericht vom 10. November 2017 (IV-Nr. 114, S. 15) hervor. Darauf ist demnach abzustellen. Zu klären ist sodann die Frage, ob die Beschwerdegegnerin ab dem Zeitpunkt der Frühpensionierung per 1. Oktober 2015 zu Recht auf ein neues Valideneinkommen abgestellt hat. Von einer Reduktion des hypothetischen Einkommens ist auszugehen, wenn eine Tätigkeit erfahrungsgemäss nur bis zu einem gewissen Alter ausgeübt werden kann, etwa bei Spitzensportlern (vgl. Ueli Kieser, Änderung im Valideneinkommen als Revisionsgrund?, in: Schaffhauser/Schlauri [Hrsg.]: Die Revision von Dauerleistungen in der Sozialversicherung, St. Gallen 1999, S. 73 f.; Peter Omlin, Dauerrenten - Zeitrenten - Terminierte Renten, ebenda, S. 135). Der Umstand, dass in einer Berufssparte wie der vorliegenden vorzeitige Pensionierungen üblich sind, rechtfertigt es dagegen nach einer Lehrmeinung (Kieser, a.a.O., S. 74) nicht, bei Erreichen der üblichen Altersgrenze das Valideneinkommen herabzusetzen und die Rente zu revidieren. Nach einer anderen Auffassung wäre eine Reduktion des Valideneinkommens dogmatisch angezeigt, ist aber aus beweisrechtlichen und sozialen Gründen abzulehnen (Urs Müller, Die materiellen Voraussetzungen der Rentenrevision in der Invalidenversicherung, Fribourg 2003, S. 170 N. 644). Diese Lehrmeinungen überzeugen aber nur teilweise. Es erscheint als sachgerechter, in solchen Fällen zu differenzieren: Sind in einem besonders qualifizierten Beruf ■ wie demjenigen als Flugverkehrsleiter ■ vorzeitige Pensionierungen aus Sicherheitsgründen generell vorgesehen, weil z.B. ab einem bestimmten Alter die notwendige, überdurchschnittliche Konzentrationsfähigkeit nicht mehr vorausgesetzt werden kann, ist die Situation analog zum soeben erwähnten Spitzensport zu beurteilen. Das Valideneinkommen ist bei Erreichen der Altersgrenze neu bezogen auf eine andere Tätigkeit zu bestimmen, was einen Revisionsgrund darstellt, wenn eine erhebliche Veränderung resultiert. Ist eine vorzeitige Pensionierung dagegen (wie z.B. im Bauhauptgewerbe) aus sozialen Gründen vorgesehen, ohne dass aber die Fortsetzung einer ähnlich gelagerten Erwerbstätigkeit ausgeschlossen wäre, ermöglicht dieser Umstand keine zuverlässigen Rückschlüsse auf den Einzelfall und bildet daher keinen Grund für eine Neufestsetzung des Valideneinkommens. Es ist somit im vorliegenden Fall im Grundsatz nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin ab dem Zeitpunkt der Frühpensionierung des Beschwerdeführers per 1. Oktober 2015 auf ein neues Valideneinkommen abgestellt hat.

7.3.1 Im Weiteren ist die Höhe des per 1. Oktober 2015 angerechneten Valideneinkommens umstritten. Die Beschwerdegegnerin hat diesbezüglich lediglich auf einen Tabellenlohn in der Höhe von CHF 66'710.00 (LSE 2014, TA1_tirage_skill_level, Total, Niveau 1 Männer; aufgerechnet auf Wochenstunden und Nominallohnindex 2015) abgestellt und vertritt die Ansicht, es könne nicht davon ausgegangen werden, dass der Beschwerdeführer nach der regulären Frühpensionierung mit 58 Jahren weiterhin ein Valideneinkommen von mindestens CHF 150'000.00 erwirtschaftet hätte. Dagegen macht der Beschwerdeführer geltend, es sei anzunehmen, dass die Arbeitgeberin den Beschwerdeführer als Instruktor weiter beschäftigt hätte, womit auch nach der Frühpensionierung eine ganze Invalidenrente resultiere. Auch sonst gehe es nicht an, lediglich eine Beschäftigung auf tiefstem Niveau anzunehmen, sondern es sei davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer aufgrund seiner Fähigkeiten als Gesunder eine höher qualifizierte Tätigkeit als eine solche auf tiefstem Niveau ausüben würde. Statistisch wäre auf eine Tätigkeit im unteren Kader abzustellen. Auch bei diesem Vorgehen resultiere eine ganze Invalidenrente.

7.3.2 Wenn eine erstmalige Rentenzusprechung infrage steht, ist rechtsprechungsgemäss nur dann von einer im Gesundheitsfall erfolgten beruflichen Weiterentwicklung auszugehen, wenn konkrete Anhaltspunkte dafür bestehen, dass die versicherte Person einen beruflichen Aufstieg und ein entsprechend höheres Einkommen ■ bzw. im vorliegenden Fall die Beibehaltung eines ähnlich hohen Einkommens wie vor der Pensionierung ■ auch tatsächlich realisiert hätte, wäre sie nicht invalid geworden. Bloss theoretische Aufstiegsmöglichkeiten oder Karriereschritte sind rechtsprechungsgemäss nur dann beachtlich, wenn sie mit hoher Wahrscheinlichkeit eingetreten wären (RKUV 2006 Nr. U 568 S. 67 E. 2.1.2; AHI 1998 S. 171 E. 5a). Auch genügen blosse Absichtserklärungen nicht, um eine nicht weiter konkretisierte berufliche Veränderung anzunehmen und das Valideneinkommen auf einen entsprechend angepassten Wert festzusetzen (SVR 2002 IV Nr. 21 S. 63 f. E. 3b). Die Absicht, beruflich weiterzukommen, muss durch konkrete Schritte wie Kursbesuche, Aufnahme eines Studiums, Ablegung von Prüfungen usw. kundgetan worden sein (RKUV 2006 Nr. U 568 S. 65).

7.3.3 Der Beschwerdeführer gab anlässlich der Befragung durch den Eingliederungsfachmann an, seine Absicht sei schon immer klar diese gewesen, nach der Pensionierung als Instruktor zu arbeiten, womit er ein ähnlich hohes Einkommen wie als Flugverkehrsleiter erzielt hätte (vgl. IV-Nr. 114, S. 12). Für eine solche berufliche Entwicklung fehlt es in den Akten jedoch an echtzeitlichen Hinweisen. Im Schreiben der ehemaligen Arbeitgeberin des Beschwerdeführers, S.____, vom 19. Dezember 2017 wurde zwar ausgeführt, nach der ordentlichen Pensionierung als Flugverkehrsleiter sei es bei vorhandenem Bedarf und Qualifikationen möglich, als Instruktor am S.____ weiterzuarbeiten. Bei einem Vollzeit-Arbeitspensum sei diese Funktion im Gesamtarbeitsvertrag für administratives, operationelles und technisches Personal geregelt und ergebe ein Brutto-Jahreseinkommen von ca. CHF 150'000.00. S.____ beschäftige derzeit mehrere Instruktoren, bei denen es sich um pensionierte Flugverkehrsleiter handle. Aufgrund der grossen Nachfrage an Instruktoren habe S.____ in den letzten Jahren zusätzlich Instruktoren aus dem Ausland rekrutiert. Dabei handle es sich grösstenteils ebenfalls um ehemalige Flugverkehrsleiter. Auf konkrete Nachfrage der Beschwerdegegnerin gab die S.____ im Schreiben vom 20. Februar 2018 jedoch nicht an, wie viele der angestellten Instruktoren pensionierte Flugverkehrsleiter sind. Ergänzend wurde im Schreiben vom 20. Februar 2018 ausgeführt, der Beschwerdeführer hätte im Gesundheitsfall die

notwendigen Qualifikationen/Lizenzen für eine Voll- oder Teilzeit-Anstellung als Instruktor mitgebracht. Ganz besonders die Lizenz als Tower-Flugverkehrsleiter, über die der Beschwerdeführer zum damaligen Zeitpunkt verfügt habe, stelle eine gesuchte Qualifikation dar. Damit ist aber nicht mit dem notwendigen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erstellt, dass der Beschwerdeführer nach seiner Pensionierung tatsächlich die Stelle als Instruktor [] angetreten hätte. Damit von einer solchen Tätigkeit nach der Pensionierung hätte ausgegangen werden können, müsste es ■ mangels konkreter Hinweise ■ quasi zur üblichen Berufslaufbahn eines Flugverkehrsleiters gehören, nach der Frühpensionierung als Instruktor weiterzuarbeiten; dies kann aber aufgrund der Schreiben der S. ___ nicht gesagt werden. Zudem ist zu berücksichtigen, dass gemäss dem Schreiben der S. ___ vom 20. Februar 2018 (IV-Nr. 121) alle Instruktoren beschäftigt werden. Somit ist nicht ohne Weiteres davon auszugehen, dass der in [...] wohnhafte Beschwerdeführer, welcher jahrelang in [...] gearbeitet hat, angesichts des grossen Arbeitswegs im Alter von 59 Jahren eine neue Vollzeitstelle als Instruktor in [] angetreten hätte. Eine Tätigkeit als Instruktor nach der Frühpensionierung ist damit nicht mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erstellt. Ebenso bestehen keine Hinweise, dass der Beschwerdeführer eine andere Tätigkeit im Flugwesen angenommen hätte, die eine ähnlich hohe Verdienstmöglichkeit ergeben hätte. Es ist somit, wie von der Beschwerdegegnerin korrekt ausgeführt, nicht davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer nach der regulären Frühpensionierung mit 58 Jahren weiterhin ein Valideneinkommen von mindestens CHF 150'000.00 erwirtschaftet hätte.

Da auch sonst keine konkreten Stellen ersichtlich sind, die der Beschwerdeführer im Gesundheitsfall hätte ausüben können, ist es grundsätzlich nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin auf einen statischen Totalwert (LSE 2014, TA1_tirage_skill_level, Total) abgestellt hat (vgl. 7.3.1 hiervor). Dass die Beschwerdegegnerin lediglich auf Niveau 1 (Einfache Tätigkeiten körperlicher oder handwerklicher Art) abgestellt hat, erscheint zwar angesichts der Ausbildung und Qualifikationen des Beschwerdeführers zweifellos nicht korrekt. Jedoch spielt dies zumindest bei der Invaliditätsberechnung ab 1. Oktober 2015 keine Rolle, da sowohl beim Validen- als auch beim Invalideneinkommen vom gleichen Lohn auszugehen ist. So kann aufgrund der körperlichen Einschränkung bzw. des Zumutbarkeitsprofils und angesichts der Ausbildung des Beschwerdeführers nicht gesagt werden, er könne beispielsweise nur noch Hilfsarbeiten ausführen. Vielmehr ist davon auszugehen, dass ihm aufgrund seiner Fähigkeiten die Tätigkeiten im administrativen Bereich grundsätzlich im ähnlichen Rahmen und in ähnlichen Arbeitssegmenten offen stehen wie ohne Gesundheitsschaden. Somit kann sowohl bezüglich des Validen- als des Invalideneinkommens vom gleichen Tabellenlohn ausgegangen werden. Demnach entspricht der Grad der Arbeitsfähigkeit grundsätzlich dem Invaliditätsgrad ■ vorbehaltlich allfälliger Abzüge vom Tabellenlohn (vgl. E. II. 8.2 hiernach) ■, womit es keine Rolle spielt, auf welchen Tabellenlohn abzustellen ist.

8.1 Für das Invalideneinkommen massgebend ist dasjenige Entgelt, das die versicherte Person aufgrund ihres konkreten Gesundheitsschadens zumutbarerweise 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.

Wie vorgehend festgehalten wurde, ist für die Invaliditätsberechnung per 1. Oktober 2015 sowohl beim Validen- als auch beim Invalideneinkommen grundsätzlich vom gleichen Tabellenlohn auszugehen, womit sich diesbezüglich eine genaue Bezifferung erübrigt. Dagegen ist bezüglich der unbestritten gebliebenen Invaliditätsberechnung für den Zeitraum vom 1. Juni 2014 bis 30. September 2015 anzumerken, dass es ■ anders als bei der Invaliditätsberechnung ab 1. Oktober 2015 ■ sehr wohl relevant ist, auf welchen Tabellenlohn beim Invalideneinkommen abgestellt wird, da beim Valideneinkommen auf die Lohnangaben der ehemaligen Arbeitgeberin abgestellt wurde. Im Lichte dessen erscheint es, wie schon unter Ziff. II. 7.3.3 hiervor festgehalten, nicht nachvollziehbar, wieso die Beschwerdegegnerin hier von Niveau 1 (Einfache Tätigkeiten körperlicher oder handwerklicher Art) ausgegangen ist. Angesichts der Qualifikationen des Beschwerdeführers müsste hier zumindest von Niveau 2 (Praktische Tätigkeiten wie Verkauf/ Pflege/ Datenverarbeitung und Administration/ Bedienen von Maschinen und elektronischen Geräten/Sicherheitsdienst/Fahrdienst) ausgegangen werden. Das Kompetenzniveau 3 (Komplexe praktische Tätigkeiten, die ein grosses Wissen in einem Spezialgebiet voraussetzen) kommt ebenfalls in Frage, auch wenn es aufgrund der Qualifikationen des Beschwerdeführers primär auf eine Tätigkeit im Flugbereich zutreffen würde. Letztlich kann die Frage aber offenbleiben, da auch auf der Basis des Kompetenzniveaus 2 eine ganze Rente resultiert. Rechnet man den diesbezüglichen Tabellenlohn entsprechend auf, so ergibt sich daraus für den Zeitraum vom 1. Juni 2014 bis 30. September 2015 ebenfalls eine ganze Invalidenrente, womit die Verfügung in diesem Punkt im Resultat nicht zu beanstanden ist.

8.2 Sodann wird vom Beschwerdeführer bezüglich der Invaliditätsberechnung per 1. Oktober 2015 gerügt, die theoretische 50%ige Arbeitsfähigkeit sei mit erheblichen zusätzlichen Einschränkungen verbunden, weshalb ein Abzug von 15 % gerechtfertigt und angemessen sei.

8.2.1 Wird das Invalideneinkommen auf der Grundlage von statistischen Durchschnittswerten ermittelt, ist der entsprechende Ausgangswert (Tabellenlohn) allenfalls zu kürzen (sog. leidensbedingter Abzug). 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 und je nach Ausprägung die versicherte Person deswegen die verbliebene Arbeitsfähigkeit auch auf einem ausgeglichenen Arbeitsmarkt nur mit unterdurchschnittlichem erwerblichem Erfolg verwerten kann. Der Abzug ist unter Würdigung der Umstände im Einzelfall nach pflichtgemäsem Ermessen gesamthaft zu schätzen. Er darf 25 % nicht übersteigen und soll nicht automatisch, sondern nur dann erfolgen, wenn im Einzelfall Anhaltspunkte dafür bestehen, dass die versicherte Person wegen eines oder mehrerer dieser Merkmale ihre gesundheitlich bedingte (Rest-)Arbeitsfähigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt nur mit unterdurchschnittlichem Einkommen verwerten kann. Unter dem Titel Beschäftigungsgrad im Besonderen wird bei Frauen, welche gesundheitlich bedingt lediglich noch teilzeitlich erwerbstätig sein können, kein Abzug anerkannt. Ob ein Abzug vom Tabellenlohn vorzunehmen ist, ist eine Rechtsfrage, die das Gericht frei prüft (BGE 137 V 71 E. 5.1 S. 72).

8.2.2 Wie die Beschwerdegegnerin grundsätzlich zu Recht angemerkt hat, können nach ständiger Rechtsprechung gesundheitliche Einschränkungen, die bereits bei der Beurteilung

des medizinischen Zumutbarkeitsprofils enthalten sind, nicht zusätzlich in die Bemessung des leidensbedingten Abzuges einfließen und so zu einer doppelten Anrechnung desselben Gesichtspunktes führen (Urteil des Bundesgerichtes 8C_536/2014 vom 20. Januar 2015 E. 4.3 mit Hinweisen). Gestützt auf das G.____-Gutachten liegen denn auch nicht derart grosse Einschränkungen des Zumutbarkeitsprofils vor (vgl. E. II. 6.2 hiervor), als dass angesichts der dem Beschwerdeführer noch zumutbaren Tätigkeiten ■ beispielsweise im administrativen Bereich ■ ein zusätzlicher leidensbedingter Abzug vom Tabellenlohn gerechtfertigt wäre. Dagegen rechtfertigt der Faktor «Teilzeit» einen zusätzlichen Abzug vom Tabellenlohn von 5 %, da sich gemäss der Tabelle «Monatlicher Bruttolohn nach Beschäftigungsgrad, beruflicher Stellung und Geschlecht» 2014, T18, bei Männern ohne Kaderfunktion mit einem Teilzeitpensum zwischen 50 und 74 % eine durch das Pensum bedingte Lohneinbusse feststellen lässt. Ob sich sodann aufgrund der Kriterien «Alter» und «Dienstjahre» ein zusätzlicher Abzug rechtfertigt, kann aber offen gelassen werden. Zwar kann entgegen der Argumentation der Beschwerdegegnerin nicht darauf verwiesen werden, Hilfsarbeiter würden auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 16 ATSG) grundsätzlich altersunabhängig nachgefragt und das Alter wirke sich in diesen Tätigkeitsbereichen nicht lohnsenkend aus (AHI 1999 5. 242 E. 4c, Urteil des Bundesgerichts 9C 380/2015 vom 17. November 2015, E. 3.2.4). So sind dem Beschwerdeführer wie erwähnt nicht nur Hilfsarbeiten des Kompetenzniveaus 1, sondern auch andere Tätigkeiten zumutbar, womit sich ein diesbezüglicher Abzug rechtfertigen könnte. Zudem war der Beschwerdeführer seit 1983 bei der gleichen Arbeitgeberin angestellt (vgl. IV-Nr. 114, S. 2), womit aufgrund der langen Betriebszugehörigkeit ein zusätzlicher Abzug aufgrund des Kriteriums «Dienstjahre» erwogen werden könnte. Gesamthaft könnte aus den genannten Gründen aber höchstens ein gesamthafter Abzug von 15 % vorgenommen werden, womit ein Invaliditätsgrad von gerundet 58 % resultieren würde, was analog zur angefochtenen Verfügung ebenfalls eine halbe Rente ergibt. ()

E. 10

Zusammenfassend ist es demnach nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin dem Beschwerdeführer ab 1. Oktober 2015 nur noch eine halbe Rente zugesprochen hat. In diesem Zusammenhang ist es ebenfalls korrekt, dass die Beschwerdegegnerin die Rente sogleich bei Eintritt der Frühpensionierung am 1. Oktober 2015 herabgesetzt hat. So gilt bei einer klar datierbaren Statusänderung wie bei einer Frühpensionierung nicht die 3-Monatsfrist gemäss Art. 88a Abs. 1 Satz 2 IVV. Demnach ist die Beschwerde abzuweisen.

Versicherungsgericht, Urteil vom 13. Juni 2019 (VSBES.2018.168)

E. 11

Bei diesem Verfahrensausgang besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung. 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. Im vorliegenden Fall hat der Beschwerdeführer die Verfahrenskosten von CHF 600.00 zu bezahlen, die mit dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe zu verrechnen sind.

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