



Fall-Nr.: IV 2010/467
Stelle: Versicherungsgericht
Rubrik: IV - Invalidenversicherung
Publikationsdatum: 19.06.2020
Entscheiddatum: 20.11.2012

Entscheid Versicherungsgericht, 20.11.2012

Art. 16 ATSG. Art. 28 IVG. Würdigung eines MEDAS-Gutachtens. Gutachten beweistauglich. Ermittlung der Vergleichseinkommen. Bemessung des Invaliditätsgrades (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 20. November 2012, IV 2010/467).

Entscheid Versicherungsgericht, 20.11.2012

Versicherungsrichter Joachim Huber (Vorsitz), Versicherungsrichterin Monika Gehrler-Hug, a.o. Versicherungsrichter Christian Zingg; Gerichtsschreiberin Sibylle Betschart

Entscheid vom 20. November 2012

in Sachen

A.____,

Beschwerdeführer,

gegen

IV-Stelle des Kantons St. Gallen, Postfach 368, 9016 St. Gallen,

Beschwerdegegnerin,

betreffend

Rente

Sachverhalt:



A.

A.a A.____ meldete sich 2005 erstmals zum Bezug von IV-Leistungen an. Im Auftrag der IV-Stelle wurde durch den IV-internen regionalen ärztlichen Dienst (RAD) Ostschweiz am 18. Mai 2007 ein Gutachten erstellt, welches die Arbeitsfähigkeit des Versicherten auf 50 % in einer adaptierten Tätigkeit festlegte. Eine Steigerung der Arbeitsfähigkeit im weiteren Verlauf auf bis zu 100 % bei Rückgang der allgemeinen Dekonditionierung wurde innerhalb von drei Monaten für möglich gehalten (IV-act. 55-1 ff.). In der Stellungnahme vom 21. November 2007 setzte der RAD die adaptierte Arbeitsfähigkeit angesichts der bleibenden leichten obstruktiven Ventilationsstörung "auf etwa 75 % steigerbar" fest (IV-act. 100-2). Mit Verfügungen vom 25. März 2008 und 21. Mai 2008 wurde dem Versicherten eine Viertelsrente der Invalidenversicherung ab 1. August 2005 zugesprochen (IV-act. 121-1 ff., 118-1 f., 115-1 f.). Dagegen erhob der Versicherte am 28. April 2008 Beschwerde an das Versicherungsgericht des Kantons St. Gallen (IV-act. 119-2 ff.), welche er mit Eingabe vom 2. Juli 2008 ergänzte (IV-act. 135-1 ff.). In der Folge hiess das Versicherungsgericht des Kantons St. Gallen die Beschwerde mit Entscheid vom 17. Dezember 2009 (IV 2008/197) teilweise gut, hob die angefochtenen Verfügungen vom 25. März 2008 und 21. Mai 2008 auf und wies die Sache zur Vornahme weiterer Abklärungen im Sinn der Erwägungen und zu entsprechender neuer Verfügung an die IV-Stelle zurück (IV-act. 147-1 ff.). Der Entscheid erwuchs unangefochten in Rechtskraft.

A.b Im Auftrag der IV-Stelle erstattete die den Versicherten seit 18. Februar 2008 behandelnde Ärztin Dr. med. B.____, Fachärztin FMH Pneumologie und Innere Medizin, am 19. März 2010 einen Bericht (IV-act. 151-2 ff.). Sie diagnostizierte mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine Sarkoidose Stadium II-III bei Erstdiagnose am 17. Oktober 2002 bronchoskopisch, bei ausgeprägter Hustensymptomatik sowie bei chronischem progredientem Verlauf trotz hochdosierter Steroidtherapie und einen Status nach traumatischer Amputation des Kleinfingers rechts im Mai 2004 mit verminderter Sensibilität Dig. IV bei Status nach Quetschverletzung des rechten Daumens 1991/92, leicht eingeschränkter Flexion und verminderter Sensibilität der Endphalanx (IV-act. 151-6). Dr. B.____ attestierte eine verminderte Leistungsfähigkeit von schätzungsweise 50-60 % in einer leichten körperlichen adaptierten Tätigkeit (IV-act. 151-11). Bei ihrer Eingabe fand sich unter anderem ein Bericht des Departementes Innere Medizin,



St.Galler Gerichte

Pneumologie, des Kantonsspitals St. Gallen (KSSG) vom 9. März 2009, welches den Versicherten am 27. Februar 2009 ambulant untersucht hatte. Darin wurden die Diagnosen Sarkoidose, radiologisches Stadium II-III, bei wechselnder Hustensymptomatik sowie Besserung unter Pantozol 40 mg 1-0-1 genannt (IV-act. 151-21 f.).

A.c In einer internen Stellungnahme vom 30. März 2010 wurde vom RAD ausgeführt, dass von der behandelnden Pneumologin ein fortschreitender Krankheitsverlauf der Sarkoidose beschrieben werde. Da das Versicherungsgericht ein Obergutachten zwecks Arbeitsfähigkeitsfestlegung in leidensadaptierter Tätigkeit verlange, werde hierzu eine MEDAS-Begutachtung vorgeschlagen (IV-act. 152-2).

A.d Im Auftrag der IV-Stelle erstattete die medizinische Abklärungsstelle (MEDAS) Ostschweiz am 13. August 2010 ein polydisziplinäres medizinisches Gutachten unter Einschluss eines psychiatrischen und pneumologischen Consiliargutachtens mit ambulanten Untersuchungsdaten vom 25., 26., und 28. Mai sowie 9. Juni 2010 (IV-act. 165-1 ff.). Die Gutachter nannten als Hauptdiagnosen mit Einschränkung der zumutbaren Arbeitsfähigkeit eine Sarkoidose, radiologisch Stadium II-III (ICD-10 D86.0), körperbezogene Ängste (ICD-10 F41.8), eine psychovegetative Überreaktion mit mindestens teilweise psychogen bedingtem Husten (ICD-10 F45.33), eine Versteifung Endphalanx des rechten Daumens nach Quetschtrauma ca. 1990 (ICD-10 M24.6) sowie einen Status nach Arbeitsunfall der rechten Hand vom 15. April 2004 mit traumatischer Amputation des Kleinfingers und Extensionsdefizit der Endphalanx Dig. IV mit persistierender Hyperalgesie in diesen Fingern (ICD-10 S 68.1) und attestierten eine ca. 30 %ige Arbeitsunfähigkeit (ganztags, reduzierte Leistung) für eine adaptierte Erwerbstätigkeit (IV-act. 165-19 f., 165-27).

A.e In einer internen Stellungnahme vom 18. August 2010 wurde vom RAD ausgeführt, dass ein umfassendes polydisziplinäres widerspruchsfreies Gutachten vorliege, auf das gemäss Auffassung des RAD abgestellt werden könne. Eine signifikante Änderung des Gesundheitszustandes seit der RAD-Untersuchung vom April 2007 bestehe nicht (IV-act. 166-2).



St.Galler Gerichte

A.f Mit Vorbescheid vom 25. August 2010 stellte die IV-Stelle bei einem Invaliditätsgrad von 44 % einen ab 1. August 2005 bestehenden Anspruch auf eine Viertelsrente in Aussicht (IV-act. 171-1 ff.).

A.g Dagegen liess der Versicherte am 29. September 2010 Einwand erheben (IV-act. 177-1 ff.). Er beantragte eine ganze Invalidenrente seit August 2005 und legte den Bericht von Dr. B.____ vom 6. September 2010 ins Recht (IV-act. 177-5 f.). Darin führte die Ärztin zusammenfassend aus, sie schätze die Leistungs- und Arbeitsfähigkeit des Versicherten als leichtgradig eingeschränkt ein. Zusätzlich müsse der psychiatrischen Problematik und der Handverletzung Rechnung getragen werden. Im Rahmen von Husten-Exazerbationen (welche in letzter Zeit eher weniger aufgetreten seien) sei der Versicherte 100 % arbeitsunfähig (IV-act. 177-6).

A.h Mit Verfügung vom 18. November 2010 (IV-act. 186-1 ff.) sprach die IV-Stelle dem Versicherten ab 1. August 2005 eine Viertelsrente zu. Gemäss RAD-Stellungnahme bestätigten die Angaben der behandelnden Lungenärztin eher die gutachterliche Leistungseinschätzung, indem auch von ihr eine leichtgradige Reduktion der Arbeitsfähigkeit attestiert werde. Neue Fakten oder veränderte Befunde würden nicht vorgelegt. Weitere medizinische Abklärungen drängten sich nicht auf (IV-act. 180-2).

B.

B.a Gegen diese Verfügung richtet sich die am 29. November 2010 erhobene Beschwerde, in der beantragt wird, die angefochtene Verfügung sei aufzuheben, soweit sie eine weitergehende Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin verneine, und es sei dem Beschwerdeführer eine ganze Invalidenrente seit August 2005 zuzusprechen und auszurichten. Zudem sei die unentgeltliche Prozessführung zu bewilligen und die Akten des versicherungsgerichtlichen Verfahrens IV 2008/197 von Amtes wegen beizuziehen. Zur Begründung wird im Wesentlichen ausgeführt, wenngleich es sich bei Dr. B.____ um die behandelnde Fachärztin handle, könnten deren Ausführungen nicht leichthin beiseitegeschoben und als unbeachtlich betrachtet werden. Sie seien nachvollziehbar, schlüssig und zumindest überwiegend wahrscheinlich. Die pneumologisch erklärbaren Hustenanfälle seien entgegen Dr. C.____, Pneumologe, nicht von einer gewichtigen funktionellen Komponente überlagert. Dr. B.____ bringe neue Gesichtspunkte vor, an die



der Untergutachter Dr. C.____ nicht gedacht, zu welchen er jedoch zumindest bis zum Verfassen des Gutachtens nicht Stellung genommen habe. Der Gesundheitszustand sei sehr variabel und der Husten teilweise derart stark, dass der Beschwerdeführers kaum sprechen könne. Auch wenn die dadurch bedingte Einschränkung der Arbeitsfähigkeit schwer zu messen sei, könne festgehalten werden, dass die Hustenanfälle den Beschwerdeführer derart einschränkten, dass er aus pneumologischer Sicht auch eine leidensadaptierte Tätigkeit nicht zu 100 % ausüben könne. Zudem würde ihn auch bei Annahme eines ausgeglichenen Arbeitsmarktes kein Arbeitgeber beschäftigen, da letzterer stets damit rechnen müsse, dass der Beschwerdeführer aus gesundheitlichen Gründen dem Arbeitsplatz fern bleibe. Da folglich von einem Invalideneinkommen von Fr. 0.-- auszugehen sei, habe der Beschwerdeführer Anspruch auf eine ganze Invalidenrente. Selbst wenn bezüglich des Invalideneinkommens der Beschwerdegegnerin gefolgt würde, wäre zumindest ein leidensbedingter Abzug von 25 % vorzunehmen. Das von der Beschwerdegegnerin angenommene Valideneinkommen von Fr. 67'033.-- erscheine mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als zu tief. Der Beschwerdeführer errechne mit dem individuellen Lohnrechner des Bundesamts für Statistik einen Lohn von Fr. 71'643.-- in der bisherigen Tätigkeit (act. G 1.2). Bei einer Annahme eines Valideneinkommens von Fr. 71'643.-- und eines Invalideneinkommens von Fr. 28'338.75 würde sich ein Invaliditätsgrad von 60 % ergeben, womit der Beschwerdeführer Anspruch auf eine Dreiviertelsrente hätte (act. G 1).

B.b Am 14. Dezember 2010 wurde dem Beschwerdeführer mitgeteilt, dass die Voraussetzungen für die unentgeltliche Prozessführung nicht gegeben seien und das entsprechende Gesuch abgelehnt (act. G 5).

B.c In der Beschwerdeantwort vom 14. Januar 2011 beantragt die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde. Zur Begründung führt sie im Wesentlichen aus, das Gutachten entspreche den Anforderungen der Rechtsprechung, und die Beschwerdegegnerin stelle zu Recht darauf ab. Beim Valideneinkommen sei die Beschwerdegegnerin vom Einkommen ausgegangen, welches der Beschwerdeführer im Jahr 2003 gemäss IK-Auszug erzielt habe. Die Fr. 63'876.-- seien auf das Jahr 2009 aufgewertet worden. Für die Invaliditätsbemessung sei nicht massgeblich, ob eine invalide Person unter den konkreten Arbeitsmarktverhältnissen



vermittelt werden könne, sondern einzig, ob sie die ihr verbliebene Arbeitskraft noch wirtschaftlich nutzen könne, wenn die verfügbaren Arbeitsplätze dem Angebot an Arbeitskräften entsprechen würden. Zu berücksichtigen seien zudem auch so genannte Nischenarbeitsplätze. Vorliegend sei demgemäss davon auszugehen, dass Arbeitsplätze, welche der beschriebenen adaptierten Tätigkeit entsprächen, vorhanden seien. Unter anderem könne der Beschwerdeführer Kontroll- und Überwachungsarbeiten in der Industrie annehmen. Die Einschränkungen des Beschwerdeführers (Amputation des kleinen Fingers und die Hustenanfälle) seien mit einem angemessenen Leidensabzug abgegolten worden (act. G 7).

B.d Der Beschwerdegegner verzichtet auf eine Replik (act. G 10).

Erwägungen:

1.

Am 1. Januar 2012 sind die im Zug des ersten Teils der 6. Revision revidierten Bestimmungen des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG; SR 831.20) und der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV; SR 831.201) in Kraft getreten. In materiell-rechtlicher Hinsicht gilt der übergangsrechtliche Grundsatz, dass der Beurteilung jene Rechtsnormen zugrunde zu legen sind, die bei Erlass des angefochtenen Entscheids beziehungsweise im Zeitpunkt gegolten haben, als sich der zu den materiellen Rechtsfolgen führende Sachverhalt verwirklichte (vgl. BGE 127 V 467 E. 1, 126 V 136 E. 4b, je mit Hinweisen). Die Beschwerdegegnerin hat die angefochtene Verfügung am 18. November 2010 (IV-act. 186-1 ff.) und somit vor Inkrafttreten der 6. IV-Revision erlassen. Gemäss übergangsrechtlichem Grundsatz werden nachfolgend die zum Zeitpunkt des Verfügungserlasses anwendbaren Bestimmungen wiedergegeben. Bezüglich des allfälligen Rentenbeginns sind angesichts der Anmeldung zum Leistungsbezug im August 2005 und des Eintritts der Arbeitsunfähigkeit im August 2004 die vor Inkrafttreten der 5. IV-Revision bis zum 31. Dezember 2007 gültig gewesenen Bestimmungen anzuwenden.

2.



2.1 Als Invalidität gilt gemäss Art. 8 Abs. 1 ATSG die voraussichtlich bleibende oder länger dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit. Nach Art. 28 Abs. 2 IVG hat die versicherte Person Anspruch auf eine ganze Rente, wenn sie mindestens zu 70 %, auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens zu 60 %, auf eine halbe Rente, wenn sie mindestens zu 50 % oder auf eine Viertelsrente, wenn sie mindestens zu 40 % invalid ist.

2.2 Grundlage der Bemessung des zumutbaren Invalideneinkommens ist die Arbeitsfähigkeitsschätzung. Um das Ausmass der Arbeitsunfähigkeit beurteilen und somit den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung und im Beschwerdefall das Gericht auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist (BGE 125 V 261 E. 4). Das Gericht hat den Sachverhalt von Amtes wegen festzustellen und demnach zu prüfen, ob die vorliegenden Beweismittel eine zuverlässige Beurteilung des strittigen Leistungsanspruchs gestatten. Die Rechtsprechung hat es mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung als vereinbar erachtet, in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten Richtlinien für die Beweiswürdigung aufzustellen (BGE 125 V 351 E. 3b). Das im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholte Gutachten von externen Spezialärzten, die aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, besitzt bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 125 V 351 E. 3b/bb).

3.

3.1 Die Beschwerdegegnerin stützt sich auf die Begutachtung durch die MEDAS Ostschweiz. Diese hat nach der Untersuchung des Beschwerdeführers im Mai und Juni 2010 am 13. August 2010 als Hauptdiagnosen mit Einschränkung der zumutbaren Arbeitsfähigkeit eine Sarkoidose, radiologisch Stadium II-III bei ED (Erstdiagnose) bronchoskopisch im Oktober 2002, mit aktuell fraglicher Aktivität, bei Lungenfunktions-



prüfung am 28. Mai 2010 (mittelschwere obstruktive Ventilationsstörung ohne Reversibilität unter B2-Stimulation und Bodyplethysmographisch Obstruktion mit relativer Überblähung) und Ergospirometrie am 28. Mai 2010 (erhebliches Leistungsdefizit bei rein subjektiver Limitierung [Dyspnoe, Husten, allgemeine Müdigkeit] sowie chronifiziertem unklarer Reizhusten mit psychogener Komponente), körperbezogene Ängste, eine psychovegetative Überreaktion mit mindestens teilweise psychogen bedingtem Husten, eine Versteifung Endphalanx rechter Daumen nach Quetschtrauma ca. 1990 und einen Status nach Arbeitsunfall der rechten Hand vom 15. April 2004 mit traumatischer Amputation des Kleinfingers mit persistierender Hyperalgesie sowie mit Extensionsdefizit Endphalanx Dig. IV mit persistierender Hyperalgesie genannt. Als Nebendiagnosen ohne wesentliche Einschränkung der Arbeitsfähigkeit nannten die Gutachter einen Status nach Cataractoperationen rechts vom Februar 2007 und links vom Juni 2007 (IV-act. 165-19 f.). Aus pneumologischer Sicht lasse sich aufgrund der aktuellen consiliarischen Untersuchung keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit für leichte körperliche Tätigkeiten unter Mitberücksichtigung der Arbeitsplatzsituation (ohne regelmässige Exposition gegenüber höheren Konzentrationen von atemwegreizenden Stäuben, Dämpfen und Rauch wie gegenüber den angegebenen Duftstoffen und Reinigungsmitteln und gegenüber Kälte) begründen. Aus psychiatrischer Sicht sei aufgrund der körperbezogenen Ängste eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit unter Berücksichtigung erwähnter qualitativer Einschränkungen von 30 % zu begründen wegen mangelnder Ausdauer und der Notwendigkeit vermehrter Pausen bei Entwicklung einer leichten Stressintoleranz. Gesamthaft bestehe eine ca. 30 %ige Arbeitsunfähigkeit (ganztags, reduzierte Leistung) für eine adaptierte Erwerbstätigkeit. Für eine adaptierte Tätigkeit seien aus rheumaorthopädischer Sicht qualitative Einschränkungen betreffend die rechte Hand anzugeben: keine feinmotorischen Arbeiten mit dem rechten Ringfinger sowie wegen der praktisch fehlenden Beweglichkeit im Daumenendgelenk keine repetitiven präzisen Arbeiten mit Pinzettengriff (IV-act. 165-27).

3.1.1 Dieser zusammenfassenden Einschätzung lagen im Einzelnen insbesondere das pneumologische Consiliargutachten vom 21. Juni 2010 (IV-act. 165-31 ff.) zugrunde, welches Dr. med. C.____, Facharzt für Pneumologie, im Anschluss an eine zwischen dem 28. Mai und 9. Juni durchgeführten Untersuchung und Befragung des Beschwerdeführers erstellt hatte. Darin wird zur Arbeitsfähigkeit



ausgeführt, dass man funktionell eine moderate Einschränkung fände. Ergospirometrisch bestehe zwar ein erhebliches Leistungsdefizit, die Limitierung sei aber rein subjektiv durch Dyspnoe, Husten und allgemeine Müdigkeit gegeben. Objektiv seien weder die Puls- noch die Ventilationsreserve erreicht, man registriere auch keine nennenswerte metabolischen Azidose und insbesondere keine Gasaustauschstörung. Damit könne aus rein isoliert pneumologischer Optik gesagt werden, dass der Beschwerdeführer für leichte körperliche Arbeiten grundsätzlich arbeitsfähig sei. Dies unter der Voraussetzung, dass sich der Verlauf der Sarkoidose in Zukunft nicht akzeleriere. Einschränkend für eine Arbeitsvermittlung sei der massive Reizhusten, welcher aber pneumologisch nicht hinreichend zu erklären und sehr wahrscheinlich von einer gewichtigen funktionellen Komponente überlagert sei (IV-act. 165-33).

3.1.2 In psychischer Hinsicht lag der Einschätzung die Untersuchung durch Dr. med. D.____, Eidg. Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie zugrunde. Dieser diagnostizierte im psychiatrischen Consiliargutachten vom 3. Juni 2010 (IV-act. 165-36 ff.) körperbezogene Ängste (ICD-10; F41.8), einhergehend mit Verstimmungen auf dem Boden somatischer Leiden, überwiegender Sarkoidose II und der Nebenwirkungen der deswegen notwendigen Dauerbehandlung. Er führte aus, bei Überanstrengung, sowohl in somatischer als auch in psychischer Hinsicht (Stress), komme es zu einer psychovegetativen Überreaktion, darunter zu einem psychogenen Husten (ICD-10: F45.33), der auch Ausdruck seiner Ängste sei, falls er nicht vollständig durch die Kompromittierung der oberen Luftwege durch die Sarkoidose erklärt werden könne. Aufgrund der körperbezogenen Ängste bestehe aus psychiatrischer Sicht eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit bei körperlich adaptierten Tätigkeiten von 30 %: Mangel an Ausdauer, die Notwendigkeit vermehrter Pausen, die Entwicklung einer leichten Stressintoleranz. Ob durch eine psychiatrisch-psychotherapeutische Begleitung die Arbeitsfähigkeit verbessert werden könne, bleibe offen (IV-act. 163-39).

3.2 Das Hauptgutachten setzte sich auch mit den abweichenden Diagnosen und Einschätzungen der behandelnden Ärztin Dr. B.____ sowie den Einschätzungen der behandelnden Ärzte, u.a. der Pneumologie des KSSG, in Bezug auf die Auswirkungen der gesundheitlichen Einschränkungen auf die Arbeitsfähigkeit auseinander. Die Gutachter wiesen darauf hin, dass aus rheumaorthopädischer Sicht lediglich die



aufgeführten qualitativen Einschränkungen betreffend die rechte Hand anzugeben seien. Die weiteren von Dr. B.____ in deren Bericht vom 17. März 2010 (IV-act. 151-7 f.) aufgeführten, den Bewegungsapparat betreffenden Einschränkungen seien aus rheumaorthopädischer Sicht nicht zu begründen (IV-act. 165-26). Hinsichtlich der qualitativen Einschränkungen der rechten Hand wird im Gutachten ausgeführt, dass nach einem Quetschtrauma ca. 1990 eine praktische Versteifung der Daumenendphalanx rechts bestehe. Nach dem weiteren Arbeitsunfall von 2004 mit traumatischer Amputation des rechten Kleinfingers und Mitverletzung des Ringfingers zeigte dessen Endgelenk ein Extensionsdefizit von etwa 40-50 Grad mit Hyperalgesie im Bereich der Fingerkuppe und eine weitere Hyperalgesie auf Höhe des Grundgelenks des amputierten rechten Kleinfingers, persistierend nach zweimaligen Revisionen (vermutlich wegen eines Neuroms). Eine weitere funktionell weniger bedeutsame Schädigung zeige sich in einer leichten Thenarhypotrophie nach einer Verletzung im Kindesalter. Diesbezüglich seien rein qualitative Einschränkungen für feinmotorische Tätigkeiten betreffend den Daumen und Ringfinger mit entsprechend verminderter Kraftentwicklung anzugeben (IV-act. 165-23 f.). Die Gutachter verwiesen ebenfalls auf die letzten Kontrollen in der Pneumologie des KSSG von Ende 2008, bei welchen festgehalten worden sei, dass wegen des klinischen Verlaufs sowie der Resultate der bronchiolo-alveolären Lavage zu diesem Zeitpunkt keine aktive Sarkoidose mehr hätte nachgewiesen werden können und somit ein diskutierter Behandlungsversuch mit Remicade nicht indiziert sei (IV-act. 165-24, 165-32). Zur Hustenproblematik führten die Gutachter folgendes aus: Sehr auffallend sei der im Vordergrund stehende Reizhusten. Angaben dazu würden sich wie ein roter Faden durch die gesamte Aktenlage ziehen und auch anlässlich der Untersuchungen würde er bei allen drei Gutachtern erwähnt. Mehrmals werde aktenmässig angegeben und anlässlich der Untersuchung bestätigt, dass der Reizhusten nachts deutlich weniger ausgeprägt sei und auch vollständig fehlen könne. Ebenfalls dokumentiert und vom Beschwerdeführer wiederum bestätigt sei seine Erfahrung, dass er während eines dreiwöchigen Ferienaufenthaltes in E.____ 2008 in der zweiten und dritten Woche diesbezüglich praktisch beschwerdefrei gewesen sei, und dass der Reizhusten umgekehrt aber zum Teil auch eine Intensität gezeigt habe, welche eine Kommunikation nahezu verunmöglichte. Im Rahmen der Untersuchung durch den Hauptgutachter habe der Beschwerdeführer während der über einstündigen Anamnese einige Male kurzdauernde Hustenreize gezeigt, sich



dadurch in seinem Erzählfluss aber nicht stören lassen und es sei auch keine sichtbare Dyspnoe aufgetreten. Der Charakter des Hustenreizes habe unzweifelhaft aufgrund der Beobachtung einen demonstrativen Charakter. Diesbezüglich sei auf das psychiatrische Consiliargutachten zu verweisen (IV-act. 165-24 f.). Laut Akten bestehe ebenfalls ein Status nach schädlichem Gebrauch von Tranquilizern (ICD-10: F13.1), welcher sich als nicht mehr aktuell erweise. Auch die rezidivierende depressive Störung, die in den Akten erwähnt werde, könne durch die aktuelle Untersuchung nicht erhärtet werden (IV-act.165-26). Diese Ausführungen der Gutachter zum Gesundheitszustand des Beschwerdeführers erscheinen gut begründet und nachvollziehbar.

3.3 Das MEDAS-Gutachten beruht auf eigenständigen interdisziplinären Abklärungen, mithin auf allseitigen Untersuchungen und ist damit für die streitigen Belange umfassend. Die Beurteilung erfolgte in Kenntnis der Vorakten, und die vom Beschwerdeführer geklagten Beschwerden wurden berücksichtigt. Das Gutachten leuchtet in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation ein. Vor diesem Hintergrund vermögen auch die darin enthaltenen Schlussfolgerungen zu überzeugen. Für die Bemessung des Invaliditätsgrads ist in erster Linie ausschlaggebend, wie es sich mit der Arbeitsfähigkeit in einer adaptierten Tätigkeit verhält; dazu sind dem MEDAS-Gutachten plausible Angaben zu entnehmen. Das Gutachten erfüllt mithin alle nach der Praxis erforderlichen Kriterien für beweiskräftige Gutachten (vgl. BGE 125 V 352 E. 3a), so dass grundsätzlich darauf abzustellen ist bzw. es für die Bemessung des Invaliditätsgrades beigezogen werden kann. Diese Auffassung vertrat auch der RAD in seiner Stellungnahme vom 18. August 2010 (IV-act. 166-2)

3.4 Es ist deshalb zusammenfassend davon auszugehen, dass eine 30 %ige Einschränkung der Arbeitsfähigkeit ausgewiesen ist. Auch die Frage nach den zumutbaren Tätigkeiten wurde im Gutachten vom 13. August 2010 hinreichend beantwortet, wird doch ausgeführt, dass leichte körperliche Tätigkeiten, unter Mitberücksichtigung der Arbeitsplatzsituation ohne regelmässige Exposition gegenüber höheren Konzentrationen von atemwegsreizenden Stäuben, Dämpfen und Rauch wie gegenüber den angegebenen Duftstoffen und Reinigungsmitteln und gegenüber Kälte, ohne feinmotorische Arbeiten mit dem rechten Ringfinger sowie - wegen der praktisch



fehlenden Beweglichkeit im Daumenendgelenk - ohne repetitive präzise Arbeiten mit Pinzettengriff, im Umfang von 70 % zumutbar seien (IV-act. 165-27). Auszugehen ist gemäss dem MEDAS-Gutachten und dem RAD somit insgesamt von einer Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers von 30 % in einer adaptierten, körperlich leichten Tätigkeit.

4.

4.1 Der Eintritt des Versicherungsfalles setzt (in der Regel) kumulativ eine Wartezeit und danach einen rentenbegründenden Invaliditätsgrad voraus. Der Rentenanspruch entsteht - gemäss aArt. 29 Abs. 1 lit. b IVG (in der bis zum 31. Dezember 2007 gültig gewesenen Fassung) - frühestens in dem Zeitpunkt (abgesehen von der hier nicht relevanten lit. a), in dem die versicherte Person während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens zu 40 % arbeitsunfähig gewesen war. Ein wesentlicher Unterbruch der Arbeitsfähigkeit liegt vor, wenn die versicherte Person an mindestens 30 aufeinanderfolgenden Tagen voll arbeitsfähig war (Art. 29^{ter} IVG; Entscheidung des Eidgenössischen Versicherungsgerichts i/S K. vom 26. März 2004, I 19/04). Nach dem Ablauf dieses Wartejahres muss ein Invaliditätsgrad in der für die betreffende Rentenabstufung erforderlichen Mindesthöhe erreicht werden. Aktenkundig ist, dass der Beschwerdeführer in seiner angestammten Tätigkeit als Maschinenführer/Produktionsmitarbeiter seit 1. August 2004 zu 100 % arbeitsunfähig war (IV-act. 12-1, 165-26). Ein Rentenanspruch des Beschwerdeführers entstand damit nach Ablauf des Wartejahres gemäss dem oben Ausgeführten am 1. August 2005.

4.2 Für die Ermittlung des Einkommens, welches der Versicherte ohne Invalidität erzielen könnte (Valideneinkommen), ist entscheidend, was er im Zeitpunkt des frühestmöglichen Rentenbeginns, im vorliegenden Fall am 1. August 2005, nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als Gesunder tatsächlich verdient hätte (RKUV 1993 Nr. U 168 S. 100 Erw. 3b). Dabei wird in der Regel am zuletzt erzielten, nötigenfalls der Teuerung und der realen Einkommensentwicklung angepassten Verdienstangeknüpft, da es empirischer Erfahrung entspricht, dass die bisherige Tätigkeit ohne Gesundheitsschaden fortgesetzt worden wäre. Ausnahmen müssen mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt sein (RKUV 1993 Nr. U 168 S. 101 Erw. 3b). Es rechtfertigt sich daher, für den Einkommensvergleich die Zahlen für das Jahr 2005



heranzuziehen. Das Valideneinkommen im Jahr 2005 inklusiv Teuerung und Reallohnerhöhung beläuft sich nach dem Gesagten auf Fr. 64'985.20 (Valideneinkommen 2003: Fr. 63'876.-- [IV-act. 5-1], Nominallohnindex Männer 2003: 1958 / 2005: 1992).

4.3 Nach Eintritt der gesundheitlichen Beeinträchtigung stehen dem Beschwerdeführer gemäss Begutachtungsergebnis noch verschiedene Hilfstätigkeiten offen. Für die Bestimmung des Invalideneinkommens ist primär von der beruflich-erwerblichen Situation auszugehen, in welcher die versicherte Person konkret steht. Hat sie nach Eintritt des Gesundheitsschadens keine oder jedenfalls keine ihr an sich zumutbare neue Erwerbstätigkeit aufgenommen, so können nach der Rechtsprechung statistische Werte (Tabellenlöhne) beigezogen werden (BGE 129 V 472 E. 4.2.1, Bundesgerichtsentscheid i/S C. vom 19. Juni 2008, 9C_81/2008). Im Jahr 2005 machte der statistische Durchschnittslohn für einfache und repetitive Tätigkeiten von Männern Fr. 58'389.-- aus (Anhang 2 der Textausgabe 2010 IVG und ATSG, gestützt auf die Tabelle TA1 der vom Bundesamt für Statistik herausgegebenen Lohnstrukturerhebung).

4.4 Bestehen im Einzelfall Anhaltspunkte dafür, dass die versicherte Person ihre gesundheitlich bedingte (Rest-) Arbeitsfähigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt nur mit unterdurchschnittlichem erwerblichem Erfolg verwerten kann, ist ein Abzug von den Tabellenlöhnen vorzunehmen. Mit dem behinderungsbedingten Abzug wird in der Praxis dem Umstand Rechnung getragen, dass versicherte Personen, die in ihrer letzten Tätigkeit körperliche Schwerarbeit verrichteten, nach Eintritt des Gesundheitsschadens auch für leichtere Arbeiten nur beschränkt einsatzfähig sind, dass sie - unabhängig von der früher ausgeübten Tätigkeit - als gesundheitlich Beeinträchtigte im Rahmen leichter Hilfsarbeitertätigkeiten nicht mehr voll leistungsfähig sind oder dass weitere persönliche und berufliche Merkmale wie Alter, Dauer der Betriebszugehörigkeit, Nationalität oder Aufenthaltskategorie sowie Beschäftigungsgrad Auswirkungen auf die Höhe des Lohnes haben können. Bei der Bestimmung der Höhe des Abzuges ist der Einfluss aller in Betracht fallenden Merkmale auf das Invalideneinkommen unter Würdigung der Umstände im Einzelfall gesamthaft zu schätzen und insgesamt auf höchstens 25 % des Tabellenlohnes zu begrenzen. (vgl. zum Ganzen: BGE 134 V 322 E. 5.2 und BGE 126 V 75). - Die medizinisch bedingten Einschränkungen des Beschwerdeführers sind bei der Festsetzung der Arbeitsfähigkeit bereits berücksichtigt worden. Migrationshintergrund und



Ausbildungsstand bieten ebenfalls nicht Grund für einen Abzug, weil sie sich auf das Validen- wie auf das Invalideneinkommen gleichermassen auswirken. Vorliegend ist allerdings zu beachten, dass der Beschwerdeführer nur noch körperlich leichte angepasste Tätigkeiten ausüben kann. Aufgrund der vorliegenden psychischen Störungen, welche einen Mangel an Ausdauer und die Entwicklung einer leichten Stressintoleranz mit sich bringen (IV-act. 165-27), ist der Beschwerdeführer zudem auf besondere Rücksichtnahme und auf Verständnis seitens des Arbeitgebers und der Arbeitskollegen angewiesen. Er kann auch nur an für ihn geeigneten räumlich-klimatischen Arbeitsplätzen eingesetzt werden und ist z.B. für Vertretungen etc. unflexibel. Es ist deshalb damit zu rechnen, dass der Beschwerdeführer im Vergleich zu gesunden Mitbewerbern um eine entsprechende Stelle auf dem Arbeitsmarkt ein geringeres Einkommen erzielen wird. Tabellenlöhne werden bei gesunden Arbeitnehmern erhoben. Insgesamt erscheint ein Tabellenlohnabzug von 15 % angemessen.

4.5 Das Durchschnittseinkommen ist mithin auf Fr. 49'630.65 herabzusetzen. Bei einer Arbeitsfähigkeit von 70 % ergibt sich ein zumutbares Invalideneinkommen von Fr. 34'741.45. Der Invaliditätsgrad, wie er sich bei den bis zur Begutachtung vorliegenden Verhältnissen ergibt, beträgt somit 46.55 %, gerundet 47 %. Da der Invaliditätsgrad über 40 %, aber unter 50 % liegt, ist der Anspruch auf eine Viertelsrente der Invalidenversicherung gegeben. Die angefochtene Verfügung ist daher nicht zu beanstanden.

5.

5.1 Demnach ist die Beschwerde abzuweisen.

5.2 Nach 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 Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festgelegt. Eine Entscheidegebühr von Fr. 600.-- erscheint vorliegend angemessen. Nach Art. 95 Abs. 1 VRP hat in Streitigkeiten jener Beteiligte die Kosten zu tragen, dessen Begehren ganz oder teilweise abgewiesen werden. Angesichts des vollen Unterliegens des Be-



schwerdeführers rechtfertigt es sich, ihm die Gerichtskosten unter Anrechnung des von ihm in selbiger Höhe geleisteten Kostenvorschusses gesamthaft aufzuerlegen.

Demgemäss hat das Versicherungsgericht

im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP

entschieden:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Der Beschwerdeführer hat die Gerichtskosten von Fr. 600.-- unter Anrechnung des von ihm geleisteten Kostenvorschusses in gleicher Höhe zu bezahlen.