

ZG_VERWALTUNGSGERICHT S 2020 137 vom 16. Mai 2022

ZG Verwaltungsgericht, 2022-05-16, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zg_verwaltungsgericht_S_2020_137

FR: ZG_VERWALTUNGSGERICHT S 2020 137 du 16 mai 2022

IT: ZG_VERWALTUNGSGERICHT S 2020 137 del 16 maggio 2022

Regeste

Invalidenversicherung (Rente) — Beschwerde

Erwägungen

E. 2

Oktober 2014 als Velofahrer von einem Personenwagen angefahren wurde und zu Boden stürzte. Dabei erlitt er verschiedene Kontusionen an der rechten Körperseite (vgl. Austrittsbericht C._____ vom 6. Oktober 2014, IV-act. 9 S. 75 f.) und wurde arbeitsunfähig geschrieben (vgl. Unfallschein UVG, IV-act. 9 S. 53). Die Schweizerische Unfallversicherungsanstalt (SUVA), welche zunächst ihre Leistungen erbracht hatte, stellte diese per 31. Oktober 2015 mangels Adäquanz der verbleibenden Einschränkungen ein (Verfügung vom 16. Oktober 2015, IV-act. 22 S. 8 f.; Einspracheentscheid vom 16. Februar 2016, IV-act. 76 S. 277 ff.; bestätigt vom Verwaltungsgericht des Kantons Zug mit VGer ZG S 2016 56 vom 13. Oktober 2016). Inzwischen hatte sich A._____ am 7. März 2015 unter Hinweis auf Kopf- und Rückenschmerzen bei der IV-Stelle des Kantons Zug (nachfolgend: IV-Stelle) zum Leistungsbezug angemeldet (IV-act. 1). Daraufhin zog die Verwaltung zunächst Auskünfte der behandelnden Ärzte sowie die Unfallakten bei. Sodann beauftragte sie die MEDAS D._____ mit einer polydisziplinären Abklärung (Allgemeine Innere Medizin/Neurologie/Neuropsychologie/Psychiatrie und Psychotherapie/Rheumatologie). Am 9. Juni 2017 erstattete diese ihr Gutachten (IV-act. 82). Auf Empfehlung des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD) gab die IV-Stelle eine rheumatologische Nachbegutachtung in Auftrag (IV-act. 101). Dagegen wehrte sich der Versicherte, worauf die Verwaltung am 6. März 2018 eine entsprechende Verfügung erliess (IV-act. 107). Gegen diese Zwischenverfügung erhob A._____ Verwaltungsgerichtsbeschwerde. Mit Urteil S 2018 50 vom 23. Mai 2019 hiess das Verwaltungsgericht die Beschwerde mit der Begründung gut, der rheumatologische Teil des D._____-Gutachtens vom 9. Juni 2017 präsentiere gewisse Unstimmigkeiten, die dessen Beweiswert schmälern würden. Allerdings erscheine das polydisziplinäre Gutachten insgesamt nicht als derart mangelhaft, dass es mittels gezielter Rückfragen an den mitwirkenden Rheumatologen nicht beweiswertig werden könne. Vor einer allfälligen erneuten Anordnung einer Begutachtung habe die IV-Stelle dem rheumatologischen Gutachter der D._____ die Möglichkeit zur Stellungnahme bzw. Verbesserung des Gutachtens einzuräumen (VGer ZG S 2018 50 vom 23. Mai 2019 E. 5.4 f.). Am 23. Dezember 2019 beantwortete der rheumatologische Gutachter der D._____ die Rückfragen der IV-Stelle und die Ergänzungsfragen des Rechtsvertreters des Versicherten (IV-act. 135). Am 15. Juni 2020 nahm der RAD zu den Antworten des D._____-Gutachters Stellung (IV-act. 142).

E. 3

Unter Kosten- und Entschädigungsfolgen zulasten der IV-Stelle. In der Hauptsache liess er geltend machen, die IV-Stelle habe den Invaliditätsgrad bundesrechtswidrig festgesetzt, weil sie den Rentenbeginn nicht auf den 1. Oktober 2015, sondern auf den 1. April 2017 festgelegt habe. Im Weiteren sei sie von einem zu tiefen Valideneinkommen und einem zu hohen Invalideneinkommen ausgegangen. Der gewährte sog. Leidensabzug von lediglich 5 % sei zudem viel zu tief. C. Am 15. Oktober 2020 bezahlte der Beschwerdeführer den von ihm verlangten Kostenvorschuss von Fr. 800.– innert Frist (act. 3). D. Mit Vernehmlassung vom 17. November 2020 beantragte die IV-Stelle (nachfolgend auch: Beschwerdegegnerin) die vollumfängliche Abweisung der Beschwerde. Sie führte im Wesentlichen aus, betreffend den Rentenbeginn verkenne der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers, dass der Versicherte bei Ablauf des Wartejahres

E. 4

Urteil S 2020 137 eben (noch) nicht zu mind. 40 % invalid gewesen sei. Eine Arbeitsunfähigkeit von 50 % für eine leidensangepasste Tätigkeit sei erstmals vom Rheumatologen im Teilgutachten vom 16. Oktober 2017 attestiert worden. Die Begutachtung sei im April 2017 erfolgt, weshalb der Rentenbeginn auf den 1. April 2017 festgelegt worden sei. Das Valideneinkommen sei gestützt auf die Angaben im Arbeitgeberbericht vom 31. März 2015 korrekt beziffert und im Einkommensvergleich aufgenommen worden. Auch das Invalideneinkommen sei bundesrechtskonform festgesetzt worden. Es sei fraglich, ob überhaupt ein zusätzlicher Leidensabzug vorzunehmen sei. Ein Abzug von mehr als 5 % sei aber keinesfalls gerechtfertigt. Gemäss dem RAD seien die Rückfragen vom rheumatologischen Gutachter nur sehr rudimentär beantwortet worden und die Einschätzung bezüglich der Inkonsistenzen bzw. der Aggravation hätte nicht zu überzeugen vermocht. Der juristische Dienst der IV-Stelle habe dies ähnlich gesehen, sich aber zugunsten des Versicherten und einer nicht noch weiter verzögerten Entscheidungsfindung entschlossen, auf das Gutachten abzustellen (act. 5). E. Mit Eingabe vom 22. Juli 2021 reichte der Rechtsvertreter des Versicherten seine Honorarnote zu den Akten (act. 7). F. In der Folge gingen beim Gericht keine Eingaben mehr ein. Auf die weiteren Ausführungen in den Rechtsschriften wird – soweit erforderlich – in den nachfolgenden Erwägungen eingegangen. Das Verwaltungsgericht erwägt: 1. Am 1. Januar 2021 sind die am 21. Juni 2019 verabschiedeten, geänderten Bestimmungen des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) in Kraft getreten. Am 1. Januar 2022 ist weiter das revidierte Bundesgesetz über die Invalidenversicherung in Kraft getreten (IVG; SR 831.20; Weiterentwicklung der IV, Änderung vom 19. Juni 2020). Das Sozialversicherungsgericht stellt bei der Beurteilung eines Falles grundsätzlich auf den bis zum Zeitpunkt des Erlasses der strittigen Verfügung eingetretenen Sachverhalt ab; in zeitlicher Hinsicht sind, vorbehältlich abweichender Übergangsbestimmungen, diejenigen Rechtssätze massgebend, die bei der Erfüllung des zu Rechtsfolgen führenden

E. 4.1

Gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG haben jene Versicherten Anspruch auf eine Rente, die ihre Erwerbstätigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a), während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich

6 Urteil S 2020 137 mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind (lit. b) und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind (lit. c). Bei

einer Invalidität von 40 % besteht Anspruch auf eine Viertelsrente, ab 50 % auf eine halbe, ab 60 % auf eine Dreiviertels- und ab 70 % auf eine ganze Rente (Art. 28 Abs. 2 IVG).

E. 4.2

Zur Beurteilung sozialversicherungsrechtlicher Leistungsansprüche bedarf es verlässlicher medizinischer Entscheidungsgrundlagen (BGE 134 V 231 E. 5.1). Es gilt das Prinzip der freien Beweiswürdigung (Art. 61 lit. c ATSG; BGer 8C_260/2011 vom 25. Juli 2011 E. 5.2). Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob dieser für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1).

E. 4.3

Den von Versicherungsträgern im Verfahren nach Art. 44 ATSG eingeholten, den Anforderungen der Rechtsprechung entsprechenden Gutachten externer Spezialärzte darf Beweiswert zuerkannt werden, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 135 V 465 E. 4.4; BGer 9C_18/2019 vom 14. Juni 2019 E. 2.2 mit Hinweisen). Ein Administrativgutachten ist denn auch nicht stets dann in Frage zu stellen und zum Anlass weiterer Abklärungen zu nehmen, wenn behandelnde Ärzte zu einem anderen Ergebnis gelangen; vorbehalten bleiben Fälle, in denen sich eine abweichende Beurteilung aufdrängt, weil sie wichtige Aspekte benennen, die im Rahmen der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind (BGer 8C_737/2019 vom 19. Juli 2020 E. 5.1.4).

E. 4.4

Gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung liegt regelmässig keine versicherte Gesundheitsschädigung vor, soweit die Leistungseinschränkung auf Aggravation oder einer ähnlichen Erscheinung beruht. Besteht im Einzelfall Klarheit darüber, dass solche Ausschlussgründe die Annahme einer Gesundheitsbeeinträchtigung verbieten, so besteht von vornherein keine Grundlage für eine Invalidenrente (BGE 141 V 281 E. 2.2.1 f. mit Hinweis auf Art. 7 Abs. 2 erster Satz ATSG; vgl. auch BGer 9C_899/2014 vom 29. Juni 2015 E. 4.2.4). Eine solche Ausgangslage ist etwa gegeben, wenn: eine erhebliche Diskrepanz zwischen den geschilderten Schmerzen und dem gezeigten Verhalten oder der Anamnese besteht; intensive Schmerzen angegeben werden, deren Charakterisierung jedoch vage bleibt; keine medizinische Behandlung und Therapie in Anspruch genommen 7 Urteil S 2020 137 wird; demonstrativ vorgetragene Klagen auf den Sachverständigen unglaubwürdig wirken; schwere Einschränkungen im Alltag behauptet werden, das psychosoziale Umfeld jedoch weitgehend intakt ist (EVG I 578/04 vom 28. Dezember 2004 E. 2.1). Nicht per se auf Aggravation weist blosses verdeutlichendes Verhalten hin. Besteht im Einzelfall Klarheit darüber, dass nach plausibler ärztlicher Beurteilung die Anhaltspunkte auf eine Aggravation eindeutig überwiegen und die Grenzen eines bloss verdeutlichenden Verhaltens klar überschritten sind, ohne dass das aggravatorische Verhalten auf eine verselbständigte, krankheitswertige psychische Störung zurückzuführen wäre, fällt eine versicherte Gesundheitsschädigung ausser Betracht und ein Rentenanspruch ist ausgeschlossen (BGer 8C_438/2015 vom 13. Oktober 2015 E. 6). Soweit die betreffenden Anzeichen neben einer ausgewiesenen verselbständigten

Gesundheitsschädigung auftreten, sind deren Auswirkungen derweil im Umfang der Aggravation zu bereinigen (BGE 127 V 294 E. 5a; BGer 8C_825/2018 vom 6. März 2019 E. 6.2). 5. Die medizinische Aktenlage präsentiert sich im Wesentlichen wie folgt:

E. 5

Urteil S 2020 137 Tatbestandes Geltung hatten (vgl. etwa BGE 147 V 278 E. 2.1; 144 II 326 E. 2.1.1; 131 V

E. 5.1

Die Experten der D. _____ stellten im Gutachten vom 9. Juni 2017 folgende Diagnosen (IV-act. 82 S. 17): Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit: 1. CRPS I (Complex Regional Pain Syndrome, Typ I) in Teilremission bei - Status nach Velounfall mit multiplen Kontusionen, 2. Oktober 2014 Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit: 1. Migräne ohne Aura 2. Übergewicht an der Grenze zur Adipositas (BMI 30.0 kg/m²) 3. Hiatushernie mit Refluxbeschwerden 4. Colon irritabile 5. Fasciitis plantaris links bei - Fehlbelastung Weiter führten die Gutachter aus, im Anschluss an einen Fahrradunfall habe sich anhaltend bis heute eine ausgeprägte, zunehmende schmerzhafteste Bewegungseinschränkung der rechten Körperseite gezeigt. Der Versicherte berichte aktuell, dass auf der gesamten rechten Körperseite eine Gefühlsminderung bestehe und die rechte Seite extrem schmerzhaft sei (IV-act. 82 S. 18).

8 Urteil S 2020 137 Anlässlich der rheumatologischen klinischen Untersuchung bei Dr. med. E. _____, FMH Rheumatologie sowie FMH Allgemeine Innere Medizin, seien eine Temperaturdifferenz und eine diskrete Lividität der rechten Hand festgestellt worden. Bei der Beobachtung im Untersuchungsrahmen erscheine die Präsentation der Symptomatik zwar etwas pathetisch, aber die Behinderung werde beim Sitzen, bei Bewegung sowie beim Gehen und Entkleiden konsistent beobachtet. Der Versicherte sei objektiv im Gebrauch der rechten dominanten Hand erheblich beeinträchtigt. Der erhebliche Schweregrad des Leidens sei durch Befunde belegt, die zwar erst im Verlauf manifest geworden, dann aber wiederholt beschrieben und schliesslich selbst erhoben worden seien. Die radiologische Abklärung der rechten Schulter sei acht Wochen nach dem Unfall erfolgt. Die Symptomatik habe persistiert und sei zunächst diagnostisch offen geblieben. Befunde der neurovegetativen Dysregulation rechts seien schliesslich im Bericht der psychosomatischen Medizin des Spitals F. _____ vor einem Jahr protokolliert worden. In diesem ausführlichen Bericht sei insbesondere die Konsistenz der Einschränkungen durch die Beobachtung der objektiven Leistungseinschränkung bei den Rehabilitationsbemühungen trotz guter Motivation dargestellt worden. Differentialdiagnostisch seien im Verlauf eine ossäre oder Weichteilverletzung am betroffenen Arm mittels Bildgebung ausgeschlossen worden und es hätten sich nie Hinweise auf eine entzündliche oder artifizielle Veränderung ergeben. Die Diagnose des CRPS basiere auf der Anamnese und den Befunden. Die Arbeitsfähigkeit als Schlosser sei aufgehoben. In einer Verweistätigkeit bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 50 % (IV- act. 82 S. 18). Der psychiatrische Konsiliararzt, Dr. med. G. _____, Facharzt Psychiatrie und Psychotherapie sowie Facharzt Neurologie, berichtete, dass der Versicherte im Jahr 2014 aus völliger Gesundheit heraus einen Fahrradunfall erlitten habe, den er neurotisch fehlverarbeitet habe. Gleiches gelte für die nachfolgende rehabilitative Behandlung. Der Versicherte habe ein höchst auffälliges Antwortverhalten gezeigt, das sich auch in einem spezifischen Beschwerdevalidierungsverfahren widerspiegelt habe. Eine psychiatrische Diagnose,

insbesondere eine posttraumatische Belastungsstörung, habe nicht diagnostiziert werden können. Das Störungsbild des Versicherten erkläre sich aus psychiatrischer Sicht nicht. Es liege keine psychiatrische Erkrankung vor (IV-act. 82 S. 18). Die Neuropsychologin, Dr. phil. H. _____, Fachpsychologin für Neuropsychologie FSP, kam zum Ergebnis, dass im Vergleich der aktuellen Anamnese zu diversen Akten und

E. 5.2

RAD-Arzt Dr. med. K. _____, FMH Allgemeine Innere Medizin, äusserte in der Folge Kritik am Gutachten (IV-act. 83) und schlug eine rheumatologische Nachbegutachtung bei Dr. med. L. _____, FMH Rheumatologie sowie FMH Allgemeine Innere Medizin, vor (IV-act. 100).

E. 5.3

Der Beschwerdeführer liess daraufhin die zuhanden seines Rechtsvertreters erstellte Stellungnahme von PD Dr. med. M. _____, FMH Allgemein Innere Medizin (Leiter psychosomatische Medizin, Spital F. _____), vom 3. November 2017 einreichen. Doktor M. _____ erklärte, das rheumatologische Gutachten von Dr. E. _____, sei das einzige, welches sich intensiv mit dem invalidisierenden Leitsymptom der CRPS-Störung beschäftige. Dieser D. _____-externe (das heisse unabhängiger) Fachbegutachter trage schliesslich auch dazu bei, dass im Gesamtgutachten zumindest von einer 50%igen Arbeitsunfähigkeit ausgegangen werde. Irritierend sei tatsächlich die Beurteilung des D. _____-angestellten Psychiaters, Dr. G. _____, welcher zwar in der Patientenbeschreibung im Psychostatus den Patienten bezüglich Affektivität "deutlich zum depressiven Pol hin verschoben" beschreibe, sich aber wegen des TOMM-Tests (Malingering) überhaupt nicht mehr auf eine psychiatrische Diagnose konzentrieren könne (die Nachrechnung der Punktzahl im Beck'schen Depressionsinventar [BDI] ergebe einen Summenwert von 41 Punkten). Fazit sei, dass die vorliegende depressive Entwicklung, welche im Rahmen solcher chronischer Schmerzstörungen fast obligatorisch sei, vom Psychiater völlig übergangen werde. Was das neuropsychologische Gutachten anbelange, seien analoge Schwierigkeiten feststellbar: Der im Affekt aufgelöste und verunsicherte Patient sei zum Untersuchungszeitpunkt kaum neuropsychologisch untersuchbar. Die Suche nach einem fokalen neuropsychologischen Defizit sei in solchen Situationen sehr erschwert, diese verstörte Motivationslage könne im Testverfahren nicht aufgefangen werden. Er (Dr. M. _____) meine, die anhaltende versicherungsmedizinische Infragestellung, die solche Patienten erlebten, tue oftmals ihr Weiteres, um ungünstiges Testverhalten (Resignation, Kränkung, Aggression) zu verstärken. Im Gegensatz zu den Gutachtern hätten sie den Patienten während einer mehr als dreiwöchigen Periode an 24 Stunden pro Tag beobachtet. Hinweise auf Simulation oder Aggravation seien nie

E. 5.4

Nachdem das Verwaltungsgericht festgestellt hatte, dass die Einholung eines erneuten (monodisziplinären) Gutachtens (zum damaligen Verfahrensstand) unzulässig sei und dem rheumatologischen Gutachter die Möglichkeit zur Stellungnahme bzw. Verbesserung des Gutachtens einzuräumen sei (VGer ZG S 2018 50 vom 23. Mai 2019), stellte die IV-Stelle Gutachter Dr. E. _____ Rückfragen (vgl. RAD-Stellungnahme vom 26. August 2019, IV-act. 121). Der Beschwerdeführer liess seinerseits Erläuterungsfragen stellen (IV-act. 123). Dem D. _____-Gutachter wurde zudem das Verwaltungsgerichtsurteil S 2018 50 vom 23. Mai 2019 sowie die Stellungnahme von Dr. M. _____ vom 3. November 2017

zugestellt (IV-act. 126).

E. 5.5

Daraufhin erklärte Dr. E._____ am 23. Dezember 2019, die objektiven Befunde seien unter Punkt 3 im Gutachten ausführlich beschrieben. Unter Berücksichtigung von Defiziten (durch die CRPS bedingte schmerzhafte Bewegungsstörung) und Ressourcen (erhaltene Restfunktion der Gliedmasse, wie sie bei der Untersuchung beobachtet worden sei) schätze er (Dr. E._____) per Saldo die Arbeitsunfähigkeit in angepasster Tätigkeit auf 50 %. Damit werde er der Anforderung gerecht, eine differenzierte Beurteilung im Einzelfall vorzunehmen. Als objektiver Leistungstest könne eine EFL hinzugezogen werden. Im rheumatologischen Lokalbefund sei eine diskrete Schwellung der rechten Hand beschrieben. Zudem sei der Versicherte rechtsdominant. Man würde also eine kräftiger ausgebildete Muskulatur rechts als links erwarten. Wenn die Umfänge nun gleich seien und zudem eine leichte Schwellung bestehe, sei eine diskrete muskuläre Atrophie durchaus möglich. Hinzu komme, dass durch die Schmerzerkrankung das Aktivitätsniveau des Versicherten generell reduziert sei,

E. 5.6

RAD-Arzt Dr. K._____, führte am 15. Juni 2020 aus, mit der Stellungnahme vom 26. August 2019 würden die formulierten Fragen nur sehr rudimentär unter wiederholtem Verweis auf das Gutachten ohne explizite Benennung der Befunde beantwortet. Die Argumentation bezüglich der fehlenden Muskelatrophie vermöge aus allgemein internistischer Sicht ebenso nicht zu überzeugen; dasselbe gelte auf für die Erklärung der unterschiedlichen Einschätzung bezüglich der Inkonsistenzen bzw. einer möglichen Aggravation der übrigen Teilgutachter im Vergleich zu jener des rheumatologischen Gutachters, welcher sich vordergründig auf die Langzeitbeobachtung während des Rehabilitationsaufenthalts stütze. Eine strukturierte Prüfung der Standardindikatoren wie sie im Rahmen einer vordergründigen Schmerzproblematik noch einmal explizit eingefordert worden sei, lasse sich dem Antwortschreiben nicht entnehmen. Aus Sicht des RAD seien die Rückfragen wie so oft wenig zielführend bzw. im Ergebnis unzufriedenstellend (IV-act. 142). 6. 6.1 Sowohl der Beschwerdeführer als auch die Beschwerdegegnerin erachten die vorliegende gutachterliche Beurteilung letztlich grundsätzlich als beweistauglich (vgl. act. 1 Ziff. 17.2; act. 5 ad Ziff. 20). Im Licht der dargelegten Rechtsprechung (vorne E. 4.2 f.) sowie in Würdigung der Aktenlage ist dem nichts entgegenzuhalten. Dem D._____ - Gutachten vom 9. Juni 2017 – konkretisiert durch die Stellungnahme des rheumatologischen Gutachters Dr. E._____ vom 23. Dezember 2019 – ist voller Beweiswert zuzuerkennen. Mit der Stellungnahme vom 23. Dezember 2019 wurden insbesondere die Fragen hinsichtlich der im Verwaltungsgerichtsurteil S 2018 50 vom 23. Mai 2019 festgestellten Unstimmigkeiten (vgl. VGer ZG S 2018 50 vom 23. Mai 2019 E. 5.4) nachvollziehbar und schlüssig beantwortet. So setzte sich der rheumatologische Gutachter mit den erhobenen seitengleichen Umfängen von Ober- und Unterarm auseinander und erklärte nachvollziehbar, dass bei Rechtsdominanz und einer leichten Schwellung, eine diskrete muskuläre Atrophie auch bei gleichen Umfängen durchaus möglich und zudem das Aktivitätsniveau des Versicherten generell reduziert sei. Er stellte unmissverständlich klar, dass aus rheumatologischer Sicht nicht von einer Aggravation

E. 9

Urteil S 2020 137 innerhalb diverser Akten Diskrepanzen in den subjektiven Angaben des Versicherten zu seiner schulischen Laufbahn auffielen. Die Untersuchung habe sich von Beginn an schwierig gestaltet, da es aufgrund des allgemeinen Verhaltens des Versicherten nicht möglich gewesen sei, ein standardisiertes und neutrales Vorgehen in Anamnese und Test-untersuchung anzuwenden, wie dies in einer diagnostischen neuropsychologischen Untersuchung und insbesondere in einem Gutachten üblich sei. Das Verhalten sei hoch diskrepant zur neuropsychologischen Erstuntersuchung. Im Gegensatz zu seinen Äusserungen habe der Beschwerdeführer die rechte Hand spontan eingesetzt, im Verlauf auch schnell und koordinativ gezielt. Es ergebe sich aus der neuropsychologischen Testung die Evidenz einer mindestens wahrscheinlich kognitiven Antwortverzerrung. Im kognitiven Bereich könnten keine Auswirkungen auf die bisherige Tätigkeit als Hilfsschlosser beschrieben werden. Bezüglich Ressourcen sei der Versicherte in der Lage, genügend schnelle Reaktionszeiten in der intrinsischen Alertness, eine inhaltliche korrekte visuelle Wahrnehmung und räumlich-konstruktive Leistung sowie auch genügend Sprach-, Rechen- und sprachliche Abstraktionsleistungen zu zeigen (IV-act. 82 S. 18 f.). Aus internistischer Sicht bestünden gemäss Dr. med. I. _____, FMH Allgemeine Innere Medizin, keine eindeutigen Gründe zur Verminderung der Arbeitsfähigkeit. Die Beschwerden seien fast ausschliesslich durch das Schmerzsyndrom ausgelöst und damit ausserhalb einer therapeutischen Einwirkung durch den Internisten. Der Versicherte betone die Schmerzen der rechten Körperhälfte auffällig beim sich Entkleiden, bei den Bewegungen und in der Untersuchung. Die Symptome seien nicht voll nachvollziehbar (IV-act. 82 S. 19). Gemäss Dr. med. J. _____, Fachärztin Neurologie, bestünden keine objektivierbaren neurologischen Ausfälle. Des Weiteren fänden sich in den Akten auch keine objektivierbaren Auffälligkeiten bei der neurologischen Diagnostik. Es fänden sich keine Hinweise für eine neurologische Erkrankung. Das Verhalten während der Untersuchungssituation spreche für Aggravation (IV-act. 82 S. 19). Laut Gutachten standen im Zentrum der Abklärung die therapieresistenten, ausgeprägten Schmerzen der rechten Körperseite. Anhand der Vorbefunde lägen zwei kontroverse Einschätzungen vor. Die Einschätzungen seien anfänglich von einer Anpassungsstörung mit Somatisierungstendenz als Ursache der Beschwerden ausgegangen. Diese habe durch die aktuelle Begutachtung nicht mehr festgestellt werden können. In einem Bericht der psychosomatischen Klinik (Austrittsbericht F. _____ vom 4. Juli 2016, IV-act. 59

E. 9.1

Abweichend von Art. 61 lit. a ATSG ist das Beschwerdeverfahren um die Bewilligung oder Verweigerung von Leistungen der Invalidenversicherung vor dem kantonalen Gericht kostenpflichtig. Die Gerichtskosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.– bis Fr. 1'000.– festgelegt (Art. 69 Abs. 1 bis IVG). Die Kosten des Verfahrens sind vorliegend auf Fr. 800.– anzusetzen. Betreffend die Kostenaufgabe gilt grundsätzlich das Erfolgsprinzip, wobei von den Anträgen auszugehen ist (vgl. BGE 137 V 57 E. 2.2; BGer 9C_94/2010 vom 26. Mai 2010 E. 4.3; § 23 Abs. 3 VRG). Der Beschwerdeführer unterliegt insoweit er für den Zeitraum vom 1. Oktober 2015 bis 30. Juni 2016 eine ganze Rente gefordert hatte. Allerdings

E. 9.2

In Anwendung derselben Grundsätze rechtfertigt es sich mit Blick auf den Ausgang des Verfahrens, dem Beschwerdeführer zulasten der IV-Stelle eine (volle) Parteientschädigung nach Art. 61 lit. g ATSG zuzusprechen. Diese wird vom Versicherungsgericht festgesetzt

und ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache und nach der Schwierigkeit des Prozesses bemessen. Zu entschädigen ist rechtsprechungsgemäss nicht der geltend gemachte, sondern nur der notwendige Aufwand (BGer 8C_723/2009 vom 14. Januar 2010 E. 4.3; 8C_140/2008 vom 25. Februar 2009 E. 11.4 mit Hinweisen). Am 22. Juli 2021 reichte der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers eine Kostennote in der Höhe von Fr. 4'488.30 ein (act. 7). Dabei machte er einen Zeitaufwand von 14,45 Stunden zu einem Stundenansatz von Fr. 280.– (Honorar von Fr. 4'046.–) zuzüglich Auslagen (Fr. 121.40) und Mehrwertsteuer von 7,7 % (Fr. 320.90) geltend. Im Rahmen des vorliegenden Gerichtsverfahrens kam es zu einem einfachen Schriftenwechsel ohne weitere Beweisabnahmen oder sonstige Vorkehren. Besonders schwierige rechtliche Fragen haben sich nicht gestellt, allerdings waren die für den vorliegenden Fall relevanten Akten relativ umfangreich. Für das Verfassen der 14-seitigen Beschwerdeschrift rechtfertigt sich praxisgemäss ein Aufwand von vier Stunden, für Aktenstudium und Instruktion sind weitere fünf Stunden hinzuzurechnen. In Berücksichtigung von Barauslagen und Mehrwertsteuer von 7,7 % erweist sich bei einem praxisgemässen Stundenansatz von Fr. 250.– bei einem Fall mit mittlerem Schwierigkeitsgrad eine pauschale Parteientschädigung von Fr. 3'100.– für die notwendigen Aufwendungen als angemessen.

E. 10

Urteil S 2020 137 S. 4 ff.) sei erstmals die Diagnose eines CRPS gestellt worden. Die Budapest-Kriterien seien als erfüllt angesehen worden. Aufgrund der aktuellen Begutachtung werde im Konsens das CRPS in der Symptomatik als führend angesehen (siehe rheumatologisches Gutachten). Aufgrund der Beobachtung während der internistischen, neurologischen und psychiatrischen Begutachtung, insbesondere neuropsychologischen Begutachtung, lägen zusätzlich auch Hinweise einer Aggravation vor. Eine angepasste Tätigkeit zu 50 % erscheine deshalb, abzüglich der Aggravation, als plausibel. Zum Belastungs- und Ressourcenprofil kamen die Gutachter im polydisziplinären Konsens zum Schluss, dass dem Versicherten nur eine körperlich leichte Tätigkeit, die vorwiegend mit der linken Hand verrichtet werden könne, zumutbar sei. Zur Verhinderung einer Schmerzexazerbation bei kumulativer Belastung seien vermehrte Pausen einzuberechnen. Gestützt auf die zur Verfügung stehende Dokumentation bestehe die Arbeitsfähigkeit im heutigen Ausmass seit dem psychosomatischen Bericht vom Juli 2016 (IV-act. 82 S. 19 f.). Weiter gaben die Gutachter an, alle Funktionseinschränkungen seien auf die Gesundheits- schädigung zurückzuführen. Es liege einerseits ein gesichertes CRPS I zu Grunde. Bei der Beobachtung im Untersuchungsrahmen erscheine die Präsentation der Symptomatik pathetisch und nicht in vollem Umfang nachvollziehbar. Der Versicherte zeige hier ein höchst auffälliges Antwortverhalten, was sich auch im spezifischen Beschwerdevalidierungsverfahren widerspiegelt habe. Es ergebe sich aus der neuropsychologischen Testung die Evidenz einer mindestens wahrscheinlich kognitiven Antwortverzerrung. Zusammenfassend lägen sowohl ein CRPS I, als auch eine Aggravation vor. Eine zusätzliche psychiatrische Ursache bestehe nicht. Die autonomen Veränderungen im Rahmen einer Dystrophie nähmen nach über einem Jahr dauernder Erkrankung tendenziell zu. Obwohl im Vergleich zum Beginn der Erkrankung eine Zunahme der dystrophischen Veränderungen eingetreten sei, erscheine, abzüglich der Aggravation, eine angepasste Tätigkeit zu 50 % als plausibel. Die prämorbid Persönlichkeit des Versicherten scheine unauffällig gewesen zu sein. Hinweise auf eine Persönlichkeitsakzentuierung oder gar -störung fänden sich nicht. Der Versicherte habe ein hohes Funktionsniveau gehabt und sei über viele Jahre nutzbringend beruflich tätig gewesen (IV-act. 82 S. 21 f.). Im Rahmen

der Beurteilung der Konsistenz stellten die Gutachter fest, dass sich in der neuropsychologischen Begutachtung bezüglich des Verhaltens während der Anamnese und der Testuntersuchung im Vergleich zum vorbeschriebenen Verhalten während der testpsychologischen Untersuchung im April 2015 Diskrepanzen ergeben hätten. Neuro-

E. 11

Urteil S 2020 137 psychologisch könne eine kognitive Antwortverzerrung nicht sicher ausgeschlossen werden. Es zeigten sich unauffällige Leistungen in der visuellen und räumlichen Wahrnehmung, in den Reaktionszeiten der intrinsischen Alertness, in der Durchführung der schriftlichen Subtraktion, im Benennen von Farben und Bildern, im sprachlichen Abstraktionsvermögen und im Abzeichnen eines Würfels. Weiter zeigten sich leichte bis mittelschwere Leistungseinbussen in der extrinsischen Alertness, im Uhrentest, im schriftlichen Rechnen einer Addition, im Nachsprechen von Sätzen, im auditiven Sprachverständnis und in der lexikalischen Wortflüssigkeit. Schwere bis schwerste Leistungseinbussen zeigten sich in allen Gedächtnisbereichen, in der semantischen Wortflüssigkeit und in der visuomotorischen Verarbeitungsgeschwindigkeit. Eine Erklärung für diese Diskrepanzen sowohl zwischen den zwei neuropsychologischen Begutachtungen als auch innerhalb der gleichen kognitiven Funktionsbereiche sei nach den aktuellen Ergebnissen der Begutachtung die Zunahme des CRPS seit 2016 und damit die Zunahme der chronischen Schmerzen. Die chronischen Schmerzen erklärten die Schwankungen während der Testung. Eine zusätzliche psychiatrische oder neurologische Ursache könne mangels psychiatrischer Krankheiten oder fokalneurologischer zentraler Defizite ausgeschlossen werden (IV-act. 82 S. 25). Im TOMM (Test of Memory Malingerung) habe der Versicherte bereits im ersten Versuch mit 27 Fehlern mehr Fehler gemacht, als bei einem zufälligen Beantworten der Fragen zu erwarten gewesen wäre. Somit zeigten sich deutliche Hinweise auf das Vortäuschen einer nicht vorhandenen Symptomatik. Auch der Internist habe während seiner Untersuchung beobachtet, dass die Schmerzangaben nicht voll nachvollziehbar seien, jedoch habe er das Schmerzsyndrom nicht beurteilt. Eine Aggravation habe weiter während der neurologischen Untersuchung beobachtet werden können: bizarres Gangbild sowie ruckartiges Nachgeben und Wegziehen der Extremitäten während der Kraftprüfung. Der Rheumatologe dagegen sehe keine sicheren Hinweise für eine Aggravation. Die Exploration vermittele keinen Eindruck von Symptomausweitung oder bewusstseinsnaher Verdeutlichung (IV-act. 82 S. 25 f.). Die Erklärung für die unterschiedlichen Beobachtungen und auf den ersten Blick als widersprüchlich erscheinende Ergebnisse in den Untersuchungssituationen liege im Krankheitsbild des CRPS selbst. Beim Versicherten liege ein sicheres CRPS vor, welches sich seit 2016 noch verschlechtert habe. Dies sei im rheumatologischen Gutachten ausführlich begründet worden. Das Krankheitsbild sei jedoch Schwankungen unterworfen. In der Literatur seien Teilremissionen beschrieben, bei denen in der Momentaufnahme der

E. 12

Urteil S 2020 137 Untersuchungssituation die Budapest-Kriterien inkomplett erfüllt sein könnten, was eine Erklärung für die unterschiedlichen Beobachtungen darstelle. Letztendlich müsse zusätzlich von Aggravation ausgegangen werden. Eine Somatisierungsstörung liege nicht vor. Die geltend gemachten Arbeitsunfähigkeiten wirkten sich in allen vergleichbaren Lebensbereichen gleich aus (IV-act. 82 S. 26).

E. 13

Urteil S 2020 137 festgestellt worden. Indessen sei eine zunehmende Verzweiflung hinsichtlich seiner anhaltenden schmerzassoziierten Leistungsdefizite feststellbar gewesen. Diese Verzweiflung habe sich auch eindrücklich in den Paargesprächen gezeigt. Die schlussendliche Hauptdiagnose CRPS Typ I mit unilateraler Schmerzausweitung sei und bleibe die Zentraldiagnose beim Beschwerdebild des Patienten und sei auch (wie sich sonst alle einig seien) der Hauptgrund eines nicht zielführenden Wiedereingliederungsprozesses gewesen. Nehme man auch die Langzeitdokumentation des Hausarztes hinzu, sehe man, dass der Unfall ein klarer Einschnitt in der lebensbiografischen Entwicklung des Patienten gewesen sei. Absolut konträr zur Beurteilung des RAD-Arztes komme er daher in der Gesamtschau der Unterlagen dazu, das Gutachten des externen Fachspezialisten der Rheumatologie als das sachadäquateste Fachdokument einzuschätzen (IV-act. 124).

E. 14

Urteil S 2020 137 weswegen eine einseitige Muskelatrophie nicht unbedingt zu erwarten sei. Bei der Begutachtung handle es sich um eine punktuelle Beobachtung. Eine Aggravation sei ein sehr schwerwiegender Vorwurf und bedeute, dass der Versicherte bewusst und vorsätzlich ein nicht vorliegendes Leiden vortäusche. Unter Berücksichtigung der auch im aktuellen Bericht des Neurozentrums des Spitals F. _____ vom 3. November 2017 beschriebenen Langzeitbeobachtung während des Rehabilitationsaufenthaltes in der Klinik ohne Hinweise auf Aggravation oder Simulation erscheine ein solcher Vorwurf aus rheumatologischer Sicht nicht vertretbar. Das beobachtete und im rheumatologischen Teलगutachten als etwas pathetisch beschriebene Verhalten bei der Untersuchung interpretiere er als legitime Verdeutlichung des Ausdrucks eines Mannes, der immer wieder erlebt habe, dass man seinen Beschwerden nicht glaube. Die Diagnose des CRPS in Teilremission werde im rheumatologischen Gutachten entsprechend Verlauf und Befunden begründet. Es gehe um eine primär organisch bedingte Schmerzursache bei einer objektivierbaren, wenn auch komplexen und deswegen immer wieder umstrittenen somatischen Pathologie. Eine kritische Würdigung der anderen Fachgutachten wäre Sache von entsprechend ausgebildeten Fachärzten. Der neue Bericht des Spitals F. _____ vom 3. November 2017 nehme im Übrigen dazu Stellung. Die Erkrankung sei nicht nur anhand von Befunden, sondern auch nach dem Verlauf zu beurteilen. Dazu gehöre neben den selbst erhobenen und aufgeführten pathologischen Befunden insbesondere die Würdigung der Langzeitbeobachtung während der Rehabilitation. Der Schweregrad des Leidens sei unter anderem belegt durch die Inanspruchnahme der vielen aufgeführten Therapien sowie die hochdosierte Schmerzmedikation inklusive Opiate. Im Gutachten seien die Beobachtungen während der Untersuchung beschrieben worden. Da in diesem Fall keine Inkonsistenz habe beobachtet werden können, habe er keine Veranlassung gesehen, eine Aggravation zu vermuten. Schliesslich sei die Beobachtung auch konsistent mit der Fallentwicklung. Selbstverständlich könne er ein dahinterstehendes bewusstes gradliniges aggravorisches Verhalten, wie es das Gericht in Erwägung ziehe, nicht mit letzter Sicherheit ausschliessen. Im Rahmen der gutachterlichen Untersuchung habe es keine erhärtenden Hinweise darauf gegeben. Die Beschwerden, Befunde und die Diagnosen seien im Gutachten aufgeführt und diskutiert worden. Die medizinisch theoretische Einschätzung des Leistungsprofils aus rheumatologischer Sicht sei begründet durch die Diagnose CRPS und die daraus resultierende funktionelle Einschränkung wegen der im Langzeitverlauf typischen und in der Literatur beschriebenen chronischen Schmerzentwicklung. Die Leistungsfähigkeit sei zwar nicht aufgehoben, aber aufgrund der chronischen Schmerzentwicklung als Folge der Körperschädigung eingeschränkt. Als Ressource zu beurteilen sei die abgesehen von der

E. 15

Urteil S 2020 137 leichten Schwellung und Lividität intakte Körperstruktur und der im Verlauf der Rehabilitation manifestierte Wille des Versicherten, die Leistung zu steigern. Als Defizit sei die Einschränkung durch die chronische Schmerzsituation zu werten. Die Beurteilung folge damit der Leitlinie, die Leistungsfähigkeit als Saldo aus Defiziten und Ressourcen verständlich zu machen (IV-act. 135).

E. 16

Urteil S 2020 137 auszugehen sei. Der Gutachter interpretierte das als etwas pathetisch beschriebene Verhalten bei der Untersuchung als (legitime) Verdeutlichung (vorne E. 5.5). Die generelle Kritik des RAD vom 15. Juni 2020 (vorne E. 5.6) vermag keine konkreten Zweifel an dieser gutachterlichen Einschätzung zu begründen, werden darin doch keine differenzierten Einwände vorgebracht, weshalb die Argumentation des Gutachters nicht überzeuge bzw. im Ergebnis unzufriedenstellend sein soll. Die psychiatrische Beurteilung erfolgte zudem unter Beachtung der massgebenden Standardindikatoren in überzeugender Art und Weise (vgl. BGE 141 V 281; zum Verbot unzulässiger juristischer Parallelprüfung; BGE 145 V 361 E. 4.3). Die im Rahmen der Konsensbeurteilung vorgenommene Konsistenzprüfung überzeugt dabei insbesondere hinsichtlich der festgestellten (teilweisen) Aggravation, diese wurde vom Beschwerdeführer denn auch nicht infrage gestellt. Vor diesem Hintergrund vermag auch die Kritik von Dr. M. _____ vom 3. November 2017 am psychiatrischen und neuropsychologischen Teilgutachten nicht zu überzeugen (vorne E. 5.3). Führen doch die von den Gutachtern einhellig berichtete Aggravation und die gezeigten Inkonsistenzen bei den Abklärungen in diesen Fachbereichen zum Ergebnis, dass ein erhebliches krankheitsmässiges Geschehen nicht mehr mit ausreichender Wahrscheinlichkeit festgestellt werden konnte. Die daraus resultierende Beweislosigkeit geht zulasten des Beschwerdeführers (vgl. BGE 138 V 218 E. 6; BGer 9C_659/2017 vom 20. September 2018). Die Argumentation von Dr. M. _____ würde zudem letztlich bedeuten, dass "solche Patienten" im Rahmen einer versicherungsmedizinischen Begutachtung – bei welcher es definitionsgemäss darum geht, die Beschwerden der versicherten Person versicherungsmedizinisch einzuordnen und insofern infrage zu stellen – nie aussagekräftig neuropsychologisch getestet werden könnten. Den Gutachtern standen ferner sämtliche früheren Berichte – namentlich auch die Berichte des Spitals F. _____ – zur Verfügung, diese wurden im Gutachten hinreichend berücksichtigt und gewürdigt. Doktor M. _____ bringt denn auch keine Einwände gegen die vom Rheumatologen festgestellte 50%ige Arbeitsunfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit (mit definiertem Leistungsprofil) vor. Im Gegenteil, er schliesst sich sinngemäss der Einschätzung in der rheumatologischen Expertise an, indem er das rheumatologische Teilgutachten als das "sachadäquateste" Gutachten bezeichnet. Gutachter Dr. E. _____ begründet die Leistungseinschränkung denn auch mit dem diagnostizierten CRPS I. Es gehe dabei um eine primär organisch bedingte Schmerzursache bei einer objektivierbaren, wenn auch komplexen somatischen Pathologie. Damit zielt auch die vom RAD geäusserte Kritik an einer unzureichenden

E. 17

Urteil S 2020 137 Prüfung der Standardindikatoren durch den rheumatologischen Gutachter (vorne E. 5.6) letztlich ins Leere. Die Schlussfolgerungen aus dem rheumatologischen Gutachten sind im Rahmen der Konsensbeurteilung in die Gesamtwürdigung einbezogen worden. Sämtliche Gutachter haben sich mit der rheumatologisch begründeten

Einschränkung der Arbeitsfähigkeit – trotz Aggravation – ausdrücklich einverstanden erklärt und diese insofern als plausibel beurteilt (IV-act. 82 S. 29). Nach dem Gesagten ist vorliegend zwar von einer Aggravation auszugehen. Dies bedeutet indessen nicht, dass die Leistungseinschränkung des Beschwerdeführers im hier zu beurteilenden Fall ausschliesslich auf einer Aggravation beruht. Der rheumatologische Gutachter legte überzeugend dar, dass daneben eine verselbständigte Gesundheitsschädigung ausgewiesen ist. Dies wurde durch die übrigen Gutachter anerkannt. Die im D. _____-Gutachten ausgewiesene Leistungseinschränkung wurde denn auch ausdrücklich im Umfang der (teilweisen) Aggravation bereinigt, wie dies die einschlägige Rechtsprechung verlangt (vgl. E. 4.4). 6.2 Die Parteien ziehen aus dem beweistauglichen Gutachten allerdings in Bezug auf den retrospektiven Verlauf der Arbeitsunfähigkeit und damit einhergehend den möglichen Beginn des umstrittenen Rentenanspruchs unterschiedliche Schlüsse. 6.2.1 Der Beschwerdeführer lässt ausführen, das einjährige Wartejahr beginne vorliegend am 2. Oktober 2014 (Fahrradunfall) zu laufen und ende am 2. Oktober 2015, somit sei der Rentenanspruch bereits per 1. Oktober 2015 entstanden (act. 1 Ziff. 16.3 ff.). Es sei zweifelsfrei und rechtsverbindlich erstellt, dass die D. _____-Gutachter die Leistungsfähigkeit in einer leidensangepassten Tätigkeit ab 1. Juli 2016 im Umfang von 50 % herabgesetzt beurteilten. Hingegen hätten sie zur rechtserheblichen Frage nicht Stellung genommen, in welchem Umfang die Leistungsfähigkeit des Exploranden in der angestammten und in einer leidensangepassten Tätigkeit ab 1. Oktober 2015 bis Juli 2016 eingeschränkt gewesen sei. Die retrospektive Beantwortung dieser Frage lasse sich lege artis nur auf der Basis der vorhandenen Akten beurteilen. Da die SUVA und die zuständige Kollektivkrankentaggeldversicherung das Taggeld stets auf der Basis der attestierten Arbeitsunfähigkeit von 100 % vom 5. Oktober 2014 bis 30. September 2016 gewährt hätten, dürfe aufgrund der Beweislage rechtlich nur der Schluss gezogen werden, dass keine verwertbare und zumutbare Erwerbsfähigkeit ab dem Unfalltag bis 30. September 2016 bestanden habe. Der Beschwerdeführer habe daher Anspruch auf eine ganze Rente vom 1. Oktober 2015 bis 30. Juli 2016 (act. 1 Ziff. 17.2 ff.).

E. 18

Urteil S 2020 137 6.2.2 Die Beschwerdegegnerin macht demgegenüber geltend, der rheumatologische D. _____-Gutachter datiere die Arbeitsunfähigkeit von 50 % auf Juli 2016 zurück. Dieser Zeitpunkt glaube er aus dem psychosomatischen Bericht des Spitals F. _____ vom Juli 2016 ableiten zu können. Dieser Zeitpunkt erweise sich indes als reine Spekulation des Rheumatologen, auf welche aus versicherungsrechtlicher Sicht sicherlich nicht abgestellt werden könne. Eine derartige rückwirkende Einschätzung verbiete sich auch schon darum, weil der Gutachter ja selbst in seiner Stellungnahme vom

E. 23

Urteil S 2020 137 kumulativer Belastung sind vermehrte Pausen einzuberechnen (vgl. vorne E. 5.1). Dieses Zumutbarkeitsprofil lässt darauf schliessen, dass der Versicherte seine Leistungsfähigkeit nicht nur in den einzelnen Sektoren, sondern in allen Wirtschaftszweigen des privaten Sektors verwerten kann (vgl. in diesem Sinne auch BGer 8C_112/2020 vom 13. Mai 2020 E. 6.3). Beinhaltet der entsprechende Tabellenlohn im Kompetenzniveau 1 doch eine Vielzahl von Tätigkeiten, insbesondere auch körperlich leichte (vgl. BGer 8C_82/2019 vom 19. September 2019 E. 6.3.2; 9C_444/2018 vom 17. Oktober 2018 E. 3.1). Ferner ist vorliegend nicht von einer faktischen Einhändigkeit auszugehen, wie dies der Beschwerdeführer anzunehmen scheint. Das vorliegende

Leistungsprofil schliesst die Inanspruchnahme der rechten Hand namentlich nicht gänzlich aus (vgl. hierzu auch die Ausführungen in nachfolgender E. 7.4.2). 7.3.4 Für das Jahr 2015 ergibt sich in Anwendung des massgeblichen Tabellenlohns von Fr. 5'312.– (LSE 2014, monatlicher Bruttolohn [Zentralwert] nach Wirtschaftszweigen, Kompetenzniveau und Geschlecht, TA1_tirage_skill_level, Total Privater Sektor, Kompetenzniveau 1, Männer) – aufgerechnet auf ein Jahr, indexiert auf das Jahr 2015 (Nominallohnindex [T1.1.10, Männer, 2011–2020], Total, 2014: 103,2 und 2015: 103,5) sowie unter Berücksichtigung der durchschnittlichen betriebsüblichen Arbeitszeit von 41,7 Stunden (Statistik der betriebsüblichen Arbeitszeit des BFS, Total) – bei einer zumutbaren Arbeitsfähigkeit von 100 % ein Invalideneinkommen von Fr. 66'646.30 (zum sog. Leidensabzug nachfolgende E. 7.4). 7.3.5 Betreffend das Jahr 2016 resultiert in Anwendung des massgeblichen Tabellenlohns von Fr. 5'340.– (LSE 2016, monatlicher Bruttolohn [Zentralwert] nach Wirtschaftszweigen, Kompetenzniveau und Geschlecht, TA1_tirage_skill_level, Total Privater Sektor, Kompetenzniveau 1, Männer) – aufgerechnet auf ein Jahr sowie unter Berücksichtigung der durchschnittlichen betriebsüblichen Arbeitszeit von 41,7 Stunden (Statistik der betriebsüblichen Arbeitszeit des BFS, Total) – bei einer zumutbaren Arbeitsfähigkeit von 50 % ein Invalideneinkommen von Fr. 33'401.70 (keine Indexierung notwendig; zum sog. Leidensabzug nachfolgende E. 7.4). 7.4 7.4.1 Wird das Invalideneinkommen auf der Grundlage von statistischen Durchschnittswerten ermittelt, ist der entsprechende Ausgangswert allenfalls zu kürzen. Damit soll der Tatsache Rechnung getragen werden, dass persönliche und berufliche Merkmale, wie Art und Ausmass der Behinderung, Lebensalter, Dienstjahre, Nationalität

E. 24

Urteil S 2020 137 oder Aufenthaltskategorie und Beschäftigungsgrad Auswirkungen auf die Lohnhöhe haben können (BGE 124 V 321 E. 3b/aa) und die versicherte Person je nach Ausprägung deswegen die verbliebene Arbeitsfähigkeit auch auf einem ausgeglichenen Arbeitsmarkt nur mit unterdurchschnittlichem erwerblichem Erfolg verwerten kann (BGE 126 V 75 E. 5b/aa). Der Abzug soll aber nicht automatisch erfolgen. Er ist unter Würdigung der Umstände im Einzelfall nach pflichtgemäßem Ermessen gesamthaft zu schätzen und darf

E. 25

Urteil S 2020 137 2020 E. 4.2 mit Hinweisen). Allerdings wird insbesondere dann ein Abzug gewährt, wenn eine versicherte Person selbst im Rahmen körperlich leichter Hilfsarbeitertätigkeiten in ihrer Leistungsfähigkeit eingeschränkt ist (BGE 126 V 75 E. 5a/bb; BGer 8C_799/2021 vom 3. März 2022 E. 4.3.2). Grundsätzlich unbeachtlich ist der geltend gemachte vermehrte Pausenbedarf (BGer 8C_558/2013 vom 2. April 2014 E. 4.3), zumal die leidensbedingten Einschränkungen bereits bei der zumutbaren Arbeitsfähigkeit von 50 % berücksichtigt wurden. Sowohl betreffend das Kriterium der "Dauer der Betriebszugehörigkeit" (damit einhergehend die vom Versicherten vorgebrachte "lohnwirksame Erfahrung") als auch jenes der "Nationalität/Aufenthaltskategorie" ist bei den infrage stehenden Hilfstätigkeiten im Kompetenzniveau 1 des Totals aller Wirtschaftszweige rechtsprechungsgemäss kein Abzug vom Tabellenlohn angezeigt (vgl. etwa BGer 8C_805/2016 vom 22. März 2017 E. 3.3; 9C_874/2014 vom 2. September 2015 E. 3.3.2). Der Beschwerdeführer ging bei seiner diesbezüglichen Argumentation ferner davon aus, dass der Tabellenlohn des Sektors Dienstleistungen anzuwenden sei. Auch wenn dem Beschwerdeführer der Einsatz seiner dominanten rechten Hand aufgrund der

chronischen Schmerzsituation nur eingeschränkt zumutbar ist, ist die daraus vom Beschwerdeführer (implizit) abgeleitete faktische Einhändigkeit nicht erstellt. Das definierte Leistungsprofil schliesst den Einsatz der rechten Hand – entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers – gerade nicht gänzlich aus ("vorwiegend" mit der linken Hand zu verrichtende leichte Tätigkeiten). Es ist auch nicht ersichtlich, dass der Versicherte seine rechte Hand nur noch als sog. Zudienhand verwenden könnte. Die neurologische Gutachterin berichtete etwa, dass der Versicherte die rechte Hand spontan eingesetzt habe, im Verlauf auch schnell und koordinativ gezielt (IV-act. 82 S. 18). Der rheumatologische Gutachter nennt den auch als Ressource die abgesehen von der leichten Schwellung und Lividität intakte Körperstruktur (IV-act. 135). Was den Faktor "Teilzeit" betrifft ist bezüglich der LSE 2016 festzuhalten, dass gemäss der Tabelle T18 (monatlicher Bruttolohn [Zentralwert] nach Beschäftigungsgrad, beruflicher Stellung und Geschlecht) bei Männern ohne Kaderfunktion mit einem Beschäftigungsgrad von 50 bis 74 % ein Tabellenlohn von Fr. 5'875.– ausgewiesen ist. Dieser unterscheidet sich im Vergleich zum Lohn für ein Vollzeitpensum (90 % oder mehr) von Fr. 6'130.– lediglich um 4 %. Dementsprechend kann das Kriterium "Teilzeit" bei

E. 26

Urteil S 2020 137 einem Invalidenlohn, der gestützt die LSE 2016 ermittelt wurde, vernachlässigt werden. Wie sich dies bezüglich der LSE 2014 verhält, kann hier offen bleiben, da in jenem Fall bei einer zumutbaren Arbeitsfähigkeit von 100 % selbst bei einem maximal möglichen Leidensabzug von 25 % ein rentenausschliessender Invaliditätsgrad von (gerundet) 34 % resultieren würde (Valideneinkommen: Fr. 75'790.–; Invalideneinkommen: Fr. 49'984.72). Im Rahmen der Gesamtwürdigung ist folglich zu berücksichtigen, dass der Beschwerdeführer – welcher früher als Hilfsschlosser körperlich mittelschwere Arbeit verrichtet hatte (vgl. IV-act. 7 S. 6) – nun selbst bei körperlich leichten Hilfstätigkeiten nur eingeschränkt arbeitsfähig ist, was von der IV-Stelle bisher unbeachtet blieb. Dem Versicherten sind nur noch leichte Arbeiten zu 50 % zumutbar und dies auch bloss, wenn diese vorwiegend mit der linken (nicht dominanten) Hand ausgeführt werden. Zwar entspricht dies im vorliegenden Ausmass nicht der implizit geltend gemachten faktischen Einhändigkeit (was rechtsprechungsgemäss einen Abzug von 20 bis 25 % rechtfertigen würde; vgl. etwa BGer 8C_744/2017 vom 14. Mai 2018 E. 5.2 mit Hinweisen), nichtsdestotrotz ist dieser gesundheitlichen Einschränkung (sogar bei bloss leichten Arbeiten) angemessenen Rechnung zu tragen. Auch wenn die daneben vorgebrachten lohnmindernden Umstände für sich allein keinen Abzug zu rechtfertigen vermögen (so etwa auch der bloss geringfügige Unterschied von 4 % für Teilzeitarbeit bezogen auf die LSE 2016), ist immerhin festzuhalten, dass beim Beschwerdeführer mehrere potentiell lohnmindernde Faktoren zusammentreffen. In einer Gesamtschau aller Umstände ist deshalb vorliegend ein leidensbedingter Abzug von 10 % angezeigt. Der von der IV-Stelle verfügte Abzug von 5 % erweist sich folglich als zu tief. Ein Abzug von mehr als 10 % – wie dies der Beschwerdeführer namentlich aufgrund der von ihm geltend gemachten faktischen Einhändigkeit fordert – ist demgegenüber nicht gerechtfertigt. Die Beeinträchtigung der rechten Hand ist bei einem Abzug von 10 % aufgrund der bloss noch eingeschränkt zumutbaren körperlich leichten Hilfsarbeitertätigkeit hinreichend berücksichtigt. Darüber hinaus dürfen die leidensbedingten Einschränkungen, welche sich allein aus der chronischen Schmerzsituation ergeben und insofern bereits in der Beurteilung der medizinischen Arbeitsfähigkeit enthalten sind, nicht zusätzlich in die Bemessung des leidensbedingten Abzugs einfließen. Dies würde sonst zu einer doppelten Anrechnung

desselben Gesichtspunkts führen (BGE 146 V 16 E. 4.1 f. mit Hinweisen; vgl. auch den zur Publikation vorgesehenen BGer 8C_256/2021 vom 9. März 2022 E. 6.3).

E. 27

Urteil S 2020 137 7.5 Unter Berücksichtigung eines leidensbedingten Abzugs von 10 % und der 100%igen Arbeitsfähigkeit ergibt sich beim Einkommensvergleich per 2015 aus der Gegenüberstellung des Valideneinkommens von Fr. 75'790.– und des Invalideneinkommens von Fr. 59'981.67 ein Minderverdienst von Fr. 15'808.33 und damit ein rentenausschliessender Invaliditätsgrad von (gerundet) 21 % (zum Runden: BGE 130 V 121 E. 3.2). Ab 1. Juli 2016 ist in Anwendung der LSE 2016, unter Berücksichtigung der 50%igen Arbeitsfähigkeit sowie eines Leidensabzugs von 10 % bei einem Valideneinkommen von Fr. 76'093.16 und einem Invalideneinkommen von Fr. 30'061.53 ein Minderverdienst von Fr. 46'031.63 gegeben, was bei einem Invaliditätsgrad von (gerundet) 60 % zum Anspruch auf eine Dreiviertelrente führt. Den ebenfalls beantragten Verzugszins wird die Arbeitslosenkasse bei der nachfolgenden Berechnungsverfügung von Amtes wegen zu beachten haben (Art. 26 ATSG, Art. 7 ATSV), wie sie dies im Übrigen auch schon in der Verfügung vom 30. September 2020 betreffend die nachträgliche Leistungszusprache ab 1. April 2017 getan hatte (IV-act. 153). Damit kann es diesbezüglich sein Bewenden haben. 8. Zusammenfassend hat der Beschwerdeführer ab 1. Juli 2016 Anspruch auf eine Dreiviertelrente der Invalidenversicherung. Die Beschwerde erweist sich dahingehend als begründet und ist in diesem Sinne teilweise gutzuheissen. Hinsichtlich des Antrags auf eine ganze Rente vom 1. Oktober 2015 bis 30. Juni 2016 ist die Beschwerde abzuweisen. 9.

E. 28

Urteil S 2020 137 unterliegt dahingehend auch die Beschwerdegegnerin hinsichtlich des von ihr (erst) ab 1. April 2017 verfügten Rentenbeginns. Das Gericht hatte sich folglich ohnehin mit der Frage des Zeitpunkts des Rentenbeginns auseinanderzusetzen, sodass das diesbezügliche Unterliegen des Beschwerdeführers den Prozessaufwand nicht massgeblich beeinflusste (vgl. BGE 117 V 401 E. 2c; BGer 9C_995/2012 vom 17. Januar 2013 E. 3). Vor diesem Hintergrund rechtfertigt es sich, der IV-Stelle die Verfahrenskosten von Fr. 800.– vollumfänglich aufzuerlegen.

E. 29

Urteil S 2020 137 Demnach erkennt das Verwaltungsgericht:
