

BVGer C-2349/2013 vom 1. Oktober 2014

Bundesverwaltungsgericht, 2014-10-01, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-2349_2013

FR: TAF C-2349/2013 du 1 octobre 2014

IT: TAF C-2349/2013 del 1 ottobre 2014

Regeste

Rentenanspruch

Erwägungen

E. 1.1

Das Verfahren vor dem Bundesverwaltungsgericht richtet sich nach den Vorschriften des Bundesgesetzes vom 20. Dezember 1968 über das Verwaltungsverfahren (Verwaltungsverfahrensgesetz, VwVG, SR 172.021), soweit das Bundesgesetz vom 17. Juni 2005 über das Bundesverwaltungsgericht (Verwaltungsgerichtsgesetz, VGG, SR 172.32) nichts anderes bestimmt (Art. 37 VGG). Auf Verfahren in Sozialversicherungssachen findet das VwVG jedoch keine Anwendung, soweit das ATSG anwendbar ist (Art. 3 Bst. dbis VwVG). Das ist hier gemäss Art. 1 Abs. 1 IVG der Fall, soweit das IVG nicht ausdrücklich eine Abweichung vom ATSG vorsieht. Nach den allgemeinen intertemporalrechtlichen Regeln finden diejenigen Verfahrensregeln Anwendung, welche im Zeitpunkt der Beschwerdebeurteilung in Kraft stehen (BGE 132 V 368 E. 2.1, 130 V 1 E. 3.2).

E. 1.2

Nach Art. 31 VGG in Verbindung mit Art. 33 Bst. d VGG und Art. 69 Abs. 1 Bst. b IVG beurteilt das Bundesverwaltungsgericht Beschwerden gegen Verfügungen der IVSTA. Eine Ausnahme im Sinn von Art. 32 VGG liegt nicht vor, weshalb das Bundesverwaltungsgericht für die Beurteilung der vorliegenden Beschwerde zuständig ist. Da der Beschwerdeführer als Adressat des angefochtenen Entscheids vom 3. August 2012 beschwerdelegitimiert ist (Art. 59 ATSG), ist auf die frist- und formgerecht eingereichte Beschwerde einzutreten (Art. 60 ATSG und Art. 52 Abs. 1 VwVG).

E. 1.3

Mit der Beschwerde an das Bundesverwaltungsgericht kann gerügt werden, die angefochtene Verfügung verletze Bundesrecht (einschliesslich Überschreitung oder Missbrauch des Ermessens), beruhe auf einer unrichtigen oder unvollständigen Feststellung des rechtserheblichen Sachverhalts oder sei unangemessen (Art. 49 VwVG). Der Beschwerdeführer rügt im Wesentlichen die unvollständige Feststellung des Sachverhalts.

E. 2

Im Folgenden sind vorab die im vorliegenden Verfahren anwendbaren Normen und Rechtsgrundsätze darzustellen.

E. 2.1.1

Der Beschwerdeführer ist deutscher Staatsangehöriger mit Wohnsitz in Deutschland. Deshalb ist das am 1. Juni 2002 in Kraft getretene Abkommen vom 21. Juni 1999 zwischen der Schweizerischen Eidgenossenschaft einerseits und der Europäischen Gemeinschaft und ihren Mitgliedsstaaten andererseits über die Freizügigkeit (FZA, SR 0.142.112.681) zu beachten. Nach Art. 1 Abs. 1 des auf der Grundlage des Art. 8 FZA ausgearbeiteten und Bestandteil des Abkommens bildenden (Art. 15 FZA) Anhangs II («Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit») des FZA in Verbindung mit Abschnitt A dieses Anhangs wenden die Vertragsparteien untereinander insbesondere die Verordnung (EWG) Nr. 1408/71 des Rates vom 14. Juni 1971 zur Anwendung der Systeme der sozialen Sicherheit auf Arbeitnehmer und Selbständige sowie deren Familienangehörige, die innerhalb der Gemeinschaft zu- und abwandern (AS 2004 121) und die Verordnung Nr. 574/72 (AS 2005 3909) oder gleichwertige Vorschriften an. Diese sind am 1. April 2012 durch die Verordnungen (EG) Nr. 883/2004 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 29. April 2004 zur Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit (SR 0.831.109.268.1) sowie (EG) Nr. 987/2009 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 16. September 2009 zur Festlegung der Modalitäten für die Durchführung der Verordnung (EG) Nr. 883/2004 über die Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit (SR 0.831.109.268.11) abgelöst worden.

E. 2.1.2

Nach Art. 4 der Verordnung (EG) Nr. 883/2004, haben Personen, für die diese Verordnung gilt, die gleichen Rechte und Pflichten aufgrund der Rechtsvorschriften eines Mitgliedstaats wie die Staatsangehörigen dieses Staates. Dabei ist im Rahmen des FZA auch die Schweiz als «Mitgliedstaat» im Sinn dieser Koordinierungsverordnungen zu betrachten (Art. 1 Abs. 2 Anhang II des FZA).

E. 2.2

In materieller Hinsicht sind - vorbehältlich besonderer übergangsrechtlicher Regelungen - grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgebend, die bei der Erfüllung des rechtlich zu ordnenden oder zu Rechtsfolgen führenden Tatbestands Geltung hatten (BGE 138 V 475 E. 3.1, 132 V 215 E. 3.1.1; statt vieler: Urteil des Bundesverwaltungsgerichts A 7575/2007 vom 16. September 2014 E. 2.3). Ein allfälliger Leistungsanspruch ist für die Zeit vor einem Rechtswechsel aufgrund der bisherigen und ab diesem Zeitpunkt nach den dann in Kraft stehenden Normen zu prüfen (pro rata temporis; vgl. BGE 130 V 445). Es finden demnach grundsätzlich jene Vorschriften Anwendung, die im Zeitpunkt des Erlasses der angefochtenen Verfügung in Kraft standen; Vorschriften, die zu jenem Zeitpunkt bereits ausser Kraft gesetzt waren, sind insoweit massgebend, als sie für die Beurteilung eines allenfalls früher entstandenen Anspruchs von Belang sind (vgl. Urteil des Bundesverwaltungsgerichts A 1464/2013 vom 16. September 2014 E. 2.3). Die angefochtene Verfügung datiert vom 7. März 2013. Bei den materiellen Bestimmungen des IVG und der Verordnung über die Invalidenversicherung vom 17. Januar 1961 (SR 831.201, IVV) ist demnach im vorliegenden Fall auf die Fassungen gemäss den mit dem ersten Massnahmenpaket der 6. IV-Revision am 1. Januar 2012 in Kraft getretenen Änderungen des IVG und der IVV (IV-Revision 6a; IVG in der Fassung vom 18. März 2011 [AS 2011 5659], IVV in der Fassung vom 16. November 2011 [AS 2011 5679]) abzustellen. Soweit der Sachverhalt sich vor dem 1. Januar 2012 ereignet hat, ist zu prüfen, ob die am 1. Januar 2008 getretenen Fassungen (5. IV-Revision; IVG in der Fassung vom 6. Oktober 2006 [AS 2007 5129], IVV in der Fassung vom 28. September 2007 [AS 2007

5155]) massgeblich sind.

E. 2.3

Die sozialversicherungsrechtliche Abteilung des Bundesgerichts stellt bei der Beurteilung einer Streitsache in der Regel auf den bis zum Zeitpunkt des Erlasses der streitigen Verwaltungsverfügung eingetretenen Sachverhalt ab (BGE 132 V 215 E. 3.1.1). Tatsachen, die jenen Sachverhalt seither verändert haben, sollen im Normalfall Gegenstand einer neuen Verwaltungsverfügung sein (BGE 121 V 362 E. 1b; statt vieler: Urteile des Bundesverwaltungsgerichts B 3321/2012 vom 28. März 2014 E. 3.2, C 6213/2012 vom 18. Dezember 2013 E. 2.1; vgl. Michel Valterio, *Droit de l'assurance-vieillesse et survivants [AVS] et de l'assurance-invalidité [AI]*, Genf/Zürich/Basel 2011, Rz. 3080; Thomas Locher, *Grundriss des Sozialversicherungsrechts*, 3. Aufl., Bern 2003, S. 489 § 74 Rz. 20).

E. 2.4.1

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Die Invalidität kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 IVG). Die genannte 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 vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG). Die Arbeitsunfähigkeit wird zunächst definiert als die durch eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit bedingte, volle oder teilweise Unfähigkeit, im bisherigen Beruf oder Aufgabenbereich zumutbare Arbeit zu leisten (Art. 6 Satz 1 ATSG).

E. 2.4.2

Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % besteht Anspruch auf eine Viertelrente, bei mindestens 50 % auf eine halbe Rente, bei mindestens 60 % auf eine Dreiviertelrente und bei mindestens 70 % auf eine ganze Rente (Art. 28 Abs. 2 IVG). Mit anderen Worten besteht bei einem Invaliditätsgrad unter 40 % kein Anspruch auf eine Rente. Laut Art. 29 Abs. 4 IVG werden Renten, die einem Invaliditätsgrad von weniger als 50 % entsprechen, jedoch nur an Versicherte ausgerichtet, die ihren Wohnsitz und gewöhnlichen Aufenthalt (Art. 13 ATSG) in der Schweiz haben, soweit nicht völkerrechtliche Vereinbarungen eine abweichende Regelung vorsehen. Eine solche Ausnahme, wie sie seit dem 1. Juni 2002 für Staatsangehörige eines Mitgliedstaates der EU und der Schweiz gilt, sofern sie in einem Mitgliedstaat der EU Wohnsitz haben (BGE 130 V 253 E. 2.3 und 3.1), ist vorliegend gegeben. Nach der Rechtsprechung des Eidgenössischen Versicherungsgerichts (EVG; seit 1. Januar 2007: Bundesgericht) stellt diese Regelung nicht eine blosse Auszahlungsvorschrift, sondern eine besondere Anspruchsvoraussetzung dar (BGE 121 V 275 E. 6c).

E. 2.5.1

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 (sog. Invalideneinkommen), in

Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (sog. Valideneinkommen, Art. 16 ATSG). Der Einkommensvergleich bei Erwerbstätigen hat in der Regel so zu erfolgen, dass die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen ziffernmässig möglichst genau ermittelt und einander gegenübergestellt werden, worauf sich aus der Einkommensdifferenz der Invaliditätsgrad bestimmen lässt (allgemeine Methode). Bei der Ermittlung der Vergleichseinkommen sind -soweit diese ziffernmässig nicht genau ermittelt werden können - die im Einzelfall bekannten Umstände der Schätzung zugrunde zu legen (BGE 104 V 137 E. 2b; Urs Müller, Das Verwaltungsverfahren in der Invalidenversicherung, Bern 2010, Rz. 1076).

E. 2.5.2

Für die Ermittlung des Einkommens, welches der Versicherte ohne Invalidität erzielen könnte (Valideneinkommen), ist entscheidend, was er im fraglichen Zeitpunkt nach dem im Sozialversicherungsrecht allgemein gültigen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als Gesunder tatsächlich verdient hätte. Dabei wird in der Regel am zuletzt erzielten, nötigenfalls der Teuerung und der realen Einkommensentwicklung angepassten Verdienst angeknüpft, da es empirischer Erfahrung entspricht, dass die bisherige Tätigkeit ohne Gesundheitsschaden fortgesetzt worden wäre. Ausnahmen von diesem Grundsatz müssen ebenfalls mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erwiesen sein, damit sie berücksichtigt werden können. Massgeblicher Zeitpunkt für den Einkommensvergleich sind die Verhältnisse im Zeitpunkt des (hypothetischen) Beginns des Rentenanspruchs (vgl. BGE 134 V 322 E. 4.1, 129 V 222 E. 4.1 und E. 4.3.1, 126 V 360 E. 5b, 125 V 195 E. 2, je mit Hinweisen; RKUV 2006 U 568 S. 66 E. 2; Urteil des Bundesverwaltungsgerichts C 4710/2012 vom 31. Juli 2014 E. 7.1 auch zum Folgenden). Lässt sich aufgrund der tatsächlichen Verhältnisse das ohne gesundheitliche Beeinträchtigung realisierbare Einkommen nicht hinreichend genau beziffern, ist auf Erfahrungs- und Durchschnittswerte gemäss Tabellenlohn (dazu nachfolgend E. 2.5.3) abzustellen. Auf sie darf jedoch im Rahmen der Invaliditätsbemessung nur unter Mitberücksichtigung der für die Entlohnung im Einzelfall gegebenenfalls relevanten persönlichen und beruflichen Faktoren abgestellt werden (AHI 1999 S. 240 E. 3b; Urteil des EVG I 517/02 vom 30. Oktober 2002 E. 1.2).

E. 2.5.3

Für die Bestimmung des Invalideneinkommens ist primär von der beruflich-erwerblichen Situation auszugehen, in welcher die versicherte Person konkret steht. Ist kein solches tatsächlich erzieltetes Erwerbseinkommen gegeben, namentlich weil die versicherte Person nach Eintritt des Gesundheitsschadens keine oder jedenfalls keine ihr an sich zumutbare neue Erwerbstätigkeit aufgenommen hat, so sind nach der Rechtsprechung in der Regel die gesamtschweizerischen Tabellenlöhne gemäss den vom Bundesamt für Statistik periodisch herausgegebenen Lohnstrukturerhebungen (LSE) heranzuziehen (vgl. das Urteil des Bundesgerichts U 75/03 vom 12. Oktober 2006), allenfalls die Zahlen der Dokumentation über Arbeitsplätze (DAP; vgl. BGE 129 V 472 E. 4.2.1, BGE 126 V 75 E. 3.b). Von dem mittels Tabellen ermittelten Invalideneinkommen kann sodann ein Abzug von maximal 25% vorgenommen werden, wenn der Versicherte voraussichtlich infolge seiner leidensbedingten Einschränkung, seines Alters, seiner Herkunft, der geleisteten Dienstjahre, des Beschäftigungsgrades und dem Umstand, dass er eine gänzlich neue Arbeit antreten muss, nicht das Lohnniveau einer gesunden Person am gleichen Arbeitsplatz erreichen dürfte (sog. leidensbedingter Abzug; BGE 126 V 75 E. 5a).

E. 2.6.1

Um 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. Nach dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung haben Versicherungsträger und Sozialversicherungsgerichte die Beweise frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Hinsichtlich des Beweiswerts eines ärztlichen Gutachtens ist entscheidend, ob es für die Beantwortung der gestellten Fragen umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, die geklagten Beschwerden berücksichtigt und sich mit diesen sowie dem Verhalten der untersuchten Person auseinandersetzt - was vor allem bei psychischen Fehlentwicklungen nötig ist -, in Kenntnis der und gegebenenfalls in Auseinandersetzung mit den Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, ob es in der Darlegung der medizinischen Zustände und Zusammenhänge einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des medizinischen Experten in einer Weise begründet sind, dass die rechtsanwendende Person sie prüfend nachvollziehen kann (BGE 125 V 351 E. 3a; vgl. auch BGE 134 V 231 E. 5.1).

E. 2.6.2

Nach Art. 43 Abs. 1 ATSG prüft der Versicherungsträger die Begehren, nimmt die notwendigen Abklärungen von Amtes wegen vor und holt die erforderlichen Auskünfte ein (Satz 1). Das Gesetz weist dem Durchführungsorgan die Aufgabe zu, den rechtserheblichen Sachverhalt nach dem Untersuchungsgrundsatz abzuklären, so dass gestützt darauf die Verfügung über die in Frage stehende Leistung ergehen kann (Art. 49 ATSG; Susanne Leuzinger-Naef, Die Auswahl der medizinischen Sachverständigen im Sozialversicherungsverfahren [Art. 44 ATSG], in: Riemer-Kafka/Rumo-Jungo [Hrsg.], Soziale Sicherheit - Soziale Unsicherheit, Bern 2010, S. 411 ff., 413 f.). Auf dem Gebiet der Invalidenversicherung obliegen diese Pflichten der (örtlich zuständigen) Invalidenversicherungsstelle (IV-Stelle; Art. 54-56 i.V.m. Art. 57 Abs. 1 IVG). Was den für die Invaliditätsbemessung (Art. 16 ATSG und Art. 28 ff. IVG) erforderlichen medizinischen Sachverstand angeht, kann die IV-Stelle sich hierfür auf den Regionalen Ärztlichen Dienst (Art. 59 Abs. 2 und 2bis IVG), die Berichte der behandelnden Ärztinnen und Ärzte (Art. 28 Abs. 3 ATSG) oder auf externe medizinische Sachverständige wie die medizinischen Abklärungsstellen (MEDAS) stützen (Art. 59 Abs. 3 IVG).

E. 2.6.3

Ständiger und damit wichtigster medizinischer Ansprechpartner in der täglichen Arbeit sind für die IV-Stellen die RAD, welche ihnen nach Art. 59 Abs. 2bis IVG zur Beurteilung der medizinischen Voraussetzungen des Leistungsanspruches zur Verfügung stehen (Satz 1); die RAD setzen die für die Invalidenversicherung nach Art. 6 ATSG massgebende funktionelle Leistungsfähigkeit der Versicherten fest, eine zumutbare Erwerbstätigkeit oder Tätigkeit im Aufgabenbereich auszuüben (Satz 2); sie sind in ihrem medizinischen Sachentscheid im Einzelfall unabhängig (Satz 3; vgl. auch die Ausführungsbestimmungen in den Art. 47-49 IVV, insbesondere die Anforderung, wonach die RAD von den IV-Stellen in personeller Hinsicht getrennt sein müssen). Der Beweiswert von RAD-Berichten nach Art. 49 Abs. 2 IVV ist mit jenem von externen medizinischen Sachverständigengutachten (BGE 125 V 351 E. 3b/bb) vergleichbar, sofern sie den von der Rechtsprechung umschriebenen Anforderungen an ein ärztliches Gutachten genügen (SVR 2009 IV Nr. 56 S. 174, Urteil des Bundesgerichts 9C_323/2009 vom 14. Juli 2009 E. 4.3.2). Die IV-Stellen

werden aber stets externe (meist polydisziplinäre) Gutachten einholen, wenn der ausgeprägt interdisziplinäre Charakter einer medizinischen Problemlage dies gebietet, wenn der RAD nicht über die fachlichen Ressourcen verfügt, um eine sich stellende Frage beantworten zu können, sowie wenn zwischen RAD-Bericht und allgemeinem Tenor im medizinischen Dossier eine Differenz besteht, welche nicht offensichtlich auf unterschiedlichen versicherungsmedizinischen Prämissen (vgl. SVR 2007 IV Nr. 33 S. 117, I 738/05 E. 5.2) beruht (zum Ganzen: BGE 137 V 210 E. 1.2.1).

E. 3

Vorliegend ist das grundsätzliche Krankheitsbild des Beschwerdeführers nicht umstritten. Demnach kam es durch Exposition zu Bisphenol A und Tetrachlorphthalsäureanhydrid in der Duroplast-Herstellung zu einer Exazerbation einer vorbestehenden COPD (chronic obstructive pulmonary disease; chronisch obstruktive Lungenkrankheit) und zu einer bronchialen Hyperreagibilität (vgl. IV-act. 6 S. 1, IV-act. 9.3 S. 7, IV-act. 9.7 S. 6 und 13, IV-act. 9.9 S. 3, IV-act. 9.6 S. 3 etc.). Die COPD wird - sofern die Schwere angegeben wird - mit GOLD, Stadium I, einzig im unten unter E. 3.1.12 wiedergegebenen Bericht mit Stadium II, angegeben. Ebenfalls - zumindest in grundsätzlicher Hinsicht - ist nicht bestritten, dass der Beschwerdeführer keiner Arbeit mehr nachgehen kann oder sollte, in der er Noxen oder Stäuben ausgesetzt ist, und dass er seinen Beruf als Maler und Lackierer kaum mehr ausüben können. Diese Feststellungen werden im Folgenden nicht mehr wiederholt. Strittig ist dagegen einerseits, wie sehr der Beschwerdeführer bei der Ausübung einer Verweistätigkeit eingeschränkt ist, und andererseits, welches Gehalt bei der Berechnung des Invaliditätsgrades als Valideneinkommen anzusehen ist. Der Beschwerdeführer geht von einer Einschränkung der Arbeitsfähigkeit, auch in einer Verweistätigkeit, von 50 % aus, während die Vorinstanz der Meinung ist, er sei in einer leichten bis mittelschweren Verweistätigkeit vollumfänglich arbeitsfähig. Während der Beschwerdeführer zudem sein letztes tatsächlich erzielttes Einkommen als Valideneinkommen eingesetzt wissen will, stellt die Vorinstanz auf Tabellenwerte ab, dies mit der Begründung, dem Beschwerdeführer sei in seiner letzten Tätigkeit aus invaliditätsfremden Gründen gekündigt worden. Zur Beurteilung der ersten Frage sind im Folgenden die relevanten medizinischen Berichte darzustellen (E. 3.1), bevor dann auf die konkreten diesbezüglichen Vorbringen des Beschwerdeführers einzugehen ist (E. 3.2). Anschliessend wird auf die Frage eingegangen, ob die Vorinstanz zu Recht bezüglich des Valideneinkommens auf Tabellenlöhne abgestellt hat (E. 3.3) und ob sie das Invalideneinkommen betreffend einen Abzug hätte vornehmen müssen (E. 3.4).

E. 3.1.1

In einem kurzen Bericht vom 11. September 2008 betreffend eine Untersuchung am Tag zuvor stellte Prof. Dr. med. E._____, Arzt für Innere Medizin, Lungen- und Bronchialheilkunde, Allergologie, fest, unter einer insgesamt etwa fünftägigen Kortisonstosstherapie hätten sich die Lungenfunktionswerte des Beschwerdeführers drastisch gebessert. der FEV1 liege jetzt bei 80 % des Soll. Gleichwohl bestehe nach wie vor eine Diffusionsstörung, was für ein Lungenemphysem sprechen könnte (IV-act. 9.11 S. 3 = IV-act. 9.9 S. 2). Nach Absetzen der systemischen Corticoide sei zwar wieder eine leichte Befundverschlechterung eingetreten, die Obstruktion sei aber nach wie vor als leichtgradig einzustufen (Brief von Prof. E._____ an die SUVA vom 17. November 2008; IV-act. 9.9 S. 5). Bereits am 3. September 2008 war der Arzt zur gleichen Diagnose gelangt und hatte festgehalten, der Beschwerdeführer könne seine Arbeit bis zum

Abklingen der Symptomatik nicht wieder aufnehmen, da sonst die Probleme wieder zunehmen könnten (IV-act. 9.9 S. 3 f.).

E. 3.1.2

Am 12. März 2009 hielt Dr. F._____, Arzt für Innere Medizin und Notfallmedizin, Diabetologe DDG, fest, trotz der fortbestehenden Therapie seit August 2008 bestehe noch eine mittelgradige expiratorische Flussminderung im Sinn einer obstruktiven Ventilationsstörung. Diese Beobachtungen deckten sich mit den klinischen Beschwerden des Beschwerdeführers. Dieser sei derzeit weder in der Duroplast-Herstellung noch als selbständiger Maler oder Lackierer arbeitsfähig (IV-act. 9.7 S. 6 f.).

E. 3.1.3

Am 7. April 2009 schrieb Dr. E._____ an die SUVA, im Methacholin-Provokationstest sei keine bronchiale Hyperreagibilität nachweisbar. Die Lungenfunktionswerte hätten sich gebessert, der Tiffeneau-Index sei in den Normbereich angestiegen. Vermindert seien noch die Atemflusswerte, passend zu einer diskreten peripheren Obstruktion (IV-act. 9.7 S. 4 f.).

E. 3.1.4

In einer fachärztlichen Untersuchung vom 28. Juli 2009 durch Dr. med. G._____, Facharzt für Arbeitsmedizin und Allgemeinmedizin bei der SUVA, entsprach das Ergebnis im Methacholin-Test einer mittelschweren bronchialen Hyperreagibilität. Das Elektrokardiogramm zeigte normale Werte. Der Arzt hielt fest, bezüglich der Leistungstoleranz sei zu vermuten, dass beim Beschwerdeführer eine gewisse Dekonditionierung vorliege. Er empfahl, entsprechende Abklärungen im Rahmen eines dreiwöchigen stationären Rehabilitationsaufenthalts durchzuführen (Bericht vom 31. Juli 2009, IV-act. 9.6).

E. 3.1.5

Einem kurzen Arztbericht von Dr. F._____ vom 7. August 2009 ist zu entnehmen, auffällig sei, dass der Beschwerdeführer bei kleinsten körperlichen Belastungen sowie auch bei Exposition mit Stäuben und Dämpfen eine akute Verschlechterung seiner Beschwerden erfahre und es selbst in einem Raum mit mehreren PC-Geräten (im Rahmen einer Fortbildungsmassnahme) zu entsprechenden Beschwerden gekommen sei (IV-act. 9.4 S. 6).

E. 3.1.6

Im Austrittsbericht der pulmonalen Rehabilitation der H._____-Klinik vom 2. Oktober 2009 (unterzeichnet vom Oberarzt Dr. med. I._____, der stellvertretenden Oberärztin Dr. med. J._____ und der Stationsärztin Dr. med. K._____) wurden neben der bekannten Diagnose zusätzlich Asthma bronchiale und reactive airways dysfunction Syndrom festgehalten. Bei Eintritt habe der Beschwerdeführer über Dyspnoe bei mässiger Belastung (z.B beim Steigen von 24 Treppenstufen) und bei Staubexposition berichtet. Husten mit weisslichem Auswurf bestehe chronisch. Bei Eintritt sei der Beschwerdeführer kardiopulmonal kompensiert, afebril gewesen. Die Röntgenbilder und eine HRCT (der diesbezügliche Bericht ist in IV-act. 9.4 S. 1 enthalten) zeigten Zeichen einer chronischen Bronchitis mit zirkulären Bronchialwandverdickungen und beginnenden tubulären Bronchiektasen in den Unterlappen. Weiter werde eine leichte bis mässige Lymphadenopathie im mittleren Mediastinum und weniger auch hilär in diesem Zusammenhang beschrieben. Die Lungenfunktion bei Eintritt habe eine mittelschwere obstruktive Ventilationsstörung gezeigt, die auf die Inhalation eines kurzwirksamen

Bronchodilatators akut reversibel sei. Es habe sich eine leichte Diffusionsstörung gezeigt. Eine transthorakale Echokardiographie habe normale Innendimensionen und Wanddicken der linkskardialen Abschnitte, eine normale globale und regionale linksventrikuläre Funktion, keine relevanten Klappenvitien, keine rechtskardiale Pathologie oder pulmonale Hypertonie ergeben. Nach einer 14tägigen Therapie habe die Lungenfunktion verbessert werden können, die Obstruktion sei nur noch leichtgradig gewesen. Kurz vor Austritt sei nach Rehabilitation und Durchführung des Steroidtrials eine Spiroergometrie durchgeführt worden (der Bericht findet sich in IV-act. 14 S. 9), wobei die körperliche Leistungsfähigkeit formell nicht eingeschränkt sei. Die erhöhte Totraumventilation liesse sich durch die bereits in Ruhe bestehende Hyperventilation erklären. Eine gewisse Ökonomisierung der Atmung trete unter Belastung ein. Unter Belastung gebe es normale Atemäquivalente. In der Auswertung der Wassermann-Graphik bestehe ein normales Atemmuster. Das knappe Anbrauchen der respiratorischen Reserven lasse sich durch die leichte Obstruktion erklären. Dies führe allerdings nicht zu einer Leistungseinschränkung. Eine kardiale Limitierung könne nicht festgestellt werden. Hinweise für eine pulmonal-vaskuläre Erkrankung oder eine Diffusionsstörung unter Belastung fänden sich bei normwertigem Aa-Gradienten keine. Bezüglich Arbeitsfähigkeit hielt der Bericht fest, unter Berücksichtigung der Lungenfunktion bestehe eine medizinisch theoretische Ateminvalidität von 16%. Dem Beschwerdeführer könne unter optimaler Therapie eine Tätigkeit mit moderater Anstrengung zugemutet werden. Die bestehenden Veränderungen seien wohl nicht reversibel (IV-act. 9.4 S. 2-5 = IV-act. 14 S. 5-8).

E. 3.1.7

Dr. med. G._____, Facharzt für Arbeitsmedizin und Allgemeinmedizin bei der SUVA, ging in seinem Bericht vom 4. Dezember 2009 zunächst auf die Beschreibung des Beschwerdeführers ein, der von Erstickungs- und Hustenanfällen, welche bis zum Erbrechen führten, gesprochen habe. Am 2. September 2008 habe in der Lungenfunktion eine deutliche Einschränkung des Erstsekundenvolumens nachgewiesen werden können. Dr. G._____ fasst den Bericht von Dr. E._____ vom 3. September 2008 zusammen [der demjenigen vom 11. September 2008 ähnelt; s. E. 3.1.1]. Aufgrund erneuter ärztlicher Untersuchungen durch denselben Arzt am 24. März und 3. April 2009, in welchen keine bronchiale Hyperreagibilität mehr habe nachgewiesen werden können und weil der Beschwerdeführer zusätzlich in der Lungenfunktion vom 30. April 2009 vergleichbare Werte aufgewiesen habe wie anlässlich der Untersuchung vom 25. Januar 2007 (vor der Exposition zu den zuvor genannten Stoffen), habe er (Dr. G._____) den Fallabschluss empfohlen. Gestützt auf die Untersuchungsergebnisse sei der Vorzustand beim Beschwerdeführer mit einer bekannten COPD erreicht. Sowohl der Beschwerdeführer als auch dessen Hausarzt seien mit dieser Beurteilung nicht einverstanden gewesen und hätten geltend gemacht, sowohl die pulmonale Situation als auch die Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers seien seit der Exposition in der Duroplast-Herstellung eingeschränkt. Anlässlich einer Untersuchung des Beschwerdeführers am 28. Juli 2009 habe er (Dr. G._____) eine mittelschwere bronchiale Hyperreagibilität sowie eine leichtgradige obstruktive Ventilationsstörung dokumentieren können. Zur Objektivierung der Leistungsfähigkeit sowie zu deren Verbesserung sei der Beschwerdeführer für eine pulmonale Rehabilitation in der Klinik H._____ hospitalisiert worden (E. 3.1.6). Der Arzt kommt zum Schluss, gestützt auf die Abklärungen und die Beurteilung der Pneumologen der Klinik H._____ liege beim Beschwerdeführer eine normale körperliche Leistungsfähigkeit vor. Von Seiten der Lunge bestehe eine leichtgradige Verminderung der

respiratorischen Reserven durch das Vorliegen der leichtgradigen Obstruktion. Eine berufliche Tätigkeit sollte bei einer Dauerspitzenleistung während acht Stunden pro Tag unter 40 % der persönlichen maximalen Sauerstoffaufnahme liegen. Die Pneumologen der Klinik H. _____ hätten deshalb beurteilt, dass dem Beschwerdeführer eine Tätigkeit mit moderater Anstrengung zugemutet werden könne. Diese Angabe beziehe sich auf die oben erwähnte achtstündige Spitzenleistung. Eine solche Dauerspitzenleistung sei in den wenigsten Tätigkeiten erforderlich und sei vom Beschwerdeführer auch vor der Exposition nicht ausgeübt worden. Aufgrund der in der Spiroergometrie vom 10. September 2009 formal nicht eingeschränkten Leistungsfähigkeit könne dem Beschwerdeführer eine ganztägige körperlich mittelschwere Tätigkeit zugemutet werden (IV-act. 6 = IV-act. 9.3 S. 7 f.).

E. 3.1.8

Am 19. Januar 2010 antwortete Dr. G. _____ auf Vorbringen des Beschwerdeführers zusammengefasst, er halte an seiner Beurteilung vom 4. Dezember 2008 (E. 3.1.7) fest. Dem Beschwerdeführer sei eine körperliche mittelschwere Tätigkeit ganztätig zumutbar. Die Frage, ob die Tätigkeit als Maler weiterhin zumutbar sei, könne nicht generell verneint werden. Ob der Beschwerdeführer aufgrund der pulmonalen Einschränkungen nicht mehr in der Lage sei, die Tätigkeit als Maler auszuüben, müsse anhand der Durchführung von seriellen Lungenfunktionsprüfungen anlässlich eines Arbeitsversuches abgeklärt und dokumentiert werden (IV-act. 9.3 S. 3 f.).

E. 3.1.9

Am 4. Mai 2010 fand mit dem Beschwerdeführer ein Arbeitsversuch in einem Malerbetrieb statt, der von Dr. G. _____ begleitet wurde. Vor Aufnahme der Malertätigkeit hätten die gemessenen Werte einer leicht- bis mittelgradigen Obstruktion entsprochen. Lungenauskultatorisch habe während des ganzen Tages ein normales Vesikuläratmen über allen Lungenflügeln festgehalten werden können, ohne verlängertes Expirium. Nach Arbeitsaufnahme sei es lungenfunktionell zu keinen signifikanten Veränderungen des forcierten Erstsekundenvolumens oder der forcierten Vitalkapazität gekommen. Der Beschwerdeführer habe angegeben, dass während der Arbeit die Kurzatmigkeit zugenommen habe, mit brennendem Gefühl und trockener Nase. Nach Sistieren der Arbeit habe er nach eigenen Angaben wieder leichter durchatmen können. Der Beschwerdeführer habe körperlich leichte Tätigkeiten ausgeübt. Gemäss Beobachtungen des Arztes sei der Beschwerdeführer problemlos in der Lage gewesen, die ihm beauftragten Arbeiten durchzuführen. Weder klinisch noch lungenfunktionell habe sich während des ganzen Tages eine Zunahme des Obstruktionsgrades der chronisch-obstruktiven Pneumopathie bzw. ein signifikanter Abfall des FEV1 gezeigt. Die Anwendung eines schnell wirksamen Beta-2-Sympathomimetikums sei während des ganzen Tages nie notwendig gewesen. Zusammenfassend hielt der Arzt fest, dass gestützt auf den aktuellen Arbeitsversuch sowie die Resultate der Abklärungen im Rahmen der pulmonalen Rehabilitation in der Klinik H. _____ die Beurteilung vom 19. Januar 2010 betreffend Zumutbarkeit weiterhin gültig sei, dass dem Beschwerdeführer also körperlich mittelschwere Tätigkeiten ganztags zumutbar seien (IV-act. 17.48).

E. 3.1.10

Gemäss L. _____, Facharzt für Diagnostische Radiologie, der am 10. Juni 2010 ein Spiral-CT des Thorax durchführte, hat der Beschwerdeführer ein gering ausgeprägtes

zentrilobuläres Emphysem, eine auffallende Wandverdickung im ventralen Aortenbogen und des Truncus brachiocephalicus, verdächtig auf eine entzündliche Gefässerkrankung und kleine unspezifische Lymphknoten mediastinal (IV-act. 17.42 S. 1 f.).

E. 3.1.11

Dr. G._____ kam daraufhin in seiner ärztlichen Beurteilung vom 30. Juni 2010 zum Schluss, gegenüber der anlässlich der Hospitalisation in der Klinik H._____ (E. 3.1.6) beschriebene mediastinale Lymphadenopathie würden in der aktuellen Thorax-CT-Kontrolle (E. 3.1.10) keine signifikanten Lymphknotenveränderungen mehr beschrieben. Als Befunde habe ein gering ausgeprägtes zentrilobuläres Emphysem vorgelegen. Der Befund auffallender Wandverdickungen im ventralen Aortenbogen und im Truncus brachiocephalicus, verdächtig auf eine entzündliche Gefässerkrankung, seien nicht einer Berufskrankheit zuzuordnen ([wobei der Frage, ob diese Befunde einer Berufskrankheit zuzuordnen sind, vorliegend nicht die gleiche Relevanz zukommt, wie im Verfahren der Unfallversicherung] IV-act. 17.41).

E. 3.1.12

Am 16. und 17. November 2010 hielt sich der Beschwerdeführer im [Spital] M._____ auf, damit Prof. Dr. C._____, PhD, stellvertretender Chefarzt der inneren Medizin, ein Gutachten erstellen konnte, welches vom 19. April 2011 datiert. Nach der Anamnese und dem Beschrieb der durchgeführten Untersuchungen hielt der Arzt zusammengefasst fest, beim Beschwerdeführer finde sich eine COPD GOLD, Stadium II. In der Lungenfunktion zeige sich eine mittelschwere, nicht reversible obstruktive Ventilationsstörung. Im Vergleich zur Untersuchung in der H._____ -Klinik bestehe eine Verschlechterung in der maximalen Sauerstoffaufnahme. Es müsse aber auch berücksichtigt werden, dass die [nunmehr festgestellte] Hypertonie des Beschwerdeführers offensichtlich ungenügend behandelt werde. So habe der Belastungstest wegen der ausgeprägten Hypertonie mit konsekutiven ST-Senkungen abgebrochen werden müssen. Die Leistungsfähigkeit könne folglich nochmals unter optimaler Blutdrucktherapie nachkontrolliert werden. Zusammenfassend sei der Beschwerdeführer unter Berücksichtigung der mittelschweren obstruktiven Ventilationsstörung in der Lungenfunktion und der ebenfalls mittelschwer eingeschränkten Leistungsfähigkeit in der Spiroergometrie mit sowohl pulmonaler wie auch kardialer Limitierung zu mindestens 50 % eingeschränkt (IV-act. 17.18).

E. 3.1.13

In der ärztliche Beurteilung der SUVA durch Dr. med. N._____, Facharzt FMH für Innere Medizin und Arbeitsmedizin, und Dr. med. O._____, Facharzt FMH für Allgemeinmedizin, vom 25. Mai 2011 (den sie zuhanden von Dr. med. P._____, Facharzt für Lungen- und Bronchialheilkunde, verfassten [vgl. IV-act. 17.12]) kamen die Ärzte aufgrund der Akten zum Schluss, aktuell könne der Beschwerdeführer wegen der pulmonalen sowie der kardialen Einschränkungen körperlich leichte Tätigkeiten ganztags ausüben. Bei Optimierung von Blutdrucktherapie und COPD-Behandlung könne die Leistungsfähigkeit gesteigert werden. Die Zumutbarkeit bzw. Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers könne erst dann abschliessend beurteilt werden, wenn die therapeutischen Möglichkeiten ausgeschöpft seien (IV-act. 17.13).

E. 3.1.14

In einem Brief an die SUVA vom 21. Juli 2011 hielt Dr. P._____ fest, am 2. August 2010 hätten keine wesentlichen Lungenfunktionsstörungen mehr bestanden, insbesondere keine

Restriktion. Bei der Wiedervorstellung vom 19. April 2011 habe der Beschwerdeführer über eine Rehabilitationsmassnahme im Dezember 2010 berichtet. Über Husten und Auswurf sei nicht geklagt worden, aber über Belastungsdyspnoe. Der Lungenfunktionstest habe eine periphere obstruktive Ventilationsstörung ohne Hinweise auf Restriktion ergeben. Es handle sich um eine Befundbesserung. Zusammenfassend habe also weiterhin keine restriktive Ventilationsstörung, wohl aber eine leichte bronchiale Obstruktion bei bekannter bronchialer Hyperreagibilität bestanden. Es gebe keine Hinweise für eine respiratorische Partial- oder Globalinsuffizienz der Lunge (IV-act. 17.3).

E. 3.1.15

Am 20. Dezember 2011 berichtete Prof. C. _____ über die ambulante Konsultation des Beschwerdeführers vom 28. Oktober 2011. In der Zwischenanamnese hielt er fest, der Beschwerdeführer mache regelmässig Nordic Walking. Er schwitze rasch. Starke Anstrengung bringe ihn in Atemnot. Wasserdampf verschlechtere das Asthma. Wegen des Asthmas brauche der Beschwerdeführer fast täglich Salbutamol. Zur Spiroergometrie wurde ausgeführt, es habe sich im Vergleich zur Voruntersuchung vom 17. November 2010 eine leichte Verbesserung der Leistungsfähigkeit gezeigt. Der Arzt kommt in seiner Beurteilung zum Schluss, beim Beschwerdeführer finde sich eine COPD GOLD Stadium I. Neben einer weiteren Optimierung der Hypertonie wäre, gemäss dem Arzt, die Abklärung einer möglichen zusätzlichen koronaren Herzkrankheit zu empfehlen. Bezüglich Arbeitsfähigkeit blieb er bei seiner Beurteilung (IV-act. 28).

E. 3.1.16

In einem Besprechungsprotokoll vom 24. April 2012 - zu welchem der zweite Bericht von Prof. C. _____ (zuvor E. 3.1.15) noch nicht vorlag - wurde festgehalten, der RAD-Arzt Dr. D. _____ halte eine leichte bis mittelschwere Tätigkeit für zumutbar. Die Einschränkung gemäss dem Bericht von Dr. C. _____ vom 19. April 2011 sei versicherungsmedizinisch nicht verwertbar, da sich die Beurteilung der Zumutbarkeit auf eine Tätigkeit beziehen müsse («Zumutbarkeitsprofil»). Zwischen November 2010 und April 2011 sei eine Verbesserung des Zustands ausgewiesen, aber nicht genau quantifiziert. Sofern der Beschwerdeführer definitiv nicht mehr rauche, könne der Zustand grundsätzlich stabil gehalten werden (IV-act. 25).

E. 3.1.17

Nach Vorlage des Berichts von Prof. C. _____ (E. 3.1.15) nahm Dr. D. _____ am 19. September 2012 ein weiteres Mal Stellung. Er hielt zusammengefasst fest, die verschiedenen Abklärungen hätten ergeben, dass unter einer adäquaten Behandlung die Lungen-, Herz- sowie allgemeine körperliche Leistung zu einem bestimmten Prozentsatz eingeschränkt sei. Da keine bronchiale Hyperreagibilität mehr bestehe, könne streng genommen nicht einmal davon gesprochen werden, dass eine gänzliche Karenz von Dämpfen und Stäuben eingehalten werden müsse. Es bestünden gewisse Einschränkungen der körperlichen Leistungsfähigkeit von Seiten der Lungen. Diese seien leichter bis mittelgradiger Natur. Ob dabei noch eine kardiale Komponente mitspiele, sei insofern irrelevant, als die gemessene Leistungsfähigkeit durchaus in einem Bereich liege, welcher einer leichten bis mittleren körperlichen Belastung entspreche. Im Übrigen zeige ja auch die Tatsache, dass der Beschwerdeführer Walking mache, dass derartige körperliche Belastungen im Rahmen des Zumutbaren lägen. Die erwähnten aszendierenden ST-Streckensenkungen könnten ein Zeichen einer koronaren Herzkrankheit darstellen. Da

aber keine klinische Korrelation (keine Angina pectoris, kein Blutdruckabfall) bestehe, wären weitere diesbezügliche Abklärungen in Bezug auf Behandlung und Prognose zwar relevant, nicht aber in Bezug auf die körperliche Leistungsfähigkeit. Dem Arzt schien die Aussage von Prof. C. _____, dass eine «zumindest 50%-ige Einschränkung» bestehe, nicht zutreffend. Erstens werde die Aussage nicht begründet, zweitens fehlten ihr neben der Klärung, ob es sich um eine zeitliche oder leistungsmässige Einschränkung (wovon?) handle, auch die obligate Bezugnahme auf eine spezifische Tätigkeit, weshalb ihr jegliche versicherungsmedizinische Relevanz abgehe. Wenn man im «Extremfall» von einer praktisch rein sitzenden Tätigkeit ausgehe, werde deutlich, dass eine leichte bis mittelmässige Einschränkung der pulmonalen Leistungsfähigkeit hier keinen negativen Einfluss auf die Zumutbarkeit begründen könne, umso mehr als das Leiden behandelt und weitgehend stabil sei. Der Arzt erklärte weiter, dass die von Prof. C. _____ erwähnte Ventilationsstörung zusammen mit der Leistungseinschränkung «mit sowohl pulmonaler als auch kardialer Limitierung» nicht als additiv zu verstehen sei, sondern wenn schon im Sinn einer Kausalkette, an deren letztem Ende eine Leistungseinschränkung sei. Als Fazit hält der Arzt fest, die real gemessenen Werte, der Verlauf sowie die Alltagstätigkeiten des Beschwerdeführers ergäben klar, dass eine körperlich leichte bis mittelschwere Tätigkeit ohne zeitliche oder leistungsmässige Einschränkung zumutbar sei (IV-act. 35).

E. 3.1.18

Im ärztlichen Gutachten für die gesetzliche Rentenversicherung, welches auf einer Untersuchung vom 18. Oktober 2012 beruhte und von der deutschen Rentenversicherung zur Verfügung gestellt wurde, wurde von Dr. med. Q. _____, Internist, Sozialmediziner, am 19. Oktober 2012 in Bezug auf ein Spirogramm festgehalten, bei nicht ganz optimaler Form der Fluss-Volumen-Kurve (der Beschwerdeführer sei erkältet gewesen) seien das noch Normalwerte. Auch das Ruhe-EKG zeigte keine Auffälligkeiten. Der Arzt hielt fest, gesundheitlich sei der Beschwerdeführer in der Lage, eine leichte bis mittelschwere Arbeit regelmässig über sechs Stunden täglich auszuüben (IV-act. 39 S. 15-25).

E. 3.2.1

In Bezug auf die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers ist hier festzuhalten, dass fast alle neueren Berichte, denen in Bezug auf die darin gemachten Aussagen unbestrittenermassen voller Beweiswert zukommt (E. 2.6.1 und E. 2.6.3), die Auffassung zum Ausdruck gelangt, der Beschwerdeführer sei in einer körperlich leichten bis mittelschweren Tätigkeit voll erwerbsfähig (E. 3.1.6 [Austrittsbericht der H. _____-Klinik], E. 3.1.7 - 3.1.9 [Dr. G. _____], E. 3.1.13 [Dr. N. _____ und Dr. O. _____], E. 3.1.16 f. [Dr. D. _____] und E. 3.1.18 [Dr. Q. _____]). Dr. Q. _____ hält zwar fest, dass der Beschwerdeführer in der Lage sei, eine leichte bis mittelschwere Arbeit regelmässig über sechs Stunden täglich auszuüben, daraus kann aber nicht geschlossen werden, dass eine achtstündige Tätigkeit von vornherein ausgeschlossen ist. Berichte, die von einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit ausgehen (oder dies zumindest implizieren), finden sich nach dem 7. August 2009 keine mehr. Die von Prof. C. _____ genannte Einschränkung in der Leistungsfähigkeit von 50 % (E. 3.1.12 und E. 3.1.15) wird nicht näher spezifiziert. Die Ausführungen des RAD-Arztes dazu (E. 3.1.16 f.) sind nachvollziehbar. Tatsächlich ist verständlich, dass sich eine 50 %-ige Einschränkung der Leistungsfähigkeit unter Belastung nicht auf die Arbeitsfähigkeit in einer leichten bis mittelschweren Verweistätigkeit auswirken muss. Im Übrigen ergibt sich aus den Berichten auch, dass sich der zwischenzeitlich verschlechterte gesundheitliche Zustand des Beschwerdeführers

inzwischen, insbesondere aufgrund der Behandlung des Bluthochdrucks, wieder verbessert hat. Soweit der Beschwerdeführer verbringt, der Umstand, dass er immer noch Medikamente nehmen müsse, zeige, dass er nicht gesund sei, ist ihm in dieser Hinsicht zwar zuzustimmen. Es geht hier aber einzig darum, dass sich diese Krankheit nicht auf seine Arbeitsfähigkeit in einer leichten oder mittelschweren Verweistätigkeit auswirkt. Daran ändern auch die nachträglich eingereichten Berichte von Prof. C. _____ vom 16. April und 25. Juli 2013 nichts (act. 5 und 9). Abgesehen davon, dass fraglich ist, ob diese überhaupt für die Beurteilung der Verfügung vom 7. März 2013 beachtlich wären, hält der Arzt darin an seiner Beurteilung fest, womit sich an der Lage nichts ändert. Im zweiten Bericht wird sogar eine leichte Verbesserung beobachtet. Dass der Arbeitsversuch (E. 3.1.9) nicht alle Tätigkeiten beinhaltet, die ein Maler ausüben muss, ist nicht relevant. Es besteht nämlich Einigkeit darüber, dass der Beschwerdeführer den Malerberuf kaum mehr wird ausüben können. Der Versuch zeigte - und dies ist hier entscheidend -, dass bei einer leichten körperlichen Arbeit keine signifikante Verschlechterung des Gesundheitszustandes zu erkennen war, was die Einschätzung des Arztes, dem Beschwerdeführer sei eine mittelschwere Tätigkeit zuzumuten, unterstützt.

E. 3.2.2

Aus den Akten ergibt sich demnach - wie die Vorinstanz zu Recht festhält, dass dem Beschwerdeführer eine leichte bis mittelschwere körperliche Arbeit vollzeitig zumutbar ist und war.

E. 3.2.3.1

Der Beschwerdeführer bringt dagegen vor, gemäss dem Bericht des [Spital] M. _____ vom 19. April 2011 (E. 3.1.12) sei seine Leistungsfähigkeit zu «mindestens 50 % eingeschränkt». Dass die Leistungsfähigkeit nicht mit der Arbeitsfähigkeit in einem bestimmten Bereich gleichzusetzen ist, wurde bereits zuvor (E. 3.2.1) festgehalten. Würde im Übrigen dem Argument des Beschwerdeführers gefolgt, bedeutete dies, dass er in sämtlichen Tätigkeiten, unabhängig von der körperlichen Belastung, zu mindestens 50 % eingeschränkt wäre. Der RAD-Arzt hat aber nachvollziehbar dargelegt, dass die konkrete Einschränkung von der tatsächlichen körperlichen Belastung abhängt (E. 3.1.17). In diesem Zusammenhang ist daran zu erinnern, dass ärztliche Angaben zur Arbeitsunfähigkeit zwar für die juristische Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der Person noch zugemutet werden können, eine wichtige Grundlage sind, dass aber dem Arzt bei der Folgenabschätzung der erhobenen gesundheitlichen Beeinträchtigungen für die Arbeitsfähigkeit keine abschliessende Beurteilungskompetenz zukommt (BGE 140 V 197 E. 3.2 mit Hinweisen). Der Bericht des RAD-Arztes ist konkreter und nachvollziehbarer als jener von Prof. C. _____. Dem Beschwerdeführer ist hier nicht zu folgen.

E. 3.2.3.2

Weiter macht der Beschwerdeführer geltend, die SUVA habe im Resultat einen Invaliditätsgrad von lediglich 36 % ermittelt. Dies habe seinen Grund darin, dass nur die Hälfte dieser Arbeitsunfähigkeit unfallbedingt sei. Abgesehen davon, dass die Berechnung des Invaliditätsgrades durch die SUVA für das vorliegende Verfahren nicht präjudiziell ist, hält der Beschwerdeführer in der Beschwerde selbst fest, die SUVA habe noch nicht rechtskräftig entschieden. Ob sie dannzumal tatsächlich eine für den Beschwerdeführer günstigere Verfügung erlassen wird, erscheint zweifelhaft (vgl. IV-act. 43 «Zusammengefasst ist aufgrund der erwähnten Berichte davon auszugehen, dass noch nicht

vom Behandlungsabschluss ([...]) ausgegangen werden kann, zumal von weiteren ärztlichen Behandlungen noch eine Besserung zu erwarten ist»). Aus diesen Gründen kann der Beschwerdeführer hieraus nichts zu seinen Gunsten ableiten.

E. 3.2.3.3

Soweit der Beschwerdeführer ausführt, neuere Berichte, welche die Einschätzung von Prof. C._____ widersprechen würden, lägen nicht vor, ist dem entgegenzuhalten, dass - wie bereits ausgeführt (vgl. E. 3.2.3.1) - die nachvollziehbaren Berichte des RAD-Arztes die Aussagen von Prof. C._____ präzisieren.

E. 3.3

Damit ist auf das von der Vorinstanz der Einkommensberechnung zugrunde gelegte Valideneinkommen einzugehen.

E. 3.3.1

Der Beschwerdeführer macht geltend, er habe seine Arbeitsstelle noch während der Probezeit verloren, weil er diese aufgrund der in der Probezeit aufgetretenen Berufskrankheit nie mehr werde ausüben können. Dies sei offensichtlich. Zwar ist der Ansicht des Beschwerdeführers eine gewisse Plausibilität nicht abzuspüren, aus den Akten ergibt sich aber, dass nicht die Krankheit des Beschwerdeführers der Grund für die Kündigung war, sondern «Differenzen im Team, die mit diesem Schritt gelöst werden konnten» (Schreiben vom 18. September 2008 von der Arbeitgeberin an den Beschwerdeführer; IV-act. 12 S. 8, vgl. auch S. 1). Dem könnte zwar entgegengehalten werden, dass die Arbeitgeberin kaum hätte zugeben wollen, dass sie dem Beschwerdeführer aufgrund von dessen Krankheit kündigte. Sie hätte aber gar keinen Grund angeben müssen (vgl. Art. 335b Abs. 1 OR, der nur die Einhaltung einer siebentägigen Frist, nicht aber eine Begründung verlangt). Damit ist festzuhalten, dass dem Beschwerdeführer nicht aufgrund seiner Krankheit gekündigt wurde und er unabhängig vom Eintritt einer Krankheit eine neue Stelle hätte suchen müssen. Er hätte also seine bisherige Tätigkeit auch ohne Gesundheitsschaden nicht fortsetzen können (vgl. E. 2.5.2).

E. 3.3.2

Fraglich ist somit, ob der Beschwerdeführer an einer neuen Stelle - sofern er nicht krank geworden wäre - ein ebenso hohes Einkommen hätte erzielen können, wie an der zuletzt ausgeübten. Es wird nicht geltend gemacht und ergibt sich auch nicht aus den Unterlagen, dass er über besondere Fähigkeiten verfügen würde, die ihm - ohne Krankheit - ein überdurchschnittliches Einkommen ermöglicht hätten. Auch wenn das Einkommen, welches er bei seiner letzten Arbeitnehmerin erzielte höher lag, ist daher nicht zu beanstanden, dass die Vorinstanz betreffend das Valideneinkommen auf Tabellenlöhne abstellte (E. 2.5.2; vgl. auch das von der Vorinstanz genannte Urteil des Bundesgerichts 8C_738/2012 vom 20. Dezember 2012 E. 6.1).

E. 3.4

Weiter macht der Beschwerdeführer geltend, vom Invalideneinkommen hätte ein Abzug gemacht werden müssen.

E. 3.4.1

Soweit der Beschwerdeführer aufgrund eines Minderverdienstes - wer nur 50 % arbeiten könne, verdiene auch relativ gesehen weniger als jemand, der 100 % arbeite - einen Abzug

von 10 % gemacht haben möchte, ist darauf nicht weiter einzugehen, wurde oben doch festgehalten, dass er Vollzeit arbeiten kann (E. 3.2).

E. 3.4.2

Dem Argument, Ausländer verdienen weniger als Schweizer, ist zunächst entgegenzuhalten, dass in den Tabellenlöhnen das Einkommen der schweizerischen und der ausländischen Bevölkerung erfasst wird (AHI 2002 S. 70). Selbst wenn ein solcher Abzug vorzunehmen wäre, müsste er auch beim Valideneinkommen gemacht werden, da im vorliegenden Fall hierbei ebenfalls auf Tabellenlöhne abgestellt wird (E. 3.3). Bei der Berechnung des Invaliditätsgrades ergibt sich daher im vorliegenden Fall mit und ohne Berücksichtigung einer Lohneinbusse für Ausländer rechnerisch derselbe Invaliditätsgrad. Einen solchen Abzug nur bezüglich des Invalideneinkommens zu berücksichtigen, ginge jedenfalls nicht an.

E. 3.4.3

Schliesslich macht der Beschwerdeführer geltend, er könne nur noch leichte Tätigkeiten ausüben. Wie die Vorinstanz zu Recht ausführt, ist dieses Leistungsprofil bereits dadurch berücksichtigt, dass der Tabellenlohn im Anforderungsniveau 4 zugrundegelegt wurde (von der Vorinstanz genanntes Urteil des Bundesgerichts 8C_870/2011 vom 2. August 2002 E. 4.1).

E. 3.5

Damit ist festzuhalten, dass die Vorinstanz bei der Berechnung des Invaliditätsgrades zu Recht von einer 100 %-igen Arbeitsfähigkeit in einer leichten bis mittelschweren Verweistätigkeit ausgegangen ist, dass sie das Valideneinkommen auf Tabellenlöhne abstellen durfte und dass sie keinen Abzug vom Invalideneinkommen machen musste. Im Übrigen hat sie in Bezug auf den letzten Punkt festgehalten, dass auch ein Abzug von 10 % (der aufgrund des Alters der Beschwerdeführers in Frage käme) nicht zu einem rentenrelevanten Invaliditätsgrad führen würde. Damit ist der Hauptantrag des Beschwerdeführers (Zusprechung einer ganzen Invalidenrente, mindestens aber einer Teilrente) abzuweisen.

E. 3.6

Da sich die gesundheitliche Situation des Beschwerdeführers und die sich daraus ergebende Arbeitsfähigkeit genügend klar aus den bereits erfolgten Abklärungen ergibt, ist der Eventualantrag des Beschwerdeführers (Verpflichtung der Vorinstanz, weitere Abklärungen über die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers zu tätigen) ebenfalls abzuweisen.

E. 4

Damit bleibt, über die Kosten- und Entschädigungsfolgen zu befinden.

E. 4.1

Als unterliegende Partei hätte der Beschwerdeführer entsprechend dem Ausgang des Verfahrens die Verfahrenskosten zu tragen (vgl. Art. 63 Abs. 1 VwVG in Verbindung mit Art. 1, 2 und 3 Bst. b des Reglements vom 21. Februar 2008 über die Kosten und Entschädigungen vor dem Bundesverwaltungsgericht [VGKE, SR 173.320.2]). Da ihm jedoch mit Zwischenverfügung vom 8. November 2013 die unentgeltliche Rechtspflege gewährt wurde, ist auf die Erhebung von Verfahrenskosten zu verzichten.

E. 4.2

Weder der unterliegende Beschwerdeführer noch die obsiegende Vorinstanz haben Anspruch auf eine Parteientschädigung (Art. 64 Abs. 1 VwVG e contrario und Art. 7 Abs. 3 VGKE).

E. 4.3

Der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers hat zufolge Gewährung der unentgeltlichen Rechtspflege einen Anspruch auf eine Entschädigung aus der Gerichtskasse. Er hat eine Kostennote eingereicht (vgl. Art. 14 Abs. 1 und 2 VGKE). Darin wurden der zeitliche Aufwand sowie die Auslagen detailliert ausgewiesen. Sie erweisen sich als nachvollziehbar und erscheinen unter Berücksichtigung des gebotenen und aktenkundigen Aufwandes und der Schwierigkeit des vorliegend zu beurteilenden Verfahrens als angemessen. Es ist von einem mittleren Stundenansatz für Anwälte von Fr. 300.-- auszugehen (vgl. Art. 10 Abs. 2 VGKE). Daraus ergibt sich ein Aufwand von Fr. 2'841.20 (inklusive Auslagen), für den der Rechtsvertreter zu entschädigen ist. Die Mehrwertsteuer ist hingegen - entgegen dem Antrag - nicht zuzusprechen, weil für im Ausland wohnende Personen, welche die Dienste eines in der Schweiz ansässigen Rechtsvertreters in Anspruch nehmen, keine Mehrwertsteuer geschuldet ist (vgl. Art. 1 Abs. 2 Bst. a MWSTG [SR 641.20] i.V.m. Art. 8 Abs. 1 MWSTG und Art. 9 Abs. 1 Bst. c VGKE).

E. 4.4

Es wird ausdrücklich darauf hingewiesen, dass der Beschwerdeführer der Gerichtskasse Ersatz zu leisten hat, wenn er zu hinreichenden Mitteln gelangt (vgl. Art. 65 Abs. 4 VwVG).

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