

# **SO\_GERICHTE VSBES.2022.69 vom 10. März 2022**

SO Obergericht, 2022-03-10, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so\\_gerichte\\_VSBES.2022.69](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2022.69)

FR: SO\_GERICHTE VSBES.2022.69 du 10 mars 2022

IT: SO\_GERICHTE VSBES.2022.69 del 10 marzo 2022

## **Erwägungen**

### **E. 1**

Es sei die Verfügung vom 10. März 2022 im Sinne der nachfolgenden Anträge aufzuheben.

### **E. 2**

Es sei dem Versicherten rückwirkend ab 1. November 2020 eine volle IV-Rente zuzusprechen.

### **E. 2.1**

Am 1. Januar 2022 trat das revidierte Bundesgesetz über die Invalidenversicherung (IVG, SR 831.20) in Kraft. Vorbehältlich besonderer übergangsrechtlicher Regelungen sind in zeitlicher Hinsicht grundsätzlich diejenigen materiellen Rechts-sätze massgeblich, die bei der Erfüllung des rechtlich zu ordnenden oder zu Rechtsfolgen führenden Tatbestands Geltung haben (statt vieler: BGE 144 V 210 E. 4.3.1 S. 213 mit Hinweisen). Dementsprechend ist der Anspruch für die Zeit bis Ende 2021 nach denjenigen materiellrechtlichen Normen zu beurteilen, welche damals in Kraft standen. 2.2 Anspruch auf eine Invalidenrente haben versicherte Personen, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können, während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig gewesen sind und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid sind (Art. 28 Abs. 1 IVG). 2.3 Als Invalidität gilt die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit andauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts / ATSG, SR 830.1). Sie kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 IVG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur dann vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG). 2.4 Nach dem hier massgeblichen bisherigen Recht (siehe E. II. 2.1 hiervor) besteht bei einem Invaliditätsgrad ab 40 % Anspruch auf eine Viertelsrente, ab 50 % auf eine halbe Rente, ab 60 % auf eine Dreiviertelsrente sowie ab 70 % auf eine ganze Rente (Art. 28 Abs. 2 IVG, in Kraft bis 31. Dezember 2021). Für die Bestimmung des Invaliditätsgrades wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte

(Invalideneinkommen) in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Valideneinkommen, Art. 16 ATSG). 2.5 Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung auf Unterlagen angewiesen, die Arztpersonen und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung gestellt haben. Aufgabe des Arztes ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist. Im Weiteren bilden die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 140 V 193 E. 3.2 S. 196, 105 V 156 E. 1 S. 158 f.). Der im Sozialversicherungsrecht massgebende Beweisgrad ist derjenige der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (BGE 117 V 194 f. E. 3.b). Weiter gilt für das gesamte Verwaltungs- und gerichtliche Beschwerdeverfahren der Grundsatz der freien Beweiswürdigung (BGE 125 V 351 E. 3a S. 352). 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. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten resp. in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (BGE 125 V 351 E. 3a S. 352; BGE 122 V 157 E. 1c S. 160). 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 351 E. 3b S. 352). 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 137 V 210 E. 2.2.2 S. 232, 125 V 351 E. 3b/bb S. 353). 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 351 E. 3b/cc S. 353).

3. 3.1 Die Beschwerdegegnerin legt in der angefochtenen Verfügung (A.S. 1 ff.) dar, der Beschwerdeführer sei ab November 2020 vorübergehend in seiner Arbeitsfähigkeit eingeschränkt gewesen. Gemäss den medizinischen Unterlagen sei es ihm aber weiterhin möglich, in einer optimal angepassten Tätigkeit Vollzeit – mit einer Leistungsminderung von 30 % – zu arbeiten. Somit bestehe weiterhin eine Leistungsfähigkeit von 70 %. Gemäss Gutachten seien leichte bis intermittierend mittelschwere, wechselbelastende, vornehmlich sitzende Tätigkeiten ohne repetitives Knien, Kauern, Hocken, ohne Arbeiten auf Treppen und / oder Leitern medizinisch-theoretisch vollschichtig zumutbar. Bei einem Invaliditätsgrad von 48 % habe der Beschwerdeführer ab 1. November 2020 Anspruch auf eine Viertelsrente. Aufgrund der beiliegenden Stellungnahme des Regionalen Ärztlichen

Dienstes (RAD) halte man an dieser Entscheidung fest. 3.2 Der Beschwerdeführer lässt dem in seiner Beschwerde (A.S. 8 ff.) entgegenhalten, am 24. Januar 2022 sei bei ihm in der Klinik D.\_\_\_\_, bei einem der Teilgutachter der C.\_\_\_\_, eine Knieendoprothese links durchgeführt worden. Der Eingriff habe einen stationären Aufenthalt in der Klinik und im Anschluss in der Reha nach sich gezogen, postoperativ werde er für eine gewisse Zeit, mindestens aber bis zum 30. April 2022, vollständig arbeitsunfähig sein. Diese Prognose decke sich mit den Ausführungen des RAD im Bericht vom 15. Februar 2022, welcher postoperativ ebenfalls mindestens von drei Monaten 100% Arbeitsunfähigkeit ausgehe. Der operierende Arzt veranschlage die vollständige Arbeitsunfähigkeit aktuell bis zum 31. Mai 2022. Am 1. Januar 2022 seien die Änderungen des IVG in Kraft getreten. Die neue Gesetzgebung sehe eine Aufhebung der Viertelsrentenstufen vor. Gestützt auf Art. 28b IVG sei dem Beschwerdeführer für seinen Invaliditätsgrad von mindestens 48% mindestens eine 45%ige IV-Rente auszurichten. Der Anspruch auf eine Rente zeitige zwar rückwirkend per 1. November 2020 Wirkungen in Form einer Rentennachzahlung, sei aber erst mit der entsprechenden, nach Inkrafttreten der Gesetzesrevision erlassenen, leistungsbegründenden Verfügung, somit frühestens am 10. März 2022 entstanden. Der Hinweis auf die geänderte Rechtslage sei bereits im Einwandverfahren ergangen, die Beschwerdegegnerin habe es aber nicht für nötig erachtet, dazu in ihrer Verfügung Stellung zu nehmen. Dadurch sei das rechtliche Gehör verletzt. Ganz allgemein setze sich die Beschwerdegegnerin in der angefochtenen Verfügung nicht mit den Vorbringen des Beschwerdeführers im Einwandverfahren auseinander. Sie habe lediglich die medizinischen Einwände dem RAD vorgelegt und sich ansonsten nicht zu den Einwänden geäußert. Da die Begründungspflicht verletzt sei, sei die angefochtene Verfügung bereits aus diesem Grund vollumfänglich aufzuheben und im Sinne der Anträge an die IV-Stelle zurückzuweisen. Mindestens sei dieser Umstand bei der Kostenfolge gebührend zu würdigen. In Bezug auf die operative Versorgung des Knies links mittels einer Totalendoprothese sei – mindestens vorübergehend – ab dem 24. Januar 2022 von einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit und damit vom Anspruch auf eine volle Rente auszugehen. Die Beschwerdegegnerin missachte sogar den vom RAD bestätigten diesbezüglichen Hinweis auf eine vorübergehende volle Arbeitsunfähigkeit. Zu beachten sei weiter, dass nicht zuletzt im Bericht des RAD als künftige gesundheitliche Massnahme unter anderem auch eine Prothese des linken Hüftgelenks genannt werde, welche notorisch wiederum eine längere vollständige Arbeitsunfähigkeit nach sich ziehen werde. Folglich sei eine volle Rente zu verfügen, eventualiter sei die Sache zur Sachverhaltsergänzung zurückzuweisen. Die Begutachtung durch die Begutachtungsstelle C.\_\_\_\_ werfe in Bezug auf das neuropsychologische Teilgutachten Fragen auf. Der Gutachter komme zum Schluss, dass das Lesetempo und das Nominationstempo normdurchschnittlich seien. Dieser Eindruck stimme mit dem Erleben des Beschwerdeführers überhaupt nicht überein. Er habe sein ganzes Schul- und Berufsleben hindurch weit gravierendere Sprachhürden erlebt. Er könne sich die Diskrepanz nur so erklären, dass der Test unter Umständen oberflächlich und mit einer vereinfachten Vorlage durchgeführt worden sein könnte. Die Tests seien erneut durchzuführen, mindestens aber sei der Gutachter bezüglich der vom Beschwerdeführer erlebten Diskrepanz zur Stellungnahme aufzufordern. Die Beurteilung einer 10%igen Arbeitsunfähigkeit im neuropsychologischen Bereich werde somit als deutlich zu tief angesetzt bestritten. Im Weiteren sei die gutachterlich ausgewiesene Restarbeitsfähigkeit vom Beschwerdeführer gar nicht verwertbar. Zum einen sei gemäss Rechtsprechung des Bundesgerichts das fortgeschrittene Alter zu berücksichtigen. Er befinde sich aktuell im

59. Altersjahr, habe seit seiner Jugend in der angestammten Tätigkeit als Offsetdrucker gearbeitet und habe keinerlei Erfahrung in anderen Branchen und Tätigkeitszweigen des primären Arbeitsmarktes. Das mangelnde Eingliederungspotential zeige sich in der Aktenlage betreffend die eingangs geschilderte gescheiterte Umschulung im kaufmännischen Bereich 2003 – 2006. Dieses Erlebnis des Scheiterns habe den Beschwerdeführer dergestalt geprägt, dass er einer eigentlichen Eingliederung in erheblich geringerem Masse zugänglich sei, als dies im Allgemeinen erwartet werden könnte. Ebenfalls nicht erkennbar seien anderweitige besondere persönliche Fertigkeiten und Ressourcen. Orthopädisch seien nur noch überwiegend sitzende Tätigkeiten zumutbar. Es sei notorisch, dass als denkbare sitzende Tätigkeiten vor allem feinmotorische Tätigkeiten oder administrativ / organisatorische Tätigkeiten in Frage kämen. Genau in diesen Bereichen unterliege der Beschwerdeführer nun aber zusätzlichen, mit Blick auf die Feinmotorik sogar erheblichen Einschränkungen. Es wäre an der Beschwerdegegnerin darzulegen, inwiefern der ausgeglichene Arbeitsmarkt solche Tätigkeiten überhaupt kenne. Es wäre ausserdem davon auszugehen, dass die Beschäftigung des Beschwerdeführers von einem künftigen Arbeitgeber ein absolut unrealistisches Mass an Entgegenkommen verlangen würde, sei doch ausgewiesen, dass der in jedem anderen Gebiet als der Druckerei völlig unerfahrene und in fortgeschrittenem Altern befindliche Beschwerdeführer ausserdem noch über eine Lernschwäche verfüge. Nicht zuletzt seien weitere und längere vollständige Ausfälle äusserst wahrscheinlich, da die operative Versorgung auch des linken Hüftgelenks mittels Prothese als sinnvolle Massnahme im Raum stehe. Eventualiter wäre mindestens ein leidensbedingter Abzug im vollen zulässigen Umfang von 25 % zu gewähren. Bereits die Unfallversicherung habe die Gebotenheit eines leidensbedingten Abzugs vom Tabellenlohn anerkannt. Neben dem Gebot der Einheit des Invaliditätsbegriffes in allen Sozialversicherungszweigen sprächen sämtliche hiavor geschilderten Faktoren, welche die Verwertbarkeit der Restarbeitsfähigkeit als mindestens äusserst zweifelhaft erscheinen liessen, insbesondere die unglückliche Kombination der somatischen mit den neuropsychologischen Einschränkungen, das Alter und die bisherige berufliche Laufbahn, die bereits einmal gescheiterte Umschulung und nicht zuletzt der Faktor, dass er jahrzehntelang ohne sozialversicherungsrechtliche Unterstützung oder Kompensation in einem für ihn gesundheitlich schädlichen Betätigungsfeld voll gearbeitet habe, dafür.

3.3 In ihrer Beschwerdeantwort (A.S. 29 ff.) führt die Beschwerdegegnerin ergänzend aus, es sei nach der am 24. Januar 2022 durchgeführten Knie totalendoprothese eine 0%ige Arbeitsfähigkeit vom 25. April bis 31. Mai 2022 attestiert worden. Aus dem Arbeitsunfähigkeitszeugnis gehe nicht hervor, auf welche Tätigkeit sich diese Bescheinigung beziehe. Derartige Zeugnisse äusserten sich jedoch in aller Regel über die angestammte Tätigkeit. Es sei deshalb davon auszugehen, dass sich das Zeugnis auf die bisherige Tätigkeit des Beschwerdeführers als Offsetdrucker beziehe.

3.4 Der Beschwerdeführer lässt in der Replik (A.S. 37 f.) ausführen, der Operateur könne nicht von der angestammten Tätigkeit ausgegangen sein, denn der Beschwerdeführer sei seit 2019 nicht mehr in dieser tätig gewesen. Der Beschwerdeführer sei nach wie vor arbeitsunfähig, wie ein aktuelles Arbeitsunfähigkeitszeugnis (vorderhand bis zum 24. August 2022) zeige.

### **E. 3**

Eventualiter sei die Angelegenheit zur ergänzenden Sachverhaltsabklärung, insbesondere neurologisch und neuropsychologisch, sowie betreffend Verwertbarkeit der Restarbeitsfähigkeit, an die IV-Stelle zurückzuweisen.

#### E. 4

November 2019, IV-Nr. 5.30 S. 1) vom 4. bis 11. November 2019 hospitalisiert. Es wurden folgende Diagnosen erhoben: Hauptdiagnosen - Laterale Schenkelhalsfraktur links - Prolongierter Infekt der oberen Atemwege seit 3 Wochen, Leitsymptom Husten mit Auswurf - V.a. Valvulopathie / VSD klinisch schwirrendes Herzgeräusch über Erb, 3/6 Nebendiagnosen - St.n. Knie-OP links - St.n. Zehenfraktur rechts Die stationäre Aufnahme sei zur Frakturversorgung erfolgt. Diese habe am 5. November 2019 problemlos durchgeführt und der Beschwerdeführer postoperativ zeitgerecht mobilisiert werden können. Die postoperative Röntgenkontrolle habe eine korrekte Lage des eingebrachten Osteosynthesematerials bestätigt. Es wurde eine Arbeitsunfähigkeit zu 100 % vom 4. November bis 16. Dezember 2019 attestiert, welche später bis 31. Januar 2020 und dann bis 15. März 2020 verlängert wurde (IV-Nr. 5.30 S. 2; IV-Nr. 5.24). 5.2 Im Sprechstundenbericht von Dr. med. F.\_\_\_\_ vom 11. März 2020 (IV-Nr. 5.12) führte dieser aus, vier Monate nach Versorgung der medialen Schenkelhalsfraktur links mittels DHS, sei es radiologisch zur Ausheilung gekommen. Es liege ein gewisser Offset-Verlust vor. Die Schenkelhalsschraube sei dezent rückläufig im Vergleich zu den Voraufnahmen. Der Beschwerdeführer habe immer noch Beschwerden in Projektion auf das linke Hüftgelenk und das linke Knie. Am linken Knie gebe es eine chirurgische Vorgeschichte, weshalb eine Bewegungseinschränkung der Flexion von ca. 90° bestehe. Bei der klinischen Untersuchung könne der Beschwerdeführer die Hüfte etwa bis 90° flektieren und habe dann das Gefühl eines mechanischen Anschlages, der schmerzhaft sei. Die Innenrotation sei ebenfalls schmerzhaft. Das linke Hüftgelenk betreffend gebe es akut keinen chirurgischen Handlungsbedarf. Die Arbeitsunfähigkeit werde bis Ende April verlängert. 5.3 Gemäss Bericht von Dr. med. H.\_\_\_\_, Facharzt für Radiologie, Röntgen [...], vom 4. März 2020 (IV-Nr. 5.5) über ein MR des Schädels zeige sich ein abgeräumter, alter Mediateilinfarkt links. Es bestünden kein akuter / subakuter Infarkt und keine intrakranielle Raumforderung. 5.4 Dr. med. I.\_\_\_\_, Facharzt für Neurologie, berichtete am 9. März 2020 (IV-Nr. 5.4) über folgende Diagnosen: - Infantile zerebrale Parese mit sensomotorischer spastischer Halbseitensymptomatik rechts - ätiologisch am ehesten nach juvenilem Mediainsult links - akzentuiert in den letzten Monaten - St. nach Oberschenkelhalsfraktur links Herbst 2019 - Posttraumatische Gonarthrose links Magnetomographisch finde sich ein relativ grosser alter Mediateilinsult links, der die neurologische Symptomatik des Beschwerdeführers vollständig erklären dürfte. Hinweise für eine aktive entzündliche oder tumoröse Problematik ergäben sich magnetomographisch nicht. Aus neurologischer Sicht sei die Leistungsfähigkeit im angestammten Beruf als Drucker sicherlich eingeschränkt, zusätzlich dürfte die Arbeitsfähigkeit aufgrund der orthopädischen Problematik eingeschränkt sein. In einem weiteren Bericht vom 29. April 2020 (IV-Nr. 12 S. 2 f.) berichtete Dr. med. I.\_\_\_\_, der Beschwerdeführer habe subjektiv innerhalb der letzten Wochen eine Verschlechterung des Gehvermögens verspürt. Die Motorik der rechten Hand habe sich hingegen seit Beginn von Ergotherapie deutlich verbessert. In der klinischen Untersuchung zeigten sich eine Hypästhesie der rechten Gesichtshälfte und eine diskrete mimische Mundastschwäche rechts. Bezüglich der Motorik bestehe eine armetonte, leicht spastische Halbseitensymptomatik rechts mit Feinmotorikstörung der rechten Hand. Der MER-Reflex rechts sei gesteigert, Babinski rechts angedeutet positiv, links negativ. In Bezug auf die Sensibilität zeige sich eine unveränderte panmodale Hypästhesie der rechten Körperhälfte. Aus neurologischer Sicht habe sich die Situation mit leicht spastischer Halbseitensymptomatik rechts kaum verändert. Die Feinmotorik der rechten Hand schein

nach der Ergotherapie eher gebessert, das Gangbild sei nach wie vor durch die Halbseitensymptomatik geprägt. Erschwerend komme allerdings nun die Beinlängendifferenz in Folge Oberschenkelhalsfraktur links vom Herbst 2019 zum Tragen, die die Zirkumduktion des rechten Beines wahrscheinlich akzentuiere. Ein neues Ereignis oder eine tatsächliche Verschlechterung der vorbestehenden Symptomatik sei nicht ersichtlich.

5.5 Im Arztbericht von Dr. med. J. \_\_\_\_, Facharzt für Orthopädische Chirurgie, vom 23. Mai 2020 (IV-Nr. 14) wird angegeben, es bestehe beim Beschwerdeführer eine posttraumatische fortgeschrittene Pangenarthrose links bei Status nach Motorradunfall 1986 mit zweitgradig offener distaler Femurfraktur. Bereits im Jahr 2018 sei im Grundsatz der Entscheid zur Implantation einer Knie-TP diskutiert worden, bisher habe sich der Beschwerdeführer für diesen Eingriff nicht entschliessen können. Kniebezogen bestehe möglicherweise eine etwas reduzierte Steh- und Gehfähigkeit auch nach erfolgter Knie-TP-Implantation.

5.6 Am vom 28. Mai 2020 wurde der Beschwerdeführer im Rahmen der Abklärungen der Unfallversicherung von Dr. med. K. \_\_\_\_, Facharzt für Chirurgie, kreisärztlich untersucht (IV-Nr. 16.2). Dies wegen einer wenig dislozierten medialen Schenkelhalsfraktur links. Am 5. November 2019 sei eine Osteosynthese mit dynamischer Hüftschraube links erfolgt. Aktuell verspüre der Beschwerdeführer subjektiv brennende Restbeschwerden Hüfte links lateral sowie inguinal. Die Narben seien reizlos und die Hüftgelenksbeweglichkeit gut. Es bestehe eine deutliche Hypotrophie der Oberschenkelmuskulatur links. Weitere Diagnosen neben der Schenkelhalsfraktur seien: - Motorradunfall a. Supra-, intracondyläre, 2°-ig offene Femurtrümmerfraktur links 11.10.1986: Debridement, offene Reposition und Osteosynthese 21.04.1987: Arthroskopie, Gelenkrevision. Partielle Metallentfernung. Partielle Arthrolyse 01.04.1988: IE von 15 % 04.04.1989: Metallentfernung 12.06.1990: Versuch einer Spickdrahtentfernung Femur links 02.09.2002: KAS, mediale Teilmenishektomie Hinterhorn und Intermediärbereich, Shaving, peripatelläre Denervation, Entfernung von parakondylären Verknöcherungen über parapatellare Inzision medial 24.02.2014: Kniegelenksarthroskopie, Trimmen des medialen Meniskus im Hinterhornbereich, Teilmenishektomie laterales Vorderhorn, Entfernen freier Gelenkkörper anterolateral, Laterale Arthrotomie und Resektion des grossen Gelenkkörpers aktuell: subjektiv bewegungs- und belastungsabhängige Beschwerden. Eingeschränkte Beweglichkeit (F/E: 95-5-0°). Quadricephypotrophie, kein Erguss. b. Distale Vorderarmfraktur links 11.10.1986: Plattenosteosynthese Ulna, Spickung Radius 04.04.1989: Metallentfernung Ellbogenluxation links c. Ellbogenluxation links 11.10.1986: Reposition d. Metacarpale I Fraktur extraartikulär rechts 11.10.1986: geschlossene Reposition, Spickung - Infantile zerebrale Parese mit sensomotorischer armbetonter spastischer Halbseitensymptomatik rechts - MRI Schädel 04.03.2020: Grosser alter Media-Teilinsult links - Legasthenie - Fehlende Stereognosis rechte Hand Bei der kreisärztlichen Untersuchung klage der Beschwerdeführer in erster Linie über Beschwerden von Seiten seines linken Kniegelenks nach dem Motorradunfall 1986. Die Hüftgelenksbeschwerden nach der Schenkelhalsfraktur im November 2019 seien nur gering und von brennendem Charakter. Die Hüftgelenksbeweglichkeit sei schmerzfrei. Inzwischen gehe der Beschwerdeführer regelmässig mit dem Hund spazieren. Eine Rückkehr an seine Arbeitsstelle als Drucker sehe er als unrealistisch an, da die Belastung bereits vor dem Unfallereignis im November 2019 aufgrund der Einschränkungen am linken Kniegelenk und der Zerebralparese eigentlich über der Grenze des Zumutbaren gewesen sei. Unfallfremd leide der Beschwerdeführer an einem Geburtsgebreehen mit infantiler zerebraler Parese mit sensomotorischer spastischer Hemisymptomatik armbetont rechts

nach juvenilem Mediainsult links. Dadurch sei die Gehfähigkeit zusätzlich eingeschränkt. Deutliche Einschränkungen bestünden hiervon auch im Bereich der rechten oberen Extremität mit Handspastik und fehlender Stereognosis. Bei der klinischen Untersuchung zeige sich die armbetonte spastische Halbseitensymptomatik rechts mit spastischer Hand- und Fingerhaltung. Diese sei aber aktiv und passiv vollständig redressierbar. Zusätzlich bestünden ein Gang mit Zirkumduktion im Hüftgelenk rechts und ein zusätzliches Verkürzungshinken bei Beinverkürzung links bei leichtem Streckdefizit im Kniegelenk. Links falle eine deutliche Hypotrophie der Oberschenkelmuskulatur links auf. Das linke Kniegelenk sei verbreitert, aber ergussfrei. Entlang des Gelenkspalts seien Osteophyten tastbar. Die Flexion sei mit 95° (130° auf der Gegenseite) deutlich eingeschränkt. Radiologisch sei die mediale Schenkelhalsfraktur links mit leichter Verkürzung des Schenkelhalses in guten Achsverhältnissen konsolidiert. Hinweise für eine Femurkopfnekrose bestünden nicht. Am linken Kniegelenk bestehe radiologisch eine schwere medial betonte Pagonarthrose nach supra- und intrakondylärer zweigradig offener Femurtrümmerfraktur links nach einem Motorradunfall 1986. Das unfallbedingte Zumutbarkeitsprofil könne folgend definiert werden: Zumutbar seien leichte bis maximal mittelschwere wechselnd belastende, vorzugsweise sitzende Tätigkeiten ohne langandauernde Geh- oder Stehphasen. Nicht zumutbar seien Tätigkeiten mit Zwangshaltungen für das linke Kniegelenk in kauender oder kniender Position, das wiederholte Einnehmen einer knienden Position sowie Tätigkeiten mit andauerndem oder häufig wiederholtem Besteigen von Leitern oder Treppen, insbesondere nicht bei gleichzeitigem Tragen von Gewichten. Im Rahmen dieser Zumutbarkeitskriterien sei eine ganztägige Arbeitsplatzpräsenz zumutbar. Aufgrund der langen Abwesenheit vom Arbeitsplatz empfehle sich eine stufenweise Belastungssteigerung. Bereits einem Bericht des Kreisarztes der B. \_\_\_ [...] aus dem Jahr 2000 sei zu entnehmen, dass die vom Beschwerdeführer ausgeführte Tätigkeit (Offsetdrucker) aus medizinischer Sicht bereits seit längerem nicht mehr sinnvoll gewesen sei. Inzwischen seien zehn Jahre vergangen und die Situation am linken Kniegelenk habe sich weiter verschlechtert. Aus kreisärztlicher Sicht empfehle sich dringend der Wechsel in eine das Kniegelenk weniger belastende Tätigkeit. Dabei müsste aber auch den Einschränkungen aufgrund der unfallfremden Zerebralparese Rechnung getragen werden. 5.7 Im Abschlussbericht vom 17. Juli 2020 über die berufliche Eingliederung (IV-Nr. 20) wird festgehalten, aufgrund der Schwere des Unfalls sei eine Rückkehr an den angestammten Arbeitsplatz nicht mehr möglich. Eine Verweistätigkeit sei ebenfalls nicht möglich. Hier kämen nun die neurologischen Probleme mit der zerebralen Parese rechtsseitig zum Vorschein. Der Beschwerdeführer sehe sich als nicht mehr arbeitsfähig. Eine zielführende Eingliederung sei unter diesen Umständen nicht gegeben. 5.8 Im Arztbericht von med. pract. L. \_\_\_ (Hausarzt) vom 16. September 2020 (IV-Nr. 24) wird angegeben, die bisherige Tätigkeit sei nicht mehr zumutbar, die Prognose bei Umschulung hingegen gut. Eine angepasste Tätigkeit könne während vier bis sechs Stunden ausgeübt werden. Es werden folgende Diagnosen erhoben: Bewegungseinschränkung bei - Status nach Schenkelhalsfraktur vom 05.11.19 (recte 04.11.2019) - Spastischer Halbseitenlähmung bei infantiler Zerebralparese - Posttraumatischer Gonarthrose bei Status nach Motorradunfall 1986 Arbeitsunfähigkeit vom 1. August bis 30. September 2020 attestiert 5.9 Der Arztbericht von Dr. med. I. \_\_\_, Facharzt für Neurologie, vom 25. November 2020 (IV-Nr. 26) äussert sich über folgende Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit: Infantile cerebrale Parese mit spastischer Halbseitensymptomatik rechts am ehesten nach juvenilem Mediainsult. Die

Symptomatik sei seit Jahrzehnten bekannt, die genaue Diagnose habe man erst 2020 gestellt. Aufgrund der sich langsam entwickelnden Verschlechterung der Halbseitensymptomatik, die wahrscheinlich auch mit dem zunehmenden Alter zu tun habe, sei die Arbeitsfähigkeit langfristig eingeschränkt. Eine teilweise Arbeitsfähigkeit mit eingeschränkter Leistungsfähigkeit sei sicherlich vorhanden, mittel- und langfristig werde aber mit weiteren Verschlechterungen zu rechnen sein. Die aktuelle Tätigkeit als Drucker sei körperlich beanspruchend und überwiegend in stehender sowie gehender Position auszuführen. Auch seien gewisse Anforderungen an die Konzentrationsfähigkeit, Daueraufmerksamkeit sowie Fehlerkontrolle notwendig, die den Beschwerdeführer gesamthaft in einem 100%igen Pensum überforderten. Es bestehe eine spastische sensomotorische Halbseitensymptomatik rechts mit gestörter Grob- und Feinmotorik sowie nachlassenden motorischen Fähigkeiten, gleichzeitig nachlassende Konzentrations- und Aufmerksamkeitsleistungen auch aufgrund des zunehmenden Alters bei lange bekannter Hirnschädigung. Aus neurologischer Sicht sei die aktuelle Tätigkeit langfristig zu 50 % zumutbar. Eine leidensangepasste Tätigkeit könne aus neurologischer Sicht in vollem Umfang (100 %) ausgeführt werden.

5.10 Die Beschwerdegegnerin hat bei der Begutachtungsstelle C. \_\_\_ ein Gutachten eingeholt. Dieses wurde am 1. November 2021 von Dr. med. M. \_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, Dr. med. N. \_\_\_, Facharzt für Neurologie, lic. phil. O. \_\_\_, Fachpsychologe für Neuropsychologie und Psychotherapie FSP, sowie Dr. med. P. \_\_\_, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, erstattet (IV-Nrn. 46.1 bis 46.7).

5.10.1 Im orthopädischen Teilgutachten (IV-Nr. 46.3) wird zu den subjektiven Angaben des Beschwerdeführers festgehalten, er habe linksseitige Knie- und Hüftbeschwerden. Frakturbedingt sei das linke Bein verkürzt, was wohl dazu geführt habe, dass er seit Dezember 2020 an einem Fersensporn links leide, so dass eine Schuheinlagenversorgung erfolgt sei. Regelmässig schlafe die Grosszehe und zweite und dritte Zehe links ein. Nach der Schenkelhalsfraktur links mit entsprechender postoperativer Entlastung habe auch das linke Knie profitiert. Seit er nun dieses wieder voll belaste, leide er an eher noch vermehrten linksseitigen Knie-, aber auch Gesäss- und Leistenschmerzen. Das Anlaufen bereite Kniebeschwerden, am schlimmsten seien die Ruheschmerzen. Die rechtsseitigen Kniebeschwerden hätten spontan und allmählich zugenommen. Die Gehstrecke betrage rund 30 Minuten. Er gehe regelmässig mit seinen beiden kleinen Hunden spazieren, dann müsse er schmerzbedingt eine Pause einlegen. Schlimm sei aufgrund von linksseitigen Knieschmerzen das Abwärtsgehen. Der orthopädische Gutachter erhebt folgende Befunde: Es bestehe ein symmetrisches Schulterprofil ohne Hinweise für eine relevante Muskelatrophie und / oder -asymmetrie. Die Wirbelsäule sei gesamthaft im Lot. Der Zehen- / Fersen- / Einbeinstand werde beidseits gehalten, links etwas unsicherer als rechts. Die Beinachse sei rechts physiologisch, links diskret valgisch. Die Schulteruntersuchung zeige beidseits eine symmetrisch gut erhaltene Muskulatur, es bestehe keinerlei Druckdolenz. Aspektmässig zeige sich eine regelrechte Trophik der Ober- und Unterarmmuskulatur, im Bereich der rechten Hand finde sich jedoch eine Atrophie der interossären Muskulatur rechts bei spontan leicht spastischer Arm- und Handhaltung rechts. Das Fingerspiel inkl. Fingerspreizen und Faustschluss sei rechts gegenüber links koordinativ eingeschränkt. Im Bereich der unteren Extremitäten sei das rechte Kniegelenk am Untersuchungstag ergussfrei, ohne Patellaschiebeschmerz, mit einer moderaten Druckdolenz über dem medialen Gelenkspalt, Flexion / Extension mit etwas Endphasenschmerz medial in Flexion. Es bestünden keine Meniskuszeichen sowie eine regelrechte mediolaterale und sagittale

Bandstabilität. Das linke Kniegelenk zeige eine verminderte Patellaverschieblichkeit bei insgesamt verstrichenen Kniekonturen, reizlose Narben links lateral und auch medial. Der Bandapparat sei medial und sagittal straff geführt, mit etwas Erguss. Radiologische Untersuchungen: Ein Röntgen des Beckens ap und der linke Hüfte axial sowie ein Röntgen des Knies links ap / seitl. / axial vom 18. Oktober 2021 zeige eine schwere tricompartmentale Gonarthrose links, ausgeprägte osteophytäre Anbauten femorotibial, insbesondere auch popliteal, einen in situ liegenden Rest eines Kirschnerdrahtes femoral, eine zentrierte Patella mit Gelenkerguss, eine konsolidierte mediale Schenkelhalsfraktur mit in situ liegender DHS, einen verminderten femoro-acetabulären Offset und verkürzten Schenkelhals links gegenüber rechts, einen erhaltenen femoro-acetabulären Gelenkspalt erhalten sowie zystische Veränderungen im Femurkopf. 5.10.2

Gegenüber dem neuropsychologischen Teilgutachter hat der Beschwerdeführer angegeben, er leide unter einem Geburtsgebrechen. Sein Neurologe vermute, dass er bei der Geburt oder kurz danach einen linksseitigen Hirninfarkt erlitten habe. Der Schlaf sei in der Regel gut und erholsam. Trotzdem fühle er sich tagsüber wechselnd müde. Vor allem ein reizintensives Umfeld sowie seine unter Belastung auch zunehmenden Schmerzen würden ihn immer wieder «kopfmüde» machen. Tagsüber müsse er bei allem, was er mache, immer wieder Pausen einlegen, dies vor allem wegen seiner Knie- / Hüft- und Fusschmerzen, aber auch weil ihn alles mehr Anstrengung koste. Beim Autofahren habe er keine Konzentrationsprobleme. Auch einem Einzel- oder Gruppengespräch könne er gut folgen. Beim Lesen sei es mit seiner Konzentration hingegen «die Hölle». Er müsse wie Wort für Wort lesen, könne die Sätze nicht einfach fließend in sich aufnehmen und verstehen. Sein Gedächtnis für Sprachinformationen sei verkürzt und auch unzuverlässig. Seit seiner Hüftoperationsnarkose im November 2019 sei dies schlimmer geworden. Sein Wissen über lebensalltägliche und eingeübte berufliche Handhabungen, Handlungsabläufe sei ihm spontan abrufbar. Das Lernen neuer Handlungsabläufe überfordere ihn hingegen weitgehend. Es werden folgende Befunde erhoben: Der Beschwerdeführer habe beim Erscheinen einen wachen Eindruck gemacht. Auch im weiteren Verlauf von Anamnesegespräch und den nachfolgenden Abklärungen sei ihm äusserlich / klinisch keine vermehrte Müdigkeit anzumerken gewesen. In der Sprachauffassung sei er diskret verzögert, aber inhaltlich sicher und uneingeschränkt. Rezeptive und / oder expressive Sprachfunktionsschwächen seien nicht festzustellen. Biographische Eckdaten wisse er korrekt und chronologisch geordnet wiederzugeben. Anzeichen einer Verdeutlichungstendenz oder Beschwerdeaggravation hätten sich in den Angaben nicht gefunden. In den Abklärungen habe der Beschwerdeführer anstrengungsbereit mitgearbeitet. Die Testungen hätten Folgendes ergeben: Alertness, Kognitives Tempo, Aufmerksamkeit, Konzentration, Exekutivfunktionen: normdurchschnittlich, bis auf die Suppressionsfähigkeit bei verbalkategorialer Reaktionskonkurrenz, die überdurchschnittlich gut sei, und die visuell-figurale Suppressionsfähigkeit, die lediglich knapp genügend sei. Erfassungsspanne / Merkfähigkeit, Lernen, Behalten / Gedächtnis: Die einfache verbal-auditive Erfassungsspanne für Zahlen sei leicht verkürzt, die verbal-auditive Merkfähigkeit für sinngebundene Informationen / Kurzgeschichten normdurchschnittlich. Auch durchschnittlich sei die Merkfähigkeit für nicht sinngebundene verbal-auditive Informationen. Beim nachfolgenden Wortlisten-Lernen zeige sich dann aber eine leichte bis mittelschwere verbale Lernschwäche. Der zeitverzögerte freie Abruf nach 30 Minuten erweise sich als normdurchschnittlich genügend, das Wiedererkennen demgegenüber aber als geringfügig vermindert. Überdurchschnittlich gut ausgebildet seien dann die

visuell-räumliche Merkfähigkeit beim Weg-Lernen und das visuell-räumliche Lernen. Sprache, Rechnen, Raumsinn, Gnosien, Praxien: Das auditive Sprachverständnis sei klinisch / im freien Gespräch inhaltlich unauffällig gut gewährleistet. Einfaches Rechnen in den arithmetischen Grundfunktionen gelinge erwartungsgerecht. Divergentes Denken, Problemlösen, Planen, Intelligenz: Die lexikalische Fluenz sei normdurchschnittlich, die semantische überdurchschnittlich gewährleistet. In einer Aufgabe zur figuralen Fluenz sei das Ergebnis dann knapp / grenzwertig genügend. Das Intelligenzvermögen des Beschwerdeführers bewege sich in der gesamten Abklärung im mittleren Bereich des Normdurchschnitts. Zur Authentizität der neuropsychologischen Befunde / Symptomvalidierung hält der neuropsychologische Teilgutachter fest, es seien zwei Leistungsvalidierungsverfahren durchgeführt und weitere verdeckte Indices hinsichtlich Leistungsbereitschaft erhoben worden. Beide Verfahren ergäben keinerlei auffällige Ergebnisse oder belastbare Belege für eine mangelhafte Anstrengungsbereitschaft. Auch bei den verdeckten Indices seien keine belastbaren Hinweise auf eine Aggravation / Simulation zu erheben.

5.10.3 Im neurologischen Teilgutachten (IV-Nr. 46.5) wird zu den subjektiven Angaben des Beschwerdeführers angegeben, er leide unter Unfallfolgen und einem Geburtsgebrecben. Er habe keinen Tastsinn in der rechten Hand und könne mit dieser nur etwas tun, wenn er dies mit den Augen kontrollieren könne. Auch die Temperaturempfindung sei verzögert. Im Herbst 1986 habe er einen schweren Motorradunfall erlitten mit Trümmerfraktur des linken Kniegelenks. Weiter habe er auch andere Brüche erlitten. Die rechte Hand sei schwächer und fühle sich fremd, wie taub an. Er leide auch unter einer Vergesslichkeit. Der rechte Fusshebermuskel arbeite ebenfalls nicht richtig. Dies habe sich nach einem erneuten Unfall im November 2019 verstärkt. Das Gefühl im Bereich der rechten Gesichtshälfte sei weniger vorhanden. Nach der Hüftoperation sei er sechs Monate lang an Stöcken gegangen. Dabei habe sich die Spastik in der rechten Hand verstärkt. Auch der rechte Fusshebermuskel sei schlechter geworden. Schon vor dem Unfall vom November 2019 sei es sehr schwierig gewesen Neues zu lernen. Beim Sprechen finde er die Wörter nicht. Manchmal vertausche er diese auch. Er werde schnell mental müde und mache vermehrt «power naps». Er schlafe 20 bis 30 Minuten, dann gehe es wieder. Auch dies sei seit dem Unfall vom November 2019 verstärkt vorhanden. Doppelbilder oder ein Gesichtsfelddefekt bestünden nicht. Er könne gut Autofahren. Die Kraft und das Gefühl im Bereich des linken Arms und Beines seien vorhanden. Eine Gleichgewichtsstörung bestehe nicht. Unter Kopfschmerzen, Nacken- oder Kreuzschmerzen leide er nicht. Der neurologische Teilgutachter erhebt folgende Befunde:

Die Sprache sei flüssig, wobei der Beschwerdeführer manchmal nach Wörtern suche. Es bestehe kein Meningismus. Hirnnerven: Es bestehe eine verminderte Berührungs- und Schmerzempfindung im Bereich der linken Gesichts- und Kopfseite. Von Seiten der Mimik sei die Nasolabialfalte rechts vermindert. Es bestehe eine leichte Mundastchwäche. Gangbild, Koordination und Gleichgewicht: Der Gang sei leicht hinkend mit diskreter Circumduktionsbewegung des rechten Beines. Der rechte Arm sei am Oberkörper in leichter Pronationsstellung. Fersen- und Zehengang sei möglich, mit leichter Absinktendenz rechts im Fersengang. Kniebeugen angedeutet seien möglich, Hüpfen im Einbeinstand rechts ebenfalls. Links werde dies vom Beschwerdeführer nicht durchgeführt. Der Positionsversuch der oberen Extremitäten werde gehalten. Beim Fingernaseversuch rechts zeige sich eine diskrete Dysmetrie. Die Diadochokinese rechts sei mässig verlangsamt, links flüssig. Bei den Muskeleigenreflexen zeige sich ein leichter Babinski rechts bei repetitiver Stimulation. Muskeltonus: Handgelenk rechts und Bein rechts seien mässig

spastisch erhöht. Die Fingerfeinmotorik der rechten Hand sei deutlich beeinträchtigt. Sensibilität: Es bestehe eine verminderte Berührungs- und Schmerzempfindung im Bereich der rechten Körperhälfte. Bei der Prüfung des Lagesinns sei der Zeigefinger rechts nicht möglich, links normal. 5.10.4 Im internistischen Teilgutachten (IV-Nr. 46.7) wird keine Diagnose erhoben. 5.10.5 Die Gutachter erheben insgesamt folgende Diagnosen: mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit: - Klinisch distale und armbetonte spastische sensomotorische Hemiparese mit gestörter Feinmotorik der Finger der rechten Hand sowie aufgehobener Stereognose bei St. n. nach frühkindlichem linkshemisphärischem Mediateilinfarkt, kernspintomografisch (MR Schädel vom 04.03.2020) Nachweis eines alten Mediateilinfarkts links ICD-10: 163.9, G81.1 - Symptomatische posttraumatische Gonarthrose links bei St. n. supra-/intracondylärer II° offener Femurträgerfraktur links vom 11.10.1986 St. n. Debridement, offener Reposition und Osteosynthese am 11.10.1986 St. n. Arthroskopie, Gelenkrevison, partieller Metallentfernung, Arthrolyse 21.04.1987 St. n. Metallentfernung Knie links am 04.04.1989 Versuch einer Spickdrahtentfernung Femur links am 12.06.1990 St. n. Kniearthroskopie links, medialer Teilmenishektomie, peripatellärer Denervation, Entfernung von Verknöcherungen und parapatellärer Inzision medial am 02.09.2002 St. n. Kniearthroskopie links, medialer und lateraler Teilmenishektomie, Entfernen freier Gelenkkörper, lateraler Arthrotomie und Resektion eines grossen Gelenkkörpers am 24.02.2014 - Minimale bis leichte neuropsychologische Störung mit selektiv leichter bis mittelschwerer verbaler Lernschwäche bei sonst kognitivem Normalbefund mit weitgehend normdurchschnittlichen attentionalen und exekutiven Teilleistungen. ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit: - Restbeschwerden nach DHS Hüfte links am 05.11.2019 bei wenig dislozierter medialer Schenkelhalsfraktur links am 04.11.2019 - St. n. Plattenosteosynthese Ulna links und Spickung Radius links bei Fraktur am 11.10.1986 St. n. Metallentfernung Vorderarm links am 04.04.1989 - St. n. Reposition einer Ellbogenluxation links am 11.10.1986 - St. n. geschlossener Reposition und Spickung einer Metacarpale-I-Fraktur rechts am 11.10.1986 - Mediale Überlastung Knie rechts - Oligosymptomatischer Fersensporn links 6. Die Beschwerdeführerin stellt in der angefochtenen Verfügung im Wesentlichen auf das polydisziplinäre Gutachten der Begutachtungsstelle C. \_\_\_ ab, weshalb dessen Beweiswert zu prüfen ist. Der Beschwerdeführer lässt dieses bzw. das neuropsychologische Teilgutachten als nicht beweiskräftig rügen. Zu den übrigen gutachterlichen Schlussfolgerungen werden keine Einwendungen erhoben. Allgemein kann zum eingeholten Gutachten einleitend gesagt werden, dass dieses in Kenntnis der Aktenlage, nach eingehenden Untersuchungen, unter Berücksichtigung der geklagten Beschwerden und von auf den entsprechenden Fachgebieten ausgewiesenen Fachärzten erstellt wurde. Insofern erfüllt das Gutachten die Anforderungen an eine beweiskräftige Expertise. 6.1 In der orthopädischen Beurteilung wird inhaltlich nachvollziehbar dargelegt, dass sich beim Beschwerdeführer nach dem 1986 erlittenen Motorradunfall mit Polytrauma, eine linksseitige zweitgradig offene distale Femurfraktur im Vordergrund stehend, eine klinisch-radiologisch bestätigbare, doch schwere tricompartmentale Pangoarthrose mit erheblich eingeschränkter Kniebeweglichkeit und verminderter –belastbarkeit etabliert habe. Akzentuiert worden seien die diesbezüglichen linksseitigen Knieschmerzen im Rahmen einer osteosynthetisch versorgten Schenkelhalsfraktur links am 5. November 2019. Radiologisch zeige sich eine konsolidierte Situation, hingegen müsse von einem Einsintern der Fraktur ausgegangen werden mit konsekutiver Beinverkürzung und vermindertem Offset links gegenüber rechts. Aufgrund der schon lange bekannten posttraumatischen Gonarthrose links und der

zusätzlichen Dysfunktion seitens der linken Hüfte nach Schenkelhalsfraktur mit postoperativer Beinverkürzung, vermindertem Offset und entsprechender muskulären Dysbalance müsse von einer eingeschränkten Belastbarkeit der linken unteren Extremität ausgegangen werden. In Übereinstimmung mit der kreisärztlichen Untersuchung durch die Unfallversicherung B.\_\_\_\_ vom 28. Mai 2020 geht der orthopädische Teilgutachter davon aus, dass ständig mittelschwere und schwere, ständig gehende und stehende Tätigkeiten spätestens seit dem 4. November 2019 (Schenkelhalsfraktur links) nicht mehr zumutbar sind, also auch die zuletzt ausgeübte Tätigkeit. Hingegen seien leichte bis intermittierend mittelschwere, wechselbelastende, vornehmlich sitzende Tätigkeiten ohne repetitives Knien, Kauern, Hocken, ohne Arbeiten auf Treppen und / oder Leitern aus orthopädischer Sicht medizinisch-theoretisch vollschichtig zumutbar. Diese Einschätzung gelte ab sechs Monate postoperativ nach Osteosynthese der linken Schenkelhalsfraktur vom 5. November 2019, also zirka Mai 2020. Klinisch wie auch radiologisch bestehe eine eindeutige Impingement-Problematik mit erheblicher Schmerzauslösung. Gegebenenfalls müsste hier an einen gepaarten Eingriff gedacht werden mit Entfernung der DHS und gleichzeitiger Hüft-Implantation mit Wiederherstellung der ursprünglichen Hüftgeometrie gegenüber rechts. Schliesslich sollte seitens des linken Kniegelenkes wohl die gelegentliche endoprothetische Versorgung ins Auge gefasst werden, bevor die Beweglichkeit weiter eingeschränkt sei bei schwerster trikompartimentaler Pangoarthrose. Die Arbeitsfähigkeit hinsichtlich adaptierter Tätigkeit werde durch diese Massnahmen indessen nicht beeinflusst.

6.2 In der neuropsychologischen Beurteilung wird nach den durchgeführten psychometrisch-neuropsychologischen Abklärungen auf eine objektivierbare, minimale bis leichte neuropsychologische Störung mit einer leichten bis mittelschweren verbalen Lernschwäche bei sonst kognitivem Normalbefund mit weitgehend normdurchschnittlichen attentionalen und exekutiven Teilleistungen geschlossen. Es wird gestützt auf die Untersuchungsergebnisse festgehalten, dass sich die attentionalen und exekutiven Leistungen zwar mehrheitlich im unteren bis mittleren bewegten, damit aber nichtsdestotrotz im normdurchschnittlichen Leistungsbereich lägen. Bei den mnestischen Funktionen erweise sich selektiv das verbale Lernen als leicht bis mittelgradig beeinträchtigt. Die figurale- / räumliche Mnestik sowie allgemein auch die Gedächtniskonsolidation zeigten sich demgegenüber unbeeinträchtigt. Die parallel zur aktuellen Untersuchung durchgeführte Symptom-/ Leistungsvalidierung weise die aktuell erhobenen neuropsychologischen Befunde zweifelsfrei als valide / authentisch aus. In ätiologischer Hinsicht sei die aktuelle neuropsychologische Befundlage widerspruchsfrei vereinbar mit einem Restzustand bei perinatal oder kurz danach erlittenem Media-Teilinfarkt links. Daraus wird einleuchtend gefolgert, dass der Beschwerdeführer im Lebensalltag sowie in seiner angestammten Tätigkeit als Offset-Drucker bei ansonsten im Wesentlichen intakten attentionalen und exekutiven sowie weiteren mnestischen Funktionen nur marginal bis leicht eingeschränkt sei. Eine leichte Einschränkung bestehe im Sinne von vermehrtem Pausenbedarf, vermehrtem Aufwand, um Aufträge oder Anleitungen aufzuschreiben und nachzuschauen sowie vermehrtem Lernaufwand bei neuen Anwendungen. Als wenig geeignet werden das verbale Kurz- und Langzeitgedächtnis stark beanspruchende administrative Sachbearbeitungstätigkeiten erachtet. Diese Einschätzungen erweisen sich mit Blick auf den klinischen Befund und die Ergebnisse aus den durchgeführten Testungen (inkl. zwei Symptomvalidierungsverfahren) als plausibel. Der Beschwerdeführer lässt dagegen einwenden, dass es nicht seinem Eindruck entspreche, dass sein Lesetempo und Nominationstempo durchschnittlich sei wie festgehalten worden sei,

und dass die Testungen deshalb wiederholt werden müssten. Es seien ihm sehr einfache Sätze mit geläufigen Worten vorgelegt worden und der Test sei sehr rasch gegangen. Er habe in seiner langen Leidenszeit Strategien entwickelt, um die Leistungsdifferenz zu seinen Mitmenschen in Bezug auf seine Lese- und Sprachfähigkeiten zu kompensieren. Bei diesen Einwendungen handelt es sich um den subjektiven Eindruck des Beschwerdeführers, der insgesamt die mit von einer Fachperson durchgeführten, anerkannten Testverfahren objektivierte Einschränkungen nicht in Zweifel zu ziehen vermag. Die vom Beschwerdeführer empfundenen Schwächen werden durch den neuropsychologischen Gutachter ebenfalls erkannt bzw. konnten durch diesen objektiviert werden, jedoch ist das Ausmass dieser Einschränkungen nicht derart gross, wie es dem Beschwerdeführer erscheinen mag.

6.3 In der neurologischen Beurteilung wird schliesslich einleuchtend dargelegt, dass sich beim Beschwerdeführer zusammenfassend eine distale und armbetonte spastische sensomotorische Hemiparese mit deutlich gestörter Feinmotorik der Finger der rechten Hand sowie aufgehobener Stereognose bei St. n. frühkindlichem linkshemisphärischem Medianinfarkt zeigt. Der alte Medianinfarkt links sei kernspintomographisch im MR des Neurocraniums vom 4. März 2020 nachgewiesen worden. Aufgrund der Feinmotorikstörung der Finger der linken Hand sowie der aufgehobenen Stereognose im Gebrauch der rechten Hand wird von einer deutlichen Beeinträchtigung ausgegangen, wobei Grobarbeiten mit der rechten Hand nur unter visueller Kontrolle durchgeführt werden könnten. Feinmotorische Tätigkeiten seien mit der rechten Hand nicht möglich. Die vom Beschwerdeführer geschilderten Beschwerden mit Schwäche der rechten Hand verbunden mit Taubheitsgefühl sowie verminderter Feinmotorik konnten gemäss dem Experten in der neurologischen Untersuchung nachvollzogen werden. Es wird darauf hingewiesen, dass der Beschwerdeführer trotz der seit frühester Kindheit bestehenden Behinderung eine Ausbildung als Offsetdrucker und die Rekrutenschule bei den Funkern absolvieren konnte. Weiter wird darauf verwiesen, dass er seit 1983 Auto fährt. Die Ursache der seit dem Unfall vom November 2019 vorhandenen Zunahme der Spastizität sowie der Feinmotorikstörung der rechten Hand und die Fussheberschwäche rechts mit zunehmender Vergesslichkeit kann der Teilgutachter neurologisch hingegen nicht nachvollziehen. Infolge der gestörten Feinmotorik der Finger der rechten Hand sowie der aufgehobenen Stereognose im Bereich der rechten Hand könnten nur grobmotorische Arbeiten unter visueller Kontrolle mit der rechten Hand durchgeführt werden. Feinmotorische Tätigkeiten seien mit der rechten Hand nicht möglich. In der angestammten Tätigkeit als Offsetdrucker sei von einer Beeinträchtigung von 20 % auszugehen. Diese Beeinträchtigung bestehe seit der Aufnahme der Berufsbildung. Infolge Kniegelenksbeschwerden sei eine Umschulung zum kaufmännischen Angestellten erfolgt. Auch hier sei der Beschwerdeführer im Gebrauch der rechten Hand deutlich beeinträchtigt. So könne das 10-Fingersystem nicht durchgeführt werden. Administrative, organisatorische Tätigkeiten könnten jedoch ganztags zugemutet werden. Infolge der Feinmotorikstörung und aufgehobenen Stereognose der rechten Hand sei von einer verminderten Leistungsfähigkeit von 20 % seit der Aufnahme der Berufsbildung auszugehen.

6.4 In ihrer Konsensbeurteilung kommen die Gutachter der Begutachtungsstelle C.\_\_\_\_ zu folgendem, nachvollziehbarem Ergebnis: Der Beschwerdeführer könne infolge der Feinmotorikstörung der Finger der linken Hand sowie der aufgehobenen Stereognose im Gebrauch der rechten Hand Grobarbeiten mit der rechten Hand nur unter visueller Kontrolle durchführen. Feinmotorische Tätigkeiten seien mit der rechten Hand nicht möglich. Aufgrund der schon lange bekannten posttraumatischen

Gonarthrose links und der zusätzlichen Dysfunktion der linken Hüfte nach Schenkelhalsfraktur mit postoperativer Beinverkürzung und vermindertem Offset und entsprechender muskulärer Dysbalance müsse weiter von einer eingeschränkten Belastbarkeit der linken unteren Extremität ausgegangen werden. Aus neuropsychologischer Sicht ergäben sich aus der Anamnese und den Akten bezüglich der kognitiven Funktionalität keine Inkonsistenzen. Die psychometrischen Befunde seien nach mehrfach durchgeführter Beschwerdevalidierung als authentisch zu beurteilen. Der Beschwerdeführer habe trotz der neurologischen Behinderung erfolgreich eine Offsetdruckerlehre absolviert und in diesem Beruf zu 100 % gearbeitet. Diese Tätigkeit wird nach eingehender Konsensbesprechung als seit spätestens November 2019 nicht mehr möglich erachtet. Zur Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit wird festgehalten, im Bereich der rechten Hand könnten nur grobmotorische Arbeiten unter visueller Kontrolle mit der rechten Hand durchgeführt werden. Feinmotorische Tätigkeiten seien mit der rechten Hand nicht möglich. Infolge Kniegelenksbeschwerden sei eine Umschulung zum kaufmännischen Angestellten erfolgt, wobei der Beschwerdeführer auch hier im Gebrauch der rechten Hand deutlich beeinträchtigt sei. So könne das 10-Fingersystem nicht durchgeführt werden. Administrative, organisatorische Tätigkeiten könnten jedoch ganztags zugemutet werden. Infolge der Feinmotorikstörung und aufgehobenen Stereognose der rechten Hand sei von einer verminderten Leistungsfähigkeit von 20 % seit der Aufnahme der Berufsbildung auszugehen. Leichte bis intermittierend mittelschwere, wechselbelastende, vornehmlich sitzende Tätigkeiten ohne repetitives Knien, Kauern, Hocken, ohne Arbeiten auf Treppen und / oder Leitern sollten dem Versicherten aus orthopädischer Sicht medizinisch-theoretisch vollschichtig zumutbar sein. Diese Einschätzung gelte ab sechs Monate postoperativ nach Osteosynthese der linken Schenkelhalsfraktur vom 5. November 2019, also zirka Mai 2020. Aufgrund der bestehenden, minimalen bis leichten neuropsychologischen Störung mit selektiver verbal-mnestischen Funktionsschwäche bestehen aus gutachterlicher Sicht sodann ebenfalls Einschränkungen: In einer ideal adaptierten Tätigkeit wird eine 10%ige Einschränkung der Arbeitsfähigkeit attestiert, die zusätzlich zur 20%igen somatischen Einschränkung besteht. Somit besteht ab Mai 2020 eine Arbeitsfähigkeit von 70 % in einer angepassten Tätigkeit.

7. Es ist weiter zu prüfen, ob die nach der Begutachtung vorliegenden medizinischen Berichte Zweifel an der Expertise aufkommen lassen oder ob in der Zwischenzeit und bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung eine Verschlechterung eingetreten ist. Der Beschwerdeführer liess im Einwandverfahren vorbringen, er habe am 24. Januar 2022 einen Operationstermin für eine Knie totalendoprothese erhalten. Der RAD, Dr. med. Q.\_\_\_\_, Facharzt für Anästhesiologie, hielt dazu am 15. Februar 2022 (IV-Nr. 55) fest, die gleichzeitige Prognose einer dreimonatigen Arbeitsunfähigkeit postoperativ dürfte zutreffen. Bei komplikationslosem Verlauf dürfte anschliessend die gutachterlich festgestellte Arbeitsfähigkeit wieder erreicht werden. Die Beschwerdegegnerin hat im Anschluss an diese Einwendungen am 10. März 2022 die angefochtene Verfügung erlassen, nachdem der Beschwerdeführer am 24. Januar 2022 von Dr. med. P.\_\_\_\_, dem orthopädischen Teilgutachter, operiert worden war. Im Beschwerdeverfahren wurden der Operationsbericht sowie diverse Arbeitsunfähigkeitszeugnisse eingereicht. Gemäss Operationsbericht (Beilage 3 zur Beschwerde) wurde eine Metallentfernung Femur und Knie-TP links (Typ MyKnee) durchgeführt. Gemäss den eingereichten Arbeitsunfähigkeitszeugnissen bestand nach der Operation ab dem 24. Januar 2022 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit bis am 24. August 2022 (Beilagen 4 – 6 zur Beschwerde).

Insofern lässt der Beschwerdeführer zu Recht darauf hinweisen, dass vorübergehend eine vollständige Arbeitsunfähigkeit vorgelegen habe, womit auch ein vorübergehender voller Rentenanspruch zu prüfen wäre. Dies hat die Beschwerdegegnerin unterlassen. Im Beschwerdeverfahren wird vorgebracht, dass aus den Arbeitsunfähigkeitszeugnissen nicht hervorgehe, auf welche Tätigkeit sich diese Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen bezögen. In aller Regel betreffe dies die angestammte Tätigkeit. Es gebe keine Hinweise darauf, dass der Operateur Dr. med. P.\_\_\_\_ von einer Arbeitsunfähigkeit in jeglicher beruflicher Tätigkeit ausgehe. Dass postoperativ auch für eine angepasste, vornehmlich sitzende Tätigkeit eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit bestanden habe, sei nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt. Dem kann nicht gefolgt werden: Klar ist, dass nach einer Operation wie der durchgeführten für eine gewisse Zeit eine vollständige Arbeitsunfähigkeit in allen Tätigkeiten nach sich zieht. Es ist aber nicht klar, wie sich der Verlauf nach der Operation präsentiert hat und wie die medizinische Situation am Knie danach war oder ist. Die Operation wurde von Dr. med. P.\_\_\_\_ durchgeführt, der den Beschwerdeführer nur drei Monate zuvor mitbegutachtet und ein angepasstes Tätigkeitsprofil ausformuliert hatte. Vor diesem Hintergrund kann nicht ohne jegliche weitere Abklärungen davon ausgegangen werden, dass sich die bis im August 2022 attestierte Arbeitsunfähigkeit nicht auf alle Tätigkeiten beziehe, sondern nur auf bestimmte (wobei dann auch noch zu prüfen wäre auf welche). In diesem Punkt hat die Beschwerdegegnerin den Sachverhalt (noch) nicht rechtsgenügend abgeklärt. Damit ergibt sich folgende Ausgangslage: Eine rentenrelevante Verschlechterung des Gesundheitszustandes bzw. der Arbeitsunfähigkeit des Beschwerdeführers ab 24. Januar 2022 erscheint angesichts der eingereichten Unterlagen als möglich und abklärungswürdig; eine allfällige Rentenerhöhung könnte jedoch frühestens ab 1. April 2022 (Art. 88a Abs. 1 IVV und analog Art. 29 Abs. 3 IVG) erfolgen und fällt daher nicht mehr in den durch das Gericht zu prüfenden Beurteilungszeitraum, der durch die Verfügung vom 10. März 2022 begrenzt wird. Die Akten sind daher an die Beschwerdegegnerin zu überweisen, damit sie diese Frage prüfe. Für die vorangehende Zeit ist der medizinische Sachverhalt hinreichend abgeklärt und mit dem beweiskräftigen Gutachten der Begutachtungsstelle C.\_\_\_\_ besteht eine Grundlage, auf welcher die Arbeitsfähigkeit und damit auch der Rentenanspruch ab 1. November 2020 (sechs Monate nach Geltendmachung des Leistungsanspruchs; Art. 29 Abs. 1 IVG) festgelegt werden können. 8. Im Weiteren lässt der Beschwerdeführer geltend machen, er könne die gutachterlich attestierte Restarbeitsfähigkeit wirtschaftlich nicht verwerten. 8.1 Der ausgeglichene Arbeitsmarkt, welcher der Ermittlung des Invalideneinkommens zugrunde zu legen ist, ist gekennzeichnet durch ein gewisses Gleichgewicht zwischen Angebot und Nachfrage nach Arbeitskräften und weist einen Fächer verschiedenster Tätigkeiten auf. Das gilt sowohl bezüglich der dafür verlangten beruflichen und intellektuellen Voraussetzungen als auch hinsichtlich des körperlichen Einsatzes. Dabei ist nicht von realitätsfremden Einsatzmöglichkeiten auszugehen. Es können nur Vorkehren verlangt werden, die unter Berücksichtigung der gesamten objektiven und subjektiven Gegebenheiten des Einzelfalles zumutbar sind. An die Konkretisierung von Arbeitsgelegenheiten und Verdienstaussichten sind jedoch keine übermässigen Anforderungen zu stellen. Für die Invaliditätsbemessung ist nicht massgeblich, ob eine invalide Person unter den konkreten Arbeitsmarktverhältnissen vermittelt werden kann, sondern einzig, ob sie die ihr verbliebene Arbeitskraft noch wirtschaftlich nutzen könnte, wenn ein Gleichgewicht von Angebot und Nachfrage nach Arbeitskräften bestünde (ausgeglichener Arbeitsmarkt, Art. 16 ATSG). Der ausgeglichene

Arbeitsmarkt umfasst verschiedenste Tätigkeiten, was die beruflichen und intellektuellen Voraussetzungen wie auch den körperlichen Einsatz angeht. Er umfasst auch sogenannte Nischenarbeitsplätze, also Stellen- und Arbeitsangebote, bei welchen Behinderte mit einem sozialen Entgegenkommen von Seiten des Arbeitgebers rechnen können. Je restriktiver indessen das medizinische Anforderungsprofil umschrieben ist, desto eingehender ist in der Regel die Verwertbarkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt abzuklären und nachzuweisen. Von einer Arbeitsgelegenheit kann dann nicht mehr gesprochen werden, wenn die zumutbare Tätigkeit nurmehr in so eingeschränkter Form möglich ist, dass sie der ausgeglichene Arbeitsmarkt praktisch nicht kennt oder sie nur unter nicht realistischem Entgegenkommen eines durchschnittlichen Arbeitgebers möglich wäre und das Finden einer entsprechenden Stelle daher von vornherein als ausgeschlossen erscheint. Fehlt es an einer wirtschaftlich verwertbaren Resterwerbsfähigkeit, liegt eine vollständige Erwerbsunfähigkeit vor, die einen Anspruch auf eine ganze Invalidenrente begründet (vgl. Urteile des Bundesgerichts 9C\_304/2018 vom 5. November 2018 E. 5.1.1, 8C\_94/2018 vom 2. August 2018 E. 6.2, 8C\_29/2018 vom 6. Juli 2018 E. 5.2.2, 9C\_98/2014 vom 22. April 2014 E. 3.1, 8C\_669/2013 vom 17. Januar 2014 E. 4.3.2 und 9C\_124/2010 vom 21. September 2010 E. 2.2, je mit Hinweisen). Art und Mass dessen, was einer versicherten Person an Erwerbstätigkeit noch zugemutet werden kann, richtet sich nach ihren besonderen persönlichen Verhältnissen einerseits und nach den allgemein herrschenden Auffassungen andererseits. Für die Beurteilung der Zumutbarkeit ist letztlich insofern eine objektive Betrachtungsweise massgebend, als es nicht auf eine bloss subjektiv ablehnende Bewertung der infrage stehenden Erwerbstätigkeit durch die versicherte Person ankommt (Urteil des Bundesgerichts 9C\_98/2014 vom 22. April 2014 E. 3.2 mit Hinweisen).

8.2 Der Beschwerdeführer lässt in Bezug auf die Verwertung der Restarbeitsfähigkeit ausführen, er sei aktuell 59 Jahre alt und stehe kurz vor dem Ende seines Erwerbslebens. Er habe seit der Jugend in der angestammten Tätigkeit als Offsetdrucker gearbeitet und keinerlei Erfahrung in anderen Branchen. Sein mangelndes Eingliederungspotenzial zeige sich an der 2003-2006 durchgeführten Umschulung, nach welcher er im kaufmännischen Bereich nicht Fuss fassen können. Das habe ihn nachhaltig geprägt. Es seien orthopädisch nur überwiegend sitzende Tätigkeiten möglich. Dies seien aber vor allem feinmotorische Tätigkeiten, bei welchen er zusätzlichen Einschränkungen unterliege. Zudem seien weitere Ausfälle äusserst wahrscheinlich, da die operative Versorgung der linken Hüfte mit einer Prothese ebenfalls ein Thema sei. Gemäss Gesamtbeurteilung im Gutachten der Begutachtungsstelle C.\_\_\_\_ besteht eine angepasste Tätigkeit in einer leichten bis intermittierend mittelschweren, wechselbelastenden, vornehmlich sitzenden Tätigkeit ohne repetitives Knien, Kauern, Hocken, ohne Arbeiten auf Treppen und / oder Leitern. Grobmotorische Arbeiten im Bereich der rechten Hand sind nur unter visueller Kontrolle mit der rechten Hand. Feinmotorische Tätigkeiten sind mit der rechten Hand nicht möglich. Administrative, organisatorische Tätigkeiten (ohne 10-Fingersystem) sind indessen zumutbar. Der ausgeglichene Arbeitsmarkt kennt durchaus Arbeitsplätze, welche dem Zumutbarkeitsprofil des Beschwerdeführers entsprechen, so beispielsweise im Rahmen einer Bürotätigkeit im Bereich Disponenz mit vorwiegend telefonischen Kontakten, Kontroll- und Überwachungsarbeiten in der Industrie oder aber auch Arbeiten in der Verpackungsindustrie, bei welchen eine visuelle Kontrolle der Arbeiten mit der rechten Hand möglich ist. Weitere Anforderungen, insbesondere an einen potenziellen Arbeitgeber im Umgang mit dem Beschwerdeführer, bestehen nicht. Der Beschwerdeführer hat trotz seiner schon zu Beginn seiner Erwerbskarriere bestehenden Hirnschädigung bis zum

Unfallereignis am 5. November 2019 stets gearbeitet. Nach der Ausbildung zum Offsetdrucker insbesondere als Drucker, er hat aber auch andere Tätigkeiten ausgeübt, so nach seiner Ausbildung zum Kaufmann EFZ für ein Jahr in der Administration, als Allrounder auf dem Bau und als Lagermitarbeiter. Insofern kann nicht gesagt werden, dass er keinerlei Erfahrung in anderen Branchen habe. Es verbleiben ihm noch sechs Jahre Aktivitätsdauer, was nach bundesgerichtlicher Rechtsprechung nicht als derart kurz anzusehen ist, dass der Beschwerdeführer auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt keine realistische Chance mehr hätte. Die noch zumutbare Arbeitsfähigkeit ist mit 70 % vergleichsweise hoch (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_55/2021 vom 9. Juni 2021 E. 5.2 mit Hinweisen). Somit kann nicht davon ausgegangen werden, dass die verbleibende Restarbeitsfähigkeit nicht verwertbar wäre. Die Beschwerde ist in diesem Punkt abzuweisen.

## **E. 9**

9.1 Der von der Beschwerdegegnerin vorgenommene Einkommensvergleich ist (abgesehen vom leidensbedingten Abzug, vgl. E. 9.3 hiernach) unbestritten geblieben und auch nicht zu beanstanden. Um den Invaliditätsgrad zu ermitteln, wird das Einkommen, das eine Person ohne Gesundheitsschaden erzielen könnte (Valideneinkommen), verglichen mit dem Einkommen, das sie nach dem Gesundheitsschaden und nach der Durchführung von Eingliederungsmassnahmen auf zumutbare Weise erreichen kann. Für das Valideneinkommen hat die Beschwerdegegnerin im vorliegenden Fall auf das Einkommen abgestellt, das der Beschwerdeführer bei seinem ehemaligen Arbeitgeber, der Firma R.\_\_\_\_ in [...], erzielt hatte (vgl. Verfügung der Unfallversicherung B.\_\_\_\_ vom 29. März 2021, IV-Nr. 34). Demgemäss ergibt sich ein Valideneinkommen von CHF 91'745.00. 9.2 Weil der Beschwerdeführer keine zumutbare Verweistätigkeit aufgenommen hat, wurde für die Bemessung des Invalideneinkommens korrekterweise auf einen Tabellenlohn der Schweizerischen Lohnstrukturerhebung (LSE) abgestellt. Der herangezogene Tabellenlohn (Bundesamt für Statistik 2018, TA1\_tirage\_skill\_level, Total Niveau 1, Männer; CHF 5'417.00) erweist sich angesichts des möglichen Tätigkeitsprofils ebenfalls als richtig. Dabei sind die Wochenstunden aufzurechnen (: 40 x 41.7) und eine Anpassung an den Nominallohnindex (: 106 x 106.8) vorzunehmen, was die Beschwerdegegnerin ebenfalls getan hat. Damit ergibt sich bezogen auf ein 100%-Pensum ein Invalideneinkommen von CHF 68'278.00. Da im konkreten Fall ein Pensum von 70 % möglich ist, beträgt das Invalideneinkommen CHF 47'794.00. 9.3 Wird das Invalideneinkommen 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 pflichtgemäsem 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). 9.4 Die Beschwerdegegnerin hat ohne weitere Begründung keinen leidensbedingten Abzug vorgenommen. Der Beschwerdeführer war im März 2022 59 Jahre alt. Er war in seiner Berufskarriere bei verschiedenen Arbeitgebern tätig, bis der Gesundheitsschaden eintrat. Nun ist ein 70%-Pensum in einer leichten Tätigkeit möglich. Teilzeitarbeit wirkt sich auf den Lohn in diesem Segment in geringem Ausmass aus (vgl. Bundesamt für Statistik 2018, T18, Monatlicher Bruttolohn [Zentralwert] nach Beschäftigungsgrad, beruflicher Stellung und Geschlecht). Für ein Pensum von 50 – 74 % ohne Kaderfunktion sind die Löhne um 4 % tiefer als bei einem Vollzeitpensum. Das Alter ist kein Abzugskriterium, denn im Bereich der Hilfsarbeiten wirkt sich auf dem hypothetisch ausgeglichenen Arbeitsmarkt ein fortgeschrittenes Alter nicht zwingend lohnsenkend aus. Gerade Hilfsarbeiten werden auf dem massgebenden ausgeglichenen Stellenmarkt altersunabhängig nachgefragt (Urteil des Bundesgerichts 9C\_703/2020 vom 1. Februar 2021 E.6.3.2). Weiter gilt es hier jedoch zu beachten, dass das Spektrum an möglichen Arbeitsstellen auch in einer Hilfsarbeit im Kompetenzniveau 1 reduziert wird und der Beschwerdeführer verglichen mit einem gesunden Mitbewerber nur bei Inkaufnahme einer Lohneinbusse reale Chancen auf eine Anstellung hat. Zwar ist der Umstand allein, dass nur noch leichte Arbeiten zumutbar sind, kein Grund für einen zusätzlichen leidensbedingten Abzug, weil der LSE-Tabellenlohn im hier beigezogenen Kompetenzniveau 1 bereits eine Vielzahl von leichten Tätigkeiten umfasst (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_799/2021 vom 3. März 2022 E. 4.3.2 mit Hinweis). Im vorliegenden Fall kommt aber dazu, dass der Beschwerdeführer feinmotorische Arbeiten mit der rechten Hand gar nicht und grobmotorische Arbeiten nur unter visueller Kontrolle verrichten kann. Insofern liegt gegenüber anderen Personen, die noch leichte (Hilfs)Tätigkeiten verrichten können, eine zusätzliche Einschränkung vor. Unter diesen Umständen rechtfertigt sich ein Abzug von 10 %. Es resultiert damit ein Invalideneinkommen von CHF 43'015.00. 9.5 Nach dem Gesagten ergibt sich ein Invaliditätsgrad von 53 %. Da der Beschwerdeführer am 1. Januar 2022 das 55. Altersjahr vollendet hatte, bleibt das frühere Recht auch für die Folgezeit massgebend, falls vor dem genannten Datum ein Rentenanspruch entstanden ist (vgl. Übergangsbestimmungen zur Änderung des IVG vom 29. Juni 2020 [Weiterentwicklung der IV], lit. c). Dies ist vorliegend der Fall. Massgebend ist in diesem Zusammenhang nicht der Zeitpunkt der Entscheidung, sondern jener der Entstehung des Anspruches gemäss Art. 28 und 29 IVG. Entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers findet daher das am 1. Januar 2022 in Kraft getretene Recht keine Anwendung. Der Beschwerdeführer hat für die Zeit ab 1. November 2020 (sechs Monate nach Geltendmachung des Leistungsanspruchs; Art. 29 Abs. 1 IVG) bei einem Invaliditätsgrad von 53 % Anspruch auf eine halbe Rente. Die Beschwerde ist in diesem Punkt teilweise gutzuheissen.

## **E. 10**

10.1 Gemäss Art. 61 lit. g ATSG hat der im kantonalen Beschwerdeverfahren obsiegende Beschwerdeführer Anspruch auf Ersatz der Parteikosten; diese werden vom Versicherungsgericht festgesetzt und ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache und der Schwierigkeit des Prozesses bemessen. Bei teilweisem Obsiegen ist nach der Rechtsprechung zu unterscheiden: Wenn das weitergehende Rechtsbegehren die Rentenhöhe betrifft, also beispielsweise statt der verlangten ganzen eine halbe Rente zugesprochen wird, führt dies für sich allein genommen nicht zur Reduktion der Parteientschädigung; es wird grundsätzlich eine volle Parteientschädigung ausgerichtet (Urteil des Bundesgerichts 8C\_449/2016 vom 2. November 2016 E. 3.1.1). Wenn die

teilweise Abweisung den zeitlichen Aspekt betrifft (z.B. Zusprache einer befristeten statt der beantragten unbefristeten Rente), ist eine Kürzung dagegen zulässig (Urteil des Bundesgerichts 8C\_478/2015 vom 12. Februar 2016 E. 5). Die Kürzung erfolgt in dem Mass, in dem das weitergehende (und eben abgewiesene) Rechtsbegehren den Prozessaufwand des Versichertenanwaltes erhöht hat (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_449/2016 vom 2. November 2016 E. 3.1.1). Im vorliegenden Fall verlangte der Beschwerdeführer in der Hauptsache die Ausrichtung einer ganzen statt einer Viertelsrente. Die Beschwerde wird teilweise gutgeheissen, indem die Viertelsrente auf eine halbe Rente erhöht wird. Diese Konstellation rechtfertigt gemäss vorgenannter Rechtsprechung keine Reduktion der Parteientschädigung. Hinzu kommt, dass der Beschwerdeführer zu Recht vorbringen lässt, dass seine vorsorgliche Beschwerde vom 7. November 2022 in Bezug auf die Verfügungen vom 25. / 26. Oktober 2022 nur deshalb erhoben werden musste, weil die Beschwerdegegnerin verwirrend vorgegangen ist, nachdem am 19. Juli 2022 bereits eine Verfügung erlassen worden war, deren Nichtigkeit das Versicherungsgericht feststellen musste. Es rechtfertigt sich daher unter den Gesamtumständen, dem Beschwerdeführer zulasten der Beschwerdegegnerin eine volle Parteientschädigung zuzusprechen. 10.2 Die Vertreterin des Beschwerdeführers hat am 22. August 2022 eine Kostennote zu den Akten gereicht (A.S. 39 ff.), gemäss welcher ein Aufwand von insgesamt 12.35 Stunden zu einem Ansatz von CHF 250.00 pro Stunde geltend gemacht wird. Dieser Aufwand erscheint angemessen. Für die nach dem 22. August 2022 entstandenen Aufwendungen aufgrund der von der Beschwerdegegnerin ergangenen Verfügungen beantragt die Vertreterin mit Eingabe vom 18. Januar 2023 eine angemessene Erhöhung. Dementsprechend sind eineinhalb Stunden hinzuzufügen. Die Auslagen von insgesamt CHF 76.10 sind ausgewiesen. Zuzüglich der Mehrwertsteuer von 7,7 %, resultiert somit eine Parteientschädigung von CHF 3'811.05, welche die Beschwerdegegnerin dem Beschwerdeführer zu bezahlen hat. 10.3 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. Nach dem Ausgang des vorliegenden Verfahrens haben die IV-Stelle und der Beschwerdeführer an die Verfahrenskosten von CHF 600.00 die Hälfte bzw. je CHF 300.00 zu bezahlen. Der Anteil des Beschwerdeführers im Betrag von CHF 300.00 ist mit dem geleisteten Kostenvorschuss zu verrechnen, und ihm ist die Differenz von CHF 300.00 zurückzuerstatten.

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